

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS PARA LAS CRISIS NO EPILÉPTICAS DE ORIGEN PSICÓGENO (CNEP)

PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS FOR PSYCHOGENIC NON EPILEPTIC SEIZURES (PNES)

Guido Pablo Korman, Mercedes Sarudiansky,
Alejandra Inés Lanzillotti, María Marta Areco Pico,
Cristina Tenreyro, Laura Scévola,
Silvia Kochen y Luciana D'Alessio*

Resumen

Las Crisis No Epilépticas Psicógenas (CNEP) representan un desafío clínico, debido a la complejidad de sus manifestaciones, etiología y comorbilidad. El objetivo de este artículo es presentar los tratamientos psicológicos disponibles para abordar y tratar las CNEP. Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline, Latindex, Redalyc, Cochrane Collaboration, EBSCO y Lilacs. Dentro de los abordajes diseñados para el tratamiento de las CNEP, se destacan tres modelos de intervención psicoterapéutica que han obtenido resultados favorables en la puesta a prueba de sus intervenciones: dos modelos cognitivo conductuales y el tratamiento aumentado de Terapia Interpersonal. Se discuten estos hallazgos en función de las limitaciones, tanto metodológicas como provenientes de los distintos estudios clínicos encontrados.

Palabras clave: Crisis no epilépticas psicógenas, tratamientos psicológicos, terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal.

Abstract

Psychogenic Nonepileptic Seizures (PNES) pose a clinical challenge because of the diagnostic difficulty due to the complexity of their manifestations, etiology and comorbidity. The aim of this paper is to outline the available psychological treatments developed to deal with PNES. To fulfill this purpose a literature search was carried out across the databases Medline, Latindex, Redalyc, Cochrane Collaboration EBSCO and Lilacs. Within the designs intended to deal with PNES, three models of psychotherapeutic approach stand out, due to the positive outcome measurements of their interventions: two cognitive-behavioral based interventions and the augmented model of Interpersonal Therapy. These findings are analyzed taking into account their methodological and clinical limitations.

Key words: Psychogenic nonepileptic seizures, psychological treatments, cognitive-behavioral therapy, interpersonal therapy.

Recibido: 14-07-14 | Aceptado: 14-02-17

Introducción

Las Crisis No Epilépticas Psicógenas (CNEP) se definen como cambios paroxísticos en la conducta, en la sensopercepción o en la actividad cognitiva, limitados en el tiempo, que simulan crisis epilépticas

generalizadas o parciales, pero que no obedecen a una descarga neuronal anómala, sino que están generadas por distintos mecanismos psicológicos (Abubakr, Kablinger y Caldito, 2003, Kuyk et al., 1997). Las CNEP no constituyen una categoría diagnóstica psicológico-psiquiátrica per se, sino que fue creada por los neurólogos al diagnosticarla durante el video EEG pero, dadas sus características psicopatológicas, en las clasificaciones psiquiátricas pueden incluirse dentro de la categoría de Trastornos somatomorfos, subcategoría Trastornos con-

* Guido Pablo Korman, Mercedes Sarudiansky, Alejandra Inés Lanzillotti, María Marta Areco Pico, Cristina Tenreyro, Laura Scévola, Silvia Kochen y Luciana D'Alessio, CONICET-UBA, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

E-Mail: guidokorman@conicet.gov.ar

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXVI p.p. 115-124

© 2017 Fundación AIGLÉ.

versivos (American Psychiatric Association, 2000), actualmente denominado Trastorno de síntomas somáticos –Somatic Symptoms Disorder- (American Psychiatric Association, 2014) y/o Trastornos disociativos (American Psychiatric Association, 2000, 2014).

Históricamente las CNEP han sido reconocidas y definidas mediante la utilización de diversos términos: “crisis histéricas”, “histeroepilepsia”, “pseudocrisis”, “crisis no epilépticas”, “eventos no epilépticos”. Con el reconocimiento del componente emocional de la histeria por parte de Briquet y Briquet en 1859, se comenzaron a explorar los componentes sensoriales y motores de la histeria, definiéndose a las crisis como presentaciones diferenciadas de los síntomas nucleares de esta enfermedad. Asimismo, Moreau de Tours (1845/1974), mediante el término *désagrégation*, resaltó la naturaleza disociativa de las crisis conversivas (Bowman, 2006; Bowman y Kanner, 2007; Bowman y Markand, 1996). Charcot fue quien estableció a las crisis histéricas como una entidad clínica, acuñando el término histeroepilepsia, el cual posteriormente fue utilizado por Rabe (1966). Es a partir de los postulados freudianos cuando el mecanismo por excelencia de formación de síntoma en la histeria pasa a ser la conversión (Breuer y Freud, 1895). Actualmente, mediante la utilización del término Crisis No Epilépticas Psicógenas se intenta evitar la estigmatización causada por la implementación de otras categorías diagnósticas como ataques histéricos, histeroepilepsias u otras denominaciones (Giagante, D'Alessio, Silva y Kochen, 2007).

La mayoría de los pacientes que reciben diagnóstico de CNEP, fueron anteriormente diagnosticados con epilepsia refractaria (ER) (Lesser, 1996; Howell, Owen y Chadwick, 1989). La epilepsia constituye una de las principales enfermedades neurológicas crónicas, caracterizada por la repetición de crisis paroxísticas. Una crisis epiléptica es una enfermedad del cerebro caracterizada por un disturbio intermitente y estereotipado de la conciencia, comportamiento, emoción, función motora, percepción o sensación, derivado de una súbita, ocasional y excesiva descarga neuronal. La epilepsia es la condición que se establece cuando estas crisis son recurrentes a lo largo del tiempo (Kochen, 1998). Se considera epilepsia refractaria a aquella en la que se presenta una frecuencia de crisis de al menos una crisis al mes en los últimos 2 años, a pesar de recibir el tratamiento adecuado (Oddo et al., 2003). Aunque no se han hallado investigaciones que informen de manera fehaciente la prevalencia de CNEP en la población general, la incidencia de CNEP en pacientes inicialmente diagnosticados como epilépticos en centros de atención médica general es de un 5 a un 10%,

cifra que asciende a un 20% cuando se trata de centros especializados en epilepsia y hasta un 40% en pacientes internados por epilepsia (D'Alessio et al., 2006; Scévola et al., 2013). Asimismo, un tercio de los pacientes diagnosticados con CNEP han recibido un prolongado tratamiento con fármacos para epilepsia en forma innecesaria (Reuber et al., 2003). En la Argentina, distintos estudios exploratorios llevados a cabo en el Centro de Epilepsia del Hospital Ramos Mejía (CEHRM), en la Ciudad de Buenos Aires, uno de los centros de referencia para el tratamiento de ER, sugieren que aproximadamente un 20% de las ER que llegan a estos servicios resultan ser CNEP (D'Alessio et al., 2006; Scévola et al., 2013). Estos datos nos permiten dimensionar la relevancia de este problema en nuestro contexto.

La edad más frecuente de aparición de las CNEP se halla entre los 20 y los 30 años, siendo las mujeres las más afectadas (Gates, Ramani, Whalen y Loewenson, 1985; Krumholz y Niedermeyer, 1983; Meierkord y Shorvon, 1991). La mayor parte de los pacientes con CNEP reciben medicación antiepiléptica (DAE) durante largos periodos de tiempo (7 a 9 años) hasta que se arriba al diagnóstico correcto (D'Alessio et al., 2006; Scévola et al., 2013). El diagnóstico de CNEP actualmente se basa en la exclusión de otras enfermedades y se realiza a través del Video-Electro-Encefalograma (VEEG). El VEEG es indicado en aquellos pacientes en los que existe una posibilidad de cirugía para su epilepsia, y resulta imprescindible para realizar un diagnóstico diferencial entre epilepsia y CNEP. Consiste en el monitoreo continuo del comportamiento del paciente mientras se registra simultáneamente la actividad eléctrica cerebral (Lesser, 1996). El objetivo es corroborar la existencia de una correlación electro-clínica durante las crisis. En la mayoría de los casos, el diagnóstico de CNEP se confirma cuando se observan los episodios típicos descritos por el paciente o por sus acompañantes con anterioridad, sin registro de actividad electroencefalográfica epileptiforme ictal asociada (Giagante et al., 2007).

Una vez realizado el diagnóstico de CNEP, la primera estrategia terapéutica consiste en informar al paciente y a su familia el origen no epiléptico de las crisis a través de una psicoeducación (LaFrance, Reuber y Goldstein, 2013). Un estudio pionero llevado a cabo por Martin, Gilliam, Kilgore, Faught y Kuzniecky (1998) comparó el uso del sistema de salud antes y después de la realización del VEEG en pacientes con CNEP, y demostró que dar el diagnóstico explicando claramente el problema de salud, combinado con un tratamiento psicológico inmediato, redujo notoriamente las atenciones en servicios de salud.

Se calcula que 50% de los pacientes con CNEP mejoran luego de instituir el tratamiento adecuado, pero sólo 30% quedan libres de crisis a largo plazo (Reuber et al., 2003). Los factores predictivos de mejor pronóstico son el diagnóstico precoz, la vida independiente, la aceptación del diagnóstico, un coeficiente intelectual más alto, una buena situación socioeconómica o CNEP con semiología menos dramática (Reuber et al., 2003; Silva et al., 2002). La cronicidad y complejidad de los problemas psicológicos y psiquiátricos, como depresión, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad e historia de abusos crónicos, se relacionan con un peor pronóstico (Kuyk et al., 1997; Reuber et al., 2003; Frances, Baker y Appleton, 1999). Existe una correlación negativa entre el tiempo de evolución de las CNEP y el pronóstico, por lo que el diagnóstico correcto y la instauración de un tratamiento precoz podrían determinar en gran medida la evolución de este síndrome (Metrick et al., 1991; Martin et al., 1998).

Los pacientes con CNEP reportan altas tasas de trauma general, lo cual ha llevado a pensar a las situaciones traumáticas como una de las posibles causas del desarrollo de las CNEP (Goldstein y Mellers, 2012; Reuber, 2008). A su vez, es frecuente la presencia de trastornos psiquiátricos, entre ellos: Trastornos afectivos, Trastornos de ansiedad, Trastornos disociativos, Trastornos somatomorfos-trastornos conversivos- y Trastornos de personalidad (Bowman y Markand, 1996; D'Alessio et al., 2006). Otros trastornos psiquiátricos difíciles de diferenciar de los anteriormente nombrados son el Trastorno por simulación y el Trastorno facticio, los cuales deben ser descartados en los pacientes con CNEP (Liske y Forster, 1964).

Aunque la etiopatogenia de las CNEP es aún desconocida, teorías contemporáneas presumen un origen psicológico, por lo que es menester el desarrollo e investigación de estrategias de abordaje no farmacológicas, como la psicoterapia. Por este motivo, en el presente artículo intentaremos relevar los aportes de los distintos modelos de psicoterapias para la atención de los pacientes con CNEP.

Metodología

Este trabajo consiste en una revisión de los tratamientos disponibles para las CNEP. El objetivo es relevar los tratamientos psicoterapéuticos disponibles para las CNEP enfatizando aquellos que cuentan con investigación clínica. Para la recolección de información hemos llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline, Latindex, Redalyc, Cochrane Collaboration, EBSCO y Lilacs. La búsqueda se realizó utilizando las siguientes palabras clave: “Crisis no epilépticas de origen psicó-

geno”; “Crisis no epilépticas psicógenas”; “CNEP”; “Psychogenic nonepileptic seizures”; “Pseudoseizures”; “Psychogenic seizures”; “PNES”; “NES”; combinadas con “tratamiento”; “tratamiento psicológico”; “psychological treatment” y “treatment”.

Como resultado de esta revisión, hemos encontrado tres tratamientos que presentan estudios clínicos; dos tratamientos cognitivo-conductuales (los cuales cuentan con estudios randomizados y controlados) y un tratamiento de terapia interpersonal (el cual cuenta con estudios, pero no randomizados). Además, se señalan las características de otros tratamientos que aún no cuentan con apoyo empírico suficiente respecto de su utilidad clínica, pero que forman parte de los tratamientos desarrollados para las CNEP, como son: el tratamiento psicoanalítico basado en el modelo de trauma y de las relaciones objetales, hipnosis, un modelo de intervenciones paradójicas, EMDR, terapia grupal e intervenciones psicoeducativas.

Tratamientos psicológicos para las CNEP

Tratamientos cognitivo-conductuales

Kroencke (2007) afirma, a partir de una revisión de estudios randomizados y controlados, que la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de los trastornos somatomorfos, categoría en la cual pueden incluirse las CNEP (American Psychiatric Association, 2000). Por otra parte, la TCC tiene una probada efectividad en los tratamientos orientados a la depresión y la ansiedad (Beck, 2005), trastornos que se asocian frecuentemente con el desarrollo y mantenimiento de las CNEP.

Uno de los trabajos pioneros en terapia cognitiva para las CNEP es un estudio de caso único publicado por Chalder (1996). En la actualidad, existen principalmente dos tratamientos cognitivo-conductuales manualizados que han liderado las investigaciones: el tratamiento desarrollado por el grupo de Laura H. Goldstein (Reino Unido) y el tratamiento desarrollado por William C. P. LaFrance (Estados Unidos).

El tratamiento desarrollado por Goldstein (Goldstein, Deale, Mitchell-O'Malley, Toone y Mellers, 2004; Goldstein et al., 2010) se encuentra basado en un modelo de miedo, de escape o evitación que considera a las CNEP como respuestas disociativas a distintas señales (cognitivas, emocionales, fisiológicas o ambientales); dichas respuestas se encontrarían asociadas con experiencias extremadamente estresantes o peligrosas, por ejemplo abuso o trauma, las cuales habrían producido sensaciones insostenibles de miedo y malestar en mo-

mentos tempranos de la vida. Con este fundamento teórico, basándose en el trabajo de Chalder (1996), Goldstein presenta un modelo de 12 sesiones enfocado en los aspectos cognitivos, emocionales, fisiológicos y comportamentales de las CNEP (Goldstein et al., 2010) Este tratamiento supone la realización de tareas para el hogar y bibliografía psicoeducativa de las pseudocrisis. El tratamiento cuenta con cinco etapas claramente diferenciadas: 1) Compromiso con el tratamiento y explicación racional; 2) Técnicas para el control de las pseudocrisis; 3) Técnicas de exposición para reducir la evitación; 4) Manejo de las cogniciones y emociones relacionadas con las crisis; y 5) Prevención de recaídas. Este modelo cuenta con un estudio randomizado y controlado (Goldstein et al., 2010) en el que se compara la terapia cognitivo-conductual con el tratamiento habitual (tratamiento psiquiátrico), con resultados favorables para la terapia cognitiva por sobre el tratamiento habitual.

Por su parte, el modelo desarrollado por LaFrance se basa en un abordaje inicialmente desarrollado para fortalecer el autocontrol de las crisis epilépticas (Reiter, Andrews y Janis, 1987) modificado a partir del modelo Beckeano de terapia cognitiva (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983). La intervención se basa en el supuesto de que los pacientes con CNEP han tenido experiencias traumáticas que los llevan a desarrollar creencias centrales desadaptativas (esquemas negativos) y que, a partir de ellas, presentan distorsiones cognitivas y síntomas somáticos. El tratamiento de 12 sesiones tiene por objetivo promover cambios conductuales, generar mayor autocontrol y autoeficacia. Ha sido diseñado especialmente para pacientes con CNEP, tanto para el tratamiento de las crisis como de las comorbilidades que habitualmente se desarrollan en este trastorno.

En uno de los trabajos que se realizaron para comprobar la eficacia de esta intervención se encontró que, de los 21 participantes, 16 habían logrado reducir las crisis a un 50% y que 11 de las 17 personas que completaron el tratamiento se encontraban libres de crisis al finalizar el mismo (LaFrance et al., 2009). En un estudio posterior (LaFrance et al., 2013) se realizó un ensayo controlado y randomizado con 35 pacientes evaluados con VEEG con diagnóstico confirmado de CNEP. Estos pacientes fueron asignados a cuatro tratamientos: Medicación (Sertralina), TCC, TCC y Medicación, y tratamiento médico estándar. La intervención TCC mostró una reducción significativa de las crisis, y una mejoría en el funcionamiento general y respecto de los síntomas en las distintas escalas administradas. La combinación de TCC y Medicación mostró mejorías, pero menores que la sola aplicación de TCC. La Medicación mostró indicio de mejorías, mientras que el tratamiento mé-

dico estándar no mostró disminución de las CNEP, dando cuenta de que la terapia de soporte no funciona para las CNEP.

Terapia interpersonal

Howlett y Reuber (2009) desarrollaron un modelo de Terapia Interpersonal al que describen como "Un Modelo Aumentado de Terapia Interpersonal Psicoanalítica Breve para pacientes con CNEP". Los autores basaron su enfoque en una adaptación del modelo de terapia interpersonal psicodinámica breve desarrollado por Hobson (1985), al que combinaron con un modelo adaptado para trastornos somáticos funcionales (Creed et al., 2004; Guthrie, Creed, Dawson y Tomenson, 1991), proponiendo un enfoque empático y accesible, orientado a promover la corrección de estilos de afrontamiento y la colaboración del paciente. Este modelo se basa en la suposición de que los problemas del paciente surgen o están exacerbados por perturbaciones en sus relaciones personales significativas, con patrones interpersonales disfuncionales, originados muy tempranamente en su vida, y un enlace explícito entre éstos y los síntomas del paciente. Este enfoque supone el uso de diferentes tipos de hipótesis: "comprensivas" para desarrollar la toma de conciencia por parte del paciente de sus sentimientos actuales; "de enlace", para establecer conexiones entre los sentimientos actuales y otros sentimientos, tanto dentro como fuera de la terapia; y "explicativas", para buscar posibles razones subyacentes para la conducta del paciente, particularmente si es una conducta repetida. Con estas hipótesis se busca la identificación y el cambio de patrones disfuncionales en las relaciones interpersonales y un procesamiento más efectivo de las emociones penosas actuales y pasadas.

El tratamiento consiste en una entrevista semi-estructurada, inicial, de 2 horas, seguida por hasta diecinueve sesiones de terapia, de aproximadamente 50 minutos, semanales o con intervalos de dos semanas. El número de sesiones se va pautando con el paciente de acuerdo a la evaluación que el terapeuta haga de cada uno. Los objetivos de este enfoque son múltiples. En la primera sesión se espera: a) Crear un compromiso inicial, dada la dificultad de aceptar un tratamiento terapéutico de los pacientes con síntomas somáticos funcionales. b) Desarrollar la formulación del caso. La intervención para lograr este objetivo consiste en el desarrollo de un modelo PPPT (factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes, y disparadores de crisis) individualizado, basado en la historia de los síntomas, la cronología de vida, las relaciones interpersonales (pasadas y presentes), las tensiones de vida actuales (incluyendo la morbilidad física), los recursos de afron-

tamiento (ambiente familiar, estrategias personales, expresión emocional, evitación, auto-cuidado y dependencia). c) Cambiar la percepción de la enfermedad, un objetivo de la terapia en sí mismo. d) Controlar los síntomas, a través de técnicas de respiración y relajación.

Las sesiones subsiguientes tienen como objetivos: Aumentar la independencia, introduciendo estrategias que favorezcan la separación y el auto-cuidado, como el establecimiento de metas personales, el auto-control de la ansiedad y la creación de una red de apoyo familiar; estimular la autoayuda; incorporar cuidadores y otros profesionales de la salud; mejorar el proceso emocional, alentando a los pacientes con CNEP a comunicar y revelar sus sentimientos, tanto en el contexto de la terapia como en sus relaciones interpersonales; y procesar el trauma, dada la alta prevalencia de trauma severo entre los pacientes con CNEP.

Al evaluar la eficacia de este modelo, un estudio realizado por Mayor, Howlett, Grünwald y Reuber (2010), sobre 47 pacientes, halló que entre 12 y 60 meses luego de finalizada la terapia, el 25% de los pacientes estaban libres de crisis y el 40% presentaba una reducción del 50%; y que el uso de servicios de salud había disminuido significativamente. De todas maneras, hasta el momento no se han hallado estudios randomizados con grupo control con este modelo de intervención.

Terapias Psicodinámicas

Kalogjera-Sackellares (2004) ha descrito un tratamiento orientado a las CNEP basado en el concepto psicoanalítico de trauma, utilizando principios de la Psicología del Yo y modelos de las relaciones objetales. Postula la necesidad de trabajar en el reconocimiento del trauma como fundante de los síntomas, sin olvidar la singularidad de la respuesta, dependiendo de la psicopatología del paciente. En lo que se refiere a este tratamiento, se han descrito varios casos, pero aún no se han publicado estudios que demuestren su eficacia (LaFrance et al., 2013).

Hipnosis

Dos investigaciones realizadas por Moene, Spinhoven, Hoogduin y Van Dyck (2002; 2003) utilizaron adultos diagnosticados con trastornos conversivos, con movimientos mioclónicos paroxísticos, crisis convulsivas no epilépticas y trastornos de somatización, a quienes se los incorporó en un programa terapéutico de resolución de problemas. El grupo experimental incluía un módulo de hipnosis, mientras que en el grupo control no se incluyó hipnosis como tratamiento complementario. En ambos casos el se-

guimiento fue de entre 6 y 8 meses. Ambos estudios no han podido demostrar resultados específicos de la eficacia de la hipnosis en este tipo de cuadros.

Estudios comparativos entre pacientes con CNEP y pacientes diagnosticados con epilepsia muestran que los pacientes con CNEP obtienen puntajes más altos en escalas específicas, por lo que serían más hipnotizables (Barry, Atzman y Morrell, 2000; Khan et al., 2009; Kuyk et al., 1995, 1997). Asimismo, se han publicado informes de casos en los que la hipnosis fue utilizada como método auxiliar (Moene y Hoogduin, 1999), pero los datos arrojados y la cantidad de estudios realizados aún no permiten llegar a una conclusión certera.

EMDR

La EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ha sido propuesta para el tratamiento de las CNEP en virtud de su utilización como estrategia terapéutica en casos de trastorno por estrés postraumático, y de la frecuencia de eventos traumáticos en la historia personal de los pacientes con CNEP. Sin embargo, no ha evidenciado resultados positivos suficientes para el tratamiento de las crisis epilépticas psicógenas, tanto como tratamiento de primera elección o formando parte de una batería de intervenciones (Howlett y Reuber, 2009), a excepción de mejorías en un caso singular (Chemali y Meadows, 2004).

Intervenciones paradójales

Con este tipo de intervención se intenta que el paciente pueda revivir su crisis o experimente aumentos de ansiedad ya acontecidos, utilizando la imaginación o provocando los síntomas en la sesión. Ataoglu, Ozcetin, Icmeli y Ozbulut (2003) y Ataoglu, Sir y Ozkan (1998) compararon dos grupos: un grupo control, tratados con Diazepam, y un grupo experimental al que se le aplicó esta técnica. Este último grupo evidenció reducción de crisis y de niveles de ansiedad. De todas maneras, las investigaciones realizadas sobre este tipo de intervenciones aún son escasas.

Terapia de grupo

Las terapias grupales han mostrado resultados variables respecto de la disminución de las crisis, pero han arrojado mejorías en cuanto al bienestar psicológico (Barry et al., 2000; Khan et al., 2009; Kuyk et al., 1999). El estudio realizado por Barry et al. (2008) sobre una terapia con foco psicodinámico, tomando las crisis como expresiones de emociones no conscientes, presenta limitaciones metodológi-

cas y un bajo número de sujetos. Se presume que podría llegar a tener beneficios si su implementación fuera acompañada por psicoterapia individual.

Sin embargo, un estudio realizado por Zaroff, Myers, Barr, Luciano y Devinsky (2004) concluyó que no existieron mejorías en la calidad de vida de los pacientes, utilizando como instrumento la escala QOLIE-31 (Cramer et al., 1998).

Terapia familiar

Dado que las familias de pacientes con CNEP resultan más conflictivas al ser comparadas con las de pacientes con epilepsia, se han realizado estudios para evaluar la eficacia de la terapia familiar (Krawetz et al., 2001; Moore, Baker, McDade, Chadwick y Brown, 1994). Estos datos se consideran importantes, ya que los conflictos familiares se relacionan con la prevalencia de trastornos del estado del ánimo y una baja percepción de calidad de vida en los pacientes con CNEP (LaFrance et al., 2011). Se ha implementado el modelo de terapia familiar de McMaster (Ryan, Epstein, Keitner, Miller y Bishop, 2005) en pacientes con CNEP, arrojando resultados positivos (Archambault y Ryan, 2010), aunque son necesarias más investigaciones para corroborar estos buenos resultados.

Enfoques psicoeducativos

Se ha comprobado que pacientes con CNEP son reticentes a considerar que las emociones sean causa de su padecer. Sin embargo, cuando esta explicación es aceptada puede tener consecuencias significativas en el futuro de las crisis y provocar mejorías. Chen et al. (2013), llevaron a cabo un programa en el que, previo a la incorporación de los pacientes, se realizaba una explicación del diagnóstico de las CNEP utilizando una estrategia de comunicación estandarizada. En la misma se enfatizaba sobre los siguientes puntos: los ataques no son epilépticos; tienen una causa psicógena, lo cual no implica que las crisis sean causadas deliberadamente por el paciente; los conflictos internalizados o suprimidos son, la mayoría de las veces, las causas de los episodios; el objetivo de la intervención es lograr el control de los eventos y para ello se utiliza como instrumentos la aceptación y la responsabilidad.

Los autores realizaron un estudio randomizado y controlado para evaluar la eficacia de esta intervención, comparando un grupo experimental –quienes participaban del programa psicoeducativo- y un grupo control –quienes acudían a los controles de rutina-. El programa estuvo dividido en distintas sesiones, cuyos objetivos principales eran que los pacientes aceptaran las CNEP como legítimas pero, a

su vez, como interrupciones emocionales que pueden llegar a ser controlables y que distintas manifestaciones físicas pueden ser causadas por emociones no tramitadas de manera correcta, por ejemplo las úlceras gástricas provocadas por el estrés. Asimismo, se enfatizó el reconocimiento del evento disparador y la importancia de poder utilizar distintos canales para liberarse de las tensiones. A su vez, se alentaba a los pacientes a tener roles activos en su recuperación mediante la enseñanza de técnicas y habilidades. Los pacientes fueron evaluados pre y post tratamiento y, a su vez, comparados con los datos obtenidos del grupo control, con un seguimiento de 3 y 6 meses. Los resultados indicaron que, a pesar de que no se encontraron diferencias significativas en frecuencia e intensidad de las crisis, el grupo experimental presentó mejores valores en escalas de calidad de vida, así como una menor frecuencia de consultas en guardias médicas relacionadas con las crisis y mayor apertura a realizar tratamientos psicoterapéuticos.

Paralelamente, Zaroff et al. (2004) desarrollaron un programa de psicoeducación con pacientes con CNEP en el que se obtuvo una disminución de síntomas disociativos y postraumáticos, un aumento en la calidad de vida y en las estrategias de afrontamiento.

Conclusiones

La categoría de Crisis No Epilépticas Psicógenas (CNEP) surge del campo de la neurología, a partir de la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial entre epilepsia refractaria (ER) y aquellos cuadros cuyas crisis no responden a descargas eléctricas anómalas. De hecho, el diagnóstico de CNEP no figura en los sistemas diagnósticos psicológico-psiquiátricos como tal, sino que se incluye dentro de las categorías de Trastornos somatomorfos -actualmente de síntomas somáticos-, subtipo conversivo y/o Trastornos disociativos (LaFrance et al., 2013). Este no es un hecho menor, dado que pareciera ser condición que, para recibir el diagnóstico de CNEP, el paciente haya consultado a un neurólogo, o bien a algún especialista familiarizado con esta nomenclatura, puesto que de otra manera el diagnóstico sería diferente, lo que se condice, asimismo, con que la mayoría de los pacientes con CNEP fueron diagnosticados inicialmente como epilépticos.

La importancia de estas cuestiones se asocia con el hecho de que la atribución respecto de las causas de la enfermedad, tanto de los pacientes como de sus familiares, se relaciona con los aspectos biológicos y fisiológicos -tomando como enfermedad prototípica a la epilepsia-, antes que con un posible origen psicógeno (Groleau, Young y Kirmayer, 2006).

En efecto, al analizar la percepción del paciente a partir del locus de control percibido, distinguiendo entre un locus externo y un locus interno, se ha demostrado que en los pacientes diagnosticados con CNEP predomina la creencia de un locus de control externo (Stone, Binzer y Sharpe, 2004), presumiendo que la enfermedad tiene una atribución externa -producto de un desorden biológico-, con la implicancia de que la misma no puede ser modificada por los pensamientos o conductas del paciente (Reuber, 2008). De allí que la aceptación de las explicaciones psiquiátricas y psicológicas como causantes del padecimiento sea considerada como uno de los objetivos terapéuticos centrales, a diferencia de ser tomadas como características secundarias del malestar. En la mayoría de los tratamientos que expusimos en el presente artículo -en especial los tratamientos cognitivo-conductuales, el de la terapia interpersonal y los programas psicoeducativos-, se destaca la importancia y la dificultad de cambiar el sistema atributivo en pacientes que, durante un promedio de ocho años aproximadamente, han pensado que tenían una enfermedad neurológica. Éste es un aspecto fundamental, tanto en lo que se refiere a los objetivos mismos de los tratamientos, como a los factores que pueden afectar la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.

Además de la atribución respecto de la enfermedad, otra de las características de los pacientes con CNEP es la presencia de trastornos psiquiátricos comórbidos. En este sentido, encontramos que muchas de las propuestas de tratamiento se organizan en función de estos aspectos (por ejemplo, hipnosis, EMDR, en relación con los antecedentes de trauma y abuso), o bien surgen de abordajes que han probado su eficacia en trastornos mentales específicos, como la depresión, frecuentes en los pacientes con CNEP, como es el caso de la terapia interpersonal y la terapia cognitivo-conductual.

Asimismo, los resultados positivos obtenidos por la terapia interpersonal y los modelos cognitivo-conductuales dan cuenta de que intervenciones con fundamentos teórico-explicativos distintos pueden lograr resultados similares. Analizando las intervenciones de estos modelos, podemos decir que ambos hacen hincapié en la psicoeducación respecto del trastorno, aspecto que resaltamos previamente como central en este tipo de cuadros, y en estrategias prácticas para lidiar con el malestar.

Finalmente, es menester destacar que recién en los últimos diez años se han desarrollado intervenciones específicas con apoyo empírico para esta patología. No obstante, la investigación sobre esta dolencia es aún reciente, y no hay estudios realizados por grupos de investigadores independientes, motivo por el cual hay que ser cautos a la hora de

generalizar estos resultados. Sin embargo, dado el alto costo que esta patología supone tanto para los pacientes y familiares como para el sistema de salud -la latencia en el diagnóstico es de ocho años en promedio-, es necesario que se realice una adecuada difusión de los tratamientos disponibles. Además, se requieren investigaciones futuras que ayuden a que la comunidad psicológica y psiquiátrica incorpore estas patologías y aúne conceptos para generalizar criterios diagnósticos, que permitan discriminar y tratar las CNEP tempranamente.

REFERENCIAS

- Abubakr, A., Kablinger, A., & Caldito, G. (2003). Psychogenic seizures: clinical features and psychological analysis. *Epilepsy & Behavior*, 4(3), 241-245. doi:10.1016/S1525-5050(03)00082-9
- American Psychiatric Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 4 ed., texto revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 5 ed. Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Archambault, R. C., & Ryan, C. E. (2010). Chapter 33. Family therapy for patients diagnosed with psychogenic nonepileptic seizures. En S. C. Schachter, W. C. LaFrance Jr (Eds.) *Gates and Rowan's nonepileptic seizures*. 3rd ed. (pp. 317-326). Cambridge University Press: Cambridge, New York.
- Ataoglu, A., Sir, A., & Ozkan, M. (1998). Paradoxical therapy in conversion disorder. *Tr. J. of Medical Sciences*, 28, 419-421.
- Ataoglu, A., Ozcetin, A., Icmeli, C., & Ozbulut, O. (2003). Paradoxical therapy in conversion reaction. *Journal of Korean Medical Science*, 18(4), 581. doi:10.3346/jkms.2003.18.4.581
- Barry, J. J., Atzman, O., & Morrell, M. J. (2000). Discriminating between epileptic and nonepileptic events: the utility of hypnotic seizure induction. *Epilepsia*, 41(1), 81-84. doi:10.1111/j.1528-1157.2000.tb01509.x
- Barry, J. J., Wittenberg, D., Bullock, K. D., Michaels, J. B., Classen, C. C., & Fisher, R. S. (2008). Group therapy for patients with psychogenic nonepileptic seizures: a pilot study. *Epilepsy & Behavior*, 13(4), 624-629. doi:10.1016/j.yebeh.2008.06.013
- Beck, A. T. (2005). The current state of Cognitive Therapy. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 953-959. doi:10.1001/archpsyc.62.9.953

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Bowman, E. S., & Markand, O. N. (1996). Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudoseizure subjects. *American Journal of Psychiatry*, 153(1), 57-63. doi:10.1176/ajp.153.1.57
- Bowman, E. (2006). Why conversion seizures should be classified as a dissociative disorder. Dissociative disorders: an expanding window into the psychobiology of the mind. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 185-211. doi:10.1016/j.psc.2005.10.003
- Bowman, E., & Kanner, A. (2007). [en línea]. *Psychopathology and outcome in psychogenic nonepileptic seizures*. Recuperado de <http://neupsykey.com/psychopathology-and-outcome-in-psychogenic-nonepileptic-seizures/>
- Briquet, P., & Briquet, P. (1859). *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. J.-B. Baillière et fils.
- Chalder, T. (1996). Non-Epileptic attacks: A Cognitive Behavioural Approach in a Single Case with a Four-Year Follow-up. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3(4), 291-297. doi:10.1002/(sici)1099-0879(199612)3:4<291::aid-cpp72>3.3.co;2-8
- Chemali, Z., & Meadows, M. E. (2004). The use of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of psychogenic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 5(5), 784-787. doi:10.1016/j.yebeh.2004.06.003
- Chen, D. K., Maheshwari, A., Franks, R., Trolley, G. C., Robinson, J. S., & Hrachovy, R. A. (2013). Brief group psychoeducation for psychogenic nonepileptic seizures: A neurologist initiated program in an epilepsy center. *Epilepsia*, 55(1), 156-166. doi:10.1111/epi.12481
- Cramer, J. A., Perrine, K., Devinsky, O., Bryant-Comstock, L., Meador, K., & Hermann, B. (1998). Development and cross-cultural translations of a 31-item quality of life in epilepsy inventory. *Epilepsia*, 39(1), 81-88. doi:10.1111/j.1528-1157.1998.tb01278.x
- Creed, F., Fernandes, L., Guthrie, E., Palmer, S., Ratcliffe, J., Read, N., & Tomenson, B. (2004). The cost-effectiveness of psychotherapy and paroxetine for severe irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 124(2), 303-317. doi:10.1053/gast.2003.50055
- D'Alessio, L., Giagante, B., Oddo, S., Silva, W., Solís, P., Consalvo, D., & Kochen, S. (2006). Psychiatric disorders in patients with psychogenic non-epileptic seizures, with and without comorbid epilepsy. *Seizure*, 15(5), 333-339. doi:10.1016/j.seizure.2006.04.003
- Frances, P. L., Baker, G. A., & Appleton, P. L. (1999). Stress and avoidance in pseudoseizures: testing the assumptions. *Epilepsy Research*, 34(2-3), 241-249. doi:10.1016/s0920-1211(98)00116-8
- Freud, S., & Breuer, J. (1895). Estudios sobre la histeria. En: S. Freud, *Obras completas. Vol II (1893-1895)*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Gates, J. R., Ramani, V., Whalen, S., & Loewenson, R. (1985). Ictal characteristics of pseudoseizures. *Archives of Neurology*, 42(12), 1183-1187.
- Giagante, B., D'Alessio, L., Silva, W., & Kochen, S. (2007). Crisis no epilépticas psicógenas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 187-207.
- Goldstein, L., Deale, A. C., Mitchell-O'Malley, S., Toone, B. K., & Mellers, J. (2004). An evaluation of cognitive behavioral therapy as a treatment for dissociative seizures: a pilot study. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 17(1), 41-49. doi:10.1097/00146965-200403000-00005
- Goldstein, L. H., Chalder, T., Chigwedere, C., Khondoker, M. R., Moriarty, J., Toone, B. K., & Mellers, J. D. C. (2010). Cognitive-behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures: a pilot RCT. *Neurology*, 74(24), 1986-1994. doi:10.1212/WNL.0b013e3181e39658
- Goldstein, L. H., & Mellers, J. D. (2012). Recent developments in our understanding of the semiology and treatment of psychogenic nonepileptic seizures. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 12(4), 436-444. doi:10.1007/s11910-012-0278-3
- Groleau, D., Young, A., & Kirmayer, L. J. (2006). The McGill Illness Narrative Interview (MINI): an interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience. *Transcultural Psychiatry*, 43(4), 671-691. doi:10.1177/1363461506070796
- Guthrie, E., Creed, F., Dawson, D., & Tomenson, B. (1991). A controlled trial of psychological treatment for the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 100(2), 450-457. doi:10.1016/0016-5085(91)90215-7
- Hobson, R. F. (1985). *Forms of feeling: the heart of psychotherapy*. London, New York: Tavistock Publications.
- Howell, S. J. L., OWEN, K., & Chadwick, D. W. (1989). Pseudostatus epilepticus. *QJM*, 71(3), 507-519.
- Howlett, S., & Reuber, M. (2009). An augmented model of brief psychodynamic interpersonal therapy for patients with nonepileptic seizures. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(1), 125-238. doi:10.1037/a0015138
- Kalogjera-Sackellares, D. (2004). *Psychodynamics and psychotherapy of pseudoseizures*. UK: Cromwell Press Ltd Trowbridge Wiltshire

- Khan, A. Y., Baade, L., Ablah, E., McNERney, V., Golewale, M. H., & Liow, K. (2009). Can hypnosis differentiate epileptic from nonepileptic events in the video/EEG monitoring unit? Data from a pilot study. *Epilepsy & Behavior*, 15(3), 314-317. doi:10.1016/j.yebeh.2009.04.004
- Kochen, S. (1998). *Epilepsia crónica: factores pronósticos y decisión terapéutica*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina.
- Krawetz, P., Fleisher, W., Pillay, N., Staley, D., Arnett, J., & Maher, J. (2001). Family functioning in subjects with pseudoseizures and epilepsy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(1), 38-43. doi:10.1097/00005053-200101000-00007
- Krumholz, A., & Niedermeyer, E. (1983). Psychogenic seizures: A clinical study with follow-up data. *Neurology*, 33(4), 498-498.
- Kuyk, J., Jacobs, L. D., Aldenkamp, A. P., Meinardi, H., Spinhoven, P., & van Dyck, R. (1997). Pseudo-epileptic seizures: hypnosis as a diagnostic tool. *Seizure*, 4(2), 123-128. doi:10.1016/s1059-1311(95)80091-3
- Kuyk, J., Spinhoven, P., & van Dyck, R. (1999). Hypnotic recall: a positive criterion in the differential diagnosis between epileptic and pseudoepileptic seizures. *Epilepsia*, 40(4), 485-491. doi:10.1111/j.1528-1157.1999.tb00745.x
- LaFrance Jr, W. C., Miller, I. W., Ryan, C. E., Blum, A. S., Solomon, D. A., Kelley, J. E., & Keitner, G. I. (2009). Cognitive behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 14(4), 591-596. doi:10.1016/j.yebeh.2009.02.016
- LaFrance Jr, W. C., Alosco, M. L., Davis, J. D., Tremont, G., Ryan, C. E., Keitner, G. I., Miller, I. W., & Blum, A. S. (2011). Impact of family functioning on quality of life in patients with psychogenic nonepileptic seizures versus epilepsy. *Epilepsia*, 52(2), 292-300. doi:10.1111/j.1528-1167.2010.02765.x
- LaFrance Jr, W. C., Reuber, M., & Goldstein, L. H. (2013). Management of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia*, 54(1), 53-67. doi:10.1111/epi.12106
- Lesser, R. P. (1996). Psychogenic seizures. *Neurology*, 46(6), 1499-1507. doi:10.1212/wnl.46.6.1499
- Liske, E., & Forster, F. M. (1964). Pseudoseizures a problem in the diagnosis and management of epileptic patients. *Neurology*, 14(1), 41. doi:10.1212/wnl.14.1.41
- Martin, R. C., Gilliam, F. G., Kilgore, M., Faught, E., & Kuzniecky, R. (1998). Improved health care resource utilization following video-EEG-confirmed diagnosis of nonepileptic psychogenic seizures. *Seizure*, 7(5), 385-390. doi:10.1016/s1059-1311(05)80007-x
- Mayor, R., Howlett, S., Grünewald, R., & Reuber, M. (2010). Long-term outcome of brief augmented psychodynamic interpersonal therapy for psychogenic nonepileptic seizures: Seizure control and health care utilization. *Epilepsia*, 51(7), 1169-1176. doi:10.1111/j.1528-1167.2010.02656.x
- Meierkord, H., & Shorvon, S. (1991). The clinical features and prognosis of pseudoseizures diagnosed using video-EEG telemetry. *Neurology*, 41(10), 1643-1643.
- Metrick, M. E., Ritter, F. J., Gates, J. R., Jacobs, M. P., Skare, S. S., & Loewenson, R. B. (1991). Nonepileptic events in childhood. *Epilepsia*, 32(3), 322-328. doi:10.1111/j.1528-1157.1991.tb04658.x
- Moene, F. C., & Hoogduin, K. A. (1999). The creative use of unexpected responses in the hypnotherapy of patients with conversion disorders. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 47(3), 209-226. doi:10.1080/00207149908410033
- Moene, F. C., Spinhoven, P., Hoogduin, K. A., & van Dyck, R. (2002). A randomised controlled clinical trial on the additional effect of hypnosis in a comprehensive treatment programme for in-patients with conversion disorder of the motor type. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(2), 66-76. doi:10.1159/000049348
- Moene, F. C., Spinhoven, P., Hoogduin, K. A., & van Dyck, R. V. (2003). A randomized controlled clinical trial of a hypnosis-based treatment for patients with conversion disorder, motor type. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51(1), 29-50. doi:10.1076/iceh.51.1.29.14067
- Moore, P. M., Baker, G. A., McDade, G., Chadwick, D., & Brown, S. (1994). Epilepsy, pseudoseizures and perceived family characteristics: a controlled study. *Epilepsy research*, 18(1), 75-83. doi:10.1016/0920-1211(94)90035-3
- Moreau de Tours, J. (1845/1974). *Du Hachisch et de l'aliénation mentale, suivi de recherché sur les aliénés en Orient*. Yverdon: Kesselring.
- Oddo, S., Solis, P., Consalvo, D., Giagante, B., Silva, W., & D'Alessio, L., (2003). Mesial temporal lobe epilepsy and hippocampal sclerosis: cognitive function assessment in hispanic patients. *Epilepsy and Behavior* (4), 717-722.
- Rabe, F. (1966). Hysterische Anfälle bei Epilepsie. *Nervenarzt*, 37, 141-147.
- Reiter, J., Andrews, D., & Janis, C. (1987). *Taking control of your epilepsy: a workbook for patients and professionals*. Basics Publishing Company.
- Reuber, M., & Elger, C. E. (2003). Psychogenic nonepileptic seizures: review and update. *Epilepsy & Behavior*, 4(3), 205-216. doi:10.1016/s1525-5050(03)00104-5

- Reuber, M., Pukrop, R., Bauer, J., Helmstaedter, C., Tessendorf, N., & Elger, C. E. (2003). Outcome in psychogenic nonepileptic seizures: 1 to 10-year follow-up in 164 patients.
- Reuber, M. (2008). Psychogenic nonepileptic seizures: answers and questions. *Epilepsy & Behavior, 12*(4), 622-635. doi:10.1016/j.yebeh.2007.11.006
- Reuber, M., Pukrop, R., Bauer, J., Helmstaedter, C., Tessendorf, N., & Elger C. E. (2003) Outcome in psychogenic nonepileptic seizures: 1 to 10 follow-up in 164 patients. *Annals of neurology, 53*(3), 305-311. doi:10.1002/ana.3000
- Ryan, C. E., Epstein, N. B., Keitner, G. I., Miller, I. W., & Bishop, D.S. (2005). *Evaluating and treating families: the McMaster approach*. Routledge: New York.
- Scévola, L., Teitelbaum, J., Oddo, S., Centurión, E., Loidl, C., Kochen, S., & D'Alessio, L. (2013). Psychiatric disorders in patients with psychogenic nonepileptic seizures and drug-resistant epilepsy: A study of an Argentine population. *Epilepsy & Behavior, 29*(1), 155-160. doi:10.1016/j.yebeh.2013.07.012
- Silva, W., Giagante, B., Saizar, R., D'Alessio, L., Oddo, S., Consalvo, D., Saidón, P., & Kochen, S. (2002). Clinical features and prognosis of non-epileptic seizures in a developing country. *Epilepsia, 42*(3), 398-401. doi:10.1046/j.1528-1157.2001.45299.x
- Stone, J., Binzer, M., & Sharpe, M. (2004). Illness beliefs and locus of control: a comparison of patients with pseudoseizures and epilepsy. *Journal of psychosomatic research, 57*(6), 541-547. doi:10.1016/j.jpsychores.2004.03.013
- Zaroff, C., Myers, L., B Barr, W., Luciano, D., & Devinsky, O. (2004). Group psychoeducation as treatment for psychological nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior, 5*(4), 587-592. doi:10.1016/j.yebeh.2004.03.005