

EPILEPSIA Y DEPRESIÓN EN EL NIÑO

Autora: Dra. Mónica Peralta

INTRODUCCIÓN

La epilepsia ha afligido al ser humano desde el surgimiento de la especie y ha sido reconocida desde los más tempranos escritos médicos. De hecho, pocas condiciones médicas han atraído tanto la atención y generado tantas controversias.

El mal epiléptico, cuya aparición interrumpía la reunión de los comicios romanos, ha sido desde siempre vehículo privilegiado de una rica fantasía social. El epiléptico puede ser o sacralizado por ser portador de un mal y un signo divinos, o rechazado por estar poseído del espíritu demoníaco, pero nunca deja indiferente a los que le rodean. El niño, familia y escuela constituyen el ámbito social de resonancia en el manejo y evolución de la enfermedad así como en el crecimiento y maduración de su persona afianzando su personalidad y su calidad de vida.

Generalmente, la primera manifestación de la epilepsia suele ser la convulsión. Con este punto de partida de la enfermedad, tanto para el paciente como para el médico el foco de atención y tratamiento es la crisis, delegando a un segundo plano todas las manifestaciones psicológicas acompañantes. Esta postergación puede ser consecuencia de distintas situaciones como considerar que lo psíquico es sutil y por así decirlo menos importante, cuando la realidad muestra que lo emocional es causa ó ... consecuencia? de la enfermedad.

Además los progresos llevados a cabo en los conocimientos sobre neurotransmisores y nuevas drogas antiepilépticas, técnicas de registro, diagnóstico por imágenes tiende a centrar en lo orgánico este trastorno, aún cuando un alto porcentaje de síndromes epilépticos no puede evidenciarse en estudios complementarios o su resultado es inespecífico.

Cabe destacar que el aspecto psíquico demanda del médico neurólogo tratante otra perspectiva que no siempre maneja con facilidad, sumado al temor subyacente de combinar drogas que interferirían o harían más susceptible de desencadenar crisis.

En este trabajo se realiza una mirada sobre el impacto de conocer y padecer epilepsia en un niño o más aún el adolescente.

DESARROLLO

Proviene de la palabra griega epilepsia, que significa ser agarrado, atacado o atrapado, y la podemos definir como una alteración súbita, involuntaria y carente de finalidad de las funciones motoras, sensoriales, vegetativas o cognitivas del individuo, causadas por una alteración intrínseca transitoria de la función neuronal.

Un ataque epiléptico puede ser una respuesta normal del cerebro ante ciertas circunstancias y sólo puede considerarse como patológico cuando ocurre espontáneamente o cuando se presenta en respuesta a estímulos que no producen habitualmente tal tipo de respuesta en sujetos normales.

La presentación repetida de convulsiones epilépticas en un paciente es el criterio clínico esencial para el diagnóstico de epilepsia.

Pueden manifestarse o no con pérdida del conocimiento, convulsiones, caída y sacudida de los músculos (crisis tónico clónica), o con alteración de la conciencia, movimientos involuntarios y amnesia posterior.

En algunos casos pueden comenzar con la sensación de que se ve, se oye o se huele algo especial (aura). El diagnóstico es clínico, pero se apoya en el electroencefalograma y otros indicadores biológicos.

La epilepsia es frecuente en el niño y el adolescente ya que un 50% de las crisis aparecen antes de los 10 años y un 70% antes de los 20 años, con una incidencia de 0,6 al 1,2 nuevos casos por cada mil sujetos con una prevalencia de 6 a 8 por cada mil enfermos. Estas cifras descienden en la población adulta, lo que demuestra que cierto número de enfermos se curan.

Generalmente, la primera manifestación de la epilepsia suele ser la convulsión. El debut casi siempre es dramático y motiva de forma urgente una demanda asistencial. Puesto que el punto de partida de la enfermedad, tanto para el paciente como para el médico es la crisis, no es raro que el seguimiento quede enquistado en el control de esa manifestación.

Al ser más sutiles, posiblemente inexistentes o inaparentes en un primer momento, los síntomas psicológicos pasan fácilmente inadvertidos, sin

embargo, son frecuentes y pueden generar un distrés, incluso mayor que el inducido por las propias crisis.

La epilepsia influye en su doble vertiente de enfermedad crónica y enfermedad del sistema nervioso. Los niños epilépticos presentan más trastornos psicológicos que los niños con otra enfermedad crónica general. Por el contrario, al compararlos con los que sufren otra enfermedad crónica del sistema nervioso como la migraña, hallamos que la prevalencia de ansiedad y depresión es similar en ambas.

Los mecanismos que participan en la génesis de los trastornos psicológicos se podrían agrupar en aquellos producidos por la patología en sí misma, aquellos derivados de las vivencias del niño o adolescente y su entorno así como las originadas por la acción de los fármacos.

1) DERIVADOS DE LA PROPIA EPILEPSIA

a) Por lesión causante de la epilepsia:

Conviene observar que, en su inmensa mayoría, las crisis epilépticas del niño no traducen una lesión cerebral, lesión que el trazado del EEG vendría a corroborar. En realidad, la descarga sincrónica de las neuronas se debe a un descenso del umbral de excitabilidad y reverberación, lo cual no representa nada más que una anomalía funcional. Todo ello ha conducido a algunos autores a buscar un mecanismo psicológico en el origen de este desorden funcional.

Por otro lado, una gran variedad de lesiones cerebrales pueden motivar epilepsia por lo tanto el espectro de síntomas neuropsicológicos derivados de ellas es extraordinariamente amplio. Estas variarán en función de la localización y la extensión de la displasia. El retraso mental, los trastornos psicóticos, trastornos autistas y trastornos del aprendizaje son algunos de ellos.

Las descargas del hemisferio izquierdo producen interrupción de las tareas verbales en tanto que las del hemisferio derecho repercuten en las tareas visuoespaciales.

Las lesiones en estructuras subcorticales de la línea media, que aparecen descargas generalizadas en el EEG, se asocian con un deterioro de la atención y trastornos de la personalidad caracterizados principalmente por agresividad.

Son sabidas las expresiones conductuales de las epilepsias con foco temporal como ausencias con mirada errática, sonrisa, manipulación de objetos, rascado así como crisis de rabia disartria o hiperquinesia.

En la esfera cognitiva se evidencian trastornos perceptivos, del esquema corporal, de la memoria, etc, que junto con la hiperquinesia y otros trastornos del comportamiento configuran do un diagnostico diferencial con síndrome de ADDH.

La inteligencia es afectada global y progresivamente cuanto mayor es la cantidad de cerebro lesionado, según el sitio lesional y fundamentalmente, cuanto menor es la edad del niño ya que se sabe que el cerebro inmaduro es mucho más vulnerable a una noxa que el cerebro maduro, como los órganos en general son mucho más susceptibles de ser dañados en la época de su máximo crecimiento. En el caso del cerebro, los dos primeros años de la vida son los más importantes. Por consiguiente, toda noxa que actúe en esta etapa como un factor etiológico en la aparición de una epilepsia, no solamente causará ese efecto, sino que entorpecerá también el proceso madurativo cerebral, dando lugar a un variado número de signos y síntomas neuropsiquiátricos, resultantes de ese bloqueo madurativo en el desarrollo cerebral.

b) Por lesiones asociadas a la lesión epiléptica

La epilepsia puede ser manifestación de una encefalopatía no evolutiva congénita o adquirida o como consecuencia de numerosas metabolopatías que alteran el metabolismo enzimático neuronal, asociándose frecuentemente a retraso mental enmascarando trastornos psiquiátricos subyacentes. Son enfermedades graves en la infancia que producen un gran deterioro neuropsíquico.

Por ejemplo, en los lactantes con síndrome de West aparece tempranamente una falta de respuesta a estímulos auditivos y visuales asociados a una disminución en la capacidad de juego y estancamiento en la adquisición de pautas madurativas. Estos niños dejan de sonreír y constituyen otro claro ejemplo de síndrome de aislamiento con manifestaciones autísticas.

c) Efecto de las descargas paroxísticas inmediatas o a largo plazo

Las descargas provocan alteraciones transitorias con repercusión en la conducta y en el aprendizaje, e incluso en determinadas habilidades o actividades cotidianas.

Se produciría un bloqueo en el proceso de codificación, lo cual interfiere en la capacidad de atender a la información, procesarla, almacenarla o recuperarla, asimismo provocaría una interrupción del proceso de consolidación.

También se observa un deterioro a medio o largo plazo en epilepsias mal controladas o con importante actividad paroxística. Evidentemente, en estos casos se hace difícil saber en qué medida la actividad epiléptica es responsable del deterioro. Con respecto a los efectos de las crisis sobre las funciones psicológicas, pueden presentarse dos situaciones:

- .- que el ataque en sí genere un trastorno psicológico; y
- que el trastorno psicológico actúe como un factor desencadenante de las crisis.

Es aceptado que los trastornos emocionales actúan como factores desencadenantes de las crisis, siendo necesario aclarar que el aumento de la tensión emocional puede ser en sí un síntoma de un estado preictal subc1ínico.

Los factores psicológicos desencadenantes son mucho mejor conocidos que las consecuencias psicológicas de las crisis, siendo la mayor parte de las mismas, temporarias y reincidentes.

Toda crisis epiléptica va acompañada de algún trastorno psicológico

que se manifiesta fundamentalmente en el compromiso de la conciencia. Este puede ser breve (ausencias), con pérdida parcial (epilepsia psicomotora) o con pérdida total (crisis generalizadas). Además pueden presentarse trastornos del carácter y comportamiento en los niños que padecen crisis parciales complejas.

Las manifestaciones psicológicas postcrisis se observan cuando la pérdida de la conciencia ha sido prolongada y están caracterizadas por un estado de confusión y en ocasiones por crisis de agresividad.

2) DERIVADOS DE LAS VIVENCIAS

a) *propias del niño o adolescente*

Cualquier enfermedad grave comporta un proceso de aceptación y acomodación. Esta acomodación implica la aceptación de una cierta pérdida de salud, seguridad, autonomía y libertad. Este proceso, denominado proceso de duelo, lo vive cualquier persona en uso de razón. Se manifiesta de forma especialmente crítica durante la época adolescente; tanto si la epilepsia se ha iniciado en la adolescencia, o haya tenido su origen en una edad más temprana y el adolescente descubre las limitaciones reales y fantásticas que le va a comportar su enfermedad.

Cualquier crisis epiléptica significa un quiebre en las actividades cotidianas del individuo: una crisis no puede evitarse ni detenerse a voluntad, se conserve o se pierda la conciencia. Esto produce un impacto en la calidad de vida del paciente desencadenando diferentes respuestas emocionales tanto en la persona que la padece como en su entorno.

Cualquier enfermedad crónica rompe con el mito de la salud perfecta, uno de los mitos constituyentes del hombre interiorizado a través de la cultura.

Esta ruptura temporal del mito trae aparejados sentimientos de angustia, desasosiego, ansiedad, temor a la muerte, temor a la locura y al descontrol, temor al deterioro, etc. que ponen en evidencia la indefensión humana ante la enfermedad.

“¿Por qué a mi?, ¿Qué me esta pasando? No entiendo nada... ¿soy el mismo de siempre?... ¿Qué puedo esperar para mi futuro?”. Esta situación de caóticas e intensas emociones muy evidentes en el período que va de la primera crisis al diagnóstico adecuado (que suele llevar un tiempo prolongado), y en mayor o menor medida ante cada nueva crisis, implica un replanteo, un proceso de readaptación a esta nueva realidad, un proceso de reestructuración interior.

He aquí la función del duelo: permitir elaborar una situación de pérdida y llegar a aceptar la enfermedad como parte de la cotidianidad de la persona con epilepsia.

Dentro de este contexto -y teniendo en cuenta factores como la edad del paciente, tipo de crisis, frecuencia de las mismas, efectos secundarios de la medicación, sector socioeconómico al que pertenece, familia disfuncional o funcional, etc.- ha de llevarse a cabo el duelo.

“Duelar” o elaborar un dolor es un proceso que consta de varias etapas y lleva un tiempo considerable. Si bien aún no existen acuerdos, en términos generales se considera que un duelo normal lleva de tres meses a un año, según el hecho (la pérdida) que lo motiva.

En el caso de las enfermedades crónicas que causan un gran impacto social y funcional en la vida del paciente, como la epilepsia, suelen ser prolongados.

- **Shock:** primera etapa relacionada a situaciones de confusión, ansiedad y negación .El paciente aún no sabe lo que le ocurrió, está confundido por las crisis y la respuesta del entorno.
- **Miedo:** es la respuesta emocional más común ante la primera crisis y el diagnóstico. gran incredulidad y temor, algunos llegan a rechazar el tratamiento y el primer paso es buscar de otras opiniones médicas, en espera de alguien que les

apoye a desechar esta realidad. Etapa no racional, que en el caso de la epilepsia se refiere específicamente al miedo a la muerte (ante una convulsión), a la locura (frente a las crisis parciales complejas, etc.), a la pérdida de control sobre la propia vida y miedo al futuro. Cuando de enfermedades se trata, casi siempre lo imaginado es peor que la realidad.

- **Dolor:** en esta etapa no se puede razonar, es muy difícil escuchar. Es el momento del llanto: duele tener epilepsia, duele que la familia se preocupe, duele ser distinto, etc. Pero va a ser más sencilla de sobrellevar si se tiene compañía y se comparten las experiencias con otros en la misma condición que ayuden a poner el dolor en perspectiva. La única manera de tratar con el dolor es dejarlo fluir sabiendo que es normal sentirse mal por estar enfermo.
- **Ira:** la función de la ira es anclar al individuo en su nueva realidad, sacarlo de la energía regresiva de la etapa previa y prepararlo para la siguiente. Ahora llegó el momento del enojo, de la furia. Se enoja por tener epilepsia y crisis, se enoja con el médico, la familia, Dios, la escuela, el mundo, por no tratarlo bien o por estar demasiado pendiente de él. Se enoja consigo mismo por tener crisis y no poder evitarlas y se enoja por estar enojado.
- **Culpa:** después de la ira llega la culpa. El paciente se siente culpable por haberse enojado con Dios, la vida, la familia, los médicos... Se siente culpable por tener epilepsia y preocupar a los suyos, por los gastos extra que ocasiona el tratamiento, por no poder evitar las crisis, etc. Se defiende con fantasías omnipotentes ("si yo hubiera estado tranquilo ese día...") para evitar la etapa de impotencia que le sigue.
- **Desolación:** verdadera tristeza. La impotencia de darse cuenta de que tiene epilepsia y nada puede hacer para cambiar este hecho. Lo conecta con la realidad de que

algo ha cambiado definitivamente. Es una etapa de alta vulnerabilidad.

- **Aceptación:** Esta es la última etapa del duelo, es el resultado deseado de un largo proceso de elaboración. Ahora el paciente sabe, que en cierto sentido, nada ha cambiado: sigue siendo él mismo, no se murió, no enloqueció, el mundo no colapsó.

Y en otro sentido: todo ha cambiado, tiene epilepsia, toma medicación, se hace estudios, sus limitaciones y su potencial.

La experiencia de enfermedad siempre está formada por la cultura. Teniendo en cuenta que las expectativas convencionales acerca de la enfermedad varían según las diferentes situaciones sociales y las redes individuales de relación, podemos decir que la experiencia de enfermedad es siempre individual y diferente para cada persona.

En la adolescencia existen implicaciones psicosociales que unidos a lo complejo de este período de la vida, se convierte en una situación complicada en donde hay que tener presente lo psicológico y lo social.

b) de la familia

Cuando se realiza en el seno de una familia el diagnóstico de un hijo con epilepsia, se produce cierta frustración en las aspiraciones de sus padres y se modifica la dinámica familiar, se generan inusitadas reacciones, mientras que la ansiedad y el rechazo suelen ir solapados en forma de sobreprotección.

El temor a las crisis de tipo súbita conduce a tratar de evitar que el hijo sufra algún daño por lo que se le prohíbe al enfermo que participe en las actividades propias de su edad, y así que muchos de estos pacientes sean tratados como minusválidos.

La actividad sobreprotectora al hijo con epilepsia suele provocar la rivalidad entre los hermanos, el desacuerdo entre los cónyuges, la desintegración de la familia y hasta la enfermedad psiquiátrica de la madre que lucha afanosamente contra la realidad. Todo este desajuste

familiar se incrementa si el niño con epilepsia tuviera una franca subnormalidad de la inteligencia o presentara algún serio trastorno de la conducta como es la hiperactividad o la irritabilidad extrema

Si la relación entre sus miembros ha sido anormal antes del comienzo de las crisis, constituye un terreno propicio para la instalación de los trastornos psicológicos que dependerán mucho más de ese antecedente, que de la enfermedad en sí.

El impacto emocional que sobre el niño y su familia producen los ataques crónicos y recurrentes de una epilepsia rebelde, fácilmente se convierte en un foco de tensiones que transforma la dinámica psicológica familiar.

c) Comunidad escolar

El ámbito donde con más frecuencia repercute la epilepsia infantil es el escolar, donde suelen ocurrir otros procesos peculiares.

Algunos padres tienen tendencia a retirar a su hijo enfermo de la enseñanza obligatoria, para evitar la burla de los compañeros de aula cuando se produzca una crisis, tratando así de evitar que se conozca la enfermedad, otra justificación para sacar al niño de la escuela es que se piensa que el esfuerzo mental le es perjudicial. Lo más nocivo para estos enfermos es cuando los maestros identifican la epilepsia como sinónimo de retraso mental o de enfermedad psiquiátrica y comienzan enviando a estos pacientes a Centros Especializados para que sean llevados a escuelas de educación Especial, aunque el niño tenga un coeficiente de inteligencia normal. Cuando el Centro de Orientación y Diagnóstico devuelve al paciente a la escuela y no acepta su traslado a un régimen de enseñanza especial, comienza una seria disputa entre los padres y los maestros y donde el máximo perjudicado es el niño. Muchas veces el rechazo de estos niños se debe a la desinformación del personal que trabaja en estos centros educacionales. El paciente no sólo debe enfrentar sus propios prejuicios y miedos, sino que ha de lidiar con los de la sociedad.

Una valoración en colegios normales mostró que el 68,7% de niños con epilepsia presentaba problemas académicos.

Los principales mecanismos cognitivos básicos alterados son: el tiempo de reacción, la atención y la memoria], además de disfunciones corticales específicas que no siempre es fácil de determinar si es por la epilepsia en sí o por la acción de los medicamentos anticonvulsivos.

d) Las relaciones interpersonales.

Las relaciones interpersonales y en especial la vida sexual de los adolescentes enfermos está muy afectada; existen dudas y temores de consolidar una pareja y formar una familia ya que tienen el temor de transmitir su enfermedad a su descendencia. Además lo hacen volverse un joven aislado e inseguro, temeroso de la relación con personas del sexo opuesto, pensando que por su epilepsia puede ser rechazado de antemano, lo que se incrementa si piensan que los hijos pueden heredar su enfermedad.

e) La comunidad

La actitud de la comunidad hacia estos enfermos resulta algo ambigua. Podemos ver en encuestas que la actitud de la población es muy favorable, sin embargo en la vida diaria cualquier paciente suele comprobar que esto no es así, y se enfrentan a problemas para ser aceptados, lo que se debe en gran medida a prejuicios que tiene la población y los mismos pacientes sobre la enfermedad, lo que está dado por las informaciones distorsionadas y deficientes que se tiene de lo que es la epilepsia, y por supuesto están las reacciones emocionales del enfermo que pueden favorecer las actitudes discriminatoria o de rechazo.

El trabajo no deja de ser una fuente de angustia para estos pacientes, pues si el enfermo fue limitado en sus estudios, sus expectativas de trabajo son de bajo nivel, mientras que en el caso de que tengan buenos empleos o profesión definida vemos como lo frecuente es ocultar su enfermedad, ya que una crisis en presencia de sus compañeros de trabajo o de sus jefes puede lastimar

considerablemente su autoestima y puede provocar cierto recelo hacia estos pacientes.

Por último si el paciente no puede ganarse la vida es una verdadera carga económica para la familia.

3) Derivados de la acción de los fármacos.

Ciertas drogas anticonvulsivas con un efecto sedante significativo como el fenobarbital, la primidona, las benzodiazepinas, etc, pueden producir un enlentecimiento de las funciones psíquicas e incidir negativamente en el rendimiento y comportamiento del niño epiléptico. Además algunas producen una excitación psicomotriz como efecto paradójico, sobre todo en niños pequeños que presentan una disfunción cerebral mínima agregada.

Ambas influencias desfavorables desaparecen con la disminución de la dosis o la suspensión gradual de la droga.

Por lo tanto, los factores emocionales, el daño cerebral subyacente y los antecedentes genéticos, son causas mucho más frecuentes de la aparición de los trastornos psicológicos que la medicación en sí.

En consecuencia, ante cualquier manifestación anormal en el área del comportamiento o aprendizaje, es necesario considerar en primer término los factores anteriormente enunciados conjuntamente con el nivel de concentración en sangre de la droga, antes de inculpar a la misma como causante de dichos trastornos.

Personalidad del epiléptico

Cabe señalar que la llamada "personalidad epiléptica" no es aceptada por la mayoría de los autores. Y la relación entre epilepsia y personalidad es una cuestión difícil y complicada de dilucidar.

El carácter o "personalidad epiléptica" no está presente en todos los epilépticos, sus manifestaciones suelen encontrarse con mayor frecuencia en los niños que han padecido crisis desde los primeros años de la vida, pero también pueden ser observadas en encefalopatías infantiles o en niños indemnes de toda lesión orgánica neurológica.

Las principales características de la personalidad epiléptica están presentes en la esfera intelectual y afectiva.

Las primeras consisten en fragilidad atencional, perseveración, dificultad para el análisis, la síntesis y la abstracción pensamiento concreto, viscosidad, etc.

Los trastornos afectivos están caracterizados por expresiones de cólera e irritabilidad, variaciones bruscas e inmotivadas del humor sobre un fondo casi constante de obstinación, oposición, etc.

Minkowska, ha definido la personalidad de base del paciente epiléptico, bajo el término de “epileptoide”, agrupando los factores característicos según el test de Rorschach de los sujetos epilépticos: viscosidad, perseveración, tendencia a lo concreto, agresividad social. Con la proliferación de los estudios realizados sobre pacientes que presentaban diferentes tipos de epilepsia, ha demostrado que estos rasgos no son específicos de la epilepsia (pueden encontrarse en otras patologías: traumatismo craneal, secuelas de encefalitis) y, además, no se observan en todos los epilépticos, en especial en los niños.

Algunos autores han sugerido que esta “personalidad epileptoide” no sería más que una patología secundaria, debida tanto a las numerosas crisis con los efectos que inducen, como a la acción enlentecedora de la terapéutica (fenobarbital).

La “personalidad epileptoide” podría considerarse como una reelaboración secundaria a una patología.

Si bien no existe una organización patológica específica de la epilepsia, es evidente que una enfermedad que interrumpe bruscamente el curso del pensamiento del individuo y cuyo impacto social es tan importante, provoca inevitablemente reacciones psicoafectivas múltiples. Las rupturas repetidas e imprevistas de la continuidad psíquica y física parecen ser origen de una vivencia cercana de gran fragilidad narcisista: la imagen corporal está siempre amenazada, el sentimiento de pérdida (de conciencia, de control, de relación, etc.) siempre presente.

Algunas características descritas en la “personalidad epileptoide” pueden ser comprendidas como defensas contra esas amenazas que pesan sobre la imagen del cuerpo y sobre la continuidad de la catexis del Yo (Winnicott). Así ocurre con la viscosidad, con la adherencia a los estímulos. Puede observarse con frecuencia que el epiléptico necesita instaurar vínculos y una extrema sensibilidad a las rupturas de los mismos.

Naturalmente que esta fenomenología varía de acuerdo con las diversas fases evolutivas del psiquismo infantil.

De todas maneras, si bien es innegable la incidencia de los factores orgánicos en la génesis de los trastornos psicológicos en los niños epilépticos, ello no permite una correlación precisa entre organicidad y síntomas clínicos y personalidad, ya que si bien puede encontrarse con mayor proporción en los pacientes epilépticos no son exclusivas de éstos.

LA DEPRESIÓN ASOCIADA

Luego de analizar todos estos factores que influyen en el niño y adolescente con patología epiléptica, puede comprenderse la depresión generada por la sumatoria de los mismos en su yo.

La prevalencia de depresión entre los pacientes epilépticos es muy superior a la de la población general, especialmente si las crisis son difíciles de controlar. Los escasos estudios realizados en población infantil apuntan en la misma dirección, hallando que un 23% de los adolescentes tienen síntomas depresivos. En general, la depresión del adolescente epiléptico no suele identificarse ni tratarse.

Los intentos de suicidio se estiman entre dos y siete veces superiores a los de la población general; y en los hospitales donde se atienden niños por intento de suicidio, existe una sobre representación de epilépticos.

Debido al temor a que aumente el riesgo de crisis, existe poca tendencia al uso de antidepresivos en adolescentes epilépticos con depresión.

Este riesgo, muy bajo para los antidepresivos clásicos, se ha estimado entre el 0,1 y el 0,6%.

Los inhibidores de la recaptación de serotonina parecen incluso ser más seguros.

En algunos casos cabe revisar la medicación anticonvulsiva como factor potencialmente relacionado con la depresión.

Se ha informado sobre el efecto depresivo que puede tener el fenobarbital, pero quizás no sea el único fármaco potencialmente implicado.

Los factores que más inciden en la elevada tasa de depresión entre los niños epilépticos son: la falta de elaboración del duelo y el locus control externo o sea la aceptación de la responsabilidad personal de lo que le ocurre.

Algunas personas tienden a atribuir a los acontecimientos que les suceden un mayor grado de casualidad personal que otras.

Las personas ubicadas en un control externo tienden a creer que no son responsables de lo que les pasa, puesto que lo que va a suceder queda al margen de lo que ellos piensen o hagan. Éstos estarían más predispuestos a padecer problemas psicopatológicos que los individuos con locus control interno. Ante la impredecibilidad de las crisis, el adolescente puede sentir que no tiene control sobre su propia vida. Fácilmente tenderá a desarrollar una creencia en un control externo, sobre el cual no puede actuar. A ello se añade la sobreprotección de la familia y la responsabilidad externa sobre el cumplimiento de la prescripción farmacológica.

El adolescente no participa en las decisiones que le afectan directamente, por tanto, no tiene la capacidad de determinar su futuro.

La falta de asunción de la responsabilidad propia sobre el éxito y fracaso escolar conducen a un bajo rendimiento, conduciéndolo a un estado de ansiedad y depresión habitual.

En cuanto a la elaboración del duelo, es especialmente delicado el período de negación y de ira, ya que suele comportar una irregularidad o abandono del tratamiento. Es frecuente que los adolescentes, quienes después de años de tener un buen control de crisis, éstas reaparecen de forma inesperada, debido al abandono voluntario del tratamiento como forma de rebeldía ante una situación inaceptada.

Otras veces, el adolescente tras un proceso de epilepsia crónica iniciada durante la infancia sin información sobre su enfermedad, sólo sabe que debe tomar unas pastillas y vivir con ciertas limitaciones, no siempre comprendidas y aceptadas. En estos casos, el proceso de duelo es incluso más duro, puesto que puede cronificarse la fase de negación-ira, con los consiguientes trastornos de conducta y rebeldía.

En otras ocasiones, el adolescente puede querer renunciar a hacerse mayor, con una cierta complicidad parental, impidiendo, no sólo el proceso hacia la aceptación racional de la enfermedad, sino también bloqueando el

proceso de conflicto y maduración propio de la adolescencia, afianzándose una inmadurez psicoafectiva que se extenderá hacia la edad adulta.

Tratamiento y abordaje psicoterapéutico

Desde el enfoque psicodinámico, Freud, en un trabajo titulado *Dostoyevski y el parricidio* (1929) el epiléptico intentaría resolver con la crisis un conflicto entre un Superyó sádico y un Yo masoquista: la crisis es un equivalente del acto suicida, verdadero homicidio introyectado, que se caracteriza por el desencadenamiento de las pulsiones tras la destrucción del Yo.

Otros psicoanalistas proponen que la crisis epiléptica se relaciona con una “crisis de afectos” en ciertos sujetos predispuestos: el sistema pulsional de los epilépticos es calificado de sádico y destructor, siendo su Yo incapaz de oponerse a él. La crisis ha sido interpretada como el resultado de la invasión traumática del Yo debilitado por unas pulsiones desorganizativas y desencadenadas.

Otros autores consideran como origen a una organización próxima a las “estructuras psicósomáticas” la crisis remite a un funcionamiento psique-soma indiferenciado, ya regresivo (Ferenczi, Winnicott), ya señal de una carencia psíquica. La crisis física revela, en este último caso, el estado de bloqueo y de incapacidad de elaboración de los conflictos psíquicos (Covello).

La teoría del trauma psíquico se invoca con frecuencia en el desencadenamiento de la crisis. La coincidencia entre un suceso fortuito de la realidad y la organización fantasmática del sujeto da lugar a un trauma psíquico cuya única salida sería la crisis. «*En los niños que experimentan una crisis comicial, la repercusión entre lo que se percibe en la realidad externa, la pulsión y las representaciones reprimidas es de tal magnitud que las defensas vigiles se ven sumergidas por los conflictos inconscientes*» (Bouchard).

Además de la indicación del antiepiléptico apropiado a la condición que se trate en particular debe hacerse el apoyo psicológico en la medida de lo

posible, a todo niño con esta patología realizando la observación concienzuda de su entorno, y posibles elementos de riesgo a tratar.

Numerosos autores han propuesto un abordaje psicoterapéutico del niño y la práctica de un apoyo familiar. Conteniéndola ampliamente en los temores y angustias suscitadas por las crisis

. La información debe permitir a la familia evitar las actitudes extremas, tanto de protección excesiva como de rechazo injustificado.

La psicoterapia del niño permite introducir la crisis en su historia y darle un sentido.

Una forma de facilitar el proceso madurativo es ofrecer al joven la oportunidad de expresar sus sentimientos con respecto a la enfermedad.

La intervención sobre estos aspectos puede ser una valiosa ayuda, por cuanto el médico goza de gran credibilidad y prestigio tanto ante los padres como ante el adolescente.

En general, no se precisa la intervención psiquiátrica, partiendo de que el médico, responsable de la epilepsia, dispone de sensibilidad ante las angustias de su paciente, no sólo con respecto a su enfermedad, sino también con referencia a cómo la vive. Pero además puede detectar (cuando las busca) elementos indicadores de un trastorno psiquiátrico más grave subyacente donde deba intervenir el médico psiquiatra y así en equipo manejar la situación planteada.

CONCLUSIONES

Puesto que la epilepsia es una enfermedad crónica, que comporta para el niño una serie de limitaciones y repercute de forma importante en su vida, es evidente que va ser un elemento determinante en la calidad de vida.

Cuando se ha comparado el impacto de la epilepsia con otras enfermedades crónicas, se concluye que la pérdida de calidad de vida es mayor en la epilepsia.

Tanto por parte del médico que atiende a estos enfermos como los grupos de trabajo, deben insistir en la información al paciente y a su familia

sobre esta enfermedad, la que debe de ser amplia, accesible a su lenguaje y de utilidad para que se pueda comprender mejor el fenómeno epiléptico, como controlarse las crisis, la importancia de dar continuidad al tratamiento, la finalidad de algunas restricciones reales y en general debe de trabajarse en fortalecer la autoestima del paciente.

Un enfermo bien informado sobre su enfermedad constituye una garantía de buen control de su padecimiento.

Resulta imprescindible monitorizar tanto la conducta como el funcionamiento neurocognitivo y psicológico integral del adolescente epiléptico. En general, no se requiere tecnología, pero hace falta algo que resulta mucho más costoso y difícil de obtener; como el tiempo. Tiempo para hablar con el adolescente, tiempo para escucharlo y tiempo para realizar las pruebas que nos permitan una valoración objetiva de los síntomas no convulsivos de la epilepsia.

Finalmente es muy importante que todos los médicos presten más atención al aspecto psicosocial que ocasiona conflictos a los enfermos ya que en este puede actuar directamente el médico general e intervenir de forma directa en la escuela o el trabajo o bien solicitar la ayuda de otros especialistas de diferentes disciplinas.

BIBLIOGRAFIA

- J. ARTIGAS;” *Manifestaciones psicológicas de la epilepsia en la infancia*”. Suplementos de Revista de Neurología. Vol. 28, Suplemento 2, Febrero 1999.
- J. ARTIGAS “*Problemas psicopatológicos en las epilepsias infantiles*” 1998.
-
- B. YELIN; “*El niño convulsivo*” –Ed. Mundo Médico- 1982
- N. FEJERMAN; “*Neurología pediátrica*”- Ed. Panamericana-
- D. MARCELLI, J. DE AJURIAGUERRA; “*Psicopatología del Niño*” Ed. Masson- 3ra edición 1996.
- A. KLEINMAN; “ *Epilepsia fuera de las sombras*” Centro de Epilepsia del Hospital de Clínicas “José de San Martín”