

países en la planificación de medidas preventivas contra los desastres;

- prestación de servicios de expertos y provisión de suministros durante las diversas fases del desastre;

- desarrollo de investigaciones epidemiológicas y operativas sobre desastres, a fin de obtener la información real y precisa necesaria para actualizar y adaptar los planes de emergencia de los países participantes.

## REPERCUSIONES SOCIALES DE LA EPILEPSIA. EL CONSEJO SOCIAL<sup>1, 2</sup>

Alguna vez se ha hecho referencia a la locura como la pérdida de la libertad y ello, en el doble sentido: filosófico y psicológico. Si la locura es, pues, la desposesión del propio destino, la epilepsia supone una alteración temporalmente más limitada pero también importante. Al sufrir una crisis de tipo del gran mal o una ausencia, por breve que ella sea, se pierde la conciencia del momento vivido, del presente, pero también se esfuma el pasado. La estructura del devenir existencial se rige por dos coordenadas: el espacio y el tiempo. Es decir, que la locura y la epilepsia privan del funcionamiento cabal del sistema nervioso que hace posible tener conciencia del estar ahora y aquí.

La población epiléptica—aun la atendida médicamente—carece de una de las dimensiones fundamentales que debe estar siempre presente en la relación médico-paciente. No basta saber que en la epilepsia las neuronas del cerebro no baten lo suficientemente armónicas para mantener al paciente sin alteraciones de conciencia, motoras o viscerales. No es suficiente que sepamos cuál es el medicamento de elección en el tipo preciso de disritmia que acabamos de diagnosticar. Tampoco se agota el problema con el ajuste fino de una dosificación pacienteamente elaborada. El epiléptico necesita ser considerado en relación con sus facetas menos involucradas en la enfermedad. En qué forma el paciente incorpora o rechaza el

diagnóstico; cómo convive con su limitación biológica, y cuáles son sus temores en relación con el matrimonio, la descendencia y su propio futuro mental.

### El epiléptico ante su enfermedad

Enfrentar un diagnóstico no es cosa fácil. Por benigno que al médico le parezca, el paciente recibe con el diagnóstico un ataque a la imagen que de sí mismo se ha hecho. En especial, ser epiléptico quiere decir no ser normal mentalmente, estar sujeto a la vergüenza de padecer un ataque en cualquier momento y a tener que convivir durante un largo período de la propia existencia—si no es que a través de toda la vida—con una importante limitación biológica. Para el médico, es muy fácil pensar en un diagnóstico grave y en otro que solo es la constatación de una anormalidad, pero para un paciente cualquier etiqueta diagnóstica emitida por su médico supone una reconsideración de su estado de salud, de su imagen, de su autoestima. En algunas culturas el ser epiléptico implica no solo una enfermedad sino una vergüenza social.

En las consultas hospitalarias y privadas atendidas por el autor, se asiste con frecuencia al drama de un primer ataque epiléptico y la vergüenza de tener que confesar que hay antecedentes familiares. Esto no quiere decir más que una cosa: se está perdiendo la batalla contra la ignorancia. Son precisamente los médicos y más aún los especialistas en neurociencias los que están obligados a llevar a cabo una educación o vulgarización inteligente.

<sup>1</sup> Texto resumido del artículo con el mismo título por el Dr. César Pérez de Francisco publicado en *Salud Pública de México* 17(6):821-827, 1975.

<sup>2</sup> Trabajo presentado en sesión plenaria del III Congreso Mexicano de Cirugía Neurológica. Acapulco, Guerrero, marzo de 1973.

Por todo ello no se debe culpar al paciente cuando se siente herido, angustiado o deprimido ante un futuro en el que su nombre estará unido al epíteto de epiléptico. Esta aceptación de la propia enfermedad, de la futura convivencia con ella, es condición indispensable para que un tratamiento—por acertado que sea—pueda conducirse con éxito. Si alguien considera que no es “justo” padecer epilepsia, resulta improbable que se disponga a seguir las prescripciones de su médico. Sin duda, el paciente en cuestión necesitará mucha amplitud de criterio, comprensión y afecto por parte del médico que lo trate.

Gran número de pacientes epilépticos sin trastornos mentales, atendidos por neurólogos y neurocirujanos, acuden al psiquiatra, pero no para controlar una crisis que desde hace tiempo no padecen, sino en busca de la discusión abierta sobre una serie de preocupaciones que los tienen obsesionados desde las primeras etapas de su enfermedad. Así como gran parte de los pacientes de neurólogos y neurocirujanos son exclusivamente psicópatas, gran parte de los atendidos por psiquiatras son enfermos neurológicos o neuroquirúrgicos. Conviene recapacitar en que primero son enfermos; y que un hombre enfermo es un ser que necesita del médico por su particular situación biológica.

A menudo se observa que los pacientes interrumpen los tratamientos antiepilepticos por hastío, por falta de explicaciones amplias y cálidas, por la escasa frecuencia de las consultas y, sobre todo, porque nunca llegan a entender qué es, en qué consiste y qué puede ocurrir con esa enfermedad que padecen.

Es necesario que el enfermo obtenga una información sencilla, amplia y clara; de esa manera disminuirá el número de pacientes que sufren un impacto frente al diagnóstico, que están a disgusto con su tratamiento y, como consecuencia de ello, se hallan más predispuestos a las complicaciones bien conocidas de la epilepsia.

### Las manifestaciones psiquiátricas de la epilepsia

Siempre y en todos los países los grandes hospitales psiquiátricos han mantenido servicios dedicados exclusivamente a los pacientes epilépticos. Esto da idea de la complejidad del problema: es posible diagnosticar y tratar con éxito una epilepsia sin que los trastornos psiquiátricos se modifiquen. Las psicosis epilépticas no ceden al tratamiento exclusivo con antiepilepticos. Existen tres facetas importantes de la relación epilepsia-trastornos psiquiátricos: la “personalidad epiléptica”, las psicosis epilépticas y el deterioro epiléptico.

Ya la escuela italiana de endocrinología había apuntado ciertas características epileptoides del biotipo atlético, pero fue Krestchmer el que redondeó el engranaje biotipología-temperamento-psicopatología más frecuentemente encontrado. El biotipo atlético de musculatura desarrollada, de cuello ancho y fuerte, hombros sólidos y extremidades no muy largas, que más tarde Sheldon rebautizó como mesomórfico, suele acompañarse con bastante frecuencia de características epileptoides a nivel de la personalidad. Es fácil pensar que por ser de biotipo atlético se posee carácter epileptoide; el razonamiento correcto es el inverso: en el análisis de personalidades epileptoides se encuentra un gran número de biotipos mesomórficos.

Sutherland y Tait (1) opinan: “. . . es dudoso que exista la personalidad epiléptica. La combinación de rechazo social, institucionalización y los efectos depresores de algunos anticonvulsivos, probablemente responden de muchos de los rasgos de la llamada personalidad epiléptica (lentitud y rigidez en el pensamiento y en las reacciones, egocentrismo, hipocondría y opiniones fijas). Las secuelas patológicas resultantes en cierto déficit intelectual así como la propia epilepsia son responsables de algunos otros de sus rasgos. En general, el promedio de los rasgos de personalidad en pacientes epilép-

ticos no difiere del de la población general y particularmente de la sección con enfermedades crónicas.

“Episodios de irritabilidad y agresividad con una mínima provocación o a veces ninguna ocurren en algunos pacientes pero duran solamente minutos u horas”.

Este contraste de opiniones destaca precisamente el criterio que aquí se sustenta: comprender lo difícil que resulta deslindar aquello que deriva exclusivamente de la disritmia de aquello que se debe a otros factores circunstanciales o inclusive iatrogénicos.

Entre los epilépticos se observan dos tipos principales de psicosis: períodos de confusión y psicosis esquizofreniformes.

En algunos pacientes con epilepsia centroencefálica se desencadenan estados de confusión que pueden durar algunas horas. Pueden ser subsecuentes a una crisis o estar asociados a un período de actividad electroencefálica francamente alterada sin que se produzca crisis alguna. Durante estas perturbaciones de conciencia o, en términos más modernos, alteraciones del nivel de vigilancia, se pueden llevar a cabo actos mecánicos, automáticos, de diferente tenor. El caso del paciente que se abrocha y desabrocha los cordones de los zapatos, multiplicando estos movimientos durante horas, contrasta fuertemente con las agresiones y homicidios más brutales que pueden predecirse en tales circunstancias. No quiere decir esto que el paciente epiléptico es un delincuente en potencia y un peligro social constante: el número de actos delictivos cometidos en tales estados psicopatológicos es modestísimo si se compara por ejemplo con los que se efectúan en estados de intoxicación alcohólica o de otro tipo.

De gran trascendencia para la historia de la neurología y la psiquiatría es la extraordinaria aportación de Eliot Slater *et al.* (5), al problema de las psicosis epilépticas esquizofreniformes. Durante mucho tiempo se pensó que la esquizofrenia se injertaba en una epilepsia y la nosología incluía esas

denominaciones diagnósticas: esquizofrenia injertada en epilepsia. Fue Slater quien con propiedad aplicó el método genético al problema demostrando que no existía carga esquizofrénica en las genealogías de los pacientes que, padeciendo epilepsia, desarrollaban una psicosis esquizofreniforme. Queda entonces claro que esos serios trastornos de la conducta—más frecuentes en epilépticos temporales pero también presentes en otros tipos de epilepsia, con pensamiento paranoide, alucinaciones y a veces actos homicidas o suicidas—no eran debidos a una esquizofrenia estricta. Dado que esta complicación psiquiátrica se presenta en casos crónicos, pudiera ser que por un lado la epilepsia en sí y por el otro, el cuadro psicótico, surgieran en diferentes etapas pero se debieran a las mismas alteraciones neuropatológicas. Ultimamente se ha agregado la posibilidad de explicar algunos casos por su etiología bioquímica: ciertos medicamentos anticonvulsivos, empleados durante tiempo prolongado, podrían bloquear el metabolismo de los folatos y favorecer el desarrollo de trastornos mentales.

El último problema es el del deterioro epiléptico. Pacientes con crisis frecuentes, estados epilépticos reiterados, suelen presentar tarde o temprano deterioro intelectual y social. En muchos casos es probable que se deba a las secuelas anóxicas que se producen en el cerebro como consecuencia de las crisis pero, en otros casos, puede ocurrir que el deterioro sea otra de las características del núcleo patológico epiléptico, solo que de aparición más tardía.

Se ha mencionado la dimensión social del deterioro epiléptico, de las psicosis y de la personalidad de características epileptoides. Es evidente que no puede darse un consejo fácil de seguir, sencillo de realizar y que provea la solución universal a todos estos problemas. No obstante, las consideraciones anteriores desembocan en la idea ya mencionada de que la educación inteligente evitaría agresividades no tratadas de etiología epiléptica y fácilmente diagnosticables con un

simple electroencefalograma; permitiría atender en sus inicios los trastornos psicóticos y quizá llevaría a un menor número de casos de deterioro neurológico y sobre todo social.

#### La sociedad y el epiléptico

El paciente epiléptico debe aprender a convivir con sus trastornos patológicos, lo cual puede evitar muchas de las complicaciones psiquiátricas. Estos aspectos se ven modificados por las actitudes que el grupo social—desde la célula familiar hasta el ambiente laboral pasando por la etapa escolar y universitaria—mantiene frente a la epilepsia y a los pacientes.

Aunque Hipócrates sostenía ya cuatro siglos antes de nuestra era, que la “enfermedad sagrada” no era más sagrada que cualquier otra, el pensamiento mágico ha traspasado todas las etapas históricas que nos separan del padre de la medicina occidental y ha alimentado un miedo irracional hacia las manifestaciones epilépticas y, sobre todo, a un diagnóstico de este tipo. Existe, a nivel individual, un mecanismo muy común por el que se ve la enfermedad, la epilepsia en este caso, como un acontecimiento que le ocurre a otro pero que no podemos sufrir nosotros mismos y que si así fuera, debemos ocultar. Quiere decir que persiste el binomio enfermedad-culpa o enfermedad-castigo en estrecha relación con la divinidad. Se explica fácilmente cómo por el desconocimiento médico de la época se quemaron en la hoguera a muchos enfermos mentales considerados como endemoniados. Sin embargo, rara vez se establece la relación, que sin duda tiene, aquel tipo de pensamiento mágico con el que lleva a nuestros enfermos a someterse a “limpias”.

Las vivencias del paciente en primer lugar y del ambiente social en segundo, se modifican también según el tipo de manifestación epiléptica y según la causa que desencadena tal sintomatología. Es mucho más reconfortante recibir el diagnóstico de epilepsia

postraumática o explicar a las amistades que el niño tuvo convulsiones porque la fiebre subió mucho, que admitir una epilepsia primaria sin poder dar mayores explicaciones.

Proponer medidas concretas para combatir los prejuicios tanto del paciente como del grupo social, forma parte de la educación, de la vulgarización inteligente a la que se ha hecho referencia. Ella se encargaría de enseñar, de hacer comprender a la sociedad que la epilepsia no es ya la enfermedad sagrada; que no es necesario segregar a los niños que la padecen si están atendidos médicamente, que un adulto epiléptico puede desarrollar actividades con muy pocas limitaciones y que las complicaciones psiquiátricas de la epilepsia podrían evitarse si el paciente no las ocultara por temor al rechazo social. Sería lo que podría llamarse un consejo social, y consiste en un conocimiento más serio y más armónico de la enfermedad por parte de los legos.

La responsabilidad de la educación del público recae en el especialista en ciencias neuropsiquiátricas. Tanto el neurólogo clínico como el neurocirujano y el psiquiatra deben mantener al público constantemente informado sobre los últimos recursos para controlar, combatir o prevenir la epilepsia. El ejemplo de un aspecto importante del consejo social sería la eugenesia. Plantear en público este delicado tema y recomendar que en ciertos tipos de epilepsia debe existir una limitación en la descendencia no es asunto que deba decidirse a la ligera. Es, pues, necesario el desglosamiento de las dos preguntas fundamentales: ¿qué se va a decir? y ¿cómo se va a decir? La primera pregunta puede contestarse después de algunas discusiones más o menos especializadas entre los investigadores de varias disciplinas, pero queda en pie, vigente, y lleno de aristas, el problema de cómo decirle al público todo lo que debe saber sobre una enfermedad que tradicionalmente vuelve temeroso al que la padece y a los que le rodean.

### Discusión

Además de un tratamiento médico adecuado el paciente epiléptico requiere comprensión y consejo en áreas tan variadas como la laboral, la psicológica, la económica y la conyugal. Su enfermedad, desafortunadamente, no inspira la solidaridad o incluso la simpatía, como otras; prevalecen aún creencias y supersticiones que hacen al epiléptico socialmente inaceptable, llegando en ocasiones a su rechazo o repulsión. Al establecer la identidad entre epilepsia y trastorno mental, una vieja tradición popular hace más difícil el empleo, la escolaridad y la confianza que, en general, somos capaces de depositar en cualquier ser humano. Es cierto que puede haber deterioro intelectual, desorganización de la personalidad, trastornos neuróticos o conductas agresivas, pero la correlación no es absoluta y se hace necesario matizar. Por otro lado, no hay conexión estrecha entre epilepsia e inteligencia o conducta.

El epiléptico se siente "diferente". Esto hace funcionar con frecuencia el mecanismo de la negación: se olvida que es "un epiléptico" y por tanto considera innecesaria la medicación. Las crisis que entonces pueden sobrevenir causan pérdida del empleo, dificultad para encontrar otro y cambios frecuentes. También, hay ansiedad al contraer matrimonio y procrear, sobre todo en función de la posible herencia del trastorno. Este conjunto de circunstancias acarrea sentimientos de inferioridad e incluso pensa-

mientos de tipo paranoide. Las observaciones anteriores se refieren no al proceso psicopatológico grave que amerita atención psiquiátrica, sino a la "reacción" psicológica que acompaña la vivencia de la propia enfermedad. El niño enfermo puede desencadenar en sus padres reacciones de rechazo, aunque estas se compensen o intenten hacerlo, con conductas de sobreprotección. Los rasgos neuróticos que pueden formar parte de la personalidad del niño epiléptico imprimen, a veces, un estilo tenso a las relaciones padres-hijo o profesor-alumno. Dicha tensión se agrava si no hay estabilidad en el ambiente y esta última, a su vez, podría propiciarse si el consejo social alcanzara éxito.

Varios autores (1-15) coinciden en que una discusión abierta del problema con el paciente o con los padres, si se trata de un niño, permitiría aclarar que el padecimiento posee más características de síndrome que de enfermedad, esto es: un síndrome ocasionado por una actividad eléctrica cerebral alterada. Paralelo a esta argumentación, el concepto de que cualquier cerebro es potencialmente epiléptico pero en ciertas personas esta propensión es mayor, puede resultar francamente tranquilizante. Los medicamentos intentan normalizar ese umbral específico para las convulsiones y de esta manera proteger al paciente hasta que se establezca, quizá, un umbral normal por obra de la evolución natural, lo que se suele llamar maduración del sistema nervioso.

### REFERENCIAS

- (1) Sutherland, J. M. y H. Tait. *The epilepsies*. Londres: E. & S. Livingstone Ltd., 1969.
- (2) De Castro, P., J. M. Sacristan, G. Moya y F. R. Sanabra. *Síndromes epilépticos*. Madrid: Librería Científico-Médica Española, 1960.
- (3) Marchand, L. y J. De Ajuriaguerra. *Epilepsies*. París: Desclée de Brouwer & Cie., 1948.
- (4) Delaveleye, R. *Le problème de l'hérédité dans les syndromes épileptiques*. París: Expansion Scientifique Française, 1969.
- (5) Slater, E. y M. Roth. *Clinical Psychiatry*. Londres: Baillière, Tindall and Cassell, 1954.
- (6) Kraepelin, E. *Introduction à la psychiatrie clinique*. París: Vigot Frères, Editeurs, 1907.

- (7) Ey, H., P. Bernard y Ch. Brisset. *Manuel de Psychiatrie*. París: Masson & Cie., 1963.
- (8) Pérez de Francisco, C. *Dimensiones de la psiquiatría contemporánea*. México, D.F.: La Prensa Médica Mexicana, 1972.
- (9) Kerbikov, O. V. y N. I. Oseretzki. *Manual de Psiquiatría. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*. Vol. V. Número Extraordinario. La Habana, Cuba, 1965.
- (10) Nieto, D. y A. Escobar. Epilepsy. En: J. Minckler (ed.). *Pathology of the nervous system*. Vol. III. Nueva York: McGraw-Hill, 1972.
- (11) Michaux, L. *Psychiatrie infantile*. París: Presses Universitaires de France, 1965.
- (12) Gregory, Ian. *Fundamentals of psychiatry*. Toronto: W. B. Saunders Company, 1968.
- (13) Enciclopedia Médico-Quirúrgica. *Neurología*. París, 1929. (Especialmente los trabajos contenidos en el tomo II.)
- (14) Enciclopedia Médico-Quirúrgica. *Psiquiatría*. París, 1929. (Diferentes trabajos distribuidos en varios tomos, pero en particular los referentes a "Establecimientos especializados" del Tomo VI.)
- (15) Crowcroft, A. *La locura*. Madrid: Alianza Editorial, 1971.

## TUBERCULOSIS

Las cifras provisionales publicadas recientemente por *Statistics Canada* señalan que el número de casos de tuberculosis (1,014) notificados en Canadá durante el primer semestre de 1976 es 23% menor que para el mismo período de 1975 (1,320). El número de casos activos nuevos disminuyó en 21% y el de reactivados en casi 40%.

Se observa nuevamente de qué manera influyen las personas nacidas en el extranjero, residentes en Canadá, sobre la incidencia de la tuberculosis. Del total de notificaciones, 287 casos (28%) ocurrieron entre inmigrantes.

Los exámenes de laboratorio confirmaron 661 casos (65%) del total notificado. De estos, 41% fueron confirmados por frotis y cultivo y 24% por cultivo solamente. Cincuenta y seis casos (6%) resultaron positivos solo por microscopia, mientras que 215 (21%) tuvieron resultados bacteriológicos negativos y 82 (8%) no fueron investigados bacteriológicamente. (Salud y Bienestar, *Canada Diseases Weekly Report*, Vol. 2, No. 47, 1976.)

[OSP, *Informe Epidemiológico Semanal*, Vol. 49, No. 3, 19 de enero de 1977.]