



Artículo Original

**Inestabilidad de la personalidad o neuroticismo en una muestra de
pacientes adultos con epilepsia**

**Personality Instability or Neuroticism in a Sample of Adult Patients with
Epilepsy**

Salvador González Pal^a✉^{ID}, Rosa Tudurí García^a^{ID}, Amaray Cabrera Muñoz^a^{ID}, Erislany Duran Mora^b^{ID}

a. Hospital Psiquiátrico de La Habana “Comandante y Dr. Bernabé Ordaz”. La Habana, Cuba.

b. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad Enrique Cabrera. La Habana, Cuba.

Recibido: 06/11/2019

Aceptado: 15/11/2019

Resumen

Introducción: La visión integral de salud-enfermedad es aplicable a todos los seres humanos y a todas las enfermedades, por lo que los pacientes con epilepsia no son ajenos a estas concepciones.

Objetivo: Determinar el comportamiento de la personalidad en estos enfermos, en sus dimensiones de estable o inestable (neurótico) e equilibrio o no introversión extroversión.

Métodos: Se analizaron 272 adultos con epilepsia mediante cuestionarios tales como Eysenck y WPSI. Se analizaron diferentes variables y la presencia de neuroticismo a través del empleo del chi cuadrado.

Resultados: Predominaba la personalidad inestable en el 59,9 % de los sujetos adultos con epilepsia y el equilibrio introversión-extroversión en el 67,6 %. La personalidad inestable prevaleció en el rango de edad entre 26 y 55 años (74,2 %; $p = 0,0007$), en el sexo femenino (69,8 %; $p = 0,0011$), en la primaria (51,2 %; $p < 0,0001$), en los casos de epilepsia de causa desconocida (82,1 %; $p = 0,0047$), en enfermos con más de 20 años de evolución de la epilepsia (69,2 %; $p = 0,0195$), en los que tomaban barbitúricos o benzodiazepinas (75 %; $p = 0,0288$) y en adultos con mal funcionamiento psicosocial global (73,1%; $p = 0,0008$).

Conclusiones: En los adultos con epilepsia predomina la personalidad neurótica. Las variables que parecen interactuar con esta son: la edad cronológica, el sexo femenino, el desconocimiento de la causa de la epilepsia, el mayor tiempo de evolución de las crisis, la medicación con barbitúricos o benzodiazepinas y un mal funcionamiento psicosocial global.

Palabras clave: *Epilepsia, personalidad, factores sociodemográficos, fármacos antiepilépticos, factores biológicos.*

Abstract

Introduction: The comprehensive health-disease vision is applicable to all human beings and to all diseases, so patients with epilepsy are not strangers to these conceptions.

Objective: Determine the behavior of the personality in its dimensions of stable or unstable (neurotic), and no introversion- extroversion balance, in these patients.

Methods: 272 adults with epilepsy were analyzed using questionnaires such as Eysenck and WPSI. Different variables and the presence of neuroticism were analyzed through the use of chi square.

Results: The unstable personality predominated in 59.9% of the adult subjects with epilepsy, and the introversion-extroversion balance in 67.6% of them. The unstable personality prevailed in the age range between 26 and 55 years (74.2%; $p = 0.0007$), in females (69.8%; $p = 0.0011$), in primary school (51, 2%; $p < 0.0001$), in cases of epilepsy of unknown cause (82.1%; $p = 0.0047$), in



patients with more than 20 years of evolution of epilepsy (69.2%; $p = 0.0195$), in those taking barbiturates or benzodiazepines (75%; $p = 0.0288$), and in adults with global psychosocial malfunction (73.1%; $p = 0.0008$).

Conclusions: In adults with epilepsy, the neurotic personality predominates. The variables that seem to interact with this are: chronological age, female sex, ignorance of the cause of epilepsy, the longest time the seizures have evolved, medication with barbiturates or benzodiazepines and global psychosocial malfunction.

Keywords: *Epilepsy, personality, sociodemographic factors, antiepileptic drugs, biological factors.*

Introducción

La visión integral de salud-enfermedad es aplicable a todos los seres humanos y a todas las enfermedades, por lo que los pacientes con epilepsia no son ajenos a estas concepciones. Por la parte biológica, tienen sus crisis a consecuencia de su lesión cerebral y, por parte psicosocial, enfrentan un grupo de trastornos de la conducta, en la que se incluyen los trastornos en la personalidad.⁽¹⁾

La asociación epilepsia-trastornos psicopatológico es el resultado de la interacción de lo biológico con los sociodemográficos, los medicamentos y lo social.^(2,3)

Las alteraciones de la personalidad en el enfermo con epilepsia es un tema del que se ha escrito a lo largo de los años, aunque nunca se ha alcanzado un consenso en cuanto al mismo, y esto, por causa de las disímiles características socioculturales de las poblaciones estudiadas, las distintas metodologías e instrumentos de medición empleados en los diferentes estudios y los errores en cuanto a los conceptos y clasificaciones de epilepsia empleados.

Los primeros trabajos destacaban el temperamento y la constitución “psicofísica” de estos pacientes, se decía que presentaban un biotipo semejante a los atléticos con rasgos físicos macizos y facies con expresión más tosca que la propiamente atlética y en sus rasgos temperamentales, así consideraban como prevalentes la viscosidad afectiva y la bradipsiquia.^(2,3)

La personalidad es un constructo psicológico, en referencia a un conjunto dinámico de características de una persona que incluye particularidades físicas, sociales y genéticas que determinan a un individuo y lo hacen único.⁽²⁾ En el paciente con epilepsia también se han notificado cambios de la personalidad que se describen como una exacerbación de la personalidad premórbida, con algunos elementos patológicos que

se produce en aquellos que sufren de epilepsia por alteraciones de los lóbulos frontal o temporal.^(4,5,6) Así, los que sufren crisis del lóbulo temporal se describe el síndrome de Geschwind, con emocionalidad, tendencias maníacas, depresión, carencia del sentido del humor, alteraciones de la sexualidad, ira, hostilidad, agresión, religiosidad, intereses filosóficos recientes, sentido del destino personal aumentado, dependencia, pasividad paranoia, moralismo, culpa, obsesión, circunstancialidad, viscosidad e hipergrafía, sin que se llegue a un acuerdo al número de rasgos que debe de presentarse para diagnosticar este síndrome.^(8,9)

El **objetivo** del presente trabajo fue determinar el comportamiento de la personalidad en estos enfermos, en sus dimensiones de estable o inestable (neurótico) e equilibrio o no introversión extroversión.

Métodos

Se realizó un estudio de correlación y observacional, con 272 pacientes con epilepsia atendidos en la consulta externa del Hospital Psiquiátrico de la Habana y en el Centro Comunitario de Salud Mental del municipio Playa, La Habana. Previo consentimiento informado, se les aplicaron cuestionarios para determinar factores sociodemográficos, biológicos y medicamentosos. Asimismo, se les aplicó el Test de personalidad Eysenck y el inventario multifacético de personalidad (WPSI, por sus siglas en inglés). Para la comparación se estructuraron variables dependientes e independientes.

La variable independiente fue la inestabilidad de la personalidad; mientras que las independientes fueron:

- Características sociodemográficas: edad cronológica, sexo, nivel de escolaridad y estado civil.
- Características biológicas: tipos de crisis (focales y generalizadas), causas de las crisis (genética, metabólica-estructural y desconocida), edad de inicio de la epilepsia (antes de 14 años y con más de 14), tiempo de duración de las crisis (menos de 20 años y 20 años o más) y frecuencia de las crisis (ligera 1 o menos crisis por mes).
- Medicación antiepiléptica: monoterapia con fenitoína, carbamazepina, valproico y lamotrigina. Uso de barbitúricos y benzodiacepinas. Polifarmacia antiepiléptica.
- Variables sociales según resultados del WPSI: historia familiar, adaptación vocacional, situación económica, relaciones interpersonales, adaptación a las crisis, adaptación emocional, adaptación a médicos y tratamiento, funcionamiento psicosocial global.

Se relacionaron las variables sociodemográficas, biológicas, medicamentosas y psicosociales con los estados de personalidad estable/inestable. El resultado de esa correlación mediante los estadígrafos chi cuadrado y Odds, indicaron cuáles factores eran los que actuaban más en el nivel de neuroticismo de estos pacientes.

Test de personalidad de Eysenck

Esta prueba consta de 57 ítems de contestación Sí / No. Tiene dos formas A y B. Ambas formas tienen dos factores con dos polos: extraversión vs. introversión y neuroticismo vs. Control, tiene añadida una escala de sinceridad para contrarrestar las respuestas deseables.

De los elementos del Eysenck se tomaron índice de estabilidad e inestabilidad o neuroticismo, e índice de equilibrio introversión y extroversión.

Los factores que identifica son neuroticismo, extroversión y sinceridad.

En la coordenada vertical se coloca el factor inestabilidad o neuroticismo vs. estabilidad o control (al aumento de la numeración aumenta el nivel de neuroticismo). En la coordenada horizontal aparece el factor introversión vs. extroversión (al aumento de la numeración aumenta la extroversión).

Inventario psicosocial de Washington (WPSI)

En la calificación se tienen en cuenta 8 áreas de evaluación con un determinado número de índices considerados en cada área. El valor encontrado se sitúa dentro de una figura y cuando más se eleve este, mayor será el nivel de desajuste o desadaptación del paciente en esta área específica. A su vez cada escala puede a su vez ser dividida en cuatro sectores que son:

- a. Buena adaptación: sin problemas importantes
- b. Adaptación media: con problemas poco significativos
- c. Adaptación mala: hay problemas que repercuten negativamente en la adaptación del paciente
- d. Adaptación muy mala: el paciente afronta problemas importantes con repercusión en su ajuste psicosocial



Las áreas de evaluación específicas fueron:

1. Historia familiar: vínculos interpersonales o interfamiliar y relaciones de los compañeros durante la infancia (0-4 buena y media; 5-11 mala y muy mala).
2. Ajuste emocional: existencia de trastornos depresivos, ansiedad, temores, trastornos somáticos, mala autoimagen e insatisfacción vital (0-9 buena y media; 10-34 mala y muy mala).
3. Adaptación interpersonal: capacidad para establecer contacto con los demás, situaciones sociales, intimidad y habilidad para relacionarse (0-6 buena y media; 7-22 mala y muy mala).
4. Adaptación vocacional: interacción crisis-ocupación, nivel de empleo (0-5 buena y media; 6-13 mala y muy mala).
5. Situación económica: estado de seguridad desde la vertiente económica (0-2 buena y media; 3-7 mala y muy mala).
6. Adaptación a los ataques: sensación subjetiva de resentimiento hacia la condición o si, debido a esta, se cree peor aceptado (0-4 buena y media; 5-15 mala y muy mala).
7. Medicación y tratamiento médico: aporta información sobre su valoración de la atención profesional, sanitaria y farmacológica que recibe (0-3 buena y media; 4-8 mala y muy mala).
8. Funcionamiento psicosocial global: índice global de todas las escalas. Indica como está funcionando el paciente en sentido general (0-20 buena y media; 10-57 mala y muy mala).

Cuestiones éticas

A los pacientes y familiares seleccionados se les informó sobre el desarrollo del proceso de investigación, de sus objetivos y de la técnica a utilizar. Se les dieron todas las garantías relacionadas con la confidencialidad de la información brindada y se les hizo saber que podían abandonar la investigación en cualquier momento del proceso sin que esto influyera en la calidad de la atención que recibirían en el servicio. Los pacientes y familiares que aceptaron participar firmaron un consentimiento informado.

Se cumplió con los postulados de la *Declaración de Helsinki* sobre la ética en la investigación científica.



Resultados

Las características sociodemográficas de la población se describen en la siguiente tabla.

Tabla 1 - Características sociodemográficas de los pacientes estudiados

Factores sociodemográficos	Clasificación	Total (n = 272)	
		N.º	%
Edad por grupos (años)	18-25	90	33,1
	26-35	74	27,2
	36-45	66	24,3
	46-55	30	11,0
	Más de 56	12	4,40
Sexo	Femenino	139	51,1
	Masculino	133	48,9
Nivel educacional	1.º-6.º	85	31,3
	7.º-9.º	60	22,1
	10.º-12.º	69	25,4
	Más de 12.º	30	11,0
	Universitario	28	10,2
Estado civil	Soltero	113	41,5
	Con pareja estable	159	58,5

El 51 % de los pacientes se encontraban entre los 26 y 45 años. Existió equivalencia de adultos en ambos sexos. Predominaron los adultos con escolaridad entre 1.º y 9.º grado (53,3 %) y los que tenían pareja estable (58,5 %).

En las características biológicas de los enfermos adultos con epilepsia (Tabla 2) prevalecieron las de epilepsias focales (temporales-frontales, 85,3 %); el conocimiento de la causa de la epilepsia en más del 90 %; los pacientes cuyas crisis comenzaron antes de los 14 años (50,7 %); en el 68,1 % las crisis duraban más de 20 años y en el 30 % de los adultos estudiados predominaban una frecuencia moderada o severa de las crisis.

Tabla 2 - Factores biológicos en enfermos adultos con epilepsia de La Habana (n = 272)

Variable	Escala de clasificación	Total	%
Tipo de crisis	<i>Focales</i>	228	83,8
	Focal simple o compleja	52	22,8
	Focal secundariamente generalizada	176	77,2
	<i>Generalizadas</i>	44	16,2
	Mioclónicas	18	40,9
	Tónico clónicas generalizadas	26	59,1

Epilepsia según etiología	Genética	38	14,0
	Metabólica o estructural	216	79,4
	Desconocida	18	6,6
Edad de inicio de las crisis	Antes de los 14 años	138	50,7
	Durante y después de los 14 años	134	49,3
Tiempo de duración de las crisis de epilepsia	Menos de 20 años	185	68,1
	Más de 20 años	87	31,9
Frecuencia de crisis	Ligera. Menos 1/año	190	69,9
	Moderada + de 3 /6 meses	68	25,0
	Severa más 1/mes	14	5,1

A continuación (Tabla 3) se mencionan los medicamentos antiepilépticos para el control de las crisis y su administración en monoterapia o de forma combinada, así como el uso de los barbitúricos y los benzodiacepinas.

Tabla 3 - Tratamiento con fármacos antiepilépticos en enfermos adultos con epilepsia de La Habana (n = 272)

Monoterapia con antiepilépticos	Pacientes	%
Carbamazepina	129	47,4
Fenitoina	36	13,2
Valproato de sodio o magnesio	28	10,3
Clonazepam	7	2,6
Clobazam	3	1,1
Lamotrigina	7	2,6
Gabapentina	2	0,7
Fenobarbital	4	1,5
<i>Subtotal</i>	214	78,7
Uso de más de un fármaco antiepiléptico	58	21,3
<i>Total</i>	272	100
Uso de barbitúricos y benzodiacepinas solos o combinados	48	17,6

Predominó el uso de la monoterapia (78 %) y de barbitúricos y benzodiacepinas (17 %).

Los resultados de la aplicación del Test de personalidad Eysenck se resumen en la tabla 4.

Tabla 4 - Trastornos de personalidad según resultados de Eysenck en adultos con epilepsia (n = 272)

Personalidad	N.º	%
Estable con equilibrio extroversión-introversión	39	14,3
Estable con introversión	59	21,7
Estable con extroversión	11	4,1

Inestable con introversión	116	42,6
Inestable con extroversión	35	12,9
Inestable con equilibrio	12	4,4

Los trastornos de la personalidad demostraron que los adultos con epilepsia presentaron estabilidad de la personalidad en más del 40 % e inestabilidad o neuroticismo en más del 59 %.

El 4,4 % (12 pacientes) mantenía personalidad inestable con equilibrio introversión extroversión. De ellos presentaban inestabilidad con extroversión (12,9%), e inestabilidad con introversión en 116 (42,6%).

El equilibrio introversión extroversión predominó en más del 67 % de los sujetos. La extraversión o la introversión fue vista en una tercera parte de los adultos con epilepsia. Eran estable con introversión 9 (21,7 %), estable con extroversión 11 (4,1%). Solo fueron considerados normales 39 (14,3%).

Las variables psicosociales en que predominaba mal funcionamiento fueron: la situación económica (70 %) y la adaptación a las crisis (55 %) de los adultos estudiados (Tabla 5). Predominaban enfermos con buen funcionamiento en la historia familiar (72 %) y adaptación vocacional(56 %) Por último, el funcionamiento psicosocial global que muestra un índice del ajuste psicosocial general, fue considerado como bueno en el 61 % de los encuestados.

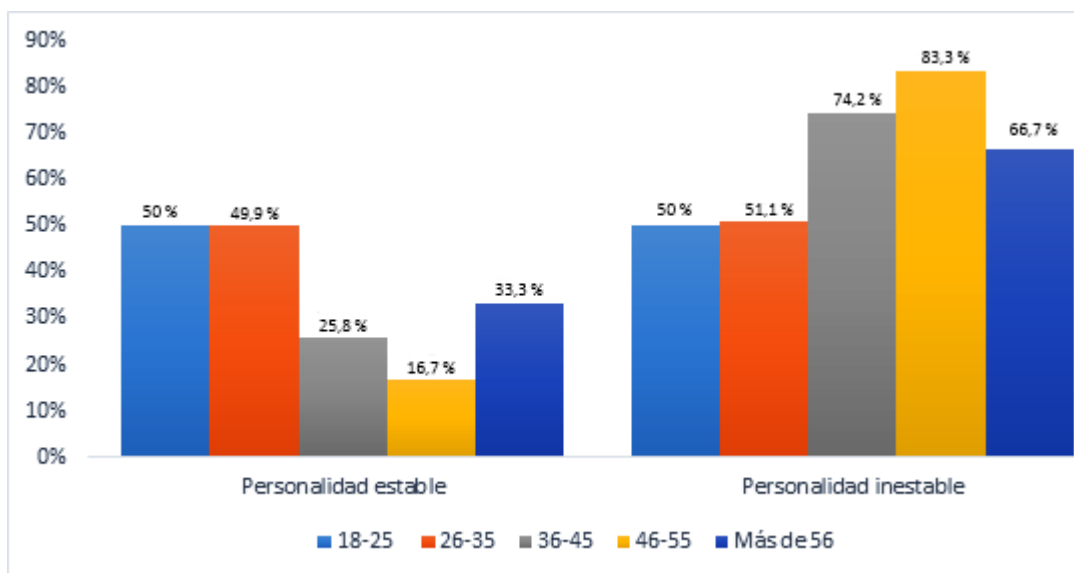
Tabla 5 - Trastornos psicosociales según el WPSI en enfermos adultos con epilepsia (n = 272)

Factores sociales	Clasificación	N.º	%
Historial familiar	Buena o media	198	72,8
	Mala o muy mala	74	27,2
Adaptación emocional	Buena o media	154	56,6
	Mala o muy mala	118	43,4
Adaptación interpersonal	Buena o media	138	50,7
	Mala o muy mala	134	49,3
Adaptación vocacional	Buena o media	161	59,2
	Mala o muy mala	111	40,8
Situación económica	Buena o media	80	29,4
	Mala o muy mala	192	70,6
Adaptación a las crisis	Buena o media	122	44,9
	Mala o muy mala	150	55,1

Medicamentos y tratamiento médico	Buena o media	130	47,8
	Mala o muy mala	142	52,2
Funcionamiento psicosocial global	Buena o media	168	61,8
	Mala o muy mala	104	38,2

Influencia de las variables sociodemográficas, biológicas, medicamentosas y psicosociales

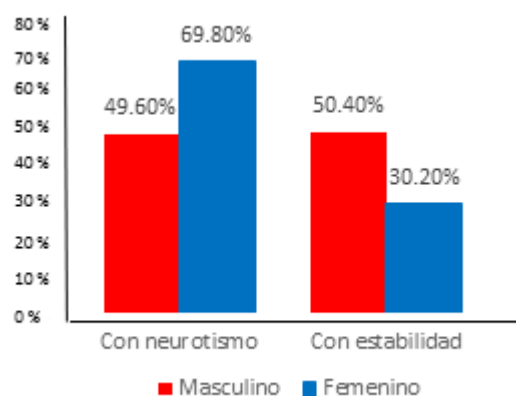
La personalidad inestable fue mayor en los grupos de adultos entre los 26 y los 55 años de edad y menor en los grupos extremos (18-25 años y mayores de 56 años) (Fig. 1).



$X^2 = 20,766$; $DF = 4$; $p = 0,0004$; coeficiente de contingencia = 0,266.

Fig. 1 - Características de la personalidad inestable según edad.

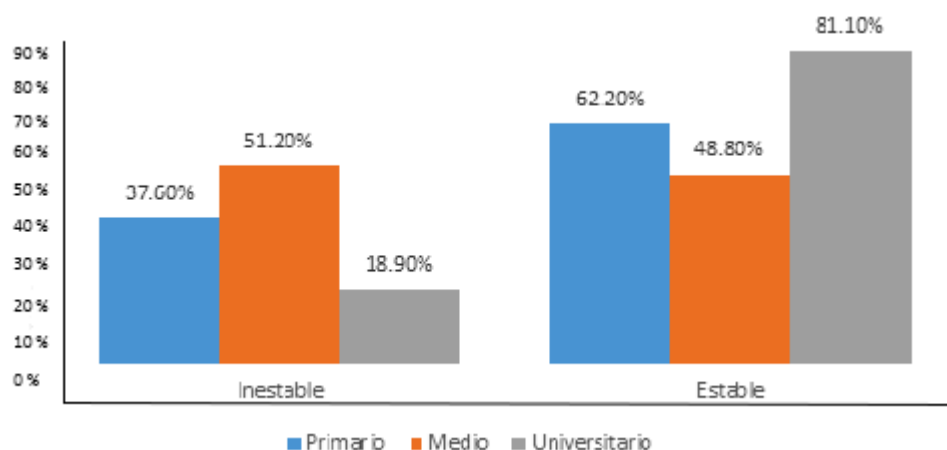
En la figura 2 se grafica la presencia de estabilidad o inestabilidad de la personalidad según el sexo. Hubo más hombres con personalidad estable y mayor número de mujeres con personalidad inestable.



$X^2 = 10,679$; $DF = 1$; $p = 0,0011$; Coeficiente de contingencia = 0,194.

Fig. 2 - Relación sexo con nivel de neuroticismo.

En la figura 3 se representa el comportamiento de la personalidad inestable y la escolaridad.



$X^2 = 24,138$; $DF = 2$; $p < 0,0001$ y coeficiente de contingencia = 0,280.

Fig. 3 - Nivel de escolaridad y personalidad inestable.

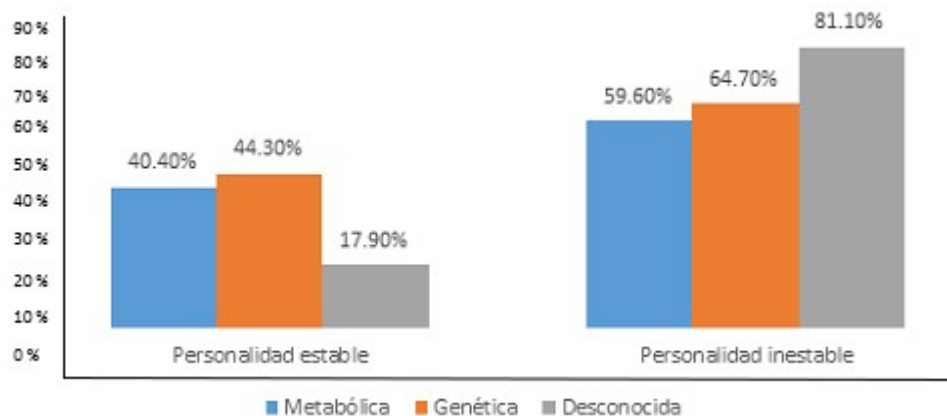
En los adultos con nivel de escolaridad primaria predominó la personalidad inestable y en los de nivel universitario la personalidad estable.

El estado civil estuvo compuesto a 113 (41,5 %) solteros y 159 (58,5 %) casados o con unión consensual. De los solteros, el 43(38,1 %) tenían personalidad estable y el 61,9 % inestable. Con respecto a los casados o con unión consensual, 66 (41,5 %) presentaron personalidad estable. La comparación entre grupos no mostró diferencia significativa ($X^2 = 0,200$; $DF = 1$; $p = 0,6544$).



De los 228 sujetos adultos con crisis de epilepsia focal, 92 (40,4 %) tuvieron una personalidad estable y 136 (59,6 %), personalidad inestable o neurótica. De los 44 que sufrían crisis de epilepsia generalizada, 17 (38,6 %) presentaron personalidad estable y 27 (61,4 %), inestable. La comparación entre los grupos no mostró diferencia significativa ($X^2 = 0,002$; $DF = 1$; $p = 9645$).

Sobre la etiología de la epilepsia y personalidad inestable o neurótica, los resultados comparativos se resumieron en la figura 4.



$X^2 = 10,710$; $DF = 2$; $p = 0,0047$; Coeficiente de contingencia = 0,195.

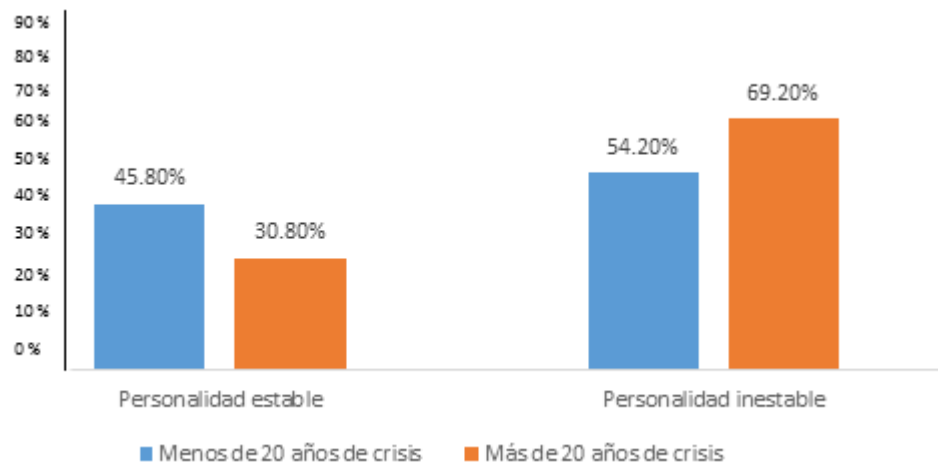
Fig. 4 - Personalidad inestable y causas de la epilepsia.

El desconocimiento de la verdadera causa de la epilepsia podría influir en la inestabilidad de la personalidad.

De los 138 que iniciaron sus crisis por debajo de los 14 años de edad 86 (62,3 %) presentaban personalidad inestable o neurótica. De los que iniciaron sus crisis después de 14 años, 57 (42,5 %) tenían personalidad estable y 77 (57,5 %) la tenían inestable.

La comparación de los grupos no mostró diferencia significativa. Chi-cuadrado=1,521; $DF=1$; $P=0,2175$.

La figura 5 resume la distribución de los enfermos adultos con epilepsia según el tiempo mayor de 20 años de sufrir de crisis y su influencia sobre la estabilidad de la personalidad.



Chi-cuadrado=5,459; DF=1; P=0,0195 Coeficiente de contingencia=0,180.

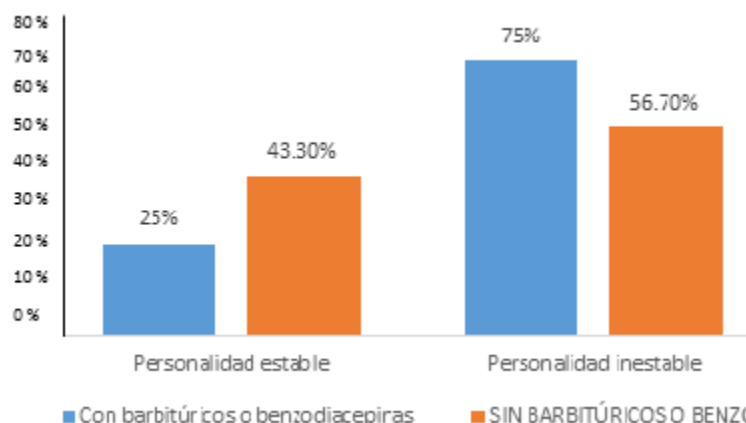
Fig. 5 - Estabilidad de la personalidad según el tiempo mayor de 20 años de evolución de las crisis.

Se observa una relación entre la inestabilidad de la personalidad y el tiempo de evolución de las crisis de epilepsia.

De los 190 sujetos adultos con epilepsia sin crisis o con una o menos de una crisis en un año, 80 (42,1 %) presentaban una personalidad estable y 110 (57,9 %), índices de personalidad inestable o neurótica.

De los 82 sujetos adultos con epilepsia con frecuencia de crisis moderada o severa (una crisis cada seis meses hasta más de una crisis por mes), 29 (35,4 %) tenían una personalidad estable y 53 (64,6 %), inestable. La comparación entre ambos grupos no mostró diferencias significativas ($X^2 = 0,821$; $DF = 1$; $p = 0,3649$).

Sobre el uso de barbitúricos y benzodiazepinas, a comparación se observa en la figura 6.

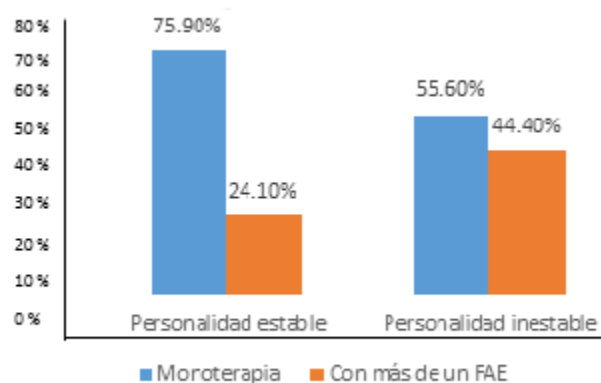


$X^2 = 4,779$; $DF: 1$; $p = 0,0288$; coeficiente de contingencia = 0,131; $OR = 0,4364$; 95 % IC = 0,2157-0,8831.

Fig. 6 - Estabilidad de la personalidad según el uso de barbitúricos o benzodiazepinas.

Predominó la personalidad inestable en los que tomaban barbitúrico o benzodiazepinas.

Asimismo, hubo más personalidad inestable en los que tomaban más de un FAE (Fig. 7).



$X^2 = 6,975$; $DF = 1$; $p = 0,0083$; coeficiente de contingencia = 0,158; $OR = 2,5090$; 95 % de IC = 1,2979-4,8501.

Fig. 7 - Uso de más de un FAE y personalidad inestable en 272 adultos con epilepsia.

Las ocho variables obtenidas al aplicar el WPSI fueron aplicadas a la presencia o no de personalidad inestable o neurótica en los 272 pacientes adultos con epilepsia.

De los 198 sujetos con epilepsia y buena adaptación familiar, 77 (38,9 %) presentaban una personalidad estable y 121 (61,1 %) inestable. Mientras que, de los 74 adultos con epilepsia que referían una mala

adaptación familiar, 32 (43,2 %) tenían personalidad estable y 42 (56,8 %) inestable. La comparación entre grupos no mostró diferencias significativas ($X^2 = 0,263$; $DF = 1$; $P = 0,6079$).

De los 138 adultos con epilepsia, con buena adaptación interpersonal, presentaban personalidad estable 62 (44,9 %) y 76 (55,1 %), inestable. De los 134 adultos con epilepsia, con mala adaptación interpersonal, 47 (35,1 %) tenían una personalidad estable y 87 (64,9 %) inestable. La comparación entre grupos no mostró diferencia significativa ($X^2 = 2,353$; $DF = 1$; $p = 0,1250$).

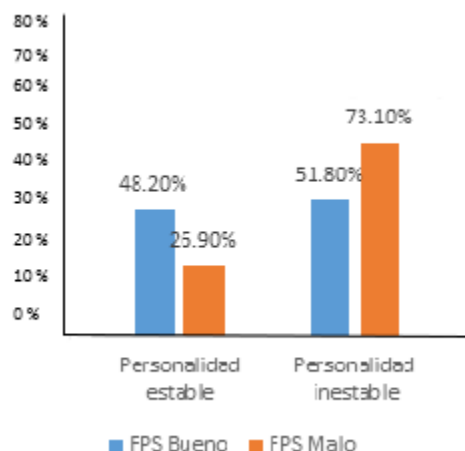
De 161 pacientes con buena adaptación vocacional, 46,6 % (75) tenían personalidad estable. De los 111 adultos, solamente 34 (30,6 %) presentaban personalidad estable ($X^2 = 5,459$; $DF = 1$; $p = 0,0195$; Coeficiente de contingencia = 0,140; OR = 1,9750; 95 % de IC = 1,1875-3,2847). Esos resultados, con significación estadística suponen que en la personalidad estable se mantiene una buena adaptación vocacional y en la personalidad inestable predomina la mala adaptación vocacional.

De los 80 pacientes que reportaron buena situación económica, 38 (47,5 %) tenían personalidad estable y 42 (52,5 %) inestable. De los 192 pacientes que reportaban mala situación económica, 71 (36,9 %) tenían personalidad estable y 121 (63,1 %) la presentan inestable. La comparación entre grupos no mostró diferencias ($X^2 = 2,189$; $DF = 1$; $p = 0,1395$).

De los 122 sujetos adultos con epilepsia con buena adaptación a los ataques, 45 (36,9 %) presentaban personalidad estable y 77 (63,1 %) personalidad inestable. De los 150 adultos con epilepsia con mala adaptación a los ataques, 64 (46,7 %) presentaban personalidad estable y 86 (57,3 %) personalidad inestable. La comparación de ambos grupos no mostró diferencia ($X^2 = 0,711$; $DF = 1$; $p = 0,3991$).

De 130 adultos con epilepsia que consideraban como buena la adaptación a medicamentos y tratamiento médicos, 57 (43,8 %) tenían una personalidad estable y 73 (56,2 %) era inestable. De 142 sujetos con epilepsia que consideraron mala la adaptación a medicamento y tratamiento médico, 52 (36,6 %) era estable y 90 (63,4 %) inestable. La comparación entre ambos grupos, no mostró diferencia ($X^2 = 1,190$; $DF = 1$; $p = 0,2753$).

La comparación del Funcionamiento psicosocial global y personalidad inestable entre los grupos se muestra en la figura 8.



$X^2 = 11,255$; $DF = 1$; $p = 0,0008$; coeficiente de correlación = 0,199; $OR = 2,527$; 95 % de IC = 1,4897-4,2870.

Fig. 8 - Personalidad inestable y funcionamiento psicosocial global

En los pacientes con una personalidad inestable predominó significativamente un mal funcionamiento psicosocial global.

Discusión

En los adultos con epilepsia, según los resultados mostrados, predomina la personalidad inestable o neurótica se. Estas personas tienen cambios de humor frecuentes y suelen estar preocupados, ansiosos, deprimidos y sentirse culpables. Reaccionan fuertemente ante los estímulos.

De los que presentaban una personalidad inestable, solo un 4,4 % mantenían equilibrio introversión extroversión, un 12,9 % presentaban inestabilidad con extroversión, por lo que su personalidad era colérica, que incluye ser susceptible, inquieto, agresivo, excitante, voluble, impulsivo, optimista y creativo. Por último, un 42,6 % era inestable con introversión, su personalidad era melancólica, que contiene, caprichoso, ansioso, rígido, soberbio, pesimista, reservado, insociable y callado. En la muestra de adultos con epilepsia prevalecía una personalidad melancólica, lo que coincide con estudios anteriores realizados con este test.⁽⁷⁾

El equilibrio introversión extroversión predominaba en más del 67 % de los sujetos estudiados. Los adultos con extroversión solo alcanzaban el 4,1 % de la muestra, por lo que son individuos sociables, comunicativos, desinhibidos, activos, habladores y dominantes que, además, buscan excitación y

estimulación. Un 21,7 % de los pacientes tenían introversión, considerados individuos retraídos y poco sociables.

Un total de 39 (14,3 %) adultos con epilepsia eran normales en sus características, había estabilidad en la personalidad y equilibrio introversión-extroversión.

En general, en la población de adultos con epilepsia el grupo de los melancólicos era el más frecuente, seguidos por los flemáticos, siendo los menos frecuentes los sanguíneos y los normales en cuanto a la personalidad.

En los adultos con epilepsia, al ser comparada la personalidad neurótica con las variables sociodemográficas aparecieron con evidente relación las edades cronológicas entre los 26 y 55 años, en el sexo femenino y en quienes tenían escolaridad primaria.

La comparación de las variables biológicas con la inestabilidad de la personalidad mostraba que predominaba en pacientes con epilepsia de causa desconocida y en los que tenían más de 20 años de evolución de la enfermedad.

No se pudo demostrar que la alteración del lóbulo temporal influyera en la personalidad neurótica de estos pacientes.⁽⁸⁾ En un estudio anterior de personalidad en pacientes con epilepsia, se observaron también alteraciones en el tiempo de evolución de la epilepsia.^(4,7)

La inestabilidad de la personalidad predomina en aquellos pacientes que toman barbitúricos y/o benzodiacepinas o en los que utilizan más de un FAE. Esto ha sido descrito en la literatura, al considerar que este, junto a otros factores, puede ser causa de trastornos psiquiátricos.^(7,8)

Existe una buena adaptación en la historia familiar y adaptación vocacional, mientras que la adaptación interpersonal, la adaptación vocacional y el tratamiento médico, fueron considerados como malos en más de la mitad de los pacientes, resultados similares a otros estudios realizados en nuestro medio y otros países.^(4,5,7,9)

En general, en la población de adultos con epilepsia el grupo de los melancólicos era el más frecuente, seguidos por los flemáticos, siendo los menos frecuentes los sanguíneos y los normales en cuanto a la personalidad. Las variables sociodemográficas, biológicas, medicamentosas y psicosociales contribuyen en la formación de la personalidad inestable.

Se sugiere, atender a los pacientes con epilepsia en consulta interdisciplinarias con equipos de neurólogos, psiquiatras y psicólogos que contribuyan a mejorar estos trastornos y den una mejor calidad de vida a los enfermos.

Referencias bibliográficas

1. Hermann B, Whitman S. Behavioral and personality correlates of epilepsy: a review, methodological critique, and conceptual model. Psychol Bull. 1984;95:451-97.
2. Campos-Castelló J, Campos-Soler S. Neuropsicología y Epilepsia. Rev Neurol. 2004;39:166-77.
3. Ortinski P, Meador K. Cognitive side effects of epileptic drugs. Epilepsy Behav. 2004;5(Suppl 1):S560- S565.
4. González - Pal S, Llanes-Basulto Y, Oliva-Hernández I, Valenti-Alonso J. Principales trastornos psiquiátricos y psicosociales en pacientes adultos con epilepsia residentes en La Habana. Rev Hosp Psiq Habana. 2015 [acceso: 25/11/2015]; 12(1). Disponible en: [http://revistahph.sld.cu/2015/nro1/principales trastornos psiquiatricos.html](http://revistahph.sld.cu/2015/nro1/principales_trastornos_psiquiatricos.html)
5. González-Pal S, Llanes-Basulto Y, Oliva-Hernández I, Fabelo-Roche J, Iglesias-Moré S. Factores de riesgo de los trastornos psicosociales en pacientes adultos con epilepsia. Rev Hosp Psiq Habana. 2013 [acceso: 15/05/2013]; 10(2). Disponible en: http://www.psiquiatricohph.sld.cu/revista/portal_revhph.htm
6. González-Pal S, Llanes-Basulto Y, Valenti-Alonso J, Oliva-Hernández I, Fabelo-Roche J. Factores de riesgo en pacientes adultos con epilepsia y crisis psicógenas no epilépticas. Rev Hosp Psiq Habana. 2013 [acceso: 10/02/2014]; 10(1). Disponible en: [http://www.revistahph.sld.cu/2015/Nro%201/principales %20trastornos%20psiquiatricos.html](http://www.revistahph.sld.cu/2015/Nro%201/principales%20trastornos%20psiquiatricos.html)
7. González-Pal S, Quintana-Mendoza J, González-Delgado E, Fabelo-Roche J, Iglesias-Moré S. Influencia de los aspectos sociales en la personalidad. Rev Neuropsicol Neuropsiquiatría Neurocienc. 2010;10(2):69+88.
8. Trimble M. Treatment issues for personality disorders in epilepsy. Epilepsia. 2013;54(Suppl 1):S41-S45. DOI: [10.1111/epi.12104](https://doi.org/10.1111/epi.12104)
9. Martínez-Taboas A, Torres-Sotero A, Cruz-Pérez J. Perfil psicosocial de una muestra de pacientes puertorriqueños con epilepsia utilizando el Inventario Psicosocial Washington de Ataques Epilépticos. Rev Puertorriqueña Psicol. 2013;24(2):1-11.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.



Contribuciones de los autores

1. *Salvador González Pal*: Conceptualización, investigación, curación de datos, redacción-borrador original, administración del proyecto.
2. *Rosa Tadorí García*: Conceptualización, curación de datos, redacción-revisión y supervisión.
3. *Amaray Cabrera Muñoz*: Análisis formal, investigación, redacción-revisión y edición.
4. *Erislandy Duran Mora*: investigación, administración del proyecto.

