



**UNIVERSIDAD  
DE PALERMO**

Trabajo final de integración

**Adolescencia y Epilepsia**

Facultad de Humanidades

**Autor:** Rafael Martínez

**Tutora:** Dra. Nora Inés Gelassen

## **Tabla de contenido**

|                                     |           |
|-------------------------------------|-----------|
| <b>1 - INTRODUCCIÓN:</b>            | <b>3</b>  |
| <b>2 - OBJETIVOS:</b>               | <b>5</b>  |
| <b>3 - MARCO TEÓRICO:</b>           | <b>6</b>  |
| <b>4 - METODOLOGIA</b>              | <b>28</b> |
| <b>5 - CONCLUSIÓN:</b>              | <b>35</b> |
| <b>6 – REFERENCIA BIBLIOGRAFICA</b> | <b>40</b> |

## **1 - Introducción:**

El presente trabajo realiza la descripción de un caso clínico de un adolescente de sexo masculino que presenta epilepsia tipo tónica clónica a partir de la experiencia desarrollada durante la práctica de habilitación profesional que se realizó en un Hospital Interzonal.

Según Kaplan y Sadock (1995) Consideraron que la epilepsia es una patología que ha existido desde siempre. A principios del siglo XIX, Emil Krapelin señaló que los epilépticos exhibían cambios en la personalidad. Cuando se supo más acerca de la base física de la epilepsia, se intentó proteger a los pacientes de los estigmas demoníacos.

Se sugirió que los problemas psiquiátricos resultaban de las dificultades psicosociales que significaban las crisis y no de un nexo particular entre la epilepsia y las enfermedades mentales.

Según Ivanovic (2001) se considera a la adolescencia como una etapa intermedia entre la infancia y la adultez que posee una problemática que incluye desafíos provenientes de ambas etapas del ciclo vital en la cual los factores ambientales adquieren relevancia en el ajuste social y en la aparición de alteraciones psicopatológicas en los epilépticos. Durante este período se pone en juego la estimación que el epiléptico hace de su enfermedad en forma conjunta a las valoraciones, actitudes y prejuicios que poseen tanto la familia como el ambiente social que rodean al paciente.

Las crisis mismas poseen características peculiares en esta enfermedad. Ellas representan un intervalo que el sujeto no vivencia objetivamente ya que la conciencia queda interrumpida en forma parcial o total. Los adolescentes además de los cambios biológicos relacionados con la maduración genital, forman parte de la cultura donde buscan un sentido de continuidad y mismidad, con ídolos a quienes admirar, o bien demostrar que son dignos de confianza ante sus pares. De este modo, la identidad que se logra como resultado de las identificaciones previas surgidas desde la infancia hasta esta época, estará afectada por estas variables que influirán en la individualización definitiva para alcanzar la adultez.

Considerando que la adolescencia es parte de uno de los ciclos vitales de mayores cambios físicos y psicológicos, se consideró pertinente analizar parte de estos cambios, así como también los generados por la epilepsia y el impacto que tiene sobre el paciente y su entorno.

## **2- Objetivos:**

### **Objetivo General**

- Describir el caso de un Adolescente de sexo masculino de 16 años de edad, con trastorno Epiléptico tipo tónica que presenta dificultades para establecer vínculos con sus pares y la modificación de su conducta a partir del tratamiento realizado.

### **Objetivos Específicos**

- Analizar las conductas del paciente con sus pares.
- Describir las creencias del paciente respecto a su enfermedad y como afectan a la hora de establecer vínculos con sus pares.
- Describir y analizar los miedos que impiden al paciente generar una red de apoyo social con sus pares debido a la estigmatización de la enfermedad.
- Describir las Intervenciones realizadas para la modificación de las creencias y conductas del paciente.

### **3- Marco teórico:**

#### **1. La epilepsia desde una perspectiva filogenética:**

Durante milenios, el hombre no encontró explicación racional a esta enfermedad, lo que no significa que cesara en los intentos por entender qué ocurría. Hace 5.000 años en Egipto eran temidos los estremecimientos excesivos provocados por heridas en la cabeza ya que se consideraba una enfermedad enviada por los dioses e incluso llegaron a usar la trepanación del cráneo para tratar el misterioso mal. En Babilonia 2.000 años después se escribió sobre lápidas de piedra el Sakiku considerado el más antiguo texto de medicina que se conserva en el mundo. En el mismo se describe el antashube como enfermedad provocada por la invasión del cuerpo por los demonios y se detallan distintos tipos de crisis y manifestaciones psíquicas concomitantes. Alrededor de tres siglos después el rey Hamurabi promulgó que era obligatorio devolver al dueño el dinero invertido en la compra de un esclavo si se descubría que este padecía de dicha enfermedad, ya que ello depreciaba totalmente su valor.

El Talmud, libro sagrado entre los judíos vinculaba la aparición de la epilepsia con el coito realizado en condiciones extrañas, lo cual motivó la prohibición de los matrimonios entre los mismos como regla higiénico-profiláctica. En las guerras libradas en la antigüedad, eran frecuentes los traumatismos craneales en los soldados que participaban en las batallas y en consecuencia aparecían síntomas de carácter espectacular. Entre los griegos fueron considerados seres poseídos o afectados por el morbo sacro (enfermedad sagrada) y se le dio una connotación demoníaca para unos y para otros la de furia divina. Ya en esa época la asociación entre epilepsia y alteraciones psíquicas fue avizorada por Herodoto (484-420 a.n.e.), quien aseguró que no es improbable que si el cuerpo sufre de una gran enfermedad, la mente no esté bien tampoco.

Posteriormente Hipócrates (460-377 a.n.e.) planteó que esta enfermedad no era ni más divina ni más sagrada que las demás enfermedades, desalojó a estos enfermos de los templos de Esculapio, donde permanecían recluidos y les indicó tratamiento médico.

Sin embargo la terapéutica que recomendaba no trascendía las concepciones mágicas de la época. La castración como recurso higiénico-terapéutico, basado en la observación hebrea de que el orgasmo remedia un ataque epiléptico, los vomitivos o catárticos para contribuir a la expulsión de los demonios y la trepanación del cráneo, recurso proveniente del antiguo Egipto para ayudar al espíritu causante de la enfermedad a encontrar una salida para abandonar el cuerpo del enfermo. Galeno (131-201 n.e.) fue el primero en llegar a la conclusión de que la epilepsia era una afección idiopática del cerebro y en describir las convulsiones generalizadas a intervalo. Con ello la concepción de la época acerca de la epilepsia retomó el cauce científico en esa civilización.

Entre los romanos la epilepsia fue llamada morbus comicialis ya que incluso los comicios, expresión suprema de la llamada democracia postulada por ellos, podían suspenderse si en días previos a su realización alguna persona sufría una convulsión. Se interpretaba como una señal de los dioses dirigida a evitar las desgracias. La enfermedad se consideraba impura y contagiosa por lo que nadie se acercaba a un enfermo aquejado de ese mal. Con el advenimiento del cristianismo se reforzó la concepción demonológica de la epilepsia. En los evangelios, por ejemplo, se describen escenas donde una persona se sacude con violencia, echa espumarajos por la boca y cruje los dientes. Esas características corresponden a una crisis epiléptica de tipo tónico-clónico (Gran Mal) En las Sagradas Escrituras se asegura que ello se debe a la posesión por un espíritu mudo y sordo, que solo al ser reprendido por Jesús es expulsado del cuerpo (Mc. 9, 14-29).

Durante el medioevo la epilepsia fue interpretada como un conjuro diabólico y el enfermo muchas veces fue juzgado por los tribunales de la Santa Inquisición y condenado a la hoguera como única vía para purificar su alma. Los pacientes fueron tratados con amuletos y exorcismo para combatir el maleficio, incluso se aislaban de su entorno sociofamiliar por el presunto carácter contagioso de dicha enfermedad. Las crisis de epilepsia eran consideradas como una posesión demoníaca del cuerpo y los enfermos eran perseguidos, martirizados y exorcizados para expulsar el demonio que se suponía tenían dentro. Se reconocía a un grupo de santos del Panteón Católico como protectores: San Juan Bautista, Santa Bibiana y San Valentín. En el siglo XI, las peregrinaciones a Santiago de Compostela eran consideradas curativas en el caso de la

epilepsia. Las conocidas cacerías de brujas de la época provocaron innumerables crímenes, a pesar de que personalidades religiosas como el sacerdote Tomás de Aquino (1225-1774), condenaron enérgicamente el uso de dichos procedimientos crueles e inhumanos y, en su lugar, recomendaron el estudio de la epilepsia desde el punto de vista médico.

El Renacimiento, signado por su concepción humanista, pretendió borrar tantos años de ignorancia. La figura de Paracelso (1493-1541), conocido por su enfoque experimental y humanista de la medicina, desempeñó un papel decisivo en el rescate de la dignidad del paciente. Las ciencias médicas comenzaron a desarrollarse progresivamente y retomaron los conocimientos aportados por los escritos antiguos acerca de la epilepsia. El hombre fue considerado como punto focal de toda actividad humana. Se destacó la importancia de la relación emocional médico-paciente con base en el principio ético-humanista de que el fundamento supremo de la medicina es el amor. Por ejemplo se postuló que la epilepsia era de origen cerebral y se practicaba la craneotomía seguida de la cauterización de la dura madre (capa meníngea que envuelve al cerebro) como terapéutica.

Aún así, las personas con epilepsia seguían siendo estigmatizadas como poseídas por los demonios. No es hasta el siglo XIX que con el surgimiento de la Neurología como especialidad independiente de la Psiquiatría se abandonó la idea de que la epilepsia era causada por una posesión demoníaca y se aceptó que se producía por una lesión orgánica en el sistema nervioso central. En esa etapa aparecen las primeras clasificaciones de las crisis y las lesiones que la originan y en 1873 el neurólogo inglés John Hughlings Jackson, definió la epilepsia como descargas ocasionales, súbitas, excesivas, rápidas y locales de la materia gris.

En el siglo XX las investigaciones neurofisiológicas e imagenográficas han sido especialmente relevantes. Se registraron notables avances en cuanto al estudio, diagnóstico y tratamiento a los pacientes con epilepsia y proliferaron los estudios para establecer las tasas de prevalencia o incidencia de trastornos psíquicos, deterioro intelectual y factores psicosociales adversos. Los estudios se han encaminado a buscar el origen de las crisis y a mejorar la calidad de vida de estos pacientes. A pesar de ello los mitos que se asocian a la epilepsia se mantienen vigentes aun hoy. En el actual siglo continúa prestándosele

atención al estudio de la significación de los eventos subjetivos para los fenómenos neurofisiológicos que caracterizan esta enfermedad. A pesar de haberse desarrollado toda una serie de avances como la electroencefalografía, la tomografía axial computarizada, la resonancia magnética nuclear, la tomografía por emisión de positrones y otras técnicas tanto imagenográficas como neurofisiológicas, neuropsicológicas y neuroquirúrgicas y de que el tratamiento farmacológico facilite el control de las crisis en la mayoría de los enfermos, todavía persiste cierto rechazo social hacia el paciente con epilepsia. De poco valen argumentos tales como que verdaderos genios de las artes, la ciencia y la política la hayan padecido. Pese a todo, continúan vigentes los prejuicios con respecto a la epilepsia. Tal es la fuerza de ese estigma milenario, que esta afección ha llegado a ser identificada con la esencia íntima del hombre y consecuentemente muchas veces se ha olvidado que la enfermedad debe ser vista como un accidente desafortunado en la vida de una persona, como una condición que se tiene, no que se es. Ese estigma ha sido llevado a legislaciones prohibitivas. Hasta hace apenas dos décadas, en algunos lugares de Europa y Norteamérica, la ley proscribía el matrimonio entre los enfermos, mientras que en Asia aún se obstaculiza. Por otro lado, se proponía la esterilización al paciente con epilepsia y se le negaba el acceso a restaurantes, teatros, centros recreativos y edificios públicos. Aún hoy, afrontan dificultades laborales y sociales. (Reinando, 2007).

La situación en América Latina es crítica ya que la tasa de epilepsia en muchos de nuestros países es más elevada que la media mundial. Ello se debe en primer lugar a que se trata de una zona endémica de cisticerco, parásito que se adquiere por el consumo de carne de cerdo sin suficiente cocción y cuyas larvas eligen el encéfalo como lugar idóneo para su enquistamiento y crecimiento provocando generalmente epilepsia. Por supuesto que los trastornos perinatales en lugares donde no hay condiciones higiénicas sanitarias ni atención especializada garantizada por el estado para millones de personas que viven en la más extrema pobreza y la frecuencia de los accidentes, enfermedades infecciosas y otras causas conocidas de epilepsia contribuyen a incrementar la incidencia de esta enfermedad en nuestro continente. También es común la discriminación para obtener empleo y la marginación del paciente en edad escolar.

Muchos de los pacientes latinoamericanos no tienen acceso a la medicación moderna por razones económicas y ello hace que el descontrol de las crisis marque una tendencia al deterioro progresivo. Es evidente que en todo el mundo predominan los factores psicosociales adversos al paciente con epilepsia, lo que determinó que la OMS, con el apoyo de organizaciones no gubernamentales hayan lanzado la campaña denominada Sacando la Epilepsia de las Sombras y hallan divulgado el hecho de que de las tres enfermedades estigmatizantes que hace apenas treinta años eran inmencionables (cáncer, lepra y epilepsia), la epilepsia es, en la actualidad, la afección que mantiene mayor vigencia en ese sentido y causa más estragos a la dignidad del paciente. Esta realidad valoriza la necesidad de crear procedimientos interventivos que rompan esquemas biologicistas tradicionales y que ofrezca alternativas de tratamiento que permitan superar la situación descrita. Se trata ante todo de un reto ético y humano al que los integrantes del equipo básico de salud han sido convocados. (Reinaldo, 2007).

## **2. Definición de la epilepsia:**

Según Gaona (2005). La organización mundial de la salud (OMS) y la Liga Internacional contra la epilepsia (ILAE) definen a la epilepsia como una afección neurológica crónica, recurrente y repetitiva, de fenómenos paroxísticos ocasionados por descargas de neuronas cerebrales de forma desordenada y excesiva.

El estado epiléptico consiste en paroxismos prolongados o reiterados, sin intervalos de recuperación. Las crisis epilépticas son eventos súbitos e involuntarios, asociados a descargas eléctricas cerebrales excesivas o híper sincrónicas. El episodio en sí se denomina ictus epiléptico. El periodo ínter paroxístico es el que se interpone entre una crisis y otra. El periodo peri paroxístico es el que rodea a la crisis y este término se utiliza cuando la información referente al comienzo o a la finalización del episodio es insuficiente. Las descargas pueden ser primarias, secundarias a cuadros neurológicos o reactivas a factores circunstanciales como la privación del sueño o drogas.

Sus causas pueden ser muy diversas en sus manifestaciones y sumamente variadas en su presentación, de tal suerte que su sintomatología se ubica dentro de un poliformismo acentuado. Esta apreciación tiene muchas implicancias, ya que de ella se puede deducir que: A) Sus manifestaciones son paroxísticas, lo que equivale a decir que los ataques tienen un inicio brusco y súbito, duran un período de tiempo más o menos breve y luego tienden a restablecerse las funciones cerebrales. B) No son enfermedades de evolución y resolución breve, sino que las mismas pueden durar años e inclusive toda la vida de la persona afectada. C) Su característica fundamental es la repetición de la crisis o accesos, de tal suerte que un solo ataque no diagnostica por sí mismo una epilepsia. D) Las crisis paroxísticas están desencadenadas por descargas descontroladas generadas en las neuronas (algunos estudios actuales discuten esto y hablan del importante papel que desempeñan otras células cerebrales, tales como las llamadas células de la glía) que realizan sus descargas de manera simultánea e hipersincronizadas. Esta actividad se transmite a otras neuronas cercanas abarcando otros territorios celulares (propagación de las descargas) desencadenando las manifestaciones clínicas de la epilepsia. E) Los agentes que las causan son diversos: tumores, traumatismos de cráneo, encefalitis o meningitis, enfermedades metabólicas, trastornos del embarazo y parto, etc., y un mismo agente causal puede generar diferentes tipos de epilepsia según cual sea la zona del cerebro que afecte o la gravedad de dicha afectación. F) Como el cerebro cumple múltiples funciones, desde las elaboradas funciones intelectuales o cognitivas (memoria, juicio, razonamiento) hasta el participar en el control de otras tales como la presión arterial, movimientos, sudoración, funciones digestivas, etc. Se afirma que las manifestaciones pueden ser sumamente variadas e ir desde delirios místicos, pasando por alucinaciones e ilusiones, hasta trastornos gastrointestinales (como los vómitos cíclicos) llegando a las convulsiones de tipo muscular, que son las más conocidas pero no por ello las exclusivas o más frecuentes. G) Por ello se prefiere hablar de síndrome ya que esta palabra alude a un conjunto de síntomas o signos que tienen un mecanismo común de producción pero que pueden ser ocasionados por diferentes agentes causales externos o internos.

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV el trastorno mental debido a enfermedad médica se caracteriza por la presencia de síntomas mentales que se consideran una consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica. El término enfermedades médicas se refiere a las enfermedades codificadas en el eje III. Mantener la distinción entre trastornos mentales y enfermedades médicas no implica la existencia de diferencias fundamentales en su conceptualización, ni tampoco significa que los trastornos mentales no estén relacionados con factores o procesos físicos o biológicos, o que las enfermedades médicas no estén relacionadas con factores o procesos comportamentales o psicosociales.

La característica esencial del trastorno catatónico debido a enfermedad médica es la presencia de catatonía que se estima debida a efectos fisiológicos directos de la enfermedad médica. La catatonía se manifiesta con alguno de los síntomas siguientes: Inmovilidad motora, actividad motora excesiva, negativismo externo o mutismo, movimiento voluntarios peculiares, ecolalia o ecopraxia. (Criterio A). Debe haber evidencia a través de la historia, de la exploración física o pruebas de laboratorio, de que la catatonía es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica. (Criterio B). No se diagnostica catatonía si la catatonía se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., episodio maniaco) (Criterio C) o si aparece en el transcurso de un delirium (criterio D). La inmovilidad motora puede manifestarse por catalepsia (flexibilidad cérica) o estupor. La actividad motora excesiva no tiene ningún propósito aparente y no es influenciada por estímulos externos. El negativismo extremo puede manifestarse por resistencia a seguir las instrucciones o por el mantenimiento voluntario de posturas a pesar de los intentos de moverlos. Las peculiaridades de los movimientos voluntarios se manifiestan por la aceptación voluntarias de posturas inapropiadas o bizarras o por muecas prominentes. La ecolalia es la repetición patológica de palabras, como papagayo, o frases aparentemente sin sentido, justo después de haberlas oído de otra persona. La ecopraxia es la imitación repetitiva de movimientos de otra persona.

## **2. a Clasificaciones de las crisis:**

Según lo mencionado por Shliapochnik (2006) las clasificaciones de las crisis epilépticas se dividen en dos:

“I) Las crisis parciales (focales, locales). A) Simples (sin alteración de la conciencia) con manifestaciones motoras, somatosensitivas, autónomas, mixtas. B) Complejas (con alteración pero no anulación de la conciencia). C) Con generalización secundaria. II) Crisis generalizadas. A) Ausencia típicas o atípicas. B) Mioclónicas C) Tónicas D) Tónico clónicas F) Atonicas acinéticas. III) no clasificadas.

Esta clasificación es esencialmente electroclínica y esta despojada del sesgo etiológico que atribuyo durante muchos tiempo un origen exclusivamente lesional para las formas focales y otro funcional para las formas generalizadas.

Existe aun otra distinción importante desde el punto de vista psicopatológico: La crisis epiléptica puede ser un evento episódico, a veces único y de origen diverso (toxico-metabólico, infeccioso, etc.) La epilepsia en cambio es la reiteración del mismo episodio a lo largo de la existencia del paciente”. (p.16)

## **3. La epilepsia desde una perspectiva Psicológica:**

La epilepsia es una enfermedad de origen orgánico cuya causa fundamental reside en la actividad eléctrica anormal del cerebro. Se trata de una afección crónica de patogenia diversa, caracterizada por crisis eléctricas recurrentes, debidas a una descarga excesiva de las neuronas corticales que eventualmente puede estar asociada con variadas manifestaciones clínicas y paraclínicas. Si bien la clasificación de las crisis epilépticas se basa en criterios estrictamente neurológicos, a los psicólogos no nos es ajena esta problemática, ya que las alteraciones psíquicas que se asocian a los distintos tipos de ataques epilépticos suelen ser específicas. A grandes rasgos, las crisis convulsivas pueden dividirse en dos tipos fundamentales: parciales o

generalizadas, en función del área limitada o total del cerebro afectada por la actividad crítica recurrente. En las crisis parciales la actividad eléctrica anormal siempre comienza en un área discernible de la corteza cerebral, pero puede expandirse y llegar, incluso, a generalizarse. Se reconocen tres tipos básicos de crisis parciales: las simples, en las que no se produce una toma total de la conciencia sino sensaciones o movimientos anormales que se circunscriben a una parte del cuerpo o alteraciones de la percepción que afectan un solo sentido; las complejas, que ocasionan una toma significativa de la conciencia y cambios en la conducta, las sensaciones y movimientos en una variedad de combinaciones, y las secundariamente generalizadas, que evolucionan hacia las formas típicas de las crisis generalizadas, las cuales incluyen varias formas clínicas, pero las más comunes son la tónico-clónica o Gran Mal y la de ausencia o Pequeño Mal.

Reinaldo (2007) plantea que desde hace varias décadas se especula acerca de que la incidencia de alteraciones psíquicas es mayor cuando la epilepsia se localiza en el lóbulo temporal. Incluso, se afirma que la probabilidad de presentar ese tipo de trastorno aumenta de 30 % en pacientes con epilepsia generalizada a 50 % en aquellos que presentan focalización temporal.

En el mundo hay más de 40 millones de seres humanos que padecen esta enfermedad. En algunas de las instituciones psiquiátricas la epilepsia constituye la segunda causa de ingreso, solo superada por la esquizofrenia.

La aparición de alteraciones psíquicas en los pacientes con epilepsia parece estar vinculada a tres grupos de factores de riesgo:

- **Factores neurobiológicos:** edad de inicio de las crisis y su duración, tipos de ataques y su control, características electroencefalográficas, presencia de daño cerebral y metabolismo cerebral y neurotransmisor.
- **Factores psicosociales:** temor a las crisis, calidad de vida deficiente, problemas financieros, escasa disponibilidad de apoyo social y estigmas sociales y familiares.
- **Factores medicamentosos:** politerapia anticonvulsivante, tratamiento con barbitúricos, déficit de folatos y efecto hormonal.

Es importante señalar que, además del rechazo psicosocial de que son víctimas los pacientes con epilepsia, en ocasiones enfrentan dificultades propias de las instituciones de salud donde reciben atención médica.

#### **4. La Adolescencia:**

En el pasado, los dos marcos teóricos predominantes a la hora de entender la Psicología de la Adolescencia fueron el Psicoanalítico y el Sociológico. Los autores psicoanalíticos (Sigmund Freud, Anna Freud, Peter Blos, Erik Ericsson) citados en Facio (2006). Derivaban sus conclusiones no de investigaciones científico-empíricas llevadas a cabo sobre gran número de adolescentes normales, sino de observaciones realizadas durante el tratamiento de unos pocos pacientes que consultaban por síntomas psicopatológicos. El énfasis principal estaba puesto en la tensión, el conflicto y la turbulencia adolescente.

La teoría sociológica (E.J Thomas, Margaret Mead, Ruth Benedict, entre otros) citados en Facio (2006). Explicaban las características de este periodo a través de la adquisición de roles completamente nuevos y los cambios que se producían dentro de otros ya existentes, por ejemplo, los padres esperaban que el hijo se comportara en forma mas responsable. Tanto el conflicto entre agentes socializadores (Familia, pares, escuela, etcétera) como la ausencia de pautas a seguir, claramente definidas, causarían dificultades en el transito de la adolescencia hacia los roles adultos. La adolescencia ha sido definida por varios autores como aquella etapa de la vida que se extiende desde los inicios de la pubertad hasta que se obtiene, por vía legal, la independencia respecto a la autoridad del adulto. Abarca aproximadamente, desde los 12 hasta los 18 años, aunque los límites son algo borrosos. No siempre existió esta etapa, en todas las sociedades conocidas se ha identificado siempre un periodo comprendido entre la niñez y la edad adulta, este concepto de adolescencia como lo entendemos hoy es un descubrimiento relativamente reciente de la cultura occidental. (Facio, 2006).

Morris y Maisto (2001) consideran a la adolescencia comprendida en un periodo comprendido aproximadamente entre los 10 y 20 años de edad, es decir cuando una persona pasa de la niñez a la edad adulta. En esta etapa

sucedan no solo los cambios físicos de un cuerpo en maduración, sino también muchos cambios cognoscitivos y sociemocionales.

Los cambios son una serie de hitos físicos que se anuncian en la adolescencia. El más evidente es el estirón del crecimiento, es decir, un aumento rápido de la estructura y el peso que en general comienza hacia los 10 ½ años de edad en las mujeres y hacia los 12 ½ años en los varones, llegando a un nivel máximo a los 12 años en ellas y a los 14 en ellos. El adolescente normal alcanza su estatura adulta aproximadamente seis años después de iniciado el estirón.

Con el desarrollo sexual los signos visibles de la pubertad, comienzan con la maduración sexual, estos ocurren en diferente secuencia en ambos sexos. En los varones, el signo inicial es el crecimiento de los testículos, que generalmente se observa hacia los 11 ½ años, es decir, un año antes que aparezca el estirón del crecimiento. Junto a este se aprecia un agrandamiento del pene. El vello púbico tarda un poco más en aparecer que el bello facial. El timbre bajo de la voz es uno de los últimos cambios que se registran con la maduración masculina.

En las mujeres, el estirón del crecimiento suele ser el primer signo de que se acerca la pubertad. Poco después, los senos empiezan a desarrollarse más o menos al mismo tiempo aparece un poco el bello púbico y la menarquia, ciclo menstrual que ocurre cerca de un año más tarde, entre los 12 ½ y 13 años en la joven estadounidense promedio.

Los individuos difieren mucho en la edad en que pasan por los cambios en la pubertad. Algunos varones de 14 años parecen todavía niños, mientras que a esa edad otros ya parecen varones jóvenes. Entre los varones, la maduración temprana tiene ventajas psicológicas. Los varones que maduran antes se destacan más en los deportes y en las actividades sociales, siendo además más respetados por sus compañeros sin embargo los niños de maduración tardía adquieren un sentido más sólido de identidad durante la madurez temprana porque no sienten la presión de crecer demasiado pronto.

Por otro lado los patrones del pensamiento maduran junto con el cuerpo y los progresos cognoscitivos de la adolescencia reflejaban un aumento general de la capacidad para razonar en términos abstractos, o sea, el pensamiento de las operaciones formales. El adolescente puede comprender y manipular conceptos abstractos, reflexionar sobre opciones y razonar en términos

hipotéticos. Esto le permitirá debatir problemas como el aborto, conducta sexual, sida, etc. No todos los adolescentes llegan a la etapa de las operaciones formales e incluso muchos de los que lo logran quizás no apliquen este pensamiento a los problemas comunes que encaran en la vida cotidiana.

Para Morris y Maisto (2001) el adolescente de hoy desea independizarse cuanto antes de sus padres, pero al mismo tiempo teme a las responsabilidades del adulto. Le aguardaran muchas actividades y decisiones importantes. Es un periodo que necesariamente causara estrés, sobre todo en las sociedades tecnológicas modernas. A principio del siglo XX muchas personas veían en la adolescencia una etapa de gran inestabilidad y de intensas emociones. Algunos la describían como un periodo de tormentas y tensiones que se caracterizaba por sufrimiento, vehemencia y rebelión contra la autoridad de los adultos. Sin embargo, la investigación reciente ha demostrado que esa concepción exagera demasiado las experiencias de los adolescentes.

Marcia (1980) piensa que para encontrar la identidad se requiere un periodo intenso de auto examen denominado crisis de identidad. Propone cuatro posibles resultados del proceso. Uno es la adquisición de la identidad. Los adolescentes que la han alcanzado pasaron ya por la crisis y tomaron decisiones sobre sus creencias y sus metas. Se sienten cómodos con las decisiones porque son suyas. En el otro extremo encontramos a los adolescentes que optaron por la exclusión de la identidad. Optaron prematuramente por una identidad que les ofrecía la gente. Se han convertido en lo que esta quiere que sean, sin pasar por la crisis de identidad. Otros más se hallan en moratoria respecto a la elección de una identidad. Están en el proceso de examinar varias opciones de roles, pero todavía no optaron ninguna. Finalmente hay adolescentes que experimentan una difusión de la identidad. Evitan estudiar las opciones de roles en forma consciente. Muchos están insatisfechos con su situación pero son incapaces de iniciar una búsqueda para encontrarse a si mismo. Recurren a actividades escapistas como el abuso de las drogas o del alcohol.

El desarrollo de la identidad también suele variar de acuerdo con la clase social y al origen étnico.

Hoy en día la relación que el adolescente posee con su grupo de compañeros le ofrece una red de apoyo social y emocional que le ayuda a luchar por alcanzar una mayor independencia respecto a los adultos y buscar su identidad personal. Al decidir unirse a un grupo de amigos, se define ante sí mismo y crea su propio estilo social así mismo los adolescentes jóvenes sienten una necesidad casi desesperada de que sus amigos aprueben sus decisiones, sus ideas y su conducta, el resultado es a menudo una conformidad rígida con los valores del grupo que alcanza toda su intensidad hacia el noveno grado escolar Morris y Maisto (2001).

Algunas investigaciones del primer mundo indican que los jóvenes actuales pasan más tiempo en la exclusiva compañía de los pares que de los adultos y que consideran a tales momentos como los más gratificantes de su vida.

En otras épocas, solo un pequeño porcentaje de chicos y chicas argentino concurría a la escuela secundaria. Al salir de la primaria accedían al mundo del trabajo, donde compartían su tiempo con personas de diversas edades. La explosión de la matrícula secundaria producida en el tercer cuarto del siglo XX hizo, junto con las leyes que controlan al trabajo de los menores, que la mayoría de los adolescentes permaneciera en la escuela en contacto con gente de aproximadamente su misma edad.

Pasar tanto tiempo con los pares ha hecho crecer la influencia que ellos ejercen y algunos pensadores se dividen entre quienes afirman que la socialización por parte de los pares cumple un papel ineludible en una sociedad democrática.

Algunos sostienen que la segregación por edades ha conducido a una cultura juvenil separada, en la cual los jóvenes mantienen actitudes y valores diferentes e incluso contrarios a los de los adultos. También afirman que el incremento que se viene registrando en las últimas décadas en una serie de problemas juveniles (suicidio, alcoholismo, drogadicción, delincuencia, precocidad sexual), se debe al aumento del poder del grupo acaecido a lo largo del mismo período. (Facio, 2006).

La investigación empírica indica que los iguales ejercen influencia tanto positiva como negativa, que es incorrecto describir al grupo de pares como una

monolítica influencia negativa y que, además, muchos otros cambios ocurrieron en la sociedad en las últimas décadas como para culpar, sin más, al incremento del poder de los pares por el aumento de los problemas juveniles. Los pares tienen un papel fundamental en el desarrollo de la identidad, autonomía, intimidad, sexualidad y motivación para el logro de los adolescentes. En lo que respecta a la identidad, los coetáneos brindan modelos, ayudan a lograr un sentido de sí mismo diferenciado de la familia y ejercen una importante influencia sobre la autoimagen; en el grupo los jóvenes experimentan con distintos roles e identidades con mayor facilidad que en la familia. En cuanto a la autonomía, el grupo ayuda al logro de una relación más independiente con respecto a los padres y brinda un contexto donde probar las habilidades para la toma de decisiones sin interferencia adulta. La intimidad y la sexualidad son mucho más comunes con los pares que con los adultos; la capacidad para intimar se desarrolla primero a través de la amistad con pares del mismo sexo y solo después en las relaciones amorosas. (Facio, 2006).

El adolescente debe adquirir un sentido estable de sí mismo para lograr la transición de la dependencia de sus padres a la autonomía. Este proceso recibe el nombre de formación de la identidad, expresión tomada de la teoría de Eric Erikson para quien el reto principal de esta etapa de la vida es el de la identidad personal frente a la confusión de roles (Erikson, 1968).

## **5. El Adolescente con epilepsia:**

Para comprender cómo se genera la complicada situación psicosocial del paciente con epilepsia Reinaldo (2007) planteo lo siguiente:

“Es imprescindible conocer la repercusión que tiene la enfermedad y los criterios de los individuos acerca de esta a lo largo del ciclo vital. Según sea la gravedad de la epilepsia, aparecerán problemas y conflictos en la familia que pueden llegar a afectar su funcionalidad. Se plantea el problema cuando el control de los ataques no es efectivo, la familia llega a convertir esa situación en el punto focal de sus actividades. Restringen la vida del adolescente y sus propias vidas, además de que refuerzan el temor comprensible que siente el paciente hacia las crisis.

El niño o adolescente con epilepsia suele ser sobreprotegido y se obstaculiza el desenvolvimiento de sus potencialidades individuales. De esa forma va surgiendo el lamentable estado de miembro enfermo, que excede la verdadera necesidad y determina serias desventajas para todos. No hay razón científica alguna que le impida llevar una vida prácticamente similar a la de sus coetáneos. Los avances actuales de la ciencia médica permiten un efectivo control de las crisis, en la mayoría de los casos.

En cuanto al área escolar se puede asegurar que los pacientes con epilepsia, sin ninguna otra enfermedad del sistema nervioso, pueden adaptarse sin dificultad a la escuela y no debe presentar problemas en el aprendizaje o en la conducta. Sin embargo la actitud y expectativa de los padres, sí influyen de manera significativa en el rendimiento académico y en la conducta psicosocial del niño. Los trastornos del aprendizaje son muchas veces exagerados debido a la creencia (bastante generalizada, pero falsa) de que la epilepsia y el retraso mental están íntimamente relacionados. Por otro lado, se habla de acciones violentas y destructivas que el paciente corrientemente ejecuta durante sus actividades sociales. Si bien se sabe que la crisis epiléptica parcial compleja (psicomotora) y la generalizada tónico-clónica (gran mal) muestran una conducta ligeramente más violenta, es válido precisar el hecho de que esos tipos de epilepsia solo afectan al 25 % de los pacientes". (p.22)

Es mucho más probable que esa conducta sea una legítima defensa al trato diferente que va recibiendo en el seno de la familia y en la escuela. El propio maestro puede cometer el error mencionado si se preocupa excesivamente por la posibilidad de precipitar inadvertidamente una crisis, o si es contagiado con creencias imprecisas, que pueden transmitirle los padres. Se sabe que muchos maestros viven aterrorizados por la perspectiva de una crisis epiléptica en el aula. Los padres del resto de los alumnos pueden estar en desacuerdo con el hecho de que sus hijos presencien los ataques, por lo desagradables y excitantes que pueden resultar.

La excesiva protección, extendida ahora al aula, lo va aislando cada vez más de sus compañeros imposibilitando así la generación de una red de apoyo social que poco a poco lo va ir identificando como solitario, irritable, falto de interés e impopular, sin que nadie se percate de que es el resultado legítimo de que el adolescente reconoce que es diferente de los demás. La adaptación relativamente mala y la lentitud en el aprendizaje que presenta no guardan por lo general relación alguna con su enfermedad.

El maestro debe ser informado por un especialista. Debe saber qué hacer ante una posible crisis en el aula. El peligro real al que se enfrenta un adolescente que tiene una crisis en la escuela es mínimo. Integrarlo en actividades sociales y deportivas que no resulten verdaderamente riesgosas es la esencia de un tratamiento individualizado, pero no segregativo.

En la adolescencia, la problemática propia de la edad llega a complicarse de manera significativa. La necesidad de independencia y de identidad entra en contradicción no solo con el control familiar, sino con restricciones que, necesariamente, la enfermedad impone: medicación sistemática, abstinencia ética y así evitar situaciones riesgosas. Puede aparecer la frustración al no poder seguir el estilo de vida de sus contemporáneos. La madurez no supera los problemas vinculados con la enfermedad convulsiva, sino que surgen otros nuevos. El adolescente con epilepsia puede estar tan incapacitado por su trastorno como lo estaba en la infancia, pero ahora coopera poco y se deja orientar mucho menos. La única vía para ir solucionando este problema es ir dando más responsabilidad en sus propias actividades y en el manejo de sus crisis, para que, cuando insista en ser independiente, esté más preparado para serlo y enfrente adecuadamente el impacto de la epilepsia sobre su salud.

Si se quiere promover una autorregulación efectiva y responsable en el adolescente, el adulto debe abstenerse de imponerle limitaciones subjetivas como resultado de sus temores irracionales y desmedidos. La sobreprotección que actúa como un lastre y atenta contra el valor y el desenvolvimiento de sus potencialidades en las distintas esferas de la vida genera entre otras cosas, el empobrecimiento de la autoestima, el desarrollo de un estilo de enfrentamiento o tipo de negación y de una baja tolerancia a la frustración, la aparición de auto

limitaciones y el desplazamiento de la responsabilidad por el cuidado y mantenimiento de la salud hacia aquellos que se la proporcionan.

Una adecuada concepción de la responsabilidad incluye tanto al adolescente como a sus familiares y debe partir de la aceptación de la enfermedad como condición intrínseca de su vida, de la incorporación de las limitaciones objetivas que impone a su estilo de vida y del desarrollo de comportamientos que protejan la salud.

Por lo general los pacientes con epilepsia consideran relevantes las fuentes comunitarias de apoyo social (amigos, hermanos de fe, compañeros de trabajo y vecinos). Sin embargo es apreciable una marcada tendencia al aislamiento. Si bien esto se puede venir presentando desde la infancia, en la adultez resulta mucho más evidente.

Para Marchetti, Castro, Kurcgant y colaboradores (2005) la epilepsia es el trastorno neurológico serio más frecuente, el cual afecta a aproximadamente 50 millones de personas en todo el mundo. Este suele asociarse con complicaciones graves, que incluyen muerte súbita, lesiones de diversos tipos, problemas psicológicos y trastornos mentales; también se relaciona con problemas sociales y económicos y se la considera un significativo problema de salud pública. Sus altas tasas de incidencia en los países en desarrollo se atribuyen, en gran medida, a enfermedades parasitarias en especial neurocisticercosis, infecciones intracraneales virales o bacterianas, trauma obstétrico, traumatismo craneoencefálico y enfermedades cerebrovasculares.

Marchetti et al. (2005) afirmaron que los cálculos establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) fueron que la epilepsia provoca el 1% de los días de trabajo perdidos por enfermedad en todo el mundo. Cerca de las tres cuartas partes de las personas afectadas por epilepsia pueden volverse sujetos asintomáticos con el uso de drogas antiepilépticas (DAE); y alrededor de dos tercios de los que reciben este tratamiento pueden interrumpirlo luego de un período de aproximadamente 2 años y continuar en remisión. El índice de mortalidad de las personas con epilepsia es dos a tres veces superior al de la población general. A pesar de que los datos mencionados demuestran la

importancia del tratamiento adecuado, la mayoría de las personas con epilepsia en los países en desarrollo no lo reciben. El estigma impuesto sobre personas con epilepsia ha afectado a sus familias, la vida social, empleos, perspectivas conyugales y la autoestima.

Los trastornos mentales asociados con la epilepsia comprometen la calidad de vida, desfavorecen la capacidad de adaptación profesional, reducen la tasa de ocupación y contribuyen a la internación hospitalaria recurrente y al incremento del riesgo de suicidio. A pesar de ser frecuentes e importantes, los trastornos mentales están subdiagnosticados en los pacientes con epilepsia. Además del estigma asociado con la enfermedad, los pacientes que también tienen trastornos mentales asociados se enfrentan con lo que se ha denominado doble estigma.

Las causas para el subdiagnóstico de los trastornos mentales de los pacientes con epilepsia suelen ser: 1) Tendencia a minimizar los síntomas; 2) Dificultad para el reconocimiento de síntomas inusuales, atípicos en la población con epilepsia; 3) Tendencia por parte de los pacientes a minimizar las quejas por temor a ser discriminados; 4) Temor a que los psicofármacos disminuyan el umbral convulsivo, con lo que se genera el problema de resistencia a la prescripción de estos medicamentos.

Es importante, la difusión de los conocimientos sobre epilepsia y los trastornos mentales asociados para enfrentar los problemas de discriminación y la falta de tratamiento adecuado.

## **6. Consecuencias:**

El Adolescente va a configurar su mundo a partir de las interacciones con su medio social y cultural, los que gravitan en la formación de su personalidad. La estigmatización de estos pacientes la podemos observar en las diversas actividades en que éste se desempeña. En la etapa escolar, la presencia de crisis convulsivas u de otro tipo puede llegar a ser un factor de preocupación tanto para los profesores como del resto de los alumnos. Estos se burlan de la persona con epilepsia, la humillan y segregan de los juegos, actividades de

estudio y amistades. Al experimentarse como un ser extraño, su autoestima y seguridad se encuentran menoscabadas, sintiéndose diferente a los otros y poseedor de un mal que muchas veces no logra objetivar con precisión generándole miedos muchas veces irracionales imposibilitándolos a establecer vínculos. Esto es particularmente válido en las crisis convulsivas tónico clónicas o en las ausencias, donde la interrupción de la conciencia no le permite obtener una clara visión de sus crisis y la repercusión de éstas sobre los otros afectando así sus creencias. La asociación entre epilepsia y alteraciones conductuales como sabemos es de larga data. Se pensaba que el cerebro era el responsable de la locura y que ambas se relacionaban con la flema. Los comportamientos anormales o inusuales se adjudicaban a las convulsiones, aun sin los periodos de paroxismos.

Para Shaliapochnick (2006) la epilepsia en sus manifestaciones psiquiátricas plantea con inusual crudeza las relaciones entre cerebro y conducta, entre cerebro y mente, entre cerebro y personalidad. Su estudio es un hecho de ventana abierta a los complejos mecanismos neurofisiológicos que activan o alteran los estados de conciencia, facilitan o distorsionan los fenómenos perceptivos y regulan o modifican los procesos de conservación y evocación de datos.

El perfil psicológico de los epilépticos no es unívoco y depende tanto del tipo de epilepsia y del momento de su aparición como de la integridad del yo que lo soporta. Hasta dónde lo uno condiciona a lo otro.

Las actitudes de la gente hacia el epiléptico son habitualmente discriminatorias, muchas veces propiciadas por el mismo enfermo, quien también tiene su propio prejuicio hacia la enfermedad y vive su papel de individuo estigmatizado creando un círculo vicioso difícil de romper, que afecta la calidad de vida. Los problemas sociales a que se enfrenta el epiléptico se sabe que empieza dentro de la misma familia. Dentro de ella existen dos reacciones extremas que deben evitarse: la sobreprotección y el rechazo. La primera es habitualmente asumida por uno de los padres o ambos, y consiste en querer evitar a toda costa riesgos para el hijo que padece epilepsia, que no salga solo a la calle porque se puede caer y lastimar, que no vaya a la escuela para que no se burlen de él ni inicie o continúe sus estudios porque éstos pueden forzar su cerebro y empeorar las crisis. El producto final será un individuo inseguro, totalmente dependiente e

invalidado para llevar una vida propia y bastarse a sí mismo. El rechazo es menos probable por parte de los padres pero puede darse en uno de ellos, que culpa al otro de haberle transmitido el padecimiento o bien éste le crea sufrimiento y opta por alejarse de él. Es más probable que los hermanos manifiesten el rechazo ya que si los padres le dan al epiléptico un trato especial automáticamente se sienten desplazados en el cariño o en el aprecio al que también tienen derecho.

## **7 – Modelo de Intervención:**

El modelo de intervención utilizado fue el de la Terapia Cognitiva Conductual. Investigaciones desarrolladas a lo largo de muchos años avalan la viabilidad de la Terapia Cognitiva para el tratamiento de diversos trastornos. Es amplia la difusión por ejemplo, de la terapia cognitiva para la depresión de Aaron Beck. En la Argentina la terapia cognitiva comenzó a cobrar mayor difusión en los últimos 20 años. Pero fundamentalmente orientada hacia los tratamientos para pacientes adultos. Distinto es el caso de la terapia cognitiva con niños que no contaba con la misma difusión y desarrollo. La principal dificultad fue escasez de instancias formativas en el ámbito de salud pública, así como la dificultad de acceso a la bibliografía. (Bunge, Gomar & Mandil 2008).

Un estudio de la Universidad de Liverpool, Hospital de Gales y del Hospital Maastricht de Holanda quiso comprobar las funciones cognitivas comprometidas antes de empezar el tratamiento farmacológico con los pacientes que padecen epilepsia y algunos de los resultados fueron que mucho de los pacientes con epilepsia reportaron impedimentos en sus funciones cognitivas, como los niveles de atención, concentración, memoria y aprendizaje. El factor principal que parece contribuir a esta disfunción en la gente con epilepsia son los efectos secundarios producidos por la medicación antiepiléptica, la etiología de la epilepsia que padecen, problemas psicosociales y los efectos recurrentes de los ataques (Kwan & Brodie, 2001; Miador, 2002; Aldenkamp & Bodde, 2005).

Aunque un número de estudios ha sugerido que los impedimentos ya los presentaban antes que empiecen sus tratamientos. Las funciones que se ven mas afectadas son la memoria y la velocidad psicomotora.

El postulado fundamental de la TCC es que los pensamientos ejercen una influencia en las emociones y la conducta. Se considera que los individuos responden al significado adjudicado a las situaciones, más que a los eventos mismos. Esto no equivale a decir que los factores cognitivos ejerzan un rol causal exclusivo en la etiología de todos los trastornos. Afirmar que lo que usted piensa puede determinar lo que usted siente significa que en el mundo, ante una serie de acontecimientos que pueden ser tanto positivos, neutros, o negativos, cada uno interpretará estos hechos con una serie de pensamientos que fluyen continuamente en su mente. A esto se lo llama diálogo interior. Estos pensamientos y no los hechos reales, son los que podrían determinar su estado de ánimo. El objetivo de la TCC se centra en que se flexibilicen los modos patológicos del procesamiento de la información ya que no padecemos por las situaciones en sí sino por las interpretaciones rígidas que de ellas hacemos.

Nociones generales y particulares de la TCC con niños y adolescentes.

En la niñez y en la adolescencia podemos afirmar que hay una variable única que aparece como causa de la psicopatología, se entiende que el comportamiento está multideterminado por un número de factores causales (biológico, genéticos, interpersonales y ambientales) que interactúan contribuyendo al desarrollo patológico. Pero existe evidencia empírica concerniente a que la intervención sobre el procesamiento individual de información, presenta importante incidencia sobre las manifestaciones emocionales y comportamentales (Beck, Clark, 1997).

Estos procesos cognitivos son condicionados por creencias subyacentes que los individuos mantienen acerca de sí mismos, el mundo y el futuro. Las creencias tácitas o esquemas son construidos a lo largo del desarrollo, y funcionan como lentes que guían la percepción, recuperación, procesamiento e interpretación de la información. Cuando la respuesta emocional o conductual de un niño o adolescente a un evento es desadaptativa (es decir, que es inapropiada dada la naturaleza del evento o produce un deterioro en su funcionamiento social) se presume la injerencia de déficit en sus habilidades conductuales, o distorsiones en las creencias y procesos cognitivos resultantes. El rol que adopta el Psicólogo es una postura activa en dichos tratamientos cumpliendo diversas funciones:

- **Diagnosticador:** implica valorar múltiples fuentes de información (padres, hermanos, docentes, médicos y el paciente) para poder realizar una síntesis propia de la situación.
- **Consultor:** consiste en una modalidad de trabajo colaborativo con el paciente en la búsqueda de soluciones.
- **Entrenador:** es aquel que provee ciertas estrategias para aprender determinadas habilidades cognitivas y comportamentales, para poder afrontar las situaciones conflictivas por sí mismo.

Cabe aclarar que si bien los tratamientos cognitivos comportamentales fueron diseñados para trastornos específicos los sistemas diagnósticos reconocen esto, y es por ello que diferencia a los trastornos de otros problemas que puedan ser objeto de atención clínica, tales como relación paterno-filial, relación entre hermanos, problemas académicos o problemas biográficos como los asociados a las distintas etapas del desarrollo u otras circunstancias vitales.

### **Algunas intervenciones fundamentales.**

**A)** Entrenamiento en el reconocimiento de las emociones: Muchos niños o adolescentes no diferencian emociones como tristeza, aburrimiento o enojo. Por ello uno de los primeros pasos será poder diferenciar y nombrar estas emociones para luego ocuparse de otros aspectos.

**B)** Identificación y monitoreo de los pensamientos automáticos: Estos son pensamientos que escapan a la voluntad del paciente, que son extremadamente rápidos y poseen una estructura telegráfica. Es por eso que las personas usualmente no se detienen a cuestionarlos y los toman como ciertos. Estos pensamientos dan lugar a las diversas interpretaciones que cada uno realiza de las situaciones que le toca vivir e influyen en su estado anímico.

En todo tratamiento cognitivo, uno de los pasos iniciales consiste en orientar al paciente en la detección de los autodiálogos e imágenes disfuncionales que se suscitan en las situaciones problemáticas.

**C)** Reconocer la relación existente entre el pensamiento, la emoción y la conducta: Para que el paciente participe activamente del tratamiento e incorpore la metodología colaborativa de trabajo, debe ser psicoeducado y entrenado en el reconocimiento de los nexos entre los factores más importantes que mantienen los trastornos. Es posible transmitir esta información a partir del uso de historietas y esquemas ilustrados, mediante los cuales puede, primero aprender y luego deducir la interrelación entre los sucesos, lo que pensó e interpretó respecto a las situaciones problemáticas y las correspondientes consecutivas afectivas y conductuales.

**D)** Reestructuración cognitiva: Como en la TCC con adultos, el paso siguiente a la identificación de pensamientos disfuncionales es su auto-cuestionamiento, promoviendo alternativas más flexibles y adaptativas. Con preadolescentes, es posible simplificar e incluir ilustraciones alusivas en los clásicos registros de pensamiento.

**E)** Modelados: Variedad de técnicas que encuentran su origen en la teorías del aprendizaje social: juegos de rol (rol playing) para resolver situaciones interpersonales estresantes.

**F)** Estrategias para el control de impulsos: Resultan útiles en los trastornos externalizadores cuando logramos implicar al niño o adolescente en el motivo de consulta. Están orientadas al ejercicio de funciones poco desarrolladas: parar y pensar antes de actuar en situaciones conflictivas, resolver problemas buscando alternativas, etc.

## **4 - Metodología:**

### **Método**

El tipo de estudio:

- Descriptivo
- Estudio de caso único

#### **4.1. Instrumentos:**

- Entrevista a la madre en el proceso de admisión y durante el seguimiento del tratamiento.
- Entrevistas al adolescente: se realizó el seguimiento del caso por medio de entrevistas al paciente realizadas por un Psicólogo y el pasante.

#### **4.2. Participante**

Para preservar la identidad del adolescente no mencionaremos su verdadero nombre y lo llamaremos **"B"**

Se llevó a cabo el análisis de un caso clínico de un adolescente "B" de sexo masculino de 16 años edad derivado al servicio de Psicología después de haber pasado 2 días hospitalizado por presentar convulsiones. Al paciente "B" se le diagnosticó epilepsia tipo tónica a los 2 años, sus convulsiones fueron controladas hasta los 14 años cuando volvió a presentar una crisis a raíz que dejó de tomar la medicación.

La íterconsulta fue solicitada por la Psiquiatra tratante del Hospital Interzonal que refiere que el paciente dejó de tomar la medicación para las convulsiones, duerme poco, y que lo encuentra muy nervioso. La madre refiere que se pelea con sus pares de la escuela, que su rendimiento académico es bajo, que se pelea con sus hermanos y que no les hace caso, "B" repitió 1er grado 3 veces. Le cuesta establecer vínculos con sus pares según comenta la madre por sentirse distinto a los demás debido a su enfermedad.

#### **4.3. Desarrollo**

El adolescente "B" concurre con su madre a la consulta, donde se realiza la entrevista de admisión en presencia del psicólogo del servicio de pediatría y el pasante.

- En primera instancia se preguntaron datos generales a la madre para completar la hoja clínica, se trató de generar empatía con el adolescente haciéndole preguntas generales sobre sus gustos, las cosas que lo motivaban, refirió que le gustaba escribir y no mucho dibujar, le gustaba mucho ver los partidos de fútbol. Jugar a los jueguitos de la PC y que le

gustaría ser un cocinero como su papa. Cuando se le pregunto si sabia por qué fue derivado al servicio comento que no se llevaba bien con su madre y que peleaba con sus hermanos. No refirió nada al respecto de haber dejado de tomar la medicación lo cual llevo a que presentara nuevamente las crisis, motivo por el cual fue hospitalizado. Tampoco hablo sobre la falta de sueño y sobre los motivos que lo mantenían nervioso.

- Se le pregunto por qué había dejado de tomar la medicación, se charló sobre la responsabilidad que esto implicaba en su salud y la repercusión que tiene cuando dejaba de tomarla. Este refiere que se siente mejor cuando deja de tomarla y que esto le va permitir hacer más amigos.
- “B” vive con su padre, madre y sus 3 hermanos.
- Se trató de abordar el tema de las emociones; enojo, tristeza, causas, formas que toma y como detectarlas.
- La madre dice que ella le pega a veces para que sepa quién manda.
- El paciente dice que él ve menos cosas que los demás en el colegio, sabe menos y entiende menos. Le gustaría hacer lo mismo que los demás para saber más. “B” lo asocia con su enfermedad.
- “B” tiene ganas de tener amigos en el colegio pero piensa que va ser difícil por su enfermedad. Los chicos del barrio lo invitan a jugar pero el solo se aísla. Comenta que el grupo de los “canberos” lo cargan.
- La madre refiere que le cuesta mucho lograr que sus hijos se independicen y mas “B” con su enfermedad.

Concluida la entrevista con la madre y con “B” se decidió iniciar una evaluación diagnostica y tratamiento psicológico, se determino el modelo de intervención a seguir y técnicas a utilizar.

### **Análisis del caso:**

Basado en los lineamientos del modelo cognitivo y según (Bunge, Gomar & Mandil 2008). Las técnicas implementadas fueron las siguientes:

### **Entrenamiento para el reconocimiento de las emociones:**

- Se hablo acerca del enojo, ira, causas, formas que toma, modos de detectarlo; se le pidió que los asociara con los eventos que lo hacían sentir estas emociones, que tratara de escribirlos en un papel. Que pensara que otro tipo de sensaciones le producían ante los mismos eventos. Se le pidió que los trajera o memorizara para las sesiones siguientes. Ejemplo: Decía que si alguien lo molestaba a él o a sus hermanos, lo primero que hacia era darles un golpe. Se trabajo sobre el hecho de hacerle ver que también se puede defender con las palabras y que dejar de pelearse era un acto de independencia más. Al paciente le cuesta identificar sus emociones de manera correcta y las canaliza de manera impulsiva, en este caso, de manera agresiva ya sea físicamente con sus hermanos, sus compañeros o con su papá.
- Se chequeó sobre cómo era la interacción con sus hermanos y se registró la existencia de celos que generaban las peleas que se comentaban. Si las peleas eran con uno en particular y cuál era la frecuencia. “B” decía que le molestaba ser el mayor de sus hermanos y tener que cuidarlos, algunas veces sentía que los otros eran más complacidos que él. Se le preguntó a la madre al respecto y fue negado. Comentó la madre, que las atenciones que los otros hermanos recibían eran acordes a las distintas edades.
- Se preguntó como era su relación con sus conocidos del barrio; impedimentos para generar nuevas redes y las emociones que le producían a la hora de establecer el primer contacto. Ejemplo vergüenza, miedo, etc. Siempre que se tocaba este tema solía evadir la pregunta sobre que le producía. Pensaba que iba a ser mal visto por su enfermedad o que le podía dar alguna crisis estando en la calle. Cuando se le preguntaba si era miedo se quedaba en silencio y cambiaba de tema.
- Se indago sobre que sentía a raíz de su bajo nivel de calificaciones y que emociones le producían sus frustraciones y como era el trabajar de manera conjunta con sus compañeros y que emociones le producían. “B” consideraba que iba un paso atrás en lo relacionado al aprendizaje, sus profesores lo ayudaban de manera extra y el noto su baja

productividad en la calificaciones.

- Se trabajo de manera didáctica dibujando un continuo pegando imágenes asociadas con emociones ante una situación en particular

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 -----

- 1 - Se enoja porque lo insultan.
- 2 - Impulso de descarga hacia el hermano.
- 3 - “B” dice que frena su brazo antes de pegarle al hermano.
- 4 - Va a su cuarto a llorar
- 5 - Se olvida de cómo se generó la pelea y que paso.

La tarea realizada facilito que el paciente reconociera de manera didáctica a través de un gráfico sus emociones y pueda hacer consciente su enojo. Se le pidió que tratara de realizar la misma tarea con todas las situaciones que le producían ira o enojo.

El reconocimiento de sus emociones facilito el trabajo para monitorear cuales eran los miedos a la hora de establecer nuevas amistades, detectar la forma, como los alejaba y a su vez como se recluía.

### **Identificación y monitoreo de los pensamientos automáticos**

- “B” no quería hacer las tareas del colegio, decía todo el tiempo que no podía. Se trabajó en la identificación de las tareas que más se le dificultaban.

Se pudo identificar luego de varias sesiones que todos estos pensamientos estaban según él, ligado a su enfermedad. Él consideraba que la epilepsia era un impedimento que no le permitiría obtener conocimientos y como veía que a sus compañeros les costaba menos se frustraba convirtiéndose este en un circuito vicioso difícil de romper. Le costó entender y comprender que él podía pero a un ritmo menor al de la media de su clase.

Se pudo detectar que no quería tomar la medicación porque esto le dificultaba generar amigos basado en la línea de pensamiento de “B”,

cosa que es común en pacientes cuando empiezan a ver mejorías.

Se le solicito que llenara planillas de registros sobre esos pensamientos para así hacerlo consciente de ellos.

Se hizo mucho hincapié en la importancia de tomar la medicación como corresponde, la responsabilidad que esto acarrea. El paciente empezó a llevar registro de la toma de su medicación de manera independiente utilizando la alarma de su celular, 3 tomas por día.

Se trabajo sobre las actividades que “B” consideraba que no podía realizar por el hecho de padecer su enfermedad. Ejemplo las vinculadas a las sociales, miedo al ir al cine, irse de viaje con sus compañeros del colegio, etc.

- Se indago sobre los pensamientos relacionados que el tiene de su enfermedad y lo que cree que los demás piensan de él. “B” siente que debido a la epilepsia los padres lo sobreprotegen y no lo dejan hacer cosas de adolescentes. La madre refiere tener miedo a muchas cosas y que le cuesta mucho dejar que “B” se independice. Tiene miedo de que vaya al boliche, a las peleas callejeras, a que lo usen, a las drogas, al sexo a que se haga flogger, etc.

Acá el pensamiento de la sobreprotección era reafirmado por la madre lo cual dificultaba el trabajo, se solicitó a la madre venir mensualmente y de manera paulatina la madre fue cediendo ante la cantidad de pensamientos catastróficos que poseía al respecto de estos temas.

- Se le pregunto a “B” porque se aislaba, y dijo tener ganas de hacer amigos pero pensaba que le iba ser difícil integrarse con los compañeros de su colegio.
- “B” se pregunta cómo cambiar su vida para que sea más tranquila. Cuando se le preguntó al respecto, nos comentó que había un grupo que lo solía cargar. El grupo de los cancheros, según refiere. Entre otras cosas, le decían, marica o lento. El trataba de no irse a los golpes porque pensaba que la maestra debía hacer algo al respecto. Acá se reforzó la idea que su razonamiento era válido.

Al final del proceso “B” pudo comentar que se terminó uniendo al coro de la escuela y cantó la canción del Fantasma de Canterville para la escuela, nos

comentó que el pertenecer al coro lo ayudó a generar no solo nuevos vínculos sino que también, a encontrar una actividad fuera del ámbito educativo que lo movilizaba.

**Se trabajó en reconocer la relación que existe entre el pensamiento, la emoción y la conducta.**

- Fue posible transmitir esta información a partir del uso de historietas y esquemas ilustrados, mediante los cuales puede, primero aprender y luego deducir la interrelación entre los sucesos, lo que pensó e interpreto respecto a las situaciones problemáticas y las correspondientes consecuencias afectivas y conductuales.
- Con “B” se utilizó el uso de la historieta. En este caso, la historia de la carrera del puma y el camaleón.
- Según la historia, el camaleón se siente enojado porque va perdiendo, y sabe que va perder, entonces para dejar de estar enojado y poder disfrutar de la carrera a pesar de salir último, opta por ponerse contento por el solo hecho de haber participado. La moraleja es que si bien las patas cortas las va a tener siempre, sabe que es lo mejor que puede hacer y va a llegar a la meta de todas formas, aunque vaya más lento.
- Como en la terapia cognitiva conductual con adultos, el paso siguiente a la identificación de pensamientos disfuncionales es su auto-cuestionamiento, promoviendo alternativas más flexibles y adaptativas, dado que con los PRE-adolescentes, es posible simplificar e incluir ilustraciones alusivas con los clásicos registros de pensamiento.
- Con “B” se pudo trabajar de manera puntual sobre cómo mejorar su rendimiento en el colegio.
- Integrarse con sus compañeros y que pueda generar una red de contención social fuera del seno familiar.
- Las estrategias para el control de impulsos estuvieron más orientadas al ejercicio de funciones ejecutivas poco desarrolladas: parar y pensar antes de actuar en situaciones conflictivas, como por ejemplo las peleas que tenía con sus hermanos.

- Búsqueda de alternativas para situaciones estresantes como por ejemplo dejar de pelearse con sus compañeros de clase.
- Se trató la responsabilidad y sobre la repercusión que tiene el dejar la medicación y el impacto que tiene esto sobre su salud.

Al final del proceso se establecieron horas específicas para tomar la medicación para que hubiera un mayor control sobre su tratamiento y no hubiesen recaídas.

## **5 - Conclusión:**

Durante los últimos tiempos mucho se ha estudiado y escuchado sobre los avances de la neurociencia, la psiquiatría y la genética, de sus aportes para la detección, diagnóstico y tratamiento de la epilepsia, pero poco se ha estudiado sobre el impacto psicológico que tiene esta enfermedad en los pacientes adolescentes con dicha patología.

A la epilepsia se la conoce como una enfermedad silenciosa dado que no presenta signos o síntomas hasta el ictus en sí. Esto por su parte puede hacer que nos olvidemos de las emociones y las creencias que tienen dichos pacientes sobre su enfermedad, el perfil psicológico va a variar de acuerdo a la edad del paciente y el tipo de epilepsia que padezca por lo cual va a ser de mucha importancia a la hora de realizar un análisis de dicha problemática.

De todas formas se ha podido corroborar a lo largo de la historia la estigmatización al respecto de esta enfermedad y de su larga data. La adolescencia por su parte no escapa a definiciones únicas sino sencillamente a concepciones teóricas que nos permiten acercarnos a entender mejor uno de los ciclos vitales más importantes que atraviesa el sujeto y por su parte la medicina ha podido brindarnos información sobre los cambios biológicos.

En lo que respecta a la creación de grupos comunitarios como agentes de prevención e información tanto para las personas que la padecen como para las personas que acompañan a dichos pacientes nos hemos visto muy atrasados en nuestro país, así como también en toda la región de América del Sur.

Considero que habría que preguntarnos qué rol juega hoy en día la escuela con

respecto a este tema, ya que el personal docente calificado puede ser de gran ayuda, siendo estos guías y nexos tanto para los que lo padecen así como también cuando existan las diferencias entre pares.

Habría que realizar una autocrítica sobre que conocimientos poseemos al respecto de la enfermedad y como solemos actuar ante un adolescente y sus cambios, esto nos ayudaría a tener una perspectiva más humana y real sobre la realidad de dichas temáticas y más aun cuando se excluyen.

En el presente trabajo se pudieron analizar las conductas del paciente con sus pares en base a los relatos vertidos por él y de su madre. También se pudo observar cómo estas conductas fueron cambiando a medida que los objetivos de la terapia se iban centrando más en cómo generar redes sociales dentro del ámbito escolar y como controlar su impulsividad. El trabajo se focalizó en que el paciente pudiera describir toda la información con respecto a su enfermedad y que concepto y creencias tenía al respecto de ella, al realizar esta tarea facilitó saber que creencias disfuncionales estaban dificultando la posibilidad de establecer nuevos vínculos con sus pares.

El paciente "B" tenía la concepción errada de creer que su enfermedad era motivo de impedimento para generar nuevas amistades, solía tener miedo que le agarre un ictus mientras estaba con alguien, que la gente notara que tenía la enfermedad y que sus capacidades tanto físicas como intelectuales no eran iguales a las demás. Al paciente se le dificultaba reconocer y controlar sus emociones concernientes al enojo, se trabajó sobre el reconocimiento de las mismas con el fin de obtener información para situaciones futuras. En cuanto al control de su impulsividad se logró que el paciente pudiera hacer consciente el enojo y pudiera reflexionar que situaciones le producían dicha emoción antes de actuar de manera impulsiva.

Esto produjo en el paciente efectos muy positivos dado que le permitió generar vínculos más sanos y la interiorización de nuevas formas de reaccionar.

Tanto el trabajo realizado en la identificación de pensamientos automáticos como el reconocimiento de la relación existente entre pensamiento, emoción y conducta permitieron realizar una mejor intervención con el paciente durante el tratamiento.

Al final del tratamiento, "B" se adaptó al coro de su escuela estableciendo vínculos con sus pares de una manera más duradera, su relación con sus

compañeros y hermanos mejoro notablemente. El paciente logro que sus padres a su vez le permitieran tener un poco más de libertad en cuanto a las actividades que realizaba fuera de la escuela. Este a su vez puedo hacer consciente la responsabilidad de lo que sería el no tomar sus medicamentos y de la recaída que significaría para el proceso realizado y de lo importante que era para su salud.

Por otro lado considero que nos queda una gran lucha por seguir derribando los mitos al respecto de la epilepsia, el rechazo social que genera en nuestras sociedades y por otra parte el gran desconocimiento de la cantidad de cambios tanto fisiológicos como psicológicos que se generan en la etapa de la adolescencia.

Hoy nuestro desafío es mayor dado que los adolescentes luchan cada vez más para introducirse a una sociedad dinámica y efímera, en donde los cambios generados por la sociedad de consumo pocas veces permiten el procesamiento de la información, imposibilitando una mejor contención y estableciendo redes sociales más estables o duraderas.

La elección de dicha pasantía fue realizada teniendo en cuenta mis compromisos y horarios laborales, queriendo destacar la amabilidad y comprensión de todo el personal del hospital, ya que pudieron entender cuál era mi situación. Realmente puedo decir que me llevo una grata sorpresa por el conocimiento que me pude llevar, todo el material que me brindaron y la calidez humana del personal del hospital. Pienso que las instalaciones por parte del departamento de Psicología estaban bien cuidadas y hacían contraste con el resto de la infraestructura general del hospital dado que se la veía muy deteriorada. Considero que es nuestra deuda pendiente como sociedad para nuestra gente. La materia prima nos sobra, es solo una cuestión de políticas de salud pública y de mucha voluntad.

Por otro lado me encontraba muy entusiasmado y con muchas ganas de transitar la experiencia de la pasantía, tuve también la suerte de tener algunos otros casos compartidos además del de "B".

Asimismo en otras ocasiones, se vieron opacadas o truncadas ya sea por el periodo de invierno o por los paros que confundían a los familiares de los pacientes.

Para finalizar si tuviera que hacer una autocrítica, diría que hubo errores,

producto de mi falta de experiencia, lo cual no me permitió al principio, reconocer de manera rápida el foco de la problemática en alguno de los pacientes.

## 6 - Referencias Bibliográficas:

Alicia, F. Santiago, R. Clara, M. Fabiana, M. (2006). *Adolescentes Argentinos*. Buenos Aires: Lugar

Bunge, E. Gomar, M. Mandil, J (2008). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Akadia

BVSCUBA, (2011). *Biblioteca virtual en salud*. Recuperado el 28 de Marzo del 2011 en <http://www.bvscuba.sld.cu/html/es/home.html>

DSM – IV (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson

Gaona, V. (2011). *El portal de la neuropediatría*. Recuperado el 12 de febrero del 2011, de [Http://www.neuropediatria.com.py/book/Epilepsia/definicion\\_de\\_la\\_epielpsia.htm](Http://www.neuropediatria.com.py/book/Epilepsia/definicion_de_la_epielpsia.htm)

GADEP, (1993). *Grupo Aceptación de Epilépticos*. Recuperado el 2 de Diciembre del 2010, de <Http://www.epilepsiahoy.com/gadep.html#so>

Ivanovic, F. (2001). Epilepsia y Adolescencia. *Clínica Psiquiátrica Universitaria, Facultad de Medicina, Universidad de Chile*. 1, 30 -40.

Kaplan, I. Benjamin, J. (1995). *Manual de Psiquiatría* (6ta ed). Baltimore: Williams & Wilkins.

Marchetti, R, Castro, A, Kurcgant, D & colaboradores (2005) Trastornos Mentais Asociados à Epilepsia *Revista de Psiquiatría Clínica* 32(3):170-182, 2005

Morris, C. & Albert, M. (2001). *Psicología*. México: Pearson education

Reinaldo, J (2008). *Paradigma psicológico salubrista para la atención al paciente con epilepsia*. (1era ed.) La Habana, Cuba: Editorial Universitaria

Shliapochinik, J. (2006) *Aspectos Psiquiátricos de la Epilepsia*. Buenos Aires: Salermo.

Taylor, J. & Kolamunnage, D. (2010). Cognitively compromised before the Start of antiepileptic drug treatment. *Patients with epilepsy*, 51, (1) 48-46.