

**ADAPTACION DE UN PROTOCOLO DE APROXIMACION
NEUROPSICOLOGICA EN PACIENTE ADULTOS CON
EPILEPSIA**

YACIRA LUNA

MONICA ROMERO

FRANCISCO DIAZ-GRANADOS

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA TECNOLÓGICA DE
BOLIVAR**

JUNIO DE 2003

OBJETIVO GENERAL

Adaptación de un protocolo de aproximación a la evaluación neuropsicológica en pacientes adultos con epilepsia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar las funciones cognitivas que más se deterioran en un paciente epilépticos adulto a través del protocolo.
2. Hacer un programa de intervención en un paciente con epilepsia.

Justificación

La epilepsia es un trastorno neurológico cuya etiología puede ser resultado de anomalías congénitas, infecciones, tumores, enfermedades vasculares, enfermedades degenerativas o lesiones, entre otras. Además se cuenta con información de que más de las tres cuartas partes de los pacientes con epilepsias debutan antes de los 18 años según la Comisión para el Control de la Epilepsia y sus Consecuencias, y que la incidencia aumenta rápidamente otra vez después de los cincuenta años, reflejando alteraciones vistas con mas frecuencia en la población de más edad (Hauser y Kurland, 1978).

Uno de los objetivos más importantes en neuropsicología de la epilepsia es describir el estado cognitivo del paciente, así como conocer el deterioro o mejoría de las funciones superiores, que la evolución de la enfermedad y los distintos tipos de tratamiento producen en el sujeto epiléptico.

Para nuestro trabajo como psicólogos las principales preocupaciones con respecto a la epilepsia son la consideración de un diagnostico de epilepsia en un paciente con síntomas psicológicos, las ramificaciones psicosociales que implica un diagnostico de epilepsia para un paciente, y los efectos psicológicos y cognitivos de las drogas antiepilépticas. Con relación a la primera de estas preocupaciones, del 30% al 50% de todas las personas epilépticas tienen dificultades psicológicas en algún momento del curso de su enfermedad. Los síntomas comportamentales más comunes de la epilepsia son cambios de personalidad, seguidos de psicosis, violencia, depresión y deterioro cognitivo.

Para nosotros es de gran preocupación, partiendo de la frecuencia de presentación de este trastorno en nuestro medio, saber como incide la epilepsia y sus variables en el deterioro de los procesos cognoscitivos, y en el aspecto social, brindar a estas personas y a sus familias acceso a toda la información sobre epilepsia disponible actualmente; ya que la

comunicación entre las personas epilépticas y sus familiares es mucho más reconfortante cuando alcanzan cierto nivel de conocimiento acerca del tema, eliminando el miedo y los prejuicios sobre esta enfermedad.

Con un protocolo pretendemos explorar de manera exhaustiva las consecuencias y los problemas psicológicos y sociales que surgen por la enfermedad. Con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente, logrando que la personalidad la conducta y/o las actitudes de una persona con epilepsia sean más productivas, más positivas y contribuyan a engrandecer su desempeño.

MARCO TEORICO

La palabra epilepsia proviene de la palabra griega *epilepsia*, que significa ser agarrado, atacado o atrapado. Gram, L., Dam, M. (1995).

Los antiguos griegos consideraban la epilepsia como un fenómeno sobrenatural, la enfermedad divina. Para su forma de pensamiento, sólo un dios podía arrojar las personas al suelo, privarlas de su sentido, producirles convulsiones y llevarlas nuevamente a la vida, aparentemente muy poco afectadas. Hipócrates, medico griego que vivió alrededor del 450 a.C., argumento en contra de esta idea al afirmar que la enfermedad tenia causas muy naturales. También fue el primero en localizar su origen en el encéfalo. Gram, L., Dam, M. (1995).

En los 2.000 años siguientes surgieron tres teorías sobre la causa de la epilepsia en diferentes épocas. Una teoría sostenía que los epilépticos estaban poseídos por espíritus o demonios. Este punto de vista estuvo vigente en la época de cristo de acuerdo al relato de Marcos, (capítulo 9, versículo 17 a 27); Jesús eliminó los espíritus diabólicos de un hombre joven que había tenido ataques desde la infancia. Como medida de

protección se acostumbraba escupir a las personas que tenían la enfermedad, para alejar los espíritus diabólicos. Como sucedía con muchas otras enfermedades, las personas creían que este mal estaba controlado por los cuerpos celestes, en el caso de la epilepsia, por la luna. Se pensaba que era especialmente probable que los ataques ocurrieran en época de luna llena, de allí el nombre de “enfermedad de la luna”.

Durante miles de años la humanidad se vio fascinada por los líquidos corporales. Se pensaba que los cuatro más importantes eran la sangre, la bilis negra, la roja y la flema. Se creía que la causa de la epilepsia era una producción de flema en las arterias que conducían a la cabeza, lo que provocaba un corte del aporte de aire. Se pensaba que la sangre solo circulaba en las venas, es decir, los vasos sanguíneos que transportaban la sangre al corazón, mientras que las arterias llevaban aire. La vista de la espuma alrededor de la época de una persona que sufría un ataque era citada como prueba de la acumulación de la flema. Galeno, quien vivió aproximadamente 100 años a.C., pensaba que la flema se formaba en un brazo o una pierna y desde ahí se extendía al resto del organismo, esto se utilizó para explicar que las convulsiones pudieran comenzar en un brazo o una pierna y extenderse al resto del cuerpo. Se utilizaba el torniquete como tratamiento e incluso se recurría a la amputación, ya que se sabía que detenía la diseminación de las sustancias nocivas en casos de mordedura de víbora. Si las crisis no tenían un inicio localizado, se utilizaba un método más drástico para eliminar la flema, se pensaba que había alcanzado la cabeza. Se llevaba a cabo una trepanación. Se perforaba un hueco triangular en el cráneo para crear un drenaje. Estos agujeros se realizaban a menudo en la parte posterior del cráneo, ya que se pensaba que la flema se hundía hasta la parte inferior de la cavidad craneana.

Durante un tiempo se creyó que la epilepsia era una enfermedad infecciosa, causada por toxinas, que atacaba al cuerpo desde afuera. Las convulsiones era los intentos del organismo por liberarse de las sustancias

nocivas, exactamente de la misma forma en que se pensaba que el hipo era el intento del estomago de evacuar el alimento dañino. La sospecha acerca de la naturaleza infecciosa de la epilepsia genero una marcada discriminación social contra los que la padecían. Entonces, como ahora, la enfermedad se consideraba a menudo como una maldición, como algo que uno podía desear para los peores enemigos. Gram, L., Dam, M. (1995).

De todos los muchos tipos de tratamiento para la epilepsia mencionados en manuscritos históricos, actualmente podemos observar que, hasta finales del siglo pasado, no existía ninguna forma única de tratamiento.

La O.M.S. en 1997, define la epilepsia como un trastorno cerebral crónico de diversa etiología, caracterizados por crisis “convulsivas” recurrentes debido a la excesiva descarga neuronal. Los diferentes tipos de crisis en personas epilépticas puede clasificarse de muchas formas: por síntomas, por la causa de la epilepsia, por el área del encéfalo donde se originan las descargas eléctricas anómalas o por los cambios observados en el EEG.

Es necesario clasificar las crisis epilépticas dado que el tratamiento difiere según el tipo de crisis. Considerado de una perspectiva mas amplia, esta clasificación permite que los médicos tanto a nivel nacional como internacional, hablan el mismo lenguaje y, como consecuencia, puedan intercambiar tanto los resultados de la investigación como su experiencia en el tratamiento.

La clasificación internacional utilizada actualmente tiene en cuenta los síntomas observados durante una crisis y la localización de la actividad eléctrica anómala en el encéfalo. Las crisis epilépticas pueden dividirse en los siguientes grupos:

Crisis generalizadas:

Las descargas anómalas que generan crisis generalizadas se originan en la porción central del encéfalo y se extienden simultáneamente a toda la superficie, en una interacción entre la corteza cerebral y el centro del encéfalo. La persona que se encuentra en esta situación rara vez sabe que va a producirse una crisis. Las descargas eléctricas generalizadas en el encéfalo siempre conducen a pérdida de la conciencia.

Se han identificado los siguientes tipos de crisis generalizadas:

Convulsiones Generalizadas:

Anteriormente las convulsiones generalizadas solían recibir el nombre de “Gran Mal” o “enfermedad de la caída”. La persona cae al suelo sin advertencia, a veces con un grito. La respiración se detiene y los brazos y las piernas se tornan rígidos (fase tónica), luego de lo cual la persona comienza a temblar y a sacudirse (fase clónica). Después la persona yace quieta a menudo con el rostro azul, hasta que la respiración normal se reanuda sola. La mayoría de las personas caen en un sueño profundo después de una crisis, por un periodo mas breve o mas prolongado. Esto a menudo conduce al concepto equivocado de que siguen estando inconscientes. De hecho, se trata solo de un sueño muy profundo.

Durante la crisis la persona puede largar espuma por la boca. Ello es causado por la formación de saliva y moco en la garganta. Si la persona se muerde la lengua durante la crisis, la mezcla resultante de espuma y sangre parecer muy dramática. Las mordeduras de la lengua y las mejillas no son muy peligrosas, aunque pueden doler durante algunos días. Casi siempre son heridas superficiales que cicatrizan rápidamente. No existe ningún registro de una persona que se haya mordido la lengua fuera de una crisis. Gram, L., Dam, M. (1995).

Algunas personas pueden perder el control vesical y rectal durante una crisis. Al despertar no tiene memoria de lo sucedido; a menudo se encuentran cansada y pueden presentar cefaleas y dolor muscular por todo el esfuerzo por lo que han atravesado. Las crisis pueden variar en duración, de 1 a 2 minutos. Las crisis pueden presentarse a cualquier hora del día o por la noche.

Ausencias:

Las ausencias también conocidas, “pequeño mal” o crisis menores ocurren en varios tipos de epilepsia infantil, pero también pueden ocurrir en raros casos en adultos. Las crisis se inicia sin advertencia y consiste en intervalos breves de pérdida de la conciencia durante los cuales el niño esta temporariamente desconectado. En casi todos los casos la crisis dura tan poco que se conserva la tensión muscular, o tono, y el niño no se cae. Durante las crisis es posible observar parpadeo, retroversión ocular, tracción o contracciones faciales, pero estos síntomas no son muy pronunciados. Las crisis cesan de forma tan súbita como se inician y se recupera de inmediato la conciencia normal. En contraste con todos los otros tipos de crisis, las ausencias ocurren con mucha frecuencia, a menudo varios cientos de veces por día. Rosenzweig, M., Leiman, A. (1992).

Crisis Parciales:

En contraste con las crisis generalizadas, las crisis parciales son causadas por descargas eléctricas, anormales en un área localizada del encéfalo. Los síntomas observados durante este tipo de crisis dependen del área encefálica anormal ya sea que se mantengan localizadas o se extiendan a todo el encéfalo. Existen dos tipos de crisis: crisis parciales simples y crisis parciales complejas.

Crisis Parciales Simples:

Las crisis parciales simples se definen como crisis causadas por descargas anormales localizadas que no afectan la conciencia. Las crisis parciales simples pueden evolucionar a crisis parciales complejas si saltera la conciencia. Las crisis parciales simple son iguales al Aura.

Cuando la crisis comienza en un área localizada del encéfalo la persona a menudo experimenta un aura: advertencia de que ha comenzado una crisis, Esta aura puede diferir ampliamente de una persona a otra pero suele ser igual cada vez en un individuo, ya que las descargas eléctricas anormales ocurren siempre en la misma área. El aura más habitual es una sensación poco característica en el cuerpo, que se origina en el estomago y llega a la cabeza, pero también puede comprender luz, sonido, olfato, gusto u otras sensaciones. Rosenzweig, M., Leiman, A. (1992).

Crisis Parciales Complejas:

Las crisis parciales complejas pueden definirse como crisis causadas por una descarga a normal localizada que conduce a una alteración de la conciencia. Las crisis parciales complejas pueden presentarse de dos formas. Las crisis parciales simples puede evolucionar a crisis parciales complejas o la conciencia puede estar alterada desde el comienzo. En las crisis parciales complejas las descargas anormales están localizadas principalmente en los lóbulos temporales, de allí el nombre de la epilepsia del lóbulo temporal.

Durante las crisis aparece el automatismo, el cual consiste en movimientos automáticos en los cuales las personas pueden tironear de sus vestimentas o manipular cosas que le rodean. Es común observar

chasqueo de los labios, masticación, gesticulación y otros movimientos repetitivos y sin propósito denominados estereotipias.

Durante las crisis mas prolongadas el automatismo puede tornarse mas complicado, ya que la persona puede llevar a cabo tareas complicadas con propósito y después no tener ninguna memoria de haberlo hecho. Por ejemplo, una persona que maneja un automóvil puede llegar a un lugar diferente y alejado d la ruta prevista.

Tanto las crisis parciales simples como en las complejas las descargas eléctricas pueden extenderse a todo el encéfalo. Esto se denomina generalización secundaria y conduce a que la crisis termine con convulsiones generalizadas y perdida del conocimiento, posiblemente, precedido por una serie de síntomas de lento desarrollo. Rosenzweig, M., Leiman, A. (1992).

Estado de Mal Epiléptico

El estado de mal epiléptico es un estado que en el cual una crisis sigue la otra sin que la persona recupere la conciencia entre las crisis. Esta definición solo cubre el estado de mal epiléptico con crisis generalizadas. El estado de mal epiléptico también puede ocurrir con otro tipo de crisis. Pueden producirse como convulsiones repetidas, parciales o generalizadas, o solo como un estado constante de lejanía,, en el caso de las crisis parciales complejas o las ausencias repetidas. El estado de mal epiléptico con crisis generalizadas es cuestión de vida o muerte y es una de las pocas situaciones realmente grave para una persona epiléptica.

Se necesita hospitalización inmediata de tratamiento para evitar las complicaciones, que consisten en la perdida de grandes células nerviosas y falta de oxígeno en el encéfalo, lo que ocasiona un edema que reduce

aun más su irrigación. También existe el riesgo de una función renal reducida.

Las causas más comunes consisten en mal tratamiento de una epilepsia ya conocida, una transición demasiado rápida de un fármaco a otro o, en algunos casos, las personas olvidan ingerir su medicación. Rosenzweig, M., Leiman, A. (1992).

Síntomas Cognoscitivos y Conductuales de la Epilepsia .

La función cognitiva es una compleja interacción de las capacidades motivacionales e intelectuales. La relación disminuye en el nivel de funcionamiento cognitivo en las personas con epilepsia, lo que sugiere que el daño cerebral puede asociarse posiblemente con los ataques. De hecho, la presencia de ataques epilépticos se ha relacionado con niveles significativamente bajos de las capacidades psicomotoras y adaptativas de las personas con epilepsia, en comparación con los controles normales. El tipo de ataque y otras variables medicas como la edad de inicio, la frecuencia de ataques y el historial de los mismos, son factores que se cree que se asocian con cambios en el estado cognitivo de las personas con epilepsia.

Alteración de las funciones cognitivas en la epilepsia

Siendo la memoria es la alteración mas frecuente en las epilepsias, otras funciones como la atención, el lenguaje, la memoria, la praxis y el pensamiento parecen estar alteradas, siempre en función de las áreas cerebrales implicadas.

Atención

Los estudios de atención en la epilepsia han revelado datos de gran interés. Ya en la década de los 60, Lansdell y Mirsky indicaban que los pacientes con crisis generalizada presentaban mas déficit en tareas de atención sostenida que los pacientes con crisis parciales, aunque estos últimos mostraban mas déficit en la capacidad de atención selectiva. En general, estos déficit pueden deberse a los fármacos antiepilépticos en muchos casos.

Los problemas de atención se han señalado en personas con crisis, especialmente en crisis generalizadas. Además los autores antes mencionados sugirieron que el mantenimiento de la atención depende del funcionamiento normal de las estructuras subcorticales centrales y Penfield y Jasper especularon que el lugar de inicio de la descarga patológica en las crisis generalizadas se encuentran en la región subcortical y posiblemente en el área del sistema reticular no especifico. Otros informes mostraban que los pacientes con crisis generalizadas actuaban peor en las tareas de una cierta atención continua que los pacientes con crisis parciales.

Mas recientemente, Prevey propuso que los sistemas de estimulación subcortical central del cerebro se interrumpen temporalmente durante la crisis generalizada, lo que puede conducir al daño hipoxicometabolico o la muerte celular por los efectos excitotoxicos. Además, los pacientes con crisis secundarias generalizadas pueden sufrir mas daño estructural.

Memoria:

La memoria es una de las funciones mas investigadas ya que es la queja frecuente de los pacientes epilépticos. Las lesiones de las áreas mesiales del lóbulo temporal se ha relacionado con déficit de memoria declarativa

de tipo episódico y las lesiones prefrontales, con las alteraciones de la denominada memoria de trabajo. Los pacientes con epilepsias temporales muestran déficit de memoria básicamente en tareas de recuerdo libre; para material verbal, relacionadas con el lóbulo temporal dominante para el lenguaje, y para material visoespacial para el lóbulo temporal no dominante. Los pacientes en los que las crisis se han mantenido durante periodos prolongados presentan déficit de memoria as graves que aquellos con tiempo de evolución. Las epilepsias frontales muestran déficit de la capacidad de memoria de trabajo y flexibilidad de la conducta.

El hipocampo desempeña un papel único en el aprendizaje humano y en la memoria, que es particularmente esencial para la consolidación de la nueva información en el procesamiento a largo plazo. Debido al papel específico del hipocampo, la memoria y los trastornos de aprendizaje son muy comunes entre las personas cuyos focos epilépticos se encuentran dentro del lóbulo temporal. De hecho, estudios realizados tanto en niños como en adultos han mostrado que los pacientes con crisis parciales complejas que se originan en el lóbulo temporal presentan mayores déficit memorísticos.

No solo el hipocampo, sino también la amígdala y el giro hipocampal son las estructuras conocidas que sufren posibles daños por la epilepsia del lóbulo temporal. Los problemas de memoria son particularmente aparente en el retraso memorístico. Se ha observado en adultos y en niños el daño de la memoria que incluye el material verbal y el no verbal en la epilepsia parcial y en una depresión leve de la memoria no verbal en la epilepsia generalizada. Los problemas de memoria parecen ser mas graves en pacientes con crisis parciales que con crisis generalizadas.

Lenguaje:

En el lenguaje, además de la afasia adquirida que cursa con el síndrome de Landau-Kleffner, se han descrito otras alteraciones lingüísticas como la

anomia o la hipergrafia. Estudios más recientes revelan que, respecto a un grupo control, los pacientes con focos en el lóbulo temporal dominante para el lenguaje muestran más dificultades en la realización de pruebas neuropsicológicas del lenguaje.

Pensamiento:

Las personas con epilepsia se consideran así mismos estigmatizados. Su auto imagen es negativa la cual esta asociada a las dificultades que se presentan en los trabajos, limitaciones sociales y educación todas estas relacionadas directamente con la enfermedad. Ryan y cols., 1980.

Estado de Animo:

La depresión es el trastorno mental más frecuente en la epilepsia, entre la manifestaciones depresivas se encuentran las denominadas depresiones reactivas a la vivencia de la enfermedad epiléptica, la estigmatización, la frustración sociolaborales y personales, etc., que se convierten posteriormente en trastornos depresivos mayores especialmente al inicio del curso de la enfermedad, cuando el paciente debe esforzarse en entenderla. Nos obstante, el 80% de los pacientes epilépticos informa sentimientos de depresión, y hasta un 40% de los afectados padecen depresión endógena. Además, estos pacientes presentan una alta tasa de suicidio.

Comportamiento:

Los estudios revelan que los pacientes con focalidad prefrontal muestran alteraciones en la planificación, inhibición y flexibilidad de la conducta que influyen en la ejecución del acto motor.

El miedo y la agresión son dos características comunes de la personalidad en los pacientes con epilepsia. La agresión anormal presente en algunos pacientes esta influida por el temprano comienzo de la enfermedad de además de dificultades psicosociales y educacionales, empobrecimiento de la inteligencia, dificultades socio-económicas y pobre dinámica familiar con abuso físico etc.

Personalidad:

Respecto a la existencia de una personalidad epiléptica, las divergencias teóricas son aun más acentuadas. Pueden encontrarse autores que defienden la existencia de una personalidad epiléptica o síndrome comportamental específico y otros que afirman que este fenómeno esta aun por demostrar. Cualquier profesional en contacto con pacientes epilépticos podría afirmar la existencia de rasgos de personalidad diferentes en grupos de pacientes epilépticos. No obstante, factores tales como: a) efectos secundarios farmacológicos, b) duración de la enfermedad, c) tipo de epilepsia, d) variables emocionales y e) neuropsicológicas, y estructura familiar, entre otros podrían aportar luz sobre la existencia de patrones estables y diferenciales en la personalidad de los epilépticos observados en la clínica.

Impacto social , familiar e individual

Los pacientes con epilepsia tienen en muchas ocasiones afectada su calidad de vida, no a consecuencia de la enfermedad, sino por la discriminación y los prejuicios a los que se ven sometidos por parte de la sociedad. Sin duda, en la inmensa mayoría de los casos dichos conceptos son producto de la ignorancia y la desinformación.

Relatos vivenciales acerca de la familia, los mitos, el trabajo, etc., han acercado al paciente con epilepsia a conocer realidades iguales y distintas a la suya. Esto le ha permitido evaluar sus propias posibilidades y darse cuenta, al mismo tiempo, de su potencial; y ya desde un lugar distinto comenzar a desarrollarlo. Pero este proceso de cambio no ha sido ni es fácil, dadas las características del mismo y los tiempos que cada uno tiene y necesita manejar.

En los vínculos familiares se pueden dar lazos conflictivos que dificulten el desarrollo de las distintas capacidades del individuo, tenga o no una afección.

Al no tener un origen certero, cuando la epilepsia comienza a edad temprana, algunos padres cuestionan en qué medida son responsables de que exista la afección en el hijo, por falta de cuidado en los primeros años o bien por factores hereditarios. Es así que surge la necesidad de contrarrestar este sentimiento, a través de la sobreprotección. En el extremo opuesto se encuentran aquellos a quienes se les hace intolerable este cuestionamiento, y reaccionan desvinculándose total o parcialmente del hijo afectado. Una manera en que se evidencian estos sentimientos en los padres es en la típica frase: "Qué habré hecho yo para merecer esto". Frente a estos planteos pueden aparecer respuestas desde alguna religión, los mitos, etc. y en consecuencia, la culpa por el destino que les ha tocado. Esto va a jugar en contra de la familia y el paciente no podrá vislumbrar los aspectos positivos de unos y otros, siendo la piedra fundamental para convivir con su afección el afecto y la buena comunicación.

La convivencia con la epilepsia depende en gran medida del trato social del medio en que cada uno se desenvuelve. El aprendizaje sobre los cuidados frente a las crisis es primordial en el grupo primario, la familia. Estos irán delineando las pautas de prevención para evitar riesgos de

acuerdo al tipo de epilepsia, junto con el asesoramiento neurológico, que el individuo aprenderá a instrumentar por sí mismo en la adultez. Lamentablemente en una familia enajenada por el miedo, los prejuicios y la ignorancia, habrá confusión sobre estas pautas. Todo lo que la familia quiere y puede hacer por el que tiene epilepsia, será ineficaz. Por eso sostenemos el valor del trabajo en conjunto desde la atención profesional y de los pacientes concurrendo a grupos de autoayuda para un resultado más efectivo.

Individual

La epilepsia no impide desarrollarse física y mentalmente.

A continuación se encontrarán cuatro apartados que dan a conocer los diversos aspectos de la vida que deben ser manejados por el paciente epiléptico.

Actividad sexual

Una persona que sufre epilepsia no es distinta a las demás, excepto en los momentos en que presenta la crisis.

La actividad sexual no se ve afectada por su padecimiento, así como tampoco los antiepilépticos tienen efectos secundarios sobre el impulso sexual.

Embarazo

Para todas las mujeres el periodo de embarazo o gestación es delicado; para quien tiene epilepsia no implica mayor riesgo, siempre y cuando sus crisis estén controladas.

Actividad física

La epilepsia no debe reducir la actividad física, por el contrario, hacer ejercicio y que tener una vida activa puede reducir la frecuencia de las crisis. El paciente con epilepsia puede participar en casi todos los deportes, excepto en aquellos de alto riesgo, como el montañismo o el buceo.

Trabajo

Existen algunas tareas que el paciente no podrá desarrollar, pero hay muchas otras en las que el desempeño no se verá restringido por el padecimiento.

Elegir un empleo dependerá de la capacidad que se requiera para desempeñarlo, así como del riesgo que implique para la salud del paciente, considerando la posibilidad de una crisis durante el desempeño de las labores.

Evaluación neuropsicológica

La evaluación Neuropsicológica, esta dirigida inicialmente a estimar el nivel de funcionamiento cognitivo de los pacientes. Consiste en pruebas diferentes que evalúan la memoria, la atención, el pensamiento, el lenguaje y la praxis de las personas. Se investiga su capacidad para

resolver problemas y el tiempo que tarda en hacerlo. Otras pruebas se utilizan para evaluar la facultades de razonamiento y comprensión.

Las pruebas neuropsicológicas pueden utilizarse de muchas formas. Si ha habido daño encefálico estas pruebas pueden mostrar la extensión de ese daño y en caso de enfermedad encefálico localizada, pueden permitir ubicarla.

Además, la evaluación neuropsicológica permite, por un lado, describir el estado cognitivo del paciente epiléptico y, por otro, colaborar en la localización del complejo lesivo Epileptógeno. Mc Glone J. 1994. Citado por F. Maestù, P. Martìn, R.G. Sola, T. Ortiz.

La evaluación neuropsicológica valora las capacidades cognitivas de un determinado paciente epiléptico, e incluye un intento de integración e interpretación del contexto de la enfermedad epiléptica de base. Esta evaluación suele incluir la revisión de aspectos familiares y sociales, historia escolar y laboral y aspectos de tipo emocional y psiquiátrico. En otras ocasiones, pueden ser útiles aspectos referentes a la personalidad o vacacionales. Es decir, el tipo de valoración neuropsicológica y el uso de esta información varía en función del papel del neuropsicólogo y las necesidades del paciente.

El neuropsicólogo pueden desempeñar un papel importante: en la obtención de respuestas a preguntas significativas para el tratamiento médico; por ejemplo, aspectos de localización hemisférica crítica, evidencia de deterioro cognitivo progresivo y, por lo tanto, progresión de la enfermedad, y valoración de la posible afectación de las funciones cognitivas por la medicación. Valorar y diferenciar la auténtica disfunción neuropsicológica de problemas relacionados con ella de tipo emocional como la ansiedad y la depresión. La evaluación neuropsicológica puede ayudar a mejorar la autoestima y las relaciones sociales del paciente. Ryan R, Kempner K, 1980 Citado por J.A. Mauri-Llerda, L.F. Pascual-Millán.

Consideraciones para la realización de la evaluación

Pruebas utilizadas en los adultos

Las prueba empleadas en este trabajo se detallan a continuación:

1) *Test de aprendizaje verbal de California*. Se trata de una prueba de memoria episódica para el material verbal. Esta prueba consiste en una primera lista de 16 palabras (lista A) que se administra cinco veces. Las palabras de esta lista pertenecen a cuatro categorías (herramientas, frutas, aliños y condimentos y prendas de vestir). Justo después del quinto ensayo de aprendizaje, se administra otra lista diferente (lista B), con dos de sus cuatro categorías compartidas con la lista A. (comparte frutas y aliños y condimentos y no comparte utensilios de cocina y pescados). Tras la administración una sola vez de la lista B se pide el recuerdo libre y posteriormente con claves de la lista A. Después de 20 minutos de haber realizado el recuerdo con claves, se pide de nuevo al paciente que recuerde, primero libre y luego con claves, la lista A. Por último se realiza un ensayo de reconocimiento, en la que las 16 palabras de la lista A se mezclan con algunas de la lista B; otras palabras relacionadas semántica y fonológicamente con las de la lista A, y otras palabras con las que no guarden relación alguna.

2) *Test de reproducción y copia de la figura compleja de Rey*. Esta prueba inicia con la presentación al paciente de una figura que ha de copiar. El paciente ha de reproducirla de memoria 3 minutos después y se mide así el recuerdo y el aprendizaje. Esta prueba permite descartar posibles apraxias lo que resulta fundamental en una prueba de reproducción de memoria pues hay que descartar que una mala ejecución se deba a la incapacidad de reproducir la figura y de no recordarla.

3) *Prueba digito-símbolo*. Tiene una duración de 2 minutos y consiste en la comprensión y aplicación de un patrón o secuencias de figuras asociadas a números.

4) *Prueba de serie de dígitos*. Tiempo de duración 5 minutos; consiste en dos etapas una de repetición de números del 0 al 9 en series de 2, 3, 4, 5 y 6 cifras; y la otra en orden de regresión; igualmente de números del 0 al 9 y en las series.

Tratamientos

Terapia Farmacológica

En 1942 Lennox, fue uno de los primeros autores en referirse al posible deterioro cognitivo producido por los fármacos antiepilépticos y llegó a decir: “algunos terapeutas, con el fin de extinguir las crisis solo tiene éxito en ahogar los procesos intelectuales más finos en sus pacientes.”

Esta variable es compleja de analizar dado que normalmente no se tiene un estudio neuropsicológico de base antes de que se inicie el tratamiento anticonvulsivante. Además la dosificación farmacológica varía de paciente a paciente, unos pueden necesitar 500 mg y otros 250 mg, ocasionando esta variación en la dosificación posibles efectos diferentes en los procesos cognoscitivos de los pacientes. Además la variable farmacológica puede variar por factores como la edad, sexo, nivel de escolaridad, tipo de crisis, etiología, edad en la que inician los ataques y otras que varían de sujeto a sujeto. Está descrito que la politerapia (ingesta de dos o más anticonvulsivantes diferentes) producen efectos cognoscitivos adversos que si la persona está en monoterapia.

Este factor está muy relacionado en relación a que los pacientes con monoterapia tienen crisis que se controlan con los anticonvulsivantes y los que están en politerapias suelen tener crisis más graves que no responden a la monoterapia. De estudios con monoterapia con anticonvulsivantes como

fenitoina, fenobarbital, ácido valproico y carbamazepina se encontró que los barbitúricos son los fármacos que más efectos adversos cognoscitivos producen y los pacientes tratados con carbamazepina suelen tener mejores respuestas en las tareas de atención y memoria.

Frecuentemente los pacientes que reciben una o varias de las medicaciones antiepilépticas refieren síntomas de somnolencia y trastornos de equilibrio. Por otra parte los signos gastrointestinales, como náuseas, epigastralgia, y alteraciones del apetito son frecuentes. Algunos individuos presentan trastornos cognoscitivos. No son infrecuentes las manifestaciones dermatológicas.

Obliga suspender un antiepiléptico cuando se desarrolla un síndrome de Stevens-Johnson, o cualquier otra reacción severa dermatológica. Igualmente si hay alguna evidencia sugestiva de una anemia aplásica o megaloblástica. Debe considerarse la suspensión de un anti-epiléptico si el sujeto presenta trastornos depresivos severos o psicosis. Por otra parte si existe una intolerancia gástrica marcada o evidencia de hepatitis o pancreatitis.

De no lograr una efectividad en el control de las crisis, sólo después de un diagnóstico acertado del tipo de crisis y síndrome epiléptico por una parte, y de asegurar una adecuada adherencia al esquema terapéutico y haber llegado a dosis máximas tolerables por la otra, debe considerarse un fracaso terapéutico. Adicionalmente se evalúa si ha habido tiempo suficiente para que el medicamento haya llegado al estado estable. No deben existir dudas sobre la calidad de la medicación seleccionada.

Antes de hacer cualquier cambio en dosis o medicación, se evalúa si ha habido tiempo suficiente para llegar al estado estable que corresponde en general a 5 vidas medias del medicamento. Considerar tempranamente una ínter consulta o remisión al especialista en caso de fracaso terapéutico. La conducta a seguir ante un fracaso terapéutico es en principio, nunca dejar desprotegido al paciente retirando rápidamente el medicamento que fracasó. Considerar la adición de una segunda medicación de primera línea llevándola gradualmente a dosis adecuadas. Retirar lentamente la original buscando quedar en monoterapia con la segunda alternativa. Existen sin embargo algunos síndromes que pueden requerir la adición de una segunda medicación. En este caso se debe confirmar la falta de efectividad de la monoterapia y seleccionar un segundo medicamento que tenga un mecanismo de acción diferente al que estuviese recibiendo.

Cirugía de epilepsia

Las principales indicaciones para la cirugía de epilepsia son como alternativa terapéutica del paciente con epilepsia intratable médicamente y en segundo lugar en los casos que se ha demostrado una utilidad de la cirugía temprana.

Se considera que un caso de epilepsia es intratable médicamente cuando falta un control completo o respuesta a pesar de tener un diagnóstico adecuado y haber tratado con distintas medicaciones seleccionadas correctamente en las dosis máxima tolerables y por un tiempo adecuado. Por otra parte el paciente con una epilepsia médicamente intratable debe tener un compromiso en la calidad de vida. En general aproximadamente 15 a 20% en pacientes con epilepsia terminan en la categoría de ser intratables médicamente.

Las categorías que se benefician de una cirugía temprana caen en el grupo de las crisis generalizadas del tipo atónico o breves (DROT ataques) , las crisis altamente estereotipadas con un foco demostrado por EEG unilateral y una imagen diagnostica que muestra una lesión convergente. Los pacientes en los cuales se demuestra un trastorno de migración neuronal y ciertas epilepsias y síndromes epilépticos en los cuales se ha demostrado una utilidad de la cirugía temprana.

La intervención debe considerarse cuando no se ha podido controlar la epilepsia de una persona en el transcurso de los dos primeros años de tratamiento.

No es posible hablar de un numero partícula de crisis por mes como definición de un caso de epilepsia resistente a la medicación. La definición debe descansar en parte en el numero de crisis por mes y en parte en le grado de inconvenientes que estas crisis producen en las personas.

De la misma forma, debe prestarse atención al estrés que produce el tratamiento medico. Si una persona esta libre de crisis pero presenta signos de intoxicación crónica por el tratamiento debe considerarse el tratamiento quirúrgico. El logro de un buen resultado exige una historia personal lo suficientemente estable. Esto significa que el apoyo de al familia y los amigos sean lo bastante fuerte como para ayudar a la persona a atravesarlos numerosos exámenes previos a la intervención. También es importante que el individuo con epilepsia cuente con apoyo y conocimiento en relación con la operación y el periodo que le sigue.

Debe cumplir ciertas condiciones antes de que las personas puedan ser evaluadas para una posible operación.

Los pacientes con crisis parciales simples o complejas, asociadas con crisis convulsivas generalizadas o no, en quienes el tratamiento con los principales anticonvulsivantes así como aquellos que todavía no se

comercializan no ha podido controlar su epilepsia, son candidatos típicos para la operación. Deben pasar a lo sumo 2 años probando los diferentes preparados antes de tomar la decisión sobre una posible intervención quirúrgica. La razón es evitar el daño encefálico de muchas crisis antes de poder llevar a cabo la operación.

Algunos factores predisponen contra la posibilidad de una intervención. No se pueden operar las personas que tienen focos epilépticos localizados en ambos hemisferios y en las que no es posible determinar que foco inicia todas las crisis.

No se pueden operar las personas con enfermedad somática que no pueden tolerar una intervención neuroquirúrgica. Tampoco puede operarse las personas con una enfermedad mental grave si el tratamiento neuroquirúrgico empeoraría su enfermedad.

No se puede operar las personas que presentan crisis psicógenas además de sus crisis epilépticas. Si las crisis psicógenas no pueden ser tratadas por un psiquiatra, puede ser difícil diferenciar entre crisis psicógenas y crisis epilépticas. Esto es lamentable ya que las crisis psicógenas suelen aumentar en frecuencia cuando ya no ocurren crisis epilépticas.

Tradicionalmente se pensaba que la lobectomía temporal, además de reducir o dejar libre de crisis a estos pacientes, producía cierto deterioro cognitivo, fundamentalmente en los procesos de memoria. La descripción del denominado paciente "HM" al que, en 1953, se le practicó una resección bilateral del hipocampo, produciéndose una amnesia severa que aun no se mantiene, fue la primera evidencia de las consecuencias negativas de la cirugía de epilepsia. Mas recientemente se han descritos algunos casos similares con amnesia menos graves que en "HM". La moderna técnica de neuroimagen han permitido que se puedan detectar, en las fases preparatorias, a los pacientes que muestran el área

epileptogena en un hemisferio pero el área lesiva en el lóbulo contralateral, y por tanto actualmente se producen pocos casos similares.

Después de esta primera época se continuaron llevando a cabo resecciones a pacientes epilépticos, pero se limitaron a un único lóbulo temporal. La neuropsicología, siempre en paralelo a la neurocirugía de la epilepsia, continuo estudiando a estos pacientes con resultados más satisfactorios. A mediados de la década de los 70, Milner demostró una mejoría en la memoria verbal en individuos a quienes se le había realizado una resección temporal derecha. Posteriormente y en la misma línea, Novelly postulo que la mejoría se relacionaba con las funciones contralaterales al lugar de la lesión(tanto derechas como izquierdas). Actualmente, distintos autores han refutado esos resultados.

A partir de estos datos la neuropsicología ha sido capaz de predecir el riesgo de deterioro o mejoría cognitiva de los pacientes que van a someterse a cirugía de epilepsia. Sin embargo es cierto que un numero determinado de individuos sometidos a cirugía experimentan cierto deterioro de sus funciones cognitivas.

Por tanto, los sujetos con mayor riesgo de experimentar un deterioro cognitivo no deberían someterse a este tratamiento. Las resecciones de hemisferio dominante para el lenguaje son las que producen un daño cognitivo más acentuado, manteniéndose la ejecución en las tareas amnésicas en resecciones derechas, incluso en pacientes con altas puntuaciones. Por otro lado, parece que los individuos que muestran preservadas las funciones amnésicas antes de la cirugía son los que peor pronóstico tienen y, por tanto, los que presentaran después de ésta mayor deterioro.

La mayoría de autores coinciden en señalar el deterioro de las funciones ipsilaterales al hemisferio de la resección.

En resumen, el perfil del paciente epiléptico fármacorresistente que presentará peor pronóstico desde el punto de vista neuropsicológico sería un sujeto de edad media con un CI elevado, que mantuviera preservadas las funciones amnésicas.

La neuropsicología en una Unidad de Cirugía de la Epilepsia cobra, por tanto, un papel importante. Colabora en la localización del complejo lesivo epileptogénico y describe el estado cognitivo del paciente, las funciones preservadas y las alteradas, además de señalar los efectos positivos y negativos de la cirugía sobre las funciones superiores.

APOYO PSICOLÓGICO

En las últimas décadas la Psicología ha desarrollado una visión más amplia de los problemas que atiende, tratando de incluir en su intervención un conjunto de variables de diferente naturaleza (cognitivas, conductuales, emocionales, de personalidad y sociales). En este esfuerzo, se ha puesto especial énfasis en la investigación de las variables relacionadas con el funcionamiento social, cuyo cambio constituye una de las consecuencias más comunes e incapacitantes de la epilepsia. Algunos estudios epidemiológicos apuntan a que la prevalencia de estas alteraciones oscila entre el 40 y el 80 % de los casos, dependiendo del tipo y la gravedad del daño. Las manifestaciones clínicas varían desde una leve acentuación de la personalidad premórbida a un cambio sustancial de la personalidad. Así, entre las consecuencias más comunes se describen la inestabilidad emocional, la poca tolerancia a la frustración, la irritabilidad, la agresividad verbal y física, el infantilismo, el egocentrismo, la ansiedad y la disminución de la sensibilidad social. La forma y la intensidad en que se manifiesten estas secuelas dependerán de múltiples factores, entre otros, su personalidad premórbida, la localización y severidad de la lesión, y el entorno del paciente.

Es evidente que la reducción del nivel de habilidades sociales que se observa en estos individuos está notablemente condicionadas por el nivel de funcionamiento general de la persona afectada. Se aprecian déficits a nivel intelectual, cognitivo, conductual y de la comunicación que modifican notablemente el modo, calidad y frecuencia con que estos pacientes se relacionan. Así, por ejemplo, resulta más o menos evidente que un paciente con dificultades de pensamiento abstracto, presentará problemas para adoptar el punto de vista del otro, lo que afecta a su vez a su capacidad de adoptar la perspectiva necesaria en las relaciones entre personas. Las dificultades para ajustar y modificar la comunicación en función de cómo se desarrolla una situación específica o para comprender la relación secuencial entre diferentes hechos, son también ejemplos frecuentes de pacientes con epilepsia. Estas dificultades modifican notablemente el modo, calidad y frecuencia con que éstos se relacionan. Y estas secuelas, que han sido descritas tanto en pacientes adultos, como en niños y adolescentes influyendo negativamente en la calidad de vida de las personas afectadas, condicionando su ajuste familiar, escolar y social, así como su vuelta al entorno laboral.

Estos aspectos psicosociales van a condicionar de forma clara la evolución de los pacientes con epilepsia. De hecho, los estudios de seguimiento más rigurosos y prolongados que consideran la evolución de los aspectos cognitivos, del comportamiento y psicosociales, ponen de relieve la importancia de estas cuestiones y su estrecha relación con el pronóstico final estimado mediante indicadores de calidad de vida.

Por lo anterior el apoyo Psicológico va encaminado en la puesta en marcha de programas de entrenamiento en habilidades sociales como un elemento esencial de la rehabilitación de estos pacientes. De forma resumida, los programas de intervención para personas con epilepsia incluyen diferentes áreas y se pueden agrupar del siguiente modo: a) Entrenamiento en habilidades conversacionales, b) Entrenamiento en

habilidades comprensivas y expresivas, c) Entrenamiento en habilidades pragmáticas, d) Entrenamiento en comunicación no verbal, e) Entrenamiento en asertividad, f) Entrenamiento en resolución de problemas sociales.

Objetivos del apoyo psicológico

1. Dotar a los pacientes de una mejor autonomía personal y social
2. Disminuir las alteraciones producidas por los trastornos cognitivos y neurocomportamentales
3. Mejorar las habilidades interpersonales y sociales.
4. Reducir el impacto emocional.
5. Mejorar la conciencia de enfermedad
6. Intervenir sobre los déficit ejecutivos.
7. Crear un marco de autoayuda.

Adaptación de un protocolo de aproximación a la evaluación neuropsicológica de pacientes adultos con epilepsia

I. IDENTIFICACION:

Nombre: Rocío del Carmen Valderrama

Edad: 38 años

Sexo: Femenino

Escolaridad: Primero de primaria

Lateralidad: Diestra

Estado civil: Soltera

Fecha de evaluación: 10 de Mayo de 2003.

II. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD:

Tipo de la epilepsia: Crisis tónico clónico generalizadas.

Edad de inicio y Evolución: Al año de nacida.

Frecuencia: Las crisis se presentaban con una frecuencia de una crisis diaria, pero desde hace 1 meses están controladas. Recibe tratamiento con Valcote 250 Mg. Tres veces al día.

Estatus epiléptico: Cinco episodios durante su enfermedad.

Exámenes Neurológicos: De acuerdo a sus padres se le han realizado Electroencefalograma (EEG) y TAC. No hubo acceso a los resultados ni ha su historia clínica.

Factor etiológico: Encefalopatía Hipoxica Neonatal. Trabajo de parto duro tres días con comadrona (partera).

Manifestaciones comportamentales y cognoscitiva asociadas a la evolución de la enfermedad (quejas objetivas y subjetivas del paciente)

A. Comportamental

1. Irritabilidad: Se acentúa tres días antes del periodo menstrual. La familia relata que : “ por nada coge rabia” “ a veces viene bien del colegio, otras mal”. Ante estas situaciones los padres manifiestan sentir miedo por lo que ella puede hacerles “ no la podemos manejar, nos grita y dice muchas vulgaridades”.
2. Impulsividad : Se observa que la paciente posee poco control de sus emociones(rabia) y resuelve la situación con agresión física o verbal (lanza cualquier objeto que tenga a la mano).
3. Dependencia Muestra dependencia a hacia la madre para la realización de las labores cotidianas de la casa.
4. Relaciones interpersonales: Están marcadas por conflictos permanentes con sus padres y vecinos. No tiene amigos conocidos.
5. Afectividad : Se evidencia escasa expresión de afecto y/o apego a sus padres. Sus padres no confirman la observación.
6. Respeto de Normas : Hace caso a las normas de la casa. No responde a las instrucciones.
7. Productividad : no realiza ningún tipo de actividad sin ayuda. Los resultados son de pobre calidad.
8. Rendimiento Académico : Fracaso escolar frecuente ; no ha logrado superar el primer grado de enseñanza básica.
9. Higiene y auto cuidado : Necesita el control y guía de sus padres para ejecutar su aseo y arreglo personal.

B. Cognoscitivo

1. Atención: Suele mantener la atención ante situaciones estructuradas.

2. Memoria: La familia comenta que con frecuencia “ olvida la cosas”
3. Lenguaje : Pobre, poco fluido y con fallas articulatorias.
4. Praxia construccional : Con dificultad para realizar organizada dibujos y actividades manuales.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS :

No se tuvo acceso a los resultados de exámenes Neurológicos ,EEG y TAC

PRUEBAS NEUROPSICOLÓGICAS APLICADAS

1. Atención

- Serie de dígito.
- Dígito-símbolo .

2. Memoria:

Memoria Verbal a largo plazo: Test de aprendizaje verbal de California

Memoria Verbal a corto plazo: Figura de rey

3. Praxia Construccional

Elaboración de la figura del Rey, copia directa.

EXPLORACION NEUROPSICOLOGICA EN EL PACIENTE

1. **Atención:** El resultado de la prueba dígito de orden progresivo logro almacenar correctamente una serie de tres dígitos. En la prueba de orden regresivo no tuvo éxito en ninguna serie.

Dígito-símbolo : El resultado fue fracaso en todos los intentos

2. **Lenguaje:** Pobre, poco fluido y con fallas articulatorias.

3. **Memoria:** Los resultados hallados durante el examen permiten inferir un deterioro en las habilidades perceptivas y motoras que le permitieran realizar las tareas solicitadas.

Exploración neuropsicológica en sujeto control

Las pruebas del paciente control fueron normales. Sobresaliente con respecto a la paciente experimental.

DISCUSIÓN

A través de la del protocolo de aproximación para la evaluación neuropsicológica de pacientes epilépticos en adultos, aun sujeto experimental y aun sujeto control podemos concluir lo siguiente:

1. Existe una amplia discrepancia en el resultado de las pruebas, entre el sujeto experimental y el sujeto control.
2. Consideramos que los procesos cognoscitivos evaluados en el sujeto experimental reflejan la realidad neurológica de ella.
3. Existen diferentes variables que pueden conllevar al deterioro cognoscitivo. Dentro de estas encontramos que el factor etiológico (Hipoxia neonatal), conlleva a una lesión neurológica en el sujeto experimental que posiblemente genere la epilepsia (crisis tónico clónica generalizada aguda), y además se evidencia un funcionamiento intelectual inferior al promedio y que este repercute en el funcionamiento cognoscitivo actual del paciente. Este funcionamiento intelectual inferior al promedio se ha visto mayormente comprometido por la frecuencia y cronicidad de las crisis convulsivas y la ingesta de fármacos anticonvulsivantes.
4. El protocolo de evaluación neuropsicológica evidenció en el sujeto experimental compromiso en todas las áreas neuropsicológica (Atención, Memoria, Lenguaje, Apraxia Construccional, Pensamiento y Gnosia Espacial). Aspectos que se ven correlacionado con su pobre funcionamiento intelectual en forma global.
5. La evaluación neuropsicológica que se le hizo al sujeto control, muestra una historia personal de normalidad, arrojo en su evolución un

funcionamiento cognoscitivo normal en las áreas (Atención, Memoria, Lenguaje, Apraxia Construccional y Pensamiento).

6. Se sugiere aplicar un test de patrón de inteligencia al sujeto experimental (WAIS), para confirmar posible retardo mental.

7. Consideramos a demás que la condición psicosocial del sujeto experimental (situación económica, ámbito social, familiar, acceso a recursos especializados para su atención en la ciudad, entre otros), a incidido negativamente en la evolución del sujeto experimental.

8. Se sugiere la aplicación de este protocolo en pacientes epilépticos adultos con periodicidad de un año, con la finalidad de comparar y analizar la evolución del deterioro cognoscitivo y la incidencia de las variables del CLE, que están comprometidas en la historia del paciente.

9. Se propone un programa de intervención en un paciente con epilepsia abarcando tres aspectos : individuo, familia, sociedad.

INDIVIDUO:

- A. Brindar al paciente acceso a toda la información sobre epilepsia.
- B. Aprendizaje acerca de algunas reglas que debe seguir el paciente epiléptico para facilitar el auto cuidado. Estas regla no son las mismas para todos los tipos de epilepsia.
- C. Llevar a cabo un programa de entrenamiento en habilidades sociales con el fin de brindar al paciente herramientas que faciliten su interacción social, comunicación con los miembros de la familia y personas que la rodean, manejo de los cambios de animo; con el fin de que exprese de forma adecuada sus sentimientos y emociones. Logrando que el manejo de las situaciones sociales conduzcan a

una aceptación por parte de los demás, menor aislamiento y menor insatisfacción del sujeto con su propia forma de actuar.

- D. El rechazo social y laboral sufrido por algunos pacientes influye en una baja autoestima e incrementa su tendencia al aislamiento y dependencia familiar. Lograr la aceptación de la epilepsia y de su forma de ser es importante para el desarrollo de las relaciones con otras personas.

FAMILIA

- A. Brindar a la familia la información de los aspectos de la epilepsia, no solo los médicos sino también los psicológicos y sociales. Este conocimiento permitirá mejorar el dialogo entre las personas epilépticas y los que los tratan.
- B. Aprendizaje sobre los cuidados frente al tipo de crisis.
- C. Los padres con hijos epilépticos a menudo se sienten culpables y ansiosos, aunque no existe ninguna base para sus sentimientos. Esto suele conducir a que sobreprotejan a sus hijos y sufran también profundamente las consecuencias de la enfermedad. El temor a una caída al suelo, hacer atropellado en la calle, a quemarse en la cocina, etc., por la pérdida de conciencia, hace que se deba prestarse una atención adicional al familiar enfermo y ello crea una relación de dependencia, con múltiples efectos degradantes en las relaciones familiares; reduciendo la vida social y actividades de ocio, agresión, depresión, conflictos familiares, relación amor-odio, oposicionismo, etc. Realizar una terapia familiar con el fin de manejar la relación de sobre dependencia familiar, revierten en una mejor calidad de vida de los pacientes y de sus familiares.

SOCIAL

- A. Crear espacios en la comunidad a través de los cuales se divulgue información referente a lo que es la epilepsia, dando a entender que las personas que la padecen tienen la capacidad para desenvolverse en el medio desarrollando tareas específicas que le aportan valor al trabajo en equipo y a la comunidad.
- B. Realizar talleres informativos desde los centros de salud, con el fin de orientar a la comunidad en los diferentes aspectos de la epilepsia.

ANEXOS

LISTA B			Lista B RESPUESTAS TIPO 2		Lista A RESPUESTAS TIPO 2	
POSTADORA	1		1	lila	1	
CERILLAS	2		2	Perlas	2	
TRINCHA	3		3	Chal	3	
FRANJA	4		4	Cinca	4	
GUANABANA	5		5	Saco	5	
ESPAÑOLA	6		6	Chaqueta	6	
CREPANCIO	7		7	Medio	7	
PERO	8		8	Mandarina	8	
SAY	9		9	Uvas	9	
LIMONES	10		10	Perla	10	
ROBALO	11		11	Tamillo	11	
SABON	12		12	Perilla	12	
DURAZNOS	13		13	Chaqueta	13	
SALMON	14		14	Ajos	14	
LAUREL	15		15	Uvas	15	
PIZZA	16		16	Cinca	16	
Agrupación Social	17		17	Chal	17	
	18		18	Soplete	18	
	19		19	Lila	19	
	20		20			

LISTA A :
Corta Plazo, Evocación con clave

Años y Condimentos	Rta	Herramientas	Rta	Frutas	Rta	Prendas de vestir	Rta
Tamillo		Llaves		Uvas		Chal	
Ajos		Soplete		Uvas		Saco	
Perilla		Soplete		Cinca		Chaqueta	
Pimentón		Lila		Mandarin		Perlas	

hora en que se completó: _____
 © Martínez, Martínez, 1992

Prueba de aprendizaje y recuperación
 (Versión Español-CVLT)

LISTA A CLAVE DEL LUNES	ENSAYO 1 RESPUESTAS	TIPO 2	ENSAYO 2 RESPUESTAS	TIPO 2	ENSAYO 3 RESPUESTAS	TIPO 2
LILA *	1 Chal		1 Lila		1 Lila	
PERLAS *	2 Perla		2 Perlas		2 Perlas	
CHAL *	3 Soplete		3 Uvas		3 Uvas	
PERILLA *	4 Soplete		4 Mandarin		4 Mandarin	
UVAS *	5 Chaqueta		5 Chaqueta		5 Cinca	
PIMENTÓN *	6 Medio		6 Chal		6 Pimentón	
SACO *	7 Tamillo		7 Medio		7 Ajos	
LLAVE *	8 Soplete		8 Cinca		8 Llavas	
AJOS *	9 Chaqueta		9 Lila		9 Chal	
MANDARIN *	10 Ajos		10 Soplete		10 Chaqueta	
CINCA *	11 Perilla		11 Pimentón		11 Chal	
CHAQUETA *	12 Pimentón		12 Tamillo		12 Medio	
TOMILLO *	13 Lila		13 Ajos		13 Soplete	
CERILLAS *			14		14 Mandarin	
SOPLETE *			15		15 Perla	
MEDIAS *			16		16 Perla	
			17		17 Ajos	
			18		18	
			19		19	

ENSAYO 4 RESPUESTAS	TIPO 2	ENSAYO 5 RESPUESTAS	TIPO 2
1 Lila		1 Perlas	
2 Soplete		2 Cinca	
3 Cinca		3 Uvas	
4 Saco		4 Mandarin	
5 Chaqueta		5 Tamillo	
6 Medio		6 Perilla	
7 Tachas		7 Ajos	
8 Chal		8 Pimentón	
9 Uvas		9 Soplete	
10 Cinca		10 Llavas	
11 Perlas		11 Lila	
12 Mandarin		12 Chal	
13 Ajos		13 Lila	
14 Pimentón		14 Perlas	
15 Tamillo		15 Chaqueta	
16 Perilla		16 Tamillo	
17		17	
18		18	
19		19	

TABLA DE RECUERDO INMEDIATO
 (ORDEN DE PALABRAS)

	1	2	3	4	5
LILA					
PERLAS					
CHAL					
PERILLA					
UVAS					
PIMENTÓN					
SACO					
LLAVE					
AJOS					
MANDARINAS					
CINCA					
CHAQUETA					
TOMILLO					
CERILLAS					
SOPLETE					
MEDIAS					
Agrupación Social					

Claudia Rios

Serie Digitos

Nombre: Claudia Rios
 Edad: 38 años
 Fecha: 15 de Mayo 2003

Progresivo

2	4				
8	9	5			
3	5	4	2		
7	3	1	4	5	
9	7	2	5	6	1

Repetición

			2	4	
			8	9	5
		3	5	4	2
	7	3	1	4	5
9	2	2	5	6	1

Regresivo

6	3				
1	4	7			
9	2	5	7		
5	4	2	9	8	
5	3	4	3	6	9

Repetición

				3	6
			7	4	1
		7	5	2	9
	8	9	5	4	5
4	6	3	5	3	5

Observaciones:

Serie Digitos

Nombre: Rocío del Carmen Valdenama
 Edad: 38 años
 Fecha: 10 de Mayo 2003

Progresivo

2	4				
8	9	5			
3	5	4	2		
7	3	1	4	5	
9	7	2	5	8	1

Repetición

			2	4	9	
			8	9	5	
		2	3	4	5	9
			3	4	1	0
			9	5	6	7

Regresivo

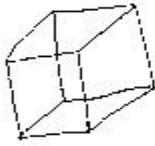
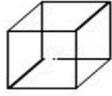
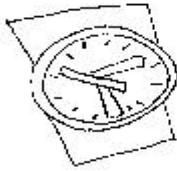
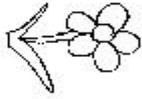
6	3				
1	4	7			
9	2	5	7		
5	4	2	9	8	
5	3	4	3	6	9

Repetición

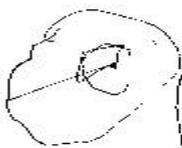
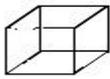
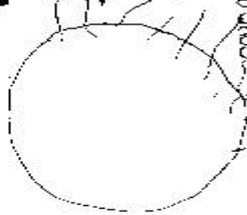
				3	1	9
				1	4	7
					1	0
				-	-	-
				-	-	-

Observaciones:

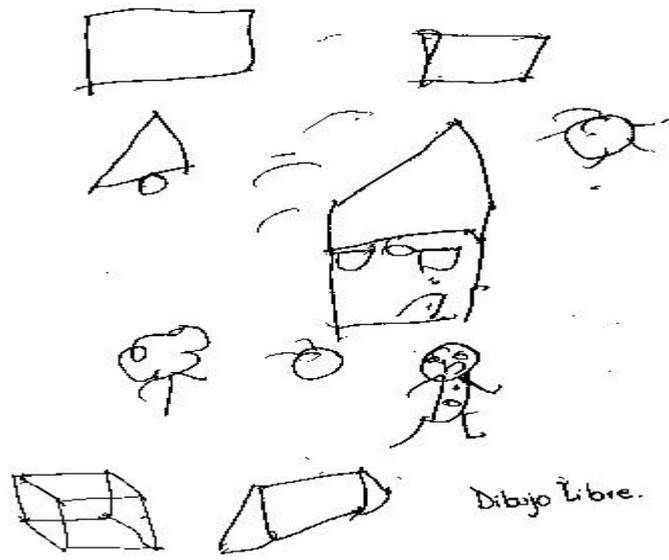
NOMBRE: Claudia Pico
FECHA: 10 de mayo
EDAD: 38 años



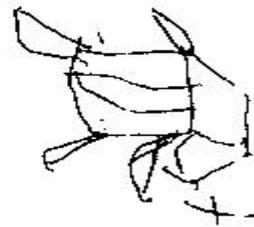
NOMBRE: Rocío del Carmen Valderama
FECHA: 10 de mayo
EDAD: 26 años



Copia directa de
un dibujo.



Dibajo Libre.



Memoria Visual.
Figura de Rey.

3 → tres 5 → 1246
 Loma
 mamá
 papa
 casa
 mesa
 silla
 Paila - t

$$\begin{array}{r} 5 - x \ 2 \cdot 6 \\ x \cdot 3 \\ \hline 1 \\ \hline 4 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} + 2 \\ 3 \\ \hline 9 \end{array}$$

$$x \begin{array}{r} 2 \\ 3 \\ \hline 5 \end{array}$$

Dibujo Libre - Escritura
 - Calculo.

SÍMBOLO-DIGITO

NOMBRE Claudia Rizo FECHA 15 de Mayo/2013

CLAVE								
C	I	T	Γ	∩	>	+	∪	÷
1	2	3	4	5	6	7	8	9

EJEMPLO

C	I	T	Γ	∩	>	+	∪	÷
1	5	2	1	3	6	2	4	1

Γ	>	C	I	∩	>	Γ	C	I
4	6	1	2	5	6	3	4	1

Γ	∩	+	∪	C	T	+	Γ	∪
4	5	7	8	1	3	7	4	8

∩	Γ	∩	C	>	Γ	C	∩	>
2	4	5	1	6	4	1	5	6

∪	∩	∪	T	>	+	Γ	∩	∩
9	5	8	3	6	7	4	5	2

>	∪	+	∩	T	>	Γ	∪	C
6	9	7	2	3	6	4	9	1

Total Correctos en 120":

83

Bibliografía

- Gram, L., Dam, M. (1995) Epilepsia: Ed. Panamericana S.A.
- Ardila, A., Ostrosky-Solis, F (1996) Diagnostico del daño Cerebral: Ed. Trillas
- Anderson, J. (2001) Aprendizaje y memoria. Ed. M^c Graw Hill
- Anastasi, A., Urbina, S. (1998) Test Psicológicos: Ed. Prentice may
- Papalia, D., Wendkos, S (1997) Desarrollo Humano: Ed. M^c Graw Hill
- Olivares, J., Mendez, F. (1998) Técnicas de Modificación de Conductas: Ed. Biblioteca Nueva
- Belloch, A., Sandin, B, Ramos, F. (1995) Manual de Psicopatología: Ed. M^c Graw Hill
- Rosenzweig, M, Leiman, A (1992) Psicología Fisiológica: Ed. M^c Graw Hill
- Merani, A (1982) Historia Critica de la Psicología: Ed. Grijalbo
- Defelipe-Oroquieta, J. (2001) Aspectos Psicológicos en la epilepsia, bajado de red 2002; www.revneurol
- Maeutú, F. Martín, P. Sola, R. Ortiz, T (1997) Neuropsicología y deterioro Cognitivo en la epilepsia; Bajado de red 1999; www.revneurol
- Mauri, J. Pascaul, L. Tejero, C. Iñiguez, C. y otros (2000) Alteraciones neuropsicológicas en Epilepsia; Bajada de red 2001; www.revneurol
- Lee, T. Chan, J. (2001) factores que afectan el estado cognitivo de personas que sufren epilepsia; Bajada de red 2001; www.revneurol
- Bermejo, F. Benito, J. Peña, P (1995) Epilepsia y demencia; Bajada de red 1996; www.revneurol