

Estudio comparativo del afrontamiento y estresores entre las crisis epilépticas y las psicógenas no epilépticas

Comparative Study of Coping and Stressors between Epileptic and Psychogenic Non-Epileptic Seizures

Marilyn Zaldívar Bermúdez^{1*} <http://orcid.org/0000-0002-8409-888X>

Lilia María Morales Chacón¹ <http://orcid.org/0000-0003-0205-07633>

Margarita Minou Báez Martín¹ <http://orcid.org/0000-0002-1442-896X>

Judith González González¹ <http://orcid.org/0000-0002-5105-2789>

Randis Garbey Fernández¹ <http://orcid.org/0000-0003-2803-7596>

Maydelín Alfonso Alfonso¹ <https://orcid.org/0000-0002-3138-6503>

¹Centro Internacional de Restauración Neurológica (CIREN). La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: marizal@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Las investigaciones que intentan comparar el afrontamiento y los estresores de los pacientes con crisis epilépticas (CE) y crisis psicógenas no epilépticas (CPnE) reportan resultados divergentes e insuficientes.

Objetivo: Identificar las diferencias en el afrontamiento y estresores entre pacientes con CE y CPnE.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal y prospectivo de 38 pacientes (15 con CE y 23 con CPnE). Todos fueron evaluados en los Servicios de Neuropsicología y Neurofisiología del Centro Internacional de Restauración Neurológica (enero 2001-febrero 2018). Se aplicó entrevista estructurada y cuestionario de afrontamiento (Brief Cope). Se utilizó estadística no paramétrica con significación estadística $p \leq 0,05$.

Resultados: Se encontraron diferencias significativas entre los grupos en la edad ($p = 0,04$), los estresores ($p = 0,02$) y el afrontamiento ($p = 0,001$). Se identificó una relación positiva entre la edad y el afrontamiento en el grupo con CPnE ($r = 0,48$). No se encuentran diferencias en el afrontamiento y estresores entre las CPnE hipermotoras e hipomotoras ($p > 0,05$).

Conclusiones: Se constatan estilos de afrontamiento, estresores y rango de edad desigual entre las CE y CPnE. Se comprueba que el afrontamiento se relaciona con la edad en el grupo con CPnE. Se constata que el tipo de CPnE no influye en el afrontamiento, ni en los estresores en esa casuística. La metodología utilizada constituye una herramienta útil para discriminar desde el punto psicológico y programar estrategias de intervención específicas en los pacientes con CE y CPnE.

Palabras clave: crisis epilépticas; crisis psicógenas no epilépticas; afrontamiento; estresores.

ABSTRACT

Introduction: Research that attempts to compare the coping and stressors of patients with epileptic seizures (ES) and psychogenic non-epileptic seizures (PNEC) report divergent and insufficient results.

Objective: To identify the differences in coping and stressors between patients with ES and PNEC.

Methods: A descriptive, cross-sectional and prospective study of 38 patients (15 with ES and 23 with PNEC) was carried out. All were evaluated in the Neuropsychology and Neurophysiology Services at the International Center for Neurological Restoration from January 2001 to February 2018. A structured interview and a coping questionnaire (Brief Cope) were applied. Non-parametric statistics were used with statistical significance $p \leq 0.05$.

Results: Significant differences were found between the groups in age ($p = 0.04$), stressors ($p = 0.02$) and coping ($p = 0.001$). Positive relationship between age and coping was identified in the group with PNEC ($r = 0.48$). No differences were found in coping and stressors between hypermotor and hypomotor PNEC ($p > 0.05$).

Conclusions: Coping styles, stressors, and unequal age range were found between ES and PNEC. Coping was found to be related to age in the group with PNEC. It was found that the type of PNEC does not influence coping or stressors in this casuistry. The methodology

used is a useful tool to discriminate from the psychological point of view and to program specific intervention strategies in patients with CE and NECC.

Keywords: epileptic seizures; non-epileptic psychogenic seizures; coping; stressors.

Recibido: 11/05/2020

Aceptado: 15/01/2021

Introducción

En la actualidad, el estudio de los procesos de afrontamiento en las enfermedades neurológicas ha cobrado importancia desde la perspectiva psicológica, pues constituyen una serie de habilidades y recursos cognitivos y conductuales que el paciente puede utilizar como herramienta esencial para la adaptación a eventos altamente estresantes.⁽¹⁾

Dentro de las enfermedades neurológicas, las epilepsias constituyen un importante problema para los sistemas de salud,⁽²⁾ por las consecuencias que trae para el individuo desde el punto de vista biopsicosocial, así como en el diagnóstico preciso de los más de 40 síndromes epilépticos que se incluyen en esta entidad nosológica.

El diagnóstico de los síndromes epilépticos casi siempre es electroclínico y se utiliza el electroencefalograma (EEG) convencional interictal y/o ictal, así como las clasificaciones propuestas por la Liga Internacional contra las Epilepsias 1981-1989 y 2017 (ILAE-siglas del inglés). Se pueden realizar con varias formas clínicas⁽³⁾. En este sentido, la crisis psicógena no epiléptica (CPnE) es uno de los episodios más frecuentes, y quizás el más difícil de identificar. Por tanto, se necesita conocer la semiología de las crisis y el uso del video EEG para su determinación final.⁽⁴⁾

En algunos casos coexiste el diagnóstico de CPnE con epilepsia, lo cual constituye un desafío la diferenciación y requiere de esfuerzos coordinados del médico de familia, psiquiatras, psicólogos y neurólogos.⁽⁵⁾

El análisis de aspectos clínicos y psicológicos de los pacientes con CE y CPnE ha sido abordado en el contexto internacional. En las CPnE se han identificado historias de experiencias traumáticas e inducción de crisis por eventos estresantes,⁽⁶⁾ además de la presencia y la agudización de dificultades emocionales debido a la demora en el diagnóstico.⁽⁷⁾

Algunos autores reportan factores de riesgo y comorbilidad psicopatológica en las CPnE⁽⁸⁾, y otros se enfocan en las comparaciones de aspectos clínicos y demográficos entre las CE y CPnE.⁽⁹⁾

Específicamente en las CE se reportan dificultades en la esfera emocional, la ocurrencia de las crisis en diversas situaciones sin ningún desencadenante,⁽³⁾ sin embargo, otros mencionan al estrés como un precipitante de las crisis epilépticas.⁽¹⁰⁾

Teniendo en cuenta los hallazgos divergentes mencionados con anterioridad y el abordaje insuficiente en el contexto de los autores sobre el afrontamiento y estresores entre las CE y CPnE, es que adquiere importancia la realización de esta investigación. Por consiguiente, a partir de los resultados obtenidos se pudieran elaborar estrategias de intervención específicas que contribuirían a mejorar la calidad de vida de estas entidades nosológicas. Por tanto, se plantea el objetivo de identificar las diferencias en el afrontamiento y estresores entre los pacientes con CE y CPnE.

Métodos

Tipo de estudio: Descriptivo, prospectivo y transversal.

Población: Todos los pacientes valorados por los Servicios de Neuropsicología y Neurofisiología Clínica del Centro Internacional de Restauración Neurológica (CIREN) en el período de enero de 2001 a febrero de 2018 con sospecha de crisis epilépticas y/o no epilépticas.

Muestra: 38 pacientes con diagnóstico positivo de CE (n = 15) y CPnE (n = 23).

Criterios de inclusión

- Pacientes ubicados en cualquier grupo del desarrollo humano o rango de edad.
- Pacientes que hayan dado su consentimiento a participar en la investigación.
- Pacientes con diagnóstico positivo de CE y CPnE en el servicio de Neurofisiología de nuestro centro.
- Pacientes con niveles bajos de ansiedad y depresión (evaluada en consulta de Neuropsicología del CIREN a partir de la escala de ansiedad y depresión rasgo estado IDARE-IDERE).⁽¹¹⁾

Criterios de exclusión

Pacientes con niveles medios y altos de ansiedad y depresión medidos a partir de la escala mencionada con anterioridad ⁽¹¹⁾ y que no dieran su consentimiento para cooperar con el estudio.

Variables

Variables demográficas: Edad y sexo. Se identificaron a través de una entrevista estructurada diseñada por los autores.

Variable clínica:

Tipo de CPnE: Indicadores: Crisis hipomotoras (atonía de los cuatro miembros, ojos cerrados, sensación de desmayo, versión de los ojos). Crisis hipermotoras (temblores, movimientos de los cuatro miembros, movimientos de la cabeza lateralizados, empujones pélvicos).⁽¹²⁾ Se identificó a partir de la información referida por los neurofisiólogos plasmadas en la historia clínica.

Variables psicológicas:

Afrontamiento: Indicadores: Uso y poco uso de estrategias de afrontamiento. Se midió a partir de la aplicación de la escala Brief Cope.⁽¹³⁾

Estresores: Indicadores: Presencia o no de estresores (divorcio, nacimiento de un hermano, pérdida de algún familiar, problemas académicos, problemas laborales, acoso de robo, abuso físico, problemas psicológicos, etcétera). Se midió a través de la entrevista estructurada.

Se les aplicó a los pacientes los siguientes instrumentos de evaluación:

- Entrevista estructurada: Para identificar variables demográficas y la presencia de estresores. Cada paciente podía indicar la presencia de más de un estresor.
- Escala Brief Cope. Este instrumento consta de 28 ítems. El sujeto debe responder de acuerdo a la frecuencia con que utiliza las estrategias de afrontamiento referidos en la escala. Respuestas: 1: Nunca. 2: A veces. 3: Casi siempre. 4: Siempre. Para su evaluación ordinaria las puntuaciones se suman y se obtienen totales que delimitan la puntuación del cuestionario. El valor obtenido por cada paciente se compara con los valores medios, de manera que el resultado puede estar por encima de la media o por debajo de la media del cuestionario.

La recogida de la información se llevó a cabo por una investigadora a partir de los instrumentos mencionados con anterioridad en una sesión de trabajo. Se decidió estudiar a los pacientes que hayan sido evaluados en el Servicio de Neuropsicología del CIREN y que

el diagnóstico de CE y CPnE se haya realizado en el Servicio de Neurofisiología del propio centro, a partir del video EEG, EEG convencional y EEG con inducción de crisis. Para realizar esta investigación se solicitó la autorización al jefe del Servicio de Neurofisiología y del Proyecto de Cirugía de la Epilepsia y se sometió a consideración del Comité de Ética de dicha institución.

Procesamiento estadístico

Toda la información obtenida fue transferida a una base de datos para el análisis estadístico y se utilizó un paquete estadístico Statistic 8.0. Se calcularon las frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar, como medidas de resumen descriptivo. Se utilizó estadística no paramétrica. Se compararon proporciones y medias a través de estadística descriptiva. Se correlacionaron las variables a través de Spearman Test y se compararon los grupos a través del Test U de Mann Whitney. Se utilizó nivel de significación estadística $p \leq 0,05$.

Aspectos éticos

Se pusieron en práctica los principios de la Declaración de Helsinki. Se dispuso del consentimiento informado de las personas que participaron en la investigación, se respetó el anonimato y la confidencialidad de la información obtenida.

Resultados

Entrevista estructurada: La muestra estuvo compuesta por 38 pacientes. Se identifica predominio del sexo femenino y el grupo de los jóvenes y adolescentes en el grupo con CPnE. En el grupo con CE no se observa predominio en cuanto al sexo ni al rango de edad (tabla 1).

Tabla 1- Características demográficas de los pacientes con CE y CPnE

Características demográficas de los pacientes con CE y CPnE				
Variables	CPnE n = 23		CE n = 15	
	No.	%	No.	%

Sexo	Femenino	19	83	9	60
	Masculino	4	17	6	40
Rango de edad	Adolescencia 12-17	6	26	3	20
	Juventud 18-24	9	39	2	13
	Adultos jóvenes 25-40	5	22	5	33
	Adultos intermedios 41-61	3	13	4	27

CPnE: crisis psicógenas no epilépticas.

CE: crisis epiléptica.

Fuente: Entrevista estructurada.

Estresores: Según la entrevista realizada, 31 pacientes (82 %) manifestaron estresores: 18 con CPnE (72 %) y 13 con CE (87 %). Siete pacientes del grupo (18%) no manifestaron estresores.

En total se reportaron 47 estresores; en el grupo CPnE, 39 (83%) y en el grupo con CE, ocho (17 %). Se realiza un análisis estadístico entre estas proporciones y se constatan diferencias significativas ($p = 0,0002$). Se observa mayor cantidad de estresores en el grupo con CPnE cuando se compara con las CE.

Los estresores, mayormente mencionados por los grupos con CPnE, lo constituyeron la pérdida de un ser querido, el divorcio, las dificultades académicas, cambio de ambiente, trauma psicológico y nacimiento de un hermano, entre otros. En el grupo con CE el estresor más mencionado se vincula a las dificultades en la comunicación con la pareja (tabla 2).

Tabla 2- Frecuencia de estresores* en pacientes con CE y CPnE

Estresores	CPnE N:23	CE N:15
	No. (%)	No. (%)
1. Pérdida de un ser querido	11(48)	0 (0)
2. Divorcio	5 (22)	0 (0)
3. Dificultades académicas	3 (13)	0 (0)
4. Cambio de ambiente	4 (17)	0 (0)
5. Trauma psicológico	2 (9)	2 (13)
6. Nacimiento de un hermano	2 (9)	0 (0)
7. Problemas del corazón	3 (13)	0 (0)
8. Acciones legales	2 (9)	0 (0)
9. Problemas laborales	3 (13)	2 (13)
10. Abuso sexual	2 (9)	0 (0)
11. Acuso de robo	1 (4)	0 (0)
12. Abuso físico	1 (4)	0 (0)
13. Comunicación con la pareja	0 (0)	4 (33)

CPnE: Crisis psicógenas no epilépticas.

CE: Crisis epilépticas.

Fuente: Entrevista estructurada.

*Un paciente puede mencionar varios estresores.

Diagnóstico del tipo CPnE: En los pacientes con diagnóstico positivo de CPnE (n: 23), se identificaron 10 casos con crisis hipermotoras (4 3%) y 13 casos con crisis hipomotoras (57 %). No se encontró diferencia entre estas proporciones ($p = 0,25$).

Escala de afrontamiento (Brief Cope): En el grupo con CPnE 12 pacientes (52 %) manifestaron un afrontamiento por encima de la media (media $69 \pm 14SD$). Asimismo, dos pacientes (13 %) del grupo con CE manifestaron un afrontamiento por encima de la media (media $55 \pm 11SD$).

Comparación de las variables entre CPnE y CE: Entre los pacientes con CPnE y CE se obtuvo diferencias significativas en los rangos de edad, los estresores y el afrontamiento.

Por tanto, en el grupo con CPnE se identificó mayor número de estresores, mayor uso de estrategias de afrontamiento y mayor cantidad de pacientes ubicados en el rango de 12 a 24 años, en comparación con las CE (tabla 3).

Tabla 3- Comparación de los rangos de edad, estresores y afrontamiento entre las CE y CPnE

	CPnE N:23	CE N:15	U	Z	Valores de p
Edad	381,5000	359,5000	105,5000	-2,00089	0,045228*
Estresores	518,5000	222,5000	102,5000	2,09048	0,025958*
Afrontamiento	556,0000	185,0000	65,0000	3,21039	0,001288*

Statistic 8.0. Estadística no paramétrica, comparación de rangos, Mann-Whitney U Test.

Significativo $p \leq 0,05^*$

Se realiza una comparación de las variables psicológicas y la edad según el tipo de CPnE (hipermotoras e hipomotoras) y no se encuentran diferencias entre los grupos ($p > 0,05$). Al parecer, el tipo de CPnE no tiene una influencia significativa en la edad, ni el afrontamiento, ni en los estresores (tabla 4).

Tabla 4- Comparación de los rangos de edad, estresores y afrontamiento en las CPnE hipomotoras e hipermotoras

	CPnE hipomotoras N:13	CPnE hipermotoras N:10	U	Z	Valores de p
Edad	156,0000	120,0000	65,00000	0,000000	1,000000
Estresores	167,0000	109,0000	54,00000	0,682191	0,484118
Afrontamiento	143,0000	133,0000	52,00000	-0,806226	0,419308

Statistic 8.0. Estadística no paramétrica, comparación de rangos, Mann-Whitney U Test.

Significativo $p \leq 0,05^*$

Correlación entre las variables: Se observa una relación positiva entre la edad y el afrontamiento en el grupo con CPnE (Fig. 1).

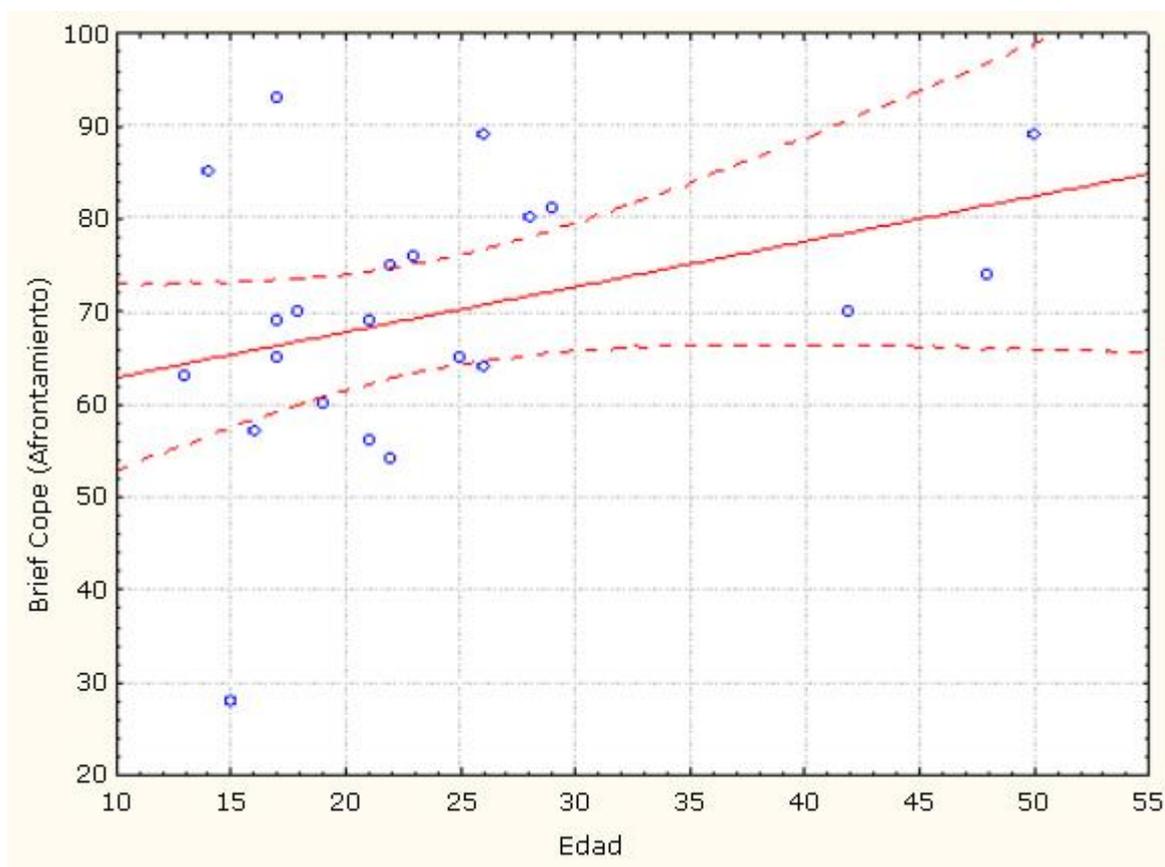


Fig. 1- Correlación entre la edad y el afrontamiento en el grupo con CPnE.

Estadística: Programa Statistic 8.0. Estadística no paramétrica.

Test de Spearman.

Significativo $p \leq 0,05^*$

$r = 0,48$

Discusión

En esta investigación se identificaron las diferencias en el afrontamiento y los estresores entre las CE y CPnE. Se identificó en el grupo con CPnE mayor uso de estrategias de afrontamiento y mayor número de estresores que el grupo con CE.

En relación con el sexo y edad de presentación de las CPnE, los resultados coinciden con la ocurrencia de estas crisis en el sexo femenino⁽¹⁴⁾ y en los pacientes que tienen entre 15 y 35 años de edad.⁽¹⁵⁾ Respecto a las CE se ha mencionado que no existe sexo ni edad específica de presentación⁽³⁾ y que aparece frecuentemente en diferentes grupos etarios.

En correspondencia al afrontamiento se ha reportado una elevada alexitimia (incapacidad para identificar las emociones propias y la imposibilidad de expresarlas verbalmente) y el uso de estrategias de afrontamiento mal adaptativa focalizada en las emociones en las CPnE y una comorbilidad con trastorno por estrés postraumático.⁽¹⁶⁾

Zeng y otros afirman que existen discretas áreas de tratamiento que dependen de la comorbilidad sintomatológica y sugieren que las CPnE contienen distintos subgrupos o tipologías. De la información proyectada por ellos se deriva la necesidad de profundizar en los tipos de estrategias utilizadas por estos pacientes (según tipos de CPnE) para constatar si contribuyeron o no a la adaptación psicosocial. Por tanto, sería útil realizar estudios evolutivos (longitudinales) relacionados con este proceso.

Particularmente en los casos con epilepsia farmacorresistente se ha reportado que los pacientes que presentan ansiedad interictal tienen altas puntuaciones en estilos de afrontamiento emocional y usan estrategias de control de las crisis más frecuentes, aunque su efectividad no ha sido significativa.⁽¹⁷⁾

Otros investigadores encontraron diferencias significativas en cuanto al género en pacientes con epilepsia y CPnE en relación a los aspectos psiquiátricos, clínicos, sociodemográficos, la calidad de vida, los niveles de alexitimia, síntomas de ansiedad, depresión y las estrategias de afrontamiento.⁽¹⁸⁾

Los hallazgos obtenidos en relación con el afrontamiento en los pacientes con CE parecieran que marchan en la dirección planteada por los autores mencionados con anterioridad. Sin embargo, se necesita profundizar en este fenómeno desde los síndromes epilépticos específicos y desde la perspectiva de la psicología de la salud, enfatizando en los factores protectores que conforman la capacidad de afrontamiento. La autoestima, el estilo de vida, la asertividad, el autoconocimiento de la enfermedad pueden favorecerse con terapias psicológicas que contribuyan a mejorar la salud de estos pacientes.

En la casuística estudiada se identificó una historia de estresores, lo cual coincide con lo referido por algunos autores, donde se esboza que el perfil clínico de los pacientes con CPnE revela una historia de experiencias traumáticas.⁽⁶⁾

Los eventos traumáticos constituyen sin duda factores de riesgo para la ocurrencia y el mantenimiento de dificultades emocionales en los pacientes con enfermedades crónicas. Por tanto, se considera que el haber identificado una historia de estresores en estos pacientes es una información inestimable que permite tener nuevos elementos para el diseño de estrategias interventivas de corte preventivo, lo cual redundaría en el bienestar emocional y social de este tipo de pacientes.

Incluso, sería interesante profundizar sobre el consumo de sustancias tóxicas, pues recientemente se ha planteado que los pacientes con CPnE que presentan crisis hipermotoras generalizadas presentan asociado un trastorno por uso de sustancias.⁽¹⁹⁾

Según los hallazgos encontrados en este estudio, las dificultades en la comunicación con la pareja reportada por los pacientes con CE constituyen una de las preocupaciones que pueden aparecer en las consultas especializadas de psicología, las cuales deben tener un abordaje no solo individual, sino involucrar a la pareja en el aprendizaje y entrenamiento de una comunicación asertiva.

Otros autores han referido que el estrés es un precipitante de convulsiones en pacientes con epilepsia. Los estudios hasta la fecha han utilizado diferentes metodologías para identificar las relaciones entre la epilepsia y el estrés. Se ha identificado que la ansiedad, la depresión y el trauma infantil son más comunes en pacientes con epilepsia que refieren estrés como un precipitante de crisis en comparación con pacientes con epilepsia que no identificaron el estrés como una causa de las crisis.⁽¹⁰⁾

Se ha informado que la mayoría de los pacientes con crisis desencadenadas por estrés usan algún tipo de método de reducción del estrés por sí solos. Y de aquellos que lo intentaron, una mayoría sintió que estos métodos mejoraron sus crisis. Además, los ensayos prospectivos de tamaño pequeño a moderado, incluidos los ensayos clínicos aleatorizados, que usan métodos generales de reducción del estrés han demostrado ser prometedores para mejorar los resultados en pacientes con epilepsia, pero los resultados sobre la frecuencia de las crisis han sido inconsistentes.⁽¹⁰⁾

Los autores del presente artículo concuerdan con la idea de que cuando los médicos y otros especialistas en salud se encuentren con pacientes que reportan estrés como un precipitante de las crisis, se les debe realizar un examen para detectar un trastorno del estado de ánimo tratable. Además, aunque no se ha demostrado la reducción de las crisis con los métodos de disminución del estrés en un ensayo controlado aleatorizado, se mejoraron otros criterios de valoración importantes como la calidad de vida. Por tanto, la recomendación de métodos de reducción del estrés para pacientes con crisis epilépticas parece ser un complemento razonable de bajo riesgo para los tratamientos estándar. Se destaca la necesidad de futuras investigaciones para ayudar a aclarar los mecanismos biológicos de la relación estrés-crisis y se enfatiza en la necesidad de ensayos controlados aleatorios más grandes para ayudar a desarrollar recomendaciones de tratamiento basadas en la evidencia para los pacientes con epilepsia.⁽¹⁰⁾

Por otro lado, a medida que los pacientes con CPnE tengan mayor edad utilizarán mayores estrategias de afrontamiento y viceversa. Se considera que a medida que una persona alcanza la edad adulta pudieran tener mayores recursos para afrontar determinadas situaciones estresantes en la vida, por la experiencia personal, incluso, por la disponibilidad y aceptación de las redes de apoyo, aunque esto sería probable en condiciones de salud, pues se conoce que la presencia de una enfermedad (neurológica o psiquiátrica) puede repercutir en el afrontamiento al estrés. Además, se piensa que la salud desde la perspectiva biopsicosocial resulta imprescindible para lograr el éxito adaptativo ante cualquier enfermedad.

Las enfermedades neurológicas crónicas constituyen una entidad clínica compleja que cambia la vida del paciente, no solo psicológica y biológicamente, sino en las dinámicas familiares y sociales. El paciente crónico pierde gran parte de su autonomía para la realización de tareas básicas y complejas, de ahí la importancia de reconocer las estrategias de afrontamiento implementadas por los individuos para enfrentar su nueva realidad.⁽²⁰⁾

Se armoniza con la idea de que cuando existen limitaciones de recursos, el video EEG de corta duración, junto con la inducción de crisis, son métodos confiables para diagnosticar CPnE. Además, la necesidad de un protocolo de evaluación integral (incluida la evaluación de los factores estresantes) para el manejo holístico de las CPnE.⁽²¹⁾

A las ideas expuestas con anterioridad se añadiría que resulta crucial el uso de medios diagnósticos reconocidos internacionalmente para la distinción certera de las entidades abordadas en esta investigación. Además, se necesita la labor del psicólogo de la salud como parte del equipo multidisciplinario para apoyar en el diagnóstico clínico de los pacientes con CE y CPnE y para identificar aspectos psicológicos que influyen en su calidad de vida. Todo ello permitiría poder elaborar y aplicar estrategias de intervención eficaces con una proyección multidimensional.

Para la realización de investigaciones ulteriores es necesario contar con un volumen más elevado de pacientes con CE y CPnE, de forma tal que los resultados sean más sólidos y generalizables. Asimismo, se recomienda profundizar en el estudio de la capacidad de afrontamiento, de manera que se identifiquen los factores de riesgo y protectores de estos pacientes, los que le ayudarán a la adaptación ante las situaciones estresantes de la vida cotidiana.

Los resultados obtenidos en el presente estudio revisten un significado práctico, pues desde la primera entrevista le aporta conocimientos a los especialistas sobre posibles comportamientos psicológicos predictivos de estos pacientes, lo cual ayuda a dirigir la entrevista y a planificar las posibles intervenciones específicas para cada enfermedad.

La distinción entre las CPnE y las CE puede ser difícil de establecer, pero no improbable. Por tanto, las escalas psicológicas utilizadas en esta investigación tributan de manera provechosa a esta diferenciación.

Conclusiones

Se constatan estilos de afrontamiento, estresores y rango de edad desiguales entre las CE y CPnE. Se comprueba que el afrontamiento se relaciona con la edad en el grupo con CPnE. Se constata que el tipo de CPnE no influye en el afrontamiento ni en los estresores en esa casuística. La metodología utilizada constituye una herramienta útil para discriminar desde el punto psicológico y programar estrategias de intervención específicas en los pacientes con CE y CPnE.

Referencias bibliográficas

1. Martínez O, Camarero Martínez O, Camarero Forteza O, López Llerena I, Moré Soto Y. Autoestima y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama. Medimay. 2014 [acceso 06/05/2020];20(3). Disponible en: <http://www.revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/664>
2. Morales L. Epilepsias farmacorresistentes: su tratamiento en Cuba. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017 [acceso 04/05/2020]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/libros/epilepsias_farmacorresistentes/indice_p.htm
3. Morales L, Kochen S. Epilepsias en el primer nivel de atención de salud. Ciudad autónoma de Buenos Aires: Argentina; 2017.
4. Gedzelman ER, LaRoche SM. Long-term video EEG monitoring for diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures. Neuropsychiatr Dis Treat. 2014 Oct [acceso 04/05/2020];15(10):1979-86. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4206377/>
5. Milán-Tomás A, Persyko M, Del Campo M, Shapiro CM, Farcnik K. An Overview of Psychogenic Non-Epileptic Seizures: Etiology, Diagnosis and Management. Can J Neurol Sci. 2018 Mar [acceso 04/05/2020];45(2):130-6. Disponible en: http://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/D07ADC6C791C143152C7C664C96BA5C2/S0317167117002839a.pdf/an_overview_of_psychogenic_nonepileptic_seizures_etiology_diagnosis_and_management.pdf

6. Méndez-Ruiz JM, Martínez-Taboas A, Valdez-Pimentel YM, Torres-Narváez M, Colón-Laboy M, Jiménez-Colón GG, et al. Clinical Profile of Patients with Psychogenic Non-epileptic Seizures in Puerto Rico. P R Health Sci J. 2017 [acceso 04/05/2020];36(4):212-7.
7. Pick S, Mellers JDC, Goldstein LH. Autonomic and subjective responsivity to emotional images in people with dissociative seizures. J Neuropsychol. 2017. Dec 28. doi: <https://doi.org.10.1111/jnp.12144>
8. Plioplys S, Doss J, Siddarth P, Bursch B, Falcone T, Forgey M, Hinman K, et al. Risk factors for comorbid psychopathology in youth with psychogenic nonepileptic seizures. Seizure. 2016 May [acceso 04/05/2020];38:32-7. Disponible en: <http://www.seizure-journal.com/article/S1059-1311%2816%2930005-X/fulltext>
9. Anderson DG, Damianova M, Hanekom S, Lucas M. A comparative retrospective exploration of the profiles of patients in South Africa diagnosed with epileptic and psychogenic non-epileptic seizures. Epilepsy Behav 2017 Apr;69:37-43. doi: <https://doi.org.10.1016/j.yebeh.2017.01.005>
10. McKee HR, Privitera MD. El estrés como un precipitante epiléptico: identificación, factores asociados y opciones de tratamiento. Incautación. 2017 Ene [acceso 04/05/2020];44:21-26. <https://doi.org.10.1016/j.seizure.2016.12.009>
11. González MF, Martín M, Grau JA, Lorenzo A. Instrumentos de evaluación psicológica para el estudio de la ansiedad y la depresión. En: González MF. Instrumentos de Evaluación Psicológica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007 [acceso 06/05/2020]. Disponible en: https://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf
12. Herskovitz M. Stereotypy of psychogenic nonepileptic seizures. Epilepsy Behav. 2017 May;70:140-4. <https://doi.org.10.1016/j.yebeh.2017.02.015>
13. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. Int J Behav Med. 1997;4:92-100.
14. Asadi-Pooya AA, Sperling MR. Epidemiology of psychogenic nonepileptic seizures. Epilepsy Behav. 2015 [acceso 04/05/2020];46:60-5. Disponible en: <http://www.epilepsybehavior.com/article/S1525-5050%2815%2900120-1/fulltext>

15. Scévola L, Teitelbaum J, Oddo S, Centurión E, Loidl C, Kochen S, et al. Psychiatric disorders in patients with psychogenic nonepileptic seizures and drug-resistant epilepsy: A study of an Argentine population. *Epilepsy Behav.* 2013;(29):155-60. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525505013003351>
16. Zeng R, Myers L, Lancman M. Post-traumatic stress and relationships to coping and alexithymia in patients with psychogenic non-epileptic seizures. *Seizure* 2018 [acceso 04/05/2020];10(57):70-5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2018.03.011>
17. Vorobyova O, Stadniuk Y. An influence of interictal anxiety on coping and self-control strategies for epileptic seizures in patients with temporal lobe epilepsy. *Zh Nevrol Psikhiatr Im SS Korsakova.* 2017;117(92):44-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29213038>
18. De Barros A, Furlan A, Marques L, de Araújo G. Gender differences in prevalence of psychiatric disorders, levels of alexithymia, and coping strategies in patients with refractory mesial temporal epilepsy and comorbid psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav.* 2018[acceso 04/05/2020];22(82):1-5. Disponible en: <http://www.epilepsybehavior.com/article/S1525-5050%2818%2930006-4/fulltext>
19. Asadi-Pooya AA, Tinker J, Fletman E. Semiological classification of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav.* 2016 Nov [acceso 04/05/2020];64:1-3. Disponible en: <http://jdc.jefferson.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1120&context=neurologyfp>
20. Cobo JW, Martínez DM. Estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedades neurológicas crónicas. (Trabajo de grado en Psicología). Universidad de San Buenaventura Colombia, Facultad de Psicología, Cali, 2017.
21. Madaan P, Gulati S, Chakrabarty B, Sapra S, Sagar R, Mohammad A, et al. Clinical spectrum of psychogenic non epileptic seizures in children; an observational study. *Seizure.* 2018 Apr [acceso 04/05/2020];27(59):60-6. Disponible en: <http://www.seizure-journal.com/article/S1059-1311%2817%2930623-4/fulltext>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Marilyn Zaldívar Bermúdez: Conceptualización, curación de los datos y redacción del borrador inicial.

Lilia Morales Chacón: Revisión bibliográfica, redacción del artículo y análisis formal.

Judith González González: Diagnóstico de los pacientes y revisión.

Margarita Minou Báez Martín: Diagnóstico de los pacientes y edición.

Randys Garbey Fernández: Redacción y diagnóstico de los pacientes.

Maydelín Alfonso Alfonso: Metodología y validación.