

# Factores que modulan el ajuste personal y social del paciente epiléptico

## *Factors that modulate the personal and social adjustment of the epileptic patient*

Gladys A. Rojas Sánchez<sup>1</sup>

### RESUMEN

Se realiza un análisis en los planos teóricos e investigativos de los factores que influyen en el logro del ajuste personal del paciente con epilepsia y la necesidad de abordar el estudio y la atención de estos pacientes de una manera integral considerando los aspectos relacionados con la biología de la enfermedad, los factores medicamentosos y las características de su desarrollo psicológico en relación con lo anterior, poniendo un énfasis particular en el desarrollo de los procesos cognitivos y afectivos. El ambiente escolar, familiar y social se abordan para comprender la complejidad del problema que se analiza. El objetivo principal fue ofrecer una visión integradora del abordaje de la epilepsia desde la perspectiva de la psicología de la salud, llamando la atención de médicos generales, neurólogos, psicólogos y otros especialistas que se integran a la atención del paciente con epilepsia sobre la necesidad de desechar viejos esquemas y trabajar con verdaderas pautas de recuperación e integración social.

**Palabras clave:** Epilepsia; Psicología de la salud; Ajuste personal y psicosocial.

### ABSTRACT

*An analysis of research and theoretical levels was done about the factors that influence the management of the personal adjustment of the patient who suffers from epilepsy. The author makes reference to the need of dealing with the study and care of these patients in a comprehensive way considering the related aspects with the biology of the disease, medication issues, the characteristics of the psychological development in relation with what was previously stated and pointing out the affective and cognitive processes. The scholar, social and family environment were stated to understand the problem. The main purpose was to offer an integral vision of epilepsy from the perspective of health psychology, calling the attention from other professionals like doctors, neurologists, psychologists and other specialists who are in contact with patients with epilepsy in order to change old schemes and to work with real patterns of recovery and social integration.*

**Key words:** Epilepsy; Health psychology; Personal and psycho-social adjustment.

## INTRODUCCIÓN

La historia de la conceptualización de la salud muestra los sustanciales cambios que en ella se han operado. El siglo XX fue testigo de muchos de ellos concernientes a la noción de salud, de modo que ésta ha dejado de ser concebida como la mera ausencia de enfermedad para definirse como el completo estado de bienestar físico, psicológico y social (Organización Mundial de la Salud, 1978).

---

<sup>1</sup> Facultad de Ciencias Médicas Dr. Faustino Pérez Hernández, Circunvalante Norte s/n, Sancti Spíritus, Cuba, correo electrónico: gladysr@fcm.ssp.sld.cu. Artículo recibido el 8 de enero y aceptado el 23 de mayo de 2009.

En el citado siglo, las características y el modo de desarrollar los conocimientos y las actividades en el ámbito de las ciencias de la salud experimentaron asimismo importantes cambios. El reconocimiento del modelo biopsicosocial que siguió al viejo modelo biomédico, la nueva conceptualización del proceso de salud-enfermedad, el creciente conocimiento de la influencia de los factores psicosociales en este proceso, la transición en los perfiles epidemiológicos, el desarrollo de los conceptos de calidad de vida y de bienestar psicológico y su importancia en las tareas de salud, la caracterización de la atención primaria de salud como escenario fundamental para el desarrollo de acciones de salud y el trabajo en equipos, son hechos que han condicionado la inclusión de las ciencias sociales en una nueva forma de pensar el campo de la salud (Grau y Hernández, 2005).

La psicología de la salud surge en los años setenta como un campo de abordaje del problema de la salud y la enfermedad, y tal vez por la necesidad de dar respuesta a muchos de los problemas de la salud pública contemporánea.

Varios autores coinciden en plantear que el desarrollo de la psicología de la salud ha sido esencialmente el resultado de las controversias con el modelo biomédico tradicional y sus limitaciones en la práctica actual en salud, el fracaso de los sistemas sanitarios por una concepción restrictiva y descontextualizadora de la salud, y la posibilidad de comprender cómo algunas variables sociales y psicológicas median los problemas de salud, ya sea como factores desencadenantes, facilitadores o moduladores del proceso de salud-enfermedad.

Los cambios operados en los cuadros de salud reflejan nuevas rutas en la preocupación sanitaria, por lo que la atención se ha desplazado hacia las enfermedades crónicas, y se destaca cada vez más la importancia del estrés emocional, los estilos de vida y las variables socioambientales en la determinación de la salud y la enfermedad.

La hipertensión arterial, las enfermedades coronarias, la diabetes mellitus y otros trastornos endocrinos tienen en la actualidad un campo obligado para su investigación en la psicología de la salud, y el interés para evaluar y tratar los componentes psicosociales en otros importantes grupos de enfermedades no transmisibles es cada vez mayor.

La epilepsia es una entidad que, pese a no tener una alta incidencia en la población mundial, constituye un problema de salud que interesa a un número creciente de profesionales. Probablemente la estigmatización de la enfermedad como un “mal diabólico” o como una “posesión de seres sagrados” fue lo que despertó este interés, que se mantiene hasta hoy. Así, las formas en que la epilepsia se presenta y la indudable influencia que ejerce sobre el funcionamiento psicológico del paciente y su comportamiento y adaptación social son hechos que llaman poderosamente la atención de los epileptólogos y otros profesionales que intentan adentrarse en su conocimiento.

Cuba fue admitida en 1987 en la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE). Muchos años de intenso quehacer científico investigativo y un considerable cúmulo de experiencias fueron las credenciales que avalaron el ingreso a esta importante asociación. Ya desde antes, instituciones reconocidas de nuestro país habían desempeñado un papel decisivo en las investigaciones que se desarrollan en el campo de la epileptología.

En 1997, la Organización Mundial de la Salud lanzó una campaña global con el título de “Usted puede contribuir a sacar la epilepsia de las sombras”. Esta idea hace evidente la intención de modificar los conceptos, las creencias y, en definitiva, los estigmas que subsisten en la población acerca de la afección; tanto es así que en el desarrollo de la campaña no solo participan los profesionales de la salud que tienen que ver con su atención (ILAE), sino también las personas que padecen la enfermedad, como el Buró Internacional para la Epilepsia (IBE). La campaña ya ha tenido un considerable impacto en los médicos y en la sociedad en general, pero aún persisten problemas sobre los que hay continuar trabajando.

En Cuba se ha ofrecido capacitación a los profesionales de la salud, lográndose en cierta medida algunos cambios en la comprensión, la orientación y el abordaje psicosocial de la epilepsia, y asimismo se han ejecutado acciones y programas a través de los medios masivos de comunicación para informar a la población sobre el problema. Sin embargo, se sabe que el abordaje médico de la enfermedad no sigue una norma metodológica, que la consideración de los elementos psicosociales

no siempre está presente en las consultas diagnósticas y de seguimiento, y que de algún modo se manifiestan formas solapadas o evidentes de rechazo social hacia los epilépticos (Fabelo, 2004).

En todo el mundo, además de las investigaciones clínicas y epidemiológicas, se han desarrollado infinidad de estudios en el terreno de la psicología, psicopatología, neuropsicología, psicodiagnóstico y psicoterapia del epiléptico. Se destacan con gran fuerza aquellas que abordan el estu-

dio de las funciones cognitivas del paciente, teniendo en cuenta los múltiples factores que a ellas pueden asociarse, donde se ha llegado a importantes conclusiones.

Se ha investigado ampliamente la aparición de alteraciones psíquicas en los pacientes con epilepsia, y en resumen parece estar vinculada a los tres grupos de factores de riesgo que se muestran en la Tabla 1 (Fabelo, 2004).

**Tabla 1.** Grupos de factores de riesgo.

<b>Factores neurobiológicos</b>	Edad de inicio de las crisis y su duración
	Tipos de ataques y su control
	Características electroencefalográficas
	Presencia de daño cerebral
	Metabolismos cerebrales y neurotransmisores
<b>Factores psicosociales</b>	Temor a las crisis
	Adaptación a las crisis
	Calidad de vida
	Problemas financieros
	Redes de apoyo social
<b>Factores medicamentosos</b>	Politerapia anticonvulsivante
	Tratamiento con barbitúricos
	Déficit de folatos
	Efecto hormonal

Los llamados factores neurobiológicos tienen un importante papel en el desarrollo psicológico y social de los pacientes, pues son variables que, concommitando con la enfermedad, modifican el funcionamiento neurocognitivo y el desenvolvimiento y la adaptabilidad a las condiciones socioambientales. Así, por ejemplo, se conoce que el debut de la enfermedad en edades tempranas interfiere y entorpece el desarrollo psíquico y en particular el intelectual, pero si se trata de crisis generalizadas y de elevada frecuencia, y si obedecen a un daño cerebral de base, las posibilidades de deterioro son considerables. Es por ello que las investigaciones sobre el funcionamiento cognitivo y psicosocial consideran con la mayor precisión posible el comportamiento de dichos factores.

Los elementos psicosociales que se asocian al padecimiento dependen de la situación concreta de cada paciente y de las características de su entorno más cercano, de modo que si recibió una educación adecuada y una preparación para el control y adaptación a las crisis, y además su contexto familiar y social se desempeñan como una

fuerza de apoyo y seguridad, el paciente puede experimentar un bienestar psicológico que propicia a su vez el control de las crisis y eleva su calidad de vida.

Atendiendo a las condiciones en que se produce la atención médica de los pacientes epilépticos en Cuba, se aprecia que no obstante que ellos expresan en su mayoría satisfacción con la atención recibida, poseen una pobre información sobre la enfermedad y asisten a la consulta con el especialista una o dos veces al año en promedio; sin embargo, si consideran que no hay cambios importantes en su estado, persiste en ellos infinidad de temores, incertidumbres y actitudes resignadas con los que viven, en lugar de una emprender una búsqueda activa de alternativas y estrategias para modificar sus situación y sentimientos.

Con frecuencia el especialista se enfrenta a personas incapaces de trabajar consigo mismas por su desarrollo personal, dolientes y minusválidas en algunos casos, y totalmente dependientes y resignadas en otros.

Esta concepción fatalista y nada favorecedora se opone diametralmente a lo que legaron autores como Vigostky, Luria y Leontiev, entre muchos más. Aplicando sus enseñanzas, se deduce que la zona de desarrollo próximo y la situación social de desarrollo en los niños y adultos con epilepsia deben ser asumidas desde las potencialidades reales y con la clara visión de que la actividad posibilita el proceso de objetivación de las capacidades humanas y su apropiación a través de la experiencia individual. La limitación y la sobreprotección que prevalecen en las familias de los pacientes epilépticos como métodos educativos impiden, sin duda, el desarrollo de las potencialidades y capacidades de estas personas.

Se habla de la inadaptación social-emocional del niño y el adulto epiléptico, de la posible estructuración de ciertos rasgos personales, de la asociación de la epilepsia con diversas enfermedades orgánicas y trastornos psíquicos, y, en la actualidad, se concede gran importancia a las consecuencias personales y familiares que implica vivir con la enfermedad. Sin embargo, en esta arista del problema son escasos los estudios referidos en la literatura, por lo que se aprecia la necesidad de profundizar en el conocimiento, sobre todo de la esfera afectiva del paciente y en lo relativo a la explicación de los mecanismos internos, tal vez inconscientes, que influyen en su comportamiento. Se ha demostrado la frecuente ocurrencia de ansiedad, frustración, estrés y depresión en los pacientes; se describe en la literatura científica el uso de estrategias integrales de intervención psicológica en lo que se refiere a la orientación del paciente y la familia, así como la aplicación de terapias cognitivo-conductuales y el uso de técnicas de relajación para el control de las crisis, y se diseñan asimismo modelos salutogénicos para el abordaje más apropiado de la enfermedad; sin embargo, se hace necesario desarrollar un método de tratamiento que, además de abordar lo relativo al padecimiento de la epilepsia, profundice en el mundo interior del paciente, descubra los móviles más ocultos de su comportamiento y potencie la elevación de su autoestima y crecimiento personal al acercarlo al mundo de las personas sanas.

Así, pues, se ofrece un análisis de lo que las investigaciones han aportado hasta hoy en cuanto a la consideración de los factores a tener en cuen-

ta en el tratamiento integral al paciente, y qué falta por hacer en materia de atención psicológica con el enfoque de la psicología de la salud.

## EPILEPSIA Y FUNCIONES COGNITIVAS

En la valoración de los efectos que la epilepsia puede ocasionar sobre el funcionamiento psíquico, y en particular sobre las funciones cognitivas, González, Quintana, Fabelo y Rivero (2000) y Ramaratnam, Baker y Goldstein (2007) recomiendan tener en cuenta lo siguiente:

1. *Etiología.* Hay mayor deterioro en las epilepsias sintomáticas en las que existe un trastorno orgánico causal que en las idiopáticas o primarias.

2. *Edad de comienzo.* Entre más temprano es el comienzo, mayor deterioro o afectación de las funciones cognitivas. Un comienzo tardío de la enfermedad se relaciona generalmente con un mejor pronóstico del coeficiente intelectual del epiléptico.

3. *Duración de la enfermedad.* Cuantos más años de evolución lleva la enfermedad, y más aún si el comienzo de ésta es temprano, mayor suele ser el déficit cognitivo presente.

4. *Frecuencia de las crisis.* No hay consenso en que la frecuencia de las crisis se correlacione con la disminución del CI; sin embargo, autores como Seidenberg (1987) afirman que entre mayor es la frecuencia, mayor es el deterioro intelectual. Otros autores coinciden en esta afirmación (McNellis, Jonson, Huberty y Austin, 2005; Oostrom, van Teeseling y Smeets-Schouten, 2005).

5. *Tipo de crisis.* Las referencias señalan que en el pequeño mal y en las ausencias típicas se mantiene mejor el nivel mental. Los pacientes obtienen mejores resultados en las evaluaciones psicológicas si padecen crisis parciales que si son generalizadas o secundariamente generalizadas. Coinciden varios autores en plantear que hay mayor presencia de trastornos del aprendizaje en niños con crisis generalizadas que en los que padecen epilepsias focales. Además, se plantea que el proceso de memoria suele afectarse más en las epilepsias del lóbulo temporal, pero otros autores niegan tal aseveración con la comprobación de que igual deterioro se encuentra en otras afecciones del sistema nervioso y no solamente en este tipo de

epilepsia. No obstante, Tanriverdi y Olivier (2007) insisten en precisar las alteraciones psíquicas que se producen en las epilepsias del lóbulo temporal.

6. *Lesión cerebral*. Cuando la epilepsia se acompaña de lesión cerebral, el rendimiento neuropsicológico tiende a estar disminuido.

Como se puede apreciar, resulta difícil el estudio de la epilepsia por cuanto está influida por múltiples factores, los cuales modifican en diferente magnitud el funcionamiento psicológico, tanto en el plano cognitivo (muy abordado), como en lo afectivo-conductual, así como en la estructura íntegra de la personalidad del sujeto enfermo.

Hay otro elemento que se considera esencial cuando se analiza la evolución del paciente con epilepsia, un factor que se añade a la modificación del funcionamiento cognitivo, afectivo y comportamental del paciente: el tratamiento impuesto. Ya en 1960 se afirmaba que entre 5 y 15% del total de casos de deterioro epiléptico se debían a las complicaciones de los fármacos antiepilépticos. Se ha comprobado que la carbamazepina es, de los fármacos, el que menos afecta el funcionamiento cognitivo, mientras que la fenitoína tiene el mayor efecto deteriorante. Por otra parte, la mayoría de los autores revisados coinciden en afirmar los efectos dañinos de la politerapia, mientras que la monoterapia favorece el rendimiento neuropsicológico en los enfermos, ya se trate de niños o de adultos.

## EPILEPSIA Y VIDA AFECTIVA

La estigmatización de la afección ha sido particularmente cruel en la caracterización de la afectividad del paciente con epilepsia. Haciendo un breve recuento histórico, se encuentra que a los epilépticos se les consideró seres poseídos, espíritus del mal y enfermos mentales, y que los tratamientos fueron aplicados en correspondencia con ello en épocas de tan desacertadas interpretaciones.

Minkouska (1956) señalaba que la afectividad de los pacientes se distingue por una tendencia particular a la adhesividad, a “quedarse pegados” a los temas, a los lugares, a las personas y a los objetos. Planteaba que son lentos en sus manifestaciones intelectuales, que su afectividad se acumula y cambia con lentitud, y que de forma

cíclica se producen en ellos descargas de explosividad. Consideraba que la bipolaridad viscosidad-explosividad sería la modalidad típica del carácter del epiléptico. Aunque en algunos de ellos se pueden encontrar manifestaciones de este tipo, la autora no estaba de acuerdo con la presencia de este patrón en la mayoría de los pacientes, considerando que está condicionado por múltiples factores, que van desde el tipo de crisis y su control, hasta la historia personal y la educación recibida.

Se califica a la personalidad epiléptica como bradipsíquica, con adherencia, prolijidad y una tendencia a paroxismos emocionales (García, 1991); sin embargo, la tendencia actual es considerar que tales características se asocian no a la epilepsia en sí, sino a la presencia de daño cerebral, factores psicosociales y medicación excesiva.

Existe consenso en las últimas décadas en considerar que los desajustes emocionales y comportamentales que presentan los pacientes se relacionan con una mala manipulación de la enfermedad, caracterizada por sobreprotección o rechazo larvado, lo que genera un estatus de dependencia, ansiedad y deficiente control, así como frecuencia elevada de neurosis (Arteaga, 1993; Fabelo, 2004; Portellanos, 1991).

En el caso de los niños con epilepsia, se valoran como indicadores importantes de sus afectos la irritabilidad, impertinencia y conducta opositora, regresiva o inmadura, así como grandes rabietas por pequeñas frustraciones y cambios de humor repentinos sin causa aparente con la aparición de agresividad, mientras que en los adultos hay evidencias que señalan como los estados emocionales más frecuentes la tristeza y la depresión, seguidos por la irritabilidad, la frustración y el temor. En estudios llevados a cabo con el WIPSI, se han obtenido niveles alarmantes de inadaptación emocional (Fabelo, 2004; Prueter y Norra, 2005; Seethalakshmi y Krishnamoorthy, 2007).

En un trabajo anterior de la presente autora sobre la afectividad de pacientes adultos con epilepsia (Rojas, 2000), se halló de forma predominante ansiedad, frustración e inadecuación afectiva caracterizada por inmadurez, dependencia, inseguridad, pobre control de impulsos, sentimientos de minusvalía, frustración de necesidades afectivas y temores diversos, todo lo cual se consideró asociado a las vivencias de la enfermedad y a la influen-

cia del entorno familiar y social. De igual modo, al utilizar el Test de Herman Rorschach, se encontró un predominio del tiempo vivencial extratensivo, que explica su tendencia a vivir “hacia fuera” y su inestabilidad, labilidad emocional y supremacía de los afectos sobre la razón.

Siendo la epilepsia una entidad que se produce en el sistema nervioso cuya relación con otras causas –unas veces conocidas y otras no– puede, sin duda, modificar el funcionamiento afectivo del paciente, el estudio de las evidencias y la experiencia clínica demuestran que los pacientes con mayor disfuncionalidad afectiva muestran características asociadas, tales como falta de control de las crisis, educación limitada y sobreprotectora por parte de cuidadores y familiares (la que genera adultos inseguros con estilos de afrontamiento inadecuados ante los problemas de la vida) y existencia de un importante conflicto interno derivado de la contradicción entre la necesidad de independencia y el temor a obtenerla. Es importante señalar que hay un grupo de personas que padecen epilepsia, las que por las características benignas de su padecimiento y una formación educativa ajustada tienen un desenvolvimiento que no difiere del de las personas saludables.

El temor y la inseguridad que con frecuencia se refieren como típicos del paciente con epilepsia, se hacen presentes de una manera más clara en aquellos enfermos que, padeciendo crisis más graves –como sucede en las crisis generalizadas–, sienten que pueden perder el control de sí mismos y del ambiente en situaciones que bien pueden ser peligrosas o simplemente penosas.

Todo parece indicar que los epilépticos perciben diferencias en su estado físico y mental respecto de los que no padecen la enfermedad, y que desarrollan sentimientos de minusvalía, percibiendo además hostilidad y discriminación en su medio, todo lo cual produce sufrimiento psíquico y destaca la extrema fragilidad personal para asumir sus necesidades afectivas.

Lo analizado hasta ahora hace posible comprender por qué este tipo de pacientes tienen baja autoestima y un concepto deteriorado de sí mismos que limitan su capacidad de recuperarse ante las dificultades que conlleva la enfermedad o las propias de la vida. Se deben tener en cuenta en estos aspectos la edad en que aparecen las crisis, el con-

trol que se haya logrado de las mismas, las limitaciones a las que los pacientes han estado sometidos y los cambios en el proyecto de vida generados por la enfermedad, como el no estudiar la carrera deseada, no poder ejercer la profesión que han estudiado o verse obligados a cambiar de puesto laboral por evitar los riesgos. Todas estas condiciones representan necesidades insatisfechas que llegan a convertirse en importantes frustraciones vitales, con su consecuente influencia negativa sobre la autoestima.

Todo lo anterior apunta a la necesidad de valorar el desarrollo y características de la personalidad del paciente con epilepsia, por lo que se considera que hay que descartar los conceptos tipificadores de la personalidad que sostenían autores como Minkouska (1950), Kretschmer (1952) y Mauz (cfr. Wolfenson y Podgaitz, 1996).

En resumen, para tratar al paciente epiléptico con un resultado positivo y duradero es necesario valorar el estado de su afectividad e indagar sobre los puntos de inadaptación, precisando sus causas y actuando sin prejuicios para encontrar las resiliencias, pues son personas receptivas, abiertas a la ayuda y que muestran agradecimiento cuando se les ofrece.

## EPILEPSIA Y FAMILIA

Una familia se considera saludable cuando sus miembros gozan de salud física y mental y una adecuada integración estructural, funcional, psicodinámica, semántica y ecológica entre ellos y con el ambiente (Clavijo, 2002). Este mismo autor destaca que la familia, según sus necesidades e intereses, responde a los factores internos o externos que provocan tensión, por lo que utiliza sus recursos biológicos, psicológicos y sociales a partir de la interacción de los miembros afectados por ello; lo anterior señala la necesidad de considerar a la familia como un sistema en lo que se refiere a la salud y la enfermedad (Louro, 2005).

La familia del paciente con epilepsia desempeña un rol fundamental en la adaptación a la enfermedad y en la formación y desarrollo de la personalidad de éste. Cuando la enfermedad aparece en la niñez, puede llegar a afectar la funcionalidad familiar según sea su gravedad, de manera seme-

jante a como ocurre en el caso de otras patologías crónicas, pero con los temores asociados a la posible ocurrencia de accidentes que puedan dañar la integridad del niño. La sobreprotección, la lástima y la estructuración de una dependencia que llega a ser enfermiza influyen con más fuerza si no se logra el control adecuado de las crisis; si estas implican la pérdida de la conciencia, los menores llegan a ser adolescentes inseguros e infelices, pues comienzan a rechazar las restricciones que antes aceptaban y su respuesta puede ser la rebeldía y el incumplimiento de las orientaciones médicas, además de que ocultan el padecimiento o buscan refugio en el hogar con una actitud sumisa, escasas relaciones sociales e inhibiciones impropias de la etapa que viven.

A la actuación de la familia se asocia la actitud de maestros y otras personas que influyen en la educación del paciente. Varias investigaciones aseguran que los maestros no están preparados para asumir con éxito la enseñanza en estos niños y jóvenes (Caixeta, Fernández y Bell, 2007; Fernández, Noroña y Araujo, 2007; Reno, Fernández y Bell, 2007).

El paciente adulto con epilepsia continúa apegado a su familia, en muchos casos de la misma manera que en las edades infantiles; los padres u otros familiares acompañan al paciente en sus salidas del hogar, y aun dentro de éste tienen una vigilancia permanente sobre su actividad. Esto ocurre sobre todo en los pacientes con epilepsias refractarias al tratamiento y en los casos de pobre socialización en los que los daños psicológicos son evidentes. No obstante, los que logran un control adecuado de la enfermedad y continúan el curso normal de su desarrollo con la ayuda de un ambiente potenciador logran un nivel aceptable de independencia, aunque en el seguimiento de la enfermedad siempre se hagan acompañar de un familiar. Lo que sucede realmente es que en la mayoría de los casos la familia resulta decisiva en las decisiones a tomar y, por tanto, determina el desarrollo personal de los pacientes, que dejan de establecerse metas que pudieran alcanzar para lo-

grar una mayor realización. Se ha constatado la presencia de conocimientos errados y actitudes negativas en relación a la epilepsia en familias en cuyo seno hay pacientes con esta patología; de manera similar ocurre con los vecinos, a diferencia de las actitudes positivas encontradas en personas no relacionadas con tales pacientes (Rojas, 1995). Esto indica la necesidad de informar y preparar a la familia y otras personas sobre la enfermedad. Baste decir que muchos pacientes no comunican a los demás su padecimiento por no impresionarlos y evitar así que se distancien de ellos o los rechacen.

## CONCLUSIONES

En fin, los enfermos con epilepsia han de ser evaluados y atendidos por psicólogos para determinar la forma en que influyen la evolución de la propia enfermedad, los factores cognitivos, comportamentales y de personalidad, la respuesta ante la enfermedad de la familia y sus grupos de relación, así como el apoyo social que se les brinda, siempre desde una perspectiva individual y personalizada del paciente y de su historia de aprendizaje. En la lucha contra los estigmas acerca de la enfermedad, es importante que los terapeutas se planteen alternativas de tratamiento no solo dirigidas al control de las crisis epilépticas, sino también al desarrollo de potencialidades y capacidades que le permitan al paciente –de acuerdo con la severidad de su trastorno– alcanzar los máximos niveles de independencia y de realización personal que repercutan positivamente sobre su bienestar psicológico y su actividad en la sociedad. Las investigaciones que abordan la psicología del paciente con epilepsia demuestran que solo se presentan limitaciones reales en el desarrollo personal en un reducido grupo de pacientes con epilepsias graves y lesiones cerebrales concomitantes, quedando mucho por hacer por todos aquellos que pueden lograr niveles superiores de desarrollo psicológico y social en el campo de la salud.

## REFERENCIAS

- Arteaga, C. (1993). Nivel intelectual y epilepsia. *Revista Cubana de Medicina*, 3, 160-165.
- Caixeta, J., Fernández, P.T. y Bell, G.S. (2007). Epilepsy perception amongst university students: a survey. *Archives of Neuropsychiatry*, 65(1), 43-48.
- Clavijo, A. (2002). *Crisis, familia y psicoterapia*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Fabelo, R. (2004). *Psicología de la epilepsia*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- Fernández, P.T., Noronha, A.L. y Araujo, V. (2007). Teachers perception about epilepsy. *Archives of Neuropsychiatry*, 65(1), 28-34.
- García de León, A.M. (1991). Peligrosidad en escolares epilépticos. En V. A. Feria, M. D. Martínez y D. F. Rubio (Eds.): *Epilepsias, un estudio multidisciplinario* (pp. 52-61). México: Trillas.
- González P., S., Quintana, J., Fabelo, R. y Rivero, L. (2000). Uso de la lamotrigina en la readaptación psicosocial del paciente con epilepsia. *Neurology*, 31(1), 21-26.
- Grau, J. y Hernández, E. (2005). Psicología de la salud. Aspectos teóricos y conceptuales. En J. Grau y E. Hernández (Coords.): *Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara (México): Ediciones de la Noche.
- Kretschmer, E. (1952). *A Text-Book of Medical Psychology* (Trad. E.B. Strauss). London: Argosy Books.
- Louro, I. (2005). La psicología de la salud y la salud familiar. En J. Grau y E. Hernández (Coords.): *Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones* (pp. 273 -294). Guadalajara (México): Ediciones de la Noche.
- McNellis, A.M., Jonson, C.S., Hubert, T.J. y Austin, J.K. (2005). Factors associated with academia achievement in children with recent-onset seizures. *Seizure*, 14(5), 331-339.
- Minkowska, F. (1956). *Le Rorschach. Á la recherche du monde des formes*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Ostrom, K.J., Van Teeseling, H. y Smeets-Schouten, A. (2005). Three to four years alter diagnosis: cognition and behavior in children with epilepsy only. A perspective, controlled study. *Brain*, 128, 1546-1555.
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Atención primaria de salud. Alma-Ata. Salud para Todos*, 1. Washington: OMS.
- Portellanos, J.A. (1986). Tratamiento psicológico de las crisis epilépticas. En V. A. Feria, M. D. Martínez y D. F. Rubio (Eds.): *Epilepsias, un estudio multidisciplinario* (pp. 18-24). México: Trillas.
- Prueter, C. y Norra, C. (2005). *Mood disorders and their treatment in patients with epilepsy*. Disponible en red: Pubmed-indexed for MEDLINE (Consultado el 18 de septiembre de 2008).
- Ramaratnam, S., Baker, G.A. y Goldstein, L.H. (2007). *Tratamientos psicológicos para la epilepsia* (Revisión Cochrane traducida). Oxford: UpdateSoftware Ltd.
- Reno, B.A., Fernández, P.T. y Bell, G.S. (2007). Stigma and attitudes on epilepsy: a study with secondary students. *Archives of Neuropsychiatry*, 65(1), 16-22.
- Rojas, G. (1995). Valoración de conocimientos y actitudes hacia a las personas con epilepsia. *Boletín de Psicología del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 1(18), 563-564.
- Rojas, G. (2000). *La afectividad del epiléptico. Propuesta de una metodología para su investigación*. Tesis de Maestría. Las Villas (Cuba): Universidad Central "Marta Abreau".
- Seethalakshmi, R. y Krishnamoorthy, E.S. (2007). Depression in epilepsy: phenomenology, diagnosis and management. *Epileptic Disorders*, 9(1), 1-10.
- Seidenberg, M.S. (1987). Cambios en la frecuencia de las crisis y en el test y retest de la Escala de Inteligencia de Weschler. *Epilepsia*, 22, 75-83.
- Tanriverdi, T. y Olivier, A. (2007). Cognitive changes alter unilateral cortico-amygdalohippocampectomy unilateral selective-amygdalohippocampectomy mesial temporal lobe epilepsy. *Turk Neurosurgery*, April, 17(2), 91-99.
- Wolfenson, M.M. y Podgaitz, L. (1996). Personalidad y epilepsia. La predisposición a los ataques convulsivos. *Alcmeón*, 18(3), 316-319.