

**Cambios en el comportamiento
psicosocial de un grupo de pacientes con
epilepsia y psicosis crónica después de un
año de tratamiento con lamotrigina.**

S. González*, **J. Quintana****, **R. Fabelo****,
L. Rivero**, **C. González*****

* Especialista de 2º grado en Neurología. Jefe del Servicio de Epilepsia del Hospital Psiquiátrico de la Habana (Cuba).

** Neuropsicólogos clínicos del Servicio de Epilepsia del Hospital Psiquiátrico de la Habana (Cuba).

*** Técnica de Psicometría del Servicio de Epilepsia Freud.

Correspondencia:

Dr. Salvador González Pal
36 A # 114 Apto 10 e/1ra y 3ra Playa
CP 11300 Ciudad de la Habana (Cuba).
Fax: 5 37 45 15 12
E-mail: sglezpal@infomed.sld.cu

ARTÍCULO ORIGINAL

[\[Resumen\]](#) [\[Abstract\]](#)

- ▶ [Introducción.](#)
- ▶ [Material y método.](#)
- ▶ [Resultados.](#)
- ▶ [Discusión.](#)

Introducción

Se considera que más de 40 millones de personas en el Mundo sufren de epilepsia y que entre 100 y 200 millones de personas han sufrido de por lo menos una crisis de epilepsia. La prevalencia de esta enfermedad es en el ámbito mundial entre 4 y 18 enfermos cada 1,000/habitantes. Esta prevalencia es diferente entre algunos países. En EE UU es entre 1,3 y 3,1 por cada mil habitantes; en Cuba es entre 6,1 y 3,1/1,000 hab, mientras que en países donde existe la cisticercosis esta prevalencia aumenta, por ejemplo Honduras 17/1000hab. , Panamá entre 22 y 57/1,000 hab, Guatemala entre 8 y 19/1000 hab y México 18/1,000 hab.^{1, 2, 3, 4}

La epilepsia es un padecimiento que por diversas razones afecta la Calidad de vida de los que la padecen, la OMS define el término de Calidad de Vida como el perfecto bienestar físico, mental y social, pero no toma en cuenta la percepción que el propio paciente tiene de su condición. Pero cuando se trata de epilepsia se introduce un verdadero elemento de subjetividad y que está relacionado con la propia evaluación que tiene el enfermo de su enfermedad. Para evaluar la calidad de vida de estos enfermos es muy importante utilizar escalas específicas que tengan presente los problemas propios de estos enfermos.

El Inventario Psicosocial de Washington(WPSI) es una prueba de autoevaluación que mide los propios problemas del enfermo, diseñada desde principio de los años 80 ha servido de gran utilidad ^{5, 6} y se acepta en la actualidad que sirve para evaluar la Calidad de Vida de estos pacientes⁷.

Por otra parte la asociación de psicosis crónica a la epilepsia es un tema muy debatido y aunque sus críticos no lo acepten existen trabajos epidemiológicos que de forma seria plantean que la prevalencia de estas psicosis atípicas es entre un 5 y un 7% de los enfermos con epilepsia^{8, 9, 10} aunque se ha planteado en el caso de las epilepsias parciales del lóbulo temporal esta prevalencia puede elevarse entre un 10 y un 15%¹¹. Es obvio que la calidad de vida y la adaptación psicosocial de estos enfermos que además de sus crisis de epilepsia sufren de psicosis es peor que la señalada para los pacientes con sólo los episodios ictales. En estos enfermos existe además mucho descontrol de las crisis de epilepsia lo que ha sido reportado como una causa evidente de mala adaptación psicosocial¹².

Se han estudiado la etiología de los trastornos de la conducta y se ha visto que como causa de las psicosis en los pacientes con epilepsia pueden existir una serie de factores (conocidos como factores multietiológicos) como son los neurobiológicos, los factores medicamentosos y los psicosociales¹³.

En el presente trabajo se analiza basados en los resultados de un inventario psicosocial (WPSI) como es: la historia familiar, la adaptación emocional, la adaptación interpersonal, la adaptación vocacional, la situación económica, la adaptación a los ataques, el medicamento y tratamiento médico y el funcionamiento psicosocial global de un grupo de 31 enfermos con epilepsia y psicosis. Los resultados del WPSI se comparan con los de un grupo de 39 pacientes con epilepsia pero sin psicosis, para después de 6 meses de tratamiento continuo con lamotrigina comparar los resultados del estudio de ambos grupos.

Material y método.

El trabajo se realizó utilizando el Inventario Psicosocial diseñado por Dodrill y del cual realizamos una reseña. El WPSI es un inventario que contiene 132 ítems con dos opciones únicas de respuestas: si o no y tiene el carácter de ser autoaplicada, por lo que el enfermo deberá responder de acuerdo a su propia percepción vivencia.

En la calificación se toman en cuenta 8 áreas de evaluación con un determinado número de índices considerados en cada área. El valor hallado se ubica en el gráfico correspondiente y cuyos valores máximos son independientes en cada área. El valor encontrado se ubica en el referido gráfico y cuando más se eleva este, mayor será el nivel de desajuste o desadaptación del paciente en esta área específica. La representación de los resultados se realiza reagrupando estas escalas y uniendo mediante una línea quebrada o perfil de las puntuaciones alcanzadas por el paciente en cada una de ellas. Cada escala puede a su vez ser dividida en 4 sectores que son:

- A. **Buena Adaptación.**(sin problemas importantes).
- B. **Adaptación Media.** (Con problemas poco significativos).
- C. **Adaptación Mala.** (Hay problemas que repercuten negativamente en la adaptación del paciente).
- D. **Adaptación Muy Mala.** (El paciente afronta problemas importantes con repercusión en su ajuste psicosocial).

Por último las áreas de evaluación específicas son las siguientes:

1. **Historia Familiar:** (11 índices). Se refiere a los vínculos interpersonales o interfamiliar y a las relaciones de los compañeros durante la infancia.
2. **Ajuste Emocional:** (34 índices). Explora la existencia de trastornos depresivos, ansiedad, temores, trastornos somáticos, mala autoimagen e insatisfacción vital.
3. **Adaptación Interpersonal:** (22 índices). Evidencia capacidad para establecer contacto con los demás, situaciones sociales, intimidad y habilidad para relacionarse con el sexo opuesto.
4. **Adaptación Vocacional:** (13 índices). Evalúa la interacción crisis – ocupación, el nivel de empleo y si se encuentra necesario realizar orientación.
5. **Situación Económica:** (7 índices). Evalúa el estado de sentimiento de seguridad desde la vertiente económica.
6. **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.
7. **Medicación y Tratamiento Médico:** (8 índices). Aporta información sobre su valoración de la atención profesional, sanitaria y farmacológica que recibe.
8. **Funcionamiento Psicosocial Global:** (57 índices). Este es un índice global de todas las escalas e indica como esta funcionando el paciente, en sentido general.

Se aplicó el WPSI a un grupo de 70 pacientes con epilepsia que asistían a la consulta especializada de epilepsia del Departamento de Tratamientos Ambulatorios del Hospital Psiquiátrico de la Habana. De estos pacientes 31 tenían además de epilepsia psicosis asociada. La misma prueba fue realizada 6 meses después de estar utilizando como antiepiléptico la lamotrigina y sus resultados comparados. En los pacientes el único cambio que se produjo fue el uso de lamotrigina como monoterapia antiepiléptica y la disminución en la frecuencia de las crisis de epilepsia

A los resultados se les aplicó las siguientes pruebas estadísticas: Análisis varianza, chi cuadrado, diferencia entre medias, intervalo de confianza y t de student.

Resultados

En primer lugar vemos las características generales de los 31 pacientes con epilepsia y psicosis estudiados con el WPSI y que además fueron tratados de su epilepsia durante un año con lamotrigina.

Tabla 1. Características generales de 30 pacientes con epilepsia que asisten a la consulta especializada de epilepsia del Hospital Psiquiátrico de la Habana.		
Edad promedio de los pacientes	44,22± 43	(menor 17 y mayor 60) 44, 22
	No. de pacientes	%
Sexo		
Masculino	5	16,13
Femenino	26	83,87
Tiempo de evolución de la epilepsia		

> 10 años de evolución	30	96,77
< 10 años de evolución	1	3,33
Con antecedentes de lesión cerebral	11	35,48
Tipos de crisis de epilepsia		
Con crisis parcial simple o compleja	23	74,19
Con crisis generalizadas	27	87,09
Con crisis parcial de inicio secundariamente generalizada	16	51,61
Crisis por enfermo		
Con una sola crisis	8	25,8
Con más de un tipo de crisis	23	74,19
Frecuencia de las crisis		
Crisis entre diarias y mensuales	25	80,64
Crisis semestrales o anuales	6	19,35
Frecuencia de crisis en un año		
> 100 crisis o estado de mal epiléptico	11	18,03
< 100 crisis o estado de mal epiléptico	20	64,52
Tratamiento antiepiléptico		
Con un solo antiepiléptico	11	18,03
Con más de un antiepiléptico	20	64,52

En estos pacientes predomina más de una crisis de epilepsia por enfermo, frecuencia elevada de ataques y mezcla de antiepilépticos para mejorar el control de las crisis. Después de comenzar el tratamiento con lamotrigina se sistematizó la monoterapia antiepiléptica y las crisis llegaron a disminuir o eliminarse en 6 meses o un solo ataque en este período de tiempo en los 31 pacientes.

En la siguiente tabla podemos ver los resultados del WPSI antes y después del tratamiento y cuales fueron los aspectos significativos.

Tabla 2			
AREA DE EVALUACIÓN	ANTES DEL TTO. CON LAMATRIGINA	DESPUÉS DEL TTO. CON LAMOTRIGINA	p
Historia Familiar	4,19 (media)	3,68 (media)	0,6904
Adaptación Emocional	14,39 (mala)	9,71 (media)	1,5531-0,5**
Adaptación Interpersonal	7,74 (mala)	7,65 (mala)	0,0224
Adaptación Vocacional	5,87 (mala)	4,19 (media)	0,5514
Situación Económica	3,3 (mala)	3,29 (mala)	0,7611
Adaptación a los ataques	7,03 (mala)	5,06 (mala)	0,4388

Medicación y tto. médico	2,58 (media)	2,77 (media)	0,9129
FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL GLOBAL	21 (malo)	12,94 (media)	2,0673-0,5**

* P < 0,01

En el grupo de pacientes con epilepsia y psicosis se observó mejoría significativa sólo en adaptación emocional y en el funcionamiento psicossocial global. En la historia familiar se observa ligera disminución que produce variación en el tipo de respuesta, no así la adaptación vocacional que aunque no alcanza diferencia significativa pasó de ser mala ante del tratamiento mencionado a media. La adaptación a los ataques se mantuvo como mala aunque experimentó mejoría y con respecto a la medicación y tratamiento médico se mantuvo en media con resultados muy similares.

En la siguiente tabla podemos ver según los resultados del WPSI en el Funcionamiento psicossocial general como se comportaron los 31 pacientes antes y después del tratamiento con lamotrigina.

Tabla 3. Resultados comparativos entre grupos estudiados del funcionamiento psicossocial general.				
FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL GENERAL	Antes del tratamiento		Después del tratamiento	
	# Pacientes	%	# Pacientes	%
Buena Adaptación	1	3,23	11	35,48
Adaptación Media	17	54,83	16	51,62
Adaptación Mala	13	41,94	4	12,90
Adaptación muy Mala	0	0,0	0	0,0

$t=7,3823-05$ $p<0,01$ Se aplicó t de student a los resultados apareciendo diferencia significativa antes y después del tto.

De sólo 1 paciente que tenía buena adaptación en el Funcionamiento Psicossocial General vemos como después de 6 meses con tratamiento de lamotrigina aparecían 11 enfermos con buena adaptación (más de la 3ra parte del total).

Los enfermos con adaptación media se mantienen entre 16 y 17 pacientes.

De 13 enfermos con mala adaptación emocional antes de usar la nueva medicación antiepiléptica, sólo 4 se mantenían igual (con mala adaptación psicossocial) después del tratamiento.

Discusión

Diferentes estudios sobre los Trastornos psicossociales del Paciente con epilepsia han sido realizados en nuestro medio con diferentes grupos de pacientes.

El primero de estos estudios escogió un grupo de 100 pacientes que asistían a las

consultas especializadas de dos centros hospitalarios, los resultados mostraron mala adaptación psicosocial general en el 55% de los pacientes¹².

Un estudio con el WPSI se realizó a 30 pacientes epilépticos que se encontraban en su área de salud (municipalidad de Mariano, Ciudad de la Habana) y que a diferencia de los que asistían a la consulta especializada tenían buen control de sus crisis, en este grupo sólo un 20% de los pacientes tenían una adaptación psicosocial mala¹⁴, cifra que es similar a los resultados que se tienen de estudios realizados en la población general de la población de otros países¹⁵. La diferencia entre el desajuste psicosocial entre pacientes que se atienden en consultas especializadas de epilepsia (3er nivel de salud) y los que están en la población y se atienden con médicos no especialistas (1er nivel de salud) se basa en que los pacientes del primer grupo tienen elevada frecuencia de crisis y evidente temor a su enfermedad que no les permite llevar una vida normal

En 31 pacientes con epilepsia y psicosis sólo el 12,9% tienen un mal funcionamiento psicosocial global después del tratamiento con lamotrigina, cifra que es mucho menor al 20% de pacientes con mal funcionamiento que se encontraban en la población de la Municipalidad de Marianao de la Ciudad de la Habana¹⁴ y al 19% de trastornos psicosociales encontrado en el estudio realizado con la población de pacientes de Rochester¹⁵, pese a que se considera que siempre hay diferencias entre los resultados del WPSI entre la población adulta de diferentes países¹⁶.

Los resultados del WPSI en los pacientes con epilepsia y psicosis crónicas fueron diferentes en la segunda aplicación mejorando significativamente dos de las 8 escalas: la adaptación emocional y el funcionamiento psicosocial general o global.

La causa de esta mejoría en los resultados del WPSI tiene sólo dos explicaciones: 1) el tratamiento antiepiléptico fue con monoterapia de lamotrigina 2) hubo una evidente disminución de las crisis de epilepsia.

Hay que señalar que no se evidencian cambios en la escala de las relaciones interpersonales de los enfermos, ya que estos enfermos son psicóticos además de epilépticos y no se observó cambios significativos en el cuadro psicótico de los enfermos.

Hay estudios realizados con la lamotrigina que indican que por causas poco conocidas este medicamento mejora la calidad de vida de estos enfermos¹⁷, por otra parte se está utilizando este medicamento como medicamento eutimizante en los pacientes con depresión crónica¹⁸.

No consideramos que exista un efecto como para mejorar el cuadro de psicosis que tenían estos enfermos, pero si el tratamiento debido al buen control de sus crisis es capaz de provocar mejor sensación de bienestar físico¹⁹, evidentemente se reporta que el descontrol de las crisis de epilepsia lleva a trastornos sociales y psiquiátricos²⁰.

REFERENCIAS

1. Commission on Epidemiology and Prognosis of the International League Against Epilepsy .Guidlines for epidemiology studies on epilepsy. Epilepsia 1993 Apr;34(4):592-6.
2. Health Communications and Public Relations. Epilepsy etiology,

- epidemiology and prognosis. In: *Epilepsy out of the shadows*. Organization Press Office WHO. Fact Sheet. 165. World Health; 1997.
3. Rodríguez Rivera, L. *Epilepsia: Diagnóstico y Tratamiento*. Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco. México: Eds. Colección Ensayos; 1995.
 4. Hittencourt PRM. *Epilepsy in Latin America*. En: Laidlaw J, Richens A, Oxley J, eds. *A textbook of epilepsy*, 3ra ed. Edinburg: Churchill-Livingstone; 1988: p. 518-28.
 5. Dodrill CB, LW Batzel, HR Queisser and NR Temkin. An objective method for the Assessment of Psychological and Social Problems Among Epileptics. *Epilepsia* 1980 Feb;21(2):123-35.
 6. Dodrill CB, D N Breyer, MB Diamond, BL Dubinsky and BB Geary. Psychosocial Problems Among Adults with Epilepsy. *Epilepsia* 1984 Feb;25(2):168-75.
 7. Quattrin A, A Ortenzi, A Paggi, N Foschi and C Frattesi. Quality of life in Epilepsy Evaluated by Washington Psychosocial Seizure Inventory (Modified). *Epilepsia* 1998 May;39 S 2:76.
 8. Mendez MF, Grau R, Doss R, Taylor JL. Schizophrenia in epilepsy: seizure and psychosis variables. *Neurology* 1993 Jun;43(6):1073-7.
 9. Kanemoto K, Kawasaki J, Mori E. Violence and epilepsy: a close relation between violence and postictal psychosis. *Epilepsia* 1999 Jan;40(1):107-9.
 10. Sachdev P. Schizophrenia – like psychosis and epilepsy: the status of the association. *Am J Psychiatry* 1998 Mar;155(3):325-36.
 11. Sherwin I, Peron-Magnan P, Bancaud J, Bonis A, Talairach J. Prevalence of psychosis in epileptogenic lesion. *Arch Neurol* 1982 Oct;39(10):621-5.
 12. González Pal S, Dueñas J, Fabelo R, Quintana J. Aspectos Psicosociales de la Epilepsia en Cuba. *Rev Hosp Psiquiatr Habana* 1998 Feb;39(2):132-7.
 13. Hermann, BP and Whitman. Neurobiological, psychosocial and pharmacological factors underlying interictal psychopathology in epilepsy In; D Smith, D Treimen and M Trimble (Eds) *Advances in Neurology*. New York, Raven Press Ltd.; 1991. p. 439-52.
 14. Rivero L, Fabelo R, González Pal S. Perfil psicosocial del paciente con epilepsia. Comparación entre los niveles de atención primarios y secundarios. *Rev Hosp Psiquiatr Habana*. En Prensa.
 15. Trostle JA, Hauser WA, Sharbrough FW. Psychologic and social adjustment to epilepsy in Rochester, Minnesota *Neur* 1989 May;39(5):633-7.
 16. Collings JA. International differences in psychosocial well-being: a comparative study of adults with epilepsy in three countries. *Seizure* 1994 Mar;3(3):183-90.
 17. Smith D. La severidad de los ataques epilépticos y la calidad de vida. En: Reynolds EH, Editor Royal Society of Medicine International, Congress and Symposium 1993; S 204: 75-82.
 18. Vieta E, Martínez-Arán A, Colom F, Benabarre A, Gastó C. Nuevos antiepilépticos: ¿Nuevos eutimizantes? *Psiquiatría.com*. [revista electrónica] 1998 Marzo [citado 1 Abr 1998];2(1):[22 pantallas]. Disponible en: URL: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num1/art>

[6htm](#).

19. González Pal S, Quintana J, Fabelo R, Rivero L. Trastornos psicosociales del paciente con epilepsia. Rev Krisis. En prensa.
20. Tucker GJ. Seizure disorders presenting with psychiatric symptomatology. Psychiatr Clin North Am 1998 Mar;21(3):625-35.

Referencia a este artículo según el estilo Vancouver:

González S, Quintana J, Fabelo R, Rivero L, González C. Cambios en el comportamiento psicosocial de un grupo de pacientes con epilepsia y psicosis crónica después de un año de tratamiento con lamotrigina. Psiquiatría.COM [revista electrónica] 1999 Marzo [citado 1 Abr 1999];3(1):[16 pantallas]. Disponible en: URL:

http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol3num1/art_3.htm

NOTA: la fecha de la cita [citado...] será la del día que se haya visualizado este artículo.



info@psiquiatria.com



[Sumario](#)



[Principio de página](#)



[Página principal](#)

© **INTERSALUD**, 1999. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida sin la autorización por escrito del titular del copyright.