

Convulsiones psicógenas no-epilépticas:

Es tiempo de reconocer su importancia

Alfonso Martínez-Taboas, PhD

Psicólogo Clínico
Consultor Clínico, Sociedad Puertorriqueña de Epilepsia
Profesor Adjunto, Universidad Interamericana



Las convulsiones se pueden presentar por distintas razones etiológicas. Entre estas, una muy frecuente es tener la condición de epilepsia, que es causada por descargas eléctricas anormales en el cerebro. También pueden presentarse convulsiones por otras causas físicas, tales como infecciones, reacción a medicamentos, exceso de la temperatura corporal, entre otras.

Sin embargo, también hay personas que presentan un cuadro clínico de convulsiones debido a factores psicológicos o emocionales. En este caso, nos referimos a convulsiones psicógenas no-epilépticas (CPNE). Las CPNE son bastante frecuentes, tanto así que se suelen detectar en clínicas neurológicas especializadas en epilepsia en cerca del 20% al 30% de los pacientes. No son pocos los casos en los que el paciente fue mal diagnosticado con epilepsia. Inclusive, se ha documentado en diversos estudios que hay pacientes a quienes recién después de 5 a 7 años se les llegó a diagnosticar en forma correcta una CPNE. En un estudio reciente con una muestra de pacientes en Puerto Rico, recién luego de 4 años se les logró diagnosticar en forma correcta con CPNE.³

Las opiniones presentadas a continuación se basan también en una casuística personal (como psicólogo clínico de la Sociedad Puertorriqueña de Epilepsia desde 1987) de más de 250 pacientes con esta condición, evaluados y tratados en Puerto Rico.

¿Cuáles son las principales características de estos pacientes? Múltiples estudios indican que el 80% son mujeres, de un 40% a un 60% tienen historial de abuso y maltrato severo en la niñez, que el 90% reporta mucho estrés al momento de comenzar a presentar convulsiones psicógenas y que estos pacientes tienden a reprimir sus emociones de dolor y angustia emocional.

En general, las teorías principales postulan que los pacientes con CPNE han sufrido diversos traumas, abusos y estrés agudo, y que es a través de manifestaciones somáticas que se suele canalizar dicho malestar. De hecho, hay una literatura abundante que ha documentado que el estrés, en especial aquel prolongado y crónico, propicia en personas vulnerables toda una constelación de síntomas somáticos que van desde dolores corporales, alergias, desmayos, fatiga crónica y pérdida de ciertas funciones corporales básicas como poder caminar, hablar o ver.

Aspectos diagnósticos

En el caso de las CPNE, el paciente presenta una serie de manifestaciones clínicas que *a priori* parecen episodios de epilepsia. Muchas veces, el paciente cae al suelo, comienza a producir movimientos fuertes en sus extremidades, pierde la conciencia, puede vocalizar y típicamente cierra sus ojos. En otros casos, el paciente cae al suelo de manera súbita y entra en una atonía generalizada en el cuerpo.

La semiología o los movimientos típicos de las CPNE suelen ser algo diferentes que los del paciente con epilepsia. Por ejemplo, en el caso de las CPNE los movimientos de las extremidades suelen ser desincronizados, se puede mover la cabeza de lado a lado, a veces se emiten gritos u oraciones (“déjame”), la pelvis puede levantarse enérgicamente, rara vez hay la salivación excesiva que se manifiesta en un caso tónico-clónico de epilepsia y pocas veces hay micción involuntaria. También, en las CPNE puede ocurrir que los episodios se repitan innumerables veces durante el día, en ocasiones de manera corrida. Esto también puede suceder en la epilepsia, pero es mucho más común en las CPNE.

Sin embargo, más allá de notar las diferencias en la semiología, la medida más precisa para auscultar si unas convulsiones son de naturaleza neurológica/epiléptica o si, por el contrario, son psicógenas, es a través del uso del video electroencefalograma (video-EEG). Para estos casos, el paciente es llevado a una clínica especializada de epilepsia y se queda varios días durmiendo en dicha unidad. El equipo de la unidad tratará de que el paciente convulsione, ya sea retirando sus medicamentos anticonvulsivos, provocando hiperventilación o sometándolo a foto-estimulación. Cuando el paciente convulsiona en esta unidad especializada, en ocasiones más de una vez, el equipo de la unidad puede determinar con relativa certeza si la convulsión fue o no fue de naturaleza epiléptica. Esto se determina examinando los trazados del EEG.

Alternativas terapéuticas

Si se determina que lo que el paciente presenta son CPNE, ahí comienza la trayectoria hacia la posibilidad de su recuperación. No es inusual que cuando el médico le informa al paciente que sus convulsiones no son de epilepsia, este se muestre sorprendido y confundido. Quizás por años el paciente consumió muchos medicamentos anticonvulsivos e internalizó que tenía una condición neurológica irreversible. Ahora de pronto se le informa que sus convulsiones son “emocionales” o “psicológicas”. La confusión es entendible.

En este punto, es importante referir al paciente de inmediato a un psicólogo o psiquiatra que le permita entender su condición clínica (esta es la parte psicoeducativa) y ofrecerle un servicio de psicoterapia enfocada en la eliminación o reducción de las CPNE. Actualmente hay publicados manuales de psicoterapia que explican los modelos terapéuticos que han resultado efectivos con estos pacientes. Uno de los más validados es el uso de terapias cognitivo-conductuales adaptadas a las CPNE.

Diversos estudios controlados y metaanálisis apoyan fuertemente la idea de que las psicoterapias son eminentemente efectivas en esta condición. En general, cerca de un 40% a un 50% de los pacientes eliminan por completo la presentación de sus convulsiones y otro 30% a 40% logran reducirlas sustancialmente. Solo cerca de un 15% a un 10% no logran mejorías.

Estos resultados se pueden lograr en unas 6 a 12 sesiones de psicoterapia.

En nuestra experiencia con más de 250 pacientes con CPNE, cerca de la mitad de ellos logran eliminar las mismas y otro 30% las reducen significativamente.⁴

Un beneficio de entrar en psicoterapia es que no solo hay una reducción de las CPNE, sino que el paciente también logra entender su significado y de esa manera puede hacer conexiones entre sus síntomas y el estrés, aprendiendo a tomar mejores decisiones que le permiten dar cierre a experiencias pasadas dolorosas, y puede reducir o eliminar los medicamentos anticonvulsivos que –a veces– ha tomado por años.

Estos pacientes, antes de entrar a psicoterapia, vivían con miedo a las convulsiones, tenían innumerables admisiones a salas de emergencia y sus convulsiones en ocasiones eran demasiado numerosas. Bajo estas condiciones, muchos dejaban de conducir sus automóviles, se sentían atemorizados de salir de su casa, renunciaban a sus trabajos y, en el caso de estudiantes, su ejecución se veía muy afectada. En otras palabras, su calidad de vida se veía muy comprometida.

Comentario

Por lo tanto, poder identificar y detectar lo más temprano posible que la naturaleza de las convulsiones es psicológica es un paso gigantesco en la línea correcta. No solo el paciente puede reducir o eliminar sus convulsiones, sino que también, al lograr entender los factores que mantenían las mismas, puede hacer una renegociación con su pasado y un compromiso de vivir un presente con más calidad de vida y con balance emocional. **G**

Referencias

1. LaFrance WC, Schachter SC. (2018). Gates and Rowan's nonepileptic seizures. Cambridge University Press.
2. LaFrance WC, Wincze JP. (2015). Treating nonepileptic seizures. Oxford University Press.
3. Jiménez G, Martínez-Taboas A, Arias J. (2021). Comparison of semiology in patients with psychogenic nonepileptic seizures or with epilepsy in Puerto Rico. *Epilepsy and Behavior*, Oct 4;124:108337. doi: 10.1016/j.yebeh.2021.108337.
4. Martínez-Taboas A. (2020). My experiences with psychogenic non-epileptic seizures in Puerto Rico. In Reuber M, Rawlings GH, Schachter SC (Eds.): *Non-epileptic seizures in our experience* (pp. 207-210). Oxford University Press.