

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

Trabajo Final de Integración

“Presentación de un caso de Epilepsia y Psicosis en el servicio de admisión de un Hospital Neuropsiquiátrico ”.

Autor: Agustina Garmendia

Tutor: Eduardo Leiderman

INDICE

1. Introducción.....	3
2. Objetivos.....	4
2.1 Objetivo general	4
2.2 Objetivos específicos	4
3. Marco Teórico	5
3.1 Epilepsia	5
3.1.1 Definición y características.....	5
3.1.2 Clasificación de las crisis epilépticas	6
3.2 Psicosis	10
3.2.1 Definición y características	10
3.2.2 Clasificación diagnóstica	11
3.2.3 Comorbilidad con epilepsia.....	14
3.3 Tratamiento farmacológico	17
3.4 Intervenciones para la adherencia al tratamiento	20
4. Metodología	23
4.1 Participantes	23
4.2 Instrumentos	23
4.3 Procedimiento.....	23
4.4 Tipo de Estudio y Diseño	24
5. Desarrollo.....	25
5.1 Presentación del Caso.....	25
5.2 Comorbilidad existente entre Psicosis y Epilepsia en un paciente de 25 años de un Hospital Neuopsiquiátrico.....	26
5.3 Describir el tratamiento farmacológico recibido por el paciente durante su internación	30
5.4 Proponer intervenciones para mejorar su adherencia al tratamiento	33
6. Conclusión	35
7. Bibliografía.....	39

1. Introducción

La práctica profesional correspondiente al área de Psicología Clínica se realizó en el servicio de admisión de un Hospital Neuropsiquiátrico. Se lleva a cabo durante 285 horas de trabajo en la institución donde el tipo de atención es fundamentalmente en la emergencia y bajo la modalidad de internación, pero también se hace atención ambulatoria para aquellos pacientes que son externados desde el servicio.

El trabajo que se realiza es interdisciplinario organizado en equipos integrados por Psicólogos y Psiquiatras, trabajando con los pacientes y sus familiares o allegados.

Los equipos del área de internación realizan las admisiones de los pacientes que ingresaron por guardia durante las últimas horas, planifican las estrategias terapéuticas adecuadas a cada caso, entrevistan a los familiares y/o allegados, solicitan los exámenes complementarios necesarios y las interconsultas que correspondan. Cuando fuera necesario se implementan instrumentos de evaluación psicológica. Una vez superada la urgencia, el equipo programa el alta hospitalaria sin prolongar la internación innecesariamente y en el caso de no ser esta posible el paciente es derivado a los otros servicios del hospital para continuar su tratamiento.

Todas estas actividades se realizan de lunes a viernes durante la mañana. A su vez diariamente se realizan reuniones de equipo coordinadas por el Jefe del Servicio en el que participan todos los profesionales

El interés de realizar el trabajo final de integración surgió por las observaciones realizadas a lo largo de la práctica en el Hospital y se seleccionó un caso clínico, el cual se describirá en el presente trabajo. En el mismo se desarrollará la comorbilidad de ambas patologías observadas en el paciente, el tratamiento recibido y las posibles intervenciones que se le pudo haber realizado

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

-Describir la comorbilidad existente entre Epilepsia y Psicosis y su tratamiento durante la internación en un paciente de 25 años que ingresa al servicio de admisión de Hospital de un Neuropsiquiátrico.

2.2 Objetivos específicos

-Describir la comorbilidad existente entre Psicosis y Epilepsia en un paciente de 25 años que ingresó al servicio de admisión .

-Describir el tratamiento farmacológico que recibió el paciente durante su internación en el servicio de admisión .

-Proponer intervenciones que podrían haberse utilizado en el paciente para mejorar la adherencia al tratamiento.

3. Marco Teórico

3.1 Epilepsia

3.1.1 Definición y características

Según la Organización Mundial de la Salud (2012), la Epilepsia es un trastorno neurológico crónico que afecta a todas las personas de todos los países y se caracteriza por convulsiones recurrentes. Las convulsiones son episodios breves de contracciones musculares que pueden afectar a una parte del cuerpo (convulsiones parciales) o a su totalidad (convulsiones generalizadas) y a veces se acompañan de pérdida de la conciencia y del control de los esfínteres.

La epilepsia es la tercera enfermedad neurológica más frecuente. Su diagnóstico es esencialmente clínico y se hace teniendo en cuenta las manifestaciones descritas por el paciente y sus familiares (Salazar & López, 2007).

Esta enfermedad afecta a hombres y mujeres de cualquier edad en todo el mundo. Este término también se aplica a un gran grupo de afecciones que se distinguen por síntomas comunes denominados “crisis epilépticas”, las cuales pueden ocurrir en el contexto de daño cerebral temporal o permanente, que puede deberse a múltiples causas a saber: padecimientos sistémicos, trastornos metabólicos, eventos tóxicos o vasculares (Mayer Rivera, 2011).

Según Carriozza Jaime (2007) se define una crisis epiléptica como una manifestación clínica resultante de una descarga anormal y excesiva de un grupo de neuronas del sistema nervioso central. La manifestación clínica consiste en un fenómeno anormal, transitorio y súbito, que puede incluir alteraciones de la conciencia, la motricidad y la sensibilidad, o de las funciones psíquica y autonómica.

3.1.2 Clasificación de las Crisis Epilépticas

En 1969 la Liga Internacional Contra la Epilepsia (ILAE), realiza la primera clasificación la cual tuvo un enfoque básicamente clínico. Proporcionó un sistema estándar que fue eventualmente aceptado en todo el mundo, en la cual se establecía una dicotomía entre las epilepsias generalizadas y las parciales (Gastaut, 1970)

La clasificación realizada por Kioto (1981) se orientó hacia las crisis, definidas como crisis focales: estas pueden ser parciales o locales, sin afectación de la conciencia, llamadas simples, y con afectación de la conciencia, denominadas complejas; crisis focales con generalización secundaria; y se incluyó una nueva categoría de crisis no clasificadas.

Clasificación Clásica de las Crisis de Epilepsia (1981)

- Crisis parciales (focales, locales)
- Crisis parciales simples (sin afectación de la conciencia)
- Con signos motores
- Con síntomas somato sensoriales
- Con síntomas o signos autonómicos
- Con síntomas Psíquicos
- Crisis parciales complejas (con afectación de la conciencia)
- Comienzo parcial simple seguido de afectación de la conciencia.
- Con afectación de la conciencia desde el principio.
- Crisis parciales con evolución a crisis secundariamente generalizadas
- Crisis parciales simples secundariamente generalizadas
- Crisis parciales complejas secundariamente generalizadas.

Crisis parciales simples que evolucionan a complejas y a secundariamente generalizadas.

-Crisis Generalizadas (convulsivas o no convulsivas)

Ausencias: Típicas

Atípicas

Crisis mioclónicas simples o múltiples

Crisis Clónicas

Crisis Tonicoclónicas

Crisis Atónicas

Crisis Epilépticas Inclasificables

Años después la ILAE (1989) realiza una nueva clasificación en Nueva Delhi donde se enfocó en los síndromes epilépticos e intentó clasificarlos por etiología. Se utilizaron los términos idiopático, criptogénico y sintomático. La expresión idiopática se utilizó para determinar pacientes cuyo cuadro genético se empezaba a conocer. El término criptogénico se usó para clasificar las epilepsias que se presumían sintomáticas, pero de las que no se tenía seguridad sobre su etiología. El término sintomático hizo referencia a las epilepsias seculares y enfermedades neurológicas con epilepsia.

Esquema de clasificación de la ILAE, 1989

Relacionadas con una localización (focales, parciales)

Idiopáticas

Sintomáticas

Criptogénicas

- Generalizadas
- Idiopáticas, según la edad de comienzo
- Criptogénicas o sintomáticas, por orden de edad
- Sintomáticas: De etiología no específica
- Síndromes específicos
- De localización indeterminada
- Con crisis tanto generalizadas como focales
- Sin características generalizadas o focales inequívocas
- Síndromes especiales
- Crisis relacionadas con la situación.

Según Sánchez Álvarez (2005) existen dos tipos fundamentales de crisis epilépticas: las crisis generalizadas y las crisis parciales o focales. En las crisis generalizadas, la descarga epiléptica afecta al mismo tiempo a toda la superficie del cerebro, y en las crisis parciales la descarga epiléptica comienza en una zona concreta del cerebro. Se llama foco epiléptico a la zona de neuronas alteradas donde comienzan las crisis parciales o focales. Si no existe alteración del estado de conciencia, se denomina crisis parcial simple. Si esta se altera es una crisis parcial compleja. El paciente puede manifestar una sensación subjetiva somato sensorial, auditiva, visual, olfatoria, gustativa, autonómica, psíquica o abdominal, también por síntomas motores (Scaramelli 2002)

La crisis parcial simple o la compleja pueden evolucionar hacia una crisis generalizada; entonces, se denominaría crisis parcial simple o compleja con generalización secundaria. Cuando afecta inicialmente todo el cerebro, se considera crisis generalizada. La semiología de las crisis según la región cerebral donde se origina es la siguiente (Engel, 2006).

-Lóbulo Temporal: en la fase inicial puede haber una crisis parcial simple caracterizada por sensación epigástrica o vértigo; posteriormente, hay pérdida de contacto con el medio, automatismos oroalimentarios o manuales. Puede acompañarse de postura distónica de los miembros superiores y algunas veces finaliza con una crisis generalizada. Existe confusión postictal de duración variable, y si es de inicio en el hemisferio dominante para el lenguaje, este se verá afectado. (Galdames, 2000)

- Lóbulo frontal: se caracteriza principalmente por la presencia de automatismos motores complejos, que pueden crear confusión por semejar pseudocrisis. Algunas veces hay automatismos, síntomas afectivos, versión cefálica, entre otros. Pueden ocurrir en varias ocasiones en el mismo día y el estado postictal puede ser de muy corta duración. (Engel, 2006)

-Lóbulo parietal: presenta crisis parciales somatosensoriales que afectan generalmente la cara y los miembros superiores (Galdames, 2000)

-Lóbulo occipital: presenta crisis parciales simples, caracterizadas por síntomas visuales elementales, sensación de movimiento ocular y alucinaciones visuales (Galdames, 2000)

Para Pérez Salazar y Hernández López (2007) es imprescindible realizar un interrogatorio adecuado acerca de los eventos presentados por el paciente. La aparición de síntomas en la fase inicial de la crisis ayuda a determinar un inicio focal; además, sirve para enfocar el lóbulo que hace las descargas epilépticas.

Por último, cabe destacar la existencia de comorbilidad con trastornos psiquiátricos, entendida como la presencia de dos o más diagnósticos en el mismo paciente, ha sido evaluada en varios estudios, generalmente en fase interictal, lo cual registra, también, un estimativo amplio (19%-80%). Se han propuesto como factores causales de esta asociación los siguientes: la cronicidad, tipo de disfunción neurológica de la epilepsia, se destaca el compromiso del sistema límbico como por ejemplo, la epilepsia del lóbulo temporal, así como su etiología y grado de respuesta al tratamiento (Mendoza & Gómez, 2009)

3.2 Psicosis

3.2.1 Definición y Características

Quien introdujo el término psicosis fue Feuchtersleben en 1845, para reemplazar el de locura y definir las enfermedades del alma desde una perspectiva psiquiátrica con el propósito de separar los trastornos neuropsiquiátricos (neurosis) de los trastornos psiquiátricos (psicosis); sin embargo, este término aún carece de definición exacta, ya que los distintos autores e investigadores, provenientes de líneas de pensamiento muy diferentes enfatizan distintos aspectos. Por esta razón los límites son muy amplios y los criterios de diagnóstico muy cambiantes. (Ban & Ucha Udabe, 1995)

Jaspers (1913) define la psicosis como la consecuencia del proceso de una enfermedad que se apropia del individuo en su totalidad, sin considerar si es un trastorno de tipo hereditario que comienza en determinado momento de la vida o un trastorno no hereditario que comienza a serlo debido a una lesión exógena.

Sin embargo para Freud la psicosis es como una perturbación entre los vínculos del yo y el mundo externo. La relación con la realidad que mantienen neurosis y psicosis es distinta, la neurosis no desmiente la realidad, se limita a no querer saber de ella, mientras que en la psicosis la realidad es desmentida y sustituida o modificada (Freud, 1924).

Sigmund Freud recoge el término como concepto técnico en un primer momento, para designar la reconstrucción inconsciente por el sujeto de una realidad delirante o alucinatoria. En un momento posterior lo incluirá en una estructura tripartita en la que se diferencian claramente neurosis, psicosis y perversión (Roudinesco & Plon, 2003)

Por otro lado Emil Kraepelin (1856- 1926) estableció el panorama nosográfico de la psicosis, vigente hoy día, oponiendo a la psicosis maniaco-depresiva la demencia precoz, a la que va a denominar como un conjunto de trastornos ya conocidos y que conducían a un proceso psíquico degenerativo (catatonía, hebefrenia y paranoia) .Separó las dos enfermedades de acuerdo a sus supuestas diferencias de etiología, síntomas, curso y pronóstico; pero fue Bleuler quien acuñó el término esquizofrenia (Beer, 1999).

Posteriormente Bleuler en 1911 publicó su gran obra *Dementia praecox: el grupo de las esquizofrenias*. Contemporáneo de Kraepelin y de Freud. Presentó un nuevo enfoque de la locura. Los síntomas, los delirios, las alucinaciones encontraban su sentido si uno se volvía a los mecanismos descritos por Freud en su teoría del psiquismo según sostenía Bleuler (Roudinesco y Plon, 2003)

Bleuler (1961) al revisar la obra de Kraepelin descubrió una serie de síntomas fundamentales a los cuales les llamó las cuatro A; estos incluían, trastornos de las asociaciones, trastornos afectivos, ambivalencia y autismo. A su juicio, dichos síntomas eran los constantes y exclusivos del esquizofrénico, que podría presentar además otros más llamativos pero accesorios como delirios, alucinaciones, perturbaciones de la memoria o trastornos del lenguaje.

3.2.2 Clasificación Diagnóstica

En la actualidad el CIE-10 (1992) y el DSM-IV-TR (2002) son las clasificaciones diagnósticas más utilizadas por los clínicos.

La clasificación realizada por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales es la siguiente. (APA, 2002)

-Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos

□ Esquizofrenia: es una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa (p. ej., dos o más de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos). También se incluyen en esta sección las definiciones para los subtipos de esquizofrenia (paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual).

-Trastorno Esquizofreniforme: se caracteriza por una presentación sintomática equivalente a la esquizofrenia, excepto por la duración (p. ej., la alteración dura 1 a 6 meses) y por la ausencia del requerimiento de que exista un deterioro funcional

-Trastorno Esquizoafectivo: es una alteración en la que se presentan simultáneamente un episodio afectivo y los síntomas de la fase activa de la esquizofrenia, y está precedida o seguida por al menos 2 semanas de ideas delirantes o alucinaciones sin síntomas importantes de alteración del estado de ánimo.

- Trastorno Delirante: se caracteriza por al menos un mes de ideas delirantes no extrañas sin otros síntomas de la fase activa de la esquizofrenia.

-Trastorno Psicótico Breve: es una alteración psicótica que dura más de un día y que remite antes de un mes.

-Trastorno Psicótico Compartido: es una alteración que se desarrolla en un sujeto que está influenciado por alguien que presenta una idea delirante de contenido similar.

- Trastorno Psicótico debido a Enfermedad Médica: se considera que los síntomas psicóticos son una consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médico

-Trastorno Psicótico inducido por sustancias: se considera que los síntomas psicóticos son una consecuencia fisiológica directa de una droga de abuso, una medicación o la exposición

a un tóxico. - Trastorno Psicótico no especificado: se incluye para clasificar las presentaciones psicóticas que no cumplen los criterios para ninguno de los trastornos

psicóticos específicos definidos en esta sección, o la sintomatología psicótica acerca de la que se dispone de una información insuficiente o contradictoria. Por su parte la OMS

(1992) mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) realiza una clasificación de la Psicosis: □ F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y

trastornos de ideas delirantes. □ F20 Esquizofrenia. □ F20.0 Esquizofrenia paranoide.

□ F20.1 Esquizofrenia hebefrénica. □ F20.2 Esquizofrenia catatónica. □ F20.3

Esquizofrenia indiferenciada. □ F20.4 Depresión post-esquizofrénica. □ F20.5

Esquizofrenia residual. □ F20.6 Esquizofrenia simple. □ F20.8 Otras esquizofrenias. □

F20.9 Esquizofrenia sin especificación. □ F21 Trastorno esquizotípico. □ F22

Trastornos de ideas delirantes persistentes. □ F22.0 Trastorno de ideas delirantes. □

F22.8 Otros trastornos de ideas delirantes persistentes. □ F22.9 Trastorno de ideas

delirantes persistentes sin especificación. □ F23 Trastornos psicóticos agudos y

transitorios. □ F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de

esquizofrenia. □ F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de

esquizofrenia. □ F23.2 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico. □ F23.3 Otro

trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes. □ F23.8 Otros trastornos

psicóticos agudos transitorios. □ F23.9 Trastorno psicótico agudo transitorio sin

especificación. □ F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas. □ F25 Trastornos

esquizaafectivos. □ F25.0 Trastorno esquizaafectivo de tipo maníaco. □ F25.1

Trastorno esquizaafectivo de tipo depresivo. □ F25.2 Trastorno esquizaafectivo de tipo

mixto. □ F25.8 Otros trastornos esquizaafectivos. □ F25.9 Trastorno esquizaafectivo

sin especificación. □ F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos. □ F29 Psicosis no

orgánica sin especificación.

3.2.3 Comorbilidad con Epilepsia

La relación entre crisis epilépticas y psicosis ha sido objeto de controversia a lo largo de la historia. Se remonta a dos mil quinientos años atrás, cuando Hipócrates, al desacralizar la enfermedad, concluyó que la epilepsia se originaba en el cerebro, tal como lo hacía toda nuestra conducta. (Thomson & Epstein, 2002)

Hay evidencia, muy limitada, originada en estudios poblacionales que muestra una leve presencia de psicosis en personas con epilepsia; sin embargo, series de casos clínicos estudiados en centros especializados han detectado que la psicosis es un problema que puede ser significativo en pacientes con epilepsia. El diagnóstico de psicosis y epilepsia debe establecerse por separado; pero además, debe determinarse la relación entre el inicio de la psicosis y la actividad epiléptica, terapia antiepiléptica y los cambios electroencefalográficos. (David, 2004)

Se han propuesto como factores causales de esta asociación los siguientes: la cronicidad, tipo de disfunción neurológica de la epilepsia; se destaca el compromiso del sistema límbico por ejemplo, epilepsia del lóbulo temporal, así como su etiología y grado de respuesta al tratamiento. (Swinkels, et al. 2005) Los trastornos psicóticos constituyen un grupo sintomático frecuentemente asociado a la patología comicial, de manera que para algunos autores alrededor del 7% de los epilépticos padecen un trastorno psicótico persistente (McKenna, Kane & Parrish, 1985)

Diferentes estudios han demostrado que existen condiciones que favorecen el desarrollo de síntomas psicóticos en pacientes con epilepsia, tales como historia familiar de psicosis, en psicosis ictales se ha visto que la edad de inicio precoz de la epilepsia favorece el desarrollo de estos cuadros; el tipo de crisis, sobre todo las parciales de origen temporal, favorecen la aparición de síntomas psicóticos (García Morales, 2012)

La presencia de psicosis en la epilepsia ha sido asociada con numerosos factores biológicos, entre ellos: cambios neuropatológicos por ejemplo, lesión neuronal hipocampal, modificaciones neuro- fisiológicas tales como el predominio de mecanismos inhibitorios luego de la convulsión (Mendoza & Bermudez, 2009), alteración en la actividad dopaminérgica, por supresión del sueño y uso de alcohol; respuesta inadecuada al anticonvulsivante. Tanto la psicosis como la epilepsia pueden generar una disfunción cerebral común, o la primera puede ser consecuencia directa de

la actividad epileptiforme en la amígdala, hipocampo y áreas septales, como en la epilepsia de lóbulo temporal (Torta & Keller, 1999)

Según Asencio y Giner (2009) los trastornos psicóticos de pacientes con epilepsia tienen una prevalencia de hasta el 10% (10 veces superior a la población general). Se producen con más frecuencia en pacientes con afectación bitemporal, especialmente los episodios ictales. Los cuales se pueden distinguir:

Psicosis postictal: Representa el 25%-30% de la totalidad de síndromes psicóticos en la epilepsia. Habitualmente, el cuadro se presenta luego de un “tren” de convulsiones tónico clónicas generalizadas, con o sin convulsiones parciales complejas. Después de un periodo inicial de confusión y adinamia, el paciente suele recuperarse por horas a días y posteriormente, aparecen los síntomas psicóticos, que pueden durar días a semanas (Devinsky, 2008). La sintomatología incluye una combinación heterogénea de alucinaciones (las visuales y olfatorias pueden ser más frecuentes que las auditivas), ideas delirantes (por ejemplo, megalomaníacas, místicas y paranoides), cambios en el estado de ánimo (por ejemplo, manía, depresión o estados mixtos), conducta violenta y agresividad. (Devinsky, 2008)

Psicosis interictal: se ha reportado una prevalencia de 4,7 para psicosis interictal, que está de acuerdo con lo encontrado en las unidades de epilepsia (4%-9%). Se caracteriza por episodios psicóticos no relacionados cronológicamente con las convulsiones, generalmente con un estado de conciencia preservado, y, en ocasiones, se presenta con alteraciones del estado del ánimo; puede tener un curso agudo o crónico, que suele asemejar un trastorno esquizofrénico. (Kanemoto, Tsuji & Kawasaki, 2001)

Dentro de los factores de riesgo asociados están: la epilepsia de inicio temprano con agudización durante la adolescencia, múltiples tipos de convulsiones, historia de estatus epiléptico, refractariedad al tratamiento médico anticonvulsivante. En relación con el pronóstico de la psicosis interictal, se ha reportado que un 50% de estos pacientes tiende a la cronicidad y deterioro, el 30% puede mejorar gradualmente y el 20% mostrará un curso fluctuante (Asencio y Giner, 2009)

Psicosis Ictal: es rara, ocasionalmente ocurre en pacientes con historia de epilepsia. En el ámbito clínico cursa con síntomas alucinatorios, afectivos y cognitivos, como expresión de una epilepsia focal, que se combinan para producir el estado psicótico. Se relaciona más comúnmente con ilusiones y alucinaciones auditivas o visuales, junto con agitación, ansiedad o conducta paranoide. Otros síntomas psíquicos de epilepsia focal (parcial) incluyen la despersonalización, desrealización, autoscopia y deuteroscopia.

Estos fenómenos ictales a menudo se originan en el lóbulo temporal con activación de áreas límbicas y neocorticales, pero el foco puede ser extratemporal en el 30% de los pacientes, usualmente ubicado en la corteza cingulada o frontal (Nadkarni, Arnedo & Devinsky 2007)

Los estados psicóticos ictales prolongados son raros y pueden ocurrir como un estatus epiléptico no convulsivo, con crisis de ausencia o parciales complejas. Usualmente duran de horas a días y la conciencia está invariablemente alterada (Devinsky, 2008) La psicosis ictal está asociada con descargas epilépticas cerebrales y generalmente se detectan anormalidades en el EEG de superficie, excepto en algunos pacientes con estatus focal simple. Por esto, las alteraciones de conducta pueden ser interpretadas como fenómenos interictales, lo que requiere un alto índice de sospecha para diagnosticarla (Sachdev, 1998)

3.3 Tratamiento Farmacológico

Mendoza y Gómez (2009) recomiendan que para el abordaje de todo paciente con sintomatología psicótica y epilepsia es importante realizar una historia clínica completa que recoja los aspectos neurológicos y psiquiátricos relevantes, entre ellos : edad del diagnóstico de epilepsia, tipo de epilepsia según la clasificación de la ILAE, tratamiento farmacológico y su respectiva respuesta clínica, cambio en el esquema anticonvulsivante en el último mes ,descripción de las convulsiones, registrar último EEG y neuroimagen, especificar el antecedente de neurocirugía, tipo, fecha y localización del foco operado; antecedentes personales de lesión cerebral; e historia familiar relacionada.

Además de describir el tiempo de evolución y sintomatología psiquiátrica presentada, se debe destacar si es el primer episodio del paciente o ha tenido previos; si es así, se debe mencionar si existe similitud entre ellos, el tipo de tratamiento recibido y la respuesta a éste. Es fundamental enfatizar en la presencia o no de relación cronológica con las convulsiones. (Sironi et al. 1979)

Cualquiera de los medicamentos anticonvulsivantes tiene la capacidad de producir psicosis, ya sea como efecto adverso, tóxico, resultado de la suspensión abrupta (particularmente, aquéllos con propiedades estabilizadoras del ánimo), interacción, que puede producir sinergismo en sus efectos, o inducción hepática, que aumenta la depuración de algunos neurolépticos. El ácido valproico puede inhibir el metabolismo (glucuronización) de neurolépticos

como la clozapina; por esto, se debe estar atento a los ajustes de las dosis de los medicamentos psicotr6picos con la adici3n o suspensi3n de antiepil6pticos inductores o inhibidores de enzimas. (Mendoza Berm6dez & G3mez Arias, 2009)

En cuanto al tratamiento farmacol3gico, Medina Malo (2004) sostiene que el cl6nico debe tener en cuenta las propiedades proconvulsivantes de la medicaci3n antipsic3tica, entre los anti psic3ticos nuevos la Risperidona parece ser de relativa baja incidencia en desencadenar crisis epil6pticas. Es decir que el manejo de drogas anti psic3ticas en el paciente con epilepsia requiere del conocimiento a fondo de sus interacciones farmacocin6ticas y farmacodin6micas con las drogas antiepil6pticas. Las drogas antipsic3ticas utilizadas m6s frecuentemente en este tipo de casos son: Clorpromacina, Flufenacina, Tioridacina, Haloperidol, Risperidona, y Olanzapina.

En la patolog6a interictal que requiera tratamiento espec6fico con f6rmacos psicotr6picos se debe tener en cuenta las interacciones farmacocin6ticas y sus posibles efectos sobre el umbral cr6tico. Es importante considerar que protegen al paciente del riesgo que genera la patolog6a psiqui6trica. La causa de crisis epil6pticas en pacientes tratados con estos f6rmacos suele ser la propia enfermedad de base y no el uso de f6rmacos psicotr6picos aunque se debe valorar esta posibilidad ante crisis no esperables.

En los casos de psicosis ictal, los s6ntomas deben tratarse como cualquier otra crisis, una vez identificados correctamente. En el caso de episodios psic3ticos postictales, aunque algunos autores consideran que remiten de forma espont6nea, se ha visto que el uso de f6rmacos antipsic3ticos reduce la duraci3n y es necesario en algunos episodios psic3ticos postictales.

Se tiende a usar los antipsic3ticos at6picos, ya que tienen mucho menos efectos adversos que los antipsic3ticos cl6sicos. El uso de los otros antipsic3ticos at6picos no aumentan el riesgo de crisis epil6pticas. Sin embargo, siempre se recomienda empezar con dosis bajas. Adem6s, es importante tener en cuenta que los pacientes con psicosis postictal pueden acabar desarrollando una psicosis cr3nica e iniciar tratamiento precozmente (Tarull et, al 2001)

También pueden usarse benzodiacepinas para el manejo de la ansiedad e insomnio, pero en lo posible, se debe evitar su manejo a largo plazo por el riesgo de abuso y dependencia. El uso de psicoterapia de apoyo se ha destacado en pacientes con Psicosis epiléptica, haciendo énfasis en el funcionamiento social, actividades de la vida diaria, habilidades de interacción y psicoeducación. (Kanner & Otrovskaya, 2008)

3.3 Intervenciones para la Adherencia al Tratamiento.

Marchetti et, al (2005) afirman que epilepsia es el trastorno serio más frecuente y constituye un importante problema para la salud pública. Aunque suele ser tratable, la mayoría de los pacientes permanece sin recibir terapia. Los sujetos con epilepsia y trastornos mentales padecen un “estigma doble”. Es importante, la difusión de los conocimientos sobre epilepsia y los trastornos mentales asociados para enfrentar los problemas de discriminación y la falta de tratamiento adecuado

Los trastornos psicóticos asociados a la epilepsia adquieren muchas veces una importancia y gravedad tal que condicionan y restringen la calidad de vida del paciente epiléptico, más aún que las propias crisis .El tratamiento integral del paciente con epilepsia y trastornos psicóticos asociados incluye el tratamiento neurológico de la epilepsia, el abordaje psicofarmacológico (uso de anti psicóticos), el abordaje psicoeducacional y la psicoterapia de apoyo dirigida a los familiares y al paciente. (Engel & Taylor, 1997)

La psicoeducación es el proceso que proporciona a los pacientes la posibilidad de desarrollar y fortalecer sus capacidades para hacer frente a las diversas situaciones de una forma más adaptativa. El profesional que transmite psicoeducación tiene como objetivo orientar y ayudar a identificar con mayor comprensión y claridad el problema, sintomatología, curso y desarrollo, pronóstico y tratamientos eficaces que pueden intervenir en el proceso de curación para mejorar la calidad de vida del paciente, desde todo tipo de abordaje, ya sea individual, familiar, grupal o vincular (Bulacio, 2006)

Flores et al. (2000) coinciden con lo dicho anteriormente y afirman que se ha demostrado que la educación acerca de la enfermedad mejora la adherencia al tratamiento y el pronóstico. La psicoeducación facilita a la familia la aceptación de la enfermedad y las limitaciones del paciente integrándola de una forma activa al tratamiento. El contacto más estrecho con la familia asegura una colaboración más confiable y cordial, abre un espacio para intervenciones destinadas a mejorar la relación y la comunicación entre los distintos miembros de ella.

Por otra parte, Flores, Ibacache y Minoletti (2000) consideran que las intervenciones psicosociales efectivas reducen las readmisiones hospitalarias, previenen las recaídas, disminuyen los síntomas, mejoran el funcionamiento social y ocupacional, aumentan la capacidad para funcionar independientemente y proveen de soporte a los familiares y cuidadores. Así, mientras que la farmacoterapia apunta a la supresión de los síntomas, las intervenciones psicosociales están dirigidas a otorgar apoyo emocional y a superar los déficits específicos asociados a la enfermedad.

La intervención psicosocial, incluye una gran variedad de tratamientos como por ejemplo, la terapia familiar psicoeducativa, la psicoterapia de orientación dinámica, las terapias cognitivo-conductuales (el entrenamiento de habilidades sociales) y la psicoeducación de los pacientes. (Farriols, et al. 2006)

Lieberman (1998) afirma que la terapia psicosocial basada en los programas de entrenamiento de habilidades sociales, tiene como objetivo principal que los pacientes adquieran un nuevo repertorio de habilidades sociales o que recuperen aquellas que tenían pero que fueron afectadas por la enfermedad con el propósito de mejorar su desempeño de roles. La terapia está formada por cinco áreas de intervención: ocupacionales, de relaciones sociales, aspectos económicos, de pareja con su componente sexual y familiar. El entrenamiento en habilidades sociales prepara y fortalece a la persona para afrontar de una forma más adaptada los retos que le plantea el vivir en la comunidad, a enfrentar los acontecimientos vitales y a resolver los conflictos familiares o sociales que se le presentan (Lieberman, 1993). Las habilidades de comunicación y asertividad son un factor realmente importante para desenvolverse en la sociedad. Gracias a ella se pueden conseguir objetivos tan necesarios como satisfacer necesidades básicas, tales como comprar comida, atención sanitaria, etc., mantener y hacer amistades, desempeñar un trabajo o formarse para el empleo. Es importante poder desarrollar habilidades sociales ya que es indispensable para interactuar con las demás personas ya que esto permitirá resolver dichas interacciones sociales de una forma satisfactoria, lo cual mejorará la calidad de vida propiciando mayor éxito social. (Van-Der Hofstadt Román, 2005)

Hasta aquí, se han descrito los conceptos fundamentales de este trabajo, psicosis y epilepsia. En ambos se mencionaron sus definiciones, características y clasificaciones utilizadas en la actualidad. A su vez, la comorbilidad entre ambas patologías, su tratamiento farmacológico y posibles intervenciones para la adherencia al tratamiento.

Todos estos conceptos son necesarios para poder comprender los objetivos planteados anteriormente y poder establecer un análisis con el caso clínico seleccionado.

A continuación se detallarán los lineamientos del método y demás componentes

4. METODOLOGÍA

4.1 Participantes

El paciente de 25 años, hijo de padres separados, conviviente con su madre y hermana un año mayor que él. Ingresó al Hospital de forma involuntaria a pedido de ellas, ya que estaban preocupadas por él, dado que unos días antes había dejado la medicación para la epilepsia alegando “se le apareció el espíritu santo y que lo había curado de su enfermedad, y por ese motivo no necesitaba tomar más la medicación”. Paciente con antecedentes de consumo de marihuana y cocaína, lo que habría desencadenado los cuadros epilépticos últimos, sumado al abandono de la medicación para la epilepsia por la cual es tratado desde la infancia.

4.2 Instrumentos

Observación en las entrevistas diarias que se les realizaron al paciente y a sus familiares para poder recabar información acerca de su evolución y aplicación del tratamiento.

Lectura de la Historia Clínica para poder comprender cómo, cuándo y por qué fueron sus comienzos en la internación y posterior tratamiento.

Entrevistas realizadas a los profesionales que lo atendieron durante su internación: Psicólogas, Psiquiatra y Enfermeros y Neuróloga. A cada uno de ellos se le indagó acerca del diagnóstico del paciente, su evolución y tratamiento mediante el trabajo interdisciplinario.

Se realizaron entrevistas a familiares del paciente coordinadas por la psicóloga y psiquiatra encargadas de este caso.

4.3 Procedimiento

Observación de las entrevistas diarias que se le realizaron al paciente sobre su evolución, se indagó acerca de cómo se encuentra cada día en relación a su estado de ánimo actual, su aceptación o no al tratamiento farmacológico, y se le preguntó si tiene alucinaciones, si está ubicado en tiempo y espacio, de acuerdo a lo evaluado por la Psicóloga y Psiquiatra se procedió con el tratamiento farmacológico. El tiempo estipulado de duración de la entrevista fue variable de acuerdo a la colaboración del paciente.

Se realizaron tres entrevistas a familiares del paciente con una duración de 15 minutos aproximadamente, es en un principio para poder entender la historia personal del paciente, acerca de si tiene antecedentes psiquiátricos, escolaridad, antecedentes laborales, antecedentes familiares de psicopatología y luego poder establecer un vínculo estrecho entre el paciente y su familia, hacer psicoeducación con ellos para poder consolidar una mejor adhesión al tratamiento. Una vez que se puede observar que el paciente se encuentra estabilizado se lo traslada a otro servicio del hospital o alguna otra institución dependiendo del cuadro de base del paciente.

En la lectura de la Historia Clínica se buscó obtener información acerca de si tuvo internaciones anteriores, el motivo de las mismas, antecedentes de tratamiento y tratamiento actual.

Por último se realizó entrevista a los profesionales que lo atendieron durante su internación, es decir, Psicóloga, Psiquiatra, Enfermeros y Neuróloga que tienen asignado a este paciente. Se les preguntó el diagnóstico al que arribaron, acerca del motivo de elección del tratamiento utilizado en este paciente, y en base a qué características del mismo consideraron los ajustes realizados en cuanto a la medicación. Se llevaron a cabo 3 o 4 entrevistas la primera de unos 30 minutos aproximadamente para detallar el caso y luego el resto de las entrevistas fue para observar su evolución diaria.

4.4 Tipo de Estudio

Estudio descriptivo- análisis de caso clínico

5. Desarrollo

5.1 Presentación del caso

Para tomar conocimiento de la historia familiar del paciente, se recurrió a su historia clínica obtenida en el Hospital y a las entrevistas realizadas a su madre, su hermana y él. Se considera pertinente comenzar explicando que E es el hijo menor del matrimonio formado por G(46) y W (49). Sus hermanos son M (28) y C (26). Sus padres se separaron cuando E tenía 10 años de edad. Actualmente su madre vive con C, mientras que su hermano mayor vive en pareja en otro lugar. Su padre vive en una provincia donde formó otra familia.

De acuerdo a la información obtenida mediante entrevistas a C, se pudo saber que W tiene antecedentes de adicción a la cocaína y al alcohol. Manifiesta que su padre es una persona muy violenta y que por ello han tenido que denunciarlo en reiteradas ocasiones, tanto ella como su madre y E. Con respecto a su madre, relata que hace un año le

diagnosticaron Trastorno Bipolar, debido a lo cual se encuentra bajo tratamiento psicológico y psiquiátrico; tuvo un intento de suicidio cuando se separó de su marido, “tomó pastillas”. Comenta que su madre está cansada de la enfermedad de E, considera que él ya es grande, y se muestra desinteresada sobre la ingesta de medicación de parte de su hijo.

En cuanto a su hermano mayor, M, dice que es una persona muy acelerada, que tiene arranques violentos, como por ejemplo, descarga su furia golpeando la pared, pero nunca hacia otra persona. El tiene dos hijos de distintas mujeres, trabaja como empleado en un shopping. Cuando E tuvo su primer brote, M se fue a vivir con ellos y los ayudó mucho.

A los 18 años de edad, E decide irse de su casa materna para convivir con su amigo, alegando una necesidad de independencia. Dos años más tarde, deciden mudarse a la casa de su padre, donde se alojó 2 años y medio. El paciente destaca una conflictiva relación con su padre, porque él “no se portaba bien”, “andaba en cuero entre los turistas”, “hacíamos lío en el departamento... cosas de pibes”.

En ese tiempo consumió marihuana y cocaína, lo que le produjo episodios convulsivos. Tras la consulta con una neuróloga, deciden volver a Buenos Aires porque extrañaba a su familia.

C menciona que E siempre fue muy activo, transgresor, siempre al límite, rebelde, sin hacer daño a nada ni a nadie, siendo estas conductas picardías de adolescente; “colarse” en un boliche y no pagar la entrada. Afirma que en el colegio era “brillante, muy inteligente, pero que tenía mala conducta”. Cuenta como anécdota que un día, E, compró un encendedor para regalárselo a su madre y lo probó debajo del banco, su maestra advirtió la situación y acusándolo de querer prender fuego el banco, lo echaron del colegio. C asegura que la intención de su hermano no era incendiar el banco. Por ésta situación deciden cambiarlo a otro colegio con orientación en arte, donde él se sentía muy cómodo. Repitió sexto año, momento en el cual se separan sus padres, y abandona el colegio en noveno año porque quería trabajar.

En cuanto a las amistades de E, C asegura que su grupo de amigos consume marihuana y cocaína. Refiere que su hermano tuvo varias parejas, y que la última con la que estuvo más tiempo sufrió “crisis de histeria”, habiendo sido internada varias veces.

5.1 Comorbilidad existente entre Psicosis y Epilepsia en un paciente de 25 años de un Hospital Neuropsiquiátrico.

Mendoza y Gómez (2009) recomiendan que para el abordaje de todo paciente con sintomatología psicótica y epilepsia es importante realizar una historia clínica completa que recoja los aspectos neurológicos y psiquiátricos relevantes, entre ellos : edad del diagnóstico de epilepsia, tipo de la epilepsia según la clasificación de la ILAE, tratamiento farmacológico y su respectiva respuesta clínica, cambio en el esquema anticonvulsivante en el último mes ,descripción de las convulsiones, registrar último EEG y neuroimagen, antecedentes personales de lesión cerebral; e historia familiar relacionada.

Dicho esto, a continuación se detallarán los datos obtenidos a través de las entrevistas y su historia clínica.

El paciente ingresa por guardia acompañado por sus familiares, madre y hermana. Es derivado desde el servicio de neurología de éste Hospital; donde fue evaluado por la Dra X quien consigna que el paciente es diagnosticado de epilepsia desde la infancia, presentando antecedentes de consumo de estupefacientes y como factor precipitante el abandono de la medicación. Actualmente el paciente se presenta vigíl, inmerso en la lectura de la biblia, no responde a las preguntas que se le realizan, no efectúa contacto ocular, replegado en su mundo interno, no colabora con la entrevista. Sin conciencia de situación ni síntoma. Con mutismo voluntario selectivo. No se observa conducta de auto ni heteroagresividad. No impulsividad. Presenta juicio desviado.

Swinkels, et al (2005) han propuesto como factores causales de esta asociación los siguientes: la cronicidad, tipo de disfunción neurológica de la epilepsia; se destaca el compromiso del sistema límbico por ejemplo, epilepsia del lóbulo temporal, así como su etiología y grado de respuesta al tratamiento.

El diagnóstico de psicosis y epilepsia debe establecerse por separado; pero además, debe determinarse la relación entre el inicio de la psicosis y la actividad epiléptica, terapia antiepiléptica y los cambios electroencefalográficos. (David, 2004).

De acuerdo a esto E manifiesta que su enfermedad neurológica comenzó cuando tenía 8 meses de vida, pero fue diagnosticado de epilepsia a sus 5 años de edad. Comenzó un tratamiento el cual finalizó a los 15 años cuando su médico le retira la medicación indicándole que se trataba de una epilepsia juvenil.

Como se dijo anteriormente, E vive con su madre y hermana hasta los 18 años, edad en que se muda con su amigo W y luego deciden juntos viajar a la casa de su padre. En ese tiempo, vuelve a tener convulsiones, debido al consumo de marihuana y alcohol, por lo

que consulta con una neuróloga, que le indica tratamiento. Vuelve a Buenos Aires, y se aloja en una pensión con su amigo.

Según relata su hermana, E conoció a D, un joven que lo introdujo en una religión. Éste amigo le aconsejó que dejara la medicación, que si leía la biblia, “Dios lo iba a curar”. A partir esto, E dejó la medicación, comenzó a hablar todo el tiempo de Dios, lloró por las noches (primer brote). En un encuentro con su familia, E les dijo a su madre y hermana que se estuvo drogando. Seguido de esto tiene convulsiones por lo que es trasladado a un Hospital . Allí lo derivan a un centro de adicciones y en este lugar le sugieren consultar con un psiquiatra , donde es medicado con Risperidona y Clonazepan, su madre cuenta que a pesar de esto E continuaba con su delirio; “tenía miedo de que alguien matara a su mamá y hermana, por lo que las iba a buscar a su trabajo tratando de protegerlas”.

Cuando se le preguntó a su madre acerca de las internaciones de E, ella refirió que el paciente tuvo “tres brotes psicóticos”. El primero fue en 2010 y estuvo internado durante 4-5 días indicándole tratamiento ambulatorio, el cual abandonó. La otra internación fue de no más de 15 días. El paciente refiere que lo que motivó esas internaciones fueron las convulsiones y el problema pulmonar. El tercer brote, según dijo su madre, fue el que desencadenó su internación en este Hospital en el servicio de admisión donde permaneció durante un mes. Los síntomas que presentaba según su relato, eran los siguientes: “en esos momentos le da ira, durante la cual comienza a temblar y decir que tiene frío, llora sin parar y grita diciendo que su amigo D era Dios, y que él tiene mucho amor para dar”.

Su madre refirió que semanas antes de haber sido internado en el servicio de admisión , E presentó episodios convulsivos recibiendo asistencia médica . Fue provocado por las convulsiones asociadas al consumo de marihuana y cocaína. Ese cuadro se acompañó de un cuadro psicótico marcado por el delirio místico que condicionó su conducta con riesgos para sí y para terceros.

En la entrevista libre E refiere que:”el espíritu santo se me presentó y curó mis enfermedades, y dejé los medicamentos”

En relación a esa sintomatología en el paciente descrita recientemente, Devisnky (2008) sostiene que en las psicosis postictales, el cuadro se presenta luego de un “tren” de convulsiones tónico clónicas generalizadas, con o sin convulsiones parciales complejas. La sintomatología incluye una combinación heterogénea de alucinaciones (las visuales y olfatorias pueden ser más frecuentes que las auditivas), ideas delirantes (por ejemplo,

megalomaniacas, místicas y paranoides), cambios en el estado de ánimo (por ejemplo, manía, depresión o estados mixtos), conducta violenta y agresividad. (Devinsky, 2008)

El diagnóstico al que arribaron los médicos del servicio de admisión, según la clasificación realizada por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales es la siguiente. (APA, 2002)

Eje I: Trastorno Psicótico no especificado

Eje II: Aplazado

Eje III: Epilepsia

Eje IV: -

Eje V: -

5.3 Describir el tratamiento farmacológico recibido por el paciente durante su internación.

A continuación se realizará una descripción del tratamiento farmacológico recibido por E durante su internación en el servicio de admisión. El criterio de elección del fármaco dependió de lo observado, en las entrevistas por la Psicóloga y Psiquiatra asignadas al paciente, acerca de su evolución, su estado de ánimo actual, ubicación en tiempo y espacio, presencia o no de alucinaciones, su aceptación o no al tratamiento farmacológico.

Sironi et al. (1979) afirman que además de describir el tiempo de evolución y sintomatología psiquiátrica presentada, se debe destacar si es el primer episodio del paciente o ha tenido previos; si es así, se debe mencionar si existe similitud entre ellos, el tipo de tratamiento recibido y la respuesta a éste. Es fundamental enfatizar en la presencia o no de relación cronológica con las convulsiones.

A su vez, Medina Malo (2004) sostiene que el clínico debe tener en cuenta las propiedades proconvulsivantes de la medicación anti psicótica, entre los anti psicóticos nuevos la Risperidona parece ser de relativa baja incidencia en desencadenar crisis epilépticas. Es decir que el manejo de drogas anti psicóticas en el paciente con epilepsia requiere del conocimiento a fondo de sus interacciones farmacocinéticas y farmacodinámicas con las drogas antiepilépticas.

Como se dijo anteriormente, E ingresó al hospital por guardia acompañado por sus familiares. El paciente se presentó vigíl, inmerso en la lectura de la biblia, no respondió a las preguntas que se le realizaron, ni efectuó contacto ocular, replegado en su mundo interno, sin conciencia de la situación y de la enfermedad. Su madre refirió que días anteriores presentó episodios de “excitación psicomotriz y episodios convulsivos”

asociados al consumo de marihuana y cocaína. Ese cuadro se acompañó por un delirio místico que condiciona riesgos para sí y terceros. Se observó deficiente contención familiar, con reiterados abandonos de tratamientos institucionalizados.

De acuerdo a lo dicho anteriormente, el equipo profesional consideró conveniente la siguiente medicación:

-Haloperidol 5 mg Vía oral un comprimido por la noche

-Levetiracetam 1000 mg Vía oral un comprimido por la mañana y otro por la noche

-Diazepam 10 mg Vía oral, un comprimido por la mañana, tarde y noche.

El antipsicótico elegido en éste paciente es una de las drogas más utilizadas frecuentemente en este tipo de caso, como lo son también, Clorpromacina, Flufenacina, Tioridacina, Risperidona, y Olanzapina (Medina Malo, 2004)

Respecto de los anticonvulsivantes, Mendoza Bermúdez y Gómez Arias (2009) alegan que todos estos tienen la capacidad de producir psicosis, ya sea como efecto adverso, tóxico, resultado de la suspensión abrupta, particularmente aquéllos con propiedades estabilizadoras del ánimo, interacción, que puede producir sinergismo en sus efectos, o inducción hepática, que aumenta la depuración de algunos neurolépticos.

También se ha elegido el Diazepam, el cual es una benzodiacepina. Que permite un mejor manejo de la ansiedad e insomnio, pero en lo posible, se debe evitar su manejo a largo plazo por el riesgo de abuso y dependencia (Kanner & Otrovsckaya, 2008)

En el siguiente encuentro, en la entrevista se lo observó tranquilo. Mencionó haber descansado durante el fin de semana, y recibió visitas. Presentó distimia displacentera en relación a la internación actual en este servicio. Manifestó el deseo de continuar su tratamiento con los médicos que lo evaluaron anteriormente. Por este motivo se accedió a ese pedido y se lo envió al servicio 5 de adicciones donde fue rechazado y regresó al servicio de admisión.

En este caso consideraron conveniente aumentarle la dosis de Haloperidol 10 mg Vía oral.

En el posterior encuentro se observó al paciente ansioso, con actitud parcial de colaboración, hipoprosexico; con pensamiento de curso acelerado e ideación delirante mística. Refirió antecedentes de alucinaciones, pero negó tenerlas actualmente. Paciente demandante de alta médica, sin conciencia de la enfermedad. Se modificó el plan ya que se negó a la medicación vía oral, se realizó por medio de inyectables.

-Haloperidol 5mg dos ampollas por la mañana y dos ampollas por la noche

-Lorazepam 4mg una ampolla por la mañana y una por la noche

-Levetiracetam 1000 mg 1 comprimido por la mañana y otro por la noche.

De acuerdo a lo observado se solicitó control de conducta por guardia.

Al día siguiente al momento de realizar la evaluación diaria, se constató que el paciente no se encontraba en el servicio. Enfermería informó que a la mañana cuando quisieron administrarle la medicación observaron que E ya no se encontraba en el Hospital. Se comunicaron telefónicamente con su hermana, quien comentó que el paciente se encontraba en su domicilio y se negó a continuar su tratamiento en el hospital, por lo que los familiares asistirían al juzgado solicitando intervención y posible internación en institución de puertas cerradas. De esta forma se le otorgó el alta por abandono.

5.4 Proponer intervenciones para mejorar su adherencia al tratamiento.

Los trastornos psicóticos asociados a la epilepsia adquieren muchas veces una importancia y gravedad tal que condicionan y restringen la calidad de vida del paciente epiléptico, más aún que las propias crisis .El tratamiento integral del paciente con epilepsia y trastornos psicóticos asociados incluye el tratamiento neurológico de la epilepsia, el abordaje psicofarmacológico, el psicoeducacional y la psicoterapia de apoyo dirigida a los familiares y al paciente. (Engel & Taylor, 1997)

En relación a este caso en particular se observó la presencia de la intervención psicoeducativa de parte de los profesionales hacia el paciente y sus familiares, como por ejemplo, al detallar el proceso de la enfermedad, la cronicidad de la misma, y lo que implica el tratamiento, el compromiso y colaboración de los familiares y del paciente, para que el desarrollo de éste sea efectivo.

Dado que E es un paciente crónico se podría considerar la Psicoeducación como una vía para su adherencia al tratamiento ya que, ésta intervención les proporciona a los pacientes la posibilidad de desarrollar y fortalecer sus capacidades para hacer frente a las diversas situaciones de una forma más adaptativa. El profesional que transmite psicoeducación tiene como objetivo orientar y ayudar a identificar con mayor comprensión y claridad el problema, sintomatología, curso y desarrollo, pronóstico y tratamientos eficaces que pueden intervenir en el proceso de curación para mejorar la calidad de vida del paciente, desde todo tipo de abordaje, ya sea individual, familiar, grupal o vincular (Bulacio, 2006)

Flores et al. (2000) coinciden con lo dicho anteriormente y afirman que se ha demostrado que la educación acerca de la enfermedad mejora la adherencia al tratamiento y el pronóstico. La psicoeducación facilita a la familia la aceptación de la enfermedad y las limitaciones del paciente, integrándola de una forma activa al

tratamiento. El contacto más estrecho con la familia asegura una colaboración más confiable y cordial, abre un espacio para intervenciones destinadas a mejorar la relación y la comunicación entre los distintos miembros de ella. Ya que en este caso en particular se observa deficiente contención familiar

Por otra parte, Flores, Ibacache y Minoletti (2000) consideran que las intervenciones psicosociales efectivas reducen las readmisiones hospitalarias, previenen las recaídas, disminuyen los síntomas, mejoran el funcionamiento social y ocupacional, aumentan la capacidad para funcionar independientemente y proveen de soporte a los familiares y cuidadores. Así, mientras que la farmacoterapia apunta a la supresión de los síntomas, las intervenciones psicosociales están dirigidas a otorgar apoyo emocional y a superar los déficits específicos asociados a la enfermedad.

Lieberman (1998) afirma que la terapia psicosocial basada en los programas de entrenamiento de habilidades sociales, tiene como objetivo principal que los pacientes adquieran un nuevo repertorio de habilidades sociales o que recuperen aquellas que tenían pero que fueron afectadas por la enfermedad con el propósito de mejorar su desempeño de roles. La terapia está formada por cinco áreas de intervención: ocupacionales, de relaciones sociales, aspectos económicos, de pareja con su componente sexual y familiar. El entrenamiento en habilidades sociales prepara y fortalece a la persona para afrontar de una forma más adaptada los retos que le plantea el vivir en la comunidad, a enfrentar los acontecimientos vitales y a resolver los conflictos familiares o sociales que se le presentan (Lieberman, 1993). En el servicio de admisión durante su internación, se le sugirió a E la realización de talleres protegidos externos para capacitarse en oficios, y practicar nuevamente hábitos laborales. En una de las entrevistas relató un episodio que sucedió antes de ser internado, el vendía en la calle zapatillas eléctricas y cuchillos, un día mientras vendía un cuchillo tuvo una convulsión y se cortó un tendón del dedo de la mano izquierda.

Las habilidades de comunicación y asertividad son un factor realmente importante para desenvolverse en la sociedad. Gracias a ella se pueden conseguir objetivos tan necesarios como satisfacer necesidades básicas, tales como comprar comida, atención sanitaria, etc., mantener y hacer amistades, desempeñar un trabajo o formarse para el empleo. Es importante poder desarrollar habilidades sociales ya que es indispensable para interactuar con las demás personas ya que esto permitirá resolver dichas interacciones sociales de una forma satisfactoria, lo cual mejorará la calidad de vida propiciando mayor éxito social. (Van-Der Hofstadt Román, 2005)

6. Conclusiones

En este Trabajo Final de Integración (TFI) se pretendía hacer una descripción del caso de un paciente del servicio de admisión de un Hospital Neuropsiquiátrico que presentaba sintomatología epiléptica y psicótica. La pasante ya se encontraba en la institución tiempo antes del ingreso de E.

En primer lugar se busca la historia clínica del paciente, que detalló sus antecedentes de tratamientos realizados, diagnóstico, medicación, antecedentes psiquiátricos, nivel de escolaridad, antecedentes laborales, etc. Una vez interiorizada en el caso, se recurrió principalmente a las observaciones como principal herramienta, aprovechándose al máximo las entrevistas diarias para poder dilucidar la evolución del paciente y las intervenciones realizadas por la psicóloga y psiquiatra del equipo.

Se podría decir que se han cumplido los objetivos propuestos en este trabajo, los cuales se detallaran a continuación:

En un principio, según los datos obtenidos en el apartado anterior y en base al primer objetivo planteado, el cual hace referencia a la descripción de la comorbilidad existente entre epilepsia y psicosis, se concluyó que la relación entre epilepsia y psicosis es muy compleja. El diagnóstico debe realizarse por separado. Hay una gran variedad de factores causales de esta asociación, entre estos están la cronicidad, tipo de disfunción neurológica de la epilepsia, edad de inicio precoz de la epilepsia favorece estos cuadros; factores biológicos como lesión neuronal hipocampal, entre otras.

Según Asencio y Giner (2009) los trastornos psicóticos de pacientes con epilepsia tienen una prevalencia de hasta el 10% (10 veces superior a la población general). Se producen con más frecuencia en pacientes con afectación bitemporal, especialmente los episodios ictales. No es una cifra menor, por el contrario, series de casos clínicos estudiados en centros especializados han detectado que la psicosis es un problema que puede ser significativo en pacientes con epilepsia. (David, 2004)

De acuerdo a lo descrito en el objetivo del tratamiento farmacológico en pacientes con psicosis y epilepsia, se pudo resolver que a la hora de comenzar con este tipo de tratamientos farmacológicos en pacientes con comorbilidad, se deben tener en cuenta varias cosas, entre ellas la realización de una historia clínica, edad del diagnóstico de epilepsia, tipo de epilepsia, tratamiento farmacológico recibido anteriormente y su respuesta clínica.

Además de describir el tiempo de evolución y sintomatología psiquiátrica presentada, se debe destacar si es el primer episodio del paciente o ha tenido previos; si es así, se debe

mencionar si existe similitud entre ellos, el tipo de tratamiento recibido y la respuesta a éste. Es fundamental enfatizar en la presencia o no de relación cronológica con las convulsiones. (Sironi et al. 1979)

Otro punto fundamental, es la elección del fármaco, ya que muchos antipsicóticos tienen la probabilidad de ser proconvulsivos, por el manejo de drogas anti psicóticas en el paciente con epilepsia requiere del conocimiento a fondo de sus interacciones farmacocinéticas y farmacodinámicas con las drogas antiepilépticas y los médicos tratantes no deberían desconocer acerca de estos temas, ya que una mal administración de la medicación ocasionaría grandes problemas en el paciente. Tales como dependencia, intoxicación, etc.

El último objetivo planteado es el de proponer estrategias de intervención para la adherencia al tratamiento. En el caso trabajado aquí, se pudo observar que no se han podido realizar demasiadas intervenciones para la adherencia, ya que E no permaneció lo suficiente en el servicio de admisión y de esta manera fue imposible poder generar en él estrategias de tipo psicoeducativas o psicosociales. Sin embargo se ha podido obtener información acerca de la eficacia de estas intervenciones en pacientes crónicos.

Flores, Ibacache y Minoletti (2000) consideran que las intervenciones psicosociales efectivas reducen las readmisiones hospitalarias, previenen las recaídas, disminuyen los síntomas, mejoran el funcionamiento social y ocupacional, aumentan la capacidad para funcionar independientemente y proveen de soporte a los familiares y cuidadores. Así, mientras que la farmacoterapia apunta a la supresión de los síntomas, las intervenciones psicosociales están dirigidas a otorgar apoyo emocional y a superar los déficits específicos asociados a la enfermedad. De modo tal que es de gran importancia implementar todo tipo de estrategias de intervención que ayuden a que el paciente lleve a cabo su tratamiento a lo largo del tiempo y que pueda crear herramientas para poder relacionarse en sociedad y generar habilidades sociales que le permitan, tener un trabajo, establecer relaciones de pareja, y de esta manera tener una mejor calidad de vida.

Respecto de las limitaciones, considero que la principal ha sido que E haya abandonado el tratamiento en el Hospital ya que hubiese sido interesante poder tener un mayor número de entrevistas con él para tratar de poder comprender un poco más el caso y sobre todo las posibles intervenciones que se le hubiesen aplicado para que tenga una mejor adherencia al tratamiento. A su vez los datos obtenidos por distintos familiares

durante las entrevistas, han sido por momentos contradictorios, respecto de la fecha de comienzo de la enfermedad, brotes, etc.

En cuanto a las limitaciones del trabajo, estas surgieron a partir de la búsqueda realizada en el objetivo 3, a saber: posibles intervenciones para la adherencia al tratamiento. Ya que la búsqueda ha sido exhaustiva y no se han encontrado estudios que aseguren algún tipo de intervención que garantice la adherencia al tratamiento de este tipo de pacientes, debido a la cronicidad de la enfermedad. El mayor acercamiento que se pudo observar fue con las intervenciones anteriormente nombradas. Si bien pueden llegar a ser efectivas al principio del tratamiento, no lo garantizan a largo plazo.

Haciendo referencia al aporte de la practica realizada, se puede decir que ha sido de gran importancia, ya que mis objetivos puedo decir que fueron cumplidos en su totalidad, desde un primer momento mi objetivo fue aprender y conocer como es el trabajo que se desarrolla en la institución y sobre todo poder observar cuales son las intervenciones que realizan los profesionales frente a este tipo de pacientes. Creo que también es muy importante la predisposición de los profesionales con los que compartí el equipo y el lugar que me dieron, considero que eso fue fundamental para mí en cuanto a poder animarme a indagar y a participar activamente en este proceso. En cuanto al cumplimiento de mis expectativas puedo decir que fueron superadas ampliamente. En primer lugar porque me asignaron un equipo de trabajo muy bueno, en el cual me sentí muy cómoda aprendiendo día a día, en segundo lugar porque tuve una participación activa frente a los pacientes, es decir participé de las entrevistas y me permitieron poder intervenir en ellas. Y por ultimo porque pude comprobar que se trabaja muy bien en equipo con los profesionales de las distintas disciplinas y el aporte de cada uno suma para poder darle un mejor tratamiento a los pacientes.

El aporte que obtuve con este trabajo, considero que fue positivo. Si bien me hubiese gustado poder haber tenido más entrevistas con el paciente, lo elegí de todas maneras porque lo consideraba rico en cuanto a contenido e interesante poder observar y tratar de comprender la presencia de ambos trastornos. A su vez este trabajo me permite poder hacer un mayor recorrido tanto por el caso seleccionado como por la búsqueda bibliográfica y lograr una articulación entre ambos e intentar hacer un análisis respecto de eso.

Como líneas para posibles investigaciones sugeriría acerca de nuevas intervenciones para la adherencia al tratamiento, por lo dicho previamente, ya que no se ha podido encontrar demasiada información sobre el tema, solamente las intervenciones

psicoeducativas y las psicosociales, que si bien pueden llegar a ser efectivas, no garantizan la adherencia al tratamiento de los pacientes en el largo plazo.

Referencias Bibliográficas

American Psychological Association (2010). *Manual de Estilo de Publicaciones*. México: Manual Moderno.

Asociación Americana de Psiquiatría (2002) DSM-IV-TR. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (texto revisado). Barcelona: Masson.

Asensio, M y Giner, J C (2009). Comorbilidad en Epilepsia: Trastornos Psiquiátricos. *Guía práctica de Epilepsia de la Comunidad Valenciana*. Madrid: Springer Healthcare.

Ban, T. & Ucha Udabe, R. (1995) *Clasificación de las psicosis*. Buenos Aires: Salerno.

Beer, D. (1999). Introducción a “Las manifestaciones de la locura”. En: Hoche, A., Kräepelin, E. y Bumke, O. *Los síntomas de la locura* (pp45-53). Madrid: Triacastela

Berg A, Berkovic SF, Brodie MJ, Buchhalter J, Cross JH, Van Emde Boas W (2010) Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: *report of the ILAE Commission on Classifications and Terminology, 2005-2009*. *Epilepsia*; 51: 676-85.

Bleuler, E. (1961). *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Hormé.

Bulacio, J. (2006) *Factores inespecíficos en la psicoterapia, según el modelo cognitivo constructivista realista*. Buenos Aires: Akaidia

Carrizosa J. (2007) *Prevalencia, incidencia y brecha terapéutica en la epilepsia*. *Latreia*. 20 (3) 282-296. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180513858006>

Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. (1981) Proposal for revised clinical and

electroencephalographic classification of epileptic seizures. *Epilepsia*; 22: 489-501.

Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. (1989) Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia*; 30: 389-99

Congreso Internacional de Epilepsia de la ILAE. Budapest (2009). Recuperado en: <http://www.ilae.org/visitors/centre/ctf/ctfoverview.cfm>.

David P. (2004) Comorbilidad Psiquiátrica en Epilepsia. *Revista Chilena de Epilepsia*. Recuperado en: <http://www.epilepsiadechile.com>

Devinsky O. (2008) *Postictal psychosis: common, dangerous and treatable*. *Epilepsy Curr*. 8(2):31-4.

Engel J. (2001) A proposed diagnostic scheme for people with epileptic seizures and with epilepsy: *report of the ILAE TaskForce on Classification and Terminology*. *Epilepsia*; 42: 796-803.

Engel J, Taylor D. (1997) Neurobiology of behavioral disorders. In *Epilepsy: a comprehensive textbook*. Engel J, Pedley TA, Aicardi J (eds.). *Epilepsy: a comprehensive textbook*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers (pp. 2045-2052).

Engel J. (2006). *Report of the ILAE Classification Core Group*. *Epilepsia*. 47(9):1558-68.

Farriols, N., Palma, C., Ramos, M., Fernández, M., Chamorro, A., Polo, Y. & Botella, L. (2006). Efectividad de un programa de intervención psicosocial en pacientes psicóticos crónicos. *Clínica y Salud*, 17(2) 171-185. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180613872003>

Freud, S. (1924). *Neurosis y psicosis*. Buenos Aires: Amorrortu. Vol. XIX

Galdames D. (2000) .Semiología de las crisis epilépticas. *Manual de epilepsia*. Santiago de Chile: Mediterráneo.

García Morales, I. (2012) Psicosis ictal y posictal: aproximación diagnóstica y terapéutica. *Revista del grupo de epilepsia de la sociedad española de neurología*. Madrid: Luzán

- Gastaut H. (1970) *Proposal for an international classification of the epilepsies*. *Epilepsia*; 11: 114-9
- Jaspers, K (1913) *Allgemeine Psychopathologie*. Berlín: J. Springer. Traducción Dr. Saubidet. Buenos Aires: Beta.1970.
- Kanemoto K, Tsuji T, Kawasaki J. (2001) *Reexamination of interictal psychoses based on DSM IV psychosis classification and international epilepsy classification*. *Epilepsia*. 42(1):98-103.
- Kanner AM, Otravskaya A. (2008) Long-term significance of postictal psychotic episodes II. *Are they predictive of interictal psychotic episodes?* *Epilepsy Behav.*; 12(1):154-6.
- Liberman, R. P. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca.
- Liberman, R.P. (1998). Biobehavioral therapy: Interactions between pharmacotherapy and behaviour therapy in schizophrenia. En T. Wykes., N. Tarrier & S. Lewis (Eds). *Outcome and Innovation in Psychological Treatment of Schizophrenia* (179-199). Chichester: Wiley
- Loddenkemper T, Kellinghaus C, Wyllie E, Najm IM, Gupta A, Rosenow F, et al. (2005) A proposal for a five-dimensional patient-oriented epilepsy classification. *Epileptic Disord*; 7: 308-16.
- Marchetti R, Castro A, Kurcgant D y Colaboradores (2005). Epilepsia y Trastornos Mentales. *Revista de Psiquiatría Clínica* 32 (3): 170-182.
- Mayer Rivera, F. J. M. (2011). 26 de marzo, Día Mundial de la Epilepsia. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 16(2) 57-59. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47319326002>
- Mendoza C., Gómez B. (2009) La psicosis en epilepsia. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, 38 (4). Recuperado de: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000400013&lng=es&nrm=

- McKenna P, Kane J, Parrish K. (1985) *Psychotic syndromes in epilepsy. Am J Psychiatry*; 142: 895-904.
- Nadkarni S, Arnedo V, Devinsky O. (2007) *Psychosis in epilepsy patients. Epilepsia*. 48 Suppl 9:17-9.
- OMS: CIE-10. (1992) Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. *Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Organización Mundial de la Salud*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* [Versión Electrónica]. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/es/>
- Pérez Salazar, Á. B. & Hernández López, D. L. (2007). Epilepsia: aspectos básicos para la práctica psiquiátrica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36 (1) 175-186. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615418014>
- Roudinesco, E. y Plon, M. (2003). *Diccionario de psicoanálisis* (pp. 868-871). Buenos Aires: Paidós
- Sachdev P. (1998) Schizophrenia-like psychosis and epilepsy: the status of the association. *American Journal of Psychiatry*. 155(3):325-36.
- Salazar, A, & López, D. (2007). Epilepsia: aspectos básicos para la práctica psiquiátrica. *Rev. Colomb. Psiquiat*, 36 (1), 175-186.
Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615418014>
- Sánchez Álvarez, J C (2005). Crisis epiléptica: Síndrome epiléptico. *Cómo afrontar la epilepsia. Una guía para pacientes y familiares*. (pp.23-36). Madrid: Entheos
- Scaramelli A. (2002) Definiciones y conceptos generales. En Michelle F, Nogués M, Asconapé J, Fernández M, editores. *Tratado de neurología clínica*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Sironi VA, Franzini A, Ravagnati L, Marossero F. (1979). Interictal acute psychoses and temporal lobe epilepsy during withdrawal of anticonvulsivant therapy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 42(8):724-30.

Swinkels W, Kuyk J, Van Dyck R, Spinhoven PH.(2005). *Psychiatric comorbidity in epilepsy*. *Epilepsy Behav* 7(1):37-50.

Thomson, A. & Epstein A. (2002) Aspectos psiquiátricos de las epilepsias. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*. Buenos Aires: Polemos

Torta R, Keller R. (1999) *Behavioral, psychotic, and anxiety disorders in epilepsy: etiology, clinical features, and therapeutic implications*. *Epilepsia*. 40(10): S2-20.

Van-Der Hofstadt Román, C. J. (2005). *El libro de las habilidades de comunicación* (2^a ed.). Madrid: Díaz de Santos.