

GUÍA PARA PACIENTES Y FAMILIARES

Que son las crisis psicogénicas (no epilepticas)?



Definiendo Crisis psicogénicas (No epilépticas)

Una crisis es una pérdida temporal de control, frecuentemente con movimientos anormales, pérdida de la consciencia, o ambas cosas. Las crisis epilepticas son causadas por una descarga eléctrica súbita en el cerebro. Las crisis psicogénicas (no epilepticas) parecen crisis epilepticas pero no son causadas por descargas eléctricas anormales. Están relacionadas al estrés, es decir son "psicológicas" o "emocionales". En ocasiones son llamadas pseudocrisis, pero el término preferido es "Crisis psicogénicas no epilepticas" (CPNE).

**Doctors
of USF Health**

Las CPNE son la condición que con más frecuencia es diagnosticada erróneamente. Las CPNE no son raras. Ocurren con una frecuencia comparable a la de la esclerosis múltiple. En general, 20-30% de los pacientes quienes son referidos a centros de epilepsia por crisis difíciles de tratar son diagnosticados con CPNE en vez de crisis epilepticas.

Su médico puede sospechar CPNE cuando sus crisis tienen características inusuales (ej. tipo de movimientos, duración, factores desencadenantes, frecuencia, etc.) Las CPNE pueden parecer convulsiones generalizadas (similares a convulsiones del "gran mal") con caídas y sacudidas. Menos frecuentemente, pueden simular convulsiones del "petit mal" o convulsiones "parciales complejas" con pérdida temporal de atención, o "mirada perdida."

G. ¿Cómo podemos estar seguros de que este es el diagnóstico correcto?

El electroencefalograma (EEG) de rutina de 20 minutos es generalmente útil en el diagnóstico de epilepsia porque detecta las descargas eléctricas en el cerebro que indican epilepsia. Pero de todos modos, el EEG puede estar normal en pacientes en los cuales está comprobado que tienen epilepsia, así que no puede utilizarse de manera aislada para descartar epilepsia.

La prueba diagnóstica más confiable es el monitoreo con video-EEG, que representa la única manera de estar seguros. Este proceso monitorea a pacientes por varias horas a varios días con una cámara de video y un EEG hasta que ocurra una crisis. Con el análisis del video y del EEG, el diagnóstico puede realizarse con una certeza cercana al 100%, especialmente con neurólogos especializados en epilepsia. Pero esto solo puede ser hecho si los episodios en cuestión ocurren con una frecuencia considerable (semanal o mayor). En ocasiones se pueden usar técnicas que desencadenen crisis durante el monitoreo.

¿Por qué mi otro doctor dijo que yo tenía epilepsia?

La mayoría de los pacientes (alrededor del 80%) con CPNE han sido tratados con drogas antiepilépticas por varios años antes de que se haga el diagnóstico correcto. Esto no significa que los doctores que lo trataron como una epilepsia fueron incompetentes. Aquí está el por qué.

Recuerden que el diagnóstico de las epilepsias se hace con la descripción de los observadores, que puede no prestar atención a detalles importantes. Pocos médicos

Definiendo

Crisis psicogénicas (No epilépticas)

tienen acceso al monitoreo video-EEG, que debe ser realizado por un neurólogo especialista en epilepsia (epileptólogo). Ya que las crisis epilépticas son potencialmente más peligrosas que las CPNE, cuando un médico tiene la duda, tratará la condición más seria. Si las convulsiones continúan a pesar de los medicamentos básicos, entonces el tratamiento debe ser cambiado o el diagnóstico no es de epilepsia. En este punto, los pacientes son referidos a un centro de epilepsia, donde generalmente se hace el diagnóstico.

¿Por qué tuve un EEG anormal?

Como mencionado anteriormente, la mayoría de los pacientes han recibido el diagnóstico de epilepsia antes de llegar al diagnóstico correcto. De manera similar, muchos pacientes han tenido EEG reportados como anormales. Esto sucede porque los neurólogos que no se especializan en EEG o en epilepsia, con frecuencia “leen erróneamente” como anormal lo que un especialista consideraría normal. Esta es una razón por la que el diagnóstico de CPNE debe ser hecho solo por epileptólogos.

Si ha tenido un EEG anormal en el pasado, es importante que obtenga el CD para que le especialista (epileptólogo) pueda revisarlo.

Una proporción pequeña (como solo 10%) de los pacientes con CPNE también tienen epilepsia. Si Ud. tiene ambos tipos, es muy importante que Ud. y su familia aprendan a distinguir entre los 2 tipos.

¿Qué causa las crisis psicogénicas (no epilépticas)?

Las CPNE a diferencia de las crisis epilépticas, no son el resultado de una enfermedad cerebral física. Más bien, son emocionales, inducidas por estrés, y el resultado de experiencias traumáticas psicológicas, a veces del pasado olvidado. Es bien sabido que el estrés emocional o psicológico puede producir reacciones físicas en personas sin enfermedad física. Por ejemplo, todos nos hemos sonrojado cuando nos avergonzamos o puesto nerviosos o ansiosos como parte de una reacción de “miedo.” Hoy en día, también sabemos que el estrés emocional extremo puede en realidad causar síntomas físicos.

Algunas enfermedades físicas pueden ser influenciadas de manera importante por factores psicológicos o emocionales. Estas enfermedades son llama-

das psicósomáticas o enfermedad “mente y cuerpo.” Ejemplos de esto son la angina (dolor de pecho), el asma, y los dolores de cabeza. Se piensa que otras condiciones pueden ser influenciadas por estrés y frecuentemente se asocian con CPNE, incluyendo la fibromialgia, otros síndromes dolorosos, y el síndrome de colon irritable.

Trastornos en los que el estrés emocional causa síntomas que parecen enfermedades físicas son llamados trastornos somatoformes (tomando la forma del cuerpo), y el tipo más común es el trastorno de conversión. De hecho la clasificación oficial psiquiátrica (DSM-IV) tenía una categoría especial llamada “desorden de conversión con crisis convulsivas.” Esta es la categoría en la que caen las CPNE. La terminología ha cambiado con el nuevo DSM-V, pero cualquiera que sea el término, es muy claro que las emociones o el estrés puede causa síntomas físicos.

Es importante recordar que algunos trastornos somatoformes, incluyendo el trastorno de conversión, son condiciones reales que surgen como respuesta a estrés real; los pacientes no están fingiendo. El hecho de que la gran mayoría de las CPNE no son producidas conscientemente es generalmente poco entendido por los miembros de la familia, y hasta por los profesionales de la salud. Un evento traumático específico, como un abuso físico o sexual, incesto, divorcio, muerte de un ser querido, u otra gran pérdida o cambio súbito, puede ser identificado en muchos pacientes. A menudo el trauma subyacente ha sido bloqueado de la consciencia, y los pacientes solo pueden recordar el evento con ayuda de un terapeuta entrenado. El proceso inconsciente que causa las CPNE puede también causar o contribuir con otras condiciones, como la depresión y la ansiedad.

Usted no está solo

Sabemos que este manual tal vez no contesta todas sus interrogantes. Esto no fue realizado con el objetivo de reemplazar las discusiones con su doctor. Sin embargo la intención es que lo ayude a entender que usted tiene una enfermedad reconocida y con tratamiento. No está solo con esta condición. El tratamiento está disponible y es efectivo para la mayoría de los pacientes que lo siguen.

Definiendo Crisis psicogénicas (No epilépticas)

¿Realmente necesito tratamiento psiquiátrico?

Por ende, como mencionado anteriormente, las CPNE (y otros trastornos de conversión) son condiciones psiquiátricas. Algunos pacientes se resisten a creer el diagnóstico. Mantenga en mente que las CPNE representan una condición reconocida que puede ser diagnosticada con cerca de un 100% de certeza. Esto es diferente de otros síntomas psicogénicos, que son simplemente diagnosticados “por descarte.” Con el EEG video-monitorizado realizado por un epileptólogo, las CPNE pueden mostrar, con cerca de un 100%, ser de origen psicológico.

Algunas personas creen que ser tratados por un psiquiatra es un signo de estar “loco” o mentalmente incompetente de alguna forma. Este no es el caso con las CPNE. Muchos pacientes se molestan cuando se les informa que sus crisis son de origen psicológico. Recuerde que las CPNE no son producidas a propósito – no es su “culpa” que usted las tenga.

Tiene sentido buscar tratamiento de una persona más capacitada para ayudarlo a usted. Los factores psicológicos pueden ser mejor identificados con la ayuda de personas con entrenamientos especiales en problemas psicológicos: psiquiatras, psicólogos, o trabajadores clínicos sociales. Como con todas las otras condiciones médicas, a veces la causa exacta permanece desconocida; pero aún en esos casos nos podemos concentrar en la meta más importante: reducir o eliminar las crisis.

Su neurólogo puede continuar viéndolo, pero el tratamiento será provisto primariamente por un profesional de la salud mental. El tratamiento puede incluir psicoterapia, técnicas de reducción de estrés (entrenamiento de feedback, técnicas de relajación), y soporte personal para ayudarlo a trabajar con sus crisis durante el curso de su tratamiento. Algunos medicamentos, como antidepresivos, también pueden ayudar.

¿Cuáles el pronóstico?

En general, el pronóstico es bueno. Con el tratamiento adecuado, las crisis desaparecen con el tiempo en un 60-70% de los adultos; el porcentaje es aún mayor en niños y adolescentes. Tenga en mente que los tratamientos psiquiátricos no actúan de manera inmediata y toman tiempo. Un error común es el rechazar el diagnóstico y no seguir el tratamiento adecuado.

Desafortunadamente, los pacientes que toman esta decisión continuarán las drogas antiepilépticas, que ya han fallado y probablemente no harán efecto.

Un factor importante es el diagnóstico temprano. Mientras menor es el tiempo durante el cual el paciente carga con el diagnóstico equivocado, mejores son las oportunidades de recuperación total. Con la supervisión de un neurólogo, las drogas antiepilépticas serán gradualmente suspendidas (no de manera abrupta).

¿PUEDO CONDUCIR?

Muchas personas con CPNE han dejado de manejar, porque llevan el diagnóstico de epilepsia. No hay una ley que regule el conducir en los paciente con CPNE, y los neurólogos varían en lo que recomiendan. La decisión de si debe conducir un vehículo debe ser tomada individualmente con su psiquiatra y su neurólogo.

¿QUÉ TAL DE MI DISCAPACIDAD?

Si usted ha recibido beneficios o ha estado discapacitado en su trabajo a consecuencia de sus crisis, esto no debe cambiar en base a su nuevo diagnóstico. Sus crisis son reales, y pueden ser discapacitantes, ya sean de origen epilépticas o psicológicas. De todas maneras, si su discapacidad es ahora relacionada con las CPNE (no epilépticas), las decisiones son mejor tomadas por su psiquiatra que por su neurólogo.

¿QUÉ PASA CON LOS NIÑOS?

Las CPNE también pueden ocurrir en adolescentes y niños pequeños. Los síntomas psicogénicos más comunes (inducidos por estrés) en este grupo de edades incluyen dolores de cabeza y dolor de estómago. La mayoría de los puntos tratados en esta guía se aplican a los niños y adolescentes así como a adultos. Los pacientes jóvenes generalmente difieren de los adultos solo en que el estrés es típicamente menos severo y generalmente relacionado a estrés experimentado por pacientes jóvenes, como la escuela y citas amorosas.

Información adicional

Las CPNE son constantemente objeto de nuevas investigaciones. Cada año, en la Annual Meeting of the American Epilepsy Society (www.aesnet.org), muchas presentaciones son dedicadas a este tema. Cada año, 50-100 artículos son publicados en la literatura médica.

Definiendo Crisis psicogénicas (No epilépticas)

Libros

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- American Psychiatric Association. <http://www.dsm5.org>, accessed August 27, 2012.
- Fischer RS. Imitators of Epilepsy. New York: Demos Medical Publishers, 1994.
- Gates J, Rowan AJ (eds). Non-epileptic seizures. 2nd edition. Boston: Butterworth-Heinemann, 2000.
- Riley TL, Roy A. Pseudoseizures. Baltimore: Williams & Wilkins, 1982.
- Schachter SC, LaFrance Jr WC. Gates and Rowan's nonepileptic seizures. Cambridge ; New York: Cambridge University Press, 2010.

Artículos seleccionados

- Arain A, et al. Long term video-EEG prevents unnecessary vagus nerve stimulator implantation in patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav* 2011;21:364-366.
- Benbadis SR. Differential diagnosis of epilepsy. *Continuum Lifelong Learning Neurol* 2007;13(4):48-70 (published by the American Academy of Neurology).
- Benbadis SR. Behavioral and psychogenic events. *Continuum (Minneapolis)* 2013 Jun;19(3 Epilepsy):715-29. Published by the American Academy of Neurology.
- Benbadis SR. Psychogenic nonepileptic "seizures" or "attacks": it's not just semantics. *Neurology* 2010;75:84-86.
- Benbadis SR. The tragedy of over-read EEGs and wrong diagnoses of epilepsy. *Expert Rev Neurother* 2010;10:343.
- Benbadis SR, et al. Interrater reliability of EEG-video monitoring. *Neurology* 2009;73:843-846.
- Benbadis SR. Provocative techniques should be used for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav* 2009;15:106-9.
- Benbadis SR, et al. Induction of psychogenic nonepileptic seizures without placebo. *Neurology* 2000;55:1904-1905.
- Benbadis SR, et al. How many patients with psychogenic nonepileptic seizures also have epilepsy? *Neurology* 2001;57:915-917.
- Benbadis SR, et al. Should patients with pseudoseizures be allowed to drive? *Epilepsia* 2000; 41:895-897.
- Benbadis SR. Mental health organizations and the ostrich policy. *Neuropsychiatry* 2013;1:5-7.
- Benbadis SR. The problem of psychogenic symptoms: is the psychiatric community in denial? *Epilepsy Behav* 2005;6:9-14.
- Carton S, et al. Non-epileptic seizures: patients' understanding and reaction to the diagnosis and impact on outcome. *Seizure* 2003;12:287-94.
- Duncan R, et al. Late onset psychogenic nonepileptic attacks. *Neurology* 2006;66:1644-7.
- Ettinger AB, et al. A comprehensive profile of clinical, psychiatric, and psychosocial characteristics of patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia* 1999;40:1292-8.
- Ettinger AB, et al. Predictive factors for outcome of nonepileptic seizures after diagnosis. *Journal of Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1999;11:458-63.
- Goldstein LH. Cognitive-behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures: A pilot RCT. *Neurology* 2010;74:1986-1994.
- Gudmundsson O, et al. Outcome of pseudoseizures in children and adolescents: a 6- year symptom survival analysis. *Developmental Medicine and Child Neurology* 2001;43:547-51.
- Harden CL, et al. The diagnostic significance of video-EEG monitoring findings on pseudoseizure patients differs between neurologists and psychiatrists. *Epilepsia* 2003;44:453-6.
- Kalogjera-Sackellares D, et al. Intellectual and neuropsychological features of patients with psychogenic pseudoseizures. *Psychiatry Research* 1999;86:73-84.
- Krawetz P, et al. Family functioning in subjects with pseudoseizures and epilepsy. *Journal of Nerve and Mental Diseases* 2001;189:38-43.
- LaFrance WC Jr. Psychogenic nonepileptic "seizures" or "attacks"? It's not just semantics: seizures. *Neurology* 2010;75:87-8.
- LaFrance WC Jr, et al. Impact of family functioning on quality of life in patients with psychogenic nonepileptic

Los expertos en el

USF Epilepsy Program

ofrece la atención más avanzada para
pacientes con convulsiones.



Llame para hacer una cita:

(813) 396-9478

USF Comprehensive Epilepsy Program

epilepsy.usf.edu



Tampa
General
Hospital

Los expertos:

Selim R. Benbadis, MD

Professor of Neurology
Director, Comprehensive Epilepsy
University of South Florida & Tampa
General Hospital
813-259-8577
sbenbadi@health.usf.edu

Gina Dunn, RN

Coordinator, Comprehensive Epilepsy
Program
University of South Florida & Tampa
General Hospital
813-259-0922
vkelly@tgh.org

Traducción en Español por
Natalia Cabrera Almonte, MD

doctors.usf.edu

Turning Research on. Edge®



Definiendo

Crisis psicogenicas (No epilepticas)

seizures versus epilepsy. *Epilepsia* 2011;52:292-300.

- LaFrance WC et al. Pilot pharmacologic randomized controlled trial for psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology* 2010;75:1166-1173.
- LaFrance WC Jr, et al. Depression and symptoms affect quality of life in psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology* 2009;73:366-371.
- LaFrance WC Jr, et al. Cognitive behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav* 2009;14:591-596.
- Leeman B. Provocative techniques should not be used for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav* 2009;15:110-114.
- Lesser RP. Psychogenic seizures. *Neurology* 1996;46:1499-2507.
- Lobello K, et al. Video/EEG monitoring in the evaluation of paroxysmal behavioral events: duration, effectiveness, and limitations. *Epilepsy Behav* 2006;8:261-6.
- Reeves AL, et al. Medication use, self-reported drug allergies, and estimated medication cost in patients with epileptic versus nonepileptic seizures. *Journal of Epilepsy* 1998;11:191-194.
- Reuber M, Pukrop R, Bauer J, et al. Outcome in psychogenic nonepileptic seizures: 1 to 10-year follow-up in 164 patients. *Ann Neurol* 2003;53:305-11.
- Reuber M, et al. Diagnostic delay in psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology* 2002;12;58:493-495.
- Reuber M, et al. Measuring outcome in psychogenic nonepileptic seizures: how relevant is seizure remission? *Epilepsia* 2005;46:1788-95.
- Salinsky M, et al. Psychogenic nonepileptic seizures in US veterans. *Neurology* 2011;77:945-50.
- Selwa LM, et al. Nonepileptic seizure outcome varies by type of spell and duration of illness. *Epilepsia* 2000;41:1330-1334.
- Shen W, et al. Presenting the diagnosis of psychogenic seizure. *Neurology* 1990; 40; 5: 756-759.
- Silva W, et al. Clinical features and prognosis of nonepileptic seizures in a developing country. *Epilepsia* 2001;42:398-401.
- Selkirk M, et al. Clinical differences between patients with nonepileptic seizures who report antecedent sexual abuse and those who do not. *Epilepsia* 2008;49:1446-50.
- Tojek TM, et al. Stress and other psychosocial characteristics of patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Psychosomatics* 2000;41:221-6.
- Wyllie E, et al. Outcome of psychogenic seizures in children and adolescents compared with adults. *Neurology* 1991;41:742-744.

to replace medical evaluation, advice,
diagnosis or treatment by a healthcare
professional. 07/2013