

ARTÍCULO ORIGINAL

Factores epidemiológicos asociados a la aparición de trastornos conductuales en niños y adolescentes epilépticos

Epidemiological factors associated to the emergence of behavior disorders in epileptic children and adolescents

Dra. Nuris María Rueda Macías, Dr. Jorge Armando Poll Pineda y Dr. Armando Poll Rueda

Policlínico Docente "Camilo Torres Restrepo", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio analítico observacional de tipo caso-control, no pareado, de los 50 niños y adolescentes epilépticos con trastornos conductuales (casos) y de otro grupo integrado por 100 pacientes con características biológicas similares, no epilépticos y sin estos trastornos, pero con el mismo grado de exposición de riesgo (controles), atendidos en 3 áreas de salud de Santiago de Cuba, desde noviembre de 2011 hasta igual mes de 2013, con vistas a determinar el grado de asociación causal de algunos factores de riesgo y la aparición de dichos trastornos. Se utilizó la razón de productos cruzados, con 95 % de confiabilidad y se calculó el riesgo atribuible. El funcionamiento familiar disfuncional resultó ser el factor de riesgo modificable de mayor impacto asociado a la alteración de la conducta.

Palabras clave: niño, adolescente, epilepsia, trastorno de conducta, atención primaria de salud.

ABSTRACT

An observational analytic non-paired, case-control study, was carried out of the 50 epileptic adolescents and children with behavioral disorders (cases) and of another group formed by 100 patients with similar biological characteristics, non epileptic and without these disorders, but with the same degree of risk exposure (controls), assisted at 3 health areas in Santiago de Cuba, from November, 2011 to the same month in 2013, aimed at determining the degree of causative association of some risk factors and the emergence of these disorders. The ratio of crossed products was used, with 95% of confidence and the attributable risk was calculated. The dysfunctional family performance was the modifiable risk factor of more impact associated to the behavior disorder.

Key words: child, adolescent, epilepsy, behavior disorder, primary health care.

INTRODUCCIÓN

Hipócrates afirmaba que el origen de la enfermedad sagrada hay que encontrarlo en el cerebro y se debe a causas naturales, de manera que los hombres deben reconocer que de ninguna otra parte que no sea el cerebro se derivan las alegrías, la risa, la tristeza y las penas, entre otros,¹ es decir, consideraba que el mismo órgano tenía que ver con la epilepsia y los trastornos mentales.

La Asociación Americana de Psiquiatría define los trastornos conductuales de la infancia y la adolescencia, como aquellos de carácter más estable, internos y resistentes al tratamiento que los situacionales transitorios, pero menos que la psicosis, la neurosis y los trastornos de la personalidad. Sus manifestaciones más características incluyen síntomas tales como la hiperactividad, la falta de atención, la vergüenza, el sentimiento de rechazo, la hiperagresividad, la timidez y la conducta delictiva.²

Se ha planteado un conjunto de factores que pueden favorecer la eclosión de los trastornos del psiquismo en los pacientes epilépticos, entre los cuales figuran: sexo, edad, tiempo de evolución de la enfermedad epiléptica, rechazo social, crisis eléctricas cerebrales, descontrol de las crisis e irregularidades del tratamiento.¹

Muchos factores del medio familiar pueden aumentar el riesgo que corre un niño de tener problemas conductuales o emocionales, entre estos la disfunción familiar, la presencia de conflictos entre los padres, la disrupción de la interacción entre padres e hijos y la presencia de factores que interfieren en la crianza de los hijos.³

Algunos autores plantean⁴ que mientras mayor sea el tiempo que el paciente haya padecido de epilepsia y, de hecho, haya prolongado el uso de antiepilépticos, mayor predisposición tendrá a la depresión. Otros^{5,6} refieren que la pobreza, el hacinamiento y el alojamiento en viviendas subsidiadas son factores de riesgo adversos en niños con alteraciones conductuales.

En Puerto Rico se aplicó un instrumento de entrevista diagnóstica para niños,^{7,8} que abarcó edades entre 4-16 años, y se obtuvo una prevalencia de trastornos mentales de 4,5 % en un período de 6 años.

Resulta interesante para el facultativo conocer las peculiaridades de la conducta social en el paciente epiléptico, pues se ha planteado que este puede cometer un acto delictivo durante una crisis psicomotora parcial compleja con automatismo, o bien durante los períodos preictal y posictal de una crisis generalizada. Al llevar a efecto el acto delictivo en el contexto clínico del síndrome de turbación de conciencia, el hecho ocurrido se declara inimputable desde el punto de vista judicial.^{9,10}

Teniendo en cuenta que no se conoce el grado de asociación causal entre la presencia de algunos factores de riesgo y la aparición de trastornos de conducta en niños y adolescentes epilépticos, los autores se sintieron motivados a realizar el presente estudio para investigar al respecto.

MÉTODOS

Se efectuó un estudio analítico observacional de tipo caso-control, no pareado, de los 50 niños y adolescentes epilépticos con trastornos conductuales (casos) y de otro grupo integrado por 100 pacientes con características biológicas similares, no epilépticos y sin estos trastornos, pero con el mismo grado de exposición de riesgo (controles), atendidos en 3 áreas de salud del municipio Santiago de Cuba: "Camilo Torres Restrepo", "Carlos J. Finlay" y "28 de Septiembre", desde noviembre de 2011 hasta igual mes de 2013. Para seleccionar la muestra se tomó un caso por cada 2 controles.

Como principales variables analizadas figuraron:

- Edad: se consideró adolescentes a aquellos con edades comprendidas entre 10-19 años (expuestos), y no adolescentes a los menores de esta edad (no expuestos).
- Antecedentes prenatales desfavorables (variable cualitativa): si existía el antecedente (factor de exposición) o no existencia del antecedente (no exposición).
- Antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica (variable cualitativa): si existía el antecedente (factor de exposición), o no existencia del antecedente (no exposición).
- Funcionamiento familiar (variable cualitativa): se consideró familia disfuncional si existía disfunción (exposición de riesgo); de lo contrario, se consideraba funcional (no exposición).

Para el análisis estadístico se determinó la razón de productos cruzados (RPC) u *Odd Ratio* (OR), con su correspondiente intervalo de confianza (IC) al 95% de confiabilidad. Para la validación de los datos en los diferentes factores estudiados se determinó el X^2 de Mantel-Haenszel (corregido).

Se aceptaron los valores de la RPC siempre que existiera una asociación entre las variables con fundamentación científica y se demostrara significación estadística ($p < 0,05$), así como también cuando el parámetro estimado de la razón de productos cruzados estuviera comprendido en el intervalo de confianza.

Se calculó el riesgo atribuible (RAe%) para determinar sobre cuál factor se lograría mayor impacto en la población expuesta, siempre que existiera asociación casual, significación estadística y se tratara de factores de riesgo modificables.

Se clasificó el riesgo relativo estimado como sigue:

- Débil: RPC entre 1,1- 1,6
- Moderado: RPC entre 1,7 - 2,5
- Fuerte: RPC superior a 2,5

RESULTADOS

En la casuística (tabla 1), predominaron los adolescentes (76,0 %), de los cuales 72,0 % correspondió a los casos y 78,0 % a los controles, de manera que no hubo significación estadística y, por tanto, la edad no fue un factor de riesgo a considerar en el estudio.

Tabla 1. Pacientes según edad

Edad	Alteración de la conducta					
	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Adolescente	36	72,0	78	78,0	114	76,0
No adolescente	14	28,0	22	22,0	36	24,0
Total	50	100,0	100	100,0	150	100,0

OR= 0,73 IC al 95 % (0,31; 1,70) p> 0,05

Nótese en la tabla 2 la prevalencia de los casos con antecedente prenatales desfavorables (35, para 70,0 %), pero con frecuencia muy baja en los controles (23,0 %). Se demostró asociación causal entre este factor y la aparición de los trastornos conductuales, por lo cual estos pacientes con esta característica tienen 7,81 más probabilidades de presentar dichos trastornos que el resto de los no expuestos.

Tabla 2. Pacientes según antecedentes prenatales desfavorables

Antecedentes prenatales desfavorables	Alteración de la conducta					
	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Con antecedente	35	70,0	23	23,0	58	38,7
Sin antecedente	15	30,0	77	77,0	92	61,3
Total	50	100,0	100	100,0	150	100,0

OR= 7,81 IC al 95 % (3,42; 18,11) p< 0,05

Como se observa en la tabla 3, la mayoría de los integrantes del primer grupo (84,0 %) tenían algún miembro de la familia con alteraciones psiquiátricas bien definidas; mientras que solo 21,0 % del segundo grupo, para una diferencia altamente significativa entre las variables (p< 0,05). A tales efectos se infiere que los pacientes con esta exposición de riesgo tienen 19,75 más probabilidades de padecer estas alteraciones conductuales.

Tabla 3. Antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica

Antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica	Alteración de la conducta					
	Casos		Controles		Total	
	No	%	No	%	No	%
Con antecedente	42	84,0	21	21,0	63	42,0
Sin antecedente	8	16,0	79	79,0	87	58,0
Total	50	100,0	100	100,0	150	100,0

OR= 19,75 IC al 95 % (7,48; 53,99) p<0,01

En la tabla 4 se aprecia que 66,0 % de los pacientes epilépticos con trastornos conductuales convivían en el seno de familias completamente disfuncionales; situación diferente se observó en los controles (34,0 %). Al realizar el cálculo estadístico se estimó que estos niños y adolescentes con esta exposición de riesgo presentan 3,77 más posibilidades de padecer de estas alteraciones que los no expuestos.

Tabla 4. Pacientes según funcionamiento familiar

Funcionamiento familiar	Alteración de la conducta					
	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Disfuncional	33	66,0	34	34,0	67	44,7
Funcional	17	34,0	66	66,0	83	55,3
Total	50	100,0	100,0	100,0	150	100,0

OR= 3,77 IC al 95% (1,74; 8,240) RAe%= 73,4% p< 0,01

DISCUSIÓN

Los trastornos de conducta constituyen una de las condiciones más comunes que precisan atención psiquiátrica antes de la primera fase de la adolescencia y después de ella. Algunos investigadores plantean ² que los pacientes con epilepsia generalmente son personas marcadas por el miedo y la pérdida inesperada y pública del autocontrol, y son muchas las hipótesis al respecto, de manera que se debe reflexionar sobre esto.

En la teoría psicoanalítica, la primera etapa de la adolescencia está caracterizada por el aumento de la inquietud y la ansiedad debido a un reducido control sobre su cuerpo y el comportamiento. Por esta razón se afianzan los estudios sobre las consecuencias de presentar esta enfermedad durante esa fase del desarrollo.

Con referencia a los antecedentes perinatales y posnatales, así como a la aparición de los trastornos conductuales, muchos autores han considerado que la acción de estos factores tienen mucha influencia en las etapas tempranas de la vida del individuo y repercuten en la respuesta de este a los agentes que actúan en relación con el inicio de la enfermedad; también se plantea que estos han sido asociados, además, con trastornos del aprendizaje, de la conducta en el niño, con el retraso mental y la disfunción cerebral mínima, pero aún no quedan claro los mecanismos por los cuales estos actúan.⁸⁻¹⁰

Al igual que en el presente estudio, los antecedentes familiares de afección psiquiátrica han sido relevantes en otras investigaciones.¹¹

En esta serie primó la disfuncionalidad familiar como motor gestor de muchas de estas conductas patológicas, que en su mayoría estaban relacionadas con el ámbito social, fundamentalmente entre los jóvenes adolescentes, por lo cual se infiere que cuando la familia pierde su capacidad funcional se produce un daño importante en cada uno de sus miembros.

La existencia de factores internos en la familia da lugar a la disfuncionalidad e, incluso, hay condiciones para que sean generados nuevos factores de riesgo por la propia disfunción. En esta la comunicación es indirecta y enmascarada; el sistema jerárquico no es aceptado, por lo que tiene que ser impuesto; el individuo es incapaz de adaptarse a las exigencias del medio y posee gran susceptibilidad, de manera que las crisis son frecuentes y pueden ser permanentes o iniciarse por cualquier acontecimiento de la vida cotidiana.¹²⁻¹⁴

Entre los factores que han facilitado la disfuncionalidad de las familias estudiadas se encuentran la mala relación entre los padres, el divorcio de estos, la comunicación afectiva no adecuada entre padres e hijos, las conductas desajustadas moralmente de padres y familiares, lo cual influye en la deformación conductual de estos pacientes, así como las actitudes de sobreprotección o rechazo encubierto o manifiesto.¹⁴

El funcionamiento familiar disfuncional resultó ser el único factor de riesgo modificable asociado a la alteración de la conducta en niños y adolescentes epilépticos, por lo cual se deduce que si se mantiene una estrecha relación con el médico de familia y la comunidad o si se incluye también a la escuela, a padres o tutores y se perfeccionan las estrategias, tanto preventivas como de promoción de salud, se logrará disminuir en 73,4 % la aparición de tales trastornos en este grupo poblacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Larragoiti Alonso J R. Alteraciones psiquiátricas en la epilepsia. Rev Hosp Psiquiátrico de la Habana. 1998;585-90.
2. Meeks JE. Trastornos de la conducta en la infancia y la adolescencia. En: Freedman MA, Kaplan HI, Sadock BJ. Tratado de psiquiatría. T4. La Habana: Editorial Científico-Técnica;1982.p.2346-7.
3. Reyes T, Amrico J, Molina S. La epilepsia en el Hospital Psiquiátrico de agudos "Dr. Mario Mendoza". Rev Med Honduras.1998;56(3):207-15.
4. Robertson MM, Trimble MR, Townsend HR. Phenomenology of depression in epilepsy. Epilepsia.1987; 28(4):364-72.
5. Bird HR, Canino G, Rubio- Stipeć M, Gould MS, Ribera J, *et al.* Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. The use of combined measures. Arch Gen Psychiatr. 1988; 45(12):1120-6.
6. Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrossini P, Fischer P, Bird H, *et al.* A Children´s global assessment scale. Arch Gen Psychiatry. Arch Gen Psychiatr. 1983;40(11):1228-31.
7. Elmslie F, Gardeinier M. Genetics of the epilepsies. Curr Opin Neurol. 1995;8(2):126-9.
8. Austin JK, Risinger MW, Beckett LA. Correlates of behavior problems in children with epilepsy. Epilepsia.1992;33(6):1115-22.

9. Hoare P, Russell M. The quality of life in children with chronic epilepsy and their families: preliminary and findings with a new assessment measure. *Dev Med Child Neurol.* 1995; 37(8):689-96.
10. Seidenberg MS. Childhood epilepsy and the role of psychology. *Am Psychol.* 1992; 47(9):1130-3.
11. Rodríguez Méndez O. Salud mental infanto-juvenil. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.p. 122-3.
12. González Pal S, Fabelo Roche R, González Delgado E, Iglesias More S, Quintana Mendoza JD. La depresión asociada a la epilepsia: ¿un reto bioético en nuestros días? *Rev Hosp Psiquiátrico de la Habana.* 2012 [citado]; 9(2). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/Revista%202-2012/hph07212.html>
13. González Pal S, Llanes Basulto Y, Oliva Hernández I, Fabelo Roche R, Iglesias Moré S. Factores de riesgo de los trastornos psicosociales en pacientes adultos con epilepsia. *Rev Hosp Psiquiátrico de la Habana.* 2013[citado]; 10(3). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph3-2013/hph07a313.html>
14. Barrientos de Llano G. Factores psicosociales, familia y salud mental. En: Rodríguez Méndez O. *Salud mental infanto-juvenil.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.

Recibido: 4 de febrero de 2016.

Aprobado: 21 de julio de 2016.

Nuris María Rueda Macías. Policlínico Docente "Camilo Torres Restrepo", calle Heredia nr 354, entre Calvario y Reloj, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: omara.mercedes@medired.scu.sld.cu