

11241



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA DEPTO. DE PSICOLOGÍA
MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

SEDE: HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

TÍTULO: SINTOMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN PACIENTES
PEDIÁTRICOS ESCOLARIZADOS CON EPILEPSIA PARCIAL Y
GENERALIZADA MANEJADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
PEDIATRÍA

T E S I S PARA OBTENER EL DIPLOMA DE: PSIQUIATRÍA PRESENTA:

NOMBRE: LEONEL RIVERA GUTIÉRREZ

ASESORES: DRA SILVIA ORTIZ LEÓN

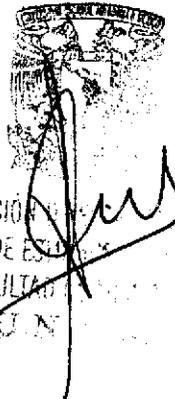
DRA DIANA MOLINA VALDESPINO

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA
DEPTO. DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

MEXICO, D. F.

Vn. Cto.

DR. ALEJANDRO DIAZ MARTIN



SUBDIVISIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

FEBRERO
2005

0351766



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA DEPTO. DE PSICOLOGÍA
MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

SEDE: HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

TÍTULO: SINTOMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS
ESCOLARIZADOS CON EPILEPSIA PARCIAL Y GENERALIZADA MANEJADOS EN
EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

NOMBRE: LEONEL RIVERA GUTIÉRREZ

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Leonel Rivera Gutiérrez

FECHA: 7 octubre 2005

FIRMA: [Firma]

ASESORES: DRA SILVIA ORTIZ LEÓN

DRA DIANA MOLINA VALDESPINO

MEXICO, D. F.

FEBRERO 2004

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	2
2. MARCO TEÓRICO	4
2.1 EPILEPSIA	4
2.2 TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y EPILEPSIA	9
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
4. JUSTIFICACIÓN	25
5. OBJETIVO GENERAL	25
6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
<i>unión</i> 7. HIPÓTESIS	26
8. VARIABLES	26
9. DISEÑO DEL ESTUDIO	26
10. MATERIAL Y MÉTODOS	26
11. INSTRUMENTOS	27
<i>unión</i> 12. PROCEDIMIENTO	28
13. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	28
14. RESULTADOS	29
15. DISCUSIÓN	39
16. CONCLUSIONES	41
BIBLIOGRAFÍA	42
ANEXOS	45

1. INTRODUCCIÓN

En los padecimientos pediátricos, la epilepsia es considerada un problema de salud pública, debido no sólo a su alta incidencia y prevalencia, sino también por la calidad de vida de los pacientes que está aún mas afectada cuando se presentan síntomas psiquiátricos. A pesar de la importancia del manejo de la epilepsia de estos pacientes y de la detección oportuna de problemas psiquiátricos en ellos, en la literatura nacional no se encuentra reportes al respecto, y mas aún de la población pediátrica.

El problema de los trastornos emocionales y psiquiátricos asociados con la epilepsia en general, y con la infantil en particular, es complejo, y en muchos aspectos confuso; porque depende de múltiples factores como son las circunstancias socioeconómicas, familiares y ambientales adversas, los tipos de epilepsia, las alteraciones cerebrales estructurales y la influencia de los fármacos.

Desde los escritos hipocráticos, hasta la fecha, se destaca la asociación de la epilepsia con afecciones psiquiátricas. En la epilepsia, se pueden distinguir dos tipos de sintomatología: una neurológica y otra psiquiátrica o psicológica. A la primera corresponde la presentación de las crisis, ya sean generalizadas o parciales; en la segunda alteraciones en la capacidad intelectual, emocional, de personalidad y conductuales. Además de la dificultad e incompreensión social a la que se enfrentan.

El psiquiatra es requerido para responder a esa diversa gama de trastornos que presenta el niño, que plantea la familia y el personal sanitario del hospital. Sin embargo en muchos hospitales pediátricos la disponibilidad del psiquiatra de niños es limitada. Una forma de adaptarse a la demanda de identificación precoz de problemas psiquiátricos, consiste en establecer una consulta psiquiátrica de rutina en diagnósticos específicos como la epilepsia, tanto en los casos de estancias prolongadas o frecuentes, como en incumplimiento terapéutico y disfunción psicosocial. Un instrumento de detección de sintomatología psiquiátrica, puede resultar útil para identificar los principales problemas psicopatológicos en niños epilépticos, que apoye a el equipo médico que los atiende, además de intervenir en la orientación a los familiares responsables para el manejo del

paciente, ya de por sí cargado de las atenciones que, por sí sola, requiere la epilepsia. Este trabajo tiene como objetivo principal identificar la sintomatología psiquiátrica en pacientes pediátricos escolarizados con epilepsia, para tratar de aminorar las dificultades en sus áreas de desenvolvimiento biopsicosocial, mejorando entonces la calidad de vida de los mismos.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 EPILEPSIA

2.1.1 DEFINICIÓN

Epilepsia deriva de griego, epilambaneim, que describe el fenómeno de ser sobrecogido bruscamente por una crisis. En 1973, la Organización Mundial de la Salud, la definió como una afección crónica de etiología diversa, caracterizada por crisis recurrentes, debidas a una descarga excesiva de la neuronas cerebrales (crisis epilépticas), por disfunción o daño estructural encefálico que se asocian con manifestaciones clínicas y paraclínicas (Chevalier 2001, Feria 1997, Rubio 1996, Rubio 2002).

Crisis epiléptica, es la alteración súbita, involuntaria, limitada en tiempo que se manifiesta con cambios en la actividad motora, autonómica, sensitiva y/o de conciencia, con carácter repetitivo y un patrón estereotipado que se acompaña de una descarga eléctrica cerebral anormal. (Chevalier 2001, Feria 1997, Rubio 1996, Rubio 2002).

Las crisis epilépticas, tienen características comunes que nos permiten identificarlas y diferenciarlas de otras (pseudocrisis, síncope, migraña, enuresis, sonambulismo, Stokes-Adams, ataques isquémicos transitorios, etc.), estas son (Rubio 1996):

1. Duración generalmente limitada (la mayoría de las veces breve), con un inicio y final identificables.
2. La descarga epiléptica tiene una manifestación clínica predecible de inicio a final, de acuerdo al área cerebral implicada.
3. Las crisis son estereotipadas en su mayoría para el mismo individuo.
4. Son espontáneas en el sentido de no ser provocadas por un problema causal agudo, aunque puede ser precipitadas por desvelo, alcohol, fiebre, supresión del medicamento anticonvulsivo, estrés o la presencia de un proceso mórbido concomitante.

Se consideran de inicio temprano cuando aparecen antes de los 18 años, y tardía, cuando lo hacen después de esta edad; el primer grupo se asocia con más frecuencia a problemas gestacionales, perinatales y del desarrollo; y en el segundo, encontramos frecuentemente un problema estructural (tumor, cisticerco, malformación arteriovenosa) como causa de las crisis (Chevalier 2001, Feria 1997, Rubio 1996, Rubio 2002).

2.1.2 ELEMENTOS DE LA CRISIS EPILÉPTICA (Rubio 1996, Wyllie 2001):

1. Pródromos. Cansancio, temor, ansiedad, son algunas de las manifestaciones que preceden a una crisis epiléptica y que el paciente relaciona a la misma.
2. Aura. Manifestación clínica inicial de la crisis, en donde el paciente conserva su estado de conciencia, evocándole esta manifestación a una crisis previa (dolor epigástrico, fosfenos, acúfeno, parestesias). El paciente sabe que puede presentarse una nueva crisis.
3. Ictus. (crisis, convulsión) manifestación clínica focal o generalizada de la descarga anormal cerebral (crisis parcial, generalizada o de inicio parcial secundariamente generalizada).
4. Estado postictal. Recuperación progresiva de la conciencia o del estado previo a la descarga epiléptica, se manifiesta por somnolencia, confusión, cefalea, irritabilidad o déficit motor y/o sensitivo de una extremidad (fenómeno de Todd).
5. Interictal. Estado intercrítico en donde el paciente funciona normalmente, aunque puede tener descargas anormales que son subclínicas y que, al identificarse por electroencefalograma, pueden apoyar el diagnóstico de epilepsia. En nuestra presentación, es sobre este momento en que detectamos la sintomatología psiquiátrica en niños con epilepsia.

2.1.3 CLASIFICACIÓN DE LAS CRISIS EPILÉPTICAS Y DE LOS SÍNDROMES EPILÉPTICOS.

La clasificación actual de las crisis epilépticas, se basa fundamentalmente en las características clínicas y electroencefalográficas de la crisis. Se conoce como la "Clasificación Internacional de las Crisis Epilépticas".

De acuerdo a esta clasificación, las crisis se dividen en dos tipos: Parciales y Generalizadas y, se incluyen apartados, de crisis no clasificables y un addendum (Reynolds 1981, Chevalier 2001, Fera 1997, Rubio 1996, Rubio 2002, Wyllie 2001).

CRISIS PARCIALES

Estas no son el resultado de una lesión cortical limitada, y sus manifestaciones corresponden a las funciones del área cerebral involucrada. El EEG muestra espigas epilépticas focales y los estudios neurorradiológicos pueden demostrar una lesión cortical delimitada. Pueden ser simples (sin alteración del estado de la conciencia) o complejas (con alteración de la conciencia).

a. Crisis Parciales Simples.

Las que tienen *signos motores* se originan en el área motora del lóbulo frontal y se manifiestan por movimientos involuntarios tónico o clónicos contralaterales, confinados a un segmento corporal o iniciando en un sitio con propagación a un hemisferio (focales con marcha). Pueden ser también versivas (voltear la cabeza y ojos hacia un lado), posturales (detener la acción manteniendo una postura) o fonatorias (emitir sonidos o palabras).

Las que cursan con *síntomas somatosensoriales* o alteraciones de los sentidos se originan en la corteza sensorial, manifestándose con fenómenos sensitivos contralaterales o alteraciones olfatorias, visuales, gustativas o auditivas.

Las de *síntomas o signos autonómicos* que consisten en palidez, sudoración, rubor, piloerección, dilatación pupilar, sensaciones epigástricas, etc.

Y hay crisis con *síntomas psíquicos*, que implican trastornos de las funciones cerebrales superiores. Se subdividen en difásicas, dismnésicas, cognoscitivas, afectivas y de alucinaciones o ilusiones.

b. Crisis Parciales Complejas

Pueden ser de inicio parcial simple, seguido por deterioro de la conciencia con o sin automatismos, o iniciar con deterioro directo de la conciencia también con o sin automatismos.

CRISIS GENERALIZADAS

En las crisis generalizadas, la descarga se extiende a los dos hemisferios cerebrales y se afecta de manera simultánea la totalidad de la corteza.

La característica clínica de estas crisis es que hay pérdida de la conciencia y no conllevan ninguna manifestación que pueda atribuirse a una localización anatómica específica en cualquiera de los hemisferios cerebrales.

En el EEG, pueden observarse: puntas, polipuntas, punta-onda, bilaterales, sincrónicas y simétricas en ambos hemisferios cerebrales. Son de varios tipos e incluyen las ausencias típicas y atípicas, crisis tónico-clónicas, mioclónicas, clónicas, tónicas y atónicas.

SINDROMES EPILEPTICOS

Esta clasificación se adoptó en Octubre de 1989, en Nueva Delhi, basada en gran parte en un coloquio que tuvo lugar en Marsella en 1983. La clasificación permite incluir la mayor parte de las epilepsias y está basada en dos aspectos fundamentales: sintomatología y etiopatogenia:

I. Por sintomatología, subdividida en:

- a. Epilepsias parciales o focales
- b. Epilepsias generalizadas.

II. Por etiopatogenia, subdividida en:

- a. Epilepsias idiopáticas que no se relacionan con alguna lesión cerebral demostrable, por el contrario, tienen una aparente o real predisposición genética.
- b. Epilepsias sintomáticas que se relacionan con una lesión cerebral focal o difusa, demostrable por estudios de imagen o por algún déficit neurológico en el paciente.
- c. Epilepsias criptogénicas que son aquellas en las que no se encuentra una lesión demostrable, pero que no cumplen los criterios

para ser idiopáticas. La lesión cerebral podría permanecer oculta y ser demostrada o hacerse aparente en cualquier momento.

2.1.4 EPIDEMIOLOGÍA DE LA EPILEPSIA.

En varios países la incidencia anual de epilepsia, por edad ajustada, varía de 28.9 a 53.1 por 100 000 personas por año. Por edad la incidencia de epilepsia es alta en jóvenes, las tasas más altas se observan en los primeros meses de la vida, alcanza una meseta en la vida adulta y vuelve a aumentar en los ancianos. Las tasas de incidencia son consistentemente bajas en los adultos. A pesar de que no existe diferencia significativa entre sexos, se ha encontrado un mayor riesgo en el hombre para desarrollar crisis no provocadas, la relación varía entre 1.1 a 1.7 para la mayoría de los estudios (Rubio 1996, Reynolds 1981, Wyllie 2001).

La prevalencia de epilepsia activa, muestra una variación de 2.7 a 41.3 por 1000 personas. En la prevalencia de epilepsia por edad, se observa un incremento en la prevalencia de acuerdo al incremento a la edad, hasta obtener la tasa más alta en la vejez. Otros estudios señalan la mayor prevalencia en la 2ª a 3ª décadas de la vida. Según el sexo la tasa de prevalencia de la epilepsia generalmente es más alta en el hombre, con excepción de los estudios efectuados en Dinamarca y en Inglaterra, en los cuales se encontró que en ambos sexos es similar. Las tasas altas en el hombre se han atribuido a que las mismas presentan un mayor riesgo de trauma en la cabeza; sin embargo, esta apreciación no se ha corroborado en otros estudios (Chevalier 2001, Rubio 1996, Rubio 2002, Reynolds 1981, Wyllie 2001).

La tasa de prevalencia de epilepsia más baja, fue en EU con 7.8 / 1000 niños y la más alta en Chile de 21.2. La diferencia entre las tasas pudo deberse a las diferencias étnicas de las poblaciones estudiadas o probablemente, en algunos factores ambientales, como la cisticercosis cerebral y las condiciones de la atención del parto, el cuidado del recién nacido, etc. (Rubio 1996, Rubio 2002).

En un estudio realizado en México se encontró una prevalencia total de 11.4/1,000. Por sexo, 10.5 para masculinos y 12.3 para el femenino (Rubio 1996 y 2002).

En general se acepta que la epilepsia tiene una tasa baja de mortalidad. Se han identificado tasas de mortalidad de 1 a 5 por 100 000 por año (Rubio 1996, Wyllie 2001).

2.1.5 LA EPILEPSIA COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

La justificación de la epilepsia como problema de salud pública, no es debida a la alta tasa de prevalencia o a la elevada tasa de mortalidad, tampoco se debe a la invalidez que ocasiona, sino al deterioro de la calidad de vida del paciente al no tener garantizada su atención médica y por la marginación social de parte de la población en general. Esta última, se genera por el desconocimiento del problema de salud, que en ocasiones llega a limitar más al paciente en esa calidad de vida, que sus crisis epilépticas recurrentes y no provocadas (Rubio 1996, Guillan 2003).

2.2 TRASTORNOS PSÍQUIÁTRICOS Y EPILEPSIA

2.2.1 HISTORIA

La epilepsia presenta alteraciones de las funciones mentales, la personalidad, la conducta y las emociones, hecho destacado desde los escritos hipocráticos. A comienzos del siglo XIX, seguía habiendo una gran confusión en las ideas relativas a la epilepsia, que Pinel clasifica dentro de las neurosis (junto al asma y el tétanos). La creación de asilos favoreció el desarrollo de un interés real por esta enfermedad entre los psiquiatras. En la segunda mitad del siglo XIX, los enfoques de psiquiatras y neurólogos en cuanto a la epilepsia son diferentes y se influyen poco entre sí. Esta situación es consecuencia en parte de la diversidad de los pacientes tratados: epilépticos crónicos acogidos en instituciones, en el primer caso, o epilépticos observados en hospitales generales o en consulta externa, en el segundo. Los psiquiatras se interesan sobre todo en las teorías generales relativas a la naturaleza de los trastornos mentales, en los que se incluyen la epilepsia. Unos, herederos de los sistemáticos del siglo XVIII, están a favor de la existencia de entidades específicas variadas y numerosas; otros tiene una concepción más unicista de los trastornos psíquicos. Este es el caso en Francia de Morel, que formula

En general se acepta que la epilepsia tiene una tasa baja de mortalidad. Se han identificado tasas de mortalidad de 1 a 5 por 100 000 por año (Rubio 1996, Wyllie 2001).

2.1.5 LA EPILEPSIA COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

La justificación de la epilepsia como problema de salud pública, no es debida a la alta tasa de prevalencia o a la elevada tasa de mortalidad, tampoco se debe a la invalidez que ocasiona, sino al deterioro de la calidad de vida del paciente al no tener garantizada su atención médica y por la marginación social de parte de la población en general. Esta última, se genera por el desconocimiento del problema de salud, que en ocasiones llega a limitar más al paciente en esa calidad de vida, que sus crisis epilépticas recurrentes y no provocadas (Rubio 1996, Guillan 2003).

2.2 TRASTORNOS PSÍQUIÁTRICOS Y EPILEPSIA

2.2.1 HISTORIA

La epilepsia presenta alteraciones de las funciones mentales, la personalidad, la conducta y las emociones, hecho destacado desde los escritos hipocráticos. A comienzos del siglo XIX, seguía habiendo una gran confusión en las ideas relativas a la epilepsia, que Pinel clasifica dentro de las neurosis (junto al asma y el tétanos). La creación de asilos favoreció el desarrollo de un interés real por esta enfermedad entre los psiquiatras. En la segunda mitad del siglo XIX, los enfoques de psiquiatras y neurólogos en cuanto a la epilepsia son diferentes y se influyen poco entre sí. Esta situación es consecuencia en parte de la diversidad de los pacientes tratados: epilépticos crónicos acogidos en instituciones, en el primer caso, o epilépticos observados en hospitales generales o en consulta externa, en el segundo. Los psiquiatras se interesan sobre todo en las teorías generales relativas a la naturaleza de los trastornos mentales, en los que se incluyen la epilepsia. Unos, herederos de los sistemáticos del siglo XVIII, están a favor de la existencia de entidades específicas variadas y numerosas; otros tiene una concepción más unicista de los trastornos psíquicos. Este es el caso en Francia de Morel, que formula

en 1857 su teoría de la degeneración según la cual los trastornos psíquicos (entre ellos la epilepsia) son el resultado de una tendencia degenerativa hereditaria que se agrava al pasar de una generación a otra. Su influencia en las ideas relativas a la epilepsia se extendió hasta bien entrado el siglo XX (Chevalier 2001, Feria 1997, Rubio 1996, Rubio 2002, Galiano 1997, Reynolds 1981).

Por su parte, los neurólogos se interesan sobre todo por la descripción detallada de las crisis, la comprensión neurofisiológica del sistema nervioso y las relaciones entre patología cerebral y tipo de crisis. Estiman que la mayoría de sus pacientes tienen un estado psíquico normal y hacen pocas referencias a los trastornos psiquiátricos que conocen mal (Chevalier 2001, Feria 1997, Rubio 1996, Rubio 2002).

Es entonces que en la 2ª mitad del siglo XIX, se hacen las primeras descripciones en relación a las alteraciones mentales que presentaban algunos pacientes epilépticos, pero poca importancia se les dio. Hasta la 1ª mitad del siglo pasado, en los cincuentas y sesentas, en diferentes publicaciones se plantea que la epilepsia predispone a trastornos mentales, apoyados por lo que Papez en los 30's propone con el circuito de la emoción (sistema límbico) y que junto con los experimentos de Klüber y Bucy, se acepta que el lóbulo temporal y el sistema límbico ocupan un lugar central en los mecanismos que gobiernan la emoción y la conducta. Sin embargo, hay otro grupo de autores que refieren que los citados estudios, no son determinantes ni han sido bien elaborados bajo controles estrictos por lo que la correlación epilepsia-enfermedad mental es menos frecuente que de lo que se considera; mencionan *que no existe trastorno mental alguno, atribuido especialmente a la epilepsia, por lo que la coexistencia con algún trastorno es similar a la de la población general*. El descubrimiento de la electroencefalografía por el psiquiatra alemán H. Berger y su utilización a partir de 1935 permitió acumular muchos datos nuevos relativos a la epilepsia y caracterizar mejor las crisis al localizar las descargas epilépticas. Originando los trabajos realizados en Harvard y Montreal dando lugar al concepto de epilepsia del lóbulo temporal (Chevalier 2001, Rubio 1996, Reynolds 1981).

Por otra parte, las investigaciones de los últimos treinta años relativas a los trastornos psíquicos de la epilepsia han hecho hincapié en la importancia de los aspectos psicosociales y familiares (aislamiento, protección excesiva o rechazo), en el papel nocivo de un tratamiento farmacológico antiepiléptico excesivo y en la posible relación (siempre

controvertida) con la epilepsia del lóbulo temporal (Rubio 1996, Rubio 2002, Chevalier 2001).

2.2.2 CLASIFICACIÓN

Se pueden clasificar los trastornos psíquicos de la epilepsia en tres categorías principales (Reynolds 1981, Chevalier 2001, Rubio 1996):

I. TRASTORNOS PSÍQUICOS DEBIDOS A UNA LESIÓN CEREBRAL, CAUSA DE LAS CRISIS.

Pueden deberse a lesiones cerebrales focales (por ejemplo, un proceso expansivo cerebral, sobre todo de evolución lenta) o a una disfunción cerebral global. Esta última puede ser responsable de:

-retraso mental.

-afectación intelectual progresiva (síndrome de West, síndrome de Lennox-Gastaut, panencefalitis esclerosante subaguda, enfermedad de Unverricht-Lundbag).

-síndromes psicóticos infantiles (de etiología generalmente desconocida, las crisis ocurren en el 30% de los casos aproximadamente).

-síndromes demenciales (enfermedad de Alzheimer) en los que la aparición de crisis es bastante frecuentes.

II. TRASTORNOS RELACIONADOS EN EL TIEMPO CON LA APARICIÓN DE CRISIS.

Pueden ser: prodrómicos, críticos o poscríticos.

a) Síntomas psíquicos prodrómicos: Suelen ser de tipo irritabilidad y disforia. Aparecen días y horas antes de la crisis y suelen mejorar después de su aparición.

b) Síntomas psíquicos críticos: Abarcan principalmente dos situaciones crisis parciales, simples o complejas, y estados de mal no convulsivos. Las crisis parciales complejas se manifiestan esencialmente por síntomas psíquicos y automatismos y van acompañadas de una perturbación de la conciencia con amnesia o dismnesia poscrítica. Suelen durar de uno a dos minutos. En cuanto a los estados de mal no convulsivos (estado de pequeño mal y estado de mal parcial complejo), ambos se reflejan por estados de ofuscamiento de la conciencia asociados a descargas continuas de puntas-ondas generalizadas en el primer caso y limitadas al lóbulo

temporal en el segundo. Estos estados confusionales pueden durar de varias horas a varios días.

c) Síntomas psíquicos poscríticos: Se trata esencialmente de estados confusionales y crepusculares, algunas veces con automatismos y trastornos del comportamiento

III. TRASTORNOS PSÍQUICOS INTERCRÍTICOS.

Su aparición no está directamente relacionada en el tiempo con una crisis o anomalías eléctricas concretas.

En el niño se manifiestan esencialmente por perturbaciones de los afectos (ansiedad, tristeza, retraimiento, dificultades de relación), por trastornos del comportamiento (cólera, desobediencia, agresividad, etc.) o por un síndrome hiperkinético. Los trastornos intercríticos son muy diversos, unos psicóticos otros no.

a) Trastornos no psicóticos:

- trastornos intelectuales: alteraciones más o menos prolongadas de las funciones cognitivas;

- trastornos de la personalidad: manifestaciones reactivas de tipo regresivo, del carácter e histeroides; rasgos de personalidad patológica estables constituidos a lo largo del tiempo; comportamientos agresivos, favorecidos a veces por el alcohol, que pueden llegar hasta un acto medicolegal;

- trastornos ansiosos o depresivos.

b) Trastornos psicóticos: Dificiles de clasificar debido a la frecuente intrincación de elementos delirantes, tímicos y confusionales. Según un criterio de duración se pueden distinguir:

- por una parte, episodios delirantes breves (de 1 a 2 semanas, a veces 1 mes o un poco más); algunos con tonalidad depresiva e incluso francamente melancólica. Otros ocurren cuando desaparecen las crisis epilépticas (psicosis alternativas);

- por otra parte, episodios de evolución prolongada o crónica: estados esquizofrénicos o esquizofreniformes, delirios crónicos.

2.2.3 EPIDEMIOLOGÍA

La frecuencia de los trastornos psíquicos, en los epilépticos, es difícil de evaluar debido a cierto número de dificultades metodológicas: los trastornos psíquicos suelen ser episódicos, las poblaciones de enfermos estudiadas son diferentes; los epilépticos tratados en el hospital o en instituciones no son los mismos que los que ve el médico

general y los instrumentos de evaluación no tienen todos el mismo objetivo. En los niños, el estudio de referencia sigue siendo el de Rutter, sobre niños escolarizados de la isla de Wight. Los resultados muestran que la prevalencia de trastornos psíquicos en la población estudiadas es aproximadamente del 8%. Por comparación, esa cifra se duplica (16%) en los niños con una enfermedad crónica no neurológica (por ejemplo asma). En los que tienen una epilepsia simple se cuadriplica (33%). Por último, en los niños cuya epilepsia se complica con una patología cerebral subyacente se multiplica por 6 :50%(Chevalier 2001, Rubio 1996, Reynolds 1981).

La mayoría de los estudios son realizados en el adulto y se refieren a consultas externas o a pacientes hospitalizados. Existen pocos estudios de la población general. Pond y Bidwell reunieron a 14 médicos generales representativos de Inglaterra y del país de Gales y encontraron 254 epilépticos en una población de 39.500 habitantes: aproximadamente un tercio presentaba trastornos psíquicos, la mitad de tipo neurótico. Ninguno tenía trastornos psicóticos. Gudmundsson, encontró 1 169 epilépticos en toda la población islandesa, incluidos los pacientes del único hospital psiquiátrico: el 15% presentaba síntomas neuróticos (lo que confirma las cifras del estudio anterior), el 8% había tenido alguna vez o tenía habitualmente trastornos psicóticos (entre ellos, el 4,5%, había estado en un hospital psiquiátrico o estaba durante el estudio), el 7% tenía un CI inferior a 75, es decir, 5 veces más casos que en la población general (Chevalier 2001, Rubio 1996, Reynolds 1981).

En el estudio de Lindsay y Ounsted, citado anteriormente, si se incluyen los 5 enfermos fallecidos y los 8 pacientes con CI inferior a 50 e incapaces de comunicarse, quedaban 87 epilépticos temporales cuyo devenir psiquiátrico pudo analizarse al cabo de diez años(Chevalier 2001):

- 9 se volvieron psicóticos.
- 12 tenían un comportamiento antisocial (agresiones, robos).
- 5 tenían problemas ansiosos o depresivos de tipo neurótico.
- En cambio los demás (70%), no presentaban ningún trastorno psiquiátrico y se consideraban enérgicos y con éxito.

A continuación, se revisa cada trastorno psiquiátrico específico en relación con la epilepsia.

2.2.3.1 Trastornos Intelectuales

Alteración de las funciones cognitivas.

Las conclusiones de algunos estudios relativos a la discapacidad intelectual global de los epilépticos llegaron a lo siguiente (Reynolds 1981, Chevalier 2001):

- dos de cada tres epilépticos tenían un nivel intelectual normal;
- los que padecían epilepsia lesional presentaban una reducción significativa del CI debida a la patología cerebral subyacente;
- los que tenían epilepsia idiopática estaban dentro de los valores normales (aunque en algunos estudios se comprobó una ligera disminución del CI medio con respecto a la población testigo);
- la aparición precoz de la epilepsia es un indicio de mal pronóstico para las funciones intelectuales en casi todos los estudios;
- por último, la repetición de los exámenes psicométricos muestra una notable fluctuación de las medidas de la inteligencia con respecto a la población normal.

Otros trabajos se centran más en los déficit neuropsicológicos más selectivos que en el estudio de la discapacidad intelectual global: perturbación de las capacidades perceptivo-motoras con prolongación de los tiempos de reacciones simples o complejas, alteración de la atención, déficit de las funciones mnésicas (memoria verbal y no verbal, dificultades de aprendizaje) más frecuentes en relación con una epilepsia del lóbulo temporal. Desafortunadamente, la mayoría de los instrumentos psicométricos siguen siendo inadecuados para medir las dificultades cognitivas sutiles de las que se quejan numerosos pacientes. El análisis de los factores implicados en la alteración de las funciones cognitivas en el epiléptico no es sencillo. Aunque se ha demostrado la importancia de la patología cerebral subyacente, la de los demás factores está mal precisada (Chevalier 2001, Dunn 1999, Mc Allister 1992, Kokkonen 1997).

- factores educativos y psicológicos como absentismo escolar, desánimo, falta de motivación;
- efectos secundarios de los medicamentos (en particular, fenobarbital e hidantoína) que conllevan un deterioro de las funciones con dosis elevadas pero no forzosamente tóxicas;
- papel de las crisis, que sigue siendo controvertido: puede pensarse que la fluctuación de los valores del CI a intervalos variables se

relacionan con una actividad crítica; también es cierto que puede haber un deterioro en algunos pacientes a pesar de un buen control de las crisis.

En resumen, hay que insistir en el hecho de que un epiléptico puede estar sometido a variaciones inesperadas de sus funciones intelectuales y esa reducción de la eficacia, cualquiera que sea su causa (crisis, tratamiento), suele ser totalmente reversible. Cuando existe una evolución demencial, indica habitualmente una encefalopatía subyacente (Chevalier 2001).

2.2.3.2 Retraso mental

La epilepsia es más frecuente en los niños con retraso mental que en los que no lo son: en un estudio sobre esos niños menores de 14 años, Corbet comprobó que la tercera parte había tenido una crisis por lo menos en algún momento de su vida. Cuanto menor es el CI más frecuentes son las crisis. Pueden distinguirse tres periodos en la infancia con riesgo especial de que aparezca una lesión cerebral que puede producir posteriormente un retraso mental asociado a una epilepsia (Chevalier 2001, Steffenburg 1996, Galiano 1997, Reynolds 1981).

- en el periodo perinatal las causas son muy diversas (malformaciones o infecciones antes del nacimiento, traumatismos e hipoxia durante el parto, perturbaciones bioquímicas, errores del metabolismo, hemorragia intracraneal, meningitis después del nacimiento);

- en el periodo de los espasmos infantiles, entre los 3 y los 8 meses;

- durante las convulsiones febriles prolongadas del niño: esas convulsiones febriles pueden producir un estado de mal que es una de las causas más evitables del retraso mental. Además de este retraso mental, puede producirse una lesión neurológica focal, causa de una epilepsia parcial unos meses o años después (una tercera parte de las epilepsias de Ousted y Lindsay son consecuencia de un estado de mal prolongado de la primera infancia.

Se sabe poco de la repercusión del tratamiento antiepiléptico en la actividad intelectual de los pacientes con retraso mental, pero parecen especialmente propensos a los efectos tóxicos de los anticonvulsivos. (Chevalier 2001, Reynolds 1981).

2.2.3.3 Trastornos De La Personalidad

A comienzos del siglo XX, los médicos tendían a pensar que la personalidad tenía una gran importancia en la génesis de la epilepsia. Por ejemplo, Janet consideraba que las crisis de epilepsia son muy frecuentes en el histérico y relacionaba la epilepsia con la histeria y la psicastenia en sus teorías sobre la tensión psicológica. Freud, al estudiar la vida y la personalidad de Dostoievski (1929), relacionó la epilepsia con el complejo de Edipo y sugirió que podía considerarse como un castigo de un fantasma de parricidio. La crisis de epilepsia se convierte para algunos en una reacción que permite que el paciente se libere por medios somáticos de tensiones insoportables (Stekel). Aunque es cierto que existen pacientes cuyas crisis pueden estar provocadas por emociones fuertes o facilitadas por numerosas manifestaciones del entorno, no lo es menos que han ido abandonándose los trabajos que suponen una predisposición de la personalidad en pacientes que desarrollan una epilepsia posterior. Lo mismo sucede con el concepto de "personalidad epiléptica" desarrollado a partir de la observación de pacientes en instituciones sin que nunca se hayan realizado estudios bien controlados. Las descripciones clásicas de Griesinger y antiguas de Morel incluyen ciertos rasgos de carácter: desconfianza, susceptibilidad, tendencia querellante, bradipsiquia, lentitud del discurso con preocupación excesiva por el detalle, viscosidad de los pensamientos y de las emociones, irritabilidad, agresividad e inestabilidad emocional. Pond y Bidwell encuentran esa "personalidad epiléptica" sólo en el 4% de los pacientes de su estudio, esencialmente epilépticos crónicos en institución desde hace años (Chevalier 2001, Rubio 1996, Reynolds 1981, Rubio 2002, Wyllie 2001, Galiano 1997, Mc Allister 1992, Devinsky 2003).

Los trastornos de la personalidad del epiléptico, cuando no se relacionan con una lesión cerebral, reflejan la perturbación de toda una vida por crisis ocurridas precozmente que conllevan dificultades de adaptación y trastornos del comportamiento durante la infancia y la adolescencia. Cuanto más pronto aparecen las crisis, más riesgos existen de trastorno de la personalidad. Sobre todo se observan rasgos de personalidad inmadura y pasiva-dependiente, con inhibición de las conductas sociales, búsqueda de protección y refugio en la enfermedad. En un escaso número de epilépticos existen trastornos

del carácter de tipo impulsividad, irritabilidad, cólera, desconfianza, que pueden justificar una adaptación del tratamiento antiepiléptico, sobre todo cuando van acompañados de un aumento en la frecuencia de las crisis (Chevalier 2001, Rubio 1996).

Empero otros autores mencionan que no existe un trastorno de la personalidad especial para la epilepsia, sino que cuando se presentan algunos criterios en los pacientes, estos se deben englobar dentro del trastorno orgánico de la personalidad debido a causa médica en general (Rubio 1996, 2002).

2.2.3.4 Epilepsia Del Lóbulo Temporal

Varios autores han descrito los síndromes asociados a una epilepsia del lóbulo temporal. Los rasgos citados con más frecuencia son los siguientes: tendencia excesiva a seguir cada pensamiento, sentimiento o acción (viscosidad o hipometamorfosis), labilidad e intensidad de las emociones (irritabilidad, cólera), hiposexualidad, interés creciente por los problemas religiosos, filosóficos o cósmicos, hipergrafía. Puede observarse que los tres primeros rasgos representan la inversa del síndrome de Klüver-Bucy, producido por la ablación bilateral del lóbulo temporal. En cuanto a la hipergrafía, las primeras descripciones en los epilépticos fueron las de Waxman y Geschwind en 1975; esta hipergrafía a veces compulsiva, tiene en común con la encontrada en algunos esquizofrénicos los caracteres de monotonía, perseveración y, a veces, versificación. Puede aparecer bruscamente durante un episodio psicótico y remitir con él o persistir de forma continuada. Trimble señaló que todos los casos comunicados se relacionaban con un foco temporal derecho o de predominio derecho. Además, en la mayoría de los casos, se asocia a una exaltación del carácter. Se desconoce por qué el lenguaje escrito está más afectado que el hablado (Chevalier 2001, Rubio 1996, Reynolds 1981, Wyllie 2001, Navarro 1989, Kaplan 1999).

En varios estudios se encuentra la asociación de un cierto número de rasgos del carácter o del comportamiento y una epilepsia del lóbulo temporal. Aunque poco frecuente, plantea el problema de la existencia de un síndrome intercrítico distinto de la epilepsia del lóbulo temporal.

Siguiendo esta línea, se reportan trabajos donde 96 pacientes con psicosis esquizofreniforme focalizan en un 75% al lóbulo temporal en el EEG; otro en que 50 pacientes que focalizan al hemisferio dominante presentan un cuadro esquizofreniforme, y los que focalizan al hemisferio no dominante desarrollan un trastorno afectivo; estos estudios conducen a pensar que los pacientes epilépticos tienen predisposición a trastornos afectivos o esquizofreniformes (Chevalier 2001, Rubio 1996, 2002).

2.2.3.5 Agresividad

Actualmente se considera que los comportamientos agresivos intercríticos frecuentemente de tipo de reactividad explosiva y que antes se atribuían a la personalidad epiléptica son más bien una manifestación específica de la epilepsia del lóbulo temporal. En una serie de pacientes epilépticos en los que Falconer llevó a cabo una lobectomía temporal, la tercera parte tenía un comportamiento netamente agresivo. Según Bear, la mayoría de los actos agresivos siguen a una provocación, aunque al observador le pueda parecer mínima. A continuación, el paciente se acuerda de su actos, los reconoce y se arrepiente, a diferencia del psicópata. Pero esos actos pueden ocurrir también en un contexto de ideas delirantes persecutorias. La violencia en el epiléptico se corresponde con varios factores. Unos son inespecíficos: sexo masculino, edad inferior a 40 años, CI inferior a la media, bajo nivel socioeconómico, malos tratos en la infancia. Otros se relacionan con la epilepsia: comienzo precoz de las crisis, existencia de lesiones cerebrales, presencia de muchos tipos de crisis (Galiano 1997, Chevalier 2001, Wyllie 2001, Devinsky 2003).

Los pocos estudios sobre la delincuencia en los epilépticos aportan resultados variables. Pero la criminalidad con violencia sobre las personas y bienes parece totalmente comparable en los epilépticos y no epilépticos. La prevalencia de la epilepsia en las prisiones sería bastante parecida a la de la población general (Chevalier 2001).

2.2.3.6 Trastornos sexuales

En periodo intercrítico, el paciente suele quejarse de disminución de la libido y de impotencia: a menudo, la falta de actividad sexual es sólo un reflejo de la disminución de sus relaciones sociales. Sin embargo, no se puede subestimar el efecto de medicamentos tomados de forma prolongada: efecto sedante, acción sobre el metabolismo de la testosterona por inducción de enzimas hepáticas. También se reporta desviación sexual, fetichismo y travestismo, aunque estadísticamente no se asocian como efecto de la epilepsia. Durante o después de un automatismo epiléptico el comportamiento de un paciente puede simular un comportamiento sexual o un exhibicionismo con desnudamientos que pueden plantear un problema medicolegal (Chevalier 2001, Wyllie 2001).

2.2.3.7 Trastornos ansiosos y depresivos

Ansiedad

La ansiedad es frecuente en el epiléptico (incluso si se desconoce su prevalencia). La ansiedad puede ser intercrítica, reactiva a los numerosos problemas que plantea la epilepsia en la vida corriente. Muchos pacientes temen la aparición brusca de una crisis. Algunos sufren de pánico ante la idea de tener una crisis en un lugar público y dar un espectáculo. Este estado se alimenta a sí mismo: cuanto más ansiosa está la persona, más riesgo tiene de una crisis; y cuantas más crisis tiene, más ansioso estará por la ideas de salir. Muy a menudo no se trata de una verdadera agorafobia, sino de un temor a las crisis y un aumento del nivel de ansiedad que favorece su aparición. La mayoría de benzodiazepinas son anticonvulsivas y su interrupción, una vez corregida la ansiedad, es especialmente difícil. Usar benzodiazepinas, tienen el inconveniente de ser sedantes y la somnolencia puede favorecer la aparición de crisis epilépticas (Chevalier 2001, Wyllie 2001, Kanner 2003, Reynolds 1981).

Depresión

La revisión de la bibliografía sugiere que la depresión es la complicación psíquica más frecuente de la epilepsia. Su prevalencia es mayor que en una población testigo de nivel socioeconómico y discapacidad comparables. En un estudio en 666 epilépticos temporales, Currie encontró el 19%. Betts demostró que en 72 epilépticos admitidos en un servicio de psiquiatría en Birmingham en un año, 22 lo eran por depresión (es decir, el 31%). Los estudios que evalúan la intensidad de los síntomas depresivos en los epilépticos utilizan muy a menudo cuestionarios: éstos muestran valores mayores que en la población general.

Flor-Henry había sugerido que la depresión de aspecto endógeno se asociaba a lesiones del hemisferio derecho especialmente en los epilépticos temporales; esta hipótesis no se ha confirmado.

A veces se observan depresiones de tipo más claramente reactivo. En el niño, hay varias situaciones de riesgo especial: cuando se plantea el diagnóstico, cuando la epilepsia es rebelde al tratamiento o durante las dificultades escolares. Posteriormente, en el adulto o el adolescente, son muchos los problemas que pueden producir una depresión: relación con una persona del otro sexo, búsqueda de trabajo, obtención del permiso de conducir, etc.

Por último, pueden encontrarse síntomas depresivos en los epilépticos con trastornos delirantes crónicos intercríticos de tipo paranoico o esquizofrénico. Esta forma mixta de psicosis se ha observado frecuentemente. Betts señala que suele ser difícil determinar si se trata de una depresión con síntomas psicóticos o de un episodio psicótico con elementos depresivos (Chevalier 2001, Wyllie 2001, Reynolds 1981, Dunn 1999, Mc Allister 1992, Kokkonen 1998).

2.2.3.8 Suicidio

La importancia de la depresión en el epiléptico se subraya aún más por un índice de suicidio mayor que en la población general. Barraclough al retomar 11 estudios sobre la mortalidad de los epilépticos encuentra un riesgo de suicidio 5 veces mayor de lo previsto y 25 veces cuando se trata de una epilepsia temporal). MacKay al estudiar los pacientes que llegaban a la Glasgow Western Infirmary Unit for Self Poisoning observa el 3,5 de epilépticos, 7 veces más de lo esperado. Esta relación entre suicidio y epilepsia se debe

probablemente a la asociación de varios factores, especialmente la importancia de los problemas sociales con los que se enfrentan los epilépticos, el alcohol la disponibilidad de una gran cantidad de medicamentos (Chevalier 2001, Borro 1995, Rubio 1996, Reynolds 1981).

2.2.3.9 Trastornos psicóticos

Habitualmente se calcula que ocurren episodios psicóticos breves en el 5 al 8% de los epilépticos. Los trastornos delirantes crónicos representan un pequeño número de casos, muy difícil de evaluar.

La diversidad de las estimaciones se debe a las diferencias existentes a la hora de incluir los pacientes en el estudio y a la imprecisión de los criterios de definición o duración de los trastornos. Las investigaciones más fiables son las realizadas en poblaciones importantes. En su estudio en Noruega septentrional, Krohn encuentra que el 2% de 908 pacientes son o han sido psicóticos; según Gudmundsson, en Islandia el 8% de 1 169 epilépticos. Los estudios que se limitan a la epilepsia del lóbulo temporal también proporcionan porcentajes variables: el 2% de psicosis intercríticas en 666 pacientes en consulta neurológica, el 10% de psicosis esquizofrénicas en el seguimiento de 100 niños durante 10 años, el 16% en medio quirúrgico en pacientes que debían someterse a lobectomía temporal por resistencia al tratamiento (Chevalier 2001).

Psicosis agudas breves

Son estados que asocian en proporción variable elementos confusionales, ideas delirantes, trastornos depresivos y agitación. Según los casos, se encuentran estados confusionales o confusónicos sin caracteres particulares aparte de la agitación; estados crepusculares en los que la obtusión intelectual es más discreta y el paciente mantiene una actividad casi adaptada, pero en los que pueden surgir estados oníroides con alucinaciones y trastornos del comportamiento relacionados con fluctuaciones del estado de conciencia; cuadros clínicos que sugieren sobre todo un estado delirante agudo clásico, un estado depresivo melancólico o un estado de excitación de tipo maniaco y en el que es raro que no exista un matiz confusional.

Episodios psicóticos intercríticos

Suelen tener un comienzo y un final brusco y pueden experimentar recaídas.

A veces los episodios delirantes intercríticos, acompañados o no de elementos confusionales, siguen a un aumento de la frecuencia de las crisis; los síntomas se desarrollan después de un intervalo libre de varios días. Como señala Trimble, a veces es difícil estar seguro de que esas manifestaciones son realmente intercríticas, incluso cuando no van acompañadas de anomalías del EEG. Dongier entrevista con un cuestionario a más de 500 pacientes con episodios psicóticos intercríticos. Los resultados de su estudio muestran que los episodios duran de varios días (dos tercios de su pacientes) a varias semanas. Comienzan y terminan con bastante frecuencia por una crisis espontánea. Adquieren una forma delirante o tímica. En una tercera parte de los casos, no se observa ningún trastorno de la conciencia y en 9 de cada 10 casos ninguna modificación del EEG.

En otros casos, parecen alternar el episodio psicótico intercrítico y la epilepsia; en 1953, Landlot había comunicado episodios psicóticos alucinatorios sin perturbación de la conciencia en pacientes cuya mayoría sufría de epilepsia del lóbulo temporal: no solamente los EEG no estaban agravados, sino que al contrario presentaban una tendencia a la mejoría. Describió este fenómeno con el nombre de "normalización forzada". Esa normalización eléctrica durante un episodio psicótico parece ser bastante rara. Pero la escuela alemana ha desarrollado el concepto de "psicosis alternativa" (Tellenbach, 1965) para estados delirantes o confusodelirantes ocurridos durante una desaparición rápida de las crisis, especialmente después de un cambio de tratamiento. Se pueden relacionar con los estados psicóticos después de lobectomía temporal que haya suprimido las crisis.

Por último, la aparición de una confusión intercrítica puede deberse a una sobredosis farmacológica: barbitúricos, hidantoínas (asociada habitualmente, pero no siempre, a trastornos cerebelosos). Esas confusiones pueden evolucionar de forma crónica y hacer pensar en un deterioro. El valproato sódico puede provocar confusiones con un enlentecimiento casi de tipo estupor algunas veces, especialmente cuando se asocia a otros antiepilépticos o psicotropos. Esto prueba la utilidad de las determinaciones séricas de antiepilépticos ante una confusión intercrítica inexplicada.

Psicosis epilépticas crónicas

En un pequeño número de casos aparecen en los epilépticos trastornos delirantes que evolucionan de forma duradera sin ningún trastorno de la conciencia. Las ideas relativas a las relaciones entre la epilepsia y la psicosis han variado en el transcurso del tiempo. A principios del siglo XX, los terapeutas se conformaban con mencionar la existencia de crisis epilépticas en los pacientes psicóticos, crisis cuyo diagnóstico es generalmente incierto. A partir de 1934, al constatar mejorías en los estados catatónicos después de crisis de epilepsia espontáneas, Von Meduna introdujo las primeras terapias convulsivas con alcanfor y luego con cardiazol en el tratamiento de la esquizofrenia con la idea de que existía un antagonismo entre esquizofrenia y epilepsia. Entre 1950-1960, el interés se centra progresivamente en los estados psicóticos, especialmente crónicos, en epilépticos, que parecen ser más numerosos de lo que supondría la simple asociación de su frecuencia en la población general: Slater delimita un síndrome parecido a la esquizofrenia (schizophrenia-like psychosis) en el que la epilepsia del lóbulo temporal parece estar más implicada. Los estudios en ese campo buscan explicaciones etiológicas: lateralización de una disfunción cerebral, papel de los medicamentos, fenómeno de activación propagada (Kindling).

Las psicosis crónicas de la epilepsia son muy heterogéneas en el plano clínico; los cuadros clínicos sugieren tanto una esquizofrenia nuclear (aproximadamente en la mitad de los casos) como una psicosis esquizoafectiva, un delirio de aspecto paranoico o un estado delirante alucinatorio con elementos orgánicos e histéricos.

Los trastornos suelen instalarse de forma insidiosa, pero pueden seguir a un estado confusional. Su comienzo suele precipitarse por sucesos traumáticos, un duelo, la ruptura de una relación, etc. Los temas delirantes más frecuentes son los de persecución, hipocondríacos, envenenamiento y temas místicos. A veces van acompañados de un síndrome de influencia. Las alucinaciones suelen ser auditivas más que visuales. La bradipsiquia es manifiesta en un cierto número de casos.

En las psicosis esquizofreniformes suele haber un periodo bastante largo (de 10 a 20 años) entre el comienzo de las crisis de epilepsia y el comienzo de la psicosis. A diferencia de la esquizofrenia verdadera, no se encuentran elementos genéticos especiales, o una personalidad premórbida. Diferentes autores observan además la relativa ausencia de embotamiento afectivo y la persistencia de un afecto apropiado. La

evolución es fluctuante pero crónica y suele producir una falta de socialización invalidante. Después de varios años los trastornos pueden remitir completamente. Sin embargo, la mitad de los pacientes de Slater o de Bruens siguen siendo psicóticos 10 años después.

Las esquizofrenias nucleares se relacionan con la epilepsia temporal y especialmente con la del hemisferio dominante.

Para el tratamiento de las psicosis crónicas en los epilépticos se recurre a neurolépticos con poca potencia epileptógena (tioridazina, perfenazina, pimozida, haloperidol). En caso de recrudecimiento de las crisis con el tratamiento psicotrópico, hay que aumentar el tratamiento antiepiléptico. Pueden utilizarse neurolépticos de acción prolongada así como sismoterapia, si fuera necesario.

Afortunadamente, la idea de degeneración epiléptica como causa variable de psicosis y demencia ha desaparecido; pero sigue habiendo un pequeño grupo de pacientes, estudiados por Follin y bien individualizados por Slater, que despierta mucho interés por presentar una asociación de epilepsia y psicosis crónica, frecuentemente esquizofreniforme (Chevalier 2001).

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La epilepsia, es un problema de salud pública dada su incidencia y prevalencia. Se ha descrito que la población pediátrica con este padecimiento, tiene un mayor riesgo de presentar otras entidades psiquiátricas comórbidas, que puede afectar su desempeño escolar, familiar y social, repercutiendo desfavorablemente en la autoestima del niño, y la calidad de vida de estos pacientes.

4. JUSTIFICACIÓN

En la literatura nacional, no existen reportes de prevalencia de patología psiquiátrica en niños con diagnóstico de epilepsia. Los estudios extranjeros reportan una mayor prevalencia de trastornos depresivos, de ansiedad, de conducta y de aprendizaje. Sin embargo, la mayoría de los estudios abordan trastornos mentales específicos y lo reportes son contradictorios. Los estudios de prevalencia de patología psiquiátrica en niños con epilepsia en nuestro medio, son importantes para el diseño de programas preventivos a fin de incidir en forma temprana en las complicaciones conductuales, emocionales, de aprendizaje y personalidad, que pudieran presentar estos pacientes.

5. OBJETIVO GENERAL

Describir los síntomas psiquiátricos mas frecuentes que se presentan en una muestra de pacientes pediátricos escolarizados con epilepsia parcial y generalizada manejados en el Instituto Nacional de Pediatría.

6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Detectar la sintomatología psiquiátrica mas frecuente en pacientes con epilepsia parcial.

Detectar la sintomatología psiquiátrica mas frecuente en pacientes con epilepsia generalizada

Determinar si existe asociación entre los síntomas psiquiátricos encontrados en relación con las características de la epilepsia.

Comparar la sintomatología psiquiátrica encontrada en escolares con epilepsia con un grupo de escolares sin patología médica

7. HIPÓTESIS

Se esperaba encontrar una mayor prevalencia de sintomatología psiquiátrica en pacientes escolares con epilepsia , que la descrita en población de escolares sanos.

8. VARIABLES

A) DEPENDIENTE: Síntomas psiquiátricos.

B) INDEPENDIENTE: Diagnóstico de epilepsia.

9. DISEÑO DEL ESTUDIO

Es un escrutinio, clínico, transversal y prospectivo.

10. MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio fue realizado por un médico residente de psiquiatría de 40 año, quien valoró a un grupo de pacientes pediátricos escolarizados con diagnóstico de epilepsia parcial y generalizada que asistieran a la escuela y que fueran atendidos en el servicio de neurología del Instituto Nacional de Pediatría, en el periodo comprendido de diciembre a febrero de 2003 a 2004.

Los pacientes fueron canalizados del servicio de Neurología del Instituto Nacional de Pediatría a la consulta externa de salud mental donde en una sola sesión de 1 hora se aplicaron 3 instrumentos: una historia clínica semiestructurada, una encuesta de tamizaje para la detección de síntomas psiquiátricos y la escala de CBCL, para padres.

Determinar si existe asociación entre los síntomas psiquiátricos encontrados en relación con las características de la epilepsia.

Comparar la sintomatología psiquiátrica encontrada en escolares con epilepsia con un grupo de escolares sin patología médica

7. HIPÓTESIS

Se esperaba encontrar una mayor prevalencia de sintomatología psiquiátrica en pacientes escolares con epilepsia , que la descrita en población de escolares sanos.

8. VARIABLES

A) DEPENDIENTE: Síntomas psiquiátricos.

B) INDEPENDIENTE: Diagnóstico de epilepsia.

9. DISEÑO DEL ESTUDIO

Es un escrutinio, clínico, transversal y prospectivo.

10. MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio fue realizado por un médico residente de psiquiatría de 40 año, quien valoró a un grupo de pacientes pediátricos escolarizados con diagnóstico de epilepsia parcial y generalizada que asistieran a la escuela y que fueran atendidos en el servicio de neurología del Instituto Nacional de Pediatría, en el periodo comprendido de diciembre a febrero de 2003 a 2004.

Los pacientes fueron canalizados del servicio de Neurología del Instituto Nacional de Pediatría a la consulta externa de salud mental donde en una sola sesión de 1 hora se aplicaron 3 instrumentos: una historia clínica semiestructurada, una encuesta de tamizaje para la detección de síntomas psiquiátricos y la escala de CBCL, para padres.

a) Criterios de inclusión para pacientes:

Paciente escolarizado que sepa leer y escribir.

Ambos sexos.

Entre 6 y 18 años de edad.

Diagnóstico de epilepsia parcial y generalizada según los criterios de la Liga Internacional contra la Epilepsia.

b) Criterios de exclusión para pacientes:

Rechazo de la entrevista.

Se desconozca tiempo de evolución, frecuencia de crisis y tratamiento.

Excluir sintomatología perictial.

c) Criterios de inclusión para grupo control:

Paciente escolarizado que sepa leer y escribir.

Ambos sexos.

De 6 a 18 años de edad

Sin diagnóstico médico o mental

d) Criterios de exclusión para grupo control:

Rechazo de la entrevista.

Se desconozca si es sano.

11. INSTRUMENTOS

Entrevista para la detección de los principales síntomas psiquiátricos emocionales y conductuales (tamizaje). Validada por Caraveo y cols.

Entrevista para la detección de los principales síndromes psiquiátricos.

Entrevista de CBCL, manejada en la versión en Español por la Dra. Albores.

a) Criterios de inclusión para pacientes:

Paciente escolarizado que sepa leer y escribir.

Ambos sexos.

Entre 6 y 18 años de edad.

Diagnóstico de epilepsia parcial y generalizada según los criterios de la Liga Internacional contra la Epilepsia.

b) Criterios de exclusión para pacientes:

Rechazo de la entrevista.

Se desconozca tiempo de evolución, frecuencia de crisis y tratamiento.

Excluir sintomatología perictial.

c) Criterios de inclusión para grupo control:

Paciente escolarizado que sepa leer y escribir.

Ambos sexos.

De 6 a 18 años de edad

Sin diagnóstico médico o mental

d) Criterios de exclusión para grupo control:

Rechazo de la entrevista.

Se desconozca si es sano.

11. INSTRUMENTOS

Entrevista para la detección de los principales síntomas psiquiátricos emocionales y conductuales (tamizaje). Validada por Caraveo y cols.

Entrevista para la detección de los principales síndromes psiquiátricos.

Entrevista de CBCL, manejada en la versión en Español por la Dra. Albores.

12. PROCEDIMIENTO.

Se estudiaron los pacientes pediátricos con epilepsia parcial y generalizada que asisten a la escuela, aplicándoles los instrumentos señalados para detectar la sintomatología psiquiátrica presente en cada paciente.

13. ANALISIS ESTADISTICO.

Se obtuvieron medidas de tendencia central y dispersión para las variables ordinales y frecuencias para las nominales. Se utilizó Chi cuadrada y U de Mann Whitney para comparación de grupos.

14. RESULTADOS

GRUPO MUESTRA.

Variables Sociodemográficas

La media de edad fue de 9.55 con predominio del sexo femenino con 12 (60%), mientras que se encontraron 8 (40%) varones (tabla 1). Se encontró un predominio de residencia en el DF 6 (30%) y 14 (40%) provenían de provincia. La estructura familiar mas frecuente fue la nuclear en 18 casos (90%), madre soltera 2 (10%).

Por Historia Clínica psiquiátrica se obtuvieron los siguientes antecedentes de importancia:

Antecedentes pre y perinatales:

Embarazo sin complicaciones 15 (75%), amenaza de aborto 3 (15%) y amenaza de prematuro 2 (10%).

Parto eutócico en 13 (65%), cesárea 5 (25%), prematuro 2 (10%).

Sufrimiento fetal 15 (75%), hipoxia neonatal 8 (40%).

Antecedentes de funcionamiento escolar y social:

Ha reprobado años escolares 11 (55%), problemas de conducta 2 (10%), ha reprobado materias 11 (55%), problemas de socialización 13 (65%), rendimiento escolar bueno no se presentó, regular 11 (55%) y deficiente 9 (45%).

Características de la Epilepsia:

En cuanto predominio del tipo de epilepsia las generalizadas fueron las mas frecuentes con 13 casos (60%) mientras que las crisis parciales se presentaron en 7 pacientes (40%). Ver tabla 2.

Al aplicar La Encuesta de Tamizaje se encontraron los siguientes síntomas psiquiátricos:

Problemas de pronunciación 10 (50%)

Problemas para dormir 5 (20%)

Cefalea 7 (35%)

Se fuga de casa 2 (10%)

Nervioso 13 (65%)

Problemas de aprendizaje 19 (95%)
Se aísla 11 (55%)
Enuresis 5 (25%)
Muy apegado a los adultos 15 (75%)
Miedo a la escuela 2 (10%)
Inquieto 8 (40%)
Distraído 11 (55%)
Irritable 10 (50%)
Deprimido 5 (25%)
Dolores físicos 6 (30%)
Pesadillas 5 (25%)
Sobrepeso 5 (25%)
No obedece 9 (45%)
Miente 3 (15%)
No trabaja en la escuela 3 (15%)
Impulsivo 6 (30%)
Se junta con amigos problemáticos 3 (15%)

Los factores bajo peso, robo y se droga no se presentaron.

En los reactivos correspondientes a síntomas psiquiátricos por Entrevista de CBCL, se encontraron las siguientes frecuencias:

Actúa menor a su edad 11 (55%)
Discute mucho 7 (35%),
No termina sus actividades 9 (45%)
No disfruta de las cosas 4 (20%)
Encopresis 1 (5%)
Es orgulloso 4 (20%)
Inatención 16 (80%)
Ideas obsesivas 2 (10%)
Inquieto 12 (60%)
Apegado 15 (75%)
Se queja de soledad 2 (10%)
Confuso 6 (30%)
Llora con frecuencia 2 (10%)
Fantasía 3 (15%)
Autoagresión 1 (5%)
Requiere atención 8 (40%)

Destruye sus cosas 7 (35%)
Destruye cosas de otros 1 (5%)
Desobedece 9 (45%)
No come bien 3 (15%)
Asocial 9 (45%)
Sin culpa 2 (10%)
Celoso 12 (60%)
Rompe reglas 14 (70%)
Fobias 2 (10%)
Miedo a ir a la escuela 3 (15%)
Presenta malas ideas 2 (10%)
Intenta ser perfecto 4 (20%)
No se siente amado 1 (5%)
Cree que lo quieren perjudicar 1 (5%)
Se siente inferior 6 (30%)
Se lastima 1 (5%)
Se pelea 2 (10%)
Se molesta con facilidad 8 (40%)
Anda con malas compañías 3 (15%)
Alucinaciones auditivas 1 (5%)
Impulsivo 11 (55%)
Se aísla 4 (20%)
Miente 4 (20%)
Se come las uñas 6 (30%)
Nervioso 9 (45%)
Tics 4 (20%)
Pesadillas 2 (10%)
No cae bien 7 (35%)
Estreñido 1 (5%)
Ansioso 5 (25%)
Mareado 1 (5%)
Come mucho 5 (25%)
Se cansa 3 (15%)
Obesidad 2 (10%)
Dolor en el cuerpo 2 (10%)
Cefalea 6 (30%)
Nauseas 2 (10%)
Urticaria 1 (5%)
Cólicos 3 (15%)
Vómito 1 (5%)

Ataca físicamente 2 (10%)
Se mete los dedos en la nariz frecuentemente 10 (50%)
Se masturba frente a otros 3 (15%)
Se masturba demasiado 7 (35%)
No trabaja en la escuela 14 (70%)
Torpe 9 (45%)
Juega con niños mayores 3 (15%)
Juega con menores 3 (15%)
Se rehúsa a hablar 1 (5%)
Grita mucho 8 (40%)
Es reservado 5 (25%)
Se avergüenza con facilidad 1 (5%)
Enciende fuego 2 (10%)
Se hace el chistoso 1 (5%)
Tímido 12 (60%)
Duerme mas 5 (25%)
Se distrae 14 (70%)
Problemas de pronunciación 8 (40%)
Necio 9 (45%)
Labilidad emocional 9 (45%)
Protesta mucho 11 (55%)
Receloso 9 (45%)
Dice groserías 10 (50%)
Sonambulismo 1 (5%)
Habla mucho 3 (15%)
Molesta a los demás 3 (15%)
Berrinchudo 12 (60%)
Ideas sexuales frecuentes 1 (5%)
No duerme bien 1 (5%)
Sin energía 6 (30%)
No es feliz 7 (35%)
Es ruidoso 2 (10%)
Actos de vandalismo 1 (5%)
Enuresis 1 (5%)
Se queja mucho 2 (10%)
Es retraído 7 (35%)
Se preocupa demasiado 4 (20%).

Los ítems :

Ser cruel con animales , se va de pinta, se droga ,se orina en el día sin avisar, amenaza a los demás, se chupa el dedo, ideas suicidas, quiere ser del sexo contrario, roba, almacena cosas innecesarias, conductas bizarras , ideas bizarras, sentimientos de culpa, problemas en los ojos, alucinaciones visuales, problemas de sexualidad, duerme menos, pensamientos obsesivos, fugas de casa y conductas abusivas no se presentaron.

GRUPO CONTROL:

Variables Sociodemográficas

La media de edad fue de 9.55, 12 del sexo femenino (60%) y 8 (40%) varones . Todos los niños 20(100%) residentes del DF. Predominó la familia nuclear en 14 casos (70%), madre soltera 3 (15%), fragmentadas 2(10%) y reconstituidas 1 (5%).

En los controles se encontraron los siguientes datos al aplicar la Historia Clínica psiquiátrica:

Antecedentes pre y perinatales.

Embarazo sin problemas 15 (75%), amenaza de aborto no se presento y amenaza de prematuro 5 (25%).

Parto eutócico en 14 (70%), cesárea 3 (15%), prematuro 3 (15%).

Sufrimiento fetal no se presentó, hipoxia neonatal no se presentó.

Antecedentes escolares:

Ha reprobado años escolares 1 (5%), problemas de conducta 3 (15%), ha reprobado materias 1 (5%), problemas de socialización 5 (25%), rendimiento escolar bueno 14 (70%), regular 4 (20%) y deficiente 2 (10%).

En los controles se encontraron los siguientes síntomas psiquiátricos al aplicar la Encuesta de tamizaje:

Problemas de pronunciación 3 (15%)
problemas para dormir 2 (10%)
El robo 1 (5%)
Nervioso 4 (20%)
Problemas de aprendizaje 4 (20%)
Se aísla 4 (20%)
Enuresis 1 (5%)
Muy apegado a los adultos 3 (15%)
Inquieto 2 (10%)
Distraído 4 (20%)
Irritable 4 (20%)
Deprimido 3 (15%)
Pesadillas 1 (5%)
Bajo peso 1 (5%)
Sobrepeso 3 (15%)
No obedece 3 (15%)
Miente 2 (10%)
No trabaja en la escuela 3 (15%)
Impulsivo 6 (30%)
Se junta con amigos problemáticos 2 (10%).

Los ítems cefalea, se fuga de casa miedo a la escuela, se droga y dolores físicos no se presentaron.

En los controles se encontraron los siguientes síntomas psiquiátricos al aplicar la Encuesta de CBCL:

Actúa menor a su edad 3 (15%)
Discute 6 (30%)
No terminan sus actividades 5 (25%)
No disfruta 5 (25%)
Es orgulloso 2 (10%)
Inatención 7 (35%)
Inquieto 3 (15%)
Apegado 6 (30%)
Se queja de soledad 5 (25%)

Confuso 4 (20%)
Llora 4 (20%)
Abusador 2 (10%)
Fantasía 6 (30%)
Autoagresión 1 (5%)
Requiere atención 5 (25%)
Destruye sus cosas 2 (10%)
Destruye cosas de otros 1 (5%)
Desobedece 5 (25%)
No come bien 3 (15%)
Asocial 7 (35%),
Sin culpa 4 (20%)
Celoso 8 (40%)
Rompe reglas 6 (30%)
Fobias 2 (10%),
Miedo a ir a la escuela 1 (5%)
Presenta malas ideas 2 (10%)
Intenta ser perfecto 9 (45%)
No se siente amado 6 (30%)
Cree que lo quieren perjudicar 6 (30%)
Se siente inferior 4 (20%)
Se lastima 1 (5%)
Se pelea 5 (25%)
Se molesta con facilidad 8 (40%)
Anda con malas compañías 5 (25%)
Impulsivo 6 (30%)
Se aísla 7 (35%)
Miente 3 (15%)
Se come las uñas 3 (15%)
Nervioso 8 (40%)
Tics 1 (5%)
Pesadillas 2 (10%)
No cae bien 7 (35%)
Ansioso 1 (5%)
Mareado no se presentó
Culpable 2 (10%)
Come mucho 4 (20%)
Se cansa 1 (5%)
Obesidad 4 (20%)
Problemas en los ojos 1(5%)

Urticaria 1 (5%)
Ataca físicamente 7 (35%)
No trabaja en la escuela 5 (25%)
Torpe 3 (15%)
Juega con niños mayores 4 (20%)
Juega con menores 1 (5%)
Se rehúsa a hablar 3 (15%)
Es obsesivo 1 (5%)
Grita mucho 5 (25%)
Es reservado 5 (25%)
Se avergüenza con facilidad 1 (5%)
Ser chistoso 3 (15%)
Tímido 5 (25%)
Duerme menos 1(5%)
Duerme mas 5 (25%)
Se distrae 7 (35%)
Problemas de pronunciación 3 (15%)
Conducta rara 2n(10%)
Ideas raras 1 (5%)
Necio 6 (30%)
Labilidad emocional 9 (45%)
Protesta mucho 8 (40%)
Receloso 5 (25%)
Dice groserías 4 (20%)
Ideas suicidas 1n(5%)
Sonambulismo 1 (5%)
Habla mucho 6 (30%)
Molesta a los demás 4 (20%)
Berrinchudo 9 (45%)
Ideas sexuales frecuentes 1 (5%)
Amenaza 3(15%)
No duerme bien 2 (10%)
Sin energía 2 (10%)
No es feliz 4 (20%)
Es ruidoso 4 (20%)
Se orina en el día sin avisar 1 (5%)
Se queja mucho 3 (15%)
Quiere ser del sexo contrario 1 (5%)
Retraído 1 (5%)
Se preocupa demasiado 1 (5%).

Los ítems de encopresis, ideas obsesivas, crueldad con animales, alucinaciones visuales y auditivas, estreñido, dolor en el cuerpo y cabeza, náuseas, vómito, cólicos, picarse la nariz con los dedos, masturbación excesiva, enciende fuego, se escapa, problemas sexuales, roba, almacena cosas innecesarias, se chupa el dedo, se va de pinta, usa droga, hace actos de vandalismo y enuresis no se presentaron.

ANÁLISIS COMPARATIVO.

Al comparar el grupo de niños con epilepsia vs los niños controles, en la encuesta de tamizaje, se encontraron diferencias significativas en los siguientes síntomas psiquiátricos:

problemas de aprendizaje (.0001), muy apegado a los adultos (.0001), nervioso (.0001), distraído (.006), se aísla (.006), Problemas de pronunciación (.011), irritable (.032), no obedece (.042), inquieto (.028), cefalea (.037) y enuresis (.039). Todos con mayor frecuencia para el grupo muestra. (Tabla 1).

Al comparar las respuestas de ambos grupos en la encuesta de CBCL, se encontraron diferencias significativas en los siguientes reactivos:

En los pacientes con epilepsia se observó una mayor frecuencia en los picarse la nariz frecuentemente (.0001), ser inquieto (.003), Problemas de atención (.004), ser demasiado apegado a los adultos (.004), flojo para trabajo escolar (.004), masturbación frecuente (.004), actitud menor a la de su edad (.008), rompe reglas (.11), retraimiento (.018), lenguaje coprolálico (.018), timidez (.025), distractibilidad (.027), torpeza (.03).

En los ítems; no se siente amado (.037) y cree que lo quieren perjudicar (.037), también se presentaron diferencias significativas, pero en estos elementos la frecuencia fue mayor para el grupo control. Tabla 2.

Al comparar los datos de la Historia Clínica de ambos grupos, se encontraron diferencias significativas en los siguientes antecedentes pre y perinatales:

Sufrimiento fetal (.0001) e hipoxia neonatal (.002), estuvieron presentes en los casos, no así en los controles.

En cuanto a antecedentes escolares, los niños del grupo muestra tuvieron mas años reprobados (.001), materias reprobadas (.001), problemas de socialización (.011) y bajo rendimiento escolar (.0001).

A la comparación intragrupo de los niños con epilepsia, los pacientes con epilepsia generalizada presentaron con mayor frecuencia respuestas afirmativas en los siguientes ítems del CBCL:

Comerse las uñas (.032), presencia de nauseas (.042) y ser tímido (.035).

Al comparar las respuestas de la entrevista de tamizaje y CBCL en función del tratamiento anticonvulsivante con politerapia o monoterapia se encontraron diferencias significativas en los siguientes ítems: Nervioso (.035), aislado (.002), apegado (.035), problemas de socialización (.035), reprobado año (.028) y ser retraído (.007), con mayor frecuencia de presentación en todos los casos para los pacientes que recibían politerapia.

15. DISCUSIÓN

Predominó el sexo femenino contrario a lo que reporta la literatura donde la relación es 1 a 1, o con predominio ligero del sexo masculino. (Rubio 1996, Reynolds 1981, Wyllie 2001).

Los problemas de aprendizaje fueron los síntomas más frecuentes en el grupo de niños con diagnóstico de epilepsia, lo que concuerda con la literatura (Chevalier 2001, Dunn 1999, Mc Allister 1992, Kokkonen 1997).

Se encontraron presentes también problemas de pronunciación, inatención, torpeza motriz, distractibilidad y negativismo para trabajar en la escuela, síntomas que explican las dificultades académicas en este grupo de pacientes con epilepsia.

También se detectaron dificultades de socialización, tales como; ser aislados, apegados a los adultos, tímido, que juntos con los síntomas conductuales como ser irritable, no obedecer, romper reglas y decir groserías complican una adecuada interacción con su medio (Rubio 1996, Rubio 2001), pero que en su conjunto no sugieren que exista una personalidad particular para estos niños (Chevalier 2001, Rubio 1996, Reynolds 1981, Rubio 2002, Wyllie 2001, Galiano 1997, Mc Allister 1992, Devinsky 2003).

Acorde a lo que reporta la literatura se en los niños epilépticos se encontraron con mayor frecuencia síntomas de ansiedad como estar nervioso y presentar cefalea (Chevalier 2001, Wyllie 2001, Kanner 2003, Reynolds 1981).

Otros síntomas reportados en la muestra de pacientes con epilepsia fueron la masturbación excesiva y el lesionarse frecuentemente la nariz con el dedo, lo que sugiere conductas motoras de tipo automático mas que una conducta libidinal específica, llama la atención que en la literatura se reporta hiposexualidad en estos pacientes asociado al uso de los medicamentos anticomiciales, contrario a lo observado en ésta muestra (Chevalier 2001, Wyllie 2001).

No se encontró una frecuencia significativa de problemas para dormir, depresión, agresividad o síntomas psicóticos, como describen otros autores (Chevalier 2001, Rubio 1996, Rubio 2002, Wyllie 2001, Devinsky 2003, Reynolds 1981).

Los niños con diagnóstico de epilepsia presentaron una frecuencia mucho mayor de síntomas psiquiátricos tanto por encuesta de tamizaje como por CBCL.

En encuesta de tamizaje, se encontró una diferencia significativa en 13 de los 27 reactivos que constituyen la escala. Mientras que en la entrevista con CBCL, de 116 reactivos, se apreciaron diferencias significativas, en 15 reactivos con una mayor frecuencia para el grupo de niños epilépticos y en 2 reactivos con una mayor frecuencia en niños controles.

El sufrimiento fetal, la hipoxia neonatal, reprobación años y materias, problemas de socialización y mal rendimiento escolar se presentaron más frecuente y significativamente en niños con epilepsia en comparación con los niños control (Chevalier 2001, Fera 1997, Rubio 1996, Rubio 2002).

No se encontraron diferencias significativas al comparar epilepsia, parcial y generalizada; salvo en 3 factores; comerse las uñas, presentar náuseas y ser tímidos con mayor frecuencia por parte de las generalizadas.

Entre los dos tipos de tratamiento, la monoterapia y politerapia, la segunda presentó más síntomas como ser nervioso, aislado, dependiente, con problemas de socialización, retraído y reprobación año escolar (Chevalier 2001, Wyllie 2001).

16. CONCLUSIONES

Existe una mayor frecuencia de sintomatología psiquiátrica en el grupo de niños con epilepsia en comparación con niños sanos,

Los síntomas presentados por el grupo de niños epilépticos orientan hacia problemas de aprendizaje, socialización, conductuales y ansiedad.

La epilepsia de tipo generalizado fue mas frecuente y este subgrupo de pacientes presentó mayor frecuencia de síntomas psiquiátricos.

El uso de politerapia, se asoció con una mayor presencia de síntomas psiquiátricos.

A mayor número de crisis mayor presencia de sintomatología psiquiátrica en niño con epilepsia.

Se sugiere para próximos estudios ampliar el tamaño de muestra a fin de realizar cálculo de prevalencia en nuestra población

BIBLIOGRAFÍA

1. Borro Clough Brian. SUICIDE CLINICAL AN EPIDEMIOLOGICAL STUDIES. Ed. Oxford, EU 1983, Cap. 3, pp. 47-59.
2. Caplan, Rochelle et all. "FORMAL THOUGHT DISORDER AND PSICHOPTOLOGY IN PEDIATRIC PRIMARY GENERALIZED AN COMPLEX PARTIAL EPILEPSY". J. AM. ACAD. CHILD. ADOLESC. PSYCHIATRY. Vol. 36:9, Sep. 1997. Pp. 1286-1294.
3. Caraveo-Anduaga, Jorge Javier, et all."SÍNTOMAS, PERCEPCIÓN Y DEMANDA DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE MÉXICO".Salud Pública de México. Vol. 44 No. 6. Nov.-Dic. 2002. Pp. 492-498.
4. Cassem, Ned H. et all. MANUAL DE PSIQUIATRÍA EN HOSPITALES GENERALES. Ed. Harcourt Brace. 4a. Edición. Massachusetts General Hospital 1998.
5. Chevalier, J. F. et all. "TRASTORNOS PSÍQUICOS DE LA EPILEPSIA". Ed. Enciclopedia Médico-Chirurgical. Caps. E37-219-N10, N20.
6. Derek, Ott, et all. "MEASURES OF PSYCHOPATHOLOGY IN CHILDREN WHIT COMPLEX PARTIAL SEIZURES AND PRIMARY GENERALIZED EPILEPSY WHIT ABSENCEJ". AM. ACAD. CHILD. ADOLESC. PSYCHIATRY. Vol. 40:8, Ag. 2001. pp. 907-914.
7. Devinsky Orrin et all. "PSYCHIATRIC COMORBIDITY IN PATIENTS WITH EPILEPSY: IMPLICATIONS FOR DIAGNOSIS AND TREATMENT". Epilepsy And Behavior Vol. 4, Dic. 2003. pp. S2-S10.
8. Dunn, David W. et all. "BEHAVIORAL ISSUES IN PEDIATRIC EPILEPSY". Neurology, No. 53 (Sup. 2), Sep.1999. pp. 96-100.
9. Dunn, David W. et all. "SYMPTOMS OF DEPRESSION IN ADOLESCENTS WITH EPILEPSYJ". AM. ACAD. CHILD. ADOLESC. PSYCHIATRY. Vol. 38:9, Sep.1999. pp.1132-1137.
10. Ey, Henry. TRATADO DE PSIQUIATRÍA. Ed. Masson. 8a. Edición. Francia 1978.
11. Feria, Velasco Alfredo et all. EPILEPSIA. Ed. INNN. México,1997.

12. Galiano, Ramírez Ma. de la C. et all. TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EPILÉPTICOS. Hospital Psiquiátrico Habana. Vol. XXXVIII. Jul-Dic. 1997. pp. 167-171.
13. Gelise, Phillippe et all. "S SCHIZOPHENIA A RISK FACTOR FOR EPILEPSY OR ACUTE SYMPTOMATIC SEIZURES?". *Epilepsy*, Vol. 40, No. 11, Año 1999. pp. 1566-1571.
14. Guilliam Frank et all. "PSYCHIATRIC COMORBIDITY HEALTH AND FUNCTION IN EPILEPSY". *Epilepsy and Behavior*, Vol. 4, Dic. 2003. pp. S26-S30.
15. Kanner, Andres M. "DEPRESSION IN EPILEPSY: A FREQUENTLY NEGLECTED MULTIFACETED DISORDER". *Epilepsy and Behavior*. Vol 4, Dic. 2003. pp. S11-S19.
16. Kaplan, Harold I. SINOPSIS DE PSIQUIATRÍA. Ed. Médica Panamericana. 8a. Edición. España, 1999.
17. Kokkonen, Eeva-Riitta, et all. "DO NEUROLOGICAL DISORDERS IN CHILDHOOD POSE A RISK FOR MENTAL HEALTH IN YOUNG ADULTHOOD?". *Developmental Medicina and Child Neurology*, Vol. 40. 1998. pp. 364-368.
18. Kokkonen, Jorma, et all. "PSYCHOSOCIAL OUTCOME OF YOUNG ADULTS WITH EPILEPSY IN CHILDHOOD" *Neurology Neurosurg Psychiatry*, Vol.62. 1997. pp. 265-268.
19. McAllister, Thomas W. "NEUROPSYCHIATRIC SEQUELAE OF HEAD INJURIES". *Psychiatric Clinics of North America*. Vol. 15:2, 1997. pp. 395-413.
20. Navarro Carpentieri Erika, et all. CRISIS PARCIALES COMPLEJAS DEL LÓBULO TEMPORAL. ASPECTOS NEUROLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS. *Revista Salud Mental*. Vol. 12:4, Dic. 1989. pp. 39-45.
21. Panayiotopoulos, C. P. ELEMENTARY VISUAL HALLUCINATIONS IN MIGRAINE AND EPILEPSY. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, Vol. 54. 1994. pp. 1371-1374.
22. Ramsey, Bonnie J. "FRONTAL LOBE EPILEPSY PRESENTING AS A PSYCHOTIC DISORDER WITH DELUSIONS AND HALLUCINATIONS: A CASE STUDY". *CNS Spectrums*. Vol.IV:9, Sep.1999. pp. 64-82.
23. Reynolds, E. H. EPILEPSY AND PSYCHIATRY. Ed. Oxford, 1ª ed, EU 1981.
24. Rubio, Donnadieu Francisco. COMPENDIO DE EPILEPSIA. Ed. Programa Prioritario de Epilepsia. México, 1996.

25. Rubio, Donnadiou Francisco. SISTEMA DE ACTUALIZACIÓN MÉDICA EN EPILEPSIA. Ed. Intersistemas, Libro 1. México, 2002.

26. Ruiz-García, Matilde et all. "CLINICAL ETIOLOGICAL AND THERAPEUTIC PROFILE OF 719 MEXICAN EPILEPTIC CHILDREN". Childs News System, 2002,18:593-598.

27. Steffenburg, Suzanne et all. "PSYCHIATRIC DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH MENTAL RETARDATION AND ACTIVE EPILEPSY". ARCH Neurology Vol. 53, Sep. 1996. pp. 904-912.

28. Wylle Elaine. THE TREATMENT OF EPILEPSY: PRINCIPLES & PRACTICE. Ed. Lippincott Williams & Wilkins, caps. 10, 11, 17 y 89; E U 2001.

Anexos

Tabla 1

SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS MAS FRECUENTES POR ENCUESTA DE TAMIZAJE COTROLE

SÍNTOMAS	CASOS		S		P	df
	N	%	n	%		
Problemas de aprendizaje	19	95	4	20	0.0001	3
Dependiente	15	75	3	15	0.0001	2
Nervioso	13	65	4	20	0.001	2
Distraído	11	55	4	20	0.006	2
Aisla	11	55	4	20	0.006	2
Problemas de pronunciación	10	50	3	15	0.011	3
Irritabilidad	10	50	4	20	0.032	3
No obedece	9	45	3	15	0.042	2
Inquieto	8	40	2	10	0.028	1
Cefalea	7	35	0	0	0.037	3
Enuresis	5	25	1	5	0.039	2

TABLA 2

SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS MAS FRECUENTES POR ENCUESTA DE CBCL

SÍNTOMAS	CASOS		COTROLES		p	df
	n	%	n	%		
Dedos en la narz frecuentemente	10	50	0	0	0.0001	1
Inquieto	12	60	3	15	0.003	1
Inatención	16	80	7	35	0.004	1
Apegado	15	75	6	30	0.004	1
No trabaja en la escuela	14	70	5	25	0.004	1
Se masturba demasiado	7	35	0	0	0.004	1
Actua menor a su edad	11	55	3	15	0.008	1
Dolor de cabeza	6	30	0	0	0.008	1
Rompe reglas	14	70	6	30	0.011	1
Es retraído	7	35	1	5	0.018	1
Dice groserías	10	50	4	20	0.018	1
Tímido	12	60	5	25	0.025	1
Se distrae	14	70	7	35	0.027	1
Torpeza motriz	9	45	3	15	0.03	1
Siente que la quieren perjudicar	1	5	6	30	0.037	1
Siente que no la aman	1	5	6	30	0.037	1

LISTADO DE SÍNTOMAS DEL NIÑO

A continuación hay un listado de síntomas o conductas que el niño o adolescente puede o no presentar, por favor pregunte por la existencia de cada una de ellas. Además mencione si el niño o adolescente se ha comportado así en los últimos 12 meses o alguna de las conductas esta presente desde hace más de un año.

Considera usted que su hijo (a);	SI, EN LOS ULTIMOS 6 MESES.	SI, EN EL ULTIMO AÑO.	SI; HACE MAS DEL AÑO, MENCIONE LA EDAD.	NO PRESENTA EL SINTOMA
a. ¿Su lenguaje es anormal (retardado, incomprensible, tartamudo)?				
b. ¿Tiene problemas para dormir?				
c. ¿Tiene dolores de cabeza frecuente?				
d. ¿Se fuga de la casa?				
e. ¿Roba dinero o cosas de la casa o fuera del hogar?				
f. ¿Es muy nervioso (a) o miedoso (a) sin haber una buena razón?				
g. ¿Es lento para aprender en comparación con otros niños o jóvenes?				
h. ¿Se aísla y casi nunca juega con otros niños (as)?				
i. ¿Se orina en cama en la noche?				
j. ¿Es demasiado dependiente o apegado a los adultos?				
k. ¿Le da miedo ir a la escuela?				
l. ¿No se puede estar quieto (a) en su asiento y siempre se esta moviendo?				
m. ¿No termina lo que empieza, es muy distraído (a)?				
n. ¿Muchas veces esta de mal humor, es irritable y geniuado (a)?				
ñ. ¿Muchas veces se le ve triste, infeliz o deprimido (a)?				
o. ¿Se queja de dolores o molestias físicas sin que haya un problema médico?				
p. ¿Tiene pesadillas con frecuencia?				
q. ¿Tiene bajo peso porque rechaza la comida?				
r. ¿Come demasiado y tiene sobre peso?				
s. ¿Es muy desobediente y pelionero (a)?				
t. ¿Dice muchas mentiras?				
u. ¿Se niega a trabajar en la escuela?				
v. ¿Es muy explosivo (a), pierde el control con facilidad?				
w. ¿Ha padecido de ataques (convulsiones) o caídas al piso sin razón?				
x. ¿Se queda mirando al vacío, se queda en Babia?				
y. ¿Se junta con niños / muchachos (as) que se meten en problemas?				
z. ¿Toma alcohol o usa drogas?				

Favor llene esta forma reflejando su punto de vista de la conducta del niño, incluso si otras personas cercanas serían no estar de acuerdo con usted. Siéntese libre de anotar cualquier comentario al margen y en los espacios disponibles en la página

Nombre del Niño(a) _____		Empleo usual de los padres, incluso si se encuentran actualmente desempleados (por favor sea lo más específico posible, ej. Arquitecto, vendedor de zapatos, ayudante de obra, sargento del ejército) _____	
Sexo del Niño(a) _____ 2.F	Edad del Niño(a) _____	Trabajo del padre _____ Trabajo de la madre _____	
Fecha de hoy _____	Fecha de Nacimiento _____	Esta hoja fue llenada por: <input type="checkbox"/> Madre (Nombre) _____ <input type="checkbox"/> Padre (Nombre) _____ <input type="checkbox"/> Otro (Nombre y relación con el niño) _____	
Día _____ Año _____	Mes _____ Día _____ Año _____		
Nivel de escolar _____	No asiste a la escuela <input type="checkbox"/> ¿Por qué? _____		

Note los deportes que más gusta practicar a su hijo. Ej. Fútbol, natación, pesca. Andar en bicicleta, patinar, etc.

Comparado con otros niños de la misma edad que tanto tiempo pasa en cada uno

Comparado con otros niños de la misma edad que tan bueno es en cada uno de ellos.

ninguno	No se	Menos que la mayoría	Igual que la mayoría	Más que la mayoría	No se	Menos que la mayoría	Igual que la mayoría	Más que la mayoría
_____	<input type="checkbox"/>							
_____	<input type="checkbox"/>							
_____	<input type="checkbox"/>							

Note las aficiones, actividades o juegos que más le gustan a su hijo. Ej. Cantar, leer, modelismo, tocar guitarra, etc. (NO incluye escuchar radio o ver la TV)

Comparado con otros niños de la misma edad que tanto tiempo pasa en cada uno

Comparado con otros niños de la misma edad que tan bueno es en cada uno de ellos.

ninguno	No se	Menos que la mayoría	Igual que la mayoría	Más que la mayoría	No se	Menos que la mayoría	Igual que la mayoría	Más que la mayoría
_____	<input type="checkbox"/>							
_____	<input type="checkbox"/>							
_____	<input type="checkbox"/>							

Note los clubes, asociaciones, equipos o grupos a los que su hijo pertenece (Incluir los de la escuela o los informales)

Comparado con otros niños de la misma edad que tan activo es en cada uno

ninguno	No se	Menos que la mayoría	Igual que la mayoría	Más que la mayoría
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note cualquier trabajo o tarea que su hijo tenga. Ej. Cargador en una tienda, cerillo, tender su cama, lavar su ropa, vender dulces. Incluye tanto los trabajos pagados como los no pagados)

Comparado con otros niños de la misma edad que tan bien los hace él.

ninguno	No se	Menos que la mayoría	Igual que la mayoría	Más que la mayoría
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cómo cuantos amigos tiene su hijo? (No incluye hermanos) Ninguno 1 2 o 3 4 o mas

¿Cómo cuantas veces a la semana hace cosas con sus amigos fuera de la hora de clases? Menos de 1 1 o 2 3 o mas

Comparado con otros niños de su edad que tan bien su hijo.....
Peor Como la mayoría Mejor No tiene
¿Le lleva con sus hermanos y hermanas?
¿Le lleva con otros niños?
¿Se comporta con sus padres?
¿Juega y trabaja por si mismo?

Para niños de 6 años y mayores - Desempeño en actividades académicas.

Si el niño no ha iniciado escolaridad por favor anote el motivo: _____

	Reprobado	Abejo del promedio	Promedio	Arriba del promedio
a. Español, lectura o escritura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ciencias sociales o historia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Matemáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ciencias naturales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

as materias
computación,
os idiomas,
NO incluye
nasia.

¿Acude su hijo a clases especiales o escuela especial No Si - ¿Qué tipo de clase o escuela?

¿Ha reprobado algún año No Si - Año y razón

¿Tiene su hijo algún problema académico o de otro tipo en la escuela? No Si - Por favor describalo

¿Cuándo inicio el problema? ¿Ha terminado el problema? No Si - Cuando?

¿Tiene su hijo cualquier tipo de enfermedad, problema físico o trastorno mental? No Si - Por favor describalo

¿Qué le preocupa mas acerca de su hijo?

Por favor describa las mejoras cosas que tiene su hijo:

CONTINUACIÓN HAY UNA LISTA DE PUNTOS QUE DESCRIBEN A SU HIJO. POR CADA UNO QUE DESCRIBA A SU HIJO AHORA O DENTRO DE LOS DOS ÚLTIMOS MESES TRACE UN CÍRCULO ALREDEDOR DEL 2 SI ES MUY CIERTO O SIEMPRE CIERTO, ALREDEDOR DEL 1 SI ES OCASIONALMENTE O PARCIALMENTE CIERTO Y ALREDEDOR DEL 0 SI NO ES CIERTO O NO ES APLICABLE A SU HIJO. POR FAVOR CONTESTE TODOS LOS PUNTOS INCLUSO SI PARECE QUE ESTE NO APLICA A SU HIJO.

- | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|
| 2 | 1-Actúa como si fuera mucho menor de lo que él/ella es | 0 | 1 | 2 | 31-Miedo a hacer o pensar algo malo |
| 2 | 2-Consuma alcohol o bebidas embriagantes | 0 | 1 | 2 | 32-Siente que debe ser perfecto |
| 2 | 3-Discute mucho | 0 | 1 | 2 | 33-Siente o se queja de que nadie lo quiere |
| 2 | 4-No termina las actividades que inicia | 0 | 1 | 2 | 34-Siente que otros lo quieren perjudicar o fastidiar y esto no es cierto |
| 2 | 5-No parece disfrutar las cosas que hace | 0 | 1 | 2 | 35-Se siente despreciable o inferior, que no vale nada |
| 2 | 6-Defeca (se hace popó) encima o en otro lugar fuera del baño | 0 | 1 | 2 | 36-Se lastima mucho, tiende a tener accidentes |
| 2 | 7-Jactancioso, presumido, orgulloso | 0 | 1 | 2 | 37-Se mete en muchas peleas |
| 2 | 8-No puede concentrarse, no pone atención por mucho tiempo | 0 | 1 | 2 | 38-Fácilmente se molesta, lo embroman mucho |
| 2 | 9-No puede quitarse de la mente ciertos pensamientos; está obsesionado (describa) _____ | 0 | 1 | 2 | 39-Se reúne con niños que se meten en problemas, tiene malas compañías |
| 2 | 10- No puede permanecer sentado, es incansable o hiperactivo | 0 | 1 | 2 | 40-Escucha voces o sonidos que no existen (describa) _____ |
| 2 | 11-Es demasiado dependiente o apegado a los adultos | 0 | 1 | 2 | 41-Es impulsivo, actúa sin pensar |
| 2 | 12-Se queja de soledad, se siente solo | 0 | 1 | 2 | 42- Parece preferir estar solo más que con otros |
| 2 | 13-Confuso, como en las nubes | 0 | 1 | 2 | 43- Miente o engaña |
| 2 | 14-Llora mucho | 0 | 1 | 2 | 44-Se come las uñas |
| 2 | 15-Es cruel con los animales | 0 | 1 | 2 | 45- Es nervioso, se ve tenso |
| 2 | 16-Es abusador, cruel o amenaza a otros | 0 | 1 | 2 | 46- Tiene movimientos nerviosos, tics (describa) _____ |
| 2 | 17- Sueña despierto o se pierde en sus pensamientos | 0 | 1 | 2 | 47-Le dan pesadillas |
| 2 | 18-Se ha hecho daño a sí mismo a propósito o a tratado de suicidarse | 0 | 1 | 2 | 48-No le simpatiza a otros niños, no cae bien |
| 2 | 19-Requiere mucha atención | 0 | 1 | 2 | 49-Padece de estreñimiento |
| 2 | 20-Destruye sus cosas | 0 | 1 | 2 | 50-Es demasiado temeroso o ansioso |
| 2 | 21-Destruye las cosas de los demás | 0 | 1 | 2 | 51-Se siente mareado |
| 2 | 22-Desobedece en la casa | 0 | 1 | 2 | 52-Se siente demasiado culpable |
| 2 | 23-Es desobediente en la escuela | 0 | 1 | 2 | 53-Come demasiado |
| 2 | 24-No come bien | 0 | 1 | 2 | 54-Se cansa demasiado |
| 2 | 25-No se lleva bien con otros niños de su edad | 0 | 1 | 2 | 55-Sobrepeso, está gordo, obeso |
| 2 | 26-No parece sentirse culpable después de portarse mal | 0 | 1 | 2 | 56- Problemas físicos <u>SIN</u> causa médica conocida |
| 2 | 27-Fácilmente se pone celoso | 0 | 1 | 2 | a) Dolores en el cuerpo |
| 2 | 28-Rompe fácilmente las reglas, le cuesta trabajo mantenerse en los límites disciplinarios | 0 | 1 | 2 | b) Dolores de cabeza |
| 2 | 29-Le teme a ciertos animales, situaciones o lugares que no sean la escuela (describa) _____ | 0 | 1 | 2 | c) Náuseas, ganas de vomitar, se siente mal |
| 2 | 30-Miedo a ir a la escuela | 0 | 1 | 2 | d) problemas con sus ojos (describa) _____ |
| | | 0 | 1 | 2 | e) Urticaria o ronchas en la piel |
| | | 0 | 1 | 2 | f) Dolores de estómago, retortijones |
| | | 0 | 1 | 2 | g) Vómito |
| | | 0 | 1 | 2 | h) Otros (describa) _____ |

HISTORIA CLINICA ABREVIADA

Fecha de entrevista _____

Ficha de identificación.

Nombre _____

Edad _____

Sexo _____

Fecha de nacimiento _____

Escolaridad _____

Origen _____

Residencia: Urbana () Suburbana () Rural ()

Ambiente familiar:

Tipo de familia: Nuclear () Fragmentada () Reconstituida () Madre soltera ()

No de hijo _____

No de hermanos _____

Padre: Vivo si () no ()

Vive con ellos si () no ()

Edad _____

Ocupación _____

Madre: Viva si () no ()

Vive con ellos si () no ()

Edad _____

Ocupación _____

Motivo de consulta (Lo referido por el pediatra en la hoja de canalización) :

Problemas médicos actuales:

Antecedentes personales patológicos:

Padecimiento actual :

Tiempo de evolución _____

Enliste los principales signos y síntomas presentados:

Antecedentes pre y perinatales :

(tachar solo los reactivos positivos)

Embarazo:

- Descado () No deseado ()
- Amenaza de aborto ()
- Amenaza de parto prematuro ()
- Preeclampsia ()

Parto:

- Edad materna ()
- Producto de término () Prematuro ()
- Duración de trabajo de parto ()
- Eutócico () Fórceps () Cesarea ()
- Sufrimiento fetal agudo ()
- Hipoxia perinatal ()

Alimentación:

- Materna () Artificial () Combinada ()
- "falta de leche" ()
- edad al destete () regurgitación frecuente () cólicos ()
- rechazo al alimento ()

Historia del desarrollo :

Lenguaje (edades):

- bisílabos _____ meses
- frases completas _____ meses
- problemas de pronunciación si () no ()

Estrés psicosocial conocido:

Tache si a lo largo del desarrollo se ha presentado algún estresor psicosocial de importancia

- accidentes ()
- maltrato físico ()
- abuso sexual ()
- muerte de cuidador significativo (padres, abuelos, tíos) ()
- muerte de hermanos ()
- migración de residencia ()
- enfermedad física ()
- hospitalizaciones ()
- separación de cuidadores por más de 15 días ()

Problemática encontrada :

- Problemas de conducta ()
- Problemas de aprendizaje ()
- Problemas alimentarios () tipo _____
- Problemas de eliminación () tipo _____
- Sintomatología afectiva ()
- Ansiedad generalizada ()
- Fobias ()
- angustia de separación ()
- Trastorno por hiperactividad ()
- Posible retraso en el desarrollo ()
- trastorno de sueño ()
- Posible organicidad ()
- maltrato infantil ()

Diagnóstico probable _____

Procedimientos a realizar:

- E:E:G () Evaluación proyectiva () Evaluación neuropsicológica ()
- Conners () Escala de ansiedad ()

Interconsultas: Rehabilitación () Endocrinología () Nutrición ()

Otros servicios :

