

Comorbilidad psiquiátrica y epilepsia en niños y adolescentes con discapacidades mentales

Psychiatric co-morbidity and epilepsy in children and adolescents with mental disability

Nadieska Benítez Gort^I; Juana Velázquez Argota^{II}; Marta Castro Peraza^{III}

^IEspecialista de I Grado en Psiquiatría Infantil. Hospital Pediátrico "Juan Manuel Márquez". La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de II Grado en Psiquiatría Infantil. Profesora Consultante. Hospital Pediátrico "Juan Manuel Márquez". La Habana, Cuba.

^{III}Especialista de II Grado en Psiquiatría Infantil. Profesora Auxiliar. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí". La Habana, Cuba.

RESUMEN

La epilepsia es una condición médica de alta representación en la población infanto juvenil a nivel mundial, y si particularizamos esta en retrasados mentales, encontramos cifras bien elevadas en este tipo de población. Por tanto, no resulta raro el interés por estudiar si ella influye de alguna manera en el comportamiento de la comorbilidad psiquiátrica en niños y adolescentes con discapacidad cognitiva. Si a este acápite le añadimos la influencia de los síndromes genéticos y de la sicopatología parental en el comportamiento de la comorbilidad psiquiátrica de estos niños y adolescentes, estaremos obteniendo un compendio muy completo y actualizado sobre la influencia de importantes factores biológicos en esta particular condición. El objetivo de la presente revisión es profundizar en el conocimiento de este acápite y actualizarlo según los estudios más recientes y avanzados del tema. Se encontrará aquí la unanimidad de investigadores en el criterio de la influencia directa de estos factores en la mayor presencia de comorbilidades psiquiátricas en poblaciones de discapacitados cognitivos, así como los principales aspectos de ella que favorecen este comportamiento.

Palabra clave: Epilepsia, síndromes genéticos, sicopatología parental, comorbilidad psiquiátrica infanto juvenil, discapacidad cognitiva, asociación.

ABSTRACT

Epilepsy is a medical condition of high representation in the infantile-youthful population at world level and if we characterize it in mentally retarded persons, it is possible to find very high figures in this type of population. Thus, it is usual the interest to study if it influence somehow in the behavior of psychiatric co-morbidity in children and adolescents presenting with cognitive inability. If to this paragraph we added the influence of genetic syndromes and of the parental psychopathology in the behavior of above mentioned co-morbidity in these children and adolescents, we will be achieving a very complete and updated compendium on the influence of significant biological factors in this particular condition. The objective of present review is to study in depth the knowledge of this paragraph and update it according the more recent and advanced studies on this subject. Here, we will found the researchers consensus in the criteria of the direct influence of these factors in the great presence of psychiatric co-morbidities in cognitive incapacitated persons, as well as its major features favoring this behavior.

Key words: Epilepsy, genetic syndromes, parental psychopathology, infantile-youthful psychiatric co-morbidity, cognitive inability, association.

INTRODUCCIÓN

¿Pueden los niños con discapacidad intelectual o con necesidades cognitivas especiales ser con frecuencia epilépticos, poseedores de algún síndrome genético que pudiera, incluso, ser la causa de su discapacidad, o hijos de padres con determinados diagnósticos psiquiátricos que los predispongan a evoluciones no favorables? La respuesta a esta interrogante es *sí*, es verdaderamente elevada la prevalencia de epilepsia en ellos, así como los antecedentes patológicos positivos de padres con determinados trastornos psicopatológicos y los síndromes genéticos tampoco son raros.

¿Estas condiciones médicas asociadas serán importantes en la valoración integral que harán pediatras, especialistas generales integrales y psiquiatras infanto juveniles de la comunidad a esta población? La respuesta a esta interrogante también es afirmativa, pero, *¿por qué?* Parte de esta respuesta la tendremos en el desarrollo de este artículo que ponemos a disposición de todo el personal médico comunitario que atiende a estos niños y adolescentes, cuya atención, sabemos, constituye un reto para cada miembro del equipo de trabajo. Decimos *parte* porque muchos son los aspectos relacionados a este acápite, estamos dando solo algunos elementos y llamando a la profundización en este nuevo camino pero necesario para garantizar una atención de primer mundo a ellos, evitarles complicaciones con esquemas terapéuticos inadecuados, hacer diagnósticos clínicos adecuados teniendo en cuenta las modificaciones particulares del cuadro clínico en niños y adolescentes con determinados síndromes genéticos que favorecerían los fenotipos comportamentales, y estar prevenidos en evoluciones posteriores a partir de diagnósticos parentales.

Como se sabe, existen en el retraso mental condiciones que predisponen a la mayor presencia de diagnósticos comórbidos, sobre todo, del tipo de los

neuropsiquiátricos. Aún, en las múltiples investigaciones realizadas, no ha quedado del todo esclarecido, y no se ha llegado a consenso sobre cuáles son exactamente esos trastornos, aunque sí coinciden numerosos autores en la interacción ineludible entre ellos.¹ *Szymanski* (1980), partiendo del esquema desarrollado por *Garrard y Richmond* (1965), y modificado por él mismo, diferenció 3 grupos de factores que continuamente interactúan entre sí, y que determinan la adaptación psicosocial final del individuo. Ellos son: los factores biológicos, psicológicos y socioculturales.²

Los factores biológicos han cobrado significación en este acápite. Investigaciones han demostrado que la presencia de daño cerebral por epilepsia, y la existencia causal de síndromes genéticos y de algunos tipos de trastornos psiquiátricos en los padres (sicopatología parental), son condiciones que se repiten con mucha frecuencia en pacientes que sufren de comorbilidad psiquiátrica y que presentan discapacidad intelectual.^{3,4} Efectivamente la condición neurológica previa de epilepsia, según algunas investigaciones, es correlativa al mayor grado de comorbilidad en pacientes con discapacidad intelectual. Incluso, no solo por la presencia de la enfermedad, sino también por el empleo de fármacos que pueden modificar el comportamiento del individuo y generar secundariamente alteraciones.⁵

Los síndromes genéticos aportan un porcentaje no despreciable de comorbilidad en los que presentan discapacidad intelectual, entre los que se destacan los síndromes de Down, el síndrome de X Frágil y el síndrome de Prader Willi, aunque en ocasiones puedan existir contradicciones, pues en parte de la bibliografía se plantea que el síndrome de Down no es de los más contribuyentes en comorbilidad.⁵ Entre los principales diagnósticos aportados estarían, para estos síndromes, los trastornos afectivos mayores de tipo cíclicos, trastornos obsesivos-compulsivos y otras formas de ansiedad, trastornos hiperkinéticos, autismo, bulimia nerviosa y trastornos de conductas desafiantes, entre otros.^{3,6}

Aunque no es muy amplia la literatura sobre el tema, sí se coincide, en la revisada, que el factor de sicopatología parental parece influir en el desarrollo de comorbilidad en la población con discapacidad intelectual, más allá de lo que influyen los factores hereditarios establecidos como esperados para algunas entidades en individuos no retrasados.⁷

Es por todo ello que decidimos poner en manos de especialistas en medicina general integral, psiquiatría infanto juvenil, pediatras y demás personal médico que trabaje con poblaciones de niños y adolescentes con necesidades cognitivas especiales, algunos apuntes sobre cómo influyen estas condiciones médicas (epilepsia y síndromes genéticos), así como la sicopatología parental, en el comportamiento de la comorbilidad psiquiátrica en ellos, no solo en datos cuantitativos, sino cualitativos, relacionados, incluso, con los diagnósticos más frecuentemente vistos en estos niños y adolescentes.

DESARROLLO

Los factores biológicos son responsables, por lo que se plantea en algunos de los trabajos revisados, de parte de la comorbilidad psiquiátrica en pacientes con discapacidad mental. En investigación realizada por la autora de esta revisión, se constató que la epilepsia estuvo presente en algo más de la tercera parte de todos los estudiados. Sin embargo, fue sustancialmente diferente por los 2 grupos de comparación, y existió una relación extremadamente significativa entre la presencia de epilepsia y de comorbilidad psiquiátrica (Benítez Gort N. Comorbilidad

psiquiátrica en niños y adolescentes discapacitados cognitivamente. Tesis para optar por el título de Especialista de I Grado en Psiquiatría Infantil. 2008).

Otros trabajos coinciden con este criterio al exponer incluso que, no solo la condición de epilépticos, sino el propio uso de fármacos para dicho trastorno, puede ocasionar efectos colaterales en el comportamiento de dichos pacientes.⁸ En estos pacientes se ha comprobado una elevada prevalencia de desórdenes psiquiátricos del tipo de trastornos conductuales, autismo, trastornos psicóticos, e incluso, depresión, duplicando el riesgo de aparición de dichos desórdenes.^{5,9}

En un estudio realizado por la Universidad de Alabama, en Birmingham, se plantea que la epilepsia constituye, junto a otros, un factor de riesgo para los desórdenes psiquiátricos en población de pacientes con discapacidad intelectual.¹⁰ Otra investigación realizada en Dinamarca,¹¹ concluye que los pacientes con epilepsia duplican el riesgo de aparición de trastornos psicóticos en la población, no solo con discapacidad intelectual, sino también de individuos con cociente de inteligencia (CI) normal, aumentándolo 2,93 veces. El Departamento de Neurociencias de Chicago demostró en investigación realizada en 2004,¹² que los niños y adolescentes epilépticos tienen alta probabilidad de desarrollar comorbilidad psiquiátrica, sobre todo, depresión y psicosis.

Varias son las investigaciones que coinciden en la asociación de la epilepsia con el trastorno autista, y se plantea una prevalencia de asociación más alta que en la población normal, con un estimado que varía entre el 4 y el 32 %. Similar planteamiento, con diferentes cifras, se presentó en investigación realizada por *Bryson*. Tal es así, que establece la relación del síndrome de Landau Kleffner y espasmos infantiles, con sintomatología autista.¹³⁻¹⁵

Múltiples son las investigaciones que denotan la estrecha asociación de la epilepsia con disturbios del comportamiento en niños y adolescentes retrasados mentales, haciendo hincapié en trastornos de hiperactividad y dificultades en el trastorno para el control de los impulsos.¹¹ Otro estudio realizado en el Hospital de Royal, de la Universidad de Glasgow, con niños epilépticos con discapacidad intelectual, reportó elevados índices para los trastornos comportamentales y depresivos,¹⁶ mientras que otro, con 175 niños con discapacidad intelectual solamente reportó 8 % de trastorno por déficit atencivo e hiperactividad (TDAH), sin embargo, en la población general se establecen valores de un 5 %.¹⁷ En estudio de *Genton y Gelisse* se plantea la aparición de trastornos psicóticos, desajustes del estado de ánimo, y trastornos conductuales en adolescentes enfermos de epilepsia mioclónica juvenil.¹² El síndrome de Down coincide, en la literatura revisada, como el de menos probabilidades de diagnósticos comórbidos,⁵ no así para el resto de los síndromes genéticos.

En la totalidad de la literatura revisada sobre el tema, se plantea la contribución de estos últimos al desarrollo de psicopatologías, y se asocian a patrones específicos de estos desórdenes. Así, se mencionan al síndrome de X Frágil en relación con autismo, déficit atencivo, depresión y ansiedad. Similares resultados mostró el estudio realizado por el Instituto de Discapacidad de Neurodesarrollo en Nueva York, teniendo como psicopatología más asociada los desórdenes afectivos, del comportamiento, los trastornos de ansiedad y los desajustes con el control de los impulsos, entre otros.¹⁶

Como ya se ha dicho con anterioridad en este trabajo, el síndrome de X Frágil persiste en ser uno de los síndromes genéticos más mencionados en estudios internacionales como generador o factor predisponente para la aparición de psicopatología en este tipo de población, lo cual se vio de la misma manera en

nuestra investigación, pues, de 5 casos con dicho síndrome, todos tuvieron una comorbilidad asociada, para un 100 %. Así, en estudio realizado por la Universidad de Yale, se mostró elevada frecuencia de TDAH y autismo en niños con discapacidad intelectual y portadores del X Frágil.¹⁷ También se ha reportado de forma similar esta asociación y otras alternativas de comorbilidad para este síndrome por diferentes investigaciones internacionales.^{18,19}

Por otra parte, se describe al síndrome de Down como de menor frecuencia de desórdenes psiquiátricos, en relación con el resto de los síndromes genéticos,⁵ se asocia a algunos tipos de psicopatología como son, los cuadros de depresión caracterizados por anorexia, el mutismo y declinar de habilidades cognitivas,³ elementos estos demostrados en investigación realizada por el Instituto de Neuropediatria de los Ángeles, California, en un trabajo con 21 niños y adolescentes con dicho síndrome, entre los cuales se registró una elevada prevalencia para trastornos depresivos mal adaptativos.²⁰ La literatura internacional recoge asociación del síndrome de Down con entidades psicopatológicas, como, los cuadros de fobias, las formas clínicas de ansiedad y los desórdenes afectivos.^{21,22}

Aunque siempre se plantea que no es de los que más frecuentemente se asocia a comorbilidad, en comparación a otros de su grupo como el X Frágil, así mismo, se han encontrado asociaciones del síndrome de Down con formas del espectro autista, aunque se reconoce que dicha asociación no es tan frecuente como en el síndrome de X Frágil, según lo reportado en otro estudio desarrollado por el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Goteborg.²³

Interesante estudio realizado en EUA sobre la detección de factores predictores de comorbilidad con la discapacidad intelectual, describe la influencia significativa de la psicopatología parental en el desarrollo de desórdenes neuropsiquiátricos en estos pacientes. En él se exponen ejemplos específicos, como la presencia de trastornos conductuales en padres, que se relaciona con bastante frecuencia al TDAH y trastornos conductuales en los hijos, así como desórdenes afectivos parentales asociados a varias alternativas diagnósticas dentro de este grupo de desórdenes, aunque en este último caso el comportamiento es similar a lo que sucede en la incidencia familiar para algunos diagnósticos en la población no retrasada.²⁴

En interesante trabajo realizado por la Cátedra de Psicología de la Academia de Pedagogía para la Enseñanza Especial,²⁵ se demostró, en un grupo de padres de niños retrasados mentales, la influencia que sobre estos ejercen los trastornos depresivos diagnosticados en sus padres, que provocan depresión y ansiedad en los niños. Otro trabajo sobre el tema, desarrollado por la Universidad de Iowa, en EUA,²⁶ en el que se estudió la relación de niños autistas retrasados con comportamientos psicopatológicos familiares peculiares, se constató la presencia, en sus padres, de trastornos depresivos mayores y fobia social. En la investigación se dejó claro la no relación de dichos trastornos con el estrés que supone tener en la familia un niño autista, pues estaban diagnosticados antes de nacer el pequeño.

En estudio realizado en la Universidad de Stanford se planteó en niños con síndrome de X Frágil un mayor índice de trastornos psicopatológicos en aquellos cuyos padres sufren de alguna entidad psiquiátrica.⁷ Al respecto, encontramos en el actual trabajo interesante asociación de padres alcohólicos y conducta social reprobable, y algunos con trastorno disocial de la personalidad, con niños con TDAH, complicados con trastornos del comportamiento más o menos graves, y trastornos de conducta en padres e hijos.

Otras investigaciones analizan el problema desde otra perspectiva. En la Universidad de Monashen, Australia, se estudió en poblaciones de jóvenes con

discapacidad intelectual la influencia de factores biológicos y sociales para el desarrollo de determinadas entidades, y se encontró a los factores biológicos, y dentro de ellos, la psicopatología parental, como uno de los más influyentes. Incluso, se planteó en este trabajo la menor influencia de factores sociales para determinados tipos de entidades.²⁷

Teniendo todos estos datos, sería pertinente entonces tomar como consideraciones finales que, indiscutiblemente, la epilepsia, los síndromes genéticos, sobre todo el X Frágil, y la psicopatología parental, influyen directamente en la aparición de la comorbilidad psiquiátrica en niños y adolescentes con necesidades cognitivas especiales. Cada uno de ellos modifica el comportamiento de la estandarización de diagnósticos. Según CIE-10, en este tipo de poblaciones de una forma muy particular, dándole características especiales en cuanto a complicaciones del cuadro clínico, respuesta a los tratamientos, necesidades terapéuticas específicas, y tiempo de evolución de los cuadros clínicos. Deberán, por tanto, ser tenidos en cuenta por el terapeuta que trate a este tipo de población. Será un gran error obviarlos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gómez MD, España Ríos MI. Deficiencia Mental. Disponible en: <http://discapacinet.gob.mx/> Consultado, 10 de abril de 2006.
2. Rodríguez A, Blázquez M, Salvador L. Nuevos aspectos en la epidemiología psiquiátrica del retraso mental. Disponible en: <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada2/simpos/s4.html> Consultado, 10 de abril de 2006.
3. Asociación Mundial de Psiquiatría. Sección de Retraso Mental. El ABC para la salud mental, la asistencia primaria y otros profesionales. London: Grup Pere Mata; 2002.p.123-66.
4. Holmbeck GN. Post hoc probing of significant moderational and mediational effects in studies of pediatric populations. *Journal Pediatric Psychology*. 2002;(27):87-96.
5. Fernández JJ. Psicosis y retraso mental. *Rev Argentina de Clínica Neuropsiquiatría*. 2000;(34):110-8.
6. Autismo y fenotipos comportamentales. Disponible en: www.neuropediatria.org.htm/findextema8.htm Consultado, 20 de noviembre de 2006.
7. Hessel D, Dyer F. The influence of environmental and genetic factors on behaviour problems and autistic symptoms in boys and girls with fragile X syndrome. *Pediatrics*. 2001;108(5):E88.
8. Steffenburg S, Gilberg C. Psychiatric disorders in children and adolescents with mental retardation and epilepsy. *Arch Neurol*. 1996;53(9):904-12.
9. Byrson SE, Smith JM. Epidemiología del autismo: prevalencia, características asociadas e implicaciones para la investigación. *Mental retardation and development disabilities*. Rescanned Review. 2000;4:97-103.

10. Kanner AM, Dun DW. Diagnosis and management of depression and psychosis in children and adolescents with epilepsy. *J Child Neurol*. 2004;19(1):65-72.
11. Espier CA, Watkins J, Curtice L. Psychopathology in people with epilepsy and intellectual disability; an investigation of potential exploratory variables. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2003;74(11):1485-92.
12. Dunn DW, Austin JK. ADHD and epilepsy in childhood. *Dev Med Child Neurol*. 2003;45(1):50-4.
13. Siager MC, Buier GO. Attention deficit hyperactivity disorder: review of ADHD in intellectual disability. *J Intellect Disabil Res*. 2003;47(1):26-31.
14. Carrulla L, Blázquez R. Trastornos psiquiátricos en retraso mental II. Evaluación y diagnóstico. 1999;3(4):37-52.
15. Raitasuo S, Virtanen H. Anorexia nervosa, mayor depression, and obsessive compulsive disorder in a Down's syndrome patient. *Int J Eat Disord*. 2001;23(1):107-9.
16. Bregman JD, Leckman JF. Fragile X syndrome: genetic predisposition to psychopathology. *J Autism Dev Disord*. 2001;18(3):343-54.
17. Rogers SJ, Wehner DE. The behavioural phenotype in Fragile X: symptoms of autism in very Young children with Fragile X syndrome, idiopathic autism, and other developmental disorders. *J Dev Behav Pediatr*. 2001;22(6):409-17
18. Gómez N, Carrizosa J. Síndrome de X Frágil, lo que el pediatra debe saber. 2005. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com> Consultado, 8 de enero de 2004.
19. Dykens EM, Shah B. Maladaptive behaviour in children's and adolescents with Down's syndrome. *J Intellect Disabil Res*. 2002;46(6):484-92.
20. Glenn E, Bihm EM. Depression, anxiety and relevant cognitions in persons with mental retardation. *J Autism Dev Disord*. 2003;33(1):69-76.
21. Evans DW, Canavena K. The fears, phobias and anxieties of children with autism spectrum disorders and Down syndrome. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2005;36(1):3-26.
22. Rasmussen P, Borjesson O. Autistic disorders in Down syndrome, background factors and clinical correlates. *Dev Med Child Neurol*. 2001;43(11):750-4.
23. Sherrand J, Torge BJ. Injury risk in young people with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res*. 2002;46(pt-1):6-16.
24. Rola J. The father's depression and emotional functioning of his child with intellectual disability. *Psychiatry Pol*. 2005;39(3):549-57.
25. Piven J, Palmer P. Psychiatric disorder and the broad autism phenotype: evidence from a family study of multiple incidence autism families. *Am J Psychiatry*. 2000;156(4):557-63.

26. Hessler DJ, Dyer JF. The influence of environmental and genetic factors on behaviour Problems and autistic symptoms in boys and girls with fragile X syndrome. *Pediatrics*. 2001;108(5):E88.
27. Sherrand J, Torge BJ. Injury risk in young people with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res*. 2002;46(pt-1):6-16.

Recibido: 9 de diciembre de 2009.
Aprobado: 5 de enero de 2010.

Nadieska Benítez Gort. Calle 84 # 4 702, apto. 4, municipio Marianao, Ciudad de La Habana, Cuba. E mail: nadieska.benitez@infomed.sld.cu