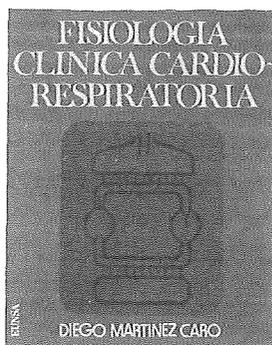


COLECCION CIENCIAS MEDICAS

LIBROS DE MEDICINA



FISIOLOGIA CLINICA CARDIO-RESPIRATORIA

Diego Martínez Caro

1974, ISBN 84-313-0347-6. 136 págs. 500 ptas.

EMBRIOLOGIA (HUMANA)

Luis María Gonzalo y José Ullán

1976, ISBN 84-313-0061-2. 216 págs. 1.800 ptas.

LESIONES DEL CARTILAGO DE CRECIMIENTO

José Cañadell

1976, 264 págs. 900 ptas.

FUNDAMENTOS DE QUIMICA ORGANICA

Esteban Santiago y Félix Goñi

1976, ISBN 84-313-0238-0. 312 págs. 900 ptas.

QUIMICA FARMACEUTICA EN PROBLEMAS

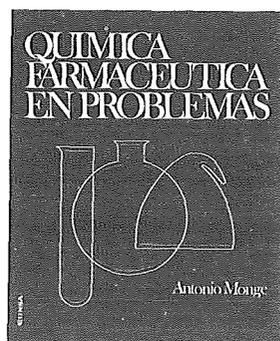
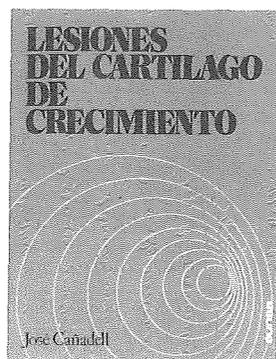
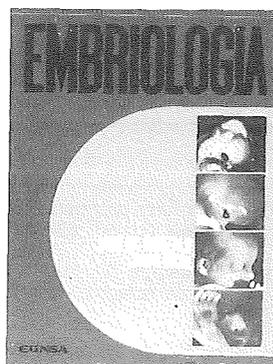
Antonio Monge

1977, ISBN 84-313-0481-2. 336 págs. 1.400 ptas.

III CONGRESO NACIONAL DE ENDOCRINOLOGIA. PONENCIAS Y RESUMENES DE COMUNICACIONES.

Sociedad Española de Endocrinología

1978. 148 págs. 1.500 ptas.



DE PROXIMA APARICION

● FUNDAMENTOS DE ENDOCRINOLOGIA CLINICA

Hall y cols.

(En preparación)

● TECNICAS DE MICROCIROGIA

José María Serra Renom y José Cañadell

(En preparación)

● GUIONES DE FARMACOLOGIA

J. Flórez, J. A. Armijo y A. Mediavilla

(En preparación)



EUNSA

EDICIONES UNIVERSIDAD DE NAVARRA, S. A.

Plaza de los Sauces, 1 y 2 - Apdo. 396 - Tel. (948) 256850*

BARAÑAIN-PAMPLONA (ESPAÑA)

Alteraciones intelectuales y caracteriológicas en epilépticos infantiles

F. Abad Alegría*

RESUMEN

Se estudian por métodos psicométricos una población de 71 epilépticos infantiles.

El síndrome comicial por sí mismo no conlleva un descenso de la inteligencia.

La crisis epiléptica es un importante factor de lesión afectiva.

En los enfermos estudiados se ha encontrado un complejo de alteraciones de conducta cuyo núcleo común parece ser el de angustia-ansiedad, no detectándose la denominada personalidad epiléptica más que en dos casos de crisis rebeldes al tratamiento.

Los enfermos con crisis parciales y rebeldes al tratamiento son los que ostentan mayor porcentaje de anomalías en la esfera intelectual y caracterial; la importancia de una correcta farmacoterapia es la profilaxis más eficaz contra la caracteriopatía del epiléptico y la única esfera de actuación posible.

Introducción

En la actualidad, ya no constituye una novedad la afirmación de que la denominada "personalidad

epileptoide", constituida básicamente por los rasgos egocentrismo-agresividad-inestabilidad-obsesión⁹, no es una entidad propia del enfermo epiléptico. Los estudios que abocaron a tal denominación estaban fundamentados sobre epilépticos manicomidos y en una época en la que se carecía de fármacos anticomiciales eficaces²².

En cambio, se ha constatado con frecuencia en la práctica clínica diaria, la presencia de tales rasgos, en diferente proporción, en algunos enfermos epilépticos y en pacientes psiquiátricos sin historia personal ni familiar de comicialidad²⁰.

En el caso del niño no se puede hablar propiamente de personalidad, puesto que aún está en fase de formación, pero es posible investigar hasta qué punto la enfermedad comicial repercute en su inteligencia y en su carácter.

Es preciso considerar en primer lugar el efecto ansiógeno de las crisis recurrentes, el entorno sociofamiliar (aún hoy atávicamente hostil y temeroso) y el efecto depresor sobre el sistema nervioso central de los fármacos anticomiciales, para comprender hasta qué punto se pueden producir anomalías en la inteligencia y el carácter^{17,22}.

Al respecto, es llamativo que las convulsiones febriles repetidas y las crisis propias de la epilepsia benigna infantil, que en la práctica siguen un decurso personal y social idéntico a las formas de comicialidad más comunes^{9,14}, no se asimilen en modo alguno a éstas en cuanto a modificaciones de la inteligencia y el carácter.

Por otra parte no puede despreciarse el efecto específico de lesiones estructurales encefálicas localizadas sobre el desarrollo de anomalías psíquicas, presente en un cierto número de estos enfermos³.

Se pretende en este estudio aportar algunos datos sobre la entidad real de alteraciones psíquicas específicas en el niño epiléptico y sobre la posible etiología de las mismas.

Material y métodos

Se ha estudiado un total de 71 pacientes (42 varones y 29 hembras) con una edad media de $9,09 \pm 3,6$ años. De todos ellos, 40 padecían crisis generalizadas convulsivas o no convulsivas, 26 crisis parciales elementales o complejas y 5 crisis parciales y generalizadas dentro de la entidad "epilepsia benigna infantil" delimitable según criterios bien establecidos¹⁴.

Se recogieron todos los datos referentes a la clínica comicial, exámenes complementarios, tratamiento, evolución y conducta, así como (en los casos en que fue posible) la autovaloración del paciente. Más específicamente se practicaron pruebas psicométricas de inteligencia y personalidad, detalladas así:

a) *Inteligencia*. Goodenough (71 casos), WISC (15 casos), Raven (11), AMPE (6) y Ramos (3).

b) *Personalidad*. Test del árbol según técnicas de valoración de Abad-Alegría^{1,2} y González Matilla¹¹ (71 casos), Machover (36), Rorschach (4), Rosenzweig (4) y Scenotest (2).

* Jefe del Servicio de Neurofisiología Clínica del Departamento de Psiquiatría (Prof. A. Seva Díaz). Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

Resultados

Inteligencia y tipo de comicialidad

El cociente intelectual medio observado ha sido de $93,6 \pm 12$, es decir, situado dentro de un rango de absoluta normalidad. Si se divide la población total en dos subpoblaciones, una con cociente intelectual igual o inferior a 80 y otra con cociente intelectual superior a 80, y todo ello se pone en relación con el tipo de comicialidad padecida, se encuentran los valores expresados en la tabla I. Se observa que las crisis parciales predominan claramente en la población con menor cociente intelectual, mientras que las crisis generalizadas primarias son mucho más frecuentes entre la población de cociente intelectual normal o elevado. Los pacientes con epilepsia benigna infantil están en su totalidad dentro del grupo de cociente intelectual normal.

Efecto psicológico del primer episodio crítico

Poniendo en relación determinadas accidentes gráficos en el dibujo del árbol con sus dimensiones, según el método de Wittgenstein¹⁶, es posible determinar la edad en que el sujeto sometido a examen ha padecido un episodio traumatizante. Se han obtenido por este método las edades "traumáticas" en un total de 41 individuos, comparándolas con la edad en que se padecieron las primeras crisis obtenida por anamnesis. Los resultados se exponen en la tabla II. Se deduce que las dos poblaciones obtenidas no son estadísticamente diferentes y que, en cada caso, cabe esperar una diferencia media entre los datos reales y los obtenidos por el test del árbol de aproximadamente 6 meses. Pormenorizando, se ha encontrado una coincidencia total de la edad de la primera crisis en el 27 % de los casos, una diferencia menor de tres meses en el 57 % y una diferencia menor o igual a seis meses en el 72 % de los casos. Dado que el error medio atribuible al método de Wittgenstein se evalúa en cuatro meses¹¹ y por otra parte no es común que el enfermo o sus familiares recuerden con gran exactitud la fecha del primer episodio crítico, puede afirmarse que casi en el 75 % de los enfermos en que se ha podido detectar algún dato de trauma psíquico, éste corresponde a sus primeras manifestaciones de comicialidad.

Tabla I. COCIENTE INTELECTUAL SEGUN EL TIPO DE COMICIALIDAD

	CI	
	≤ 80	> 80
C. generalizadas	15 % (6)	85 % (34)
C. parciales	84 % (22)	16 % (4)
Ep. benigna infantil	—	100 % (5)

Tabla II.

	EW	EA	Diferencia
Media	5,05	5,30	0,53
Desviación típica	3,85	2,48	1,12
Error de la media	0,51	0,44	0,18
	0,80 > P > 0,70		

Edad traumática obtenida por el índice de Wittgenstein (EW) en comparación con la edad real (EA) en que se presentó el primer episodio crítico. Las edades vienen en años y décimas de año.

Alteraciones caracteriológicas

Por medio de la entrevista con el paciente y/o sus familiares, se han podido detectar distintas anomalías de conducta. Estos datos han sido complementados mediante la psicometría adecuada. En todos los casos en que se observaron anomalías de conducta, aun mínimas, se obtuvieron cocientes de valor regresivo por medio del test del árbol adaptado^{2,11}. El valor medio del cociente regresivo es $1,14 \pm 1,40$. En general, los tipos de anomalías encajan dentro de un factor común de regresión-insociabilidad. Los hallazgos se detallan en la tabla III. Globalmente, se detectan anomalías de conducta en el 55 % de los casos. Partiendo de los diferentes porcentajes de crisis parciales y generalizadas encontradas en relación con el cociente intelectual, se han agrupado los pacientes que sufrían crisis parciales, generalizadas o epilepsia benigna infantil, calculando el porcentaje de anomalías en cada grupo. Se encuentra un predominio claro de tales anomalías en los pacientes

con crisis parciales (78 %), frente a la menor prevalencia en los pacientes con crisis generalizadas (42 %) y la ausencia total de anomalías en los pacientes con epilepsia benigna infantil, con un nivel elevado de significación estadística ($P = 0,02$).

Discusión

El cociente intelectual medio de los enfermos afectos de crisis comiciales, sin un grado de encefalopatía demostrable, está dentro de la normalidad. Sin embargo, considerando en detalle a toda la población estudiada, se observan diferencias significativas entre los grupos de crisis parciales, generalizadas y epilepsia benigna infantil con relación al cociente intelectual; los pacientes afectos de crisis parciales tienden a agruparse en niveles de inteligencia mucho más bajos que los afectos de crisis generalizadas o epilepsia benigna infantil. Este hecho podría estar en relación con alteraciones estructurales del sistema nervioso central en cada grupo, de modo que

Tabla III. ANOMALIAS DE CONDUCTA ENCONTRADAS EN LA TOTALIDAD DE LA POBLACION ESTUDIADA

Insociabilidad	28 %	Infantilismo	7 %
Agresividad	15 %	Fracaso escolar	5 %

se han observado lesiones anatómicas en el 63 % de los afectos de crisis parciales y en el 10 % de los que padecen crisis generalizadas¹⁰. Ya era conocido que la epilepsia benigna infantil no implica deterioro mental¹⁴, lo que ha vuelto a ser comprobado aquí.

Parece evidente que el fenómeno convulsivo aislado, no inserto en un síndrome comicial de más amplia repercusión estructural, no implica necesariamente ningún tipo de deterioro intelectual⁹.

Es posible detectar con un buen margen de certeza, la época en que ha sucedido un episodio traumatizante para el psiquismo de un sujeto, mediante la técnica de Wittgenstein aplicada al test del árbol, hecho recientemente revalidado¹¹. Por este método se ha podido demostrar que, en el 75 % de los pacientes que se expresan gráficamente, el episodio traumatizante reflejado corresponde a la edad en que padecieron la primera crisis sin importar su fenomenología. Ya es conocida la importancia lesiva de las crisis sobre la afectividad del enfermo^{7,24}. Sin embargo, los datos aportados, señalan que con el inicio de las crisis, aun en edad muy temprana, algo se altera profundamente en el esquema afectivo del sujeto. Se detecta un alto grado de anomalías de conducta entre la población estudiada. Tales anomalías se explican habitualmente por un triple efecto de ansiedad ante futuras crisis, rechazo social del epiléptico^{3,7,15,23,24} y efecto depresor de los anticomiciales sobre el sistema nervioso central¹³.

Las pautas de conducta anormal que se han encontrado son en orden de importancia: insociabilidad, agresividad, conducta infantil y fracaso escolar.

Ansiedad ante futuras crisis por parte del enfermo y su familia e hiperprotección familiar en consecuencia, dependencia de un fármaco con el consiguiente sentimiento de inferioridad y temor social hacia los fenómenos críticos que implica un grado de marginación, tienden a conformar progresivamente una pauta de psiquismo cuyo núcleo es la vivencia angustiosa. Como compensación se produce retraimiento del entorno social, conducta infantil y dependiente de la familia y agresividad como forma de hiperdefensa^{3,4,7,15,17}. Por su parte, el fracaso escolar constituye un modo precoz de expresión de conducta antisocial y con frecuencia un fenómeno ines-

pecífico de alteración emocional¹⁹ aun cuando no se puede omitir que en ocasiones no existe la conducta tipificada como fracaso escolar, sino un déficit específico en el área de la atención²¹ que se asemeja mucho.

En toda la población estudiada sólo se han encontrado dos casos que encajan dentro de la clásica descripción de conducta epiléptica; los dos corresponden a epilepsia postraumática de muchos años de evolución refractaria al tratamiento. Se invocan en semejantes casos el efecto estrictamente lesivo de una anomalía que es secundaria a una lesión estructural^{17,25} y el efecto ansiógeno de una enfermedad que sólo se afecta moderadamente por el tratamiento²².

Con base en las diferentes frecuencias de presentación de las crisis en relación con el cociente intelectual, se ha buscado la posible relación existente entre la frecuencia con que se dan anomalías de conducta y el tipo de crisis.

Se observa un 78 % de anomalías de conducta entre los pacientes afectos de crisis parciales, un 42 % entre los que padecían crisis generalizadas y ninguna anomalía en el caso de la epilepsia benigna infantil, aun cuando los fenómenos críticos que implica son parciales y generalizados. Estos hechos fueron ya descritos^{3,14}. Se observa igualmente que la intensidad de tales alteraciones es directamente proporcional al bajo nivel intelectual de los individuos. Como base común parece claro que hay que centrar la responsabilidad en alteraciones estructurales encefálicas. Basta considerar al respecto lo ya dicho¹⁰ sobre hallazgos con tomografía axial computerizada. Es preciso aclarar que la mera lesión subyacente no parece tener una relación clara con el tipo concreto de alteración psíquica dominante²⁰.

Es sin duda un factor anatómico funcional localizado, activado en forma de síndrome comicial, el que por sí mismo facilita el incremento de unas anomalías que se dan por el hecho, personal y social, de padecer una enfermedad con manifestaciones críticas recurrentes.

Conclusiones

El síndrome comicial por sí mismo no conlleva un descenso de la inteligencia.

La crisis epiléptica es un factor importante de lesión afectiva.

En los enfermos estudiados se ha encontrado un complejo de alteraciones de conducta cuyo núcleo común parece ser el de angustia-ansiedad, no detectándose la denominada personalidad epiléptica más que en dos casos de crisis rebeldes al tratamiento.

Los enfermos con crisis parciales y rebeldes al tratamiento son los que ostentan mayor porcentaje de anomalías en la esfera intelectual y caracterial; la importancia de una farmacoterapia correcta es la profilaxis más eficaz contra la caracteriopatía del epiléptico y la única esfera de actuación posible.

Bibliografía

1. Abad Alegría F. *Diagnóstico simple de psicopatología mediante el test del árbol*. Surgam. 27, 459, 1975.
2. Abad Alegría F. *El test del árbol como prueba de nivel de maduración intelectual y emocional*. Rev Psiquiat Psicol Médica 12, 375, 1976.
3. Audrey JF. *La personnalité de l'enfant épileptique*. Cahiers de l'épilepsie 1, 40, 1972.
4. Baker P. *Antisocial behaviour*. Brit Med J. 3, 34, 1972.
5. Bear DM. *The significance of behaviour change in temporal lobe epilepsy*. McLean Hosp J. (suppl. 9), 1977.
6. Bear DM, Fedio P. *Quantitative analysis of interictal behaviour in temporal lobe epilepsy*. Arch Neurol. 34, 454, 1977.
7. Breger E. *Psychiatric consultation to the epileptic child and his family: a study of 60 cases. II. Clinical features*. Md State Med J. 23, 39, 1974.
8. Cavanagh JR, McGoldrick JB. *Psiquiatría fundamental*. Luis Miracle. Barcelona. 1963.
9. Ellenberg JH, Nelson KB. *Febrile seizures and later intellectual performance*. Arch Neurol, 35, 17, 1978.
10. Gastaut H. *Etude des épilepsies par la tomographie axiale transverse de l'encéphale commandée par ordinateur*. Nouv Presse Med. 5, 481, 1976.
11. González Matilla F. *Aspectos cuantitativos del test del árbol: utilidad en el diagnóstico de las oligofrenias y los trastornos de conducta en la infancia*. Tesis doctoral. Zaragoza. 1978.

12. Grumberg F, Pond DA. *Conduct disorders in epileptic children*. J Neurol Neurosurg Psychiat. 20, 65, 1957.
13. Harley JP, Matthews CG. *Differential psychological test performance in toxic and nontoxic adult epileptics*. Epilepsia 16, 203, 1975.
14. Heijbel J. *Benign epilepsy of children with centrottemporal EEG foci*. Umea Univ Med Diss. 17. Umea. 1976.
15. Heysenk J. *Behaviour therapy and the neuroses*. Pergamon Press. Oxford. 1960.
16. Koch K. *El test del árbol*. Kapelus. Buenos Aires. 1974.
17. Popielarska A. *Neurotic reactions in children with posttraumatic epilepsy*. Neurol Neuroch. Pol. 24, 377, 1974.
18. Rodin EA, Katz M, Lennox K. *Differences between patients with temporal lobe seizures and those with other forms of epileptic attacks*. Epilepsia 17, 313, 1976.
19. Rouart J. *L'échec scolaire*. Psychiatr Enfance 3, 333, 1960.
20. Schwartz ML. *Similarity of personality trait interrelationships in persons with and without epileptogenic cerebral dysfunction*. J Abnorm Psychol. 74, 205, 1969.
21. Stores G, Hart J, Piran N. *Inattentiveness in schoolchildren with epilepsy*. Epilepsia 19, 169, 1978.
22. Sutherland JM, Tait H, Eadie MJ. *The epilepsies*. Churchill Livingstone. Edinburgh-London. 1974.
23. Torda C. *On idiopathic epilepsy*. J Am Acad Psychoanal. 5, 107, 1977.
24. Ward F, Bower BD. *A study of certain social aspects of epilepsy in childhood*. Develop Med Child Neurol. 39, 20, 1978.
25. Westerlain CG. *Efectos de las convulsiones sobre el desarrollo: papel de la malnutrición*. Pediatrics (ed. Esp.) 1, 187, 1976.

INTELLECTUAL AND CHARACTERIOLOGICAL ALTERATIONS IN EPILEPTIC CHILDREN

Summary

We studied 71 epileptic children by means of psychometric methods, in order to establish the validity of previous conceptions about epileptic personality and intelligence.

The epileptic syndrome by itself does not affect the IQ. Epileptic seizures were found as an important affective traumatizing factor. The psychological core of different abnormalities of epileptic behavior anxiety; epileptic personality in classical sense was found only in two cases of uncontrolled seizures. Partial seizures produce much more important abnormalities, providing evidence of a subjacent anatomical factor. Clinical control can be the best psychoprophilactic method in the treatment of epileptic affective disturbances.