

Trabajo Original

Universidad de Ciencias Médicas Dr. Faustino Pérez Hernández Sancti Spíritus

Expresiones de la frustración en pacientes con epilepsia.

Expressions of frustration in patients with epilepsy.

Lic. Gladys A. Rojas Sánchez¹, Tec. Helena Lorenzo Corrales², Dra. Ana H. Pérez López³, Dr. Mario Pérez Rodríguez³, Dr. Javier García Sacarías⁴

Licenciada en Psicología. Máster en Psicología Médica. Investigador Adjunto del CITMA. Profesora Auxiliar. Sancti Spíritus. Cuba¹

Técnico Medio en Psicología. ATD del Departamento de Psicología Médica²

Especialista de 1^{er} grado en Neurología. Profesor Instructor³

Especialista de 1^{er} grado en Medicina Interna. Investigador Adjunto del CITMA. Profesor Instructor⁴

RESUMEN

Introducción: La Psicología de la Salud ha contribuido de forma importante al estudio y tratamiento de las enfermedades crónicas las que se han visto favorecidas en su abordaje. En la epilepsia se avanza pero aún está a la zaga con respecto a otras enfermedades, resultando de interés profundizar en el conocimiento de la vida afectiva del paciente, sus insatisfacciones y frustraciones. **Objetivo:** Identificar las expresiones de la frustración en el paciente adulto con epilepsia. **Material y métodos:** Se realizó un estudio de casos múltiples con metodología cualitativa en el que fueron evaluados con el Test de Frustración de Rosenzweig 5 pacientes portadores de diferentes tipos de epilepsia y de crisis, durante el segundo semestre del año 2008 en el servicio de Neurología del Hospital General de Sancti Spíritus. **Resultados:** La frustración se hizo presente en todos los casos, con más influencia sobre el paciente que padece epilepsia generalizada y crisis que evolucionan a secundariamente generalizadas, la enfermedad se identificó como una importante fuente de frustración. **Conclusiones:** Las expresiones de la frustración que predominan fueron las respuestas extrapunitivas y la reacción egodefensiva lo que indica que sitúan las culpas en el exterior y se defienden de la hostilidad que perciben.

DeCS: EPILEPSIA / psicología; PRUEBAS PSICOLÓGICAS, FRUSTACIÓN
Palabras clave: frustración, epilepsia, psicología de la salud

SUMMARY

Introduction: Health Psychology has contributed in an important way to the study and treatment of chronic diseases which have been favored in their management. In epilepsy, advances are being made but it is still behind with regard to other diseases. Therefore, it is interesting to deepen into the knowledge of the patients' affective lives, their dissatisfactions and frustrations. **Objective:** To identify the expressions of frustration in mature patients with epilepsy. **Material and Method:** A study of multiple cases was made with a qualitative methodology in which 5 patients with different types and crises of epilepsy were evaluated with Rosenzweig's Test of Frustration during the second semester of the year 2008 in the service of neurology of the General Hospital of Sancti Spiritus.

Results: Frustration became present in all cases, with more influence on the patient than suffers widespread epilepsy and crises that evolve to a secondary dissemination. The disease was identified as an important source of frustration. Conclusions: The expressions of frustration that prevail were extrapunitive responses and the self-defensive reaction, which indicates that they blame it on external factors and defend themselves from the hostility they perceive.

MeSH: FRUSTRATION, EPILEPSY / psychology; TEST PSICOLOGY

Keywords: frustration, epilepsy, psychology of health

INTRODUCCIÓN

La Psicología de la Salud constituye uno de los campos aplicados de la Psicología cuya aparición es relativamente reciente. Sus aportaciones fundamentales se han basado en una nueva forma de abordar el proceso salud-enfermedad, en la que los aspectos psicológicos, sociales y comportamentales y no solo los estrictamente biológicos tienen un papel relevante en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y su tratamiento¹.

Esta disciplina expresa el afán de conseguir la definitiva consideración de los aspectos psicosociales en el proceso salud-enfermedad, tanto desde el punto de vista científico como profesional, dentro del denominado Sistema de Salud².

La Psicología de la Salud ha hecho importantes aportes al estudio y tratamiento de las enfermedades, donde se destacan las crónicas no transmisibles, contándose con pautas establecidas para el abordaje preventivo y asistencial de las mismas. Sin embargo la epilepsia no ha sido suficientemente abordada.

No obstante al notable desarrollo que han alcanzado las investigaciones en la epilepsia aún se mantiene el estigma de la enfermedad y se acometen estrategias y políticas encaminadas a sacarlas de las sombras³.

La prevalencia de esta enfermedad a nivel mundial varía entre 0,3/1,000 habitantes (en países desarrollados) y 1,5 - 2/1,000 habitantes en países pobres. En Cuba se reporta 6,2 x 1000 de la población³.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la epilepsia como "una afección crónica, de etiología diversa, caracterizada por crisis recurrentes debidas a una descarga excesiva de las neuronas cerebrales (crisis epiléptica) asociada eventualmente con diversas manifestaciones clínicas y paraclínicas".

Durante mucho tiempo se ha diferenciado el comportamiento emocional de los pacientes con epilepsia del resto de las personas y está en el pensamiento de médicos y especialistas que tienen que ver con su atención aquello de la irritabilidad y la impulsividad como sellos de su comportamiento. La diversidad de alteraciones afectivas se relaciona con la clasificación de la epilepsia y las crisis³.

Según la más reciente clasificación de la ILAE (Liga Internacional contra la Epilepsia) se deben considerar cinco ejes en su determinación, el primero relacionado con la semiología ictal, el segundo con el tipo de crisis donde se definen las generalizadas y las focales con sus distintas formas de presentación, el tercero con el diagnóstico sindromático, el cuarto eje se refiere a la etiología y el quinto, opcional, a la precisión de incapacidad o deterioro.

En la literatura se señala que en las crisis focales o de pequeño mal y en las generalizadas de ausencias típicas se mantiene mejor el nivel mental. Los pacientes obtienen mejores resultados en

las evaluaciones psicológicas si padecen crisis focales que si son generalizadas o secundariamente generalizadas⁴.

Coinciden varios autores en plantear que hay mayor presencia de trastornos del aprendizaje en niños con crisis generalizadas que en los que padecen epilepsias focales. Además se plantea que el proceso de memoria suele afectarse más en las epilepsias del lóbulo temporal⁵, sin embargo otros niegan tal aseveración con la comprobación de que igual deterioro se encuentra en otras afecciones del sistema nervioso y no solamente en este tipo de epilepsia. No obstante aparecen con frecuencia artículos de autores que insisten en precisar las alteraciones psíquicas que se producen en las epilepsias del lóbulo temporal⁶.

Los estados emocionales más frecuentes en los epilépticos son la tristeza y la depresión, seguidos de cerca por la irritabilidad, la frustración y el temor, además en estudios llevados a cabo mediante el WPSI (Inventario Psicossocial de Washington) se han obtenido alarmantes niveles de inadaptación emocional³. Se ha destacado la conveniencia de utilizar la evaluación psicológica en el diagnóstico de los procesos psíquicos de estos enfermos⁷.

Se ha constatado en los epilépticos adultos la expresión de ansiedad y frustración, relacionando estos estados emocionales con la inadecuación afectiva que ellos desarrollan a partir de las vivencias experimentadas con su enfermedad y el entorno familiar y social. La inadecuación afectiva se identifica por la presencia de inmadurez emocional, pobre control de impulsos, inestabilidad, sentimientos de minusvalías, frustración de necesidades afectivas, entre otras⁸.

En la actualidad se ha descartado la presencia de violencia y agresividad en los pacientes, solo se acepta que en algunos tipos de crisis pueden presentarse agresividad y actos violentos como parte de la fenomenología ictal⁹.

En la psicología, la agresividad, el descargar emociones negativas en otros y mostrar inconformidad e inadaptación social se relaciona muchas veces con la frustración y sus efectos.

Según Delay y Pichot¹⁰ los criterios que permiten identificar un fenómeno como frustración son: El fenómeno debe tener la ausencia del objeto-meta que satisface las necesidades (frustración primaria) y debe existir un obstáculo para alcanzar el objeto-meta (frustración secundaria). La reacción a la frustración es de tipo afectivo, principalmente agresiva en todas sus variantes.

La frustración muchas veces proveniente del afrontamiento inadecuado a las situaciones conflictivas es un fenómeno que cada vez adquiere un lugar más relevante en la salud pues participa en ella interfiriendo con el subsistema de las motivaciones que regulan las conductas de los individuos ante los problemas de la salud y la enfermedad¹¹.

Los problemas relacionados con el aprendizaje y la memoria pueden ser una fuente de frustración para las personas con epilepsia¹².

En los últimos años se advierte marcado interés por la vinculación del estrés con las crisis epilépticas. Esta relación se constató primero sobre la base de la observación clínica y después se determinó que ciertos acontecimientos podían exacerbar las crisis, e incluso, incrementar su frecuencia. Más tarde se plantea el criterio de que los sucesos cotidianos están asociados a la salud somática, y que al provocar irritabilidad, frustración, distrés, o por el contrario, complacencia, satisfacción o felicidad, permiten predecir también la salud mental¹³.

Con el interés de profundizar en este campo de estudio hasta el momento pobremente explorado en las personas con epilepsia se desarrolla la investigación con el objetivo de identificar las expresiones de la frustración en el paciente adulto con epilepsia.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un diseño cualitativo fenomenológico de casos múltiples seleccionados de manera intencional teniendo en cuenta el diagnóstico de epilepsia y que cada uno (5 casos) padezca diferente tipo de epilepsia y de crisis.

Los pacientes objeto de estudio reciben atención en el servicio de neurología del Hospital General de Sancti-Spíritus, se encuentran entre las edades de 20 - 45 años y fueron evaluados por psicología en el segundo semestre del año 2008. Los Instrumentos aplicados fueron: Entrevista en profundidad y Test de Frustración de Rosenzweig (C. Barroso y R. Alviza).

Para el análisis de los datos obtenidos se realizó un estudio e informe de los casos individuales, posteriormente se elaboraron conclusiones de los casos múltiples teniendo en cuenta los diferentes tipos de epilepsia y de crisis.

Los métodos empleados fueron: empíricos: entrevista en profundidad y medición cualitativa y teóricos: análisis y síntesis, inductivo-deductivo e histórico lógico.

Los datos se procesaron realizando análisis de contenido de lo obtenido en la entrevista en profundidad y el Test de Frustración de Rosenzweig.

Todos los casos fueron entrevistados y evaluados en la consulta siguiendo los preceptos éticos de la investigación con pacientes.

Análisis de casos individuales

Caso 1: Paciente de 36 años de edad, con 12 grado de escolaridad en cuya entrevista aparecieron los siguientes datos de interés. Sobre la enfermedad: Debuta a los 25 años. Evolución: 11 años. Diagnóstico de epilepsia generalizada y crisis de ausencia típicas. Frecuencia: una mensual. Tratamiento politerapia. Las crisis se asocian a emociones positivas y negativas, además a la menstruación. Se aprecian vivencias negativas asociadas a daños físicos y desorientación en público. Datos significativos de la historia personal y familiar: Tenía crisis esporádicas, desde la adolescencia, no diagnosticadas, la relación matrimonial no fue aceptada por el padre, el divorcio de los padres, nacimiento de un hijo con enfermedad incapacitante, abandono obligado de la vida laboral para el cuidado de su hijo y aislamiento social por temor a salir de su casa. Fuentes de frustración: Enfermedad del hijo, la epilepsia. Aspiraciones futuras: No tiene. Resultados del Test de Rosenzweig: Predominio de respuestas impunitivas en las cuales se evita la agresión y la situación es descrita como sin importancia, como si no fuera responsabilidad de nadie, o como susceptible de mejorarse, limitándose a esperar y conformarse. Prevalen las respuestas ego-defensivas dentro de estas más de la mitad la hostilidad y la culpa se dirigen a una persona u objeto del medio.

Conclusión: Los mayores conflictos y frustraciones se concentran en el área familiar por la enfermedad del hijo, evitando la agresión, limitándose a esperar y conformarse. En cuanto a la dirección de la agresión predominan respuestas impunitivas y en cuanto al tipo de reacción la culpa se atribuye a otros.

Caso 2: Paciente de 43 años de edad, con 12 grado de escolaridad en cuya entrevista aparecieron los siguientes datos de interés. Sobre la enfermedad: debuta a los 15 años. Evolución: 28 años. Tipo de epilepsia: generalizada. Tipo de crisis: tónico clónicas. Frecuencia: cada 3 meses, aunque tuvo un estatus epiléptico en el que sufrió 15 crisis seguidas. Tratamiento: politerapia. Eventos asociados a las crisis: molestias estomacales y ver televisión. Vivencias negativas evocadas por ideas irracionales sobre "muerte de neuronas", "locura", ideas suicidas. Datos significativos de la historia personal y familiar: Considera la enfermedad como un impedimento en su desarrollo

profesional, padre con diagnóstico de demencia, dificultades en las relaciones con la figura paterna, muerte del padre y la no formación de su propia familia producto a varios abortos y a su enfermedad. Fuentes de frustración: epilepsia, maternidad insatisfecha, no llegar a estudiar una carrera. Aspiraciones futuras: Continuar sus actividades domésticas y de costura. Resultados del Test de Rosenzweig: Predominio de respuestas extrapunitivas con agresión hacia el exterior, mediante cólera e irritación. Prevalecen las respuestas ego-defensivas y en más de la tercera parte de estas la hostilidad y la culpa se dirigen a una persona u objeto del medio.

Conclusión: Paciente con importantes frustraciones producto de su enfermedad, lo cual puede estar relacionado con el tipo de crisis. Considera la enfermedad como un obstáculo en su vida familiar, personal y profesional. El Rosenzweig muestra que dirige la agresión hacia el exterior y su reacción es atribuir la culpa a otros.

Caso 3: Paciente de 20 años de edad, con 12 grado de escolaridad en cuya entrevista aparecieron los siguientes datos de interés. Sobre la enfermedad: debutó a los 16 años. Evolución: 4 años. Tipo de epilepsia: focal sintomática. Crisis: focal sensitiva. Frecuencia: cada 6 meses. Tratamiento: monoterapia. Eventos asociados a las crisis: molestias gastrointestinales y desmayos. Vivencias negativas: preocupación porque pueda causarle daño cerebral. Datos significativos de la historia personal y familiar: episodios de crisis focales no diagnosticadas desde pequeña, falta de adherencia terapéutica e inestabilidad emocional. Fuentes de frustración: relaciones interpersonales y de pareja. Aspiraciones futuras: superación profesional, formación de una familia e integración a la vida laboral. Resultados del Test de Rosenzweig: predominio de respuestas extrapunitivas mediante cólera e irritación, prevalecen las respuestas centradas en el obstáculo de las cuales en más de la tercera parte este es minimizado y el examinado llega a negar su presencia, evade la situación.

Conclusión: Paciente con buen control de la enfermedad que presenta crisis esporádicas leves, sin vivencias directas negativas. Centra sus insatisfacciones en las relaciones interpersonales lo que se asocia a su edad. Posee amplios intereses y aspiraciones futuras. Los resultados del Rosenzweig indican predominio de respuestas extrapunitivas con predominio del obstáculo.

Caso 4: Paciente de 42 años de edad, universitario, en cuya entrevista aparecieron los siguientes datos de interés. Sobre la enfermedad: debuta a los 29 años. Evolución: 13 años. Tipo de epilepsia: focal. Crisis: focales con signos motores y automatismos. Frecuencia: una vez al mes. Tratamiento: politerapia. Eventos asociados: estrés laboral. Vivencias negativas: desorientación espacial, ridículo ante alumnos y superiores, temor a que los hijos presencien las crisis. Datos significativos de la historia personal y familiar: Pobre control de impulsos y emociones, preocupación por la salud y dificultad en las relaciones laborales. Fuentes de frustración: epilepsia. Aspiraciones futuras: mejorar el estado de salud, obtener un buen trabajo y modificar estilos de afrontamiento.

Resultados del Test de Rosenzweig: Predominio de respuestas impunitivas, se evita la agresión y la situación es descrita como sin importancia, limitándose a esperar y conformarse. Prevalecen las respuestas con predominio del obstáculo en las cuales más de la tercera parte lo minimiza a tal punto de que el examinado llega a negar su presencia.

Conclusión: Paciente con fuertes vivencias frustrantes asociadas a la epilepsia. Se siente socialmente censurada por su enfermedad, a lo que se suma un gran estrés laboral. El Rosenzweig muestra evitación de la agresión, limitándose a esperar y conformarse. De acuerdo con el tipo de reacción menciona el obstáculo como causante de la frustración.

Caso 5: Paciente de 43 años de edad, con escolaridad de noveno grado, en cuya entrevista aparecieron los siguientes datos de interés. Sobre la enfermedad: debuta a los 29 años. Evolución: 2 años. Tipo de epilepsia: focal. Crisis: focales secundariamente generalizadas. Frecuencia: cada 6 meses. Tratamiento: monoterapia. Eventos asociados: preocupación o disgusto con vivencias negativas de daño físico y síntomas somáticos. Datos significativos de la historia personal y

familiar: carencia afectiva por parte de la figura paterna, preocupación por dificultades en la esfera familiar y por la salud de su familia, necesidad de superación, miedos y fobias, ideas irracionales, rasgos obsesivos, pobre control de impulsos y dificultad en la distribución de las tareas. Fuentes de frustración: Matrimonio, comportamiento de los hijos, figura paterna. Aspiraciones futuras: Estudiar, cambiar de trabajo, salud y tranquilidad para sus hijos. Resultados del Test de Rosenzweig: Predominio de respuestas extrapunitivas en las cuales aparece cólera e irritación, prevalecen las respuestas ego-defensivas y en más de la cuarta parte la hostilidad y la culpa se dirige a una persona u objeto del medio.

Conclusión: Paciente con una historia personal de conflictos conyugales y familiares. Tuvo un debut tardío de la enfermedad y a pesar de haber estabilizado su vida familiar mantiene temores y frustraciones escolares y laborales, así como resentimientos hacia el padre y demás miembros de la familia paterna. Sus crisis se asocian a estresores personales. El Rosenzweig muestra una dirección de la agresión al exterior y respuestas autodefensivas.

RESULTADOS

La enfermedad se presentó por los pacientes como fuente de frustración predominando en ellos las respuestas extrapunitivas por lo que dirigen la agresión al exterior. Por otra parte los pacientes con epilepsias generalizadas o cuyas crisis evolucionan a estas presentaron la reacción egodefensiva ante la frustración, mientras que en los que padecen epilepsias focales la reacción a la frustración fue de predominio del obstáculo.

DISCUSIÓN

A pesar de tener el diagnóstico común de epilepsia se aprecian particularidades psicológicas en cada caso. La mayor parte de los sujetos en estudio señalan como principal fuente de frustración la enfermedad, solo uno de ellos no lo considera así, lo cual pudiera estar relacionado con lo benigno de su diagnóstico.

En la mayoría de los pacientes al experimentar una frustración prevalecen las respuestas extrapunitivas en las cuales la dirección de la agresión es hacia el exterior con manifestaciones de ira y cólera. Esta actitud puede corresponderse con la reacción de los pacientes al estigma de la enfermedad, pues de manera consciente o inconsciente el paciente con epilepsia percibe que es diferente y que en los otros existen actitudes de rechazo, temor o lástima, lo cual puede producir en ellos respuestas de defensa con relación a las personas y al medio. Esto ha sido apuntado por varios autores considerándose como causa de sufrimiento psíquico^{13, 14}. Estos pacientes también han sido caracterizados como impulsivos, con escaso control emocional y en ocasiones se ha afirmado que la explosividad- viscosidad es un patrón habitual de su comportamiento^{15, 16}. En realidad los autores del presente trabajo consideran que sus manifestaciones y respuestas a las situaciones potencialmente frustrantes obedecen a múltiples factores entre los que se encuentran las características de su entona familiar y social, la educación recibida y deficiente aceptación de la enfermedad, resultando en los casos insatisfacciones en las diferentes áreas de la vida.

Se observan en menor medida las respuestas impunitivas en las cuales se evita la agresión y la situación es descrita como sin importancia, como sino fuera responsabilidad de nadie, o como susceptible de mejorarse, limitándose a esperar y conformarse. Esto puede explicarse, pues el paciente con epilepsia recibe una influencia familiar que genera dependencia, por lo que sus problemas e incluso el cuidado de su propia salud descansan en las decisiones de su familia; por supuesto que esto obedece a la sobreprotección de que es objeto, y la actitud bien intencionada de sus seres allegados de evitarles tensiones, siendo el resultado un paciente con estilos de afrontamiento no constructivos y una autoestima pobre³. De tal modo es comprensible que eviten solucionar los problemas directamente y esperen a que las soluciones aparezcan.

En muy poca medida se aprecian las respuestas intrapunitivas, en las cuales la agresión va dirigida hacia al propio sujeto. Lo cual evidencia que en la mayoría de los pacientes se conserva la fortaleza psicológica de autoprotgerse, aunque esto también pudiera indicar en algunos casos la no aceptación de los propios errores o la no presencia de sentimientos de culpa, lo que contradice hallazgos de algunos investigadores^{3, 17}.

Todo lo analizado anteriormente justifica la presencia de inseguridad en los pacientes con epilepsia¹⁸.

De acuerdo con el tipo de reacción predominan en los pacientes con epilepsias generalizadas y en el caso en que las crisis evolucionan a secundariamente generalizadas, las respuestas ego-defensivas en las cuales la culpa se atribuye a otros, lo acepta o afirma que la responsabilidad no le corresponde a nadie, mientras que en los restantes pacientes la respuesta es de predominio del obstáculo. La egodefensa se presenta como respuesta a la hostilidad que el paciente con epilepsia de alguna forma percibe en el medio, además se conoce que las insatisfacciones devenidas en frustración ocasionan entre otros efectos agresividad hacia el medio exterior. Por su parte las respuestas donde se insiste en la presencia del obstáculo indican que estos pacientes se focalizan en el problema, no en la búsqueda de soluciones lo cual se implica en sus afrontamientos los que tienden a ser no constructivos.

CONCLUSIONES

La enfermedad aparece como una importante fuente de frustración en los pacientes, con excepción del que padece epilepsia focal con crisis sensitivas.

Predomina la tendencia a presentar respuestas extrapunitivas y la reacción egodefensiva al parecer en respuesta a la hostilidad percibida, y que en consecuencia se culpa a otros.

Las respuestas centradas en la egodefensa y el predominio del obstáculo son las más frecuentes estando prácticamente ausentes la de persistencia de la necesidad, lo que influye en el afrontamiento no constructivo y en la elevada presencia de frustración en los casos referidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grau J. y Hernández E. Aspectos teóricos y conceptuales de la Psicología de la salud. En E. Hernández y J. Grau. (Eds), Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones. Guadalajara, Jalisco, México. 2005.
2. Knapp E. Psicología de la Salud. Edit Félix Varela. Habana. Cuba. 2005
3. Fabelo JR. Consideraciones generales acerca de la epilepsia. En Psicología y Epilepsia. Edit. Científico Técnica. Habana Cuba. 2004.
4. Reno BA, Fernández PT, Bell GS. Stigma and attitudes on epilepsy a study: with secondary students. Neuropsiquiatr. 2007. 65(1): 16- 22.
5. Tanriverdi T y Olivier A. Cognitive changes alter unilateral cortico-amygdalohippocampectomy unilateral selective-amygdalohippocampectomy mesial temporal lobe epilepsy. Turk Neurosurg. 2007. 17(2):91-9.
6. Blumer D. Psychiatric aspects of intractable epilepsy. Adv Exp Med Biol 2002. 497: 133-47
7. González-Pal S, Quintana J, González E, Fabelo JR, González C, Iglesias, S. Análisis de variables relacionadas con el índice de deterioro cognitivo del WAIS en un grupo de pacientes con epilepsia. Rev. Hospital Psiquiatr. Habana, 2008. 5(2). [Disponible en URL: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0208/hph020408.html>]. (11-7-2009).
8. Rojas, GA. Rorschach y epilepsia. Rev. Hospital Psiquiatr. Habana, 2008, 5(2). [Disponible en URL: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0208/hph020608.html>]. (12-11- 2009).

9. Fabelo JR, Rivero L, González S, y otros. Epilepsia y trastornos psiquiátricos asociados. Boletín de Psicología del Hospital Psiquiátrico. Habana. 1990; 13: 69-77
10. Delay C y Pichot P. Psicología Médica. Barcelona. Toray Mason. 1968.
11. Villavicencio F. Psicología y Salud. Edit. Ciencias Médicas. Habana Cuba. 2001.
12. Efectos de la Epilepsia sobre el Aprendizaje y la Memoria. Epilepsy Foundation of America. Disponible en: [http://www.epilepsyfoundation.org/contestacion/memoria.cfm.\(6-5-09\)](http://www.epilepsyfoundation.org/contestacion/memoria.cfm.(6-5-09))
13. Fabelo JR. Epilepsia y descompensación psicosocial. Aplicación del programa mínimo para el conocimiento y dominio del estrés. Rev. Cub. de Psicología. 2001;18(1): 3 -9.
14. Quintana J. Estudio del sufrimiento psíquico en la epilepsia a través del Sistema Comprhensivo. Rev. Hosp. Psiq. Hab. 2007; 3(2).
15. Deirdre P, Laughlin Mc, Pachana and Mcfarland K. Stigma seizure frequency And quality of life: The impact of epilepsy in late adulthood. Seizure 2008; 17(3):281-7.
16. Wolfenson MM, Podgaitz L. Personalidad y epilepsia. La predisposición a los ataques convulsivos. Alcmeon. 1996; 18(3).
17. Rojas GA. Un acercamiento a los orígenes de la ansiedad en el paciente epiléptico. Gaceta Médica Espirituana. 2004; 6(3)
18. Rojas GA; Lorenzo H. Sentimiento de seguridad y epilepsia. Rev. . Hosp. Psiq. Hab. 2008; 5(3).