

CRISIS NO EPILEPTICAS PSICÓGENAS EN LA INFANCIA (CNEP)



Hospital de Pediatría
Prof. Dr. Juan P. Garrahan

DRA. MARIANA
TREIBEL

DEFINICIÓN

Las **CNEP** son episodios caracterizados por cambios bruscos de la conducta, con alteración de las funciones motoras, sensoriales y/o emocionales que se asemejan a las convulsiones epilépticas pero que **no obedecen a una descarga neuronal anómala.**

Eso no significa que el aparato psíquico no requiera de un sistema nervioso, de un cerebro. Pero no podemos reducir el aparato psíquico a ese nivel...

Puramente orgánico



CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Las CNEP y las crisis epilépticas pueden presentarse de manera concomitante. Entre un 3,5% a 10% de los pacientes con epilepsia suelen presentar también CNEP.

Es importante su conocimiento por parte de pediatras, neurólogos y psicólogos/psiquiatras para evitar pruebas innecesarias o terapias iatrogénicas.

Las CNEP se encuentran identificadas bajo el título de Trastorno de Conversión.

Conversión → proceso mediante el cual la persona convierte involuntariamente un conflicto emocional en uno o más síntomas que sugieren una enfermedad neurológica. De manera indirecta expresan dichos conflictos y simbólicamente reducen la ansiedad de algo que está en ocasiones fuera de la conciencia.

El paciente **no produce voluntariamente el síntoma, no finge ni busca beneficios externos** → diagnóstico diferencial:

- **simulación**, los síntomas se producen en forma intencional, tienen una causa voluntaria y una motivación consciente para obtener un beneficio secundario.
- **trastorno facticio**, los síntomas son intencionales, siendo la motivación inconsciente.

ETIOLOGÍA. DISTINTOS ENFOQUES PARA UN MISMO PROBLEMA

Los episodios no epilépticos de causa psicogénica se llamaron históricamente:

- crisis histéricas;
- histeroepilepsia;
- pseudocrisis;
- eventos no epilépticos: término propuesto para dejar de usar el de pseudocrisis por su connotación peyorativa que implica para los pacientes comunicarles que tienen una “pseudoenfermedad”.

FREUD

Plantea que el inconsciente es un reservorio de ideas o fantasías muy poderosas, y han sido desalojadas de la conciencia debido a que resultarían **insoportables para el sujeto**.

Pero puede ocurrir que, pese al “esfuerzo de desalojo”, lo que parecía estar solucionado, en realidad **empeora**.

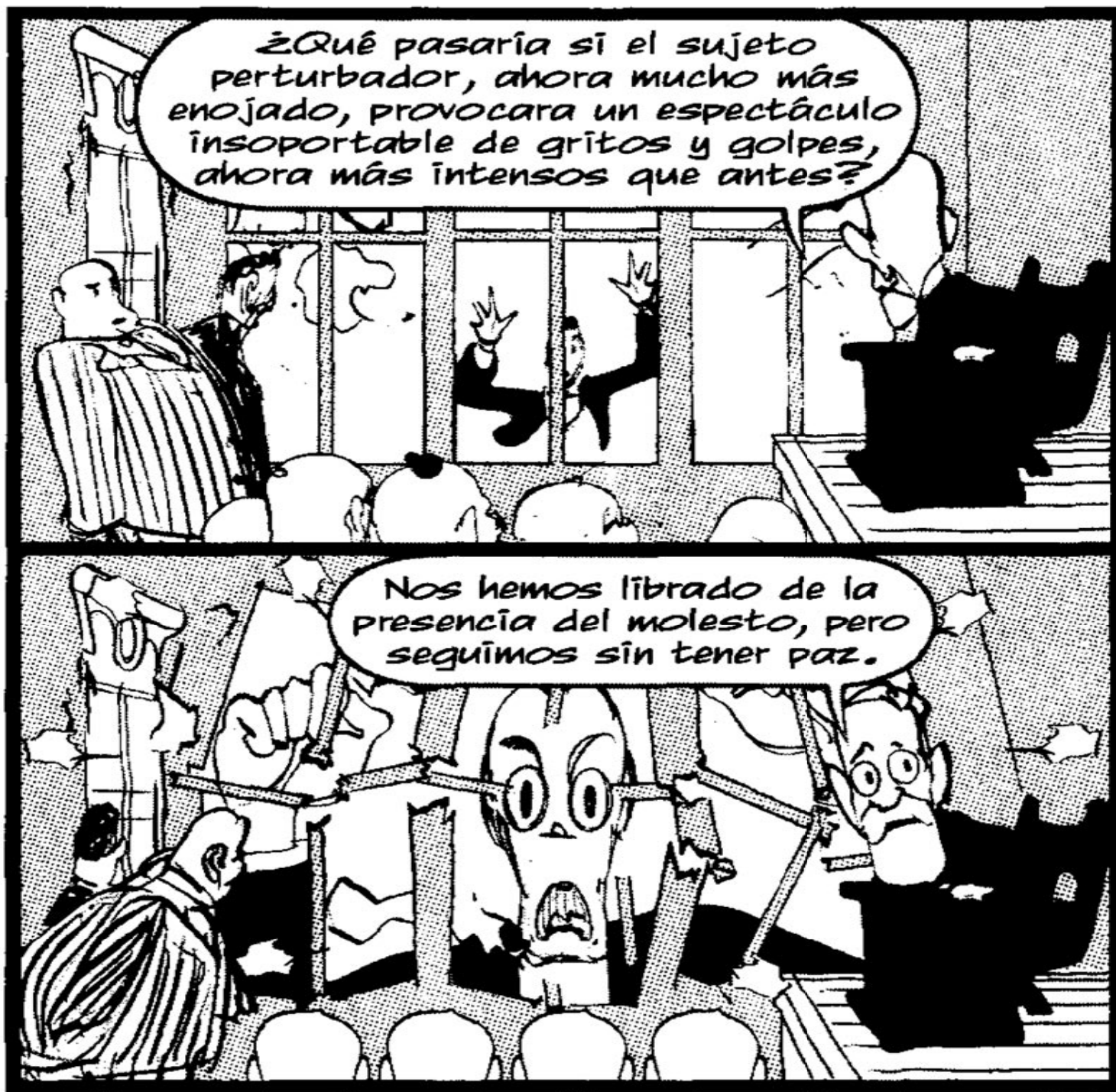
Ha **fracasado** la represión, ya que la idea desalojada continúa siendo molesta para el sujeto, aunque de otra manera. Un pensamiento insoportable se convierte así en un síntoma histérico.

Imaginen que en el auditorio se encuentra alguien que no cesa de molestarme con sus burlas y risas. Y que ante esto, yo declarara que así no puedo seguir con la conferencia...



Supongan que entonces algunos hombres del auditorio, tras forcejeos, expulsaran al molesto afuera. Ahora él estaría desalojado, REPRIMIDO.





Los CNEP llevan impronta de una antigua enfermedad, la histérica que ha desaparecido como tal de los sistemas clasificatorios psiquiátricos actuales.

BOWLBY

Plantea la existencia del **apego inseguro**. Las madres rechazan las señales afectivas de su hijo. El niño inhibe la señal afectiva para reducir el rechazo, aprendiendo que la expresión de afectos es contraproducente.

Los cuidadores se caracterizan por una carencia en la validación de las señales emocionales, no disponibilidad emocional y aversión al contacto corporal cercano.

Los padres que generan esta forma de apego suelen mostrar historias de trauma y de problemas psicológicos, lo que impide atender adecuadamente las necesidades de sus hijos. Se observan **problemas de comunicación y de expresión de emociones** en el grupo familiar de estos pacientes.

¿Y ENTONCES?

Existiría una alta excitación autonómica ante la percepción de un estímulo amenazante con **respuesta disfuncional al estrés y dificultad en el uso de estrategias de afrontamiento emocional.**

Las **experiencias traumáticas serían un importante factor de riesgo.**

Se ha postulado que el abuso físico y/o sexual durante la infancia, y la exposición a eventos traumáticos produciría una cascada de cambios neuroquímicos que conducirían a una desregulación en la capacidad de reaccionar adecuadamente ante factores estresantes y cuya expresión clínica serían los trastornos conversivos (CNEP).

NOSOGRAFÍA

La Conversión se encuentra conceptualizada en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales DSM IV TR dentro de los Trastornos Somatomorfos, que hace hincapié en la presencia de síntomas como dolencias hasta cuadros invalidantes no explicadas por una condición médica o simulación.

El DSM 5 ha re conceptualizado a los Trastornos Somatomorfos en la categoría “**Trastornos de Síntomas Somáticos y Trastornos Relacionados**”. Hace hincapié en presencia de síntomas positivos como alteración funcionamiento global o angustia, mas que en la ausencia de enfermedad.

EPIDEMIOLOGÍA

Subdiagnosticadas

Suelen presentarse en el grupo de niños mayores y adolescentes. Es más raro en los niños pequeños y lactantes.

Se ha estimado una incidencia de 1.4 por 100,000 por año y de 3.4 por 100,000 en el grupo de edad de 15 a 24 años.

Mayor relación mujeres/varones (3:1).

CLÍNICA

No hay signos clínicos patognomónicos que distingan entre una crisis epiléptica y una crisis no epiléptica, pero algunas observaciones clínicas se utilizan para hacer el diagnóstico diferencial:

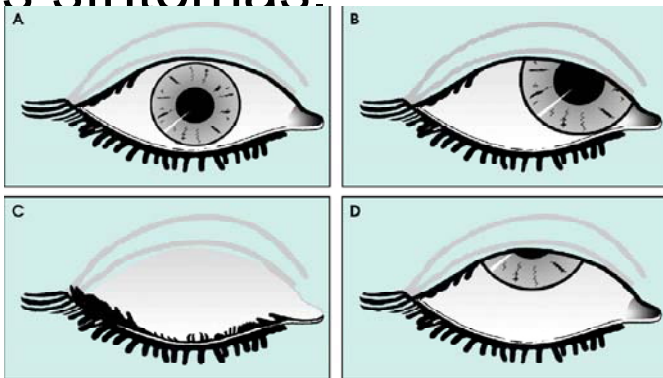
- En las crisis epilépticas es en cualquier edad, a diferencia de las CNEP que se observan de manera común de los 15 a los 35 años de edad.
- Las CNEP predominan en las mujeres en relación de 3:1 con respecto a los varones y en las crisis epilépticas se afecta por igual.
- Los movimientos son asincrónicos, mueven la cabeza de lado a lado, mueven la cadera y pelvis y en ocasiones durante el evento tienden a hacer actividades comunes como rascarse la cara o la cabeza.

CLÍNICA

- Los pacientes con crisis epilépticas tienden a vocalizar en el inicio, sin contenido emocional. En las CNEP las vocalizaciones suelen ser complejas, llantos, gritos, lenguaje vulgar.
- Las CNEP tienden a ser más prolongadas. Pueden durar entre 3 a 10 minutos. Generalmente en presencia de otros, raro por la noche.
- En las CNEP no hay lesiones por caídas, ven el lugar donde van a caer, tienden a asirse de algo o de alguien y tratan al máximo de no golpearse.

CLÍNICA

- Incontinencia de esfínteres. Ocasional en CNEP.
- La conciencia está preservada, no hay confusión postictal. No hay amnesia del episodio.
- En un 10% se observa la “belle indifference”. Preocupación de padres y médicos, aparente falta de preocupación en los pacientes por sus síntomas.



TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS COMÓRBIDOS

Entre el 50 y 80 % de estos pacientes tienen un diagnóstico psiquiátrico subyacente:

- Ansiedad de separación
- Trastorno Depresivo Mayor
- Trastorno de Ansiedad Generalizada
- Trastorno Oposicionista Desafiante
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastornos de la Personalidad (límite)

Existen reportes de crisis de ansiedad y pánico que son confundidas con crisis de epilepsia, por su componente motor (temblor o sacudidas).

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS COMÓRBIDOS

ANSIEDAD DE SEPARACIÓN: angustia al separarse de los padres, preocupación de que algo malo les vaya a ocurrir, no quieren quedarse solos en casa, pendientes de la hora de salida y llegada de los padres, suelen dormir con ellos.

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR: irritabilidad, sentimientos de tristeza, anhedonia, aislamiento social, aumento o disminución del apetito, dificultades para concentrarse, insomnio de conciliación, ideas de muerte o suicidio.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA: preocupación permanente y exagerada por diversas situaciones cotidianas, como las tareas escolares, amigos o las complicaciones derivadas de una futura actividad. Inquietud, dificultad para concentrarse, fatiga, tensión muscular, problemas para conciliar el sueño, irritabilidad y dificultad para jugar sin ser interferidos por dichas preocupaciones.

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS COMÓRBIDOS

TRASTORNO OPPOSITIVO DESAFIANTE: Son chicos que se presentan siempre enfadados, con una actitud desafiante, molestan deliberadamente a los demás, no respetan normas ni autoridad, culpa a los demás por su comportamiento.

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: La persona ha experimentado o presenciado acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás, reexperimentando el acontecimiento traumático (sueños recurrentes y terroríficos, recuerdos intrusivos, flashback o sensación de estar reviviendo el episodio), alteraciones del sueño, dificultad para concentrarse, respuestas exageradas de sobresalto.

DIAGNÓSTICO

Es importante recabar elementos de la historia personal y familiar, funcionamiento de la misma, situaciones traumáticas, presencia de historia familiar de epilepsia.

Las neuroimagenes, evaluaciones de personalidad y test neuropsicológicos no aportan datos diagnósticos.

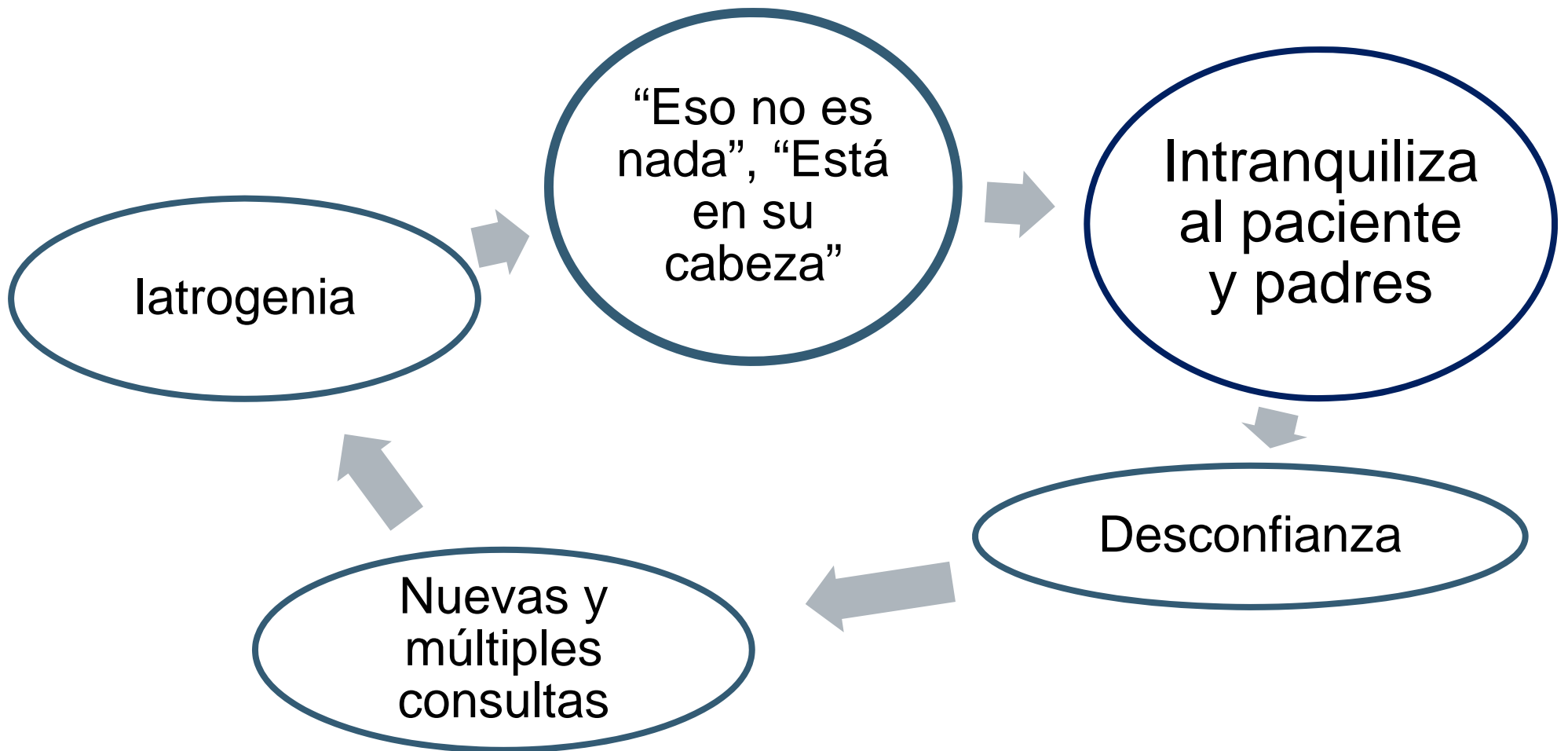
Pero ni la historia ni la observación son determinantes para realizar el diagnóstico.

La realización de **video EEG** permite obtener información objetiva de la actividad eléctrica cerebral durante el evento.

DIFICULTADES EN EL DIAGNÓSTICO

- Muchas veces el diagnóstico de las crisis epilépticas dependen de las observaciones de otras personas, que no están entrenados para notar las diferencias.
- No todos tienen acceso a la vigilancia por video EEG.
- Muchos pacientes reciben medicación antiepiléptica, sin respuesta. Esto podría ayudar en parte a repensar en CNEP.

LO QUE NO DEBEMOS HACER



LO QUE DEBEMOS HACER

- ❖ Evitar información ambigua.
- ❖ Escuchar, mostrar empatía, tranquilizar.
- ❖ Informar que tiene un trastorno con base orgánica desconocida y un componente psicológico que hace que los síntomas se incrementen en situaciones de estrés.
- ❖ Derivación a Salud Mental.

TRATAMIENTO

- ❖ **Enfatizar que esto no implica que el paciente esté loco, ni que finja un padecimiento; es una alteración involuntaria, de la cual es víctima.**
- ❖ Si el paciente tiene epilepsia debe explicarse que presenta dos tipos diferentes de crisis y debe aprender a diferenciarlas.
- ❖ Tratamiento psicológico y farmacológico dependiendo del diagnóstico de eje 1. El tratamiento farmacológico incluye agentes ansiolíticos, antidepresivos y neurolepticos.
- ❖ **La psicoterapia ayuda a reconocer signos tempranos de crisis, identificación de situaciones estresantes y brindar herramientas alternativas para solucionar los problemas.**

CONCLUSIÓN

- ❖ Es importante conocer la existencia de las CNEP y tener en cuenta los diagnósticos psiquiátricos más frecuentemente asociados para su adecuada derivación a Salud Mental.
- ❖ Evitar la exposición innecesaria e inadecuada a métodos diagnósticos y terapéuticos por el potencial efecto iatrogénico que conllevan y por el costo que le genera al paciente.
- ❖ Es crucial el abordaje interdisciplinario.



¡MUCHAS GRACIAS!



Hospital de Pediatría
Prof. Dr. Juan P. Garrahan

DRA. MARIANA
TREIBEL