

870125

9
24

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE PSICOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE CESE

INFLUENCIA DEL MEDIO AMBIENTE
EN EL PACIENTE EPILEPTICO
REVISION BIBLIOGRAFICA

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
PRESENTA:

SILVIA GARCIA BORQUEZ

GUADALAJARA, JAL.

JUNIO DE 1989



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

CAPITULO I

1.1. Introducción.....	1
1.2. Establecimiento de objetivos.....	2
1.3. Limitaciones del estudio.....	2
1.4. Definición de términos clave.....	2
1.5. Naturaleza y orden de presentación.....	3

CAPITULO II

1. Metodología.....	4
---------------------	---

CAPITULO III: GENERALIDADES

1. Historia.....	6
2. Definición.....	12
3. Clasificación de las crisis epilépticas.....	13
4. Fisiopatología de la epilepsia.....	21
5. Etiología.....	24
6. Etiología de la epilepsia según la edad.....	24
7. Incidencia de la epilepsia.....	27

CAPITULO IV: EL MUNDO DEL EPILEPTICO

1. Reacción social ante el epiléptico.....	30
2. Vida laboral.....	31
3. Vida escolar.....	33
4. Aspecto familiar.....	40

5. Otros aspectos en los que se les rechaza.....	47
6. Aspecto médico.....	48
7. Reacción del paciente ante su epilepsia.....	49

CAPITULO V. LA PERSONALIDAD Y LA EPILEPSIA

1. Historia descriptiva de rasgos de personalidad en pacientes con epilepsia.....	56
2. Leyenda de la personalidad epiléptica.....	57
3. Investigaciones que descartan la posibilidad de la personalidad epiléptica.....	58
4. Opinión de Lennox acerca de la personalidad epiléptica.....	60
5. Principales tipos de trastornos psicológicos encontrados en pacientes epilépticos.....	61

CAPITULO VI. ASPECTOS DE SANIDAD PUBLICA

- Grupo internacional contra la epilepsia.....	63
--	----

CAPITULO VII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

1. Sumario.....	65
2. Conclusiones.....	65
3. Sugerencias.....	70
4. Glosario de términos.....	71
5. Citas bibliográficas.....	75
6. Bibliografía.....	80

CAPITULO I

1.1. INTRODUCCION

Existe una cantidad considerable de ignorancia del leigo salpicada de creencias supersticiosas en relación con la epilepsia, de forma tal, que aunque unos epilépticos provocan simpatía, la epilepsia no es aceptada dentro de la sociedad y hasta produce rechazo y aversión. Estos son datos que nos muestra la historia sobre el paciente epiléptico.

Actualmente los estudios ¿Qué muestran al respecto?
¿Existe rechazo social hacia el epiléptico?

Ante toda enfermedad crónica, existen cambios en la estructura común de relación, en la familia.

¿Cuál será la reacción familiar ante el paciente epiléptico?

Si se rechaza socialmente, es de considerar el incremento de tensión en los pacientes epilépticos ante ello. -- Por lo que se considera que tal vez éste presente trastornos psicológicos.

Para aclarar estos conceptos es necesario investigar la información sobre el tema.

El presente estudio tiene como fin aclarar lo antes mencionado. Lo cual beneficiará al médico tratante, aumen-

tando su nivel de conocimiento sobre el padecimiento, con los datos psicosociales de este estudio. Debido a que un número elevado de médicos encargados de estos pacientes sólo se limita al tratamiento médico. Sin ser conscientes que ellos pueden ser quienes remitan al paciente al Trabajador Social o al Psicólogo.

1.2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS

Realizar una revisión bibliográfica tipo documental, con los siguientes temas a tratar:

- La reacción social ante la epilepsia.
- La reacción familiar ante la epilepsia.
- Desajuste psicológico en el paciente epiléptico.

Estos datos ayudarán a las personas interesadas en el estudio de la epilepsia, para tener un panorama más amplio sobre el aspecto psicosocial de estos pacientes.

1.3 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Los estudios de los datos aportados la mayoría son realizados en el extranjero.

Es un estudio de recopilación de datos, no es experimental.

1.4. DEFINICION DE TERMINOS CLAVE:

Epilepsia: Es un fenómeno paroxístico, transitorio y -

respetivo debido a descargas hipersincrónica neuronal con manifestaciones clínicas.

1.5. NATURALEZA Y ORDEN DE PRESENTACION.

En el primer capítulo se plantea un bosquejo general del problema objeto de estudio, así como los objetivos y limitaciones a que está sujeta la investigación.

En el segundo capítulo trata de la Metodología, el procedimiento seguido en la investigación.

En el tercer capítulo se presentan aspectos generales entre la epilepsia, historia, definición, clasificación fisiopatología, etiología, incidencia.

En el cuarto capítulo se esfuerza por mostrar el rechazo social del epiléptico.

En el quinto capítulo se hace referencia a la personalidad del epiléptico.

En el sexto capítulo se hace referencia al grupo internacional contra la epilepsia.

En el séptimo y último capítulo se presentan conclusiones y algunas sugerencias para una mejor ayuda a estos pacientes.

CAPITULO II

METODOLOGIA

Para el presente estudio se procedió a visitar el -- Hospital Angel Leño, ISSSTE, Seguro Social y DIF Jalisco.- Lugar donde se entabló contacto con pacientes epilépticos.- Se inició asimismo investigación sobre el tema en diversos libros y revistas de las siguientes bibliotecas: Ciudad Unversitaria, Angel Leño, ISSSTE "Gómez Farías" y Franklin.

Asimismo se entrevistó al Dr. Gómez Plascencia para obtener información sobre programas aquí en Guadalajara sobre concientización al público en el tema de epilepsia.

El tercer capítulo ha sido revisado y aprobado por el Doctor Nava del Hospital Angel Leño.

La información se ha seleccionado con los siguientes temas:

- Historia de la epilepsia.
- Definición.
- Clasificación.
- Etiología.
- Fisiopatología.
- Incidencia.
- Temas sobre reacción social ante el epiléptico.
- La reacción del paciente ante la epilepsia.
- Historia de la personalidad del epiléptico.

- Breve historia del grupo internacional contra la epilepsia.

CAPITULO III GENERALIDADES

I. HISTORIA

La historia de la epilepsia es paralela a la humanidad, las más antiguas referencias de desarrollo humano, describen de manera clara el fenómeno epiléptico.

En la antigüedad los grandes pensadores de la época: Aristóteles, Hipócrates, Galeno, Paracelso eran quienes definían la epilepsia y daban su opinión respecto a su curación.

Se les prohibía a los pacientes epilépticos: el bañarse, comer algunos pescados, carnes de cabra, uso de ropa negra, el cruzar las manos o los pies; se les hacía beber sangre, se utilizaban amuletos vegetales; se les vendaba, se les aplicaba drogas o ligaba la extremidad en la cual se iniciaba la crisis parcial, también fueron procedimientos frecuentes el rasurar la cabeza, la aplicación de un cataplasma de vinagre, así como evitar la violencia y la actividad sexual. Debido a que se consideraba como una enfermedad fría y flemática se recomendaba vivir en un país caliente, seco; otro remedio fue el tomar vinagre diluido con miel de abeja y jugo de cebolla, después de una purga y de haber tomado ajeno. Este remedio se debía aplicar al principio de la primavera. Estos remedios se utilizaron por sí

glos hasta que se dio la concepción del vitriolo y sus virtudes curativas, se puede inferir que el vitriolo era éter-sulfúrico, entre otros elementos, pero no hay datos de la forma como era administrado.

Durante muchos años el factor masturbación fue considerado como causa de la epilepsia, por lo que se evitaba -- que ésto ocurriera en los pacientes propensos.

En el código Badiano se hace referencia a las alteraciones epilépticas, una caracterizada por quietud y convulsiones ("gran mal") a la cual le daban el nombre de huapahuzliztli y otra caracterizada por temblor (crisis mioclónicas) a la que denominaban hixicayotl.

No era relacionada con espíritus malignos, sino que las consideraban como enfermedades corporales.

Una forma de tratamiento en esta época era aplicar sanguijuelas sobre la zona esplénica y una cataplasma de excremento de pichón y huevos de cuervo, con el propósito de provocar fiebre. (1)

En la antigüedad no solo a la epilepsia se le consideraba de carácter sobrenatural, sino a toda enfermedad; en el libro de Temkin: The Falling Sickness de Owsel Temkin, señala que las enfermedades pueden considerarse como actos producidos por obra de divinidades, demonios o espíritus malignos y, como tales, tratarse por invocación de poderes --

"sobrenaturales", esta concepción mágica dio paso a la concepción científica, en la que se considera a la enfermedad como los efectos de causas naturales, que debe tratarse en consecuencia también por medios naturales; a través de muchos años⁽²⁾ de batalla entre las concepciones mágicas y científica de la epilepsia, ésta se había iniciado ya en tiempos de Hipócrates. Uno de sus discursos escritos hacia el 400 A.C., con el título de la Enfermedad Sagrada, es una de las primeras monografías que se conocen sobre la epilepsia, en ella ataca a la superstición popular y a los magos, brujos y charlatanes que califican de "sagrada" la dolencia. Este carácter supuestamente divino, arguye Hipócrates, no es sino una tapadera que oculta la ignorancia y las prácticas fraudulentas.

La epilepsia no es más divina que otras enfermedades. Es hereditaria y tiene su causa en el cerebro, donde el exceso de flema bloquea los vasos que nutren de aire dicho órgano. Estas palabras traducidas en términos modernos, significan que las convulsiones son debidas a anoxia cerebral. Sin embargo este haz de luz arrojado sobre la epilepsia pareció ejercer escaso impacto. Galeno médico que vivió en el siglo XI d.C., unos 500 años después de Hipócrates, aún reconociendo que las convulsiones se originan en el cerebro opina que el resto del organismo puede desempeñar un papel en su determinación.⁽³⁾

En el terreno práctico, la necesidad de proteger al paciente de lesiones especialmente en la lengua, fueron medidas importantes desde hace mucho tiempo. En 1564, el cirujano francés Ambroise Paré indicaba introducir un palo entre los dientes del paciente.

No fue hasta el siglo XVII cuando Thomas Willis de Oxford declaró que todas las convulsiones surgían en el cerebro, y que los movimientos musculares se debían a reacciones químicas ocurridas en el sistema nervioso central. (4)

En el siglo XIX se separa a los pacientes epilépticos de las enfermedades mentales, ya que se les recluía en hospitales psiquiátricos.

Esquirol opinaba que no era justo que un enfermo mental viera los ataques epilépticos, debido que podría afectarle. Otros opinaron que la separación se debió a que a la epilepsia se consideraba enfermedad infecciosa, y por ello el estar en contacto con estos pacientes podría hacer que ésta se produjera en otras personas.

En esta época se hacen estudios sobre la influencia de la herencia, estudios respecto a la asociación con otras enfermedades, con la edad de inicio, la influencia de la menstruación, etc.

Se descarta la opinión existente en ese tiempo de --

que la causa común era el temor y el susto de la madre durante el embarazo, como también la influencia del ciclo lunar. (5)

En 1857, Sir Charles Locock, ginecólogo londinense - graduado por la Universidad de Edimburgo, había publicado - el efecto antiepiléptico de la administración de bromuro potásico tres veces al día. Siendo para 1870 un tratamiento bastante popular.

John Hughlings Jackson da la definición clásica de - epilepsia en 1873 como: "una serie de descargas ocasionales súbitas, excesivas, rápidas y locales de la sustancia gris" (6).

Hughlings Jackson fue uno de los primeros médicos especialistas en epilepsia, y quizá el más importante de todos. Él opinaba que era muy importante hacerse la pregunta de ¿qué lesión produce ocasionalmente una descarga neuronal excesiva?

Hace ya un siglo, Wilder Penfield, que también dedicó gran parte de su vida a la epilepsia, decía: "actualmente, nuestro problema es el que fue destacado por Hughlings Jackson: Descubrir en cada caso la localización del origen de la descarga". Esto es posible en una proporción cada vez mayor de casos.

Se ha conseguido progresar en este terreno gracias a

la electroencefalografía y a la electrofisiología, tanto básicas como aplicadas, que en las últimas décadas han conseguido localizar las descargas neuronales en el cuero cabelludo, en la corteza cerebral, e incluso en regiones profundas del cerebro.

En épocas pasadas, se suponía la existencia de estas descargas por efectos periféricos variables que podían documentarse con precisión mediante la filmación, los registros poligráficos y otras técnicas.

Actualmente se han hecho inseparables los aspectos clínico y electroencefalográfico, de la epilepsia, ésta frecuentemente proporciona ayuda valiosa para el diagnóstico, la clasificación de la variedad de epilepsia y la selección adecuada de medicación. (7)

Desde 1960, han aparecido algunos medicamentos nuevos, útiles para el tratamiento de epilepsia y también datos nuevos y algunas dudas sobre fármacos antiepilépticos tradicionales. (8)

En abril de 1964, varios grupos europeos de la liga internacional contra la epilepsia (ILAE) se reunieron en Marsella, Francia para discutir una posible clasificación internacional de las crisis epilépticas. En mayo de 1964, la clasificación se remitió a una comisión de terminología, constituida por representantes de las ramas americana y eu-

ropea de la ILAE, de la Federación Mundial de Neurología y de la Federación Internacional de Sociedades de Electroencefalografía y Neurofisiología Clínica (IFSECN), que se reunió en "Meur en Bosch", Hemstede, Holanda. Se propuso una clasificación, que posteriormente sufrió algunas modificaciones a raíz de constructivos comentarios recibidos del -- VIII Congreso Internacional de Neurología, celebrado en Viena en septiembre de 1965, recientemente se introdujeron algunas variaciones con ocasión de la reunión, celebrada en Nueva York de los miembros de la ILAE con el doctor Walker, que representaba a la Federación Mundial de Ciencias Neurológicas (WFNS). Hace poco tiempo se ha publicado una edición revisada.

La clasificación es de tipo sintomático, basada principalmente en las características clínicas de las crisis, pero está también influenciada por la consideración de las anomalías electroencefalográficas, la localización conocida o aparente de la descarga neuronal, y a veces, por interpretaciones fisiopatológicas. (9)

2. DEFINICION

Aunque la epilepsia se conoce desde la antigüedad, es difícil de definir el trastorno en términos que abarquen sus múltiples características. (10)

Jackson la definió como descargas ocasionales, abruptas y excesivas, de una parte de la substancia gris cere-

bral, (descarga paroxística)'

La epilepsia es un trastorno recurrente de la función cerebral producida por descargas neuronales paroxísticas. No es una enfermedad con una causa única sino un síntoma de actividad cortical anormal que puede ser producida por una gran variedad de agentes etiológicos.

Actualmente la Liga Internacional contra la Epilepsia, la define como "un fenómeno paroxístico repetitivo y transitorio, secundario a una descarga hipersincrónica neuronal con manifestaciones clínicas variables.

Tomando en cuenta que la descarga convulsiva es el resultado final, y que siempre es igual cuando el sistema nervioso es agredido a nivel umbral, debemos comprender que la epilepsia puede ser un síntoma revelador de algún factor desconocido que está sobrepasando el umbral de descarga del sistema nervioso. (11)

CLASIFICACION DE LAS CRISIS EPILEPTICAS

1. Crisis parciales.

A) Crisis parciales simples (sin alteración de conciencia):

1. Con signos motores focales:

a) Signos motores sin marcha.

b) Signos motores con marcha (Jacksoniana)

- c) Versiva (generalmente contraversiva y de poco - valor de localización).
 - d) Postural.
 - e) Fonatoria (vocalización o suspensión de lenguaje).
2. Con síntomas somatosensoriales o síntomas sensoriales especiales (alucinaciones simples: hormigueo, - luces, zumbidos).
- a) Somatosensoriales.
 - b) Visuales.
 - c) Olfatorias.
 - d) Auditivas.
 - e) Gustativas.
 - f) Vertiginosas.
3. Con síndrome o signos autotómicos (molestias epigástricas, palidez, sudoración, piloreacción, dilatación pupilar, etc.
4. Con síntomas psíquicos rara vez aparecen sin alteración de conciencia, por lo que se observan más - frecuentemente como crisis parciales complejas.
- a) Disfásica.
 - b) Dismnésicas (deja-vu)
 - c) Cognoscitivas (pensamiento forzado)
 - d) Afectivas (miedo, ira)
 - e) Ilusiones (macropsias), etc.

f) Alucinaciones estructurales (música, escenas).

B) Crisis parciales complejas (con alteración de conciencia):

1. Inicio parcial simple, seguido de alteración de --
conciencia.

a) Con datos parciales simples (A.1-A.4), seguidos
de alteración de conciencia.

b) Con automatismos.

2. Con alteración de conciencia desde el inicio:

a) Sólo con alteración de conciencia.

b) Con automatismos.

C) Crisis parciales secundariamente generalizadas:

1. Crisis parcial simple que evoluciona a crisis tóni-
ca-clónica generalizada (CTCG)

2. Crisis parcial compleja que evoluciona a CTCG.

3. Crisis parcial simple que evoluciona a crisis par-
cial compleja, que a su vez evoluciona a CTCG.

II. Crisis generalizadas (convulsivas y no convulsivas)

A) Ausencias:

1. Ausencias típicas

a) Con los trastornos de conciencia exclusivamen-
te.

b) Con componentes atónicos.

c) Con componentes clónicos mínimos.

- d) Con componentes tónicos
- e) Con automatismos
- f) Con componentes automáticos (b-f: pueden presentarse asociados).

2. Ausencias atípicas

- a) Cambios de tono más notorios que en A.I.
- b) Inicio y/o final, que no son abruptos.
- c) En ocasiones asociados a sacudidas mioclónicas (ausencias mioclónicas).

3. Ausencias que progresan a C.T.C.G.

B) Crisis mioclónicas:

- a) Sacudidas mioclónicas
- b) Crisis clónicas

C) Crisis tónicas

D) Crisis tónico-clónicas

E) Crisis atómicas (astáticas)

III. Crisis epilépticas no clasificables

Se incluyen todas las crisis que no pueden clasificarse por datos incompletos o insuficientes y que no permiten contenerse en las categorías antes descritas.

Addendum

1. Crisis repetitivas;

Se presentan en diversas circunstancias:

- A) Crisis fortuitas, sin provocación y aparición inesperada.
- B) Crisis cíclicas, con intervalos más o menos regulares (menstruales, ciclo sueño-vigilia).
- C) Crisis provocadas por:
 - a) Factores no sensoriales:
 - 1. Fatiga.
 - 2. Alcoholismo.
 - 3. Emociones, etc.
 - b) Factores sensoriales (crisis reflejas).

2. Crisis repetitivas prolongadas (Status Epiléptico);
 Status significa una situación fija o permanente. Son crisis que persisten por un tiempo suficientemente largo o que se repiten con la suficiente frecuencia, de tal suerte que no hay recuperación del paciente entre los ataques.

Puede ser:

- a) Parcial
- b) Generalizada

Al status parcial motor muy localizado se le llama también epilepsia parcial continua.

EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS

- 1. Relacionada con su localización (focal, local, parcial)-
 - A) Idiopática.

1. Epilepsia infantil benigna con espigas centro-temporales.
2. Epilepsia infantil con paroxismo occipital.

B) Sintomática (dependiendo de la localización anatómica tipo de crisis y factores etiológicos).

II. Epilepsia y síndromes generalizados'

A) Idiopática (por orden según la edad de aparición)

1. Convulsiones benignas neonatales familiares.
2. Convulsiones benignas neonatales.
3. Epilepsia benigna mioclónica de la infancia.
4. Ausencias epilépticas de la infancia.
5. Epilepsia con ausencia juvenil.
6. Epilepsia mioclónica juvenil.
7. Epilepsia con crisis tónico-clónicas del despertar.

B) Idiopática y/o sintomática (en orden de aparición)

1. Síndrome West (espasmos infantiles).
2. Síndrome de Lennox-Gastaut.
3. Epilepsia con crisis mioclónicas-astáticas.
4. Epilepsia con ausencias mioclónicas.

C) Sintomática

1. Etiología no específica (encefalopatía mioclónica temprana)
2. Síndromes específicos (crisis epilépticas que complican algunas enfermedades).

III. Epilepsia y síndromes indeterminados.

A) Crisis generalizadas y crisis focales.

1. Crisis neonatales.
2. Epilepsia mioclónica severa en la infancia.
3. Epilepsia con espiga onda continua durante el -- sueño de ondas lentas.
4. Afasia epiléptica adquirida.

B) Con características equívocas generalizadas o focales; bajo este título se cubren todos los casos -- CTGG donde los resultados del CTGG no permiten clasificación clara sobre su localización, tal como en los casos de CTGG durante el sueño.

IV. Síndromes especiales.

- A) Convulsiones febriles.
- B) Crisis relacionadas con situaciones identificables -- tales como: stress, cambios hormonales, alcohol o su presión de sueño.
- C) Crisis epiléptica aislada aparentemente no provocada.
- D) Epilepsia caracterizada por modos específicos de pre cipitación de las crisis.
- E) Epilepsia parcial continua progresiva de la infancia.

QUE NO ES EPILEPSIA

Existe un grupo de trastornos recurrentes que deben diferenciarse de las crisis epilépticas:

- Crisis de apnea (del recién nacido).
- Espasmo del sollozo.
- Síncope: cardíaca, vagal, de la tos, de la micción, otros: hipotensión ortostática, isquemia transitoria, (anóxico-isquémico
- Trastornos del sueño: enuresis, terror nocturno, sonambulismo, mioclonus nocturno, rechinar de dientes (bruxismo) narcolepsia-cataplexia.
- Trastornos del movimiento: tics, conductas estereotipadas - motoras.
- Vértigo: paroxístico de la infancia, posicional.
- Psicológicos: crisis pseudoepilépticas, masturbación, crisis de la hiperventilación, crisis de simulación.
- Crisis febriles por elevación de la temperatura en un niño sano.

4. FISIOPATOLOGIA DE LA EPILEPSIA

El mecanismo preciso que interviene en la descarga neuronal excesiva de la epilepsia no ha sido dilucidado. El tejido nervioso es excitable y su excitabilidad es influida por varios factores y mecanismos.

1. Las neuronas individuales se mantienen en un estado de excitabilidad gracias a un gradiente de concentración de iones Na a través de la membrana de la célula nerviosa. Este gradiente se mantiene por la llamada "bomba de sodio" (la enzima adenosinatrifosfatasa unida al Na y K). La bomba de sodio es un mecanismo que requiere energía. Si el gradiente de concentración del Na aumenta, la neurona se hiperpolariza y se activa con mayor dificultad; si el gradiente disminuye, se incrementa la excitabilidad de la neurona. (13)
2. La excitabilidad neuronal en las sinapsis se altera por la liberación de la membrana de la célula sináptica de sustancias transmisoras excitatorias o inhibitorias. Así, la liberación de acetilcolina tiene un efecto excitatorio, mientras que el ácido gamaaminobutírico (AGAB) ejerce un poderoso efecto inhibitorio en ciertas sinapsis. Es posible que en una inhibición defectuosa sea por lo menos tan importante como una gran excitación en la producción de una descarga-

neuronal excesiva. También es posible que tales descargas resulten de un desorden metabólico constitucional en la síntesis o disponibilidad del AGAB y posiblemente de otras sustancias inhibitorias.

3. Existen ciertos grupos de neuronas, centros inhibitorios que controlan otras porciones del sistema nervioso, evitando que se produzcan descargas repetidas. La lesión de este centro nervioso, debida a traumatismos infecciones, causas vasculares o neoplásicas produciría una pérdida de la inhibición, una tendencia a la epilepsia en la zona del encéfalo normalmente regulada por la confluencia.
4. El tejido nervioso puede volverse hiperexcitable por diversos factores que actúan difusamente. Estos incluyen: pirexia, hipoxia, hipocalcemia, hipoglucemia, sobrehidratación, alcalosis, abstinencia de barbitúricos, enfermedad difusa del encéfalo (ejemplo: neuropoidosis) y varias toxinas. Estas condiciones por sí mismas pueden provocar epilepsia, pero debe haber además alguna enfermedad local que produzca una tendencia a la descarga neuronal excesiva localizada y es posible que la enfermedad local se torne hiperexcitable antes que todo el encéfalo lo haga. (14)
5. Aún cuando se sepa que no está presente ninguno de los factores antes mencionados capaces de producir --

epilepsia, todo encéfalo en vida todavía puede hacerse suficientemente hiperexcitable para producir una convulsión epiléptica. Personas que tienen una convulsión provocada por trastornos físicos: fatiga extrema, dentición, enfermedad febril, alcoholismo. Por ciertos estímulos aferentes, luz fluctuante, estímulos auditivos, movimientos bruscos. Por tensión emocional. Hasta aquellos que presentan ataques sin causa demostrable.

De estas observaciones ha surgido el concepto de un umbral encefálico de convulsión. Este concepto puede explicar por que un factor provocativo producirá epilepsia en un encéfalo y no en otro. El umbral bajo de convulsión puede ser excedido, si el encéfalo del individuo es expuesto a factores como fiebre, hipoglucemia o abstinencia de drogas. Con un umbral más alto se presenta epilepsia sólo en la presencia de una lesión intracraneal originada por traumatismo, infección, enfermedades vasculares, neoplasia. (14)

6. ETIOLOGIA DE LAS CRISIS EPILEPTICAS SEGUN LA EDAD

1. Periodo neonatal: Encefalopatía perinatal por asfixia.

Con hemorragia intracraneal.

Con hipoglucemia.

Con hipocalcemia.

Traumatismo obstétrico.

Con hemorragia intracraneal

Con encefalopatía

Infecciones

- Intrauterina:

Rubeola

Toxoplasmosis

Virus citomegálico

Iues

- Perinatal

Herpes simplex

Meningitis bacteriana

Sepsis

- Alteraciones metabólicas

Hipoglucemia

Con asfixia:

Con errores innatos en el metabolismo.

Hipocalcemia:

Con asfixia

Dietética

Síndrome de digeorge

Hipomagnesemia

Hiponatremia.

Con asfixia

Hiperbilirrubinemia

Deficiencia de piridoxina

Dependencia de piridoxina

Errores innatos del metabolismo de
los aminoácidos.

Fenilcetonuria.

Enfermedad del jarabe de maple

Hiperglicemia no cetósica

Hiperglicemia cetósica

Trastornos del ciclo de la urea.

Drogas

Síndrome de abstinencia

Intoxicación directa

Disgenesia cerebral

Microgíria

Porencefalia

Hydranencefalia

Esclerosis tuberosa

2. Infancia y niñez: Encefalopatías perinatal por asfixia.

Traumatismo obstétrico

Traumatismo craneoencefálico

Infecciones

Las mismas que en el período neonatal.

Absceso cerebral

Parasitosis cerebral

Encefalitis

Panencefalitis esclerosante subaguda.

Errores innatos del metabolismo de aminoácidos, lípidos y carbohidratos.

Piomo

Talio

Drogas

Disgencia cerebral

Las mismas que en el período neonatal

Esclerosis tuberosa

Síndrome de Sturge-Weber

Vascular

Malformación arteriovenosa

Vasculitis

Hipertensión arterial

3. Adultos: Traumatismo craneoencefálico

Infecciones

Meningitis
 Encefalitis
 Parasitosis cerebral
 Micosis cerebral
 Micosis
 Lues
 Absceso cerebral
 Enf. de Jakob-Creutzfeld
 Alteraciones metabólicas
 Abstinencia de alcohol y barbitúricos
 Hipoglicemia
 Toxemia
 Intoxicación por plomo, talium, arsénico
 Neoplasias
 Vascular
 Arterioesclerosis
 Malformación arteriovenosa
 Vasculitis
 Hipertensión arterial
 Infarto cerebral
 Hemorragia intracerebral
 Trombosis del seno venoso (10)

7. INCIDENCIA DE LA EPILEPSIA

Se calcula que aproximadamente un 7 al 8% de la población mexicana padece algún trastorno del sistema nervioso. De --

los indicadores disponibles se puede inferir que las enfermedades neurológicas alcanzan un 10% de las hospitalizaciones anuales. El 28% de los pacientes que acuden a consulta lo hacen por padecer epilepsia. (16) La prevalencia de la epilepsia requiere un diagnóstico más preciso, ya que la magnitud del problema ha sido estudiado en diferentes grupos de población, de los cuales se puede deducir que la prevalencia de este padecimiento alcanza al 2% de la población. En la población infantil la epilepsia es un padecimiento frecuente; la prevalencia de crisis epilépticas en niños de 9 años, fue del 1.8% en escolares de la delegación de Tlalpan; una prevalencia semejante se encontró en poblaciones suburbanas (Santa Ursula, D.F.) y rurales (San Miguel Tecomatlan, Edo. de México. (17)

60 al 70% aparecen en las primeras décadas de la vida, luego disminuye notablemente en las siguientes décadas y vuelve a tener alta incidencia en adultos viejos (quizá por neoplasias cerebrales o enfermedades vasculares).

En un 60 al 70% de los casos la etiología es desconocida, del 30 al 40% es conocida.

En un 10 al 15% hay antecedentes de daño obstétrico o hipoxia cerebral. Alrededor del 50% presentan crisis pos traumáticas. Un 22 al 37% con cisticercosis.

Un 40% presenta crisis generalizadas y un 60% parcia

les.

Por regla general, las crisis convulsivas comienzan en edades tempranas, pero pueden iniciarse a cualquier edad. En la gran mayoría de los casos se inician antes de los 25 años, pero a partir de esta edad hasta la vejez existe un porcentaje pequeño, pero constante, para cada década en la cual aparecen por primera vez crisis convulsivas de origen desconocido. (18)

CAPITULO IV

EL MUNDO DEL EPILEPTICO

1. REACCION SOCIAL ANTE EL EPILEPTICO

A través de la historia vemos que ha existido una gran cantidad de tabús y malas interpretaciones acerca de los ataques epilépticos. Actualmente aún podemos observar algo de ello; hay gran variedad de aspectos sociales que limitan al paciente epiléptico a llevar una vida como la de cualquier persona, el epiléptico es considerado como un enfermo con escasas disponibilidades intelectuales y personales, que no merece la estimación como una persona sana.

La epilepsia produce rechazo y aversión de la sociedad.

Se han realizado varias encuestas al público para medir la actitud de éste hacia la epilepsia. Estas encuestas han sido llevadas a cabo durante 1949 a 1964. Los resultados indican que durante este tiempo la aceptación hacia el paciente epiléptico ha aumentado en algunos aspectos: Un porcentaje mayor de personas ya no la considera como un caso de locura (35% que era antes al 74%).

Muchas personas ya opinan que debería dárseles las mismas oportunidades de trabajo como a una persona cualquiera (45% aumentó al 75%).

Pero aún quedan personas que les rechazan, un 25% -- que no los ve aptos para la realización laboral y también - personas que opinan que no los aceptarían como compañeros - de sus hijos en la escuela. Un 26% de personas sigue consi- derando a la epilepsia como un caso de locura. (19)

En un estudio reciente en Nigeria se evaluó la acti- tud del público hacia la epilepsia.

Este público rechazó a estos pacientes en la amistad - empleo, relación matrimonial y acomodación residencial.

Las causas de epilepsia percibidas son hereditarias, brujería y daño cerebral, en ese orden. Un 25% admitió ig- norancia. (20)

Se especificará a continuación el rechazo escolar y - laboral que estos pacientes sufren.

2. VIDA LABORAL

En diversos estudios realizados en diferentes países del mundo se ha demostrado que un paciente epiléptico bien con- trolado de sus ataques, puede realizar su trabajo igual que otras personas no afectadas.

Existen algunas actividades que sí deben ser limita- das como son aquellas que implican riesgos muy específicos, como el trabajo no protegido a grandes alturas o el manejo de maquinaria abierta muy peligrosa.

El promedio en cantidad y calidad de trabajo de un paciente con epilepsia es el mismo de uno que no la padezca. Se puede afirmar que sus accidentes de trabajo resultan menos frecuentes que aquellos que sufren los trabajadores no afectados (visto en estudios comparativos). lo cual se debe al cuidado extremo que el epiléptico sabe debe tener en sus actividades diarias.

También se ha demostrado que el empleado con epilepsia no representa en ninguna manera un daño o peligro para sus compañeros de trabajo y que el tiempo que pierda por enfermedad, es comparable, en todo, al de la población sin crisis, y es inferior al que se pierde por otras afecciones comunes, no neurológicas.

Pero aún así la actitud de la gran mayoría de empresas ante estos pacientes es el de no aceptarlos o bien colocarlos en un puesto inferior a sus capacidades. No hay duda de que existe un gran temor por parte de los dueños de las empresas y de las personas en general encargadas de reclutar personal para aceptar pacientes con enfermedades crónicas y en especial con epilepsia, (21) siendo ésta la razón de que las oportunidades de trabajo para el paciente epiléptico sean muy reducidas, lo que se demuestra en un estudio realizado en la Universidad de Washington (1982 tomándose datos de 1977 a 1978), en el que por medio de una agencia estatal sólo se lograron colocar del 9% al 21% de estos pa-

cientes, necesitándose la ayuda de una agencia especializada para que se lograra aumentar al 50%. (22)

3. VIDA ESCOLAR

Es una actitud común en los maestros el rechazar a personas que padecen epilepsia. Este rechazo rutinario tiene como fundamento la ignorancia de los docentes en el manejo -- del problema y como justificación las supuestas dificultades que los niños afectados producirían en el grupo. (23)

En un estudio realizado por P. Pazzaglia y L. Frank-Pazzaglia del Instituto de Neurología de Bologna, Italia, - en el que se tomaron 13,000 niños de edad escolar de 6 a 14 años, encontraron que sólo la mitad de los alumnos epilépticos tenían resultados escolares normales; un tercio asistía a clases especiales debido a cierto retraso mental secundario a parto traumático o daño cerebral durante la infancia. El resto (17%) presentaba un retraso de uno o más cursos debido a reacciones depresivas ocasionadas por el miedo de -- sus compañeros a los ataques epilépticos y a la hostilidad de los padres de los compañeros si el enfermo tenía convulsiones en la escuela. (24)

Este estudio nos muestra que aparte del rechazo del maestro, existe el rechazo de los compañeros y además el de los padres de éstos.

A) Aspecto Intelectual:

Antes de la creación de la psicometría existía la creencia de que una de las consecuencias casi inevitables de la epilepsia era la decadencia intelectual, Dostolevski, Flaubert y otros grandes hombres que padecieron convulsiones, se citaban generalmente como notables excepciones. Esta creencia continuó prevaleciendo durante un tiempo aún después de haberse iniciado el uso de los test de inteligencia ya que éstos sólo se empleaban para examinar a los pacientes hospitalizados, de los cuales aproximadamente el 90% tenía índice inferior al término medio.

Posteriormente cuando los estudios se extendieron a los pacientes externos, el concepto de la declinación mental como un aspecto concomitante de la epilepsia, fue completamente rectificado.

Lennox afirma que la mentalidad deficiente no es característica forzosa de la epilepsia. En el 67% de los 1,640 pacientes de su clínica y su consultorio particular, se encuentra inteligencia normal, en el 23% ligeramente subnormal, en el 9% decididamente empobrecido y el 1% gravemente disminuido.

Cuando existe deficiencia mental Lennox la atribuye a algunas de las siguientes causas:

a) La constitución: Los enfermos que eran defectuosos al nacer tenían el doble de parientes epilépticos que los en-

fermos que habían sido normales en la infancia, y el cuádruple de parientes psicóticos.

- b) Las lesiones cerebrales anteriores a la instalación de la epilepsia.
- c) La gran frecuencia de los accesos de gran mal.
- d) Las grandes cantidades de bromuro o fenobarbital administrados por razones terapéuticas, (lo cual es reversible).
- e) El profundo desaliento y el interés egocéntrico provocados por maltrato psicológico y social. (25) El aislamiento de los contactos normales y estimuladores, temor, vergüenza y desaliento pueden conducir a un estancamiento del pensamiento y la acción, que se parece mucho a la deterioración. (26)

La opinión general es que la epilepsia en sí no se relaciona con una inteligencia reducida y la mayoría de los niños epilépticos son de inteligencia normal. Al igual que los adultos.

Se han realizado varios estudios al respecto, uno de ellos fue llevado a cabo con trece gemelos monocigotos (idénticos), donde uno de cada pareja sufría convulsiones. Siendo en ambos grupos la inteligencia normal, no había diferencias significativas de un grupo hacia el otro.

Un nivel de inteligencia inferior al promedio en un-

niño epiléptico es más probable que se encuentre en casos de una lesión cerebral importante, en la cual la epilepsia constituye un síntoma. (27)

Otro estudio realizado con 59 niños epilépticos de 9 a 11 años de edad (Rutter y Col., 1970), con epilepsia no complicada por otras condiciones o signos de lesión cerebral, comprobó también la inteligencia promedio de estos pacientes, su IQ fue de 102.

A pesar de que la mayoría de los niños epilépticos son de inteligencia normal, no se les acepta en la escuela por su impulsividad y la intranquilidad que demuestran en los intervalos de los ataques. (28)

B) Logros educacionales

Suele suceder que los logros educacionales estén afectados en los niños con epilepsia.

Varios estudios coinciden que la diferencia académica es mayor en aritmética seguidas por deletreo, comprensión de la lectura y reconocimiento de palabras (Holdsworth and Withmore, 1974; Pazzaglia and Frank Pazzaglia, 1976; Green and Hart Lage, 1971; Rutter et al., 1970; Stores and Hart, 1976; Yule, 1980)

Los niños con epilepsia no complicada están aproximadamente un año por debajo de su edad cronológica en su habilidad para la lectura. Un 20% presenta retardo severo. (29)

En deletreo, comprensión de la lectura y aritmética, el desempeño académico fue menor con el aumento de la edad y mayor número de ataques. (Satz et al, 1978; O'Leary et al 1981, 1983)

Los niños que presentan ataques tónico clónicos y -- con ausencias se desempeñan más pobremente que los que presentan ataques sin combinaciones. (Dean 1983). (Hermann and Witman 1984).

Varios estudios han reportado mejores niveles de desempeño académico en lectura de las niñas que de los niños con epilepsia. (Stores and Hart, 1976; Holdsworth and -- Withmore, 1974). Más este dato se ha obtenido también en -- niños no epilépticos. (Townes et al: 1980; Seidenberg et -- al, 1985).

El número de medicamentos anticonvulsivos que un niño estaba tomando en el tiempo de la prueba no fue una variable significativa para el funcionamiento académico.

La ausencia de información de niveles de anticonvulsivos en la sangre hace que se tenga cierta reserva para esos resultados.

El sitio de foco de EEG (izquierdo, derecho, bilateral, generalizado) y desempeño académico. No hubo diferencias significativas para ninguna área académica. (Comfilid -- and et al 1984). (30)

A continuación se enumeran los factores que influyen en los logros educacionales:

1. Si existe o no lesión cerebral en la epilepsia.
2. La falta de experiencias ambientales por parte del paciente.
3. Las ausencias a la escuela.
4. Las drogas usadas, que pueden llegar a tener un efecto retardador cuando en ocasiones es difícil encontrar una dosificación con la cual se controlan las convulsiones del niño sin que se ponga demasiado somnoliento.
5. Reacciones depresivas, debidas al rechazo, ya sea del compañero o el maestro, o situación familiar.

C) Necesidad de información a los maestros:

En un estudio, realizado a 109 maestros de niños epilépticos en el cual se les aplicó un cuestionario general acerca de la salud del niño. Se observó que la mayoría de los maestros ignoraban que el niño padecía epilepsia. (Bagley, 1971).

La información a los docentes habría ayudado claramente a comprender al niño - como de una maestra que comentó que la concentración del niño era escasa, y no sabía que sufría uno o dos ataques de ausencias al día.

En muchos casos Bagley encontró que la escuela subestimaba el nivel de inteligencia del niño, cuando su IQ era

elevado, pero su lectura y/o aritmética estaban retrasados.

El maestro debe estar informado acerca de la enfermedad debe comprender su condición y sus implicaciones. Bagley señala que factores adversos en el ambiente escolar, como la hostilidad de un maestro, el ser excluido de algunas actividades y la actitud de rechazo de sus compañeros, pueden empeorar la conducta y los ataques.

Los maestros pueden facilitar el ajuste asumiendo -- una actitud comprensiva y no alarmista si el niño tiene un ataque. (31)

La información no debe limitarse al maestro, es -- igualmente necesario que el resto del personal esté informado, con el fin de que se sepa qué hacer si se presentara un ataque y que se tomen precauciones de vigilarlo cuando el paciente se encuentre en una situación potencialmente peligrosa como el hacer gimnasia a grandes alturas, y el nadar. Cuando el problema de los ataques es activo y suceden con -- bastante frecuencia, es mejor evitar estas situaciones peligrosas, como también el andar en bicicleta y trepar un árbol.

Cualquier política sobre estos asuntos está sometida a una revisión constante al madurar el niño y al ir cambiando el patrón de los accesos. La regla es permitir al niño que lleve una vida normal.

A un paciente epiléptico bien controlado no se le debe limitar en sus actividades. (32)

4. ASPECTO FAMILIAR

Las actitudes de los padres son de gran importancia para el desarrollo de la personalidad durante la primera infancia. (33)

La actitud normal de los padres hacia su hijo debe ser de afecto. Un sentimiento real de permanencia sólo surge cuando el niño cree que es amado, comprendido y aceptado. Pero en determinadas circunstancias, la relación entre padre e hijo pueden modificarse en direcciones de excesivo o deficiente afecto, con consecuencias más o menos graves para el hijo. (34)

Una enfermedad suele crear un ambiente de sobreprotección. La clase de enfermedad en el hijo y la edad de su aparición son consideraciones importantes. Una enfermedad asociada con manifestaciones alarmantes, como convulsiones, es probable que influya más en la madre que una enfermedad más grave, pero menos tormentosa.

La enfermedad en un lactante ejerce un efecto mucho mayor y más duradero que la enfermedad de un niño mayor. (35)

La conducta maternal de sobreprotección:

La excesiva protección se muestra en la madre por:

1. Cuidado excesivo del hijo.

2. Contacto excesivo.
3. Protección excesiva, contra los riesgos usuales en la niñez.
4. Variaciones en la actitud acostumbrada hacia la educación en la dirección de indulgencia excesiva o dominación.

Problemas de los niños excesivamente protegidos.

Los problemas de los hijos de madres excesivamente protectoras pueden clasificarse en dos grupos, madres indulgentes y madres dominantes.

Los hijos de madres excesivamente protectoras e indulgentes encuentran dificultad para hacer ajustes sociales cuyo grado es proporcional a la intensidad de la actitud materna. Los niños son como grupo, exigentes, egofistas, tiránicos, piden atención, afecto y servicios constantes. Responden a las negativas de cumplir sus deseos o a los requerimientos para mantener la disciplina, con impaciencia y accesos de mal genio o asalto.

Los problemas planteados por los hijos de madres dominantes y excesivamente protectoras son principalmente timidez, ansiedad, temores y conducta sumisa. (36)

Muchos autores han observado que la enfermedad física en un niño, aunque sea trivial, posee un significado único para ese niño y para sus padres.

Cuando un niño enferma, le ocurren muchas cosas que son extrañas, nuevas y que apenas comprende. No se siente bien y vagamente comprende por qué está enfermo. Además, se siente irritable y a veces desea que lo dejen solo. Su ansiedad queda identificada por sus padres los que se sienten culpables o ansiosos respecto a su papel en la causa de la enfermedad y por su fracaso en haberla prevenido. (37)

El significado de una enfermedad específica para un niño concreto, depende de un gran número de factores, de su experiencia, pasada y de las actitudes de sus padres.

Ana Freud (1952) identifica tres factores que son -- significativos en la enfermedad. En primer lugar, se da un cambio en el clima emotivo del hogar, puesto que presta cada vez más atención y se atiende a estos niños a veces de una manera excesiva. Que el niño se da cuenta que se está atendiendo su enfermedad puede ocasionarle una influencia psicológica negativa. En este caso los procesos de autoterminación, de la independencia y de la intimidad ya adquiridos por el niño, se ven amenazados por la sobreprotección lo que hará que el niño se muestre intolerante a este respecto, porque se trata de adquisiciones recientes y que, -- por lo tanto, se niega a abandonar. Un tercer factor es la restricción de movimientos somáticos, que inhibe al niño la actividad motriz usual, lo cual conduce que se muestre irritable e intranquilo.

El segundo grupo de reacciones comunes son fenómenos regresivos (Josselyn 1950, Korsch 1958). Se ha observado con frecuencia que en casi todas las enfermedades se da un cierto grado de regresión a un nivel muy temprano de funcionamiento emotivo y social. Las conductas adquiridas más recientemente, los hábitos y las técnicas sociales, son las primeras que se pierden (38)

El tercer grupo está constituido por reacciones de dependencia que persisten. Este se ha creado por los padres que están sumamente ansiosos debido a que el niño está enfermo, dándole a éste cuidados especiales.

Los niños reaccionan queriendo perpetuar ciertas relaciones infantiles con su medio ambiente, que les ha dado una seguridad y una serie de satisfacciones durante la enfermedad.

La cuarta reacción habitual es la rebelión. Algunos niños reaccionan mostrándose resentidos y propensos a rebelarse. Culpan a los demás de su enfermedad y de su incapacidad. Esta reacción probablemente se relacione con la ansiedad respecto a la enfermedad considerada como castigo y, como mecanismo de compensación sirve para negar la presencia de temores.

Las reacciones del inválido crónico forman el quinto grupo, son el resultado de un exceso de cautela por parte -

de los padres, que continúan largo tiempo después de que ha ya dejado de tener sentido: la preocupación por efectos de la enfermedad.

Finalmente hay una serie de reacciones constructivas ante la enfermedad. Algunos niños responden a una situación difícil de una manera constructiva, y la enfermedad puede causar un mínimo de trastornos emotivos si se maneja bien la enfermedad y el niño se siente estable y goza de salud emotiva, la enfermedad puede constituirse en una experiencia constructiva. (39)

Así como en cualquier enfermedad, el trato de un niño epiléptico por parte de los padres pueden verse significativamente alterado debido a la ansiedad o culpabilidad, y producir una importante modificación de la conducta del niño o respuesta de rivalidad o de otro tipo en los hermanos. El hecho de que una enfermedad o trauma produzca en un niño un efecto nocivo sobre su adaptación o sobre el equilibrio familiar depende de:

1. El nivel de desarrollo del niño.
2. La capacidad adaptativa anterior del niño.
3. La naturaleza anterior de la relación padre-hijo.
4. Equilibrio familiar existente.
5. La naturaleza de la enfermedad o trauma.
6. El significado de la enfermedad para el niño y su familia.

7. La reacción ante la enfermedad de la sociedad. (40)

Bridge describió los sentimientos del niño acerca de su enfermedad; el niño se ve repentinamente poseído de un extraño sentimiento de muerte inminente. El mundo se hace negro, despierta cuando se encuentra en la cama rodeado de adultos excitados y agitados. Se siente desconcertado por la excitación, no se le dice nada y tiene la impresión de que no debe preguntar. El episodio nunca es mencionado, se le imponen restricciones en la dieta y el juego, los padres se muestran extraordinariamente solícitos, (47), omiten además los métodos habituales de su educación, le dan en sí -- una protección exagerada como "niño enfermo". (42)

No es rara la equivocada atención por parte de los padres especialmente de protección y solicitud excesivas.

Algunos padres creen que los niños epilépticos son más vulnerables a los riesgos de la vida cotidiana que otros y por consiguiente limitan las relaciones sociales y el juego, lo que estimula la dependencia y la conducta infantil.

Cuando las manifestaciones epilépticas persisten largo tiempo, el niño es a menudo rechazado por las dificultades que presenta su cuidado. Puede que reaccione ante el rechazo con sentimientos de culpabilidad y timidez o conducta sensitiva y antisocial. Esto se intensifica cuando es --

incapaz de asistir a la escuela o no es aceptado en la comunidad. Otros niños reaccionan ante el rechazo de los padres con hostilidad, agresividad y demandas incesantes de atención. (43)

Grunberg y Pond (1957) realizaron un estudio en el cual compararon 53 epilépticos, con un grupo de control similar sin estos trastornos.

La comparación reveló que solamente un ambiente desfavorable se asocia significativamente con trastornos de conducta, siendo lo más destacado la perturbada actitud de la madre hacia el hijo y los cambios familiares en los que se observan rupturas del vínculo parental en los primeros años del niño enfermo. Esto también lo destacan Schwade y Ceiger (1960), considerando también la posibilidad de que se produzca una situación circular anormal, en donde el manejo de un niño es muy difícil acrecienta la atención familiar, incrementando los sentimientos de culpa de los padres, la necesidad de proyectar y desplegar sus angustias, cosa que hacen entre ellos y hacia el niño, que se ve así más maltratado y menos entendido, haciéndose más difícil. (44)

Nauratel y Stozka (1954) sometieron a 100 madres de niños epilépticos y 100 madres de niños normales a un cuestionario de actitudes, con lo cual pudieron comprobar que las primeras se muestran claramente ansiosas, sobreprotectoras, con sentimientos de culpa y autoreproches. (45)

Los padres suelen informar que sus hijos epilépticos no tenían estos problemas antes, por lo que pueden ser explicados en parte, por la forma en que ellos y el medio del niño reaccionan ante su enfermedad.

Por todo lo mencionado anteriormente se debe hacer conciencia en los padres de que la sobreprotección limita el desarrollo del niño, por lo que deben evitarla en la relación con éste.

No hay necesidad de limitarle en sus relaciones sociales, no hay necesidad de que se le limite en el juego, hay que dejar que lleve una vida normal, educándole con las reglas establecidas en el hogar.

En caso de que el niño no esté bien controlado de los ataques, el médico será quien indique si se tiene que someter al niño a ciertas restricciones.

5. OTROS ASPECTOS EN LOS QUE SE LES RECHAZA

En la obtención del seguro de vida:

Muchas compañías imponen primas de seguro elevadas a aquellos pacientes que sufren de crisis convulsivas, bajo la creencia de que su esperanza de vida puede ser corta.

Servicio militar:

Se les excluye de hacer servicio militar.

Manejo de automóviles.

Un paciente que se encuentra fuera de control no debería manejar vehículos de motor, por el peligro de que durante esta actividad sufriera de una crisis epiléptica y -- consecuentemente pusiera en peligro su vida y/o la vida de otras personas. Sin embargo está bien reconocida el hecho de que un paciente bien controlado puede conducir un automóvil con cierto índice de seguridad. Siendo aún así recomendable que no sea ésta una actividad primaria, una que le -- obligue a la conducción cotidiana de vehículos de motor.

Matrimonio y la ley

En algunos países el sufrir epilepsia ha sido motivo de que legalmente se prohíba el matrimonio y supuesta y consecuentemente la reproducción. (46)

6. ASPECTO MEDICO

Función del médico:

- Explicar al paciente detalladamente en que consiste su enfermedad.

- Explicar a la familia que es la epilepsia, además hacerlo comprender los aspectos nocivos de sobreprotegerlo. (ésto se explica detalladamente en el aspecto familiar en este mismo capítulo).

- Proporcionar al paciente su receta para la obtención de su medicamento.

- Explicarle al paciente las normas de higiene que -

deberá seguir, en dado caso a sus padres si el paciente es de poca edad.

- Debe dejar en el paciente la responsabilidad de -- que sea él quien decida si sigue el tratamiento o no. Para ello debe informarle que podría sucederle en ambos casos.

La relación médico paciente es muy importante, si -- reina la confianza, el paciente respetará las reglas que -- han sido aconsejadas y tomará regularmente su medicamento. -- Pero si no es así y existe una relación fría, las cosas pue -- den funcionar mal, con resistencias por parte del paciente.
(47)

7. REACCION DEL PACIENTE ANTE SU EPILEPSIA

a) Reacción del niño deficiente mental:

Los niños deficientes mentales no se preocupan por -- los ataques, cuando éstos empiezan a edad muy temprana, los toman pasivamente y en la misma forma realista con que acep -- tan todos los fenómenos naturales, sin preocupación ni cu -- riosidad especiales.

b) Reacción del niño normal:

Cuando los ataques empiezan a una edad en la que -- el niño es capaz de razonar y de interesarse en conocer, y -- si el paciente tiene suficiente inteligencia para aprove -- char la experiencia de la vida, el conocimiento de que su -- fre ataques puede influir decididamente en sus actitudes y --

preocupaciones. Las convulsiones suelen ponerlo en una situación insólita en su casa y en la escuela. Aprende a temer que se presenten en público, o cuando está en clase o con sus compañeros. El niño cavila sobre la naturaleza de su enfermedad. Puede llegar a imaginarse distinto a los demás niños y evitar su compañía, además puede utilizar su enfermedad para obtener privilegios que si no fuera por sus ataques no le serían concedidos. (48)

La epilepsia como todas las enfermedades crónicas, crea problemas de adaptación afectiva. El niño se encuentra con muchas dificultades. Su valoración y aceptación de los ataques, la actitud que ante ellos observa la familia, el efecto que producen los accesos en su asistencia a clases, las repetidas visitas al consultorio médico, la constante medicación, la restricción de actividades a las que se ve sometido y a las cuales los demás niños pueden dedicarse, la sensación de ser "diferente" y ser tratado de manera distinta de los demás niños.

Todas estas dificultades le exigen al niño un proceso continuo de adaptación y readaptación más pesado que cualquier contingencia que acechan a los niños corrientes.

Debe tomarse en cuenta además, que los estallidos de enojo y otras acciones explosivas de ciertos niños epilépticos, que más que respuestas afectivas directas a la situación son accesos de descargas disrítmicas. Como el pacien-

te lo ignora, la mala acogida que dan los padres y la sociedad lo llenan de un tremendo sentimiento de culpa y ansiedad. (49)

Aunque parezca trivial el niño suele sentirse intriguado, ignorando lo que le ocurre. Lo llevan al médico, le dan remedios, no le permiten hacer ciertas cosas, ni practicar determinados juegos, sabe algo sobre ciertos ataques, ve que la vigilan con atención y ansiedad y advierte un sigilo que le hace sospechar que su mal, cualquiera que sea, tiene algo misterioso o de vergonzoso. Hay muchos niños epilépticos con esta idea, y se pasan la vida jugando al escondite con su enfermedad, la que no debe ser "descubierta" por nadie. (50)

Los otros niños actúan extrañamente hacia él, algunos lo insultan. Reacciona ante las burlas de sus condiscípulos haciéndoles frente y gritando u opta por la retirada en sí mismo. En uno u otro caso carece de la perspicacia y la confianza necesarias para adaptarse.

Los niños epilépticos experimentan sentimientos de desesperanza y resentimiento contra las actitudes de los demás hacia ellos. (51)

Las dificultades emocionales en el niño epiléptico surgen como resultado de la conciencia de ser diferentes de sus compañeros y de la necesidad de adaptar las esperanzas-

y ambiciones a las limitaciones impuestas por la enfermedad.

Gran parte de la conducta agresiva de los niños se ha atribuido a la reacción de rechazo por los padres y la sociedad. Los sentimientos de culpabilidad pueden producir conducta antisocial. La frustración o las demandas de atención han causado en algunos casos que los niños epilépticos simulen ataques difíciles de diferenciar de los verdaderos ataques tónico-clónicos.

Bradley divide las dificultades de la conducta asociadas con la epilepsia en dos grupos generales. El primero comprende dificultades que son expresiones de función cerebral desordenada asociada con lesión cerebral. El segundo grupo muestra síntomas que son expresiones de las reacciones del paciente hacia su enfermedad. Las reacciones del niño a su vez dependen de su personalidad y de las formas en que es tratada su enfermedad por quienes le rodean. Los trastornos de conducta secundarios son los que probablemente ocurren en cualquier enfermedad crónica. Además los factores que deben considerarse en la epilepsia, se encuentran la espectacular repentinidad e imprevisibilidad y el estigma atribuido a la enfermedad. (52)

c) Reacción del adolescente y el adulto:

En un estudio llevado a cabo con 160 epilépticos (serie del Dr. Edwards, del Hospital Royal Brisbane, 1974), el 58% consideró que su vida social había sido alterada por

el hecho de padecer epilepsia. (53)

La epilepsia puede hacer que el paciente se sienta - "diferente" de sus semejantes; hay deseo de olvidar que él es un epiléptico, y ésto a su vez al rechazo u omisión del tratamiento medicamentoso. De los 160 enfermos de la serie mencionada, el 18% estaban resentidos por tener epilepsia - pero se mostraban cooperativos, mientras que el 6% más tendía a rechazar la enfermedad y no se apegaban al tratamiento anticonvulsionante regular.

En un estudio reciente que se hizo para determinar - las perspectivas de la epilepsia según los pacientes, se entrevistaron adolescentes y adultos con epilepsia que atendían las clínicas de neurología del Hospital Universitario de Lagos. A pesar de que todos los pacientes declararon tener ataques recurrentes, el 39.9% no aceptaba el diagnóstico, sólo un 34.5% lo revelaba a otras personas.

La mayoría sentía que generalmente la gente teme a - la epilepsia y evita el contacto con pacientes epilépticos.

Gran parte de los enfermos no conocía las causas de - la epilepsia. Muchos categorizaron a los epilépticos en niveles más bajos que a los no epilépticos con referencia a - su contribución a la sociedad, capacidad de trabajo, temperamento y facilidad para hacer amigos; a pesar de que la mayoría pensaba que los epilépticos no eran enfermos incapaci

tados y tenían la misma inteligencia, ambición y capacidad educativa que los no epilépticos.

Un 50.4% pensaba que los epilépticos no deberían conducir vehículos de motor y un 19.7% que la epilepsia debería ser comunicada a las autoridades que proporcionan permisos de conducir. Un 62.4% estaba satisfecho con un solo -- tratamiento médico, mientras un 32.5% lo combinaban con "medicina nativa" o curación espiritual, en la iglesia. (54)

Los pacientes no se sienten estigmatizados de modo universal, el estigma nace en gran parte, de la discriminación en el empleo, de las limitaciones impuestos por el proceso y el grado de escolaridad alcanzado. (55)

En otro estudio reciente llevado a cabo con el test del W.P.S.I. (Washington Psychosocial Seizure Inventory) realizado con pacientes epilépticos (de 16 o más años, sexo masculino y femenino, con cualquier tipo de crisis y sin importar la edad de inicio de éstas), llevado a cabo en diferentes ciudades de EE.UU., se vio que existen problemas emocionales principalmente, siguiendo en orden de importancia los siguientes: interpersonales, vocacionales y financieros como también dificultades para controlar los ataques.

En una muestra especial en que se seleccionó a pacientes con epilepsia parcial compleja, con nivel educacional, inteligencia y nivel socioeconómico más alto que los -

pacientes mencionados anteriormente, se vio que existen menos problemas vocacionales y financieros, siendo semejantes en los otros aspectos.

Este mismo estudio fue realizado en diferentes países; Canadá, Finlandia, República Democrática Alemana. Encontrándose semejanzas en las preocupaciones psicosociales, principalmente las emocionales y preocupaciones relacionadas con la adaptación a los ataques. (56)

CAPITULO V

LA PERSONALIDAD Y LA EPILEPSIA

1. HISTORIA DESCRIPTIVA DE RASGOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON EPILEPSIA.

Muchos autores han descrito rasgos característicos en el paciente epiléptico, otros llegaron a pensar en una personalidad común.

Krapelin en 1904 nos dice "los cambios más espectaculares que implica la epilepsia se realizan en el sector emocional, casi siempre se produce un aumento de la irritabilidad, que puede estar presente de manera constante en cierto grado".

Gruhle en 1930, afirma que el epiléptico tiene una -- comprensión lenta y que le cuesta gran trabajo expresarse, -- que emplea mucho tiempo en llegar al tema, utilizando gran número de expresiones corteses. Asegura que es excesivamente explosivo, pedante y vengativo. (57)

Bridge. (1949) en una clínica de epilepsia de Baltimore, observó que de 742 niños epilépticos, 65 (9%) presentaban serios trastornos de personalidad y 279 (37%) presentaban trastornos que podían considerarse como moderados. -- La sintomatología observada en esos 65 niños comprende manifestaciones francas de inseguridad, miedo, vergüenza, sensibilidad exagerada, inconsistencias, antagonismo frente a --

los padres, rabietas, destructividad, peleas, delincuencia en la esfera sexual y otros tipos de delitos.

Henderson (1953) señala que el 12% de epilépticos de edad escolar, presenta trastornos emocionales y mala conducta.

Para Knobel (1962), en la epilepsia temporal de la infancia, el componente conductual está seriamente perturbado. (58)

La impulsividad, la agresividad, la hostilidad, aparentemente inmotivadas y sin sentido, de carácter muchas veces paroxístico, están asociadas a manifestaciones neurológicas con ocasionales trastornos de la conciencia, con extrema susceptibilidad que hace el manejo de estos niños muy difícil, agregando la desconfianza en sí mismos y en los demás y el sentimiento de vergüenza que sienten por sus crisis, que aprenden a reconocer y a temer.

Así, los mecanismos psíquicos de la formación reactiva actúan y determinan rasgos de personalidad de la esfera esquizoidea y paranoidea con gran agresividad directa a un retraimiento hostil tipo autismo. (59)

2. LEYENDA DE LA PERSONALIDAD EPILEPTICA

¿Existe una personalidad común en los pacientes epilépticos? Aquellos autores que insisten en que existe un conjunto de rasgos comunes, identifican los siguientes;

Lentitud de reacciones, perseveración, actitudes emocionales rígidas, falta de respuestas a factores externos, -centramiento en sí mismos, hipocondría y opiniones fijas, -especialmente con respecto a cuestiones religiosas. (60)

La leyenda de la personalidad epiléptica la propagó principalmente Clarck, entre los años de 1914 y 1933.

Clarck trabajaba en la colonia Craig de Soneya, estado de Nueva York, buscando una interpretación genético-dinámica de la epilepsia. Clarck advirtió en los años internados, pacientes atacados por diversas formas de epilepsia -- que no podían lograr su adaptación fuera de un establecimiento de salud mental, ciertas características comunes que atribuyó a "una aptitud primaria defectuosa". Le impresionó mucho su carácter egocéntrico y supersensitivo, su marcada pobreza y rigidez afectiva.

Cree que esas características existían antes del -- primer ataque, aunque no tan notorias, y que no derivaban -- de la enfermedad. Estas ideas fueron recogidas por otros -- autores y fue Robin el que se dio a la tarea de realizar -- una adjetivización descriptiva y condenatoria. (61)

3. INVESTIGACIONES QUE DESCARTAN LA POSIBILIDAD DE LA PERSONALIDAD EPILEPTICA.

La mayoría de los autores están de acuerdo en que los -- epilépticos no institucionalizados, como grupo no presentan

rasgos característicos. Los tipos y alteraciones de la personalidad que presentan, muestran la amplia gama general observable en el resto de la población. (62)

Mucho se ha dicho y escrito sobre la formación de la personalidad de los epilépticos. Los rasgos de carácter y desarreglos de conducta que se encuentran deben ser considerados desde diversos puntos de vista, en lugar de atribuirlos con demasiada rapidez exclusivamente, a los procesos morbosos o a las tendencias innatas. No debe olvidarse que tanto el niño como la familia pueden reaccionar de una u otra manera ante la enfermedad, lo que tal vez hará incursiones especiales en la formación de la personalidad del paciente y además, la insuficiencia intelectual, donde quiera que se encuentre, quizá sea la causa de ciertas formas de conducta. (63)

Los investigadores actuales de la epilepsia tienden a desechar el concepto de la personalidad epiléptica.

Durante un tiempo se tuvo la impresión de que los informes sobre los estudios de las reacciones de Rorschach de los pacientes respaldaban la idea de la personalidad epiléptica fija. Estas reacciones que Stauder analizó con gran constancia se caracterizan por su marcada perseveración (repetición de uniformidad innata). Sin embargo, Guirdham, -- que sometió ciento treinta y dos pacientes epilépticos al test de Rorschach, no encontró esa uniformidad. Harrowen -

Erickson, en un estudio que realizó con dieciocho epilépticos tomando en cuenta el aspecto intelectual, el situacional concluye que sus personalidades son totalmente diferentes.

4. OPINION DE LENNOX ACERCA DE LA PERSONALIDAD EPILEPTICA

Lennox que posee gran experiencia en la materia de epilepsia afirma:

Con respecto al 90% de los pacientes que no asisten a establecimientos sanitarios, puede decirse lo siguiente:

1. La mayoría de los pacientes no presenta pruebas evidentes de poseer una personalidad peculiar, ni de observar una conducta insólita, o si las presentan no son mayores que las de cualquier grupo de gente común.
2. En la minoría que las presenta, esas peculiaridades derivan en su mayor parte del estado creado por los ataques, del estado patológico paralelo del cerebro, de la declinación mental, de la acción de drogas sedantes o la influencia del ostracismo.
3. Una minoría muy reducida de pacientes mostraba rasgos peculiares de personalidad antes de haberse iniciado los ataques. Estos casos posiblemente pueden ser considerados hereditarios y relacionados con la tendencia a accesos o con disritmia cerebral hereditaria.
4. En muchos casos los rasgos peculiares son manifestacio--

nes de disritmia cerebral, el mal comportamiento es un -
ataque.

5. Si se comprobara en futuras investigaciones que en perso-
nas que presentan trastornos de la personalidad existen-
muchos que padecen también distorsiones de las ondas ce-
rebrales habría que inferir que la epilepsia que es una
disritmia cerebral, está íntima y totalmente relacionada
con el problema de los desarreglos de la personalidad y
la conducta. (64)

5. PRINCIPALES TIPOS DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS ENCONTRADOS EN PACIENTES EPILEPTICOS

Hay poca evidencia de un patrón de personalidad común a
todas las personas con epilepsia, sin embargo, la mayoría -
de los investigadores están de acuerdo en que hay una mayor
incidencia de problemas neuróticos y alteraciones del carác-
ter entre los epilépticos y, por lo general, se cree que es-
to se debe a factores ambientales como la ansiedad por te-
ner un ataque, acerca de las consecuencias sociales y res-
pecto a sí deben revelar el problema. (65)

Una reciente investigación llevada a cabo por Rodin
y colaboradores en 1977, nos informa que aproximadamente el
50% de las personas experimentan francas dificultades psico-
lógicas y sociales.

Lo más incapacitante no son los ataques sino los --

problemas psicosociales asociados.

Los diversos estudios están de acuerdo acerca de los principales tipos de trastornos encontrados:

- 1) Un cuadro neurótico con ansiedad, depresión, temores e inhibición.
2. Agresión con berrinches y conducta antisocial.
3. Conducta hiperactiva e hiperkinética.
4. Defecto mental

Se ha sugerido una teoría de interacción para explicar los trastornos de la conducta, en donde la personalidad previa al ataque, la edad de inicio, la reacción del ambiente a éstos y la reacción de la propia persona a todo ello, realizan una interacción que dará lugar a determinado tipo de conducta. (66)

CAPITULO VI

ASPECTOS DE SANIDAD PUBLICA

GRUPO INTERNACIONAL CONTRA LA EPILEPSIA

Hace 30 años, el movimiento contra la epilepsia consistía únicamente de los esfuerzos de particulares o de pequeños grupos dispersos en países de todo el mundo.

Tenían poco contacto entre sí, no había medios para un intercambio sistemático de información o para el desarrollo de un ataque coordinado a los problemas médicos o sociales de los afectados.

Ahora contamos con grupos nacionales e internacionales, bien organizados, a nuestro alcance para desarrollar un programa mundialmente coordinado para atacar la epilepsia en todos los aspectos.

Estos procesos han sido alcanzados en gran parte, -- gracias a los esfuerzos de Ellen Grass y Lennox. (70)

Este grupo a nivel internacional se conoce con el nombre de Liga Internacional contra la Epilepsia.

México pertenece a este grupo. La campaña mexicana de la Liga Internacional contra la Epilepsia (CAMELICE), -- realiza actividades que promueven en el público el conocimiento de este padecimiento.

En 1985, "CAMELICE" realizó una campaña nacional de-

concientización al público sobre epilepsia.

Esta campaña comprendió los siguientes aspectos: el aspecto clínico, intelectual, escolar, laboral, matrimonio, causas, manejo de automóviles, refresco de cola y café no hay necesidad de restringirse. Indispensable no se desvelen y medicamento constante. (71)

CAPITULO VII

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

SUMARIO

Realizar una recopilación de datos que nos de un panorama amplio sobre el rechazo social a que es sujeto el paciente epiléptico, revisando la actitud social y la actitud familiar ante este tipo de pacientes. Como también los trastornos psicológicos en estos pacientes.

RESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS

- Investigar la reacción social ante el paciente epiléptico.
- Investigar la actitud familiar ante el paciente epiléptico.
- Investigar si el paciente epiléptico presenta desajuste personal.

CONCLUSIONES

Desde tiempo atrás el paciente epiléptico al no tenerse control de sus ataques, muy probablemente sufría de declinación mental. Razón por la cual eran reclusos en hospitales psiquiátricos.

De aquí probablemente sea el origen del concepto de que la epilepsia es un caso de locura y deficiencia mental.

Conceptos que aún en nuestros días son motivo de rechazo social en algunos casos.

"Un 26% de personas sigue considerando la epilepsia como un caso de locura".

"En muchos casos Bagley encontró que la escuela subestima el nivel de inteligencia del niño, cuando su lectura y/o aritmética están retrasadas. A pesar de que la inteligencia sea normal.

El visualizar un ataque epiléptico causa temor y angustia en las personas.

Las amistades optan por la retirada. "En Nigeria el público rechazó a estos pacientes en la amistad, empleo, relación matrimonial y acomodación residencial".

"La actitud común en los maestros, es el rechazar a personas que padecen epilepsia. Basándose en las dificultades que los niños afectados producirían en el grupo".

"Las madres no los aceptan como compañeros de la escuela de sus hijos".

"Los mismos pacientes sienten que la gente teme a la epilepsia y evita el contacto con ellos".

En la empresa se les rechaza por el temor de que la persona epiléptica tenga un gran número de inasistencias -- por consultas médicas.

Todos estos datos nos comprueban que en realidad - -

existe una actitud de rechazo social ante el paciente epiléptico.

La actitud de la familia oscila entre sobreprotección y rechazo, y en raros casos normal.

"En un estudio de 100 madres con niños epilépticos, se comprobó la actitud claramente ansiosa de éstas y la conducta sobreprotectora".

"Cuando las manifestaciones epilépticas persisten -- largo tiempo, es rechazado por las dificultades que presenta su cuidado".

Con ello se comprueba que la actitud familiar se desvía de su curso normal.

Conociéndose las circunstancias que rodean al paciente epiléptico, es de esperarse que éste presente trastornos psicológicos.

En el estudio realizado por Rodin y colaboradores -- nos informa que aproximadamente el 50% de personas epilépticas que buscan atención médica de especialistas, experimentan francas dificultades psicológicas y sociales.

Este estudio fue realizado en EE. UU., Canadá, Finlandia, República Democrática Alemana, encontrándose problemas psicosociales de igual magnitud.

Los principales tipos de trastornos encontrados son:

1. Cuadro neurótico con ansiedad, depresión, temores e inhibición.
2. Agresión con berrinches y conducta antisocial.
3. Conducta hiperactiva e hipercinética.
4. Defecto mental.

Con ello se corrobora que el paciente epiléptico presenta trastornos psicológicos.

En las tres preguntas de estudio puede decirse que se ha dado una respuesta afirmativa, pero cabe agregar que no se generaliza a todos los casos.

Lo que sí nos comprueba es que en la actualidad aún quedan ideas erróneas sobre epilepsia que deben ser aclarados.

Es necesaria una tarea ardua en la que se informe al público, al paciente mismo y a sus familiares sobre una idea clara acerca de la epilepsia, con ello se evitará por parte del público que se escandalice ante ésta y el rechazo al paciente, por parte del paciente se logrará que no sienta vergüenza padecerla, en la familia se logrará que traten y vean al paciente como una persona normal.

La información al público debe consistir en enseñarle en que consiste la epilepsia, en hacerles saber que el paciente es una persona de inteligencia normal, por lo que-

su rendimiento escolar y laboral es igual al de cualquier persona. Como también que un paciente epiléptico controlado no asiste frecuentemente al médico.

Al paciente debe explicársele de acuerdo a su edad, en qué consiste la epilepsia, así como su fisiopatogenia y etiología y además las ventajas y desventajas de verse sometido a un tratamiento médico. Para lograr la cooperación total del paciente al tratamiento. Ello logrará librarle de la angustia que siempre implica lo desconocido del padecimiento que le aflige.

A los padres de una manera adecuada a su capacidad de comprensión debe explicárseles el tipo de epilepsia del familiar afectado y sobre todo hacerles énfasis en que deben tratar a la persona epiléptica como a una persona normal, dándoles a conocer los aspectos nocivos si ésto no ocurre así.

SUGERENCIAS

Propongo que el Sector Salud extienda sus programas de tal forma que los mismos lleguen en forma más directa a toda la población.

- Instruyendo a los maestros en esta materia.
- Programando en las escuelas conferencias con padres de familia en general, no solamente con los papás de quienes padecen la enfermedad.
- Programando sesiones de médicos generales en instituciones de Salud Pública y especialistas para concientizarles de la necesidad de ampliar los conocimientos de los pacientes acerca de su enfermedad.
- Sugiero también que se acompañe al neurólogo con otros miembros del equipo de salud como lo son la Trabajadora Social, para que se encargue de explicar a los familiares la necesidad de que el paciente lleve una vida normal. Se investigue en el paciente mismo si emocionalmente está afectado por el padecimiento, para en caso de que lo esté sea remitido al Psicólogo.
- Sugiero que se formen grupos de epilépticos anónimos (E.A) como recurso de ventilación de sus angustias y experiencias ante su padecimiento y situación social.

GLOSARIO DE TERMINOS

Descarga Neuronal: Liberación de energía por la -- cual se manifiestan las propiedades de la célula nerviosa.

Disritmia cerebral: la presencia de ondulaciones cerebrales anormales en el electroencefalograma.

Electroencefalografía: Método de exploración del -- funcionamiento cerebral que se basa en el estudio del registro gráfico de los fenómenos eléctricos que tienen lugar en el encéfalo, especialmente en la corteza cerebral. Estos fenómenos eléctricos consisten en oscilaciones de potencial -- que, en condiciones basales y de reposo psicosenso**ri**al, tienen un ritmo relativamente uniforme y constante, pero que -- se modifican con la actividad sensorial y ciertos estados -- morbosos.

Electrofisiología: Estudia los fenómenos eléctricos en el cuerpo humano, incluyendo las corrientes eléctricas -- que se generan en los músculos en trabajo y en el corazón -- (corrientes de acción) y los efectos sobre el cuerpo de la -- electricidad aplicada sobre él.

Egocéntrico: Se refiere a la persona que está cen-- trada en sí misma preocupada por sus propias necesidades y --

sin interés por los demás.

Epilepsia: Fenómeno paroxístico repetitivo y transitorio, secundario a una descarga hipersincrónica neuronal - con manifestaciones clínicas variables.

Estigma: Cualquier peculiaridad natural del cuerpo de un individuo determinado, que se considera como signo de degeneración.

Foco: Centro principal de un proceso morboso.

Formación reactiva: La evolución de algún rasgo de carácter, diametralmente opuesto a un rasgo originario, que frena, oculta y reprime los impulsos o componentes parciales de la sexualidad infantil.

Ictal: Véase Ictus.

Ictus: Ataque, convulsión.

Minusvalfa: Sentimiento de inferioridad.

Ostracismo: Exclusión voluntaria o forzosa de los -
oficios públicos.

Paroxístico: Máxima intensidad de un acceso, ataque o de los síntomas de una enfermedad./ Exacerbación súbita.

Personalidad: Configuración habitual de la conducta de una persona, que refleja sus actividades físicas y mentales, sus actitudes e intereses y corresponde a la suma total de su adaptación a la vida.

Prejuicio: Juicio adverso u opinión formada sin conocimiento de los hechos. Incluye a menudo elementos de -- sospecha y aversión irracional.

Polígrafo: Aparato para registrar simultáneamente -- cierto número de actividades fisiológicas. Es empleado en la investigación de las emociones y en los detectores de -- mentiras.

Regresión: El retorno a modos de sentir, pensar y -- conducta primitivos o infantiles.

Proyectar: Véase proyección.

Proyección: Mecanismo de defensa inconciente por el cual una persona atribuye a otra idea, pensamientos, sentimientos e impulsos que forman parte de sus percepciones internas, pero que son inaceptables para él.

Sincrónica: Ocurrencia de dos o más fenómenos o actos al mismo tiempo.

Superstición: Creencia o práctica en que se manifiesta la disposición o tendencia a atribuir a cosas sobrenaturales u ocultas fenómenos que admiten una explicación natural.

Tabú: Cualquier prohibición supersticiosa o fundada en prejuicios irracionales.

Umbral: (absoluto) Límite menor posible de perceptibilidad de una sensación.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

1. Delgadillo Judith, Ibañez Lucía - "La prueba de Raven en el paciente epiléptico" - Tesis de Psicología de la Universidad Autónoma de Guadalajara, Guadalajara, Jal. 1981 pág. 6.
2. Trimble, Birdwood, Russell - "Temas de actualidad sobre - Epilepsia" - México, Geigy, 1982. Pág. 3.
3. Trimble, Birdwood, Russell, Op. cit 2, pág. 4.
4. Trimble, Birdwood, Russell. Op cit 2, pág. 5.
5. Delgadillo Judith, Ibañez Lucía. Op cit 1, pág. 7
6. Trimble, Birdwood, Russell, Op cit 2, pág. 5
7. Gastaut Henry, Ataques Epilépticos, Barcelona, Ediciones Toray, pág. 1.
8. Donadiu Francisco - "Epilepsia"- México, Tegretol Geigy, 1981, pág. 10
9. Gastaut Henry, Op cit 7, pág. 2.
10. Houston, Merrit - "Tratado de Neurología"- Barcelona, - Salvat, 1977, pág. 602.
11. Donadiu Francisco, Op cit 8, pág. 12.
12. "Epilepsia", Agosto de 1985, vol. 24, No. 2, pág. 227.

13. Shutherland - "Epilepsias, Diagnóstico y Tratamiento"- México, Manual Moderno, 1977. pág. 2.
- 14 Shutherland, Op cit, pág. 3
15. Donadiu Francisco, Op cit B, pág. 56.
16. Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, A.C. --- "Congreso Nacional de Neurociencias y Salud Mental" Guanajuato, Gto. Ciba Geigy, 1989. pág. 127.
17. Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, Op. cit. 16, pág. 128.
18. Houston Merrit, Op. cit 10, pág. 602.
19. Rosemar y Shakepeare - "La psicología de la invalidez", México, Edit. C.E.C.S.A., pág. 94.
20. "Epilepsia", Septiembre de 1984, Vol. 25, No. 7, pág. - 759.
21. Donadiu Francisco, Op cit 8, pág. 56.
22. Epilepsia, junio de 1984, Vol. 25 No. 3, pág. 337.
23. Donadiu Francisco, Op cit 8, pág. 56.
24. Cruisckshank William - "Psicología de los niños y jóvenes marginados" - Edit. Pretice/Hall Internacional, --- pág. 482.

25. Kanner Leo - "Psiquiatria Infantil"- Buenos Aires, Edit. Paidós-Psiqué, 1971, pág. 330.
26. Harry Bakwin/Ruth Morris Bakwin, "Desarrollo Psicológico del niño, normal y patológicos"-, México, Edit. Interamericana, 1974, pág. 141.
27. Rosemae Shakespeare, Op cit 19, pág. 94.
28. Kanner Leo, Op cit 25, pág. 344.
29. Rosemar y Shakespeare, Op cit 19, pág. 94.
30. Epilepsia, Vol. 27, No. 6, 1986, pág. 759.
31. Rosemar y Shakespeare, Op cit 19, pág. 143.
32. Raymond D. Adams. Maurice Victor, Principios de neurología, edit. Reverte, S.A.: pág. 182.
33. Harry Bakwin, Op cit 26, pág. 187.
34. Harry Bakwin, Op cit 26, pág. 189.
35. Harry Bakwin, Op cit 26, pág. 190.
36. Harry Bakwin, Op cit 26, pág. 191.
37. Cruisckshank William, Op cit 24, pág. 482.
38. Cruisckshank William, Op cit 24, pág. 483.
39. Cruisckshank William, Op cit 24, pág. 484.

40. Friedman Alfred, Kaplan Arold, Sadock Benjamin - "Compendio de Psiquiatria" - Barcelona, edit. Salvat, 1975. pág. 663.
41. Harry Bakwin, Op cit 26, pág. 141.
42. Kanner Leo, Op cit 25, pág. 333.
43. Harry Bakwin, Op cit 26, pág. 243.
44. Kanner Leo, Op cit 25, pág. 185.
45. Kanner Leo, Op cit 25, pág. 186.
46. Donadio Francisco, Op cit 8, pág. 57.
47. Rogers y Gastaut - "Nuevos aspectos de una dolencia ancestral" - Geigy, pág. 3.
48. Kanner Leo, Op cit 25, pág. 332.
49. Kanner Leo, Op cit 25, pág. 337.
50. Kanner Leo, Op cit 25, pág. 344.
51. Harry Bakwin, Op cit 26, pág. 141.
52. Harry Bakwin, Op cit 26, pág. 142.
53. Harry Bakwin, Op cit 26, pág. 143.
54. Epilepsia, abril de 1984, Vol. 25, No. 2 pág. 190.
55. Epilepsia, agosto de 1980, Vol. 21, No. 4, pág. 448.

56. Epilepsia, Agosto de 1980, Vol. 21, No. 4, pág. 449.
57. Delgadillo Judith, Op cit 1, pág. 9.
58. Friedman Alfred, Op cit 40, pág. 182.
59. Friedman Alfred, Op cit 40, pág. 183.
60. Friedman Alfred, Op cit 40, pág. 333.
61. Kanner Leo, Op cit 25, pág. 333.
62. Friedman Alfred, Op cit 40, pág. 333.
63. Kanner Leo, Op cit 25, pág. 332.
64. Kanner Leo, Op cit 25, pág. 334.
65. Rosemar y Shakespeare, Op cit 19, pág. 104.
66. Rosemar y Shakespeare, Op cit 19, pág. 105.
67. Rogers y Gastaut, Op cit 47, pág. 3.
68. Trimble, Birdwood, Rusell; op cit 2, pág. 128.
69. Trimble, Birdwood, Rusell; Op cit 2, pág. 129.
70. Kanner Leo, Op cit. 25, pág. 344.
71. Dr. Gómez Plascencia Jesús, Centro Médico Pediátrico, -
I.M.S.S., Guadalajara, 1988.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

B I B L I O G R A F I A

1. Bakwin, Harry/Morris, Bakwin Ruth.- "Desarrollo Psicológico del niño normal y patológico". México, Ed. Interamericana, 1974.
2. Cruickshank, William.- "Psicología de los niños y jóvenes marginados".
3. Donadio, Francisco.- "Epilepsia".- México, Camelice; Tegreto, Geigy; 1981.
4. Delgadillo Judith, Ibañez Lucía.- "La prueba del Raven - en el paciente Epiléptico".- Tesis Psicológica de la Universidad Autónoma de Guadalajara.- Guadalajara, Jal.1981.
5. Friedman, Alfred; Kaplan, Arold; Sadock, Benjamin.- "Compendio de Psiquiatría".- Barcelona, Ed. Salvat, 1975.
6. Gastaut, Henry.- Ataques Epilépticos.- Barcelona, Ed. Toray.
7. Dr. Gómez, Plascencia, Jesús. Centro Médico Pediátrico, I.M.S.S., 1988.
8. Knobel, Mauricio.- Psiquiatría infantil-psicodinámica.- Buenos, Aires; Ed. Paidós.
10. Kanner, Leo.- "Psiquiatría Infantil".- Buenos Aires, Ed. Paidós-Psique, 1971.

11. Rogers y Gataut.- "Nuevos aspectos de una dolencia ancestral". - Documentos Geigy.
12. Rosemary, Shakespeare.- "La Psicología de la invalidez" Continental, México, 1979.
13. Shutherland, J.M., Tait, Eadie.- "Epilepsia Diagnóstico y Tratamiento". México, El Manual Moderno, 1977.
14. Trimble, Birdwood; Russell.- "Temas de actualidad sobre epilepsia". México, Geigy, 1982.
15. Revista de Epilepsia, New York, 1980. Vol. 21 No. 4.
16. Revista de Epilepsia, New York, 1984. Vol. 25 No. 2.
17. Revista de Epilepsia, New York, 1984. Vol. 25 No. 3.
18. Revista de Epilepsia, New York, 1986, Vol. 27 No. 6.
19. Epilepsia Internacional.- Boletín Informativo, Laboratorios Amstrong de México, S.A. de C.V.
20. La Epilepsia en la actualidad, guías de tratamiento. -- Electroencefalografía, Geigy, Libro No. 15. Donadiu.
21. Conceptos de Epilepsia, Programa Prioritario de Epilepsia Laboratorios Amstrong de México, S.A. de C.V. 1980.
22. Apuntes de Epilepsia.