

# **EPILEPSIA Y TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS**

**DRA. EMMA SAAD DE JANON  
PSIQUIATRA – PSICOTERAPEUTA  
INFANTO JUVENIL  
Guayaquil - Ecuador**

# GENERALIDADES

- ❖ Una de las más comunes de las enfermedades crónicas neurológicas
- ❖ Incidencia entre 30 y 120 por cada 100.000 habitantes
- ❖ Prevalencia alrededor del mundo: 5 a 8 casos por 1.000 habitantes (85% concentrados en países en vías de desarrollo)
- ❖ Producen costes económicos importantes
- ❖ 80% mantienen crisis bien controladas
- ❖ Tratamiento prolongado (30 – 40 % de incumplimiento)
- ❖ Afectación de habilidades académicas y laborales

- ❖ **Carga psicosocial con posibles complicaciones físicas, neuropsicológicas y conductuales**
- ❖ **Tres veces más riesgos de deterioro cognitivo que aquellos sin epilepsia**
- ❖ **Incremento de riesgo de psicopatología en niños entre 5 y 14 años**
- ❖ **Realizar Video-EEG, RMN, neuroimagen funcional, baterías neuropsicológicas para diagnóstico**
- ❖ **Manejo multidisciplinario: psiquiatra, neurólogo, neuropsicólogo, psicopedagogo, psicoterapeuta**
- ❖ **Neurocirugía de la epilepsia ha experimentado desarrollo espectacular**

# **EPILEPSIAS DEL LÓBULO TEMPORAL**

- ❖ **Las más frecuentes de las epilepsias lobares**
- ❖ **Con manifestaciones críticas e intercríticas variadas**
- ❖ **Relación e interdependencia con aspectos emocionales y conductuales (desencadenantes o componentes de crisis)**
- ❖ **Diagnóstico diferencial difícil**
- ❖ **ELT afecta en los niños las mismas estructuras y funciones que en el adulto, afecta el aprendizaje**
- ❖ **Frecuentemente resistentes al tratamiento**

# Bases anatomo - fisiológicas

- ❖ Polimorfismo sintomático: compleja fisiología de la corteza temporal y del sistema límbico
- ❖ Corteza Temporal: mecanismos cruciales para la integración de actividades relacionadas con
  - audición
  - visión
  - lenguaje

❖ **Sistema Límbico**: Integración de conductas biológicas básicas

- Alimentaria
- Sexual
- Agresivo - Defensiva
- Memoria



❖ **Anomalías neuro-anatómicas  
causales:**

- 1. Esclerosis mesial temporal (hasta 60%)**
- 2. Displasias corticales**
- 3. Tumores benignos**
- 4. Angiomas cavernosos**

# Implicaciones Psiquiátricas

- ❖ **Mayor incidencia de trastornos psiquiátricos que en los no epilépticos**
  - **Psicosis esquizofreniformes**
  - **Psicosis crónicas**
  - **Trastornos cognitivos**
  - **Cambios en la personalidad**
  - **Violencia**
  - **Depresiones**
  - **Trastornos de ansiedad**

## ❖ **Prevalencia mayor que en la Población General**

- **4 veces más psicosis crónicas**
- **10 veces más psicosis agudas**
- **10 % de epilépticos están hospitalizados en medio psiquiátrico**

❖ **Tasa de suicidio 25 veces mayor en Epilepsia del Lóbulo Temporal (ELT)**

❖ **Entre factores de riesgo para aparición de psicopatología: edad de inicio y tipo de crisis así como politerapia**

❖ Fuerte correlación entre psicosis esquizofreniforme y ELT: 18 % en ELT vs. 3 % en Epilepsia Generalizada (Shukla)

❖ A diferencia de la esquizofrenia:

- conservación del afecto y de relaciones interpersonales
- no progresión a Síndrome Deficitario

# Síndrome de Geschwind

- ❖ **ELT, especialmente izquierda**
- ❖ **Trastorno de personalidad interictal**
- ❖ **Infrecuente**
  - **Preocupaciones filosóficas, morales, religiosas**
  - **Hipergrafía**
  - **Viscosidad de contacto**
  - **Circunstancialidad**
  - **Irritabilidad**
  - **Hiposexualidad**

- ❖ **Delgado, F (1997):** 22 pacientes reclutados en el servicio de Epileptología, en el hospital de la Salpêtrière (París)
- ❖ 12 de los 22 pacientes (54,4%) reunían criterios para uno o más diagnósticos según el DSM-IV en algún momento de su vida, especialmente trastornos depresivos
- ❖ 5 pacientes (22,7%) reunían los criterios para un diagnóstico psiquiátrico actual, especialmente trastornos de ansiedad
- ❖ Se observó comorbilidad importante en ciertos pacientes (4 y 5 diagnósticos)

**❖ 5 pacientes (22.7%) que presentaban clínicamente rasgos de personalidad descritos en el S. de Geschwind**

**❖ Ciertas diferencias con estudios similares**

**❖ En comparación con Victoroff (1995), Silverstone (1994): una menor incidencia de trastornos psiquiátricos, aunque mayor frecuencia de trastornos depresivos en el pasado trastornos de ansiedad al momento del estudio**

# **INVESTIGACIÓN**

**Dra. Julia Saad de Janon**  
**Dra. Emma Saad de Janon**

# Objetivos

- ❖ **Estudiar los tipos de epilepsia que se dan en los pacientes niños y adolescentes que consultan el servicio de Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce de Guayaquil**
- ❖ **Determinar las comorbilidades psiquiátricas en estos pacientes epilépticos**

**❖ Analizar el tipo de epilepsia en el que se presentan mayores comorbilidades de tipo psiquiátrico, tomando en cuenta la aparición de los síntomas de ambas patologías**

**❖ Determinar las formas de tratamiento más adecuadas en estas comorbilidades**

# **Materiales y Metodología**

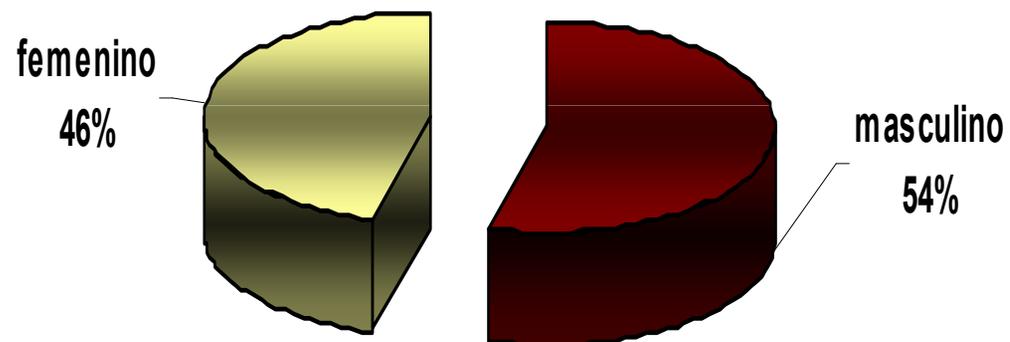
- ❖ 358 Historias Clínicas de los pacientes que consultaron por primera vez el servicio de Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce de Guayaquil en el período comprendido entre el 01.06.07 y 31.08.07**
- ❖ Extracción de muestra de 48 pacientes (13,40 %) que presentaron algún tipo de epilepsia como motivo de consulta**

- ❖ **Estudio longitudinal con análisis de diversas variables recopiladas para el efecto**
- ❖ **Estudio estadístico univariado, bivariado (tablas de tabulación cruzada) y análisis de homogeneidad**
- ❖ **Programa estadístico: SPSS 10.0**

# Variables

- ❖ **Sexo**
- ❖ **Edad**
- ❖ **APP**
- ❖ **APF**
- ❖ **Edad de inicio de síntomas epilépticos**
- ❖ **Características de la epilepsia**
- ❖ **Síntomas psiquiátricos**
- ❖ **Edad de inicio de síntomas psiquiátricos**
- ❖ **EEG**
- ❖ **Diagnósticos codificados según ICD-10**
- ❖ **Pruebas psicométricas: Bender, Beck para depresión, Hamilton para ansiedad, HTTP, MMPI-A**
- ❖ **Valoración psicopedagógica**
- ❖ **Terapias recibidas**
- ❖ **Evolución a las 8 semanas**

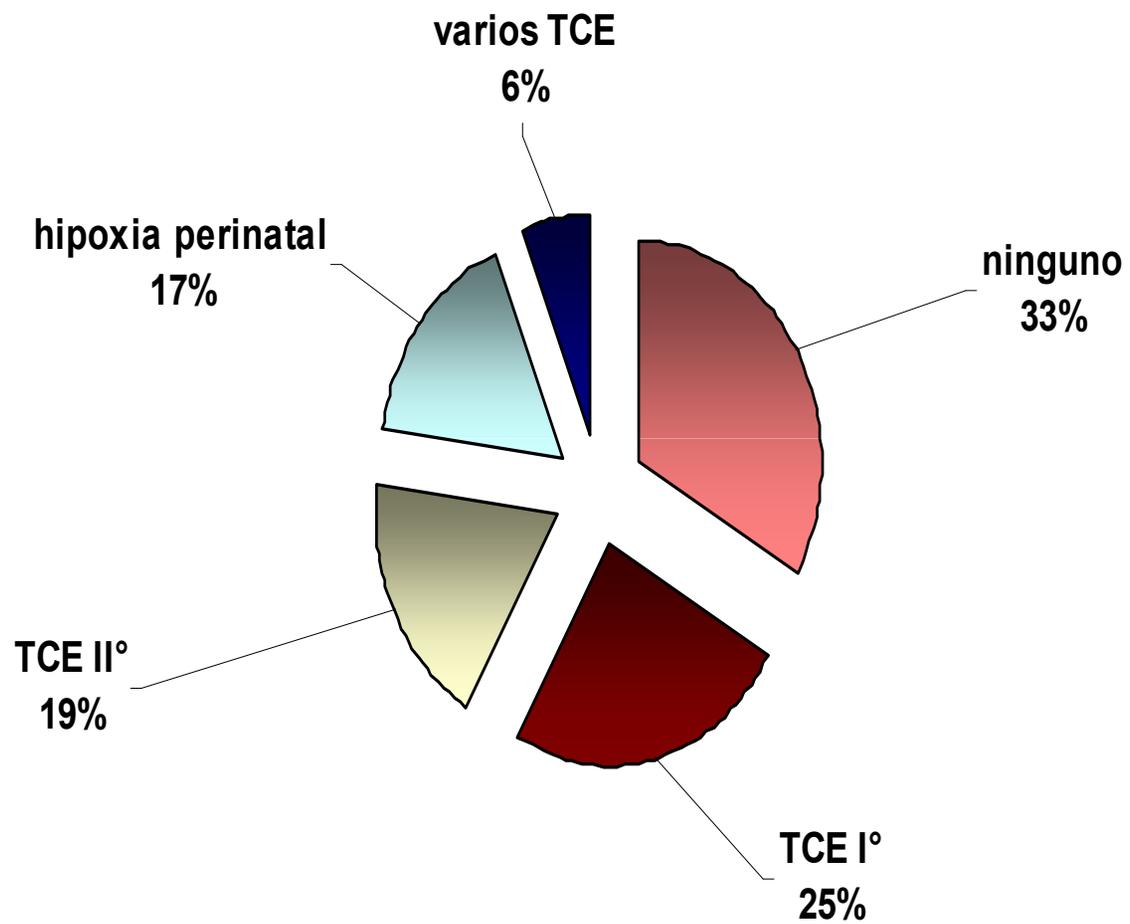
## Sexo de los pacientes



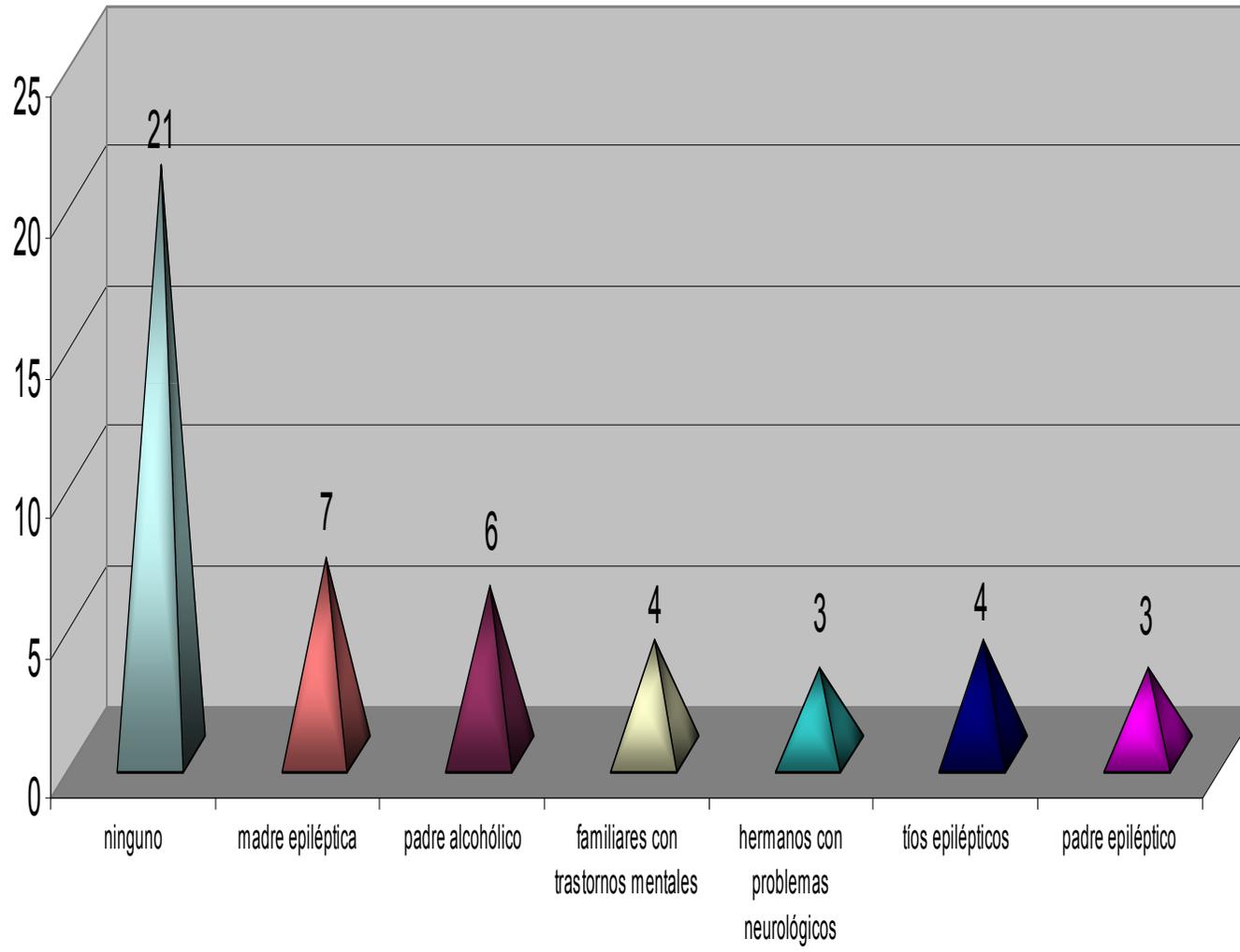
# EDAD DEL PACIENTE

<b>MEDIA</b>	<b>10,73 AÑOS</b>
<b>MODA</b>	<b>10 AÑOS</b>

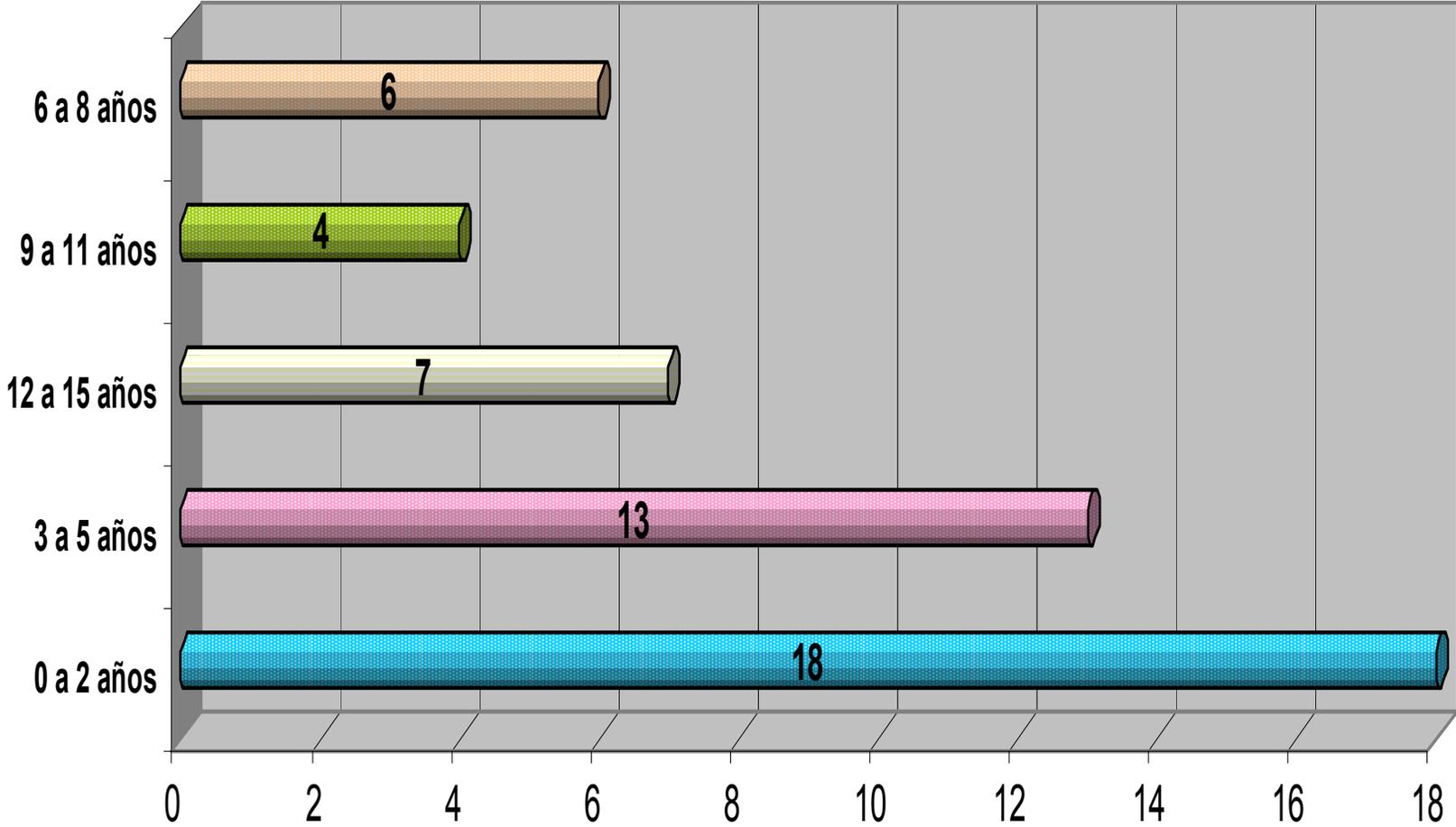
# APP



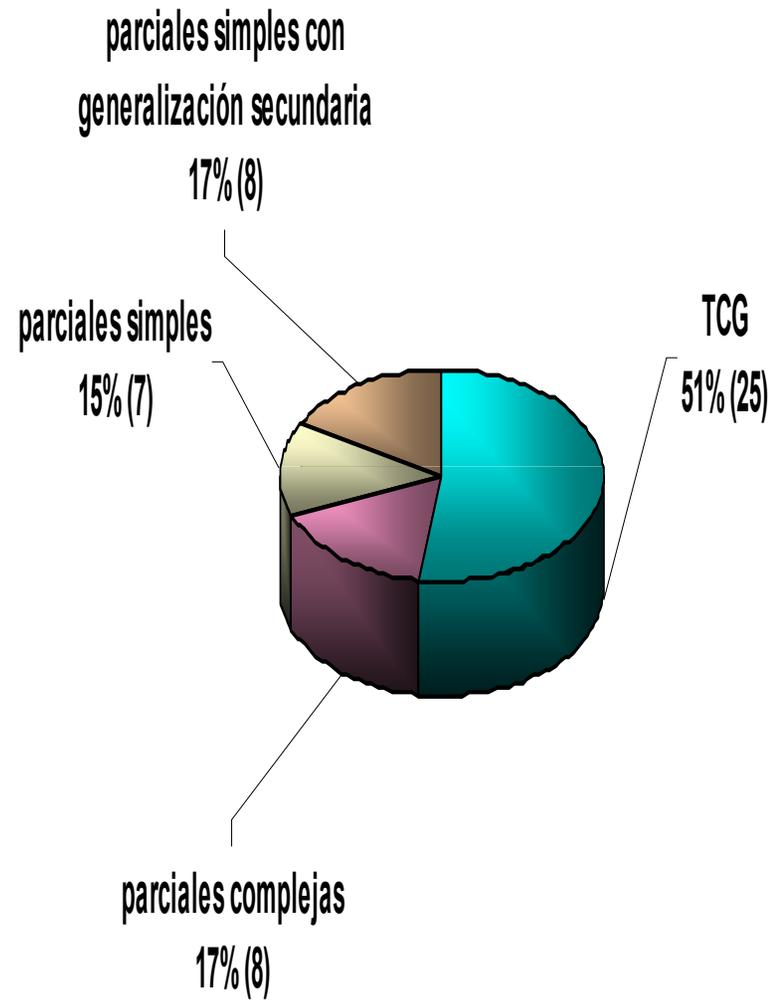
# APF



# Edad de inicio de epilepsia



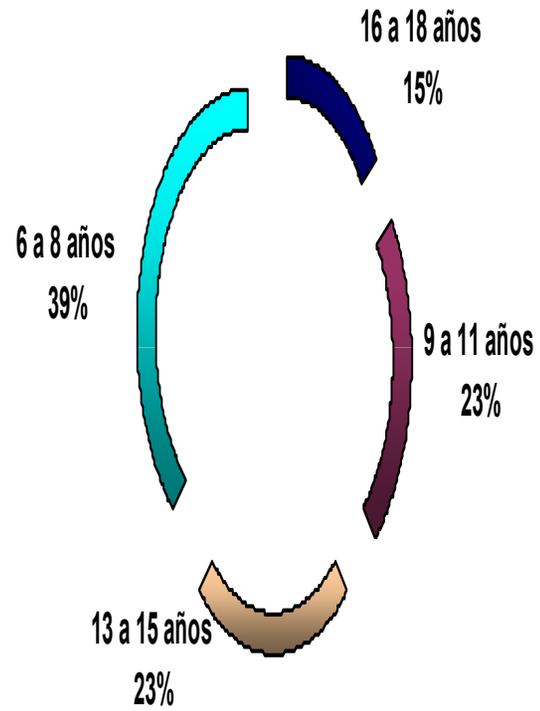
## Característica de las crisis



# SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS

SÍNTOMA	FRECUENCIA
Ninguno	35
Conductas disociales	3
Conductas disociales, tristeza y consumo de sustancias	3
Ansiedad y somatización	2
Problemas de aprendizaje	2
Tristeza extrema, irritabilidad e ideación suicida	1
Ansiedad y tristeza	1
Agresividad y conductas bizarras	1

### Edad de inicio de Síntomas Psiquiátricos

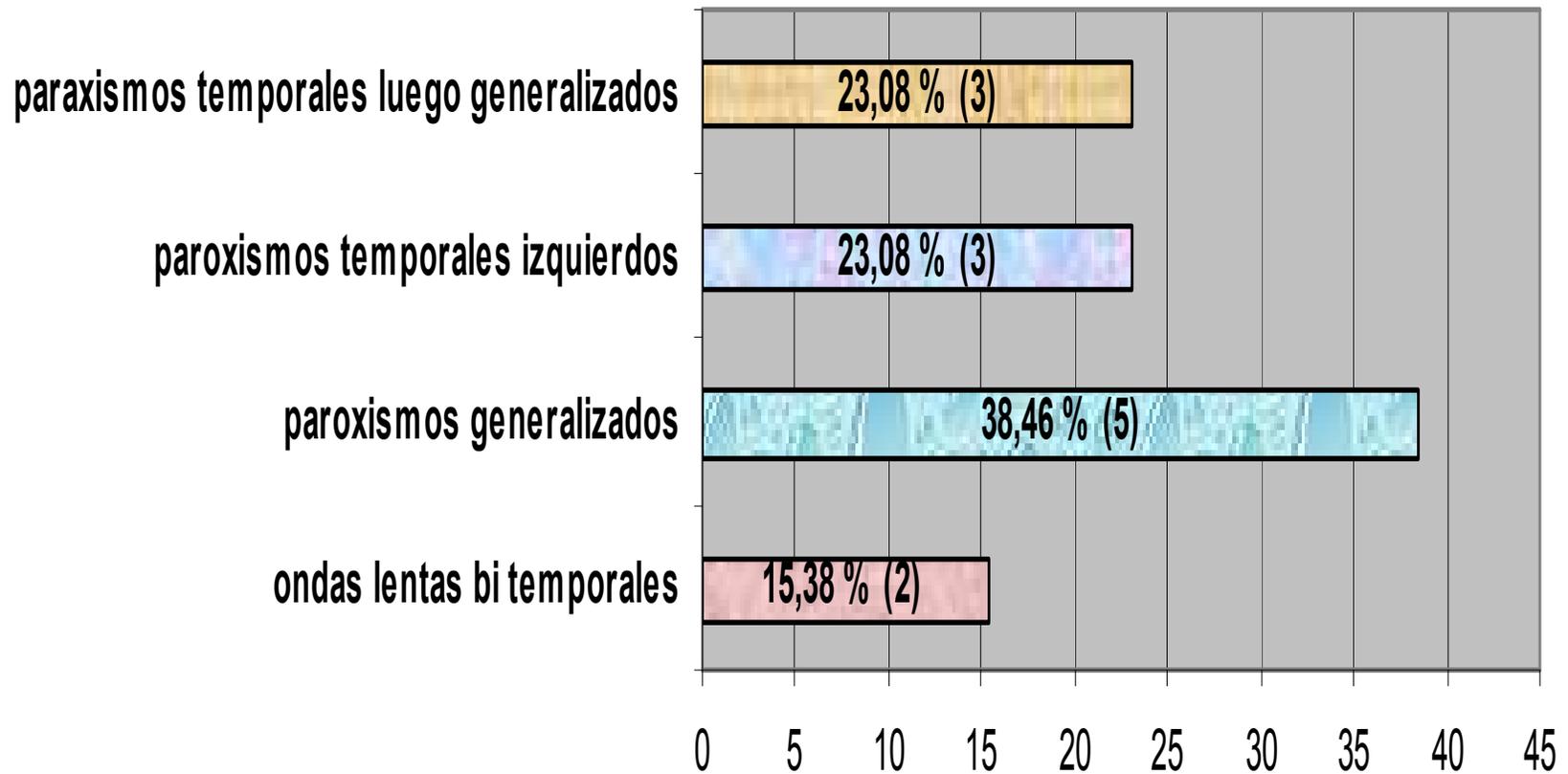




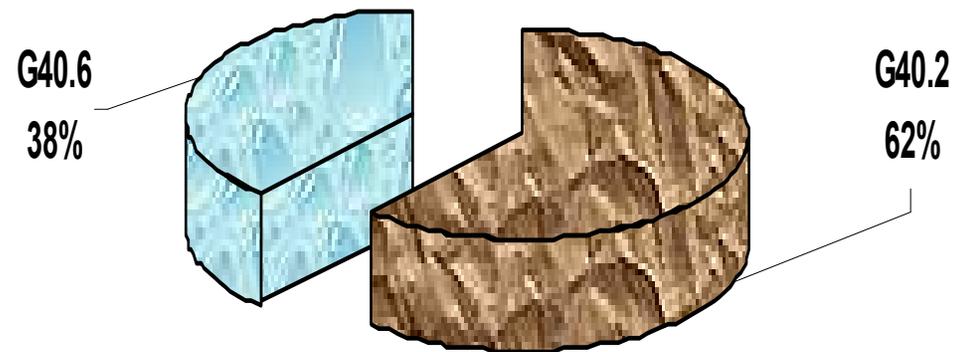
### Edad de Inicio de Síntomas Psiquiátricos

	<b>6 a 8 años</b>	<b>9 a 11 años</b>	<b>13 a 15 años</b>	<b>16 a 18 años</b>
<b>Edad de inicio de la epilepsia</b>				
<b>0 a 2 años</b>	<b>4</b>			<b>1</b>
<b>3 a 5 años</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>6 a 8 años</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	
<b>9 a 11 años</b>		<b>1</b>		

# EEG



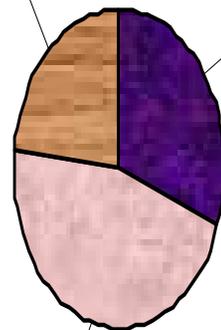
## Diagnóstico neurológico



## Test de Bender

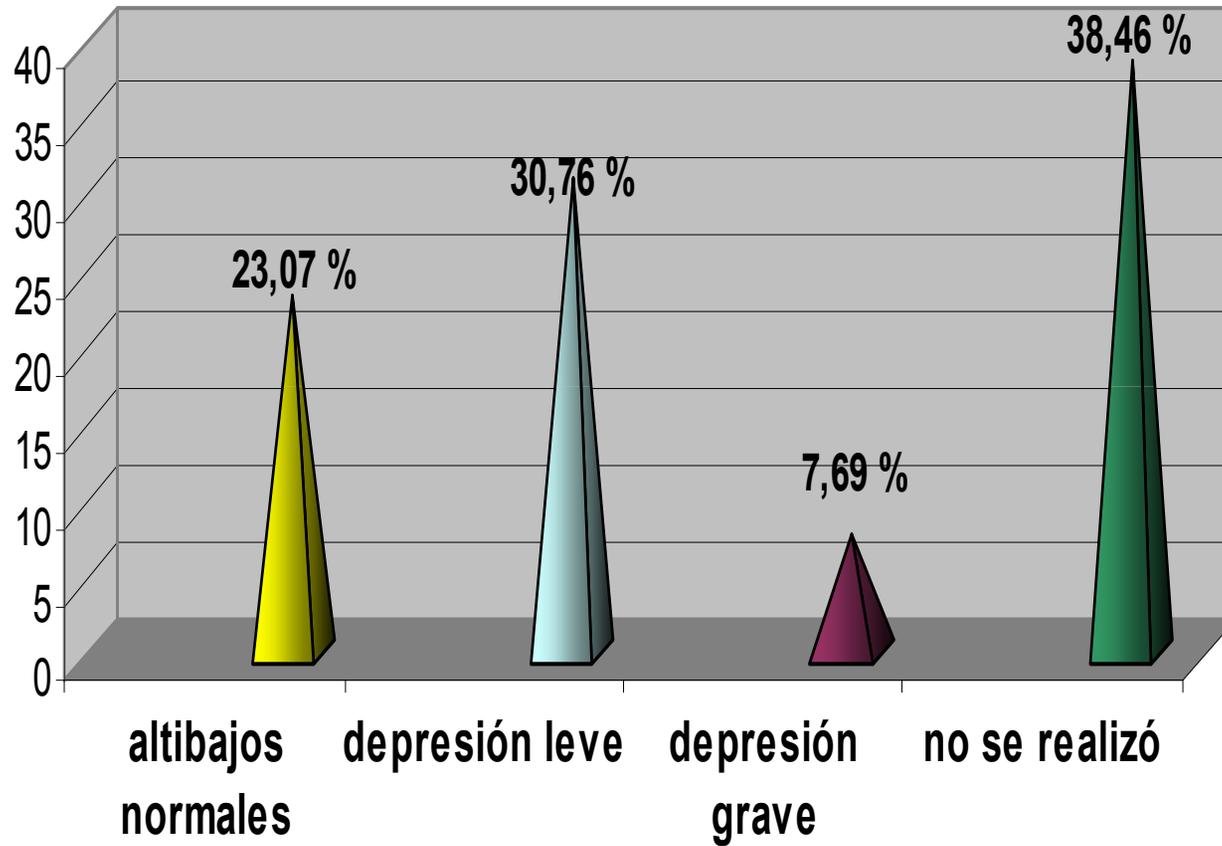
signos de  
organicidad sin  
inestabilidad  
emocional  
23%

inestabilidad  
emocional sin  
signos de  
organicidad  
31%

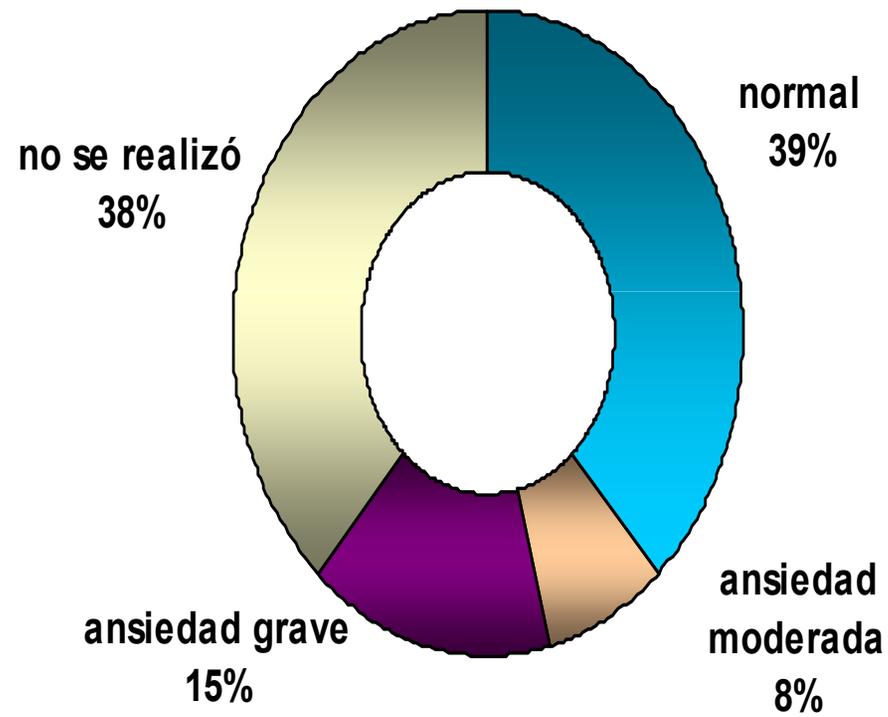


inestabilidad  
emocional y  
signos de  
organicidad  
46%

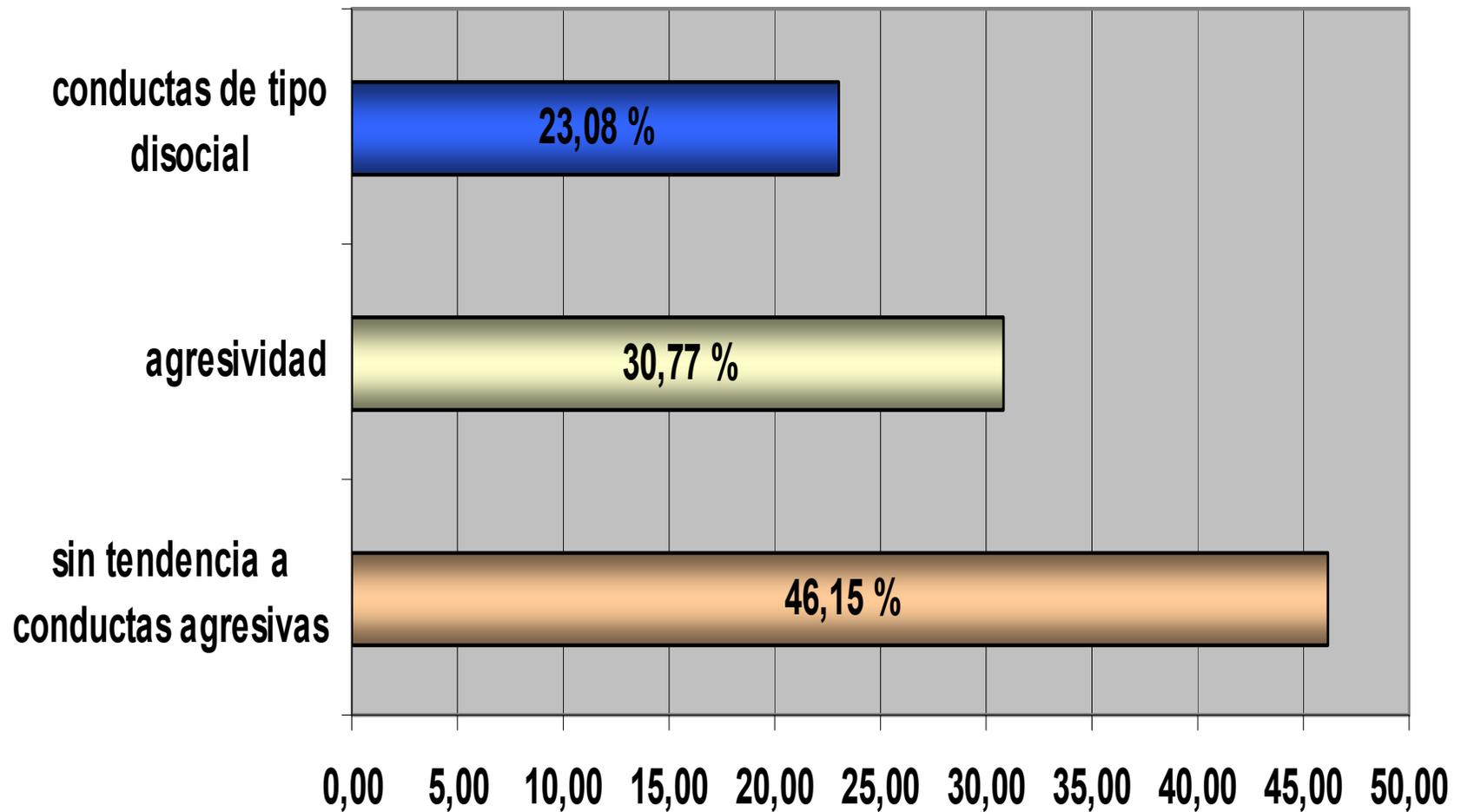
## Cuestionario Depresión de Beck



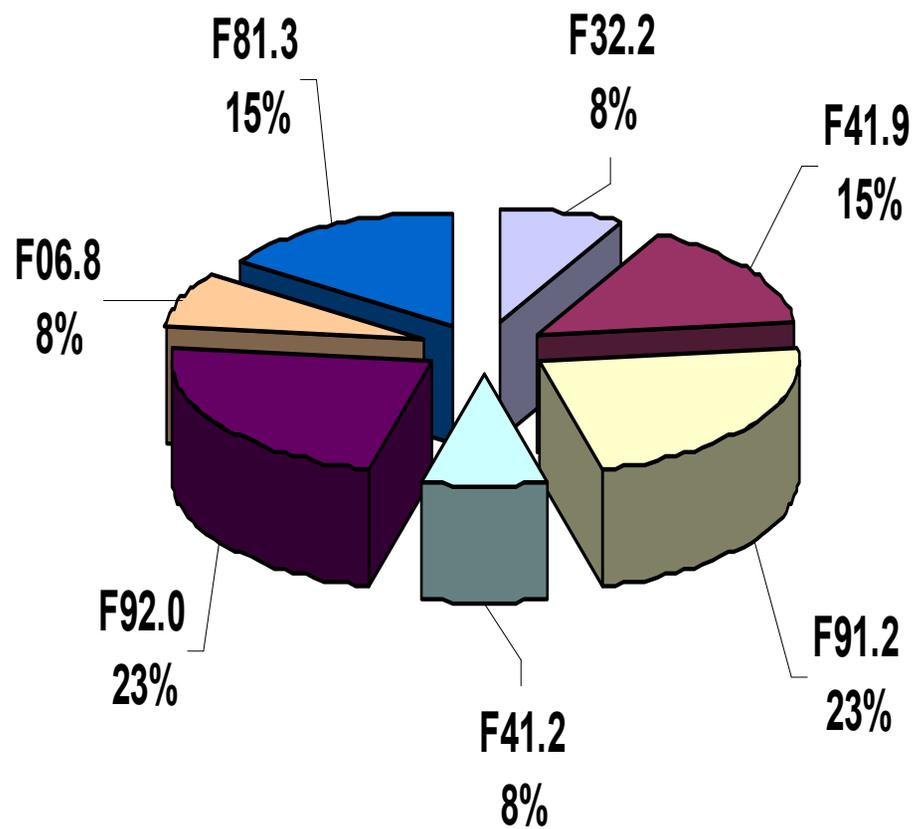
## Hamilton para ansiedad



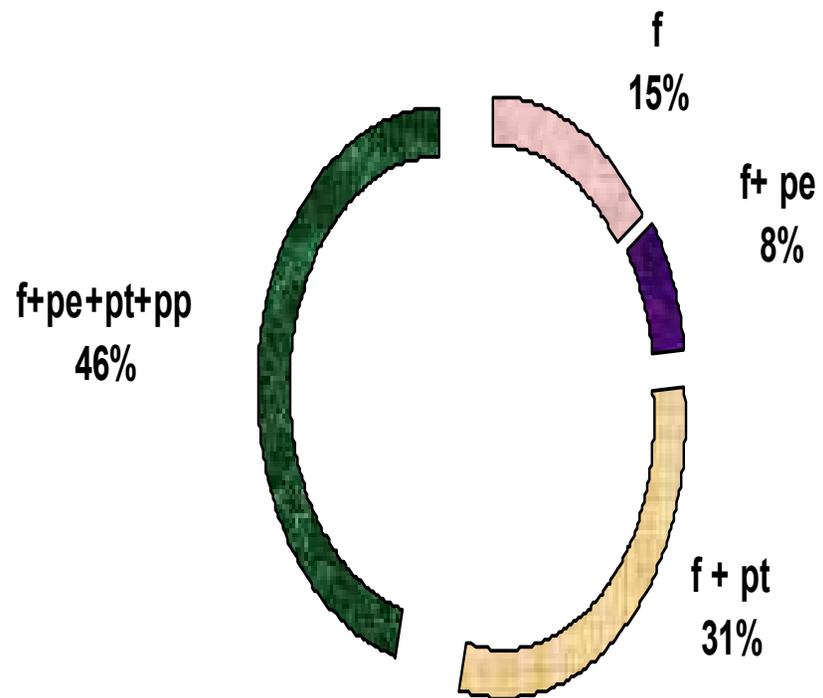
## HTP / MMPI-A



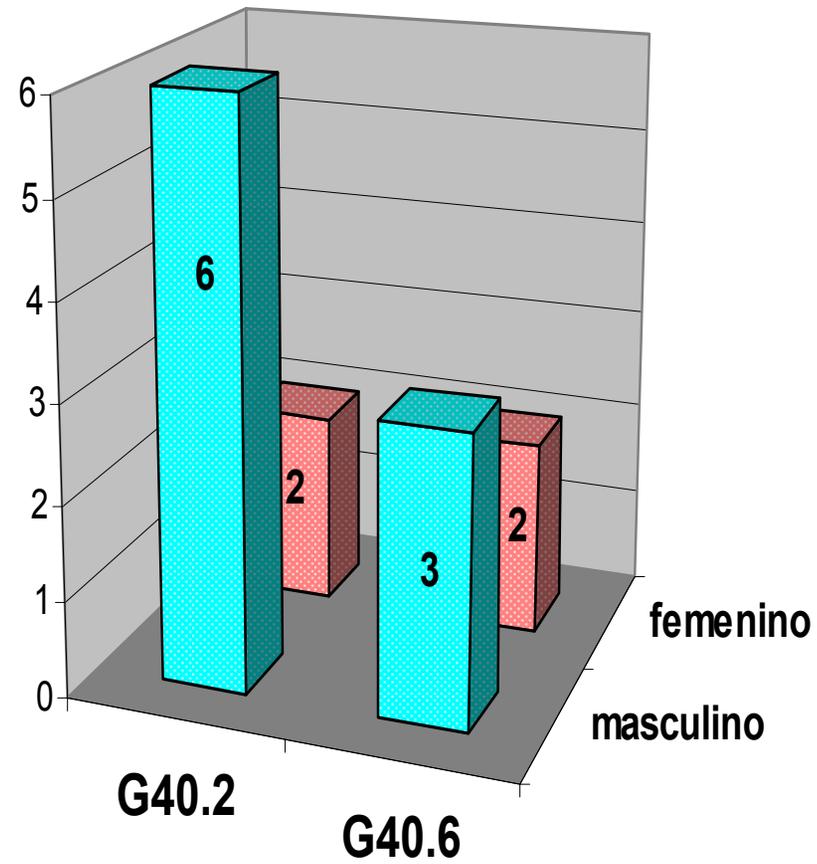
## Diagnóstico Psiquiátrico



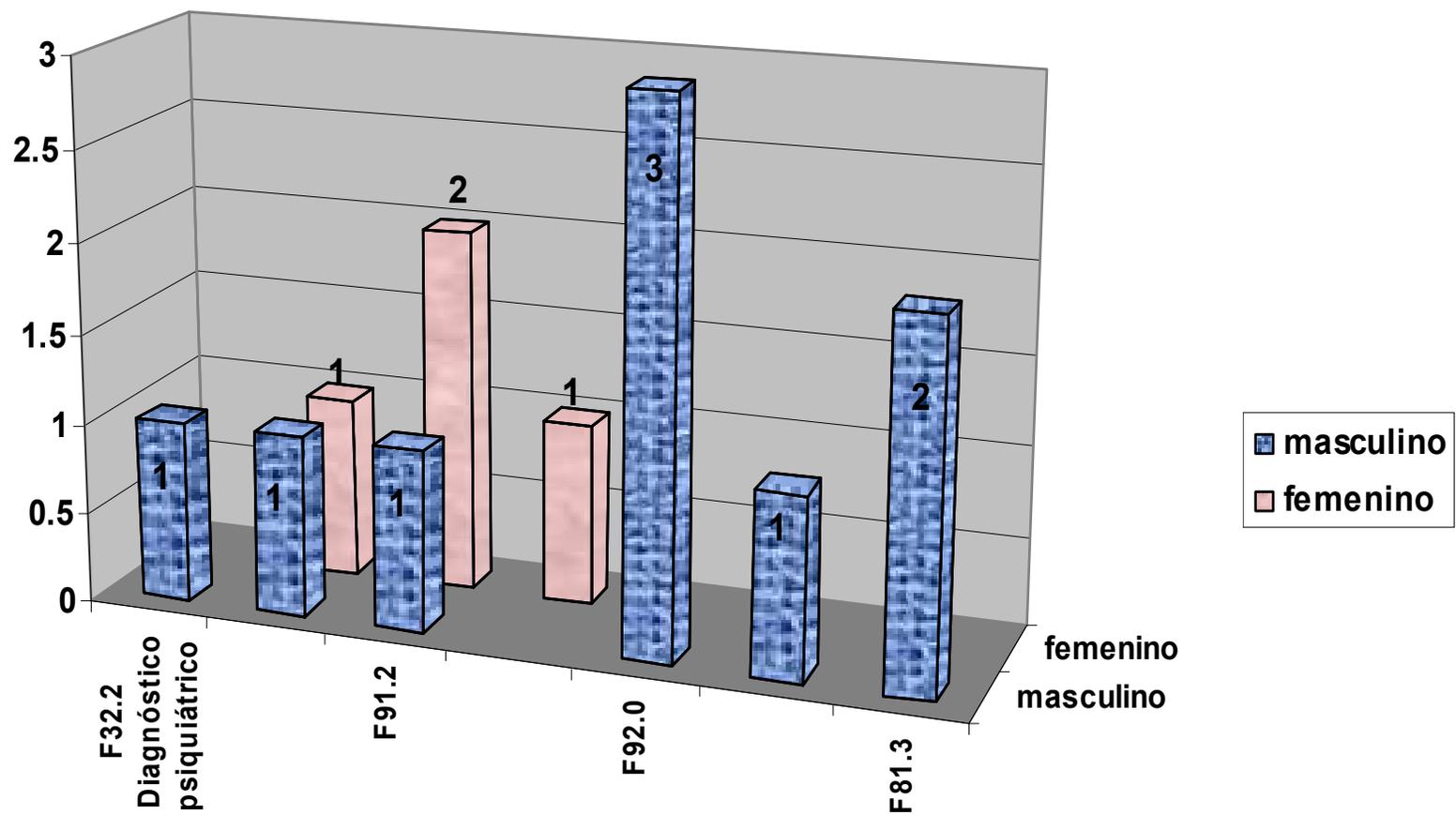
## Terapias aplicadas



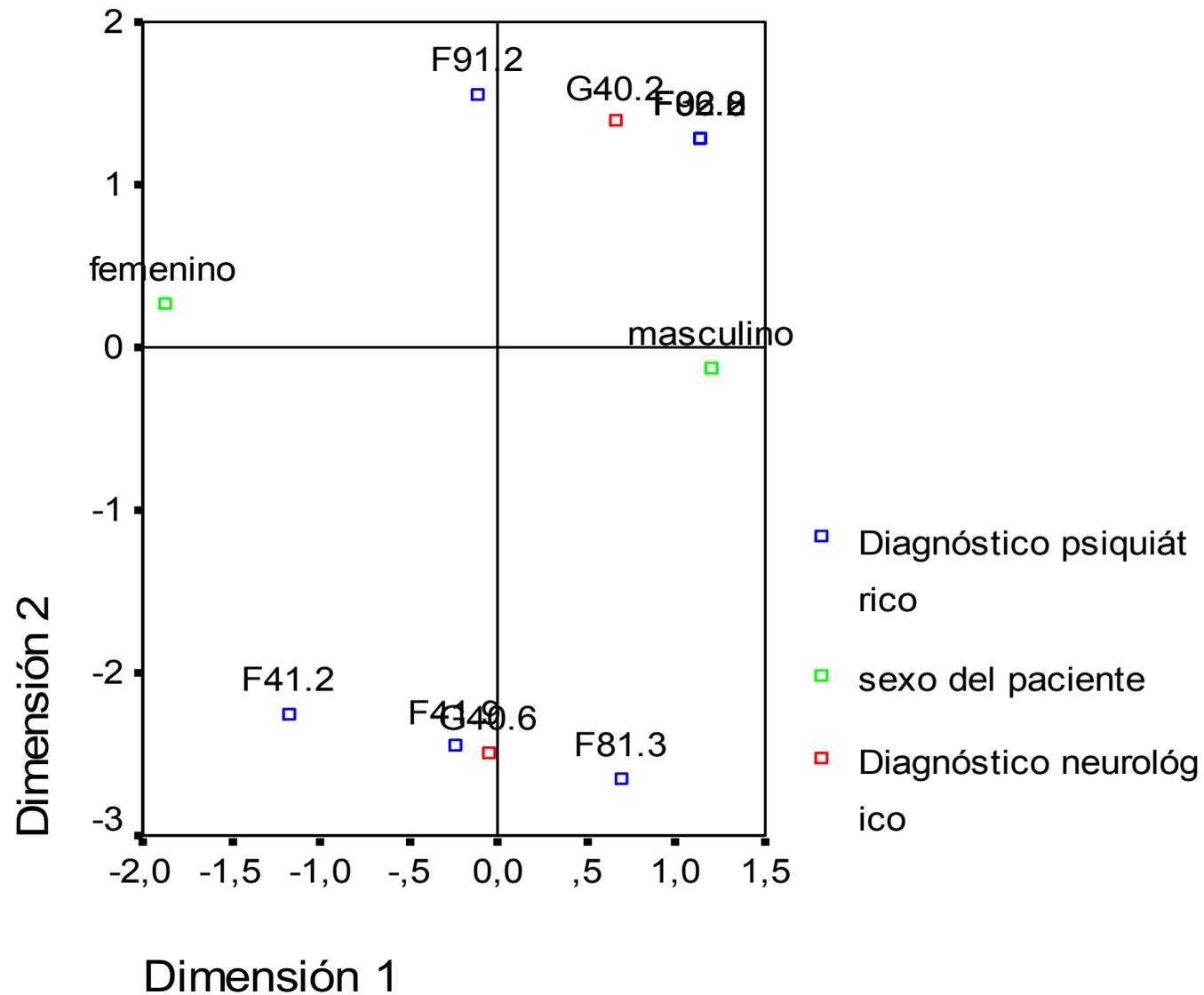
### Sexo \* Diagnóstico neurológico



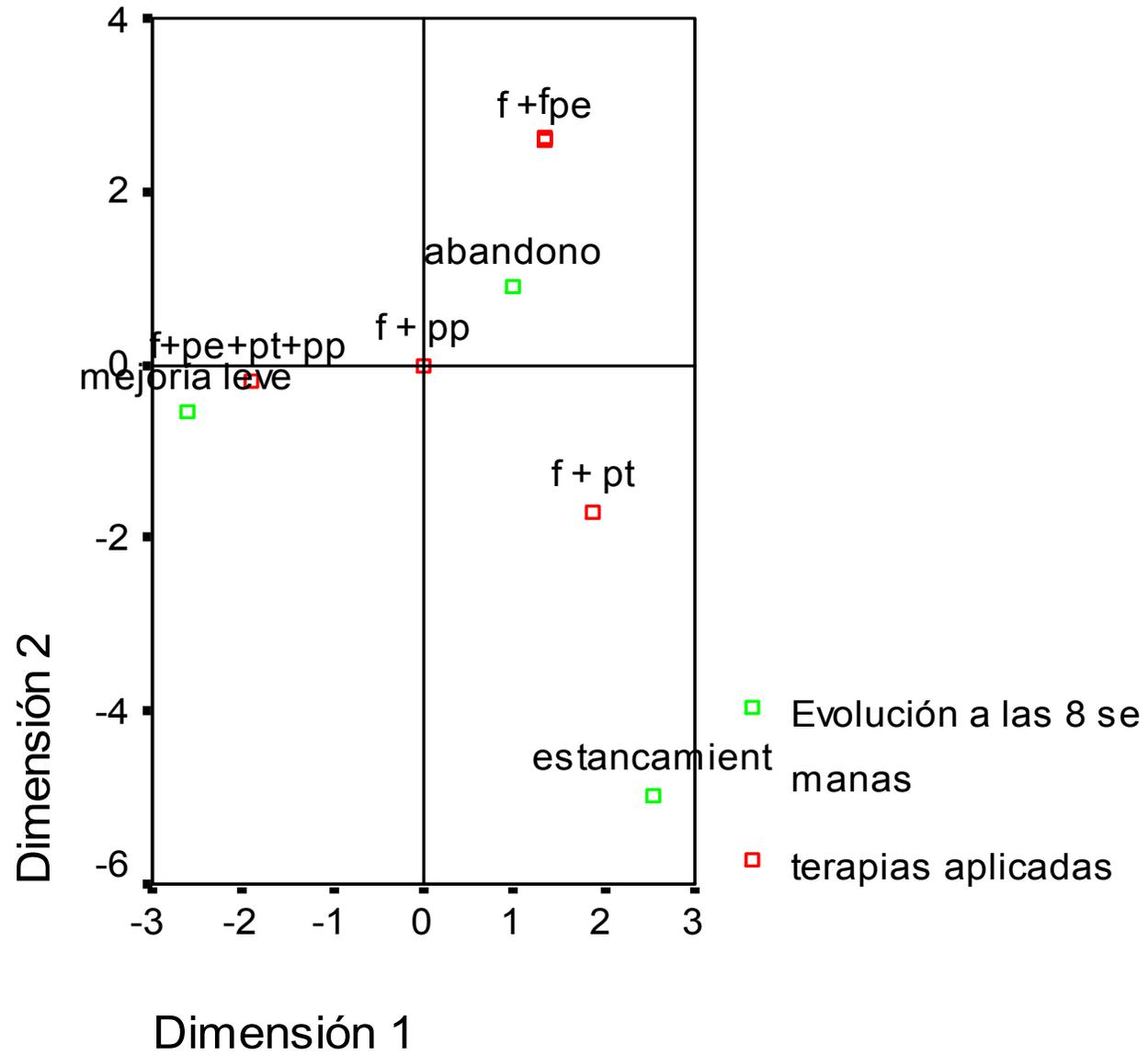
### Sexo \* Diagnóstico psiquiátrico



# Cuantificaciones



# Cuantificaciones



# **Psicoeducación en Enfermedades Crónicas**

- ❖ Imprescindible en el tratamiento de enfermedades crónicas**
- ❖ Conducta del paciente, su actitud ante los síntomas: decisiva en el curso de la enfermedad**
- ❖ Enfatiza importancia de la información respecto a la enfermedad**

# Objetivos de la Psicoeducación

- ❖ Informar e instruir a los pacientes y a quienes les rodean la verdadera influencia de la enfermedad en la vida en general (desmitificar)
- ❖ Desarrollar conciencia de enfermedad
- ❖ Adhesión al tratamiento farmacológico y otras terapias complementarias
- ❖ Evitar riesgos asociados a la interrupción del tratamiento
- ❖ Reconocimiento de síntomas
- ❖ Regularidad de hábitos y de controles terapéuticos
- ❖ Reducir el grado de invalidez y aumentar la interacción social del paciente y su calidad de vida