

Perfil afectivo y comportamental en niños y adolescentes con epilepsia atendidos en una unidad de neuropsicología

María Camila Díaz Garcés¹, Julián Carvajal-Castrillón², Daniela Sánchez Acosta³, María Carolina Restrepo Chica⁴, Ricardo Montoya Monsalve⁵, Alejandra Arboleda Ramírez⁶

RESUMEN

Introducción. La epilepsia y sus factores etiológicos asociados influyen en la calidad de vida de las personas que la padecen, y se relacionan con problemas comportamentales y emocionales. **Método.** Estudio retrospectivo a partir de la revisión de 341 historias clínicas de niños y adolescentes con diagnóstico de epilepsia, que consultaron a la Unidad de Neuropsicología del Instituto Neurológico de Colombia durante un periodo de 6 años, con el fin de identificar su perfil afectivo y comportamental. Se encontró que el 38,3% de la muestra presentó un coeficiente intelectual muy bajo (por debajo de 70). Los síntomas emocionales y comportamentales más comunes en los pacientes según sus padres fueron inatención (79.7%) e hiperactividad (59.5%), según los profesores prevalecieron los problemas de aprendizaje (63.1%), y respecto al autoinforme lo más común fue la sensación de inadecuación (44.9%). **Conclusiones.** La epilepsia es una enfermedad que causa problemas comportamentales y emocionales en la población pediátrica, por esta razón los resultados arrojados en esta investigación dan cuenta de la importancia del trabajo interdisciplinario y la intervención de estas dificultades para beneficiar la calidad de vida del paciente y su familia.

Palabras claves:

Alteraciones neuropsicológicas. Ansiedad. Déficit de atención. Depresión. Epilepsia. Evaluación neuropsicológica.

Correspondencia:

Julián Carvajal Castrillón, e-mail: julian.carvajalcastrillon@gmail.com. Calle 54 # 46-52 Instituto Neurológico de Colombia, Medellín

¹ Psicóloga. Universidad CES. Instituto Neurológico de Colombia.

² Neuropsicólogo clínico del Instituto Neurológico de Colombia. Coordinador Maestría en Neuropsicología Clínica Universidad CES.

³ Psicóloga. Magíster en Salud Mental de la Niñez y la Adolescencia. Docente investigadora del grupo de Investigación en Psicología, Salud y Sociedad de la Universidad CES.

⁴ Psicóloga. Universidad CES. Instituto Neurológico de Colombia.

⁵ Psicólogo. Universidad CES. Instituto Neurológico de Colombia.

⁶ Neuropsicóloga clínica y coordinadora de investigación del Instituto Neurológico de Colombia. Docente investigador Universidad María Cano.

Affective and behavioral profile in children and adolescents with epilepsy treated at a neuropsychology unit

ABSTRACT

Introduction. Epilepsy and its associated etiological factors can influence the quality of life of people who suffer from it, and in turn, be related to behavioral and emotional problems. **Method.** The results of a retrospective study are presented from the review of 341 medical records of child and adolescent patients with a diagnosis of epilepsy, who consulted the Neuropsychology Unit of the Neurological Institute of Colombia during a period of 6 years, in order to identify their affective and behavioral profile. It was found that 38.3% of the sample had a very low IQ (below 70); The most common emotional and behavioral symptoms in the patients according to their parents were: inattention (79.7%), hyperactivity (59.5%), according to the teachers, learning problems (63.1%) and with respect to self-report, the most common was the feeling of inappropriateness (44.9%). **Conclusions.** Epilepsy is a disease that can cause behavioral and emotional problems in the pediatric population, for this reason this research shows the importance of interdisciplinary work and the importance of the intervention of these difficulties to benefit the quality of life of the patient and their family.

Key word:

Neuropsychological disorders. Anxiety. Attention deficit. Depression Epilepsy. Neuropsychological evaluation.

Introducción

La epilepsia es considerada un desorden cerebral caracterizado por un conjunto de síntomas y signos [1]. A la hora de realizar un diagnóstico de los diferentes tipos de epilepsia, hay que tener en cuenta su clasificación según la semiología de las crisis, los hallazgos electrofisiológicos y la presencia de anomalías estructurales cerebrales [1].

En el mundo hay cerca de 10,5 millones de niños que tienen epilepsia representando el 25% de la población mundial [2]. En Latinoamérica y el Caribe hay alrededor de cinco millones de personas con epilepsia [3]. Se estima que la incidencia es de 61-124 por cada 100.000 niños por año en países desarrollados y entre 41-50 por cada 100.000 niños por año en países en vía de desarrollo [4, 5]. En Colombia, alrededor de 1,3% por cada 100.000 habitantes tienen epilepsia de los cuales el 58% fueron diagnosticados antes de los 15 años [6, 7]. En Medellín, se observó una prevalencia de 21,4 por

cada 1.000 habitantes siendo el grupo etario más frecuente el de 15 a 24 años [8].

Esta enfermedad puede aparecer desde los primeros meses de vida y algunas veces se asocia a causas estructurales detectadas mediante resonancia nuclear magnética (RNM), que pueden explicarse por anomalías adquiridas en etapas pre o perinatales [9]. En los casos no lesionales o idiopáticos, la disfunción neurológica asociada a la epilepsia pediátrica se ha relacionado con problemas de comportamiento [10], y se encuentra hasta un 50% de niños y adolescentes que no responden adecuadamente al tratamiento farmacológico [11].

Asimismo, varios trabajos de investigación han puesto en evidencia que la epilepsia pediátrica se asocia con una peor calidad de vida. Por una parte, Rojas et al. (2000) [12] compararon a 20 niños con epilepsia con 24 niños controles sanos y encontraron que la calidad de vida de los niños con epilepsia era significativamente más baja que la de

los controles. Por otra parte, una reciente revisión sobre el tema en adolescentes con epilepsia indicó una percepción de peor calidad de vida y presencia de síntomas ansiosos y depresivos, principalmente en algunos síndromes epilépticos, como la Epilepsia Mioclónica Juvenil [13].

En un reporte de caso de epilepsia se aprecia comorbilidad con trastorno de conducta, allí exponen la prevalencia que existe entre la epilepsia y tener un trastorno psiquiátrico reflejada en el caso de un niño de 10 años donde su enfermedad de base, epilepsia, le ha comprometido parte del funcionamiento ejecutivo y generado conductas inapropiadas en el hogar y la escuela [14].

Adicionalmente, Kestelman en su estudio con una muestra de 33 casos de epilepsia en infantes y 20 controles encontró incremento de comorbilidades psiquiátricas en los niños con epilepsia respecto al grupo control siendo las más comunes la enuresis (9-39%) y ansiedad por separación (5-31%) [15].

Aquella relación entre epilepsia y psicopatología podría ser explicado por la falla en la integración, debido a las crisis, de redes atencionales, red neuronal por defecto, redes ejecutivas, frontotemporales y límbicas aumentando la prevalencia de psicopatología en pacientes con epilepsia que se estima entre 35-50% [16].

Estas dificultades anteriormente descritas, limitan el desempeño cotidiano de los niños y adolescentes con epilepsia, no sólo debido a que la presencia de la enfermedad puede restringir su participación social, sino por el poco conocimiento de la enfermedad en la sociedad, reflejado en estigmas que repercute en la calidad de vida de los pacientes [17].

En conclusión, los niños y adolescentes con epilepsia presentan problemas de comportamiento asociados a las manifestaciones clínicas de la enfermedad [10]. Teniendo en cuenta lo anterior, el objetivo de este estudio fue analizar las principales alteraciones comportamentales y emocionales de niños y adolescentes con epilepsia, con miras a establecer protocolos de evaluación especial y proponer la construcción de planes de intervención oportunos y dirigidos específicamente a hacer frente a estas dificultades [10].

Después de encontrar la bibliografía relacionada con el tema de investigación, surge la propuesta de incluir una población más amplia, debido a que las investigaciones realizadas hasta la fecha no presentan poblaciones significativas, así mismo, se busca ampliar las variables emocionales y comportamentales con base a la prueba BASC, ya que este test evaluativo presenta una amplia gama de conceptos a evaluar y se tienen en cuenta otros aspectos emocionales que no se han evaluado en otros artículos de investigación.

Método

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal de carácter retrospectivo a partir de la revisión de historias clínicas de pacientes que consultaron a la Unidad de Neuropsicología del Instituto Neurológico de Colombia (INDEC).

Población y muestra

La población objeto fueron las historias clínicas de pacientes atendidos en la Unidad de Neuropsicología del INDEC, quienes consultaron para evaluación o rehabilitación neuropsicológica infantil. La muestra estuvo conformada por 341 historias clínicas de niños y adolescentes entre los 7 y los 17 años con diagnóstico de epilepsia según los criterios del CIE-10 [18].

Criterios de inclusión

Se seleccionaron las historias clínicas de pacientes entre 7 y 17 años que fueron diagnosticados con epilepsia según los criterios diagnósticos del CIE-10 [16] y que consultaron a la Unidad de Neuropsicología del INDEC entre los años 2014 y 2020. Los pacientes a los que se les había realizado evaluación neuropsicológica fueron considerados, los cuales contaban con una evaluación de sus posibles alteraciones comportamentales, emocionales y adaptativas mediante el Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes BASC [19].

Variables

Para este estudio se tuvieron en cuenta variables sociodemográficas como edad, sexo, escolaridad, lugar de residencia, composición familiar y parentesco del

acompañante. Respecto a las características clínicas de la enfermedad, se consideró tipo de crisis, lóbulo y hemisferio afectado, tipo de tratamiento farmacológico y presencia de lesión en RNM.

Para la evaluación de los síntomas comportamentales, emocionales y adaptativos, en el protocolo de evaluación neuropsicológica para pacientes pediátricos con epilepsia del INDEC se incluyó el Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes – BASC [19]. Este instrumento de evaluación multimétodo evalúa dimensiones patológicas y adaptativas en sujetos de 3 a 18 años a través de tres fuentes: padres, maestros y el propio paciente a partir de los 8 años. Cabe aclarar que los síntomas evaluados en el BASC varían según quien reporta (padres, maestros y el propio paciente), siendo así como la presencia de dificultades académicas, por ejemplo, solo son evaluadas a partir de la percepción de los maestros.

A partir de esta evaluación, se obtiene un conjunto de síntomas emocionales y comportamentales; por ejemplo, en el reporte de los padres aparecen las escalas clínicas de: hiperactividad, agresividad, ansiedad, problemas de conducta, depresión, somatización, atipicidad, retraimiento y problemas de atención. Adicionalmente, se cuenta con una escala de conductas positivas que evalúa habilidades adaptativas tales como: habilidades sociales.

En la evaluación efectuada por los profesores se incluyen las siguientes escalas clínicas: hiperactividad, agresividad, ansiedad, problemas de conducta, depresión, somatización atipicidad, retraimiento, problemas de atención, problemas de aprendizaje; y escalas de conductas positivas como habilidades sociales, liderazgo y habilidades para el estudio.

Para el caso particular del reporte del propio paciente - autorreporte (cuestionario autodilucidado a partir de los 8 años), se encuentran escalas clínicas como: actitud negativa hacia al colegio, actitud negativa hacia los profesores, atipicidad, locus de control, estrés social, ansiedad, depresión y sensación de inadecuación. Respecto a las escalas adaptativas se encuentran: relaciones interpersonales, relaciones con los padres, autoestima y confianza en sí mismo.

Procedimiento

La información se recolectó en una base de datos previamente construida por los investigadores en La Hoja de Cálculo Excel[®] de acuerdo con las variables de interés. Esta base de datos no contenía información personal que pudiera identificar a los usuarios según lo reglamentado en la Ley 1581 de 2012 de la República de Colombia, garantizando el anonimato y la confidencialidad en el manejo de la información. Se contó a su vez con el aval del Comité de Ética e Investigación en Seres Humanos del INDEC, clasificándose como un estudio sin riesgo según la Resolución 8430 de 1993 de la República de Colombia [20]. Por tal motivo, en la primera cita se realiza la entrega de un consentimiento y asentimiento sobre el tratamiento de datos con fines académicos e investigativos. Posteriormente, la información se exportó al programa estadístico para el tratamiento de datos SPSS - versión 21, software financiado por la Universidad CES.

Plan de análisis

En el análisis univariado, para las variables cuantitativas, se probó normalidad con test de Shapiro-Wilks, para obtener las medidas de dispersión media y mediana, según el caso, con su respectiva desviación estándar o rango intercuartílico. Para las variables cualitativas se obtuvo medidas de distribución porcentual.

Resultados

Variables sociodemográficas

La muestra del estudio estuvo conformada por 341 historias clínicas de niños y adolescentes con epilepsia, de los cuales el 57,2% eran hombres. Respecto a la edad, el 50% de los pacientes de la muestra tuvo 12 años o menos, con una variabilidad entre 9 y 14 años. El 74,2% de los pacientes fue remitido por neuropediatría. Las demás variables sociodemográficas se presentan en la *Tabla 1*.

Antecedentes personales y familiares

Del total de los pacientes de la muestra, el 48,7% presentó retraso en el neurodesarrollo y el 58,1% respecto a la lectoescritura. El 46,3% de la muestra reportó antecedente de enfermedad neurológica o

Tabla 1. Distribución porcentual de las variables sociodemográficas en la muestra de pacientes con epilepsia

Variables sociodemográficas		
Sexo	n	%
Mujer	146	42,8
Hombre	195	57,2
Residencia		
Urbano	235	68,9
Rural	106	31,1
Remisión		
Neuropediatría	253	74,2
Neurología	52	15,2
Otros*	36	10,6
Composición familiar		
Familia nuclear	137	40,2
Familia monoparental	82	24,0
Familia extensa	63	18,5
Otras	59	17,3
Parentesco acompañante		
Madre	214	62,8
Ambos padres	48	14,1
Abuelo(a)	17	5,0
Padre	14	4,1
Otros	14	4,1
Sin dato	34	10,0

* Con otros se hace referencia a psiquiatría, fisioterapia, neuropsicología, pediatría, psicología, epileptología, fonoaudiología, genetista pediatra y medicina general.

psiquiátrica en la familia, siendo las más frecuentes las convulsiones (n=71), el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) (n=26) y la discapacidad intelectual (n=14).

Variables académicas

La lateralidad diestra fue la más común dentro de la muestra (77,7%). El 46,9% de la muestra cursaba la educación básica primaria, secundaria el 3,7%, el 6,5% educación especial y desescolarizados el 10% restante. Por otra parte, el 46,3% había tenido que repetir años escolares; y el 15,8% asistía a clases extracurriculares. En relación con la escolaridad de los padres, la de mayor frecuencia fueron secundaria completa (22,6% de las madres y 16,7% de los padres) y educación superior (24,6% de las madres y 15,5% de los padres).

Variables clínicas

El 50% de los pacientes tuvo 4 años o menos al momento de iniciar con los síntomas de epilepsia, con una variabilidad entre 1 y 8 años. El 50% de los pacientes llevaba con el diagnóstico de epilepsia 7 años o menos, con una variabilidad entre 3 y 9 años. Respecto a la capacidad cognitiva general, se encontró que el 38,3% de la muestra presentó un coeficiente intelectual muy bajo (por debajo de 70). Otras variables clínicas se presentan en la *Tabla 2*.

Tabla 2. Distribución porcentual de las variables clínicas en la muestra de pacientes con epilepsia

Variables clínicas		
Capacidad intelectual (n=300)	n	%
Muy bajo	115	38,3
Inferior	41	13,7
Normal-bajo	84	28,0
Medio	56	18,7
Normal-alto	3	1,0
Superior	1	0,3
Lóbulo afectado (n=247)		
Temporal	50	20,2
Frontal	49	19,8
Fronto-parieto-occipito-temporal	45	18,2
Parieto-occipital	23	9,3
Temporo-parietal	20	8,1
Parietal	17	6,9
Fronto-temporal	16	6,5
Fronto-parietal	8	3,2
Occipital	6	2,4
Otras localizaciones	13	5,3
Hemisferio afectado (n=233)		
Derecho	75	32,2
Izquierdo	66	28,3
Bilateral	92	39,5
Tratamiento farmacológico (n=341)		
Monoterapia	177	51,9
Politerapia	104	30,5
Sin tratamiento	60	17,6

Tabla 3. Distribución porcentual de las escalas clínicas y de conducta positiva en la muestra de pacientes con epilepsia. Reporte padres

Escalas clínicas: síntomas emocionales y comportamentales		
Reporte padres (n=301)		
Hiperactividad	n	%
Clínicamente significativo	151	50,2
Alto	28	9,3
Riesgo	11	3,7
Normal	111	36,9
Agresividad		
Clínicamente significativo	73	24,3
Alto	40	13,3
Riesgo	7	2,3
Normal	181	60,1
Ansiedad		
Clínicamente significativo	76	25,2
Alto	41	13,6
Riesgo	14	4,7
Normal	170	56,5
Problemas de conducta		
Clínicamente significativo	65	21,6
Alto	42	14,0
Riesgo	30	10,0
Normal	164	54,5
Depresión		
Clínicamente significativo	104	34,6
Alto	33	11,0
Riesgo	15	5,0
Normal	149	49,5
Somatización		
Clínicamente significativo	95	31,6
Alto	64	21,3
Riesgo	21	7,0
Normal	121	40,2
Atipicidad		
Clínicamente significativo	126	41,9
Alto	36	12,0
Riesgo	17	5,6
Normal	122	40,5
Retraimiento		
Clínicamente significativo	82	27,2

Tabla 3. Distribución porcentual de las escalas clínicas y de conducta positiva en la muestra de pacientes con epilepsia. Reporte padres (Continuación)

Escalas clínicas: síntomas emocionales y comportamentales		
Reporte padres (n=301)		
Alto	27	9,0
Riesgo	15	5,0
Normal	177	58,8
Problemas de atención		
Clínicamente significativo	202	67,1
Alto	38	12,6
Riesgo	17	5,6
Normal	44	14,6
Escalas de conductas positivas: habilidades adaptativas		
Reporte padres (n=301)		
Habilidades sociales		
Clínicamente significativo	104	34,6
Bajo	49	16,3
Riesgo	47	15,6
Normal	101	33,6

Síntomas emocionales, comportamentales y adaptativos

Respecto a las escalas clínicas, los síntomas emocionales y comportamentales más frecuentes en los pacientes, según lo reportado por sus padres, fueron: problemas de atención (67,1%), hiperactividad (50,2%), atipicidad (41,9%) y depresión (34,6%). Respecto a la escala de conductas positivas, se encontró bajas habilidades sociales en el 34,6% de los pacientes. Los demás síntomas emocionales, síntomas comportamentales y habilidades adaptativas se muestran en la Tabla 3.

Según los profesores de los pacientes de la muestra, los problemas de aprendizaje (51,5%) y de atención (43,2%), fueron los síntomas más comunes. En lo que concierne a la escala de conducta positiva, se encontró bajas habilidades para el estudio en el 27,8% de los pacientes. Otros síntomas son evidenciados en la Tabla 4.

Tabla 4. Distribución porcentual de las escalas clínicas y de conducta positiva en la muestra de pacientes con epilepsia. Reporte profesores

Escalas clínicas: síntomas emocionales y comportamentales		
Reporte profesores (n=241)		
	n	%
Hiperactividad		
Clínicamente significativo	45	18,7
Alto	25	10,4
Riesgo	11	4,6
Normal	160	66,4
Agresividad		
Clínicamente significativo	28	11,6
Alto	35	14,5
Riesgo	11	4,6
Normal	167	69,3
Ansiedad		
Clínicamente significativo	45	18,7
Alto	39	16,2
Riesgo	14	5,8
Normal	143	59,3
Problemas de conducta	n	%
Clínicamente significativo	18	7,5
Alto	26	10,8
Riesgo	6	2,5
Normal	191	79,3
Depresión		
Clínicamente significativo	45	18,7
Alto	36	14,9
Riesgo	11	4,6
Normal	149	61,8
Somatización		
Clínicamente significativo	62	25,7
Alto	45	18,7
Riesgo	19	7,9
Normal	115	47,7
Atipicidad		
Clínicamente significativo	71	29,5
Alto	44	18,3
Riesgo	23	9,5
Normal	103	42,7
Retraimiento		
Clínicamente significativo	68	28,2

Tabla 4. Distribución porcentual de las escalas clínicas y de conducta positiva en la muestra de pacientes con epilepsia. Reporte profesores (Continuación)

Escalas clínicas: síntomas emocionales y comportamentales		
Reporte profesores (n=241)		
	n	%
Alto	37	15,4
Riesgo	12	5,0
Normal	124	51,5
Problemas de atención		
Clínicamente significativo	104	43,2
Alto	31	12,9
Riesgo	15	6,2
Normal	91	37,8
Problemas de aprendizaje		
Clínicamente significativo	124	51,5
Alto	28	11,6
Riesgo	19	7,9
Normal	70	29,0
Escalas de conductas positivas: habilidades		
Reporte profesores (n=241)		
Habilidades sociales	n	%
Clínicamente significativo	52	21,6
Bajo	30	12,4
Riesgo	43	17,8
Normal	116	48,1
Liderazgo		
Clínicamente significativo	45	18,7
Bajo	42	17,4
Riesgo	42	17,4
Normal	112	46,5
Habilidades para el estudio		
Clínicamente significativo	67	27,8
Bajo	38	15,8
Riesgo	35	14,5
Normal	101	41,9

Respecto al autorreporte, los pacientes de la muestra indicaron en las escalas clínicas síntomas emocionales y comportamentales como sensación de inadecuación (26,1%) y depresión (21,7%). En lo que corresponde a la escala de conducta positiva, las

relaciones interpersonales (18,8%) y la confianza en sí mismo (16,4%) fueron las habilidades adaptativas más afectadas según su autopercepción. Los demás aspectos evaluados se exponen en la Tabla 5.

Tabla 5. Distribución porcentual de las escalas clínicas y de conducta positiva en la muestra de pacientes con epilepsia. Autorreporte*

Escalas clínicas: síntomas emocionales y comportamentales Autorreporte (n=207)		
Actitud negativa hacia el colegio	n	%
Clínicamente significativo	14	6,8
Alto	11	5,3
Riesgo	5	2,4
Normal	177	85,5
Actitud negativa hacia los profesores		
Clínicamente significativo	13	6,3
Alto	12	5,8
Riesgo	10	4,8
Normal	172	83,1
Atipicidad		
Clínicamente significativo	21	10,1
Alto	33	15,9
Riesgo	9	4,3
Normal	144	69,6
Locus de control		
Clínicamente significativo	22	10,6
Alto	34	16,4
Riesgo	22	10,6
Normal	129	62,3
Estrés social		
Clínicamente significativo	19	9,2
Alto	23	11,1
Riesgo	15	7,2
Normal	150	72,5
Ansiedad		
Clínicamente significativo	33	15,9
Alto	16	7,7
Riesgo	16	7,7
Normal	142	68,6

Tabla 5. Distribución porcentual de las escalas clínicas y de conducta positiva en la muestra de pacientes con epilepsia. Autorreporte* (Continuación)

Escalas clínicas: síntomas emocionales y comportamentales Autorreporte (n=207)		
Depresión		
Clínicamente significativo	45	21,7
Alto	17	8,2
Riesgo	10	4,8
Normal	135	65,2
Sensación de inadecuación		
Clínicamente significativo	54	26,1
Alto	39	18,8
Riesgo	9	4,3
Normal	105	50,7
Escalas de conductas positivas: habilidades adaptativas Autorreporte (n=207)		
Relación con padres	n	%
Clínicamente significativo	17	8,2
Bajo	23	11,1
Riesgo	31	15,0
Normal	136	65,7
Relaciones interpersonales		
Clínicamente significativo	39	18,8
Bajo	26	12,6
Riesgo	20	9,7
Normal	122	58,9
Autoestima		
Clínicamente significativo	15	7,2
Bajo	15	7,2
Riesgo	14	6,8
Normal	163	78,7
Confianza en sí mismo		
Clínicamente significativo	34	16,4
Bajo	24	11,6
Riesgo	25	12,1
Normal	124	59,9

*Aplica solo para niños de 8 años en adelante.

Discusión

La epilepsia es una enfermedad cuyas diversas consecuencias afectan la calidad de vida de la persona que la padece [21]. Existen varios factores de riesgo que inciden en la comorbilidad psiquiátrica de los pacientes pediátricos con epilepsia, como son los hallazgos de lesión en la RNM, bajo nivel cognitivo de los niños, el ambiente, edad de inicio de la enfermedad, frecuencia de las crisis, efectos de los medicamentos y refractariedad al tratamiento [22, 23]. En varios estudios se ha encontrado asociación con variables demográficas como bajo nivel socioeconómico, menor nivel educativo de los padres, antecedentes psiquiátricos de estos y disfunción familiar [24, 25].

En la literatura se ha reportado una relación entre un perfil emocional y comportamental con las alteraciones cognitivas, evidenciándose en los pacientes pediátricos con epilepsia un bajo rendimiento escolar [26, 27]. Tal es el caso de este estudio, en el que se encontró un coeficiente intelectual afectado en el 52% de la muestra. Además de eso, la dinámica familiar y el escenario social contribuyen en gran medida a que el paciente sienta rechazo y vergüenza debido a los prejuicios que tiene la sociedad por información distorsionada acerca de la epilepsia, afectando su calidad de vida [12, 13, 28].

En este sentido, la calidad de vida de las personas diagnosticadas con epilepsia se encuentra relacionada con la autopercepción de la salud, lo que a su vez se asocia con los sesgos cognitivos propios de las alteraciones emocionales y comportamentales [26]. Existen varios aspectos que influyen en la calidad de vida, en la percepción de la enfermedad y en los trastornos afectivos de los pacientes pediátricos con epilepsia como la sobreprotección familiar, efectos secundarios de los fármacos, dificultades de aprendizaje, restricción de actividades, baja autoestima, falta de apoyo, rechazo, entre otras situaciones; teniendo como consecuencia el aislamiento social y síntomas como depresión y ansiedad [28, 29].

En un estudio realizado en el año 2011 se encontró que una muestra de 102 niños entre 5-15 años con epilepsia tenían las funciones conductuales, sociales y emocionales significativamente afectadas [30]. Sí bien

para la evaluación de estas funciones se empleó un instrumento diferente al BASC, los resultados pueden contrastarse con los hallazgos del presente estudio, en el cual los pacientes informaron en su autorreporte de síntomas emocionales y comportamentales presencia de sensación de inadecuación (44.9%), depresión (29.9%), bajas relaciones interpersonales (31.4%) y poca confianza en sí mismo (28%).

Por otra parte, a la hora de dar el diagnóstico de epilepsia a la familia del niño o adolescente, se puede producir una frustración, y suelen haber cambios en la dinámica familiar [31-33]. El temor a las crisis puede generar una sobreprotección por parte de los padres al tratar de evitar de que su hijo se haga daño, provocando limitaciones al evitar que realicen diversas actividades sociales acordes a su ciclo vital, lo que constituyen un factor que perpetúa e intensifica los síntomas emocionales y comportamentales del menor [34, 35].

En términos de comorbilidad, el TDAH es muy frecuente en niños con epilepsia con una prevalencia estimada de hasta 58% en niños y 42% en adolescentes [36]; situación que puede verse en el presente estudio en el cual los síntomas emocionales y comportamentales reportados con mayor frecuencia por los padres fueron inatención (79.7%) e hiperactividad (59.5%). Sí bien el cuestionario aplicado no es una prueba diagnóstica para el TDAH, si se cuenta con que estos síntomas son considerados nucleares para el diagnóstico. Los niños con epilepsia y TDAH tienen mayores alteraciones cognitivas, frecuencia de crisis, comienzo más temprano de la epilepsia y refractariedad, en comparación con los que presentan solo epilepsia [36].

El bajo desempeño en el rendimiento escolar es otro factor relacionado con la epilepsia infantil, ya que no solo se encuentran dificultades en el aprendizaje, sino porque algunos padres tienden a desescolarizar a su hijo para evitar los prejuicios de los pares de frente a las crisis [37, 38]. Además, algunos docentes pueden equivaler la epilepsia a una discapacidad intelectual o enfermedad psiquiátrica debido a desinformación.

Frente a ello, un estudio realizado en el sector educativo en una muestra de menores con epilepsia

encontró que del 68,7% de niños que presentó problemas académicos, el 6% indicó dificultades para ingresar a la educación debido al desconocimiento y estigma de los profesores, padres de familia y compañeros hacia la enfermedad [30, 34]. Este escenario coincide con el presente estudio en el cual los profesores informaron problemas del aprendizaje (63,1%), síntomas de inatención (56,1%) y bajas habilidades académicas (43,6 %).

Otros autores expresan que dentro de los efectos adversos o secundarios de los fármacos utilizados para tratar la epilepsia se encuentran las alteraciones cognitivas, afectivas y comportamentales [39-42]. Los síntomas que pueden aparecer son ideación suicida, agresividad, irritabilidad, apatía, alteraciones del sueño, ansiedad, depresión, psicosis, hiperactividad, agitación, nerviosismo, autoagresión y comportamientos disruptivos [39-41]. Estos efectos, varían dependiendo del fármaco empleado para el tratamiento y del paciente, por lo que es de suma importancia expresar que en cada caso se debe hacer un análisis exhaustivo de la situación comportamental del paciente. Para ello, se debe determinar la cronología de los síntomas, analizar si los cambios del paciente se relacionan con el uso del medicamento, conocer el estado neurofisiológico de este, y observar si los

síntomas se deben más a una reacción psicológica del infante frente a esta enfermedad [39, 40, 42].

Como limitaciones del presente estudio, se encuentra que por el alcance de la investigación no se logró establecer si la etiología de los problemas afectivos y comportamentales se debieron propiamente al diagnóstico de epilepsia o si estos acompañan el curso de tal enfermedad. A su vez, la poca literatura sobre el tema no permitió contrastar algunos de los resultados obtenidos, viéndose la necesidad de ampliar investigaciones sobre los síntomas reportados en los pacientes con epilepsia.

Se puede concluir que un gran porcentaje de pacientes pediátricos con epilepsia presenta comorbilidad psiquiátrica o síntomas significativos asociados, asunto que coincide con estudios mencionados los cuales, si bien son escasos, son importantes para dar a conocer el escenario de los pacientes con epilepsia y los síntomas relacionados. El presente estudio permitió cumplir con el objetivo de analizar las principales alteraciones comportamentales y emocionales de niños y adolescentes con epilepsia, con miras a establecer protocolos de evaluación especial y proponer la construcción de planes de intervención oportunos y dirigidos específicamente a hacer frente a estas dificultades

REFERENCIAS

1. Scheffer IE, Berkovic S, Capovilla G, Connolly MB, French J, Guilhoto L, Hirsch E, Jain S, Mathern GW, Moshé SL, Nordli DR, Perucca E, Tomson T, Wiebe S, Zhang YH, Zuberi SM. ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*. 2017 Apr;58(4):512-521. doi: 10.1111/epi.13709. Epub 2017 Mar 8. PMID: 28276062; PMCID: PMC5386840.
2. Poveda JCP, Bulacio JC, García EE. Epilepsia en niños: Clínica, diagnóstico y tratamiento. *Edit Pont Univ Jav*. 2014: 1-11. ISBN: 9789587167047
3. Uribe CS, Acevedo SE, Vallejo D. Las epilepsias, status epiléptico. En: Uribe CS, Arana A, Lorenzana P, ed. *Fundamentos de medicina: Neurol*. 7^a. Ed. Medellín: CIB; 2010: 371-402.
4. Uribe MG, Vélez A, Prada DM. Decisiones en neurología. Tomo II. *Editorial Universidad del Rosario*. 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.12804/lm9789587387186>
5. López IM, Varela X, Marca S. Síndromes epilépticos en niños y adolescentes. *Rev Méd Clín Las Con*. 2013; 24(6), 915-927.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. *Epilepsia: mucho más que convulsiones*. Bogotá; 2017.
7. Velez A, Eslava-Cobos J. Epilepsy in Colombia: epidemiologic profile and classification of epileptic seizures and syndromes. *Epilepsia* 2006; 47:193-201.
8. Zuloaga L, Soto C, Jaramillo D. Prevalencia de epilepsia en Medellín. *Bol Sanit Panama* 1988; 104: 331-44.

9. Aránguiz J, Hernández M, Escobar RG, Mesa T. Estado epiléptico infantil en un hospital universitario: estudio descriptivo. *Rev Neurol* 2008; 47: 286-90.
10. Mishra OP, Upadhyay A, Prasad R, Upadhyay SK, Piplani SK. Behavioral Problems in Indian Children with Epilepsy. *Indian Pediatr.* 2017 Feb 15;54(2):116-120. doi: 10.1007/s13312-017-1012-7. Epub 2016 Dec 5. PMID: 28031547.
11. Puka K, Smith ML. Long-term outcomes of behavior problems after epilepsy surgery in childhood. *J Neurol.* 2016 May;263(5):991-1000. doi: 10.1007/s00415-016-8089-0. Epub 2016 Mar 23. PMID: 27007483.
12. Rojas V, Andrade L, Novoa F, Rivera R. Calidad de vida en niños portadores de epilepsia comparados con niños sanos. *Rev Chil Epilepsia [Internet]* 2000; 1(1). Disponible en: <http://www.epilepsiachile.com>. ISSN 0717-5337.
13. Requero, PT. Epilepsia en el adolescente. *Adolescere.*, 2018; 6, 44-50.
14. De Uribe Vioria, N, Tejedor, MI, López, BM, Vara, MM, Uribe, SG. Relación entre psicopatología y epilepsia en la infancia: a propósito de un caso de esclerosis mesial temporal. *Psiquiatría Biológica*, 2021; 28(1), 18-21.
15. Kestelman, P, Kutnowki, C. Comorbilidad psiquiátrica en niños con epilepsia benigna de la infancia. *Med. infant*, 2017; 87-94.
16. Menéndez, NM, Barrio, SC, Orduña, BE. Alteraciones psicopatológicas en epilepsia infantil e intervención terapéutica. *Psicosomática y Psiquiatría*, 2020; (15), 1-1.
17. Hopker CD, Berberian AP, Massi G, Willig MH, Tonocchi R. The individual with epilepsy: perceptions about the disease and implications on quality of life. *Codas.* 2017 Mar 9;29(1): e20150236. Portuguese, English. doi: 10.1590/2317-1782/20172015236. PMID: 28300952.
18. World Health Organization. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Geneva: World Health Organization; 2000.
19. Reynolds CR, Kamphaus RW. BASC: Sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes. Madrid: TEA. 2004.
20. Ministerio de Salud y Protección Social. RESOLUCIÓN NÚMERO 8430 DE 1993 Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá; 1993.
21. Fong CY, Chang WM, Kong AN, Rithauidin AM, Khoo TB, Ong LC. Quality of life in Malaysian children with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2018 Mar; 80:15-20. doi: 10.1016/j.yebeh.2017.12.032. Epub 2018 Jan 20. PMID: 29396357
22. Ramos KJ. Comorbilidades psiquiátricas en epilepsia servicio de neuropediatría Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima; 2017.
23. Volk HA. Cómo mejorar el manejo de la epilepsia y sus comorbilidades. *Epil.* 2019; 13:14.
24. Besag FM. Cognitive and behavioral outcomes of epileptic syndromes: implications for education and clinical practice. *Epilepsia.* 2006;47 Suppl 2:119-25. doi: 10.1111/j.1528-1167.2006.00709.x. PMID: 17105481.
25. Sherman EM, Slick DJ, Eyrl KL. Executive dysfunction is a significant predictor of poor quality of life in children with epilepsy. *Epilepsia* 2006; 47:1936–1942.
26. Dal Canto G, Pellacani S, Valvo G, Masi G, Ferrari AR, Sicca F. Internalizing and externalizing symptoms in preschool and school-aged children with epilepsy: Focus on clinical and EEG features. *Epilepsy Behav.* 2018 Feb;79:68-74. doi: 10.1016/j.yebeh.2017.10.004. Epub 2017 Dec 15. PMID: 29253677.
27. Barrios-Hernández Y. Calidad de vida y entorno escolar del niño con epilepsia. *Rev Educ;* 2013; 37(2): 143-154.
28. Datta SS, Premkumar TS, Chandy S, Kumar S, Kirubakaran C, Gnanamuthu C, Cherian A. Behaviour problems in children and adolescents with seizure disorder: associations and risk factors. *Seizure.* 2005 Apr;14(3):190-7. doi: 10.1016/j.seizure.2005.01.007. PMID: 15797354.
29. Palacios E, Vicuña M, Pulido AC, Vergara JP. Calidad de vida en pacientes con epilepsia que son atendidos en el departamento de neurología del Hospital San José de Bogotá. *Acta Neurol Colomb;* 2015; 31(3): 235-239.

30. Aggarwal A, Datta V, Thakur LC. Quality of life in children with epilepsy. *Indian Pediatr.* 2011 Nov 11;48(11):893-6. doi: 10.1007/s13312-011-0137-3. Epub 2011 May 30. PMID: 21719939.
31. Rodenburg R, Marie Meijer A, Deković M, Aldenkamp AP. Family predictors of psychopathology in children with epilepsy. *Epilepsia.* 2006 Mar;47(3):601-14. doi: 10.1111/j.1528-1167.2006.00475.x. PMID: 16529629.
32. Rengel MA. Variaciones en la Calidad de vida del escolar con Epilepsia. El caso venezolano. *Avan en Biomed.* 2019;8(2):55-63.
33. Pineda D. Manifestaciones comportamentales de la función materna en cuidadores familiares de niños con epilepsia entre los 5 y los 10 años. 2019.
34. Peralta M. Epilepsia y depresión en el niño. 2016; 2-20.
35. Toral LA. Calidad de vida en niños con epilepsia y sobrecarga en sus cuidadores. 2017.
36. Vania KP, De La Barra M. Trastornos psiquiátricos en los pacientes con epilepsia. *Rev Méd Clín Las Con,* 2013 24(6), 979-985.
37. Hernández IVR, de Velazco JJHG, Chumaceiro AC, Salcedo CC. Epilepsia un abordaje social: experiencia de sensibilización y concientización ciudadana. *Rev Orb.* 2016;(35), 58-76.
38. Cruz-Cruz M, Gallardo-Elías J, Paredes-Solís S, Legorreta-Soberanis J, Flores-Moreno M, Andersson N. Factores asociados a epilepsia en niños en México: un estudio caso-control. *Bol méd Hosp Inf de Méx,* 2017 74(5), 334-340.
39. Ulate-Campos A, Fernández IS. Cognitive and Behavioral Comorbidities: An Unwanted Effect of Antiepileptic Drugs in Children. *Semin Pediatr Neurol.* 2017;24(4):320-330. doi:10.1016/j.spen.2017.10.011
40. Afzal KI, Anam S, Hunter SJ. The effects of antiepileptic drugs on pediatric cognition, mood, and behavior. *Jour of Pediatr Epil,* 2017 6(01), 003-018.
41. Sanabria AA, Álvarez VH, Livengood MA. Impacto de los fármacos anticonvulsivantes en el desempeño cognitivo. En: Jerez Magaña AA, Lara Girón JC. *Clínicas de Neurociencias III: Cognición en neuropsiquiatría.* 1ª Ed, *Hum Edit,* Guatemala. 2018; 256 pág., 195-213.
42. Helmstaedter C, Witt JA. Anticonvulsant Drugs and Cognition. *NeuroPsychopharmac.* 2020:1-2.