

ARTÍCULO ORIGINAL

Comportamiento de los trastornos neuropsiquiátricos en pacientes con epilepsia

Lázaro Aurelio Vázquez-Gómez^{1*} 

¹Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Universitario “Arnaldo Milián Castro”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

Lázaro Aurelio Vázquez-Gómez. lazarovg@infomed.sld.cu

Recibido: 30/04/2021 - Aprobado: 19/05/2021

RESUMEN

Introducción: la epilepsia es una condición patológica cerebral crónica que se manifiesta por crisis recurrentes que pueden corresponder a movimientos involuntarios focales o generalizados.

Objetivo: identificar los trastornos neuropsiquiátricos asociados a los pacientes con epilepsia del Municipio de Cifuentes.

Métodos: se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo, longitudinal retrospectivo sobre trastornos neuropsiquiátricos en pacientes con diagnóstico de epilepsia del Municipio de Cifuentes, de la Provincia de Villa Clara, en el período comprendido de octubre de 2013 a octubre de 2019. La población de estudio estuvo constituida por 39 pacientes y coincide con la muestra de estudio.

Resultados: el 58,97% de los pacientes tenían tomografía axial computadorizada de cráneo simple patológica. El electroencefalograma mostró un 92,30% patológico, predominaron los paroxismos temporales, los signos de irritación cortical bilateral y los signos de sufrimiento cortical. En la prueba de Bender en todos los pacientes se evidencian índices de enfermedad orgánica (46,15% moderado, el 53,84% con síntomas depresivos con un funcionamiento neurótico, ideas suicidas en el 64,10% y el 74,35% de los pacientes presentan trastorno de personalidad).

Conclusiones: los trastornos neuropsiquiátricos están asociados a la epilepsia y predominaron el sexo masculino, el grupo etario adulto mayor y la politerapia como tratamiento antiepiléptico. La totalidad de la muestra presentó trastornos psicopáticos y se evidenció un índice de enfermedad orgánica de moderado a severo, la ansiedad se destacó como estado y la depresión se presentó con un predominio de funcionamiento neurótico y moderada distimia.

Palabras clave: epilepsia; trastorno neuropsiquiátrico; psicopatología; test psicométrico

ABSTRACT

Introduction: epilepsy is a chronic cerebral pathological condition manifested by recurrent seizures that may correspond to focal or generalized involuntary movements.

Objective: to identify the neuropsychiatric disorders associated with patients with epilepsy in the Municipality of Cifuentes.

Methods: a descriptive, longitudinal retrospective observational study was conducted on neuropsychiatric disorders in patients with a diagnosis of epilepsy in the Municipality of Cifuentes, Villa Clara Province, in the period from October 2013 to October 2019. The study population consisted of 39 patients and coincides with the study sample.

Results: 58.97% of the patients had pathological simple skull computed axial tomography. The electroencephalogram showed 92.30% pathological; temporal paroxysms, signs of bilateral cortical irritation and signs of cortical distress were predominant. In the Bender's test all patients showed signs of organic pathology (46.15% moderate, 53.84% with depressive symptoms with neurotic functioning, suicidal ideas in 64.10% and 74.35% of patients presented personality disorder).

Conclusions: neuropsychiatric disorders are associated with epilepsy and there was a predominance of male sex, older adult age group and polytherapy as antiepileptic treatment. The totality of the sample presented psychopathic disorders and a moderate to severe organic disease index was evidenced, anxiety stood out as a state and depression was presented with a predominance of neurotic functioning and moderate dysthymia.

Key words: epilepsy; neuropsychiatric disorder; psychopathology; psychometric test

INTRODUCCIÓN

La epilepsia es una condición patológica cerebral crónica que afecta a personas de todo el mundo y se manifiesta por crisis recurrentes. Estas crisis pueden corresponder a movimientos involuntarios que pueden afectar a una parte del cuerpo (focales) o, en otros casos, a movimientos en su totalidad (generalizados) que a veces se acompañan de pérdida de la consciencia. Este padecimiento es el trastorno neurológico crónico más común en el mundo y supera a una enfermedad tan conocida como el Parkinson. Se estima que la padecen 50 millones de personas, de las que cerca de cinco millones viven en Latinoamérica y el Caribe; es una cifra mayor que la existente en los países desarrollados.⁽¹⁾

Algunos estudios muestran una incidencia entre 26 y 70 por 100 000 habitantes en general; mientras que en países en desarrollo es de aproximadamente de 100 por 1 000 habitantes. En 37 estudios realizados en Latinoamérica y el Caribe las tasas de epilepsia activa, sin ajuste por edad, variaron entre los 3,4 por 1 000 en Cuba a los 57 por 1 000 en Panamá.⁽²⁾

Es significativa la afectación en la esfera psicológica y social de los pacientes que la padecen pues se encuentran entre los más vulnerables de cualquier sociedad en relación con el estigma particular que lleva consigo esta enfermedad y que se ha transmitido por generaciones a través de milenios. Las personas que padecen de epilepsia experimentan un comportamiento discriminatorio en muchos ámbitos de la vida, con una comorbilidad psiquiátrica asociada, todo lo que implica que se le considere como una enfermedad compleja, con consecuencias sociales, psicobiológicas y económicas.^(3,4)

Esta enfermedad puede comprometer de forma importante la calidad de vida de quien la padece pues, en muchos casos, afecta aunque de forma variable el estado emocional, la conducta y el funcionamiento social y cognoscitivo. Desde la

antigüedad, en las primeras descripciones de la enfermedad epiléptica, se le relaciona con alteraciones de conducta, del pensamiento y del humor. Múltiples factores biológicos y psicosociales interactúan y determinan el riesgo para el desarrollo de psicosis esquizofreniformes, depresión mayor y trastornos conductuales en pacientes con epilepsia.^(3,5)

A pesar de ser frecuentes e importantes, los trastornos mentales están subdiagnosticados en los pacientes con esta enfermedad por causas como la tendencia a minimizar los síntomas, la dificultad para el reconocimiento de síntomas inusuales y atípicos en la población con epilepsia, la tendencia por parte de los pacientes a minimizar las quejas por temor a ser discriminados y el temor a que los psicofármacos disminuyan el umbral convulsivo.^(3,6)

La asociación entre la epilepsia y la Psiquiatría tiene una larga historia. El abordaje tradicional al cuidado de la epilepsia ha sido dirigido a las crisis y su tratamiento; sin embargo, este solo ocupa una pequeña proporción en la afectación del paciente con epilepsia y su calidad de vida. Un adecuado cuidado del paciente con epilepsia requiere atención a las consecuencias psicológicas y sociales tanto como al control de las crisis. Los síntomas psiquiátricos característicos del síndrome neuroconductual en la epilepsia tienden a ser distinguidos por ser atípicos, episódicos y pleomórficos. Se estima que entre el 20 y el 30% de los pacientes con epilepsia tienen trastornos psiquiátricos. Las condiciones psiquiátricas más comunes en la epilepsia son la depresión, la ansiedad y la psicosis.⁽³⁾

El diagnóstico de epilepsia tiene consecuencias médicas y psicosociales significativas. La realización de las investigaciones clínicas sobre la epilepsia de debut brinda datos sobre la magnitud de la enfermedad, sus causas y la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas y valoran la utilidad de las pruebas diagnósticas requeridas y los resultados de determinadas intervenciones desarrolladas para un mejor cuidado.⁽⁷⁾

En el Municipio de Cifuentes, de la Provincia de Villa Clara, hay una alta frecuencia de pacientes atendidos con el diagnóstico de epilepsia en la Consulta de Neurología, pero no existen referencias locales sobre el comportamiento de la epilepsia y sus características neuropsiquiátricas asociadas ni se dispone de información acerca de los principales hallazgos encontrados en los exámenes realizados para apoyar el diagnóstico. Estos aspectos son necesarios para seleccionar el fármaco antiepiléptico (FAE) de elección en cada paciente y para protocolizar su manejo y lograr que sea lo más individualizado y efectivo posible. La presente investigación tiene como objetivo identificar los trastornos neuropsiquiátricos asociados a los pacientes con epilepsia del Municipio de Cifuentes en el período comprendido de octubre de 2013 a octubre de 2019.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo, longitudinal retrospectivo sobre trastornos neuropsiquiátricos en pacientes con diagnóstico de epilepsia en las áreas de salud de los Policlínicos "Ana Betancourt", del poblado de San Diego

del Valle, y “Juan Bruno Zayas”, de Cifuentes, que pertenecen al Municipio de Cifuentes, de la Provincia de Villa Clara, en el período comprendido de octubre de 2013 a octubre de 2019. La población de estudio estuvo constituida por el total de pacientes diagnosticados con epilepsia atendidos en la Consulta de Neurología, en la Atención Primaria de Salud de esos policlínicos, en el período comprendido entre enero de 2014 y julio de 2019; fueron 39 pacientes y la población coincidió con la muestra de estudio. No se realizó la técnica muestral.

Criterio de inclusión:

-Pacientes con diagnóstico de algún tipo de epilepsia, según los criterios de la Liga Internacional contra la epilepsia (ILAE), que pertenecen al Municipio de Cifuentes y que tienen seguimiento en la Consulta de Neurología de la Atención Primaria de Salud

-Pacientes que estén de acuerdo con la participación en la realización de la investigación.

Criterio de exclusión:

-Pacientes con diagnóstico de epilepsia posquirúrgica

-Pacientes con diagnóstico de epilepsia postraumática.

Variables

Las variables consignadas en un formulario diseñado previamente fueron la edad, el sexo, la influencia de la epilepsia en la vida diaria, los síntomas previos a una crisis epiléptica, las investigaciones complementarias realizadas, las pruebas psicométricas efectuadas y el esquema de tratamiento utilizado.

Métodos empleados e instrumentos de recolección de datos

Las variables se obtuvieron de las historias clínicas individuales de los pacientes, a través de un modelo de recolección de datos confeccionado al efecto.

Con los datos obtenidos se elaboró una base de datos que fue procesada mediante el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 21.0. Para describir el comportamiento de las variables se realizó el procedimiento descriptivo mediante las frecuencias absolutas y relativas porcentuales; se resumió en tablas. Una vez procesada la información mediante el análisis de los resultados se ejecutaron comparaciones con otros autores y se establecieron, mediante un proceso de síntesis, la muestra propia y las conclusiones, métodos de la razón crítica de Kendall y estudios de performance para las pruebas psicométricas.

Se cumplió con la ética médica y los cuatro principios éticos básicos: el respeto a la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y el de justicia.

RESULTADOS

En los grupos etarios de 60 a 69 años (22,22%) y de 30 a 39 (22,22%) se observa una mayor incidencia de esta enfermedad; hubo predominio del sexo masculino (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución según la edad, el sexo y el nivel de escolaridad de pacientes epilépticos

Edad	Sexo		Total	
	Femenino	Masculino	No.	%
20 - 29	4	2	6	15,38
30 - 39	3	5	8	22,22
40 - 49	3	3	6	15,38
50 - 59	3	2	5	12,82
60 - 69	2	6	8	22,22
>70	1	3	4	10,25
Total	17	22	39	100

La epilepsia en la vida cotidiana no influye en el 45,24% de los pacientes, influye negativamente en el 35,71% porque el tipo de crisis y la recurrencia de la enfermedad limitan su desempeño y su desarrollo interpersonal y afecta, a punto de ser invalidante, al 12,82% de los pacientes (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de los pacientes según la influencia de la epilepsia en la vida diaria

Influencia de la epilepsia en la vida diaria	No.	%
No influencia	19	45,24
Influencia negativa	15	35,71
Invalidante	5	12,82

En la población de estudio, según el esquema de tratamiento utilizado, predominó la politerapia (26, 66,66%) -varios pacientes informaron el uso de más de un fármaco antiepiléptico asociado para mejorar sus crisis-; el 33,33% (13) se controlaban con un solo fármaco.

En la Tabla 3 se muestran los hallazgos tomográficos y electroencefalográficos de los pacientes: 23 (58,97%) tenían una tomografía axial computadorizada (TAC) de cráneo simple con signos patológicos (secuelas de infartos cerebral antiguo: 14 para lóbulo temporal y ocho frontoparietal) y en 16 (41,02%) fue normal. El electroencefalograma (EEG) mostró un 92,30% (36 pacientes) patológico (predominaron los paroxismos temporales, los signos de irritación cortical bilateral y los signos de sufrimiento cortical).

Tabla 3. Distribución de los pacientes según los estudios complementarios previos realizados

Estudios complementarios	TAC		EEG	
	No.	%	No.	%
Normal	16	41,02	3	7,69
Patológico	23	58,97	36	92,30
Total	39	100	39	100

En la población de estudio se pudo constatar que en la prueba de Bender en todos los pacientes se evidencian índices de enfermedad orgánica, en 12 (30,76%) fue ligero, en 18 (46,15%) moderado y en nueve (23,07%) severo;

predominó en la escala de moderado el índice de patología orgánica. En relación al inventario de ansiedad como rasgo y como estado (IDARE) todos los pacientes poseen índices de ansiedad, como rasgo 10 (25,64%) y como estado 29 (74,35%); fue más significativo como estado que como rasgo.

Se manifiestan a través de la prueba de Zung y Condec ítems que significan síntomas de depresión compuestos por frases correspondientes a grados de profundidad: 21 (53,84%) pacientes muestran síntomas depresivos con un funcionamiento neurótico y 18 (46,15%) moderada distimia, clasificada así por la DSM-V, en la que se plantea como alteración del estado de ánimo. La prueba de Rotter permitió conocer conflictos manifestados por los pacientes y en el área en la que están concentrados sus problemas fundamentales y mostró preocupaciones por la enfermedad y, en algunos casos, ideas suicidas (25, 64,10%) y pacientes que proyectan conflictos familiares que generan preocupaciones (33, 84,61%); la esfera social también se encuentra afectada en algunos pacientes con personalidad mal estructurada (29, 74,35%), en los que la relación interpersonal está en conflicto.

La entrevista realizada permitió diagnosticar rasgos de personalidad de los pacientes estudiados: 29 (74,35%) padecen un trastorno de personalidad, 14 (35,89%) trastornos histeriformes, 20 (51,28%) rasgos explosivos y ocho (20,51%) poseen rasgos esquizoides (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de los pacientes según los resultados de las pruebas psicométricas

Pruebas psicométricas	Clasificación	No. (%)
Bender (enfermedad orgánicos)	Ligero	12 (30,76%)
	Moderado	18 (46,15%)
	Severo	9 (23,07%)
IDARE (ansiedad rasgo/estado)	Rasgo	10 (25,64%)
	Estado	29 (74,35%)
Zung y Condec (depresión)	Síntomas depresivos	21 (53,84%)
	Moderada distimia	18 (46,15%)
Rotter	Ideas suicidas	25 (64,10%)
	Conflictos familiares	33 (84,61%)
	Atención social	29 (74,35%)
Entrevista (Rasgos de personalidad)	Trastorno de personalidad	29 (74,35%)
	Rasgos explosivos	20 (51,28%)
	Rasgos histeriformes	14 (35,89%)
	Rasgos esquizoides	8 (20,51%)

DISCUSIÓN

Los estudios epidemiológicos han mostrado una incidencia de epilepsia ajustada por edad de 24 a 53x100 000 personas al año y que llega de 26 a 70x100 000 personas al año cuando se incluyen como casos las crisis únicas no provocadas.⁽⁷⁾ La prevalencia informada en la mayoría de los estudios está entre cuatro y 8x1 000 habitantes.⁽⁸⁾ En la presente investigación se ha señalado un predominio de epilepsia en el sexo masculino y que los grupos etarios en los que se observa mayor incidencia de esta enfermedad es en los de las edades de 60 a 69 años y

de 30 a 39. La incidencia de epilepsia es más alta en los ≥ 60 años (casi del 25 al 27%) y tiende a aumentar ante la mayor expectativa de vida de la población. Un estudio epidemiológico muestra una incidencia anual promedio de epilepsia en personas ≥ 65 años a 240 por 100 mil habitantes.⁽⁷⁾

La epilepsia en el adulto mayor atendido en el Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Universitario "Arnaldo Milián Castro" de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara, se caracterizó por estar más afectados el rango entre los 70 y los 79 años de edad (48%), el sexo masculino (54,7%) y la raza blanca (56%).⁽⁹⁾ El aumento de la incidencia en determinado grupo de edad puede ser reflejo del éxito o la falla en el manejo de las causas de la epilepsia. La prevalencia de las causas se reconoce con mayor frecuencia en las últimas décadas, en particular las enfermedades cerebrovasculares y neurodegenerativas, que son los factores de riesgo más importantes de epilepsia en personas ancianas. En las personas adultas jóvenes una mayor incidencia podría explicarse por la especial relevancia en este grupo de las secuelas de los traumatismos craneales, las infecciones intracraneales y los infartos cerebrales subclínicos.⁽¹⁰⁾

La epilepsia, como todas las enfermedades crónicas, influye siempre, y de alguna manera, en la vida diaria de los pacientes que la padecen porque le exige una serie de normas imperativas o restrictivas como la toma diaria de medicación y la renuncia o la restricción de ciertas actividades, pero todas pueden matizarse sin que lleguen a provocar una definitiva influencia en su calidad de vida. En líneas generales, hay que admitir hechos que sugieren la existencia de pacientes con epilepsia que, por razones de muy diversa índole, son propensos con mayor facilidad a problemas psiquiátricos que precisen un tratamiento adicional. Los potenciales factores que pueden determinar estos trastornos pertenecen a factores del propio proceso (edad de comienzo, tipo de crisis, frecuencia, presencia de daño cerebral asociado, experiencias negativas con las propias crisis), factores dependientes de la medicación (fármaco, en especial barbitúricos, mono o politerapia) y factores psicosociales (percepción del estigma, discriminación, situación de empleo, problemas económicos, actitud de la sociedad, sobreprotección paterna). El carácter impredecible de los ataques epilépticos, sumado a las características propias del cuadro clínico de esos eventos, influye en el carácter distímico de los pacientes en estudio.⁽⁵⁾

En cuanto a las terapias médicas para la epilepsia son anticrisis más que antiepilépticas y se enfocan en los síntomas más que en el proceso epileptógeno.⁽¹⁰⁾ La elección de un fármaco antiepiléptico (FAE) en un paciente está regulada por varios factores de singular importancia: tipo de crisis, edad, sexo, disponibilidad, riesgo de recurrencia, causa de la epilepsia, comorbilidades y situaciones especiales. La monoterapia es todavía la estrategia más recomendada, pero la politerapia con los nuevos FAE es muy común actualmente;⁽¹¹⁾ resultado que coincide con los de este estudio. En Cuba es amplio el grado de prescripción de la carbamazepina como FAE.⁽¹²⁾ Esta es la monoterapia inicial preferida de prácticamente todas las epilepsias de debut en la adultez, aunque es controvertida su eficacia en las epilepsias generalizadas sintomáticas.⁽¹³⁾ Otros estudios difieren debido a que el valproato fue el FAE más

utilizado, sobre todo a expensas del tratamiento de las epilepsias generalizadas.⁽¹⁴⁾

Para perfeccionar los patrones de prescripción se ha enfatizado en la necesidad de implementar consultas monográficas para el control periódico de la epilepsia en los Servicios de Neurología.⁽¹⁵⁾ Esta investigación se centró en la monoterapia con FAE inicial y en otros aspectos terapéuticos que son clave. Un detalle frecuentemente omitido al efectuar la caracterización del paciente con epilepsia es el tratamiento de las comorbilidades psiquiátricas. Estas afecciones deben ser consideradas porque se señala que frecuentemente preceden al inicio de las crisis y afectan la calidad de vida y el curso del trastorno, incluidos una peor tolerancia a los FAE, el desarrollo de síntomas psiquiátricos iatrogénicos y una mayor carga económica.⁽¹⁶⁾

Los hallazgos tomográficos encontrados fueron secuelas de infartos cerebrales antiguos y los electroencefalográficos mostraron un predominio de paroxismos temporales, signos de irritación cortical bilateral y signos de sufrimiento cortical. En la perspectiva actual se plantea también epilepsia ante una crisis epiléptica que es parte de un síndrome epiléptico clínico-EEG o si hay una lesión epileptógena significativa en la neuroimagen.⁽¹⁵⁾ Se ha enfatizado en la importancia del acceso a estudios de EEG y neuroimagen de calidad para el diagnóstico preciso de la epilepsia y su causa.⁽¹⁷⁾ El estudio de neuroimagen ideal para la epilepsia es la resonancia magnética nuclear de cráneo, pero en la mayoría de los pacientes investigados fue útil y orientadora la tomografía de cráneo. Además, hay que ser cuidadoso en la correlación de las lesiones halladas en las neuroimágenes con los hallazgos neurofisiológicos y clínicos puesto que no necesariamente todas las lesiones estructurales identificadas son epileptógenas. Sería demasiado simplista asumir que una sola crisis epiléptica más una lesión en las imágenes cerebrales o una sola crisis epiléptica con paroxismos epileptiformes en el EEG satisfacen automáticamente los criterios para el diagnóstico de epilepsia.⁽¹⁰⁾ En el adulto la epilepsia frecuentemente tiene una causa estructural subyacente como las enfermedades cerebrovasculares, los tumores intracraneales y los traumatismos de cráneo.⁽¹⁸⁾

En la población de estudio se pudo constatar que en la prueba de Bender todos los pacientes evidencian índices de patología orgánica. Se hace evidente que en la muestra de estudio existe una marcada tendencia a trastornos depresivos que se podrían relacionar con la localización de los hallazgos electroencefalográficos y tomográficos que tienen predominio en el lóbulo temporal. Esto puede estar dado por la marcada importancia que tienen las estructuras que se encuentran en esta área, como la amígdala y el hipocampo, en las que ambas estructuras presentan actividad eléctrica extrínseca, lo que las distingue del resto de las estructuras encefálicas y tienen importancia en los mecanismos que originan y propagan las descargas eléctricas; estas dos estructuras influyen al sistema autónomo, a la corteza somatomotora y a los diferentes aspectos del comportamiento y la memoria.

Los resultados encontrados con la aplicación de las pruebas psicométricas coinciden con lo informado en la literatura. La depresión es la comorbilidad psiquiátrica más frecuentemente diagnosticada en pacientes con epilepsia, con

una prevalencia de entre el 10 y el 20% en los pacientes con crisis controladas y de entre el 20 y el 60% en los que padecen epilepsia refractaria.⁽³⁾ Algunos estudios han documentado que la calidad de vida mejora significativamente en pacientes con epilepsia que están libres de crisis; sin embargo, se ha encontrado que la calidad de vida está relacionada con la depresión, pero no al grado de control de crisis.^(3,19)

Los trastornos psicóticos son alteraciones mentales severas que causan percepción y pensamiento anormales. Los individuos psicóticos pierden la relación con la realidad⁽²⁰⁾ y del dos al 9% de los pacientes con epilepsia tienen trastornos psicóticos,⁽²¹⁾ que son más comunes en los pacientes con epilepsia que en la población general. La ansiedad es común en pacientes con epilepsia y también puede estar relacionada con ataques no epilépticos. Los síntomas ansiosos, sobre todo si son notables, pueden tener implicaciones significativas en la calidad de vida de pacientes con epilepsia.⁽³⁾ Los trastornos de personalidad en pacientes epilépticos causan conductas anormales que pueden tener un impacto directo en el control de las crisis y la calidad de vida. La relación de los trastornos de personalidad con la epilepsia no fue solo vista en la epilepsia del lóbulo temporal, los trastornos de personalidad estuvieron presentes en 23% de los pacientes con epilepsia mioclónica juvenil.⁽²¹⁾ Un estudio publicado en Suecia encontró que el debut temprano de la epilepsia, la presencia de una enfermedad mental asociada y el uso de drogas antipsicóticas eran factores asociados a las conductas suicidas.⁽³⁾

La comorbilidad psiquiátrica en pacientes que padecen epilepsia es frecuente y de causa multifactorial. Es de significativo interés para el facultativo poder reconocer los factores de riesgo que se relacionan con los síntomas neuroconductuales en ellos con el fin de minimizar sus efectos y mejorar su calidad de vida.

CONCLUSIONES

Los trastornos neuropsiquiátricos están asociados a la epilepsia. Predominaron el sexo masculino, el grupo etario adulto mayor y la politerapia como tratamiento antiepiléptico. La totalidad de la muestra presentó trastornos psicopáticos relacionados con el diagnóstico de epilepsia y se destacó un patrón predominante de epilepsias del lóbulo temporal e irritación cortical bilateral. Se evidenció un índice de patología orgánica de moderado a severo, la ansiedad se destacó como estado y la depresión se presentó con un predominio de funcionamiento neurótico y moderada distimia. Marcó la diferencia el predominio de pacientes con trastornos de personalidad, trastornos histeriformes y rasgos explosivos y esquizoides. La configuración de la personalidad se vio afectada y se pudieron identificar pacientes que presentaron ideas suicidas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Epilepsia [Internet]. Ginebra: OMS; 2019 citado 26/03/2020]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/es/>

2. Acevedo C, Miranda C, Campos M, Caraballo R, Carpio A, Cuadra L, et al. Informe sobre la epilepsia en Latinoamérica [Internet]. Washington: OPS; 2008 [citado 14/05/2020]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Informe_sobre_epilepsia.pdf
3. Bender del Busto J, Hernández Toledo L, Rodríguez Mutuberría L, Menéndez Imamura K. Trastornos psiquiátricos asociados a las epilepsias. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2016 [citado 15/02/2020];15(6):890-905. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000600005
4. Wyllie E, Gidal BE, Goodkin HP, Loddenkemper T, Sirven JI, editores. Wyllie's treatment of epilepsy: principles and practice. 6th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.
5. Krauskopf V, De La Barra F. Trastornos psiquiátricos en los pacientes con epilepsia. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2013 [citado 15/02/2020];24(6):979-985. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-trastornos-psiquiatricos-pacientes-con-epilepsia-S0716864013702529>. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70252-9](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70252-9)
6. Marchetti RL, Castro APW, Kurcgant D. Epilepsia y Trastornos Mentales. Revista de Psiquiatría Clínica. 2005;32(3):170-182.
7. Celorrio Castellano SY, Labrada Gálvez Y, Rodríguez Pupo LR. Características clínico-epidemiológicas de la epilepsia de debut en adultos del municipio Las Tunas. Rev Cubana Neurol Neurocir [Internet]. 2017 [citado 14/05/2020];7(1):34-42. Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/253/359>
8. Faught E, Richman J, Martin R, Funkhouser E, Foushee R, Kratt P, et al. Incidence and prevalence of epilepsy among older US Medicare beneficiaries. Neurology [Internet]. 2012 [citado 14/05/2020];78(7):448-53. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3280050/>. <https://dx.doi.org/10.1212/WNL.0b013e3182477edc>
9. Álvarez Luna HR, Espinosa González R, Hernández Oliver MO, Álvarez Luna Y, Torres Pérez E, Álvarez Luna M. Caracterización de la epilepsia de inicio en el adulto mayor. Acta Med Centro [Internet]. 2014 [citado 14/05/2020];8(3):85-91. Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/150>
10. Sander JW, Keezer MR. Trends in new-onset epilepsy - the importance of comorbidities. Nat Rev Neurol [Internet]. 2016 [citado 14/05/2020];12:254-6. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/nrneurol.2016.32>. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2016.32>
11. Murthy JM. New-onset focal epilepsy in adults: Antiepileptic drug treatment. Neurol India [Internet]. 2017 [citado 14/05/2020];65(Supplement):S78-S82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28281499/>. https://doi.org/10.4103/neuroindia.ni_69_17
12. Rodríguez Ganen O, Alonso Carbonell L, Yera Alós IB, García Milián AJ. Caracterización del patrón de prescripción de carbamazepina: provincias seleccionadas de Cuba, año 2005. Rev Cubana Farm [Internet]. 2006 [citado 14/05/2020];40(1):1-6 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152006000100005
13. Costa da Costa J. Carbamazepina: El desarrollo a partir de los psicotrópicos. En: Targas Yacubian EM, Contreras Caicedo G, Ríos-Pohl L, editores. Tratamiento Farmacológico de las Epilepsias. São Paulo: Leitura Médica Ltda; 2014. p. 78.
14. Torres-Ferrús M, Toledo M, González-Cuevas M, Seró Ballesteros L, Santamarina E, Raspall-Chaure M, et al. Etiología y tratamiento de la epilepsia en una serie de 1.557 pacientes. Rev Neurol [Internet]. 2013 [citado 14/05/2020];57:306-12. Disponible

- en: <https://www.neurologia.com/articulo/2013214>.
<https://doi.org/10.33588/rn.5707.2013214>
15. Rodríguez García PL. Diagnóstico y tratamiento médico de la epilepsia. Rev Cubana Neurol Neurocir [Internet]. 2015 [citado 14/05/2020];5(2):164–185. Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/170>
 16. Kanner AM. Psychiatric comorbidities in new onset epilepsy: Should they be always investigated? Seizure [Internet]. 2017 [citado 14/05/2020];49:79-82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28532711/>.
<https://doi.org/10.1016/j.seizure.2017.04.007>
 17. Ho K, Lawn N, Bynevelt M, Lee J, Dunne J. Neuroimaging of first-ever seizure: Ho K, Lawn N, Bynevelt M, Lee J, Dunne J. Neuroimaging of first-ever seizure: Contribution of MRI if CT is normal. Neurol Clin Pract [Internet]. 2013 [citado 14/05/2020];3(5):398-403. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5765827/>.
<https://dx.doi.org/10.1212/CPJ.0b013e3182a78f25>
 18. Liu S, Yu W, Lü Y. The causes of new-onset epilepsy and seizures in the elderly. Neuropsychiatr Dis Treat [Internet]. 2016 [citado 14/05/2020];12:1425-1434. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4918803/>.
<https://dx.doi.org/10.2147/NDT.S107905>
 19. Boylan LS, Flint LA, Labovitz DL, Jackson SC, Starner K, Devinsky O. Depression but not seizure frequency predicts quality of life in treatment-resistant epilepsy. Neurology [Internet]. 2004 [citado 14/05/2020];62(2):258-61. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14745064/>.
<https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000103282.62353.85>
 20. Hilger E, Zimprich F, Jung R, Patarraia E, Baumgartner C, Bonelli S. Postictal psychosis in temporal lobe epilepsy: a case-control study. Eur J Neurol [Internet]. 2013 [citado 14/05/2020];20(6):955–961. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23663538/>. <https://doi.org/10.1111/ene.12125>
 21. Piazzini A, Bravi F, Edefonti V, Turner K, Vignoli A, Ferraroni M, et al. Aggressive behavior and epilepsy: a multicenter study. Epilepsia [Internet]. 2012 [citado 14/05/2020];53(10):e174-e179. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22958166/>. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2012.03643.x>

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara no tener conflicto de intereses.