

ALEXITIMIA EN PACIENTES CON CRISIS FUNCIONALES DISOCIATIVAS Y PACIENTES CON EPILEPSIA

ALEXITHYMIA IN PATIENTS WITH FUNCTIONAL DISSOCIATIVE SEIZURES AND PATIENTS WITH EPILEPSY

Vidigt, Milagros M.¹; González Molina, Lucila²

RESUMEN

En el presente artículo se revisaron los estudios que analizaron la presencia de alexitimia en pacientes con crisis funcionales disociativas (CFD) y pacientes con epilepsia, con el objetivo de comparar ambos grupos. Para ello, se realizó una síntesis narrativa de la información utilizando las bases de datos PubMed y Science Direct. Se incluyeron estudios cuantitativos, cualitativos y mixtos, publicados en idioma inglés hasta el año 2022, cuyos participantes sean pacientes adultos (mayores de 18 años), hombres y mujeres, con diagnóstico de CFD o epilepsia. Los resultados indican que no hay diferencias significativas entre los grupos, ya que ambos presentan niveles elevados de alexitimia, es decir, la alexitimia por sí sola no resultó ser un factor contribuyente en la distinción clínica entre las CFD y la epilepsia. Se discute la relevancia de estos hallazgos para la práctica clínica y se ofrecen recomendaciones para investigaciones futuras.

Palabras clave:

Crisis funcionales disociativas, Crisis no epilépticas psicógenas, Epilepsia, Alexitimia, Revisión.

ABSTRACT

The present article reviewed studies that analyzed the presence of alexithymia in patients with functional dissociative seizures (FDS) and patients with epilepsy, with the aim of comparing both groups. A narrative synthesis of information was conducted using the PubMed and Science Direct databases. Quantitative, qualitative, and mixed studies published in English up to the year 2022 were included, with adult participants (over 18 years old), both males and females, diagnosed with FDS or epilepsy. The results indicate that there are no significant differences between the groups, as both present high levels of alexithymia, meaning that alexithymia alone did not turn out to be a contributing factor in clinically distinguishing between FDS and epilepsy. The relevance of these findings for clinical practice is discussed, and recommendations for future research are provided.

Keywords:

Functional dissociative seizures, Psychogenic non-epileptic seizures, Epilepsy, Alexithymia, Review.

¹Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología, Instituto de Investigaciones. Email: mmvidigt@gmail.com

²Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología, Instituto de Investigaciones. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Argentina.

Introducción

Las crisis funcionales disociativas (CFD), también conocidas como crisis no epilépticas psicógenas, son trastornos episódicos del funcionamiento normal y una reducción del autocontrol, asociados con una variedad de manifestaciones motoras, sensoriales y mentales (Brown y Reuber, 2016). Superficialmente se asemejan a crisis epilépticas, pero no son causadas por actividad eléctrica epileptiforme en el cerebro, sino que están generadas por mecanismos psicológicos (Goldstein y Mellers, 2012). Se diagnostican una vez descartadas otras causas fisiopatológicas de las crisis y se confirman mediante lo que se considera el método *gold standard*: el Videoelectroencefalograma (VEEG) (Baslet, 2011; Rawlings y Reuber, 2016). La incidencia de las CFD se estima en 1.5 cada 100.000 habitantes (Duncan et al., 2011). Esta cifra aumenta en un 20% en los centros especializados en epilepsia (D'Alessio et al., 2006). Los pacientes con CFD presentan una alta tasa de comorbilidades psiquiátricas, principalmente trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, trastorno de estrés posttraumático, dolor crónico, trastornos disociativos y trastornos de la personalidad (Reuber, 2008).

Por otro lado, la epilepsia es un trastorno neurológico caracterizado por convulsiones recurrentes causadas por un aumento repentino de la actividad eléctrica del cerebro (Anwar et al., 2020). Las crisis epilépticas (CE) ocurren debido a una actividad neuronal excesiva o sincrónica anormal en el cerebro (Baslet et al., 2016). Se estima que la epilepsia afecta a más de 50 millones de personas, por lo que es responsable de una proporción significativa de la carga mundial de morbilidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

La epilepsia tiene un impacto negativo en la salud mental de los pacientes, pudiendo provocar alteraciones emocionales, conductuales y neurológicas (Stafstrom y Carmant, 2015). Las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes son los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, trastorno de estrés posttraumático, psicosis y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Devinsky, 2003; Mula, 2016).

La alexitimia es considerada como un factor de riesgo en una variedad de trastornos psicológicos, como la anorexia nerviosa, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de estrés posttraumático, los trastornos por abuso de sustancias y los trastornos del estado de ánimo (Bewley et al., 2005). Implica dificultades con la identificación, reconocimiento y descripción de los sentimientos, así como su diferenciación de las sensaciones asociadas con los procesos fisiológicos (Goerlich-Dobre et al., 2015). Los individuos con altos niveles de alexitimia son incapaces de identificar con precisión sus propios sentimientos subjetivos. Como consecuencia, ven limitadas su capacidad para reflexionar y regular sus emociones, y presentan dificultades en la comunicación verbal del malestar emocional (Taylor, 2000). En una revisión sobre pacientes con CFD, Wiseman y Reuber (2015) señalaron que la alexitimia es un factor predisponente de las crisis, debido a que estos pacientes presentan una percepción anormal de la emoción o una disfunción en el procesamiento emocional. Una pequeña cantidad de

estudios han investigado la prevalencia de alexitimia en personas con epilepsia. La mayoría de los estudios se han centrado en la prevalencia de alexitimia en pacientes con CFD y han utilizado pacientes con epilepsia y controles como grupos de comparación (Ricciardi et al., 2015).

Existen estudios que han destacado a la alexitimia como un factor muy frecuente, tanto en los pacientes con epilepsia como en aquellos con CFD, enfatizando que ambos grupos tienen niveles similares pero muy elevados de alexitimia (Demartini et al., 2014; Goldstein et al., 2000; Sequeira y Silva, 2019; Stone et al., 2004).

Relevar los estudios sobre alexitimia en ambos grupos es de importancia dado que es considerada un factor que contribuye al desarrollo y mantenimiento de las CFD, así como una posible característica diferencial entre las CFD y las crisis epilépticas (Bewley et al., 2005).

Por estos motivos, el presente artículo se propone realizar una revisión narrativa acerca de la presencia de alexitimia en pacientes con CFD y pacientes con epilepsia, con el objetivo de comparar ambos grupos. Además, se describirán los instrumentos utilizados para evaluarla. Esta revisión permitirá realizar una síntesis en español sobre la evidencia disponible sobre el tema. De esta manera, los profesionales de la salud e investigadores tendrán acceso a la información actualizada, para mejorar la comprensión sobre estos pacientes y ofrecer una atención más eficaz.

Metodología

Estrategia de búsqueda

Para identificar los artículos se realizaron búsquedas en las bases de datos PubMed y Science Direct, utilizando los siguientes términos:

- #1 "alexithymia"
- #2 "psychogenic nonepileptic seizure" OR "PNES" OR "dissociative seizures" OR "pseudoseizure" OR "functional neurological disorder"
- #3 "epilepsy" OR "epileptic seizures"
- #1 AND #2
- #1 AND #3

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron estudios cuantitativos, cualitativos y mixtos, publicados en idioma inglés hasta el año 2022, cuyos participantes sean pacientes adultos (mayores de 18 años) hombres y mujeres, con diagnóstico de CFD o epilepsia que haya sido confirmado luego de realizar un videoelectroencefalograma (VEEG) cuando esté disponible, o por la presencia de criterios clínicos observados por un profesional experimentado (LaFrance et al., 2013). Se excluyeron estudios que: a) incluyan pacientes con incapacidad para dar su consentimiento informado, b) pacientes mixtos (CFD con epilepsia comórbida), c) pacientes que presenten discapacidades de aprendizaje severas, d) pacientes con consumo problemático de sustancias y, e) publicaciones que fueran posters, capítulos de libros, resúmenes de conferencias, notas o cartas a revistas científicas.

Luego de eliminar los duplicados se revisaron los títulos y

resúmenes de los registros encontrados para determinar si cumplían con los criterios de inclusión. Los que no lo cumplieron fueron eliminados. Los registros seleccionados por su elegibilidad fueron leídos por completo. Adicionalmente, se revisaron las referencias de los artículos incluidos para buscar otros registros.

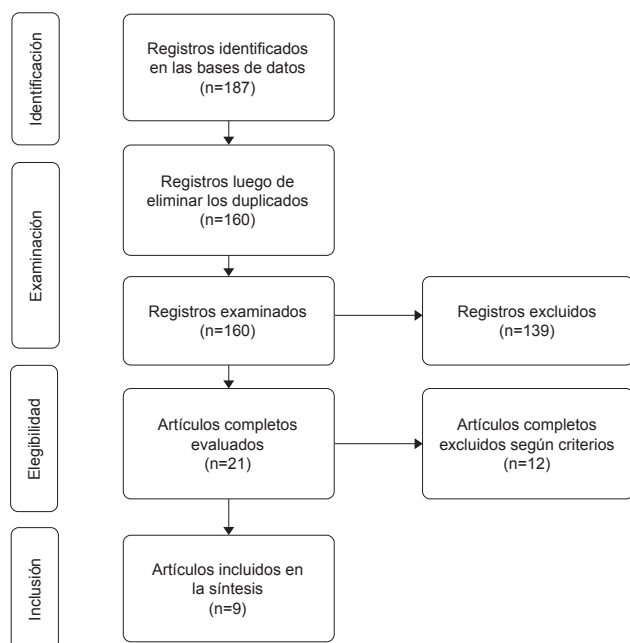
Extracción de datos

Se realizó una síntesis narrativa de la información. De cada artículo se extrajeron los siguientes datos en una planilla de excel: 1) Datos sobre el estudio: a) año; b) objetivos. 2) Datos sobre los participantes: a) muestra total y subgrupos; b) rango de edad; c) sexo promedio; d) escolarización promedio. 3) Alexitimia: a) prevalencia; b) instrumento/s utilizado/s para evaluarla. 4) Resultados, 5) Conclusiones.

Resultados

De las búsquedas en las bases de datos se encontraron 187 registros (Ver fig. 1). Luego de eliminar los duplicados, se examinaron los títulos y resúmenes de 160 registros. De estos, 139 fueron excluidos por no cumplir con los criterios de elegibilidad. Veintiún artículos fueron leídos por completo, de los cuales 12 fueron excluidos. En total, 9 artículos fueron incluidos en la síntesis narrativa.

Figura 1. Diagrama de flujo tomado de Liberati et al. (2009).



Características de los estudios

Todos los artículos realizaron comparaciones entre grupos de pacientes con CFD, pacientes con epilepsia y/o grupo control. Dos estudios subdividieron la muestra en función de sus objetivos. Brown et al. (2013) subdividió a la muestra en dos grupos: un grupo de pacientes con CFD, altos niveles de desregulación emocional y alexitimia, y otro con el resto de los pacientes con CFD. Zeng et al. (2018) dividieron a la muestra en tres grupos: pacientes con CFD y diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT),

pacientes con CFD y trauma (sin TEPT), y pacientes con CFD sin antecedentes de trauma.

Características de los participantes

El total de los participantes fue de 902 personas: 546 personas con diagnóstico de CFD y 356 personas con diagnóstico de epilepsia. En cuanto a los datos sociodemográficos, el rango de edad de la muestra de personas con CFD fue de 37 a 43 años; y de 39 a 42 años en las personas con epilepsia. En cuanto al sexo, la mayoría de los pacientes eran de sexo femenino, y esta diferencia fue más acentuada en el caso de los grupos de pacientes con CFD. En promedio, el 79,9% de las personas con CFD fueron mujeres, mientras que un 64,4% en el caso del grupo con epilepsia. En base a los estudios que han reportado datos acerca de la escolarización (Myers et al., 2013; Tojek et al., 2000; Wolf et al., 2015; Zeng et al., 2018), se ha llevado a cabo un promedio de los años de estudio en el sistema educativo: en el caso de las personas con CFD es de 13,8 años y en las personas con epilepsia es de 13,9 años.

Medidas de evaluación de la alexitimia

Todos los estudios incluidos en esta revisión utilizaron la *Escala de Alexitimia de Toronto* de 20 ítems, conocida como TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale) (Bagby et al., 1994). Este instrumento es considerado la medida con mayor validez para la evaluación de la alexitimia. Ha demostrado niveles adecuados de validez convergente y concurrente (Bagby et al., 1994). Es un instrumento de autoinforme compuesto por 20 ítems, con una escala tipo Likert de 5 puntos. Los 20 ítems miden 3 factores: dificultad para identificar sentimientos (DIF), dificultad para describir sentimientos (DDF), y pensamiento orientado externamente (EOT). Se ha establecido que una puntuación de corte igual o superior a 61 se correlaciona con presencia de alexitimia.

Descripción de los estudios y principales resultados

Tojek et al. (2000)

El objetivo de los autores fue evaluar eventos vitales estresantes y factores de riesgo psicosociales para trastornos conversivos. Para esto, compararon un grupo de pacientes con CFD con un grupo de pacientes con epilepsia. Se centraron en la alexitimia como indicador diagnóstico para desarrollar CFD. No hubo diferencias significativas en los niveles de alexitimia entre pacientes con CFD y epilepsia, aunque cerca del 30% de ambos grupos obtuvo un puntaje que indicaba alexitimia. Si bien no hubo diferencias significativas en los niveles de alexitimia entre ambos grupos, ambos presentaron un nivel más alto de alexitimia que la población general. Además, hallaron que los pacientes con CFD experimentaban más eventos vitales negativos estresantes, más síntomas somáticos, y más ansiedad y depresión que los pacientes con epilepsia.

Bewley et al. (2005)

Los autores compararon los niveles de alexitimia en pacientes con CFD, pacientes con epilepsia y un grupo con-

trol. Considerando la evidencia de una asociación entre la alexitimia y la somatización, este estudio tuvo como objetivo descubrir si la alexitimia podría distinguir a los pacientes con CFD de aquellos con epilepsia y del grupo control. Se hallaron diferencias significativas en los niveles de alexitimia entre el grupo con CFD y el grupo control, y entre el grupo con epilepsia y el grupo control. Si bien los pacientes con CFD puntuaron más alto en alexitimia que los pacientes con epilepsia, estas diferencias no resultaron significativas. Al analizar las subescalas individuales, los pacientes con CFD obtuvieron una puntuación significativamente más alta en la subescala DIF (dificultad para identificar sentimientos) que el grupo control, luego de controlar los síntomas depresivos. Asimismo, obtuvieron una puntuación significativamente más alta en DDF (dificultad para describir sentimientos) que los controles cuando se controló la ansiedad. Por otro lado, se encontró que los pacientes con epilepsia presentaron una dificultad significativamente mayor que el grupo control para identificar sentimientos, incluso luego de controlar los síntomas depresivos; aunque no pudieron descartar la posible influencia de los síntomas de ansiedad. Finalmente, no se observaron diferencias significativas entre los grupos en la subescala EOT (pensamiento orientado hacia el exterior). Debido a esto, los autores concluyeron que la alexitimia no era útil como indicador diagnóstico de CFD.

Chung y Allen (2012)

El objetivo de este estudio fue investigar la incidencia del TEPT post-crisis epiléptica y la comorbilidad psiquiátrica, así como analizar el grado en que los niveles de alexitimia se relacionan con la gravedad de los síntomas de TEPT y los síntomas psiquiátricos comórbidos. Los autores compararon un grupo con epilepsia y un grupo control. Encontraron que el 81% de los pacientes cumplían los criterios para TEPT. Al considerar la alexitimia, el 41% de los pacientes con epilepsia tenían alexitimia. Con respecto a las 3 subescalas de la TAS-20, los pacientes con epilepsia presentaron niveles altos de pensamiento orientado hacia el exterior (EOT). También reportaron cierta dificultad para identificar y describir sus sentimientos. Sin embargo, los autores señalan que la subescala TAS-DIF (dificultad para identificar sentimientos) fue el predictor más fuerte de TEPT y comorbilidad psiquiátrica en estos pacientes. Por último, los autores concluyeron que la gravedad del TEPT y los síntomas psiquiátricos comórbidos están fuertemente relacionados con el nivel de dificultad que experimentan las personas con epilepsia para procesar y “ponerse en contacto” con sus sentimientos y emociones internas.

Kaplan et al. (2013)

El objetivo de los autores fue comparar personas con CFD y con epilepsia en términos de experiencias traumáticas infantiles, alexitimia y madurez de las estrategias defensivas psicológicas. En consonancia con el estudio anterior, los pacientes con CFD demostraron tener una mayor prevalencia de alexitimia que los pacientes con epilepsia. No obstante, estas diferencias en las puntuaciones de alexitimia no fueron estadísticamente significativas.

Brown et al. (2013)

Los autores se propusieron estudiar la desregulación emocional, la alexitimia, el apego y la psicopatología en pacientes con CFD y con epilepsia. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos en los niveles de alexitimia, sin embargo, hubo una tendencia por parte de los pacientes con CFD a obtener puntuaciones más altas en las 3 subescalas individuales. Por otro lado, los autores identificaron un subgrupo de pacientes con CFD (Grupo 1) con altos niveles de desregulación emocional y alexitimia, en comparación con un segundo subgrupo conformado por el resto de los pacientes con CFD (Grupo 2), y otro de pacientes con epilepsia (Grupo 3). El grupo 1 obtuvo una puntuación significativamente más alta que el grupo 2 y que el grupo de pacientes con epilepsia en todas las subescalas de la TAS-20, excepto en la TAS-EOT (pensamiento orientado hacia el exterior).

Myers et al. (2013)

Los autores compararon un grupo de pacientes con CFD y un grupo de pacientes con epilepsia con el objetivo de determinar la prevalencia de alexitimia en ambos grupos. Los resultados indicaron que ambos grupos presentan niveles similares de alexitimia. Hubo una mayor tendencia por parte de los pacientes con CFD a puntuar más alto en la TAS-20, sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Adicionalmente, encontraron una correlación positiva entre la alexitimia y el aumento de los síntomas de ansiedad, experiencias intrusivas, disociación y evitación.

Urbanek et al. (2014)

Los autores se propusieron comprender los procesos de regulación emocional en pacientes con CFD. Para esto compararon un grupo de pacientes con CFD y un grupo control, con respecto a la intensidad de las reacciones emocionales, la comprensión de la experiencia emocional, las creencias sobre las emociones y su manejo. Los resultados del estudio indicaron que los niveles de alexitimia en el grupo con CFD fueron significativamente más altos en comparación con el grupo control. Asimismo, en el análisis de las 3 subescalas de la TAS-20, los pacientes con CFD tenían más dificultades con la identificación y descripción de sentimientos (DIF y DDF), así como mayores niveles de pensamiento orientado hacia el exterior (EOT) que el grupo control. Finalmente, los niveles de alexitimia se asociaron positivamente con la gravedad de las crisis, en el grupo de pacientes.

Wolf et al. (2015)

Con el propósito de analizar la calidad de vida en las personas con CFD y con epilepsia, así como determinar el rol de la alexitimia y la somatización, los autores compararon un grupo de pacientes con CFD y un grupo con epilepsia. Los resultados indicaron que no hubo diferencias significativas en los niveles de alexitimia entre ambos grupos. Además, los autores analizaron las 3 subescalas de la TAS-20. Tanto la puntuación total de la TAS-20 como la medición de las subescalas no revelaron diferencias significativas

entre ambos grupos. Los niveles altos de alexitimia se asociaron con una peor calidad de vida en ambos grupos de pacientes.

Zeng et al. (2018)

Considerando la creciente evidencia de que los pacientes con CFD pueden formar subgrupos según sus perfiles de desregulación emocional y los síntomas psiquiátricos, se propusieron determinar si los pacientes con CFD y TEPT comórbido difieren de otros pacientes con CFD en términos de alexitimia y estrategias de afrontamiento al estrés. Para este fin, dividieron la muestra en 3 grupos: pacientes con CFD con diagnóstico de TEPT (Grupo 1); pacientes con CFD y con trauma (sin diagnóstico de TEPT, Grupo 2); pacientes con CFD sin antecedentes de trauma (Grupo 3). Según los resultados, se halló una diferencia significativa entre los grupos en los niveles de alexitimia. El Grupo 1 (CFD+TEPT) obtuvo puntuaciones totales de alexitimia significativamente más altas en comparación con el Grupo 2 (CFD con trauma sin TEPT) y con el Grupo 3 (CFD sin trauma), que no diferían entre sí.

Discusión

En el presente artículo se han revisado estudios que analizaron la presencia de alexitimia en pacientes con CFD y pacientes con epilepsia. Todos los estudios que han comparado los niveles de alexitimia entre pacientes con CFD y con epilepsia (Bewley et al., 2005; Brown et al., 2013; Kaplan et al., 2013; Myers et al., 2013; Tojek et al., 2000; Wolf et al., 2015) han demostrado que ambos grupos de pacientes presentan elevados niveles de alexitimia. Estos resultados son consistentes con otros estudios que destacan que la alexitimia es un factor muy frecuente tanto en los pacientes con epilepsia como en aquellos con CFD, enfatizando que ambos grupos presentan niveles similares pero muy elevados de alexitimia (Demartini et al., 2014; Goldstein et al., 2000; Sequeira y Silva, 2019; Stone et al., 2004).

Varios estudios incluidos en esta revisión han encontrado asociaciones significativas entre la alexitimia y la sintomatología psiquiátrica. Bewley et al. (2005) informaron correlaciones positivas entre la puntuación total de la TAS-20 y las puntuaciones de ansiedad y depresión. Asimismo, el estudio de Myers et al. (2013) identificó una correlación positiva entre la alexitimia y el aumento de los síntomas de ansiedad. Estos resultados coinciden con las investigaciones que reportaron correlaciones positivas entre la depresión, la ansiedad (estado y rasgo) y la alexitimia (Berthoz et al., 1999; Saarijarvi et al., 2001). En este sentido, algunos estudios (Bewley et al., 2005; Myers et al., 2013; Tojek et al., 2000; Zeng et al., 2018) destacan que los pacientes con CFD suelen presentar mayor psicopatología comórbida que los pacientes con epilepsia. No obstante, conforme a una revisión sobre pacientes con epilepsia (Devinsky, 2003), los resultados indican que los pacientes con epilepsia también presentan elevada comorbilidad psiquiátrica. Esto podría ser una posible explicación de las tasas similares de alexitimia entre las CFD y la epilepsia. Algunos estudios encontraron que los síntomas de TEPT están fuertemente relacionados con niveles altos de alexi-

timia en ambos grupos (Chung y Allen, 2012; Zeng et al., 2018). Por un lado, Chung y Allen (2012) hallaron que la gravedad del TEPT se asociaba positivamente con el nivel de dificultad que experimentan las personas con epilepsia para identificar y procesar sus sentimientos y emociones internas. Por otro lado, Zeng et al. (2018) observaron que los pacientes con CFD y TEPT comórbido presentan niveles significativamente más elevados de alexitimia que los pacientes con CFD y trauma, y que los pacientes con CFD sin trauma. En esta línea, el estudio de Bewley et al. (2005), identificó que todos los pacientes con CFD informaron experiencias traumáticas y que la gran mayoría presentaba alexitimia. Los autores consideran que en estos pacientes la alexitimia puede ser una respuesta de afrontamiento a las experiencias traumáticas vividas. Asimismo, Kaplan et al. (2013), plantean que la presencia de experiencias traumáticas infantiles se asocia positivamente con la alexitimia, por la dificultad que experimentan los pacientes con CFD para procesar sus sentimientos y emociones. Estos resultados son consistentes con una revisión que destaca que los niveles más altos de alexitimia se relacionan con una mayor gravedad del TEPT, que a su vez se asocia con restricciones en la capacidad de sentir (Putica et al., 2020). De acuerdo con diferentes estudios sobre las características psicopatológicas de las CFD (Baslet et al., 2010; Brown y Reuber, 2016; Brown y Reuber, 2016), los artículos de Brown et al. (2013), y Zeng et al. (2018) concuerdan en que las CFD constituyen un síndrome heterogéneo, debido a la existencia de diferentes perfiles psicopatológicos. De esta manera, se destaca la importancia de caracterizar a los diferentes subgrupos de pacientes con la finalidad de promover tratamientos que puedan ajustarse a las necesidades de cada caso (Baslet et al., 2010; Brown y Reuber, 2016). Urbanek et al. (2014) hallaron que la dificultad en la comprensión de las emociones es un predictor significativo de las CFD, incluso cuando la edad, el nivel educativo y la angustia emocional fueron controlados. En este sentido, resultaría beneficioso abordar la alexitimia como objetivo terapéutico en los pacientes con CFD, ya que se ha demostrado que tienden a informar síntomas físicos, sin atribuirlos a factores psicológicos (Stone et al., 2004). Asimismo, sería relevante que futuras investigaciones indaguen la eficacia de intervenciones para la alexitimia en pacientes con epilepsia, ya que su estudio es aún escaso.

En conclusión, es preciso destacar la importancia de la investigación de las CFD y la epilepsia en general, y de la alexitimia en particular, ya que ésta resulta todavía incipiente. De esta manera, su mayor delimitación y claridad conceptual pueden ser herramientas apropiadas a nivel clínico y teórico, para mejorar la comprensión y el manejo por parte de los profesionales de la salud mental, así como para el tratamiento de las personas que lo padecen. Por último, dado que las investigaciones fueron predominantemente provenientes de los Estados Unidos y del Reino Unido, se destaca la necesidad de realizar estudios en el contexto latinoamericano, ya que son muchas las personas que padecen estos trastornos.

Conclusión

En este artículo se han revisado estudios que analizaran la presencia de alexitimia en pacientes con CFD y pacientes con epilepsia. Los resultados indican que no hay diferencias significativas entre los grupos, ya que ambos presentan niveles elevados de alexitimia. A su vez, la alexitimia se asoció a la presencia de comorbilidad psiquiátrica, y ambos grupos presentaron sintomatología comórbida elevada. Por esta razón, sería relevante incorporarlo en los objetivos terapéuticos, con la finalidad de aumentar la conciencia emocional. De acuerdo con los estudios relevados, la alexitimia por sí sola no resultó ser un factor contribuyente en la distinción clínica entre las CFD y la epilepsia. Finalmente, todos los estudios incluidos en el presente artículo han utilizado la Escala de Alexitimia de Toronto de 20 ítems (Bagby et al., 1994) como único instrumento de medición.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anwar, H., Khan, Q.U., Nadeem, N., Pervaiz, I., Ali, M., y Cheema, F.F. (2020). Epileptic seizures. *Discoveries (Craiova, Romania)*, 8(2), 110. <https://doi.org/10.15190/d.2020.7>
- Bagby, R.M., Taylor, G.J., y Parker, J.D.A. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 33-40. doi:10.1016/0022-3999(94)90006-x
- Baslet, G. (2011). Psychogenic non-epileptic seizures: A model of their pathogenic mechanism. *Seizure*, 20(1), 1-13. <https://doi.org/10.1016/J.SEIZURE.2010.10.032>
- Baslet, G., Roiko, A., y Prensky, E. (2010). Heterogeneity in psychogenic nonepileptic seizures: Understanding the role of psychiatric and neurological factors. *Epilepsy & Behavior*, 17(2), 236-241. doi:10.1016/j.yebeh.2009.12.008
- Baslet, G., Seshadri, A., Bermeo-Ovalle, A., Willment, K., y Myers, L. (2016). Psychogenic non-epileptic seizures: an updated primer. *Psychosomatics*, 57(1), 1-17. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2015.10.004>
- Berthoz, S., Consoli, S., Perez-Diaz, F., y Jouvent, R. (1999). Alexithymia and anxiety: Compounded relationships? A psychometric study. *European Psychiatry*, 14(7), 372-378. doi:10.1016/S0924-9338(99)00233-3
- Bewley, J., Murphy, P. N., Mallows, J., y Baker, G. A. (2005). Does alexithymia differentiate between patients with nonepileptic seizures, patients with epilepsy, and nonpatient controls?. *Epilepsy & Behavior*, 7(3), 430-437. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2005.06.006>
- Brown, R.J., Bouska, J.F., Frow, A., Kirkby, A., Baker, G.A., Kemp, S., Reuber, M. (2013). Emotional dysregulation, alexithymia, and attachment in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 29(1), 178-183. doi:10.1016/j.yebeh.2013.07.019
- Brown, R.J., y Reuber, M. (2016). Psychological and psychiatric aspects of psychogenic non-epileptic seizures (PNES): A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 45, 157-182. doi:10.1016/j.cpr.2016.01.003
- Brown, R.J., y Reuber, M. (2016). Towards an integrative theory of psychogenic non-epileptic seizures (PNES). *Clinical Psychology Review*, 47, 55-70. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2016.06.003>
- Chung, M.C., y Allen, R.D. (2012). Alexithymia and Posttraumatic Stress Disorder Following Epileptic Seizure. *Psychiatric Quarterly*, 84(3), 271-285. doi:10.1007/s1126-012-9243-1
- D'Alessio, L., Giagante, B., Oddo, S., Silva, W., Solís, P., Consalvo, D., y Kochen, S. (2006). Psychiatric disorders in patients with psychogenic non-epileptic seizures, with and without comorbid epilepsy. *Seizure*, 15(5), 333-339. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2006.04.003>
- Demartini, B., Petrochilos, P., Ricciardi, L., Price, G., Edwards, M.J., y Joyce, E. (2014). The role of alexithymia in the development of functional motor symptoms (conversion disorder). *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 85(10), 1132-1137. doi:10.1136/jnnp-2013-307203
- Devinsky, O. (2003). Psychiatric comorbidity in patients with epilepsy: implications for diagnosis and treatment. *Epilepsy & Behavior*, 4, 2-10. doi:10.1016/j.yebeh.2003.10.002
- Duncan, R., Razvi, S., y Mulhern, S. (2011). Newly presenting psychogenic nonepileptic seizures: Incidence, population characteristics, and early outcome from a prospective audit of a first seizure clinic. *Epilepsy & Behavior*, 20(2), 308-311. <https://doi.org/10.1016/J.YEBEH.2010.10.022>
- Goerlich-Dobre, K.S., Votinov, M., Habel, U., Pripfl, J., y Lamm, C. (2015). Neuroanatomical profiles of alexithymia dimensions and subtypes. *Human Brain Mapping*, 36(10), 3805-3818. doi:10.1002/hbm.22879
- Goldstein, L.H., Drew, C., Mellers, J., Mitchell-O'Malley, S., y Oakley, D.A. (2000). Dissociation, hypnotizability, coping styles and health locus of control: characteristics of pseudoseizure patients. *Seizure*, 9(5), 314-322. doi:10.1053/seiz.2000.0421
- Goldstein, L.H. y Mellers, J.D. (2012). Recent Developments in Our Understanding of the Semiology and Treatment of Psychogenic Nonepileptic Seizures. *Current neurology and neuroscience reports*, 12, 436-44. <https://doi.org/10.1007/s11910-012-0278-3>
- Kaplan, M.J., Dwivedi, A.K., Privitera, M.D., Isaacs, K., Hughes, C., y Bowman, M. (2013). Comparisons of childhood trauma, alexithymia, and defensive styles in patients with psychogenic non-epileptic seizures vs. epilepsy: Implications for the etiology of conversion disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(2), 142-146. doi:10.1016/j.jpsychores.2013.06.005
- LaFrance, W.C., Baker, G.A., Duncan, R., Goldstein, L.H., y Reuber, M. (2013). Minimum requirements for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures: A staged approach. *Epilepsia*, 54(11), 2005-2018. doi:10.1111/epi.12356
- Liberati, A., Altman, D.G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P.C., Ioannidis, J.P.A., Clarke, M., Devereaux, P.J., Kleijnen, J. y Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *PLoS Medicine*, 6(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>
- Mula, M. (2016). The pharmacological management of psychiatric comorbidities in patients with epilepsy. *Pharmacological Research*, 107, 147-153. doi:10.1016/j.phrs.2016.03.022
- Myers L., Matzner B., Lancman M., Perrine K. y Lancman M. (2013). Prevalence of alexithymia in patients with psychogenic non-epileptic seizures and epileptic seizures and predictors in psychogenic non-epileptic seizures. *Epilepsy Behav*, 26, 153-7. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2012.11.054>

- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022). Epilepsia. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>
- Putica, A., Van Dam, N.T., Steward, T., Agathos, J., Felmingham, K., y O'Donnell, M. (2020). Alexithymia in post-traumatic stress disorder is not just emotion numbing: systematic review of neural evidence and clinical implications. *Journal of Affective Disorders*. doi:10.1016/j.jad.2020.09.100
- Rawlings, G.H., y Reuber, M. (2016). What patients say about living with psychogenic nonepileptic seizures: A systematic synthesis of qualitative studies. *Seizure*, 41, 100-111. <https://doi.org/10.1016/J.SEIZURE.2016.07.014>
- Reuber, M. (2008). Psychogenic nonepileptic seizures: answers and questions. *Epilepsy & Behavior*, 12(4), 622-635. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2007.11.006>
- Ricciardi, L., Demartini, B., Fotopoulou, A., y Edwards, M.J. (2015). Alexithymia in Neurological Disease: A Review. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 27(3), 179-187. doi:10.1176/appi.neuropsych.14070169
- Saarijarvi, S., Salminen, J.K., Toikka, T.B. (2001). Alexithymia and depression: a 1-year follow-up study in outpatients with major depression. *J Psychosom Res*, 51, 729-33. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00257-4](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00257-4)
- Sequeira, A.S., y Silva, B. (2019). A Comparison Among the Prevalence of Alexithymia in Patients With Psychogenic Non-epileptic Seizures, Epilepsy, and the Healthy Population: A Systematic Review of the Literature. *Psychosomatics*, 60(3), 238-245. <https://doi.org/10.1016/J.PSYM.2019.02.005>
- Stafstrom, C.E., y Carmant, L. (2015). Seizures and Epilepsy: An Overview for Neuroscientists. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 5(6). doi:10.1101/cshperspect.a022426
- Stone, J., Binzer, M., Sharpe, M. (2004). Illness beliefs and locus of control. A comparison of patients with pseudoseizures and epilepsy. *J Psychosom Res*, 57, 541-547. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.03.013>
- Taylor, G.J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *Can J Psychiatry*. Mar; 45(2), 134-42. doi: 10.1177/070674370004500203.
- Tojek, T.M., Lumley, M., Barkley, G., Mahr, G., Thomas, A. (2000). Stress and other psychosocial characteristics of patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Psychosomatics*, 41, 221-6. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.41.3.221>
- Urbanek, M., Harvey, M., McGowan, J., y Agrawal, N. (2014). Regulation of emotions in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 37, 110-115. doi:10.1016/j.yebeh.2014.06.004
- Wiseman, H., y Reuber, M. (2015). New insights into psychogenic nonepileptic seizures 2011-2014. *Seizure-European Journal of Epilepsy*, 29, 69-80. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2015.03.008>
- Wolf, L.D., Hentz, J.G., Ziemba, K.S., Kirilin, K.A., Noe, K.H., Hoerth, M.T., Locke, D.E.C. (2015). Quality of life in psychogenic nonepileptic seizures and epilepsy: The role of somatization and alexithymia. *Epilepsy & Behavior*, 43, 81-88. doi:10.1016/j.yebeh.2014.12.010
- Zeng, R., Myers, L., y Lancman, M. (2018). Post-traumatic stress and relationships to coping and alexithymia in patients with psychogenic non-epileptic seizures. *Seizure*, 57, 70-75. doi:10.1016/j.seizure.2018.03.011

Fecha de recepción: 19 de julio de 2023

Fecha de aceptación: 8 de octubre de 2023