[REV. MED. CLIN. CONDES - 2026; 37(1) 84-92]

REVISTA MÉDICA CLÍNICA LAS CONDES
https://www.journals.elsevier.com/revista-medica-clinica-las-condes

REVISIÓN / REVIEW

Comorbilidades psiquiátricas en epilepsia

Psychiatric comorbidities in epilepsy

Vania Krauskopf, MD[a,b]✉; Viviana Herskovic, MD[a,b].

[a] Departamento de Psiquiatría Clínica Las Condes. Santiago, Chile.
[b] Cooperativa Médica Las Condes - Medicop. Santiago, Chile.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del Artículo:
Recibido: 29/08/2025
Aceptado: 21/01/2026

Keywords:
Epilepsy, Psychiatric comorbitidy, Depression, Psychosis.

Palabras clave:
Epilepsia; Comorbilidad psiquiátrica; Depresión; Psicosis.

RESUMEN

Existe una relación documentada entre la epilepsia y distintas patologías psiquiátricas. Esta relación ha sido estudiada en niños y adultos con epilepsia. Es una relación compleja, ya que la epilepsia puede presentarse de manera simultánea con trastornos de la salud mental, puede causarlos o intensificarlos, y el tratamiento con fármacos antiepilépticos puede causar o agravar síntomas psiquiátricos. Por otro lado, los trastornos psiquiátricos pueden impactar el pronóstico de la epilepsia, interferir con la adherencia al tratamiento y afectar la calidad de vida de los pacientes. Por eso es esencial hacer prevención, detección y tratamiento de las comorbilidades psiquiátricas en pacientes con epilepsia.

ABSTRACT

There is a strong relationship between epilepsy and psychopathology, recognized from ancient times. It has been extensively studied in children and in adults. This relationship is complex, because epilepsy may present simultaneously with mental health disorders, it may cause them or intensify them, and antiepileptic treatment may cause or worsen psychiatric symptoms. On the other hand, psychiatric disorders may impact the prognosis of epilepsy, may interfere with adherence to treatment and may affect quality of life. It is thus important to prevent, screen for and treat psychiatric comorbidity in patients with epilepsy.

✉ Autor para correspondencia
Correo electrónico: vkrauskopf@clinicalascondes.cl

https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2026.01.002
e-ISSN: 2531-0186/ ISSN: 0716-8640/© 2026 Revista Médica Clínica Las Condes.
Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND
(http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

INTRODUCCIÓN

La relación entre epilepsia y distintas patologías psiquiátricas ha sido reconocida desde la antigüedad. Hipócrates ya asociaba la epilepsia con la melancolía. En la actualidad diversas publicaciones señalan que los pacientes con epilepsia presentan tasas de depresión y de ansiedad significativamente mayores que la población general con consecuencias directas sobre la calidad de vida, adherencia al tratamiento y evolución clínica[1].

La epilepsia es uno de los trastornos neurológicos crónicos más frecuentes en niños, alcanzando una prevalencia de alrededor de 1%. De los niños y adolescentes con epilepsia, se estima que hasta el 80% presenta comorbilidades, de las cuales las más frecuentes son psiquiátricas y neurológicas. Además se asocia la epilepsia a problemas académicos y sociales[1,2].

Las comorbilidades son clínicamente relevantes, se debe considerar que pueden ser causadas o agravadas por fármacos antiepilépticos, por lo que complican la elección del tratamiento, impactan en la calidad de vida, aumentan los costos y cambian con el crecimiento y desarrollo del niño, requiriendo un seguimiento continuo a lo largo de la vida[2,3].

El objetivo de esta revisión es sintetizar la evidencia actual de comorbilidad psiquiátrica en pacientes con epilepsia, la diferente psicopatología asociada, mecanismos fisiopatológicos comunes, factores de riesgo y estrategias terapéuticas.

COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS EN EPILEPSIA PEDIÁTRICA

La alta comorbilidad entre epilepsia y patologías psiquiátricas ha sido ampliamente investigada y registrada en estudios clínicos, pero no siempre en la práctica clínica. De ahí viene la importancia de que los profesionales que atienden pacientes con epilepsia tengan en mente esto, para pesquisar y tratar, o derivar, según sea necesario, las comorbilidades de los pacientes. Un estudio inglés de 2014 evidenció que el 80% de los niños con epilepsia activa presentaba un trastorno conductual o cognitivo, un tercio de ellos sin diagnóstico previo. Los diagnósticos más frecuentes fueron discapacidad cognitiva (40%), TDAH (33%) y TEA (21%).

En Noruega, un estudio de cohorte con 1 125 161 niños nacidos entre 1996 y 2013 mostró que el 0,6% presentaba epilepsia, y casi el 80% de ellos tenía al menos una comorbilidad. Las comorbilidades psiquiátricas afectaban al 43% de los pacientes, con mayor frecuencia en epilepsias complicadas[2,3].

Las epilepsias raras representan un grupo de especial relevancia debido a su elevado riesgo de comorbilidades: la mitad de los pacientes presentan más de cinco, afectando diversos sistemas. Las más frecuentes patologías psiquiátricas en los pacientes con epilepsias raras son los trastornos de aprendizaje (71%), de salud mental (71%) y del sueño (60%), con mayor riesgo en quienes fueron diagnosticados antes de los 9 meses[5].

Entre las comorbilidades más frecuentes, destaca el trastorno por déficit atencional con hiperactividad (TDAH), cuya prevalencia es dos a siete veces mayor en niños con epilepsia que en la población general, llegando en algunos estudios a estar presente en el 60% de los niños y adolescentes con epilepsia[6-9]. Se asocia con convulsiones de inicio más temprano, crisis más frecuentes y mayor uso de polifarmacia antiepiléptica[8]. A mayor tasa de convulsiones y peor control de la epilepsia, el riesgo de TDAH aumenta significativamente[6]. Existe además evidencia de una relación bidireccional: la epilepsia incrementa el riesgo de TDAH, y este a su vez se ha vinculado con una mayor frecuencia de epilepsia[6,7]. A diferencia de la población general, en el grupo de pacientes con epilepsia es más frecuente el subtipo inatento[9,10]. El antecedente de intento de suicidio se ha asociado con un riesgo relativo (RR) de 3,9 veces (IC 1,4-11,5) de tener una convulsión no provocada; lo mismo sucede para episodios depresivos, con RR de 1,7 (IC1,1-2,7) de tener una convulsión sin otro gatillante[11]. La epilepsia es hasta 4 veces más frecuente en pacientes con TDAH que en controles[7]. Se ha identificado que los niños con ambos cuadros, epilepsia y TDAH, pueden presentar un aumento de materia gris en el lóbulo frontal y un volumen disminuido del tronco encefálico. Además, se cree que la actividad epileptiforme interictal podría afectar la atención[12]. Existe también una asociación de epilepsia y TDAH con alteraciones del sueño, en especial con dificultad para iniciar y mantener el sueño, con una disminución del umbral convulsivante al afectarse la calidad del sueño[13]. Es especialmente importante identificar el TDAH porque se asocia a baja calidad de vida en pacientes con epilepsia, por lo que se recomienda realizar *screening* anual de sus síntomas[9]. Para el caso de los pacientes con epilepsia y TDAH, el metilfenidato es el fármaco de primera línea, con evidencia razonable de eficacia y seguridad en esta posblación. La atomoxetina y las anfetaminas serían fármacos de segunda línea, ya que tiene algo de mayor riesgo de agravar las crisis[12].

El tastorno del espectro autista (TEA) se presenta en 20% de los niños con epilepsia, y hasta 50% de los niños con TEA presentan descargas epileptiformes sin crisis convulsivas. El RR de TEA en niños con epilepsia se estimó en 10,49 en un estudio poblacional sueco, y en 12 a 17% en una revisión sistemática de la literatura[14,9]. Los hermanos e hijos de pacientes con epilepsia presentaron también un mayor riesgo de TEA, de alrededor 1,6 veces al de la población general[14]. La discapacidad cognitiva es

el único factor estadísticamente significativo que de manera indepediente se asocia a la presencia de epilepsia en individuos con TEA[9].

La discapacidad cognitiva está presente en aproximadamente el 40% de los niños con epilepsia, y en muchos casos es diagnosticada antes del inicio de las crisis[8]. El coeficiente intelectual bajo es el factor más asociado a la presencia de comorbilidades psiquiátricas[3]. Además, entre los niños con parálisis cerebral, entre el 20 y el 40% desarrollan epilepsia, y esta comorbilidad representa el mayor riesgo de mal pronóstico (RR 5,03)[8]. Los niños con epilepsia, además pueden presentar bajo rendimiento escolar, independiente de su capacidad cognitiva, que se asocia a ausentismo escolar, déficits cognitivos específicos, primera crisis a edad temprana y efectos adversos de los fármacos antiepilépticos[15]. Los niños con epilepsia generalizada tienden a tener peores rendimientos que aquellos con epilepsias focales, incluso cuando se logra control de las crisis[15].

En relación con la depresión y la suicidalidad, la prevalencia es marcadamente superior a la de la población general. La ideación suicida se reporta en 14-27% de los pacientes pediátricos con epilepsia, siendo 2,5 veces más frecuente que en adultos con epilepsia, y hasta 10% de los pacientes sin otra comorbilidad psiquiátrica también la presentan[6]. Puede también ser difícil distinguir entre los efectos de los fármacos antiepilépticos y la psicopatología. Su uso se ha asociado a un riesgo aumentado 1,8 veces de suicidalidad[2]. Los fármacos más antiguos (como fenobarbital, fenitoina, carbamazepina o ácido valproico) tienen más efectos adversos cognitivos; los más nuevos, efectos adversos conductuales como irritabilidad o agresividad, que hacen necesario suspender los fármacos en 11,2% de los pacientes[2]. El levetiracetam es uno de los fármacos con más efectos adversos psiquiátricos; la etosuccimida, uno de los mejor tolerados. Los pacientes con síntomas depresivos toleran peor los efectos adversos de los fármacos y los reportan con mayor frecuencia[2]. Los fármacos antiepilépticos han sido asociados con un riesgo aumentado de suicidio en comparación con pacientes que reciben placebo en estudios aleatorizados doble ciego, pero se considera bajo comparado con el riesgo de suspender el tratamiento antiepiléptico[15].

La ansiedad también constituye una comorbilidad central. La preocupación por convulsionar en público puede gatillar sintomatología de ansiedad social y evitación de actividades. También puede aparecer miedo a estar sin un cuidador, y gatillar un trastorno de ansiedad por separación. Pueden existir múltiples preocupaciones, consistiendo un cuadro de trastorno de ansiedad generalizada. Estos cuadros pueden causar ansiedad también en los padres, con la consiguiente sobreprotección y disminución en la autonomía de los pacientes[2]. Los trastornos externalizantes como TDAH, trastorno oposicionista desafiante y trastorno de conducta pueden coexistir, lo que complejiza aún más el manejo clínico[16].

La depresión y ansiedad son cuadros tan prevalentes que se recomienda el *screening* universal anual para estos cuadros para todos los pacientes con epilepsia a partir de los 7 años[15]. Se consideran de especial riesgo los pacientes mayores de 12 años, los que tienen antecedentes de depresión o suicidalidad, los que están viviendo otros eventos traumáticos simultáneos, los que tienen agravamiento del cuadro epiléptico. Se debe siempre indagar si hay relación entre aparición de síntomas psiquiátricos y aumento de las crisis epilépticas[15].

Está demostrado que es útil en el tratamiento de epilepsia con comorbilidades psiquiátricas incluir estrategias de psicoeducación y terapia cognitivo conductual, que tienen evidencia de mejorar la calidad en vida, en especial en casos con depresión, mala adherencia al tratamiento y alteraciones neurocognitivas[2,17]. Si estas intervenciones fracasan o son insuficientes, se debe considerar la necesidad de agregar tratamiento psicofarmacológico, pese a la escasez de evidencia en niños y adolescentes con epilepsia, pero extrapolando de lo que se ha estudiado en adultos con epilepsia y en niños y adolescentes sin epilepsia. Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) son los fármacos de primera línea, tanto para síntomas de ansiedad, como de depresión[12].

En términos generales, las comorbilidades en epilepsia pediátrica son un desafío para el tratamiento, que tiende a enfocarse en un trastorno por sobre el otro, además complican la elección de fármacos, por sus efectos adversos, y confunden la presentación de los cuadros con síntomas que puede sobrelaparse[8]. Se asocian a menor probabilidad de lograr libertad de crisis, más resistencia a fármacos, peor adherencia a tratamiento y mayor reporte de efectos adversos[8]. A los pacientes con comorbilidades psiquiátricas se les suspenden menos fármacos antiepilépticos, presentan menores tasas de remisión, más resitencia a los fármacos, y más efectos adversos[8]. Cabe destacar que la prevalencia de comorbilidades psiquiátricas se mantiene estable en el tiempo, lo que sugiere factores compartidos con la epilepsia más allá de la evolución clínica[8]. Es importante dar tratamiento a las comobilidades, incluso farmacólogico, con precaución ya que muchos fármacos psiquiátricos disminuyen el umbral convulsivante[8]. Las comorbilidades psiquiátricas empeoran la calidad de vida, hacen que el paciente requiera de más servicios médicos y que su tratamiento sea más costoso[8]. El coeficiente intelectual (CI) bajo es el factor que más se asocia a presentar comorbilidad psiquiátrica[2].

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN PACIENTES ADULTOS CON EPILPESIA

En pacientes adultos con epilepsia, la depresión constituye el trastorno psiquiátrico comórbido más frecuente, con una prevalencia estimada según diversos estudios entre un 13% a un 37%[18,19]. Su frecuencia alcanza aproximadamente 20% en pacientes con epilepsia del lóbulo temporal y puede elevarse hasta 62% en pacientes con crisis parciales complejas refractarias a tratamiento[20,21] siendo seguido por los trastornos de ansiedad, incluyendo ansiedad generalizada y trastorno de pánico los cuales pueden desarrollarse en relación a lo impredecible de las crisis, así como también por los mecanismos neurobiológicos propios de la enfermedad. Con menor frecuencia se observan se observan trastornos psicóticos y TDA.

En niños y adolescentes la prevalencia de psicopatología es igualmente elevada, con un impacto negativo sobre el desarrollo cognitivo, académico y social[22].

Existe una relación bidireccional entre depresión/ansiedad y epilepsia donde una condición puede exacerbar la otra, los síntomas psiquiátricos pueden manifestarse tanto en los periodos interictales o como consecuencia de efectos adversos a fármacos antiepilépticos.

Se han identificado algunos mecanismos fisiopatológicos comunes que contribuyen al desarrollo de alteraciones del ánimo /ansiedad y aumentan el riesgo de crisis epiléptica[23, 24]:

MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS COMUNES

- Neurotransmisores: serotonina, GABA, glutamato
- Eje HPA y cortisol
- Neuroinflamación (IL-1β, BDNF)
- Cambios estructurales: hipocampo, amígdala, corteza prefrontal
- Conectividad y neurodesarrollo

La epilepsia se asocia frecuentemente a diversas comorbilidades psiquiátricas, las cuales pueden impactar de manera significativa en la calidad de vida de los pacientes. Entre los trastornos psiquiátricos más prevalentes en esta población se incluyen los trastornos depresivos , los trastornos de ansiedad y los trastornos psicóticos.

La depresión constituye la patología psiquiátrica más frecuente en paciente adultos con epilepsia. Se ha estimado que el riesgo de conducta suicida en estos pacientes es entre cinco a diez veces mayor en comparación con la población general[25], observándose además una mayor prevalencia de suicidio consumado en aquellos con depresión interictal[26].

CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN LA EPILEPSIA SEGÚN SU RELACIÓN TEMPORAL CON LAS CRISIS

La depresión en la epilepsia puede clasificarse de acuerdo con su relación temporal con las crisis epilépticas. En este sentido, se reconocen cuatro momentos principales: previo a la crisis, durante la crisis, posterior a la crisis y sin relación temporal directa con la crisis.

La Tabla 1 resume esta clasificación y los tipos de depresión asociados a cada momento.

- Previo a la crisis (depresión preictal): En la cual los síntomas depresivos aparecen horas o días antes de la crisis. Estos pueden manifestarse como irritabilidad, tristeza o ansiedad, y en algunos casos funcionan como síntomas prodrómicos.
- Durante la crisis (depresión ictal): Se presenta como parte del fenómeno epiléptico, ya sea en forma de aura o durante una crisis parcial. Se caracteriza por la aparición súbita y breve de síntomas depresivos, directamente vinculados a la descarga epileptiforme.
- Posterior a la crisis (depresión postictal): La forma postictal aparece tras la crisis epiléptica. Suele ser transitoria y se asocia a síntomas como tristeza, apatía, disforia y fatiga, frecuentemente acompañados de confusión o alteraciones cognitivas.
- Sin relación temporal con la crisis (depresión interictal y depresiones asociadas a psicosis): La depresión interictal se presenta de manera independiente de las crisis, incluyendo formas reactivas, distimias breves y distimias prolongadas, con un curso más estable en el tiempo. Asimismo, las depresiones asociadas a psicosis pueden presentarse con o sin alteración de la conciencia, sin una relación temporal directa con la crisis epiléptica.

Tabla 1. Clasificación de la depresión en la epilepsia

Tipo de Depresión	Clasificación
Depresión Ictal	Aura / Crisis parcial
Depresión Periictal	Preictal / Postictal
Depresión Interictal	Reactiva / Distimia breve / Distimia prolongada
Depresión asociada a psicosis	Con alteración de la conciencia / Con lucidez de la conciencia

Adaptado de Fuente: Ivanovic Zuvic, F. (2010)[27].

A continuación se presenta una tabla comparativa que resume las principales diferencias clínicas entre la depresión endógena y la depresión en epilepsia, destacando aspectos como el patrón temporal de los síntomas, factores hereditarios y presentación clínica (tabla 2).

Los trastornos de ansiedad constituyen otra comorbilidad psiquiátrica frecuente en pacientes con epilepsia[36], incluidos el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico. Pueden surgir como respuesta a niveles más altos de ansiedad basal que en la población general, esto se ha asociado como consecuencia de los mecanismos fisiopatológicos compartidos, al carácter impredecible de las crisis epilépticas, al estigma social y a las vivencias asociadas a la enfermedad.

Los trastornos de ansiedad serían más frecuentes en pacientes con epilepsia focal que en aquellos con epilepsia generalizad[28]. La epilepsia localizada en el lóbulo temporal se asocia con frecuencia con síntomas de ansiedad[29]. Existiría una correlación entre la edad de presentación de la epilepsia y los niveles de ansiedad, en la cual a menor edad de inicio existiría menor ansiedad[30].

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON EPILEPSIA

El tratamiento principal para el control de las crisis epilépticas es el uso de fármacos antiepilépticos, es de suma importancia realizar una evaluación de las posibles interacciones medicamentosas al tratar pacientes con epilepsia y comorbilidad psiquiátrica. Algunos psicofármacos antidepresivos y neurolépticos pueden disminuir el umbral convulsivo o alterar la respuesta de los fármacos antiepilépticos[37, 38].

Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) se consideran dentro de la primera línea de tratamiento para los trastornos de ansiedad y de ánimo en pacientes adultos con epilepsia[37]. El estrés es reconocido como un factor desencadenante de crisis epilépticas por lo que las estrategias que lo disminuyan son de utilidad, dentro de estas se encuentran el *mindfulness*, técnicas de relajación y psicoterapia cognitivo conductual que asociado al tratamiento psicofarmacológico puede contribuir a mejorar la calidad de vida del paciente.

La presencia de psicosis en pacientes con epilepsia puede correlacionarse con una mayor duración de la enfermedad y con tipos específicos de crisis, lo que indica una relación compleja entre los aspectos neurológicos y psiquiátricos de la epilepsia. Las psicosis epilépticas tienen una prevalencia del 8% en pacientes con epilepsia[31] que asciende a un 10% en pacientes con crisis del lóbulo temporal.

Se clasifican en relación a su presentación con las crisis epilépticas según se señala a continuación:

1-Psicosis Postictales: Cuadro psicótico de corta duración de inicio brusco, días a semanas, aparece en relación a crisis focales con generalización secundaria o crisis generalizadas. Se presentan con alteración de conciencia y alteraciones conductuales[27].

Tabla 2. Diferencias clínicas entre depresión endógena y depresión en la epilepsia

	Depresión endógena	Depresión en epilepsia
Curso	Estable, continuo	Intermitente, fluctuante
Ritmicidad	Ritmo diario típico (mejoría vespertina)	Variabilidad sin ritmo fijo
Estacionalidad	Frecuente	Ausente
Síntoma nuclear	Tristeza vital profunda	Apatía, disforia, ansiedad
Cogniciones depresivas	Culpa, ruina, autorreproche	Menos estructuradas
Egodistonía	Baja	Alta
Inhibición psicomotora	Marcada y persistente	Leve o fluctuante
Ansiedad / irritabilidad	Ansiedad más estable	Ansiedad e irritabilidad prominentes
Somatización	Síntomas somáticos organizados	Molestias cambiantes
Sueño	Alteraciones constantes	Alteraciones variables
Factores ambientales	Escasa reactividad	Alta reactividad
Personalidad	*Typus melancholicus*	Personalidad epileptoide
Conciencia	Sin compromiso de conciencia	Puede alterarse
Relación con crisis	No existe	Alternancia o disminución de crisis

Adaptado de Fuente: Ivanovic Zuvic, F. (2010)[27].

2-Psicosis Ictal: Expresión clínica de una crisis parcial. Es necesario EEG alterado que demuestre actividad epiléptica. Se dividen en: Estatus de ausencia: crisis continuas con una duración mayor a 30 minutos o sin recuperación de conciencia entre cada episodio. Se asocia a automatismos, los que se relacionan habitualmente con crisis del lóbulo temporal[26]. Estatus de crisis parciales complejas: se presenta habitualmente como combinación de automatismos motores, crisis parciales complejas y estados de alteración de conciencia fluctuantes[27].

3-Psicosis Interictales: La mayoría se asocia a crisis focales y su duración es de semanas o meses. Habitualmente sin alteración de conciencia que puede cursar con episodios de compromiso de conciencia. Pueden cursar con o sin normalización del EEG[27].

El tratamiento de la psicosis en la epilepsia abarca un conjunto integral de estrategias de manejo diseñadas para abordar de manera coordinada la interacción entre los síntomas neurológicos y psiquiátricos propios de esta condición. En primer lugar es fundamental evaluar la necesidad de hospitalización y definir el tipo de intervención más adecuado según la severidad del cuadro.

Desde el punto de vista farmacológico se indica el uso de neurolépticos, con monitorización cuidadosa por posibles interacciones con antiepilépticos y disminución del umbral convulsivo junto con la optimización de fármacos antiepilépticos[38].

La psicoterapia en particular la terapia cognitivo-conductual para la psicosis orientada en la reestructuración de pensamientos y a mejorar la adaptación social.

Asimismo, el apoyo familiar y rehabilitación psicosocial mediante psicoeducación, terapia familiar y entrenamiento en habilidades sociales.

Finalmente, la participación de equipos de intervención temprana con una coordinación entre psiquiatría y neurología especialmente para casos de primer episodio (tabla 3).

CRISIS NO EPILÉPTICAS PSICÓGENAS (CNEP)

La histeroepilepsia, actualmente denominada Crisis no epilépticas psicógenas (CNEP), fue descrita inicialmente por Charcot (1885) y posteriormente por Rabé (1966)[39, 40]. Se trata de episodios paroxísticos caracterizados por alteraciones conductuales que aparentan ser crisis epilépticas, pero que no presentan una causa orgánica demostrable. Un elemento clave para su diagnóstico es la ausencia de alteraciones en el electroencefalograma (EEG) durante los episodios. Se estima que entre un 17 a un 30% de los pacientes atendidos por epilepsia refractaria al tratamiento antiepiléptico en hospitales terciarios corresponden a CNEP[32,33].

Las CNEP se observan en pacientes con epilepsia con comorbilidad de trastorno de la personalidad en el cual las crisis psicógenas y las crisis epilépticas se alternan, y en otro grupo de pacientes con trastorno de personalidad sin diagnóstico de epilepsia en los cuales las crisis son comprendidas desde lo psíquico.

Existe una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con CNEP. Los trastornos del ánimo se asocian hasta en un 64%, el trastorno por estrés postraumático en un 49%, los trastornos de ansiedad en un 47% y el abuso de sustancias en un 42%.

Los trastornos de personalidad se presentan entre un 30% y un 50 % en los pacientes con CNEP, siendo los más frecuentes el trastorno de personalidad limítrofe y el trastorno histriónico de la personalidad[18]. Se asocia además en estos pacientes antecedentes de eventos traumáticos durante su infancia o adolescencia mayor que en la población general, en rangos que van desde un 44% a un 84%.

Son más frecuentes en mujeres y la edad de inicio es entre la segunda y tercera década de vida[34,35].

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE CRISIS EPILÉPTICAS Y CNEP (TABLA 4)

Frente a pacientes que presentan crisis prolongadas, con una semiología incongruente, ausencia de confusión postictal y ante-

Tabla 3. Clasificación de psicosis en epilepsia

Grupo	Tipo de Psicosis	Subtipo
I. Estados psicóticos con alteración de conciencia	Psicosis postictales	—
	Psicosis ictales	Estatus de ausencias
		Estatus de crisis parciales complejas
II. Estados psicóticos sin alteración de conciencia	Psicosis episódicas	Estados maníacos o depresivos
	Psicosis crónicas	Psicosis alternantes (episódicas)
		Psicosis paranoides
		Psicosis esquizomorfa
III. Estados psicóticos no clasificables	—	

Adaptado de Fuente: Ivanovic Zuvic F., 2010[27].

cedentes de eventos traumáticos o fenómenos disociativos, debe considerarse la posibilidad de crisis no epilépticas psicógenas.

El diagnóstico definitivo se establece mediante un video EEG, (vEEG) demostrando un registro electroencefalográfico normal durante las crisis. En contextos donde el acceso al vEEG es limitado o inexistente o cuando no es posible realizar una evaluación oportuna, la Escala Diagnóstica para Crisis Psicógenas No Epilépticas (PNES-DSC) constituye una herramienta clínica útil. Esta escala estructurada como una lista de verificación con adecuadas propiedades psicométricas permite agilizar el proceso diagnóstico y facilita la identificación de CNEP en la práctica clínica. Tiene un enfoque integrador, se puede utilizar junto con un historial clínico adecuado y es una herramienta flexible, aplicable incluso en escenarios con datos limitados de vEEG o cuando el paciente no está disponible para una evaluación completa[41].

Una vez diagnosticada la CNEP debe ser transmitido al paciente y su familia la ausencia del diagnóstico de epilepsia e identificar la causa psiquiátrica y alteraciones psicopatológicas que las originan. Debe suprimirse lentamente el tratamiento antiepiléptico e iniciar tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico que según el caso puede requerir de diferentes orientaciones terapéuticas, cognitivo conductual, psicodinámico y sistémico[32].

CONCLUSIÓN

Las comorbilidades en la epilepsia pediátrica son altamente prevalentes y clínicamente significativas, teniendo impacto en la adherencia al tratamiento, la calidad de vida y el pronóstico. Entre ellas, destacan por su alta prevalencia el TDAH, el TEA, la depresión, los trastornos de ansiedad y la discapacidad cognitiva, por lo que los clínicos deben estar atentos a la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento multidisciplinario de estos cuadros cuando es necesario.

En pacientes adultos con epilepsia la evidencia revisada sugiere que la relación entre la epilepsia y los trastornos psiquiátricos , principalmente depresión, ansiedad y psicosis, es compleja, bidireccional y sostenida en el tiempo, sugiriendo la existencia de mecanismos fisiopatológicos compartidos .

Clínicamente la presencia de depresión y ansiedad en pacientes con epilepsia se asocia a una peor calidad de vida, mayor riesgo de falta de adherencia al tratamiento, hospitalizaciones más frecuentes y aumento de riesgo suicida. El manejo de estas comorbilidades requiere de un abordaje integral y multidisciplinario que combine tratamiento farmacológico con intervenciones psicoterapéuticas y psicoeducativas.

La detección precoz, el *screening* y pesquisa sistemática de síntomas psiquiátricos en pacientes con epilepsia deben formar parte de los controles rutinarios.

Tabla 4. Aspectos clínicos diferenciales entre crisis epilépticas y crisis no epilépticas psicógenas

Característica	Crisis psicógenas	Crisis epilépticas
Inicio	Gradual	Súbito
Duración	Prolongada (> 2 min)	Breve (< 2 min)
Desencadenantes	Frecuentes (emocionales / estímulos externos)	Poco frecuentes
Actividad motora	Ondulante, variable	Estereotipada
Movimientos	Asincrónicos, desorganizados	Sincrónicos
Movimientos con propósito	Presentes	Ausentes
Cierre ocular	Frecuente	Raro
Llanto	Frecuente	Raro
Mordedura de lengua	Ausente	Frecuente
Cianosis	Rara	Más frecuente
Periodo postictal	Reorientación rápida	Confusión prolongada
Contexto psiquiátrico	Frecuente	Raro
Relación cambios medicación	No relación	Usualmente relacionado
EEG Interictal	Normal	Frecuentemente alterado
EEG Ictal	Normal	Alterado
Incontinencia urinaria	Rara	Habitual

Tabla de elaboración propia en base a Fuente: Sánchez González R, et al[32].

Declaración de conflicto de intereses:
Las autoras declaran no tener ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *Standage KF, Fenton GW. Psychiatric symptom profiles of patients with epilepsy: a controlled investigation. Psychol Med. 1975 May;5(2):152-60. doi: 10.1017/s0033291700056403.*
2. *Aaberg KM, Bakken IJ, Lossius MI, Lund Søraas C, Håberg SE, Stoltenberg C, et al. Comorbidity and Childhood Epilepsy: A Nationwide Registry Study. Pediatrics. 2016 Sep;138(3):e20160921. doi: 10.1542/peds.2016-0921.*
3. *Verrotti A, Mazzocchetti C. Epilepsy: Beyond seizures - the importance of comorbidities in epilepsy. Nat Rev Neurol. 2016 Oct;12(10):559-60. doi: 10.1038/nrneurol.2016.135.*
4. *Reilly C, Atkinson P, Das KB, Chin RF, Aylett SE, Burch V, et al. Neurobehavioral comorbidities in children with active epilepsy: a population-based study. Pediatrics. 2014 Jun;133(6):e1586-93. doi: 10.1542/peds.2013-3787.*
5. *Ho NT, Kroner B, Grinspan Z, Fureman B, Farrell K, Zhang J, et al.; Rare Epilepsy Network Steering Committee. Comorbidities of Rare Epilepsies: Results from the Rare Epilepsy Network. J Pediatr. 2018 Dec;203:249-258.e5. doi: 10.1016/j.jpeds.2018.07.055.*
6. *Dagar A, Anand A, Pestana-Knight E, Timmons-Mitchell J, Tossone K, Zemba D, et al. Screening for suicidality and its relation to undiagnosed psychiatric comorbidities in children and youth with epilepsy. Epilepsy Behav. 2020 Dec;113:107443. doi: 10.1016/j.yebeh.2020.107443.*
7. *Chou IC, Chang YT, Chin ZN, Muo CH, Sung FC, Kuo HT, et al. Correlation between epilepsy and attention deficit hyperactivity disorder: a population-based cohort study. PLoS One. 2013;8(3):e57926. doi: 10.1371/journal.pone.0057926.*
8. *Åndell Jason E. Neurodevelopmental and psychiatric comorbidities negatively affect outcome in children with unprovoked seizures-A non-systematic review. Acta Paediatr. 2021 Nov;110(11):2944- 2950. doi: 10.1111/apa.16026.*
9. *Zarakoviti E, Shafran R, Skuse D, McTague A, Batura N, et al. Factor associated with the occurrence of epilepsy in autism: a systematic review. J Autism Dev Disord. 2023 Oct;53(10):3873-3890. doi: 10.1007/s10803-022-05672-2.*
10. *Ahmed, G.K., Darwish, A.M., Khalifa, H. et al. Relationship between Attention Deficit Hyperactivity Disorder and epilepsy: a literature review. Egypt J Neurol Psychiatry Neurosurg. 2022; 58, 52. doi. org/10.1186/s41983-022-00482-w*
11. *Hesdorffer DC, Hauser WA, Olafsson E, Ludvigsson P, Kjartansson O. Depression and suicide attempt as risk factors for incident unprovoked seizures. Ann Neurol. 2006 Jan;59(1):35-41. doi: 10.1002/ana.20685.*
12. *Uliel-Sibony S, Chernuha V, Tokatly Latzer I, Leitner Y. Epilepsy and attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: An overview of etiology, prevalence, and treatment. Front Hum Neurosci. 2023 Apr 11;17:1021605. doi: 10.3389/fnhum.2023.1021605.*
13. *Neto FK, Noschang R, Nunes ML. The relationship between epilepsy, sleep disorders, and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children: A review of the literature. Sleep Sci. 2016 Jul-Sep;9(3):158-163. doi:10.1016/j.slsci.2016.09.003.*
14. *Sundelin HE, Larsson H, Lichtenstein P, Almqvist C, Hultman CM, Tomson T, et al. Autism and epilepsy: A population-based nationwide cohort study. Neurology. 2016 Jul 12;87(2):192-7. doi: 10.1212/WNL.0000000000002836.*
15. *Dagar A, Falcone T. Psychiatric Comorbidities in Pediatric Epilepsy. Curr Psychiatry Rep. 2020 Oct 31;22(12):77. doi: 10.1007/s11920-020-01195-8. PMID: 33128638.*
16. *Herskovic V. Adherencia al tratamiento antiepiléptico en niños y adolescentes. Rev Chil Psiquiatr Neurol Infanc Adolesc. 2021;32(1).*
17. *Michaelis R, Tang V, Goldstein LH, Reuber M, LaFrance WC Jr, Lundgren T, et al. Psychological treatments for adults and children with epilepsy: Evidence-based recommendations by the International League Against Epilepsy Psychology Task Force. Epilepsia. 2018 Jul;59(7):1282-1302. doi: 10.1111/epi.14444.*
18. *Ajinkya S, Fox J, Lekoubou A. Trends in prevalence and treatment of depressive symptoms in adult patients with epilepsy in the United States. Epilepsy Behav. 2020 Apr;105:106973. doi: 10.1016/j.yebeh.2020.106973.*
19. *Gaitatzis A, Carroll K, Majeed A, W Sander J. The epidemiology of the comorbidity of epilepsy in the general population. Epilepsia. 2004 Dec;45(12):1613-22. doi: 10.1111/j.0013-9580.2004.17504.x.*
20. *Hermann BP, Seidenberg M, Bell B. Psychiatric comorbidity in chronic epilepsy: identification, consequences, and treatment of major depression. Epilepsia. 2000;41 Suppl 2:S31-41. doi: 10.1111/j.1528-1157.2000.tb01522.x.*
21. *Kanner AM, Nieto JC. Depressive disorders in epilepsy. Neurology. 1999;53(5 Suppl 2):S26-32.*
22. *Krauskopf V, de la Barra F. Trastornos psiquiátricos en los pacientes con epilepsia. Rev Med Clin Condes. 2013;24(6):979-985. doi: 10.1016/S0716-8640(13)70252-9.*
23. *Kanner AM, Schachter SC, Barry JJ, Hesdorffer DC, Mula M, Trimble M, et al. Depression and epilepsy: epidemiologic and neurobiologic perspectives that may explain their high comorbid occurrence. Epilepsy Behav. 2012 Jun;24(2):156-68. doi: 10.1016/j.yebeh.2012.01.007. Erratum in: Epilepsy Behav. 2014 Mar;32:170. Hersdorffer, Dale C [corrected to Hesdorffer, Dale C]; LaFrance, W Curt Jr [added].*
24. *Salpekar JA, Basu T, Thangaraj S, Maguire J. The intersections of stress, anxiety and epilepsy. Int Rev Neurobiol. 2020;152:195-219. doi: 10.1016/bs.irn.2020.02.001.*
25. *Kanner AM. Depression in epilepsy: prevalence, clinical semiology, pathogenic mechanisms, and treatment. Biol Psychiatry. 2003 Aug 1;54(3):388-398. doi: 10.1016/s0006-3223(03)00469-4.*
26. *Zieliński JJ. Epilepsy and mortality rate and cause of death. Epilepsia. 1974 Jun;15(2):191-201. doi: 10.1111/j.1528-1157.1974.tb04941.x.*
27. *Ivanovic-Zuvic F. Psicopatología en la epilepsia. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2010. p.144-145.*
28. *Brandt C, Schoendienst M, Trentowska M, May TW, Pohlmann-Eden B, Tuschen-Caffier B, et al. Prevalence of anxiety disorders in patients with refractory focal epilepsy--a prospective clinic based survey. Epilepsy Behav. 2010 Feb;17(2):259-63. doi: 10.1016/j.yebeh.2009.12.009.*
29. *Salpekar JA, Ma GJ, Mietchen J, Mani J, Jones JE. Treatment of Comorbid Anxiety and Epilepsy. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2023 Summer;35(3):218-227. doi: 10.1176/appi.neuropsych.20220116.*
30. *Amor A, Vallejo J. Comorbilidad psiquiátrica en epilepsia. Psiquiatr Biol. 2001;8(6):231-237.*

31. *Trimble MR. The psychoses of epilepsy. New York: Raven Press; 1991.*
32. *Sánchez-González R, Sierra-Acín AC, Becerra-Cuñat JL, Pintor-Pérez L. Psychogenic non-epileptic seizures: a case report. Actas Esp Psiquiatr. 2011 May-Jun;39(3):191-195.*
33. *Krahn LE, Reese MM, Rummans TA, Peterson GC, Suman VJ, Sharbrough FW, et al. Health care utilization of patients with psychogenic nonepileptic seizures. Psychosomatics. 1997 Nov-Dec;38(6):535-452. doi: 10.1016/S0033-3182(97)71398-7.*
34. *Bowman ES. Etiology and clinical course of pseudoseizures. Relationship to trauma, depression, and dissociation. Psychosomatics. 1993 Jul-Aug;34(4):333-42. doi: 10.1016/S0033-3182(93)71867-8.*
35. *Baillès E, Pintor L, Torres X, Fernández-Egea E, de Pablo J, Arroyo S. Patología psiquiátrica en pacientes con crisis no epilépticas psicógenas derivados a una unidad de epilepsia en un hospital general [Psychiatric disease in patients with psychogenic non-epileptic seizures referred from an epilepsy unit in a general hospital]. Actas Esp Psiquiatr. 2004 Mar-Apr;32(2):76-81.*
36. *Scott AJ, Sharpe L, Hunt C, Gandy M. Anxiety and depressive disorders in people with epilepsy: A meta-analysis. Epilepsia. 2017 Jun;58(6):973-982. doi: 10.1111/epi.13769.*
37. *Krishnamoorthy ES. Treatment of depression in patients with epilepsy: problems, pitfalls, and some solutions. Epilepsy Behav. 2003 Oct;4 Suppl 3:S46-54. doi: 10.1016/j.yebeh.2003.08.017.*
38. *Gopaul M, Altalib H. Do psychotropic drugs cause seizures? Epilepsy Behav Rep. 2024 May 26;27:100679. doi: 10.1016/j.ebr.2024.100679.*
39. *Alvarado L, Banderas J. Pseudocrisis y Epilepsia: Una contribución al estudio del problema. Rev Chil Neuro-psiquiatr. 2002;40(1):67-75. doi: 10.4067/S0717-92272002000100008*
40. *Rabe F. Hysterische Anfälle bei Epilepsie [Hysterical attacks in epilepsy]. Nervenarzt. 1966 Apr;37(4):141-147. German.*
41. *Sobregrau P, Baillès E, Radua J, Carreño M, Donaire A, Setoain X, et al. Design and validation of a diagnostic suspicion checklist to differentiate epileptic from psychogenic nonepileptic seizures (PNES-DSC). J Psychosom Res. 2024 May;180:111656. doi: 10.1016/j.jpsychores.2024.111656.*