



## PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES CON CRISIS PSICÓGENAS

### PSYCHIATRIC DISORDERS PREVALENCE IN PATIENTS WITH PSYCHOGENIC NONEPILEPTIC SEIZURES

Perea-Castro Esther<sup>1</sup>  
 Torres-Zambrano Martin<sup>2</sup>  
 Polo-Verbel Luis<sup>3</sup>  
 Marrugo-Vega Ketty<sup>1</sup>  
 Barrios-Ayola Francisco<sup>4</sup>

Correspondencia: draesthervperea@hotmail.com

Recibido para evaluación: julio – 20 – 2011. Aceptado para publicación: septiembre – 02 – 2011.

### RESUMEN

**Introducción:** las crisis psicógenas se definen como cambios en la conducta, en la sensopercepción o en la actividad cognitiva, simulando trastornos epilépticos generalizados o parciales, sin la presencia de descargas neuronales anómalas.

**Objetivo:** determinar los trastornos psiquiátricos más frecuentes que se presentan en pacientes con el diagnóstico de crisis psicógenas.

**Métodos:** estudio realizado en la Fundación Centro Colombiano contra la Epilepsia y Enfermedades Neurológicas, FIRE, Cartagena, Colombia. Se incluyeron 39 pacientes que resultaron con crisis de origen psicógeno de 250 video telemetrías realizadas entre los años 2008 - 2009, a los cuales se les aplicó una entrevista estructurada, conocida como mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI), la cual evalúa los principales diagnósticos psiquiátricos del eje I. Se les realizó además, una encuesta con datos socio demográficos tales como, edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad; además de datos acerca del tipo de crisis, el tiempo de evolución, la presencia de diagnósticos psiquiátricos conocidos y antecedentes de abuso sexual. Los datos obtenidos fueron analizados en el programa estadístico STATA 10.1, obteniendo proporciones para las variables categóricas, mediana y media para las variables continuas.

**Resultados:** al 85% de los pacientes con crisis psicógenas se les identificó una patología psiquiátrica asociada. La enfermedad más prevalente fue trastorno depresivo mayor, seguido de trastorno de ansiedad y distimia. El 30% de los pacientes tenía antecedente de abuso sexual y el 61% de abuso físico.

**Conclusiones:** la población diagnosticada con crisis psicógena evaluada presentó una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos. El reconocimiento y manejo de estas patologías asociadas, contribuyen a mejorar el curso de las entidades. **Rev.cienc. biomed. 2011; 2 (2): 270-275**

### PALABRAS CLAVES

Crisis psicógena. Crisis epilépticas. Trastornos psiquiátricos. Videotelemetría. Trastorno somatomorfo.

<sup>1</sup> Médico. Psiquiatra. Grupo de Investigación en Epilepsia. Fundación Centro colombiano de Epilepsia y Enfermedades Neurológicas. FIRE. Cartagena. Colombia.

<sup>2</sup> Médico. Neurólogo. Epileptólogo. Jefe de Neurología. Fundación Centro colombiano de Epilepsia y Enfermedades Neurológicas. FIRE. Cartagena. Colombia. Docente de medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.

<sup>3</sup> Médico. Neurólogo. Jefe Médico. Fundación Centro colombiano de Epilepsia y Enfermedades Neurológicas. FIRE. Cartagena. Colombia.

<sup>4</sup> Médico. Psiquiatra. Docente Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.

## SUMMARY

**Introduction:** Psychogenic nonepileptic seizures are defined as behavior, sensorial perception or cognitive activity alterations, simulating generalized or partial epileptic disorders, without abnormal neuronal discharges

**Aims:** To determine psychiatric disorders frequency in patients with psychogenic movement disorders diagnosis.

**Methods:** A study carried out in Fundación Centro Colombiano contra la Epilepsia y Enfermedades Neurológicas (FIRE), Cartagena, Colombia. A total of 39 patients were diagnosed with Psychogenic nonepileptic seizures from 250 video-telemetries performed between 2008–2009, to whom a structured interview was applied, known as International Neuro-psychiatric Mini Interview (MINI), which identify major psychiatric diagnosis from axis I. Moreover, a record with socio-demographic data (e.g. age, gender, marital status, educational level); data related to disorder type, evolution time, previous psychiatric diagnosis and sexual abuse history. Data was analyzed employing STATA 10.1 software, and proportions for categorical variables were found, as well as mean and median for continuous variables.

**Results:** In 85% of patients with psychogenic movement disorders was identified an associated psychiatric pathology. Major depressive disorder was the most frequent disease, followed by anxiety disorders and dysthymia. 30% of patients had sexual abuse history and 61% had physical abuse.

**Conclusions:** Population with observed Psychogenic nonepileptic seizures diagnosis showed high psychiatric diseases prevalence. Identification and treatment of those associated pathologies contribute to improve evolution of these disorders. **Rev.cienc. biomed. 2011; 2 (2): 270-275**

## KEYWORDS

Psychogenic nonepileptic seizures are. Epilepsy. Psychiatric disorders. Video telemetry. Somatoform disorder.

## INTRODUCCIÓN

Las crisis de origen psicógeno hacen parte de los eventos paroxísticos no epilépticos y constituyen un desafío diagnóstico y psicoterapéutico en la práctica clínica (1). Se definen como cambios paroxísticos en la conducta, en la senso-percepción o en la actividad cognitiva, limitados en el tiempo, que simulan crisis epilépticas generalizadas o parciales, pero que no obedecen a una descarga neuronal anómala y se relacionan con distintos mecanismos psicológicos en su generación (2). Esta entidad tiene un amplio rango de prevalencia que varía del 17 al 60%. Con su diagnóstico no se descarta la posibilidad de que sea un fenómeno coexistente con las crisis epilépticas (3).

Se ha descrito que con mucha frecuencia son debidas a trastornos disociativos (de conversión CIE -10) y que existe una fuerte asociación (70%) con otros trastornos psiquiátricos tipificados en el eje 1 del diagnóstico multiaxial del DSM IV - TR (3-6).

Las crisis psicógenas fueron descritas inicialmente por Charcot con el término de histeroepilepsia (7) y aún no existe consenso

acerca del término específico. Se les llama además crisis no epilépticas, ataques histéricos, crisis pseudoepilépticas o pseudocrisis (6). En este estudio se denominaran crisis psicógenas.

El advenimiento del monitoreo electroencefalográfico con video (EEG-V), ha permitido realizar un diagnóstico más preciso de la entidad, sin embargo, en algunos casos persiste la dificultad, debido a que pueden coexistir con crisis epilépticas (8). Existen datos que demuestran un periodo de latencia de hasta 7.2 años desde el momento en que inician los síntomas hasta el diagnóstico preciso de crisis psicógena (9). De forma adicional tres cuartas partes de los pacientes con crisis psicógena siguen siendo manejadas con drogas antiepilépticas sin padecer epilepsia (10). Se informa una prevalencia de crisis psicógenas en paciente con epilepsia de 3.6 - 10.8%, y de crisis epilépticas en pacientes con crisis psicógenas de 12 - 36% (3).

Las crisis psicógenas tienen dos picos de presentación: la adolescencia y la adultez temprana [25 - 35 años de edad] (10,11). Se presentan con mayor frecuencia en el sexo femenino, probablemente debido a que el

trastorno de conversión es más frecuente en este grupo (12) y su aparición está asociada con antecedentes de abuso físico o sexual (8). Debido a que el curso de la entidad está relacionado con trastornos psiquiátricos, el objetivo es determinar cuáles son las patologías psiquiátricas más frecuentes asociadas a ella en nuestro medio, para así realizar intervenciones terapéuticas adecuadas que permitan disminuir la morbilidad de estos pacientes.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, prospectivo, realizado en la Fundación Centro Colombiano contra la Epilepsia y Enfermedades Neurológicas, FIRE, Cartagena, Colombia. En el estudio se incluyeron 39 pacientes que resultaron con crisis psicógena, tomadas de 250 pacientes a los cuales se les había realizado vídeo telemetrías, entre los años 2008 - 2009. A cada una de los 39 pacientes se les aplicó una entrevista estructurada, conocida como mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI), que evalúa los principales diagnósticos psiquiátricos del eje I (13). Todas las entrevistas fueron realizadas por el investigador principal. Se aplicó además un formulario con los siguientes datos socio demográficos: edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad. Se precisó acerca del tipo de crisis, el tiempo de evolución, la presencia de diagnósticos psiquiátricos conocidos y antecedentes de abuso sexual. Previo a la realización de la entrevista y aplicación del formulario, se explicaron los propósitos y objetivos de la investigación y se aplicó un consentimiento informado.

Se incluyen todos los pacientes identificados. Se consideraron criterios de exclusión: el no consentimiento por parte del paciente o la familia para participar en el estudio. Entrevista incompleta o formulario incompletamente diligenciado. Todos los 39 pacientes participaron.

Los datos obtenidos fueron tabulados y luego analizados en el programa estadístico STATA 10.1, obteniendo proporciones para las variables categóricas, mediana y media para las variables continuas.

## RESULTADOS

La prevalencia de crisis psicógena en pacientes evaluados por vídeo telemetría en la Fundación Centro Colombiano contra la Epilepsia y Enfermedades Neurológicas, FIRE, Cartagena, Colombia entre el año 2008 - 2009 fue de 15.6%.

Los resultados obtenidos en las variables socio demográficas son presentados en la Tabla N° 1.

MASCULINO	14 (35.8%)
FEMENINO	25 (64.1%)
EDAD PROMEDIO	25.9 años
ESTUDIOS PRIMARIOS	3 (7.6%)
ESTUDIOS SECUNDARIOS	32 (81.9%)
ESTUDIOS UNIVERSITARIOS	4 (10.2%)
OCUPACIÓN: NINGUNA	12 (30.7%)
AMA DE CASA	17 (43.5%)
EMPLEADO	3 (7.6%)
ESTUDIANTE	7 (17.9%)
SOLTERO	21 (53.8%)
UNIÓN ESTABLE	18 (46.1%)
ANTECEDENTES DE EPILEPSIA	16 (41.0%)

30 (76.9%) de los pacientes evaluados no tenían antecedentes de ninguna enfermedad médica diferente a la epilepsia. 5 (12.8%) tenían antecedentes de retardo mental, 1 (2.6%) de anemia y 3 (7.6%) presentaban antecedentes de trauma craneoencefálico.

Se indagó acerca del antecedente de enfermedad mental. 27 (69.9%) de las pacientes estudiadas no tenían ninguna enfermedad diagnosticada. 4 (10.2%) tenían antecedentes de depresión, 2 (5.1%) de esquizofrenia y 2 (5.1%) de trastorno de ansiedad generalizado. Otros diagnósticos encontrados fueron: fobia social, trastorno de la conducta, trastorno esquizoafectivo y abuso de sustancias, cada evento fue encontrado en un paciente (2.6%).

Al momento de la entrevista: 31 (79.4%) no tomaban ningún medicamento psicotrópico. 4 (10.2%) tomaban haloperidol, 3 (7.6%) fluoxetina y 1 (2.6%) clozapina. 64.1% (25 de los pacientes) no tenían antecedentes familiares de enfermedades mentales, 6 (15.3%) presentaban antecedentes fami-

liares de depresión, 4 (10.2%) de abuso de sustancias, 3 (7.6%) de trastorno afectivo bipolar y un paciente (2.6%) tenía antecedente familiar de esquizofrenia.

12 (30.7%) de los pacientes participantes tenían antecedentes de abuso sexual y 24 (61.5%) tenía antecedentes de maltrato físico. El promedio de edad de inicio de las crisis fue a los 19.7 años y el promedio de tiempo de evolución de la entidad fue de 6.3 años. 26 (66.6%) pacientes presentaban entre una y cinco crisis al mes, 6 (15.3%) tenían entre seis y diez episodios, mientras que otras 6 (15.3%) tuvieron más de once crisis mensuales. El 41.0% (16) de los participante tuvo un ingreso al hospital por esta causa, el 33.2% (13) entre dos y tres ingresos, el 12.8% (5) entre cuatro y cinco ingresos y el 12.8 % (5) ameritó más de seis ingresos hospitalarios a consecuencias de las crisis.

Las crisis de tipo motor eran las más frecuentemente referidas, por 24 (61.5%) de las pacientes. 14 (35.8%) presentaba crisis con componente mixto [sensitivo-motor] y solo una (2.6%) manifestaron ser de tipo sensitiva.

14 (35.8%) de los pacientes estudiados recibían carbamazepina, 12 (30.7%) ácido valproico y 5 (12.8%) no tomaban ningún medicamento anticonvulsivos. 3 (7.6%) recibían lamotrigina, 2 (5.1%) topiramato, 2 (5.1%) fenitoina y 1 (2.6%) levetiracetam.

23 pacientes (58.9%) referían un grado de incapacidad moderada producida por las crisis. 12 (30.7%) tenían un grado de incapacidad leve y 4 (10.2%) un grado grave.

Los resultados obtenidos al aplicar la entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI), están en la Tabla N° 2. todos los pacientes cumplieron los criterios de trastorno somatoforo tipo conversivo. La enfermedad psiquiátrica más frecuente entre los pacientes mujeres fue el trastorno depresivo mayor (52%). La distimia estuvo presente en el 12%, mientras el 20% de las participantes no tuvo diagnóstico psiquiátrico. Lo patología mental más frecuente en varones, también fue el trastorno depresivo mayor (28%), seguido del trastorno de ansiedad generalizada (21%) y el episodio psicótico agudo (14%).

<b>TABLA N° 2 TRASTORNOS PSIQUIATRICOS EVIDENCIADOS</b>		
PATOLOGIA	N	%
Trastorno depresivo mayor	17	43.5
Ninguno	6	15.4
Ansiedad generalizada	4	10.2
Distimia	4	10.2
Episodio psicótico agudo	2	5.1
Esquizofrenia paranoide	1	2.6
Trastorno adaptativo con síntomas depresivos	1	2.6
Trastorno psicótico secundario a epilepsia	1	2.6
Trastorno esquizo-afectivo tipo depresivo	1	2.6
Trastorno psicótico secundario a abuso de sustancias	1	2.6
Trastorno de pánico sin agorafobia	1	2.6
TOTAL	39	100

También los pacientes con epilepsia tuvieron más trastorno depresivo mayor (43%) y trastornos de ansiedad generalizada (12.5%). El 18.7% de los pacientes epilépticos no tenía enfermedades psiquiátricas.

El 33% de los pacientes con antecedentes familiares de trastorno depresivo mayor, también tenían trastorno depresivo mayor. Todos los pacientes con antecedentes familiares en primer grado con abuso de sustancias tenían trastornos del estado de ánimo, el 75% trastorno depresivo mayor y el 25% distimia.

Entre los pacientes con antecedentes familiares de trastorno afectivo bipolar, el treinta por ciento tenían trastorno de ansiedad generalizada, una tercera parte episodio psicótico agudo y otra tercera parte esquizofrenia. El 66% de los pacientes con abuso sexual tenía trastornos del estado de ánimo. El 70% de los pacientes con maltrato infantil también tenían trastornos del estado de ánimo. Las patologías que más se relacionaron con discapacidad grave fueron: trastorno depresivo mayor (25%), trastorno psicótico inducido por sustancias (25%), trastorno psicótico secundario a epilepsia (25%). La patología más relacionada con discapacidad leve fue el trastorno depresivo mayor (50%).

## DISCUSIÓN

Debido al pequeño tamaño de la muestra y al tipo de estudio realizado, no se pueden hacer afirmaciones definitivas acerca de los resultados encontrados. Estos hallazgos sirven de base para futuras investigaciones y deben ser vistas como una aproximación a las características socio demográficas y clínicas. No se encontraron publicaciones nacionales similares.

Las crisis psicógenas se encuentran tipificadas en el DSM - IV en el apartado de trastornos somatomorfos, tipo conversivo, debido a que se manifiestan con síntomas o alteraciones de las funciones motoras voluntarias o sensoriales, que sugieren un trastorno neurológico, sin serlo (14).

La prevalencia de crisis psicógena es variable según diferentes estudios, es entre 10 y 70% (3), en nuestro trabajo estudio se observó una prevalencia del 15.6 %.

Todos los pacientes evaluados cumplieron con los criterios del trastorno somatomorfo tipo conversivo. El 85% de ellos tuvieron con la entrevista diagnóstico psiquiátrico adicional al de crisis psicógenas, a pesar que solo el 30% tenía una enfermedad mental ya diagnosticada. Estos datos coinciden con lo publicado por otros autores (3,15) quienes reportan coexistencias variables desde 70 - 96%.

La patología psiquiátrica más asociada a crisis psicógena fue el trastorno depresivo mayor, seguido del trastorno de ansiedad y psicosis; a diferencia de los hallazgos encontrados en otros estudios, que mostraron una mayor prevalencia de trastorno adaptativo (3,16).

Como se mencionó anteriormente las crisis psicógenas son más frecuentes en mujeres (12), lo mismo fue observado en este estudio. La edad media de los pacientes es igual a lo señalado en otros estudios (11).

Solo el 81% de los pacientes alcanzó nivel de escolaridad secundaria, lo cual corresponde a lo reportado por otros autores, quienes afirman que personas con crisis psicógenas tienen menor nivel de formación (17). El 41% de los pacientes presentaban además epilepsia, lo cual es una frecuencia mucho

más elevada que la reportada por otros autores, probablemente debido a que la institución donde se realizó el estudio es un centro de referencia regional para pacientes con epilepsia de difícil control.

Se puede considerar que el tratamiento realizado a los pacientes estudiados es apropiado, ya que el 18% de estos tenía diagnóstico en el espectro depresivo - ansioso y solo el 7% estaba recibiendo algún tipo de antidepresivo. El 15% de los pacientes estudiados tenían antecedentes de depresión en su familia, pudiendo ser esta una condición importante para que la enfermedad más prevalente fuese el trastorno depresivo mayor. Además, todos los pacientes con antecedentes familiares de abuso de sustancias, presentaron trastornos del estado de ánimo, surgiendo el interrogante de si este hallazgo constituye un factor de riesgo. Esta afirmación no puede ser realizada en este estudio por su diseño metodológico.

Por otro lado, el 30% de los pacientes tenían antecedentes de abuso sexual, lo cual ha constituido según diferentes estudios un factor de riesgo para la aparición de crisis psicógena. El 66% de los pacientes presentaron alguna alteración del estado de ánimo, por lo que este hallazgo también pudiese llegar a constituir un factor de riesgo para su aparición. Diferentes investigaciones han mostrado una mayor aparición de psicopatología en crisis psicógena, cuando está asociada a abuso sexual. El 60 % tenía antecedentes de abuso físico, siendo esto también un factor relacionado con la presentación de la entidad (8).

El 58% de los pacientes no tenían epilepsia, sin embargo el 88% estaban recibiendo algún tipo de anticonvulsivante y algunos catalogados como epilepsia refractaria. Este hallazgo aislado se debe analizar más profundamente en un estudio metodológicamente diferente.

La totalidad de los pacientes reportó algún grado de discapacidad, siendo la más frecuente la moderada. No se encontraron estudios que reporten estos hallazgos, pero es importante resaltar el grado de discapacidad que produce en nuestra población la relación entre trastorno depresivo mayor y crisis psicógena, al igual que la presencia de



trastorno psicótico inducido por sustancias y trastorno psicótico secundario a epilepsia.

En la población valorada se encontró un tiempo de evolución desde su primera crisis hasta el diagnóstico de 6.3 años, siendo menor a lo considerado, 9 años en promedio. El uso rutinario de la Video-EEG como herramienta en los casos de epilepsia de difícil manejo y sospecha de crisis psicógena, facilita el diagnóstico temprano, lo cual permite señalar la necesidad de utilizarla de modo sistemático en la identificación estos pacientes. La presente evaluación sirve de base para futuros estudios en los que se determinen aspectos como: factores de riesgo en la aparición de crisis psicógenas, factores pronósticos y herramientas terapéuticas eficaces.

## CONCLUSIONES

En personas que padecen crisis psicógenas,

existe alta prevalencia de patologías psiquiátricas, siendo el más frecuente el trastorno depresivo mayor. El conocimiento de esta asociación sirve para brindar un manejo integral, lo cual es determinante para disminuir la recurrencia de las crisis.

## AGRADECIMIENTOS

Al personal directivo, asistencial y de archivos de la Fundación Centro Colombiano contra la Epilepsia y Enfermedades Neurológicas, FIRE, por el apoyo brindado.

**CONFLICTO DE INTERÉS:** ninguno que declarar.

**FINANCIACIÓN:** recursos propios de los autores. Evaluación clínica especializada, estudio paraclínico e insumos aportados dentro de la atención asistencial.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Giagante B, D'Alessio L, Silva W. Crisis no epilépticas psicógenas, Rev. Colomb. Psiquiat. 2007; 36 (1) Suplemento: 187 - 207.
2. D'Alessio L, Giagante B, Centurión E, Kochen S. Crisis no epilépticas de origen psicógeno: aspectos psicopatológicos y psiquiátricos. *Anxia*. 2004;11: 23 - 29.
3. Kuyk J, Leijten F, Meinardi H, Spinhoven PH, van Dyck R. The diagnosis of psychogenic non-epileptic seizures: a review. *Seizure*. 1997; 6: 243 - 253.
4. Alper K, noepileptic seizures. *Neurol clin*. 1994; 12, 153 - 173.
5. Irwin K, Edwards M, Robinson R. Psychogenic non epileptic seizures: management and prognosis. *Arch Dis Child*. 2000; 9: 280 - 281.
6. González-Goizueta A, Martínez Pérez B, Mauri Llerda JA. Crisis psicógenas no epilépticas. *Rev Neurol*. 2002; 35(10): 954 - 995.
7. Rabe F. Hysterische anfälle bei epilepsie. *Nervenarzt*. 1966; 37: 141 - 155.
8. Silva W, Giagante B, Saizar R, D'Alessio L, Oddo S, Consalvo D, et al. Clinical features and prognosis of non-epileptic seizures in a developing country. *Epilepsia*. 2001; 42(3): 398 - 401.
9. Reuber M, Fernandez G, Bauer J, Helmstaedter C, Elger CE. Diagnostic delay in psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology* 2002; 58: 493-495.
10. Reuber M, Pukrop R, Bauer J, Helmstaedter C, Tessendorf N, Elger CE. Outcome in psychogenic nonepileptic seizures: 1 to 10 year follow-up in 164 patients. *Ann Neurol* 2003; 53: 305 - 311.
11. Metrick ME, Ritter FJ, Gates JR, Jacobs MP, Skare SS, Loewenson RB. Nonepileptic events in childhood. *Epilepsia* 1991; 32: 322 - 328.
12. Oto M, Conway P, McGonigal A, Russell AJ, Duncan R. Gender differences in psychogenic non epileptic seizures. *Seizure*. 2005; 14: 33 - 39.
13. Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora LI, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry* 1997; 12: 224 - 231.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic criteria from DSM-IV-TR. Washington, D.C.: American Psychiatric Association (2000).
15. Kanner, AM, Parra J, Frey M, Stebbins G, Pierre-Louis S, Iriarte J. Psychiatric and neurologic predictors of psychogenic pseudoseizure outcome. *Neurology* 53 (5): 933 - 938.
16. Tomasson K, Kent D, Coryell W. Somatization and conversion disorders: comorbidity and demographics at presentation. *Acta Psychiatr Scand*. 1991; 84: 288 - 293.
17. Pintor L., Pérez G., Torres X. Trastornos psiquiátricos, personalidad y experiencias traumáticas en pacientes con crisis no epilépticas conversivas. *Actas esp psiquiatr* 2002; 30 (4): 233 - 239.