

Influencia de los Aspectos Sociales en la Personalidad del Paciente con Epilepsia

Salvador González Pal

Especialista de 1º y 2º grado en Neurología, J´Departamento de Ciencia y Técnica del HPH. La Habana, Cuba.

Juan Donaldo Quintana Mendoza

Psicólogo Clínico. J´Departamento de Psicología del HPH. La Habana, Cuba.

Erick González Delgado

Especialista de Medicina General Integral. La Habana, Cuba.

Justo Reynaldo Fabelo Roche

Doctor en Ciencia Médica Facultad Calixto García Iñiguez, La Habana, Cuba.

Serguei Iglesias Moré

Master en Psicología. Facultad Calixto García Iñiguez. La Habana, Cuba.

Correspondencia: Salvador González Pal. Calle 36 A No 114 Apto 10 e/ 1ra y 3ra Playa. CP 11300. La Habana, Cuba. Teléfono 5 37 209-00-41. Correo electrónico: sglezpal@infomed.sld.cu

Resumen

Introducción. Se estudia la personalidad de 200 pacientes con epilepsia vistos en la consulta externa, mediante la prueba de Eysenk con el objetivo de determinar el comportamiento de la personalidad en el paciente con epilepsia, en sus dimensiones de estable o inestable (neurótico); equilibrio o no; introversión extroversión. Analizar la influencia de factores generales, biológicos y medicamentosos que tienen un grupo de paciente con epilepsia, en la personalidad con características neurótica. Estudiar la influencia de factores psicosociales en la personalidad del paciente con epilepsia. *Resultados.* En la epilepsias generalizadas ideopáticas había más neuroticismo (Fisher $p=0.0072$, Odds Ratio= 14.653). En pacientes con mala historia familiar hay menos equilibrio (Fischer $p=0.015$, Odds Ratio =2.863), los que presentaban mal ajuste emocional tenían más neuroticismo (Fisher $p=0.0001$. Odds Ratio=3.853), los que tenían mala adaptación interpersonal presentaban menos equilibrio (Fisher $p=0.0096$. Odds Ratio =3.202), los que presentaban mal ajuste vocacional tenían más neuroticismo (Fisher $p=0.0005$. Odds Ratio=2.852), los que referían mala situación económica tenían más neuroticismo (Fisher $p=0.004$. Odds Ratio =2.533) y más desequilibrio (Fisher $p=0.0097$. Odds Ratio=2.681) y los que tenían mal funcionamiento psicosocial global tenían también más neuroticismo (Fisher $p=0.0001$. Odds Ratio=3.33) y más desequilibrio (Fisher $p=0.0305$. Odds Ratio =5.131). *Conclusiones.* De los factores estudiados causaban cambios en la personalidad, entre los biológicos, el sexo, la edad y los tipos de epilepsia estuvieron en relación con la personalidad. Los restantes factores que se relacionaron con

la personalidad son los sociales, los más importantes son la situación económica y el funcionamiento psicosocial global.

Palabras claves: Epilepsia, personalidad, factores biológicos, factores medicamentosos, factores psicosociales, neuroticismo, introversión.

Summary

Introduction. The personality of a group of two hundreds (200) patients attended at doctors office is studied based on Eysenk test with the aids of determining personality behavior in its dimensions of stable or unstable (neurotic); balanced or not; and introversion, extroversion on patients who suffer from epilepsy. Analyze the influence of general, biological and medicament factors on the personality of a group of patients who suffer from epilepsy. *Results.* There were more neurotic patients suffering from idiopathic generalized epilepsy (Fisher $p=0.0072$, Odds Ratio= 14.653). There are less balance o patients with bad family history (Fischer $p=0.015$. Odds Ratio =2.863); patients with bad emotional adjustment presented more neuroticism (Fisher $p=0.0005$. Odds Ratio=2.852). Patients with bad interpersonal adaptation presented less balance (Fisher $p=0.0096$. Odds Ratio =3.202). Patients with bad vocation adjustment presented more neuroticism (Fisher $p=0.0005$. Odds Ratio=2.852). Patients who referred to have a bad economic position suffered from more neuroticism (Fisher $p=0.004$. Odds Ratio =2.533) and more balance (Fisher $p=0.0097$. Odds Ratio=2.681) and the ones with global psychological malfunction also presented more neuroticism (Fisher $p=0.0001$. Odds Ratio=3.33) and more balance (Fisher $p=0.0305$. Odds Ratio =5.131). *Conclusion.* From the factors

studied, the ones that caused changes on personality were the biological factors, as well as, age and kinds of epilepsy. The remaining factors related to personality were the social factors and among them the economical position and global psychological functioning were the most important ones.

Key words: Epilepsy, personality, biological factors, medicaments factors.

Introducción

Desde el siglo XX, se ha avanzado mucho en considerar al hombre como una unidad biopsicosocial, esta visión integral tanto en salud como enfermedad es aplicable a todos los seres humanos y a todas las enfermedades incluidas las neurológicas donde un mismo órgano, el encéfalo, es causante de los trastornos de la mente en enfermedades que son producto de lesiones estructurales cerebrales con sintomatología neurológica.

Los pacientes con epilepsia no son ajenos a estas concepciones, por un lado tienen sus crisis a consecuencia de su lesión cerebral y por el otro enfrentan un grupo de trastornos conductuales en los que intervienen factores de todo tipo, que incluyen biológicos, sociales y medicamentosos (Herman & Whitman, 1991). Es cierto que en estos enfermos existen alteraciones de la personalidad, tema que aunque se ha tratado a lo largo de los años, nunca se ha llegado a un consenso en cuanto al mismo en lo que se refiere a sus características o su prevalencia a causa de la disparidad de los resultados que van desde las características socio-culturales de la

población estudiada, la metodología de los diferentes estudios, los conceptos utilizados, las clasificaciones hasta los instrumentos de medición tan variados que existen para medir ésta.

Los primeros trabajos sobre la personalidad en la epilepsia se destacaban más el temperamento que la propia personalidad y hacían postulados sobre la constitución “psicofísica” de estos pacientes. Se decía así que estos pacientes presentaban un biotipo semejante a los atléticos con rasgos físicos macizos y con expresión más tosca que la propiamente atlética y en sus rasgos temperamentales consideraban como prevalentes la viscosidad afectiva y la bradipsiquia (Minkowska, 1946; Stauder, 1838). Pero las características psicopatológicas de los pacientes con epilepsia no pueden estar basadas solamente en los aspectos biológicos del humano o de la epilepsia, la asociación epilepsia/trastornos psicopatológico, es el resultado de la interacción de lo biológico que se produce por las funciones cerebrales alteradas en una zona o área del encéfalo afectada, en este caso es la del foco epileptogénico, con otros factores como son los medicamentosos y los sociales (González Pal, Quintana Mendoza, González Delgado, Fabelo Roche, & Iglesias Moré, 2007; González-Pal et al., 2008).

La personalidad es un constructo psicológico, en referencia a un conjunto dinámico de características de una persona que incluye particularidades físicas, sociales y genéticas que determinan a un individuo y lo hacen único (Bermúdez, Pérez, & SanJuan, 2003; Merani, 1979). En el paciente con epilepsia también se han notificado cambios de la personalidad que se describen como una exacerbación de la

personalidad premórbida con algunos elementos patológicos que según los que lo describieron, se produce en aquellos de sufren epilepsia por alteraciones de los lóbulos frontal o temporal (Geschwind, 1982; Hermann & Whitman, 1984; Waxman & Geschwind, 1974). Así, en los que sufren crisis del lóbulo temporal se describe el Síndrome de Geschwind, con emocionalidad, tendencias maníacas, depresión, carencia del sentido del humor, alteraciones de la sexualidad, ira, hostilidad, agresión, religiosidad, intereses filosóficos recientes, sentido del destino personal aumentado, dependencia, pasividad paranoia, moralismo, culpa, obsesión, circunstancialidad, viscosidad, e hipergrafía, sin que se llegue a un acuerdo al número de rasgos que debe de presentarse para diagnosticar este síndrome (Geschwind; Waxman & Geschwind), en estos estudios como en muchos otros se descuida el aspecto social, tema que es relegado siempre otro plano, sin tener en cuenta que estos pacientes tienen que interactuar con la sociedad con quien conviven, con un mayor o menor grado de estigmas culturales.

Los objetivos de este estudio serán: 1) determinar el comportamiento de la personalidad en el paciente con epilepsia, al aplicar la escala de Eysenck para personalidad en sus dimensiones de estable o inestable (neurótico) e introversión extroversión; 2) analizar la influencia de factores generales, biológicos y medicamentosos que tienen un grupo de paciente con epilepsia, en la personalidad con características neurótica; y 3) estudiar la influencia de factores psicosociales en la personalidad del paciente con epilepsia.

Método

Participantes

Se realiza un estudio prospectivo y longitudinal con 200 pacientes con epilepsia de consulta externa de neurología del Departamento de Tratamientos especializados del Hospital Psiquiátrico de la Habana, a la consulta asisten pacientes del nivel primario de atención de diferentes áreas de la Ciudad que sean enviados por ser primera vez que tienen sus crisis o para control de las mismas. En estos enfermos no existe aparentemente enfermedad psiquiátrica demostrada y fueron separados de la muestra aquellos pacientes con retraso mental severo o moderado.

Instrumentos

Los pacientes con diagnóstico demostrado de epilepsia se les aplicó, una encuesta de factores biológicos y medicamentos utilizados y un conjunto de pruebas psicológicas y neuropsicológicas, entre la que se encuentra la Escala de Personalidad de Eysenck con dos polos: Extraversión versus Introversión y Neuroticismo versus Control (Gonzalez-Llaneza, 2007) y el Inventario Psicosocial de Washington (WPSI) (Dodrill, 1983; Dodrill & Batzel, 1986) tales como, historia familiar, ajuste emocional, relaciones interpersonales, vocación, situación económica, adaptación al tratamiento médico y funcionamiento psicosocial global.

Procedimiento

Primero se realiza una evaluación neurológica del paciente para determinar si sufre de epilepsia o no. Seguido se realiza la clasificación de la epilepsia y de los síndromes y se buscan los siguientes factores: 1) características generales de la población, edad sexo y grupo étnico; 2) las biológicas como antecedentes de injuria cerebral, edad de inicio de la epilepsia, tiempo de duración de las crisis y frecuencia de las crisis y tipos de epilepsia; 3) la medicación antiépiléptica utilizada en

forma de monoterapia con fenitoina, carbamazepina, valproato y lamotrigina; y 4) las características de tipo psicosocial halladas mediante el Inventario Psicosocial de Washington (WPSI) tales como, historia familiar, ajuste emocional, relaciones interpersonales, vocación, situación económica, adaptación al tratamiento médico y funcionamiento psicosocial global.

Descripción de los test empleados:

- Inventario de Personalidad de Eysenck

El Inventario de Personalidad de H. J. Eysenck fue creado en 1964, es el test más conocido de este investigador que cuenta con dos test de personalidad anteriores. Cuestionario de Personalidad (1952) que solamente mide Neuroticismo y el Inventario de Personalidad (1959) que mide Neuroticismo y Extraversión. El Inventario de Personalidad (1964) es conocido también por EPI, es el resultado de los dos test anteriores.

El Inventario de Personalidad de Eysenck consta de 57 ítems de contestación Sí/No. Tiene dos formas A y B. Ambas formas tienen dos factores con dos polos: Extraversión versus Introversión y Neuroticismo versus Control, tiene añadida una escala de sinceridad para contrarrestar las respuestas deseables. El trabajo de Eysenck en el estudio de la personalidad y el Inventario para medir los factores que la componen utilizando el análisis factorial, no dejan a un lado otros criterios que se integran en su concepción de personalidad como son los elementos constitucionales y de temperamentos.

Las respuesta señaladas por el sujeto se llevan a la gráfica correspondiente (Figura 1) en donde tenemos la coordenada vertical que indica el factor Inestabilidad o Neuroticismo versus Estabilidad o Control (aumento de la numeración aumenta el

nivel de neuroticismo). En la coordenada horizontal aparece el factor Introversión versus Extroversión. Según el cuadrante correspondiente para cada sujeto son las características individuales que predominan en esa personalidad, si la gráfica

corresponde, por ejemplo, al cuadrante superior izquierdo se trata de un individuo introvertido e inestable o neurótico, la personalidad será melancólica con características de ser caprichoso, ansioso, rígido, soberbio, etc.



Figura 1. Cuadrante del Inventario de Personalidad de Eysenck'. Así se aplica a las cuatro variables correspondientes con igual número de cuadrantes: 1) Introvertido e inestable (cuadrante superior izquierdo), 2) Introvertido y estable (cuadrante inferior izquierdo), 3) Extrovertido inestable (cuadrante superior derecho), y 4) extrovertido estable (cuadrante inferior derecho).

• Inventario Psicosocial de Washington
Entre la diversidad de instrumentos psicométricos utilizados en la evaluación del ajuste psicosocial en la epilepsia, el más utilizados es el WPSI, diseñado en el equipo de trabajo del profesor Carl B. Dodrill en la Universidad de Washington, específicamente para sujetos con epilepsia. Para su elaboración se partió del diseño de una escala la cual, al ser aplicada a pacientes con epilepsia, permitió precisar un conjunto de factores que generalmente los afectan (historia familiar, ajuste emocional, adaptación interpersonal, adaptación profesional, situación económica, adaptación de los ataques,

tratamiento médico y funcionamiento psicosocial global).

Desde su introducción, el WPSI se ha empleado en diversos estudios transculturales, demostrando adecuada sensibilidad y estabilidad transcultural. Este cuestionario consta de 132 preguntas breves con sencilla formulación, que lo hacen adecuado para el estudio de grandes muestras poblacionales. Ha demostrado ser un instrumento sensible para la evaluación de los problemas específicos ligados a la epilepsia (Alvarado et al., 1992).

El sujeto debe contestar cada pregunta en forma afirmativa o negativa y su aplicación es completada habitualmente en 30 o 40

minutos. Su complejidad es compatible con las eventuales limitaciones neuropsicológicas de los pacientes con epilepsia. Los estudios realizados en todo el mundo con ese inventario muestran que las alteraciones psicosociales que presentan los pacientes con epilepsia trascienden las diferencias raciales, geográficas y culturales (Dodrill, 1983, 2003). El porcentaje de pacientes con estas alteraciones varía de un país a otro, sin embargo parece ser que el rechazo psicosocial es un fenómeno universal.

La calificación de la prueba requiere de una plantilla calada donde aparecen los ítems correspondientes a cada factor circulado en un color que los identifica. En la calificación se tienen en cuenta ocho áreas de evaluación con un determinado número de índices considerados en cada área. El valor hallado se ubica en la figura correspondiente y cuyos valores máximos son independientes en cada área. El valor encontrado se sitúa en la referida figura y cuando más se eleve este, mayor será el nivel de desajuste o desadaptación del paciente en esta área específica. La representación de los resultados se realizará reagrupando estas escalas y uniéndolas mediante una línea quebrada o perfil de las puntuaciones alcanzadas por el paciente en cada una de ellas. A su vez cada escala puede a su vez ser dividida en cuatro sectores que son:

- A. Buena Adaptación (sin problemas importantes).
- B. Adaptación Media (con problemas poco significativos).
- C. Adaptación Mala (hay problemas que repercuten negativamente en la adaptación del paciente).
- D. Adaptación Muy Mala (el paciente afronta problemas importantes con repercusión en su ajuste psicosocial).

Análisis estadístico

Los cuestionarios se pasarán a una base de datos en el sistema Excel de la Microsoft Office y se almacenarán en dos copias de seguridad guardadas una por el investigador y otra por el tutor. Los datos se procesarán por microcomputadoras utilizando el sistema Excel y los paquetes estadísticos INSTAT y STATISTICA.

Se hará análisis estadístico univariado con el cálculo de distribuciones de frecuencia y porcentajes en las variables cualitativas y medidas de tendencia central (media aritmética) y de dispersión (desviación estándar) en las variables cuantitativas.

- Para comparar dos variables, se utilizará análisis bivariado con:
 - Prueba de t para medias aritméticas.
 - Prueba Chi-cuadrado para variables cualitativas.
- Para comparar varias variables se utilizará ANOVA
- Para determinar asociación o relación entre variables se utilizará la prueba de Chi-cuadrado. De existir asociación se determinará la presencia y cuantificación de riesgo significativo mediante la prueba de productos cruzados u Odds Ratio.
- Se utilizará un nivel de significación del 5% y en el caso del Odds Ratio un intervalo de confianza de 95% calculado por el método de Woolf.

Resultados

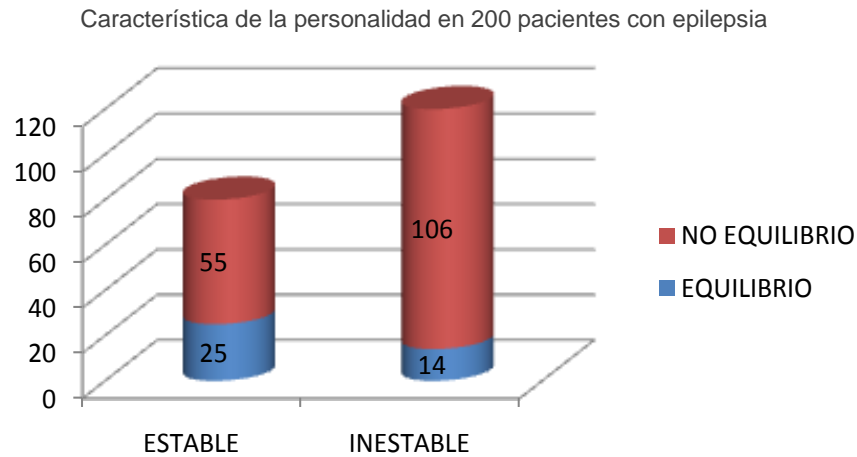
Características de la personalidad

De los 200 pacientes con epilepsia se observaron (ver Gráfica 1):

- Con personalidad estable y equilibrada, 25 pacientes (12.5%). Con personalidad estable y no equilibrada 55 (27.5%).
- Con personalidad inestable y equilibrado 14 pacientes (7%). Con personalidad

inestable y sin equilibrio introversión

extroversión 106 pacientes (53%).



Gráfica 1. Fisher $p=0.0009$. Odds Ratio=3.442, 95% intervalo de confianza: 1.657 a 7.149. Esta diferencia muy significativa muestra que en los pacientes con epilepsia estudiados predomina la personalidad inestable y no equilibrada.

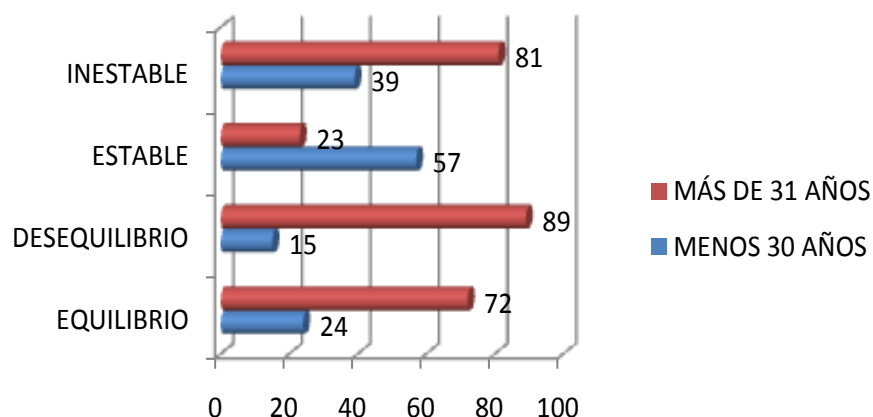
Características generales de la población estudiada

- Característica de la edad (ver Gráfica 2)
 - Promedio de edad: El promedio de edad de los 200 pacientes con epilepsia es de 32.20 años.
 - Con relación a la edad y el tipo de personalidad: Con menos de 30 años (96), 57 tienen personalidad estable y 39 neurótica. Con más de 31 años (104), 23 tienen personalidad estable y 81 neurótica.
 - Equilibrio introversión extroversión: Con menos de 30 años, 24 tienen equilibrio introversión extroversión y 72 no lo tienen. Con más de 31 años, 15 tienen equilibrio introversión extroversión y 89 no tienen este equilibrio.

- Características del sexo (ver Gráfica 3)
 - Pertenecían al sexo masculino 94 (47%) y 106 (53%) al sexo femenino.
 - Con relación al sexo y la inestabilidad o estabilidad: En 94 pacientes masculinos con epilepsia existían 53 estables y 41 inestables o neuróticos, mientras que, en 106 del sexo femenino había 27 estables y 79 inestables.
- Grupo étnico

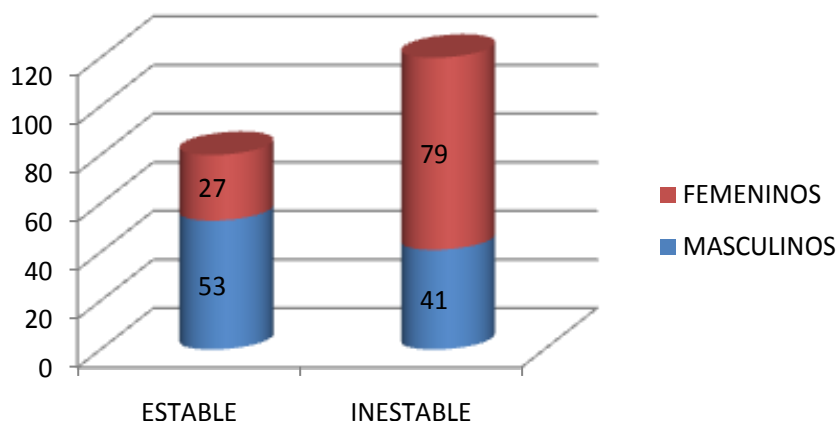
En el grupo étnico predominan los que tienen características de blancos con 152 (76%), mestiza 30 (15%) y negra 18 (9%). No se realizan estudios de relación entre grupo étnico y resultados de la personalidad debido al alto nivel de mestizaje que existe en nuestro medio.

Relación de la diferencia de edades con el nivel de neuroticidad y el desequilibrio introversión extroversión



Gráfica 2. Existe diferencia entre el nivel de neuroticidad o inestabilidad y la edad, Fisher $p=0.0001$, Odds Ratio=5.147, para 95% de intervalo de confianza: entre 2778 a 9538. Lo que se identifica como más nivel neurótico en los mayores de 31 años. No existe diferencia entre el equilibrio y los dos grupos de edad establecidos $p=0.741$.

Relación del sexo con el nivel de neuroticidad



Gráfica 3. Se analizó la muestra mediante Fisher y se observó $p=0.0001$, Odds Ratio=3.782 para 95% de intervalo de confianza: entre 2.081 a 6.876. Con respuesta al equilibrio introversión extroversión y el sexo. En 94 pacientes masculinos había 20 con equilibrio introversión extroversión y 74 sin equilibrio, mientras que de 106 del sexo femenino aparecían 19 con equilibrio y 87 sin equilibrio. Se analizó la muestra mediante Fisher y mostró una $p=0.5944$ no significativa. Resultados que muestran más nivel de neuroticismo en la mujeres con epilepsia que en los hombres.

Factores biológicos propios de las epilepsias relacionados con la personalidad

- Relación entre antecedentes familiares y característica de personalidad

- Del total de pacientes, 79 (39.5%) tienen antecedentes de padecer de epilepsia en su primera línea de consanguinidad a y 121 no lo tienen.

- En 79 pacientes a con antecedentes familiares de epilepsia, 49 pacientes son inestables o neuróticos y 30 no lo son. También 15 tienen equilibrio extroversión-introversión y 64 no lo tienen.
 - En los 121 pacientes sin antecedentes familiares de epilepsia, 50 eran inestables y 49 eran estables. Además 24 tienen equilibrio introversión-extroversión y 97 no lo tienen.
 - No se observó diferencia entre los grupos con antecedentes de epilepsia y nivel de inestabilidad que mostró al Fisher $p=0.6604$ no significativa. Tampoco se observaron diferencia entre los que tenían antecedentes de epilepsia con el equilibrio de la personalidad o no, Fisher $p=1$.
- Antecedentes personales de lesión o injuria cerebral
 - Distocia en el parto: Con distocia en el parto 43, de estos 20 tenían estabilidad y 23 son inestables, 3 tienen equilibrio introversión extroversión y 40 no lo tienen. Sin distocia en el parto 157, de estos 60 tienen estabilidad y 97 no lo tienen, 36 tienen equilibrio introversión extroversión y 121 no lo tienen. Se buscó la existencia de diferencia mediante Fisher y no se encontró nivel de significación, para la estabilidad $p=0.3803$ y para el equilibrio $p=0.338$.
 - Edad de inicio de la epilepsia

Edad de inicio de la epilepsia 12.95 años. Iniciaron sus crisis por debajo de los 10 años 89 (44.5%) y por encima de los 10 años 111 (55.5%).

 - De los 89 que iniciaron sus crisis por debajo de los 10 años, 41 tenían estabilidad y 48 inestabilidad o neuroticismo. Además, 20 tenían equilibrio introversión-extroversión y 69 no tenían equilibrio.
- De los 111 que comenzaron sus crisis por encima de los 10 años, 39 tenían estabilidad y 72 neuroticismo o inestabilidad. También 19 tenían equilibrio y 92 desequilibrio.
 - Al comparar los que tenían normalidad y neuroticismo con inicio de la epilepsia en relación con la edad de inicio de la epilepsia (por encima y debajo de los 10 años de edad) no se encontró al Fisher diferencia significativa $p=0.1464$. Al comparar los que tenían equilibrio y desequilibrio de la personalidad con respecto a la edad de inicio de la epilepsia tampoco se obtuvo diferencia significativa con $p=0.3728$.
 - La edad de inicio de la epilepsia no fue un factor que influyó en la personalidad de estos pacientes.
- Tiempo de evolución
 - Tiempo de evolución de las crisis 16.24. Con más de 15 años de evolución de las crisis 90 (45%), con 15 o menos años de evolución de las crisis 110 (55%).
 - Con más de 15 años de evolución de las crisis 110 pacientes, de estos, 49 tenían estabilidad y 61 inestabilidad. Además 22 tenían equilibrio-introversión extroversión y 88 desequilibrio.
 - Con menos de 15 años de evolución de las crisis 90 pacientes, de estos 31 tenían estabilidad y 59 inestabilidad, también, 17 tenían equilibrio introversión extroversión y 73 desequilibrio.
 - Al comparar los que tenían estabilidad con los que no tenían con la evolución de las crisis por más de 15 años y con 15 años o menos no encontramos al aplicarle Fisher diferencia significativa con $p=0.1915$. La comparación con los que tienen equilibrio de su personalidad

y los que no lo tienen con respecto al tiempo mayor de 15 años o menor de esta con crisis de epilepsia, se encontró que no existía diferencia significativa al Fisher con $p=0.8599$.

• Frecuencia de las crisis

- Grupo 1. Con elevada frecuencia de crisis (más de una crisis por mes) al inicio de la enfermedad y en el último año de ésta, 43 (21.5%) enfermos.
- Grupo 2. Con baja frecuencia de las crisis al inicio y en el último año, 94 (47%) pacientes.
- Grupo 3. Con elevada frecuencia de crisis al inicio de la enfermedad y baja frecuencia de las crisis (menos de una crisis por mes) en el último año, 49 (24.5%) enfermos.
- Grupo 4. Con baja frecuencia de crisis al inicio y elevada frecuencia en el último año, 14 (7%) pacientes.
- Grupo 1 (N=43). Con estabilidad 12, con inestabilidad, 31. Con equilibrio estable-inestable 10 con desequilibrio 33.
- Grupo 2 (N=94). Con estabilidad 43, con inestabilidad 51. Con equilibrio estable-inestable 15 con desequilibrio 79.
- Grupo 3 (N=49). Con estabilidad 19, con inestabilidad 30. Con equilibrio estable-inestable 14 con desequilibrio 35
- Grupo 4 (14). Con estabilidad 6, con inestabilidad 8. Con equilibrio estable inestable 0, con desequilibrio 15.
- La comparación entre los tres grupos se realizó mediante la aplicación del análisis de varianza, ANOVA que dio $F=1.912$ y $p=0.1766$, considerado no significativo. Por lo que la distinta frecuencia de las crisis no alteraba la personalidad de los pacientes estudiados.

• Tipos de síndromes de epilepsia

- Entre el grupo existían predominio de la epilepsia focales sintomáticas con 190 pacientes, mientras que las 10 restantes eran epilepsia generalizadas ideopáticas del tipo mioclónica juvenil de Janz.
- De los pacientes (190) con epilepsia focales sintomáticas 78 tenían estabilidad y 112 no tenían estabilidad, además, 37 tenían equilibrio estable-inestable y 153 no tenían equilibrio.
- De los pacientes (10) con epilepsia generalizada ideopática, 0 con estabilidad, 10 con inestabilidad, 0 con equilibrio introversión extroversión y 10 con desequilibrio.
- La comparación entre los grupos de síndromes y las características de la personalidad, mostró en lo referente lo estable o inestable, predominio de la inestabilidad o neuroticismo en las epilepsias generalizadas ideopáticas; Fisher, $p=0.0072$, significativa y Odds Ratio= 14.653 con 95 o de libertad: 0.8456 a 253.92. No diferencia en el equilibrio introversión-extroversión $p=0.2132$.
- Un análisis de las epilepsias focales sintomáticas divididas en temporales (N=133) y extratemporales (N= 57). Entre las extratemporales se encuentran 27 con estabilidad y 30 con inestabilidad, 14 con equilibrio introversión extroversión y 43 sin equilibrio, mientras que de las epilepsias temporales 51 estaban estables y 82 neuróticas, además, 23 con equilibrio y 110 sin equilibrio. La diferencia mediante el Fisher del nivel de neuroticismo no fue significativa ($p=0.2634$) y del equilibrio tampoco hubo diferencia significativa ($p=0.3132$).

Relación de los medicamentos utilizados con cambios de la personalidad

- Carbamazepina: Tomaban carbamazepina 119 pacientes, de estos 48 estaban estables, 71 inestables, 24 con equilibrio introversión – extroversión y 95 no tenían equilibrio
- Fenitoina: Tomaban fenitoina 35 enfermos, de los que 16 estaban estables y 19 tenían nivel neurótico, además, 10 tenían equilibrio introversión extroversión y 25 no tenían equilibrio.
- Acido valproico: Tomaban acido valproico 26 pacientes, 7 con estabilidad, 19 con inestabilidad, 4 con equilibrio introversión – extroversión y 22 sin equilibrio.
- Lamotrigina: Tomaban lamotrigina, 10 pacientes, 3 estaban estable y 7 inestables, además, de que 0 paciente tenía equilibrio introversión extroversión y los 10 estaban desequilibrado.
-
- Mediante el ANOVA se compararon las diferentes desviaciones estándar de los que tienen personalidad estable e inestable y que toman carbamazepina, fenitoina, valproato y lamictal, resultó una $F=1.960$ y una $p=0.2972$, no significativa. También se analizaron las diferentes desviaciones estándar de los que tienen personalidad con equilibrio introversión extroversión y los que no lo tienen y que toman la misma medicación, lo que mostró una $F=8,833$ y una $p=0.533$ no significativa.

Relación de los diferentes aspectos psicosociales con la personalidad.

- Resultados del Inventario Psicosocial de Washington (WPSI)
- Historia Familiar: Se refiere a los vínculos

interpersonales o interfamiliar y a las relaciones de los compañeros durante la infancia. Entre 0 y 4 es de buena y media adaptación, entre 5 y 11 es mala y muy mala adaptación.

Los que tienen buena y aceptable historia familiar, fueron 131, de estos 53 estaban con estabilidad emocional y 78 neuróticos, además, los que tienen equilibrio extroversión introversión eran 32 y sin equilibrio 99.

Los que tienen mala y muy mala historia familiar, fueron 69, de estos 27 tenían estabilidad emocional y 42 nivel de neuroticismo, además 7 tenían equilibrio introversión extroversión y 62 no lo tenían.

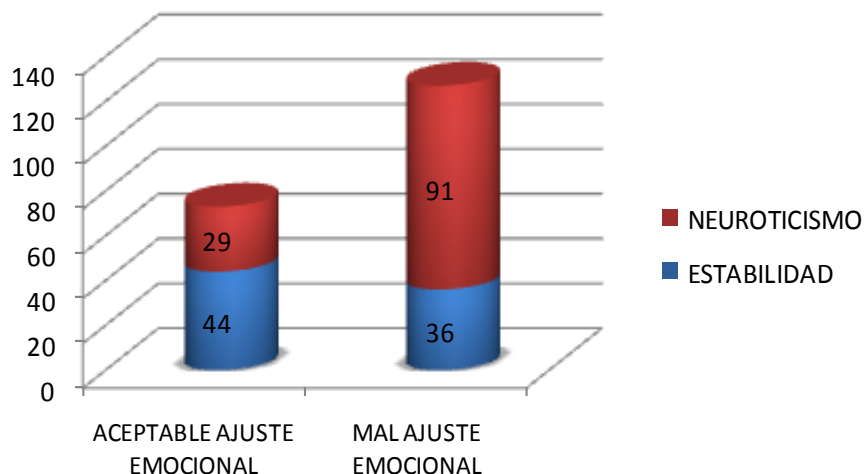
Al realizarse las comparaciones el grupo los niveles de estabilidad y neuroticismo no presentaron al aplicarse Fisher diferencia significativa entre los grupos para una $p=0.8804$. Mientras que, el grupo con equilibrio y sin equilibrio extroversión-introversión mostraron al Fischer una $p=0.015$ considerada significativa y Odds Ratio =2.863 con 95% de intervalo de confianza: 1.190 a 6.885.

- Ajuste Emocional: Explora la existencia de trastornos depresivos, ansiedad, temores, trastornos somáticos, mala autoimagen e insatisfacción vital. Entre 0 y 9 es de buena y media adaptación, entre 10 y 34 es mala y muy mala adaptación.

Con buen ajuste emocional habían 73 pacientes de los cuales 44 estaban estables y 29 inestables, además 18 tenía equilibrio introversión extroversión y 55 con mal no lo tenía.

Con mal y muy mal ajuste emocional 127 pacientes, de los cuales 36 tenían estabilidad emocional y 91 no lo tenían, 21 equilibrio introversión extroversión y 106 no tenían equilibrio (ver Gráfica 4).

Nivel de neuroticismo en la personalidad en relación con el ajuste emocional del WPSI



Gráfica 4. El nivel de neuroticismo era mayor en aquellos con mal ajuste emocional significativamente en Fisher con $p=0.0001$ y Odds Ratio=3.853 con 95% de intervalo de confianza: 2.089 a 7.040. El equilibrio estabilidad inestabilidad no se vió afectado por el ajuste emocional $p=0.1950$

- Adaptación Interpersonal: Evidencia capacidad para establecer contacto con los demás, situaciones sociales, intimidad y habilidad para relacionarse con el sexo opuesto. Entre 0 y 6 es de buena y media adaptación, entre 7 y 22 es mala y muy mala adaptación. Con buena adaptación interpersonal había 77 pacientes de estos 35 tenían estabilidad emocional y 42 no tenían estabilidad emocional, mientras que 17 presentaban equilibrio introversión extroversión y 60 no tenían dicho equilibrio.

Con mala y muy mala adaptación interpersonal existían 123 pacientes de los cuales 45 estaban estable y 78 inestables o neuróticos, además 10 con equilibrio introversión extroversión y 113 sin este equilibrio.

No se presentaron diferencia entre el nivel de estabilidad y neuroticidad con los que tenían buena adaptación y los que no la tenían al aplicársele Fisher $p=0.2370$, no

significativa. Si había diferencia en al desequilibrio introversión extroversión, pues este está relacionado con la adaptación interpersonal y mostró Fisher $P=0.0096$. Odds Ratio =3.202 con 95% de intervalo de confianza entre 1.380 a 7.427.

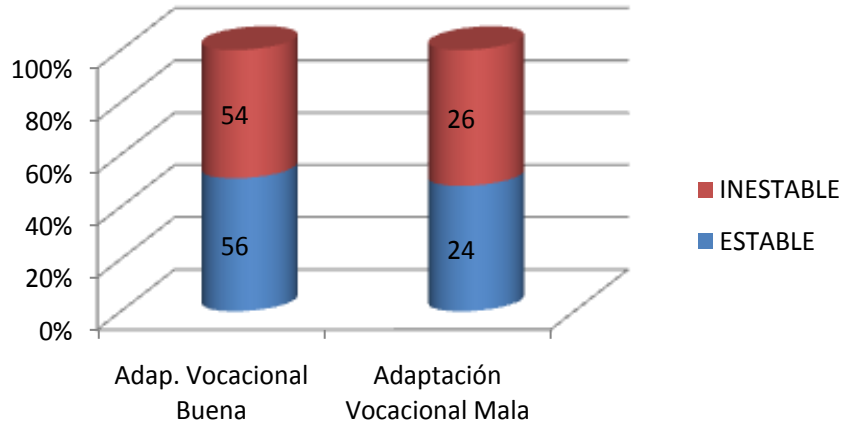
- Adaptación Vocacional: Evalúa la interacción crisis-ocupación, el nivel de empleo y si se encuentra necesario realizar orientación. Entre 0 y 5 es de buena y media adaptación, entre 6 y 13 es mala y muy mala adaptación.

Con buena adaptación vocacional existían 110 pacientes de los cuales 56 se encontraban estable y 54 inestables, además de que 24 presentaban un equilibrio extroversión introversión y 86 no lo presentaban.

Con mala adaptación vocacional existían 90 de los 24 estaban estable y 66 inestable, además de que 15 tenían equilibrio introversión extroversión y 75 no lo tenían. La comparación entre la

estabilidad e inestabilidad lo podemos ver en la Gráfica 5.

Nivel de neuroticismo en la personalidad relacionado con la adaptación vocacional



Gráfica 5. La adaptación emocional tenía una influencia significativa en el nivel de neuroticidad al Fisher $p=0.0005$ muy significativa, Odds Ratio=2.852 con 95% de intervalo de confianza: 1.568 a 5.189. El equilibrio introversión extroversión no mostró diferencia significativa al Fisher $p=0.3768$.

- Situación Económica: Evalúa el estado de sentimiento de seguridad desde la vertiente económica. Entre 0 y 2 es de buena y media adaptación, entre 3 y 7 es mala y muy mala adaptación. Con buena situación económica había 57 pacientes, de los que 32 estaban estables y 25 inestables, además de que 18 tenían

equilibrio extroversión introversión y 39 no lo tenían. Con mala situación económica 143 pacientes, de los que 55 eran estables y 88 inestables, además de 21 con equilibrio y 122 sin equilibrio. Las comparaciones entre ambos grupos se pueden ver en la Tabla 1.

Tabla 1
Niveles de neuroticismo y desequilibrio en la personalidad relacionados con la situación económica de los pacientes

SITUACIÓN ECONÓMICA	TOTAL	ESTABLE	INESTABLE	EQUILIBRIO INTROV EXTROVERSIÓN	NO EQUILIBRIO INTROV EXTROVERSIÓN
Buena y Aceptable	57	32	25	18	39
Mala y Muy mala	143	48	95	21	122
Total	200	80	120	39	161
p			*0.004		**0.0097
Odds Ratio			2.533		2.681

Podemos ver como la situación económica está influyendo en la personalidad tanto en el mayor nivel de neuroticismo como en más desequilibrio introversión extroversión.

- Adaptación a los Ataques: Pesquisa la sensación subjetiva de resentimiento hacia su condición, si considera embarazoso sufrir una crisis o se cree peor aceptado por ello. Entre 0 y 4 es de buena y media adaptación, entre 5 y 15 es mala y muy mala adaptación.

Con buena y aceptable adaptación a los ataques existían 73 pacientes, de estos 20 tenía personalidad estable y 47 inestable, además 14 tenían equilibrio extroversión introversión y 59 con desequilibrio.

Con mala y muy mala adaptación a los ataques existían 127 pacientes, de estos 54 tenían personalidad estable y 73 inestable, además de que 25 tenían equilibrio extroversión introversión y 102 con desequilibrio.

La comparación entre los que tenían buena y mala adaptación a los ataques y su estabilidad emocional o nivel de neuroticismo resultó al aplicarse el Fisher $p=0.3707$ no significativa. Tampoco fue significativa la comparación del equilibrio o no de la personalidad con $p=1$ al aplicar Fisher. Lo que explica que la adaptación o no a las crisis no influye en la personalidad de estos pacientes.

- Medicación y Tratamiento Médico: Aporta información sobre su valoración de la atención profesional, sanitaria y farmacológica que recibe. Entre 0 y 3 es de buena y media adaptación, entre 4 y 8 es mala y muy mala adaptación.

Consideraban buena o aceptable la atención y el tratamiento 47 pacientes, de estos 26 eran de personalidad estable y 31 inestable, en cuanto al equilibrio extroversión introversión lo tenían adecuado 11 y no adecuado 46.

Consideraban mala o muy mala la atención médica y el tratamiento 143 pacientes de estos 54 tenían personalidad

estable y 89 inestable, en el equilibrio introversión extroversión existían 28 y sin equilibrio 115.

La comparación de los que tenían personalidad estable o inestable y adaptación aceptable o no, no mostró diferencia al Fisher $p=0.3392$ considerada no significativa, tampoco existió diferencia significativa entre los grupos con equilibrio introversión extroversión y los que no tienen equilibrio $p=1$.

- Funcionamiento Psicosocial Global: Este es un índice global de todas las escalas e indica como está funcionando el paciente, en sentido general. Entre 0 y 20 es de buena y media adaptación, entre 10 y 57 es mala y muy mala adaptación.

Con adecuado funcionamiento psicosocial global se presentaron 111 pacientes de estos 58 eran estable y 53 inestables, con respecto al equilibrio extroversión introversión, 28 tenían equilibrio y 83 desequilibrio.

Con mal funcionamiento psicosocial global existían 89 pacientes, de estos 27 eran estable y 62 inestables, con respecto al equilibrio extroversión introversión, 11 tenían equilibrio y 78 desequilibrio.

Discusión

El tema de la personalidad y las alteraciones psicopatológicas en los pacientes con epilepsia ha sido tratado de bajo diferentes enfoques a lo largo del tiempo. Los primeros trabajos de mediados del siglo XX, trataban de demostrar que en la epilepsia existen más trastornos psicopatológicos que en el población supuestamente sana y en muchos de estos exponían las posibles causas que motivaban esta comorbilidad (Dodrill & Batzel, 1986; Ettinger et al., 1998; Jalava &

Sallanpaa, 1996; Kogeorgos, Fonagy, & Scott, 1982; Mendez, Cummings, & Benson, 1986; Pond & Bidwell, 1959; Swinkels, Kuyk, de Graas, van Dyck, & Spinhoven, 2001; Whitman, Hermann, & Gordon, 1984; Zielinsk, 1974). El análisis de la personalidad en doscientos enfermos con epilepsia que se atendían por consulta externa, mostró según los resultados del test de Eysenck que en más del 85% de estos casos existía algún tipo de trastorno de la personalidad y que la forma de personalidad más frecuente, que alcanzaba más de la mitad de los pacientes estudiados, era la del *neuroticismo con introversión*, con un carácter *neurótico y melancólico* con características de

caprichoso, ansioso, rígido, soberbio, pesimista, reservado insociable y callado. Aunque en nuestro estudio no se realizó comparación con grupos controles sanos, si se considera que los diversos trastornos de personalidad son elevados para los enfermos con epilepsia, pues solo un poco más del diez por ciento de los pacientes contaba con una personalidad estable y equilibrada. Estudios realizados con instrumento de exploración similar y comparado con controles sanos plantea también que existe en los pacientes con epilepsia predominio de introversión e inestabilidad (Dan-tung, Li-juan, Guann-gjie, & Bo, 1998).

Tabla 2

Niveles de neuroticismo y desequilibrio en la personalidad relacionados con el funcionamiento psicosocial global de los pacientes.

FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL GLOBAL	TOTAL	ESTABLE	INESTABLE	EQUILIBRIO INTROV EXTROVERSIÓN	NO EQUILIBRIO INTROV EXTROVERSIÓN
Buena y Aceptable	111	58	53	28	83
Mala y Muy mala	89	22	67	11	78
Total	200	80	120	39	161
p			**0.0001		*0.0305
Odds Ratio			3.33		5.131

Los resultados de esta tabla se indica que los problemas psicosociales afectan la personalidad de estos pacientes tanto en su estabilidad como en su equilibrio introversión extroversión.

En la búsqueda de los factores que pudieran actuar con el predominio de la personalidad neurótica y no equilibrada (equilibrio introversión extroversión) en los pacientes con epilepsia fueron analizadas veinte variables de las cuales dieciocho de estas estaban incluidas entre los factores biológicos, psicosociales y medicamentoso. Dos de estos factores eran características biológicas generales de la población

estudiada relacionadas con la edad de los pacientes y el sexo.

En los resultados generales, se destaca que el neuroticismo de los pacientes con epilepsia es predominante en las mujeres con respecto a los hombres, lo que indica que el ser mujer con epilepsia hace 3.7 veces mayor la probabilidad de que sea neurótica. También en las edades al ser

entrevistados vemos que el neuroticismo aparece con más frecuencia por encima de los 31 años, con una probabilidad mayor de 5 de ser neurótico. Pero ninguno de estos dos factores está en relación con la epilepsia.

Los factores biológicos estudiados en relación con la epilepsia, como antecedentes familiares de epilepsia, antecedentes personales de injuria cerebral, edad de inicio de las crisis de epilepsia, tiempo de evolución de las crisis, frecuencia de las crisis y tipos de síndrome epilépticos con la epilepsia fueron analizados y relacionados con la personalidad encontrada en estos enfermos. El único factor biológico que según nuestros resultados está significativamente relacionado a la personalidad son las epilepsias ideopáticas generalizadas, tipo Epilepsia Mioclónica Juvenil de Janz en la que todos los pacientes estudiados tenían neuroticismo e introversión, lo que ha sido planteado con anterioridad (Janz & Christian, 1957).

Los trastornos de la personalidad desde mediados del siglo XX fueron relacionados con las epilepsias focales del lóbulo temporal, a partir de estos trabajos surgieron dos grandes grupos de estudios, los que van a favor de relacionar mayores trastornos psiquiátricos y de personalidad en las epilepsias focales del lóbulo temporal (Bear & Fedio, 1977; Gibbs, 1951; Gibbs, Gibbs, & Furstes, 1948; Gudmundsson, 1966; Mendez et al., 1986; Pond & Bidwell, 1959; Rodin, Katz, & Lennox, 1976; Schwartz & Cummings, 1988; Swinkels, Duijsens, & Spinhoven, 2003; Swinkels, Ender, Kuyk, vanDyck, & Spinhoven, 2006; Zielinsk, 1974), los que no están de acuerdo con esta relación de los trastornos de la personalidad con las Epilepsia del

lóbulo temporal (Dodrill & Batzel, 1986; Edeh & Toone, 1987; Feddersen, Herzer, Hartmann, Gaab, & Runge, 2005; Guerrant et al., 1962; Isaacs, Philbeck, Barr, Devinsky, & Alper, 2004; Manchanda, Shaefer, McLachlan, & Blume, 1995; Mattheus & Klove, 1968; Mignone, Donnelly, & Sadowsky, 1970; Robertson, Trimble, & Tounsed, 1987; Small, Milstein, & Stevens, 1962; Small, Small, & Hayden, 1966; Swinkels et al., 2001). Pero los diferentes resultados entre estos estudios se basan en sus características metodológicas, el diagnóstico y las clasificaciones de epilepsia utilizadas y las pruebas de diagnóstico utilizadas, no obstante en nuestro estudio no se vieron diferencias de personalidad entre las epilepsias temporales y extratemporales.

Los efectos negativos sobre la conducta del paciente con epilepsia provocado por la medicación son advertidos desde 1942 por el propio Lennox, quien a muy poco tiempo de haberse comenzado el uso de algunos de estos expresa “...*algunos terapeutas, con el fin de extinguir las crisis, sólo tienen éxito en ahogar los procesos intelectuales más finos de sus pacientes...*” (Lennox, 1942). Desde esta época son evidentes los efectos que muchos de los fármacos antiepilépticos provocan con la cognición y la conducta lo cual ha sido destacado por diferentes autores (Campos-Castello, 2006; Drane & Meador, 2002; González-Pal et al., 2007; González Pal et al., 2008; Herranz, 1992). Los factores medicamentosos como el uso en forma de monoterapia de la carbamazepina, la fenitoina, el ac valproico y lamotrigina fueron estudiados y analizados en relación con la personalidad y no demostró que estos medicamento favorecieran el índice de neuroticismo o el equilibrio introversión extroversión.

Los factores psicosociales fueron estudiados en nuestros pacientes mediante el WPSI reconocida escala que ha sido empleada como medida de la calidad de vida de los pacientes con epilepsia (Dodrill, Batzel, Queisser, & Temkin, 1988; González-Pal, Quintana-Mendoza, Fabelo-Roche, González-Rodríguez, & Yopis, 2001; Wiebe, Rose, Dery, & MacLachlan, 1977), pero no es hasta presente artículo que la prueba de personalidad de Eysenk en relacionada con los resultados de las 8 escalas del WPSI, se ha podido observar que siete de las ocho escalas de este inventario tienen relación con cambios de la personalidad. Así, en aquellos pacientes con mal y muy mal funcionamiento en la historia familiar hay menos equilibrio introversión extroversión, los que presentaban mal ajuste emocional tenían más neuroticismo, los que tenían mala adaptación interpersonal presentaban menos equilibrio introversión extroversión, los que presentaban mal ajuste vocacional tenían más neuroticismo, los que referían mala situación económica tenían más neuroticismo y más desequilibrio introversión extroversión y los que tenían mal funcionamiento psicosocial global tenían también más neuroticismo y más desequilibrio.

Evidentemente de los factores estudiados de característica biológica, medicamentosa y psicosocial, los últimos son los que más están relacionados con cambios de la personalidad. Estos estudios que relacionan los problemas sociales a la personalidad en pacientes con epilepsia no son muy frecuentes, pero sus resultados nos hacen ver la importancia que tienen los aspectos sociales del constructo de la personalidad.

Referencias

- Alvarado, L., Ivanovic-Zuvit, F., Candía, X., Ibarra, X., Méndez, M. D., & Campos, A. (1992). Psicopatología y funcionamiento psicosocial de epilépticos. *Acta Psiquiatría y Psicología de América Latina*, 38(1), 69-76.
- Bear, D., & Fedio, P. (1977). Quantitative analysis of interictal behavior in temporal lobe epilepsy. *Archives of Neurology*, 34, 454-467.
- Bermúdez, J., Pérez, A. M., & SanJuan, P. (Eds.). (2003). *Psicología de la personalidad*. Madrid: UNED.
- Campos-Castello, J. (2006). Neuropsicología de la epilepsia ¿qué factores están implicados? *Revista de Neurología*, 43(Supl. 1), S59-S70.
- Dan-tung, Z., Li-juan, J., Guann-g-jie, X., & Bo, X. (1998). Quality of life and personality in adults with epilepsy. *Epilepsia*, 39(11), 1208-1212.
- Dodrill, C. B. (1983). *Psychosocial characteristic of epileptic patients. Research publications - Association for Research in Nervous and Mental Disease*, 61, 341 -353.
- Dodrill, C. B. (2003). *Neuropsychological evaluation of patients with epilepsy*. New York: Psychology Press.
- Dodrill, C., & Batzel, L. (1986). Interictal behavioural features of patients with epilepsy. *Epilepsia*, 27(Suppl 2), S64-S76.
- Dodrill, C. B., Batzel, L. W., Queisser, H. R., & Temkin, N. R. (1988). An objective method for the assessment of biological and social problems among epileptics. *Epilepsia*, 21, 123-135.

Drane, D. L., & Meador, K. J. (2002). Cognitive and behavioral effects of antiepileptic drugs. *Epilepsy & Behavior*, 3, 49-53.

Edeh, J., & Toone, B. (1987). Relationship between interictal psychopathology and the type of epilepsy. *British Journal of Psychiatry*, 151, 95-101.

Ettinger, A., Weisbrot, D., Krupp, L., Jandorf, L., Gaudino, E., & Cramer, J. (1998). Symptoms of psychiatric disturbance in epilepsy. *Journal of Epilepsy*, 11, 10-14.

Feddersen, B., Herzer, R., Hartmann, U., Gaab, M. R., & Runge, U. (2005). On the psychopathology of unilateral temporal lobe epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 6, 43-49.

Geschwind, N. (1982). Correct Attributions. *Science*, 217(4562), 778.

Gibbs, F. (1951). Ictal and non-ictal psychiatric disorders in temporal lobe epilepsy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 11, 522-528.

Gibbs, F., Gibbs, E., & Furstes, B. (1948). Psychomotor Epilepsy. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 60, 331-339.

Gonzalez-Llaneza, F. M. (Ed.). (2007). *Instrumento de Evaluación Psicológica*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

González-Pal, S., Quintana-Mendoza, J. D., Fabelo-Roche, J. R., González-Rodríguez, C., & Yopis, F. (2001). Trastornos psicicosy psicosociales en un grupo de pacientes con epilepsia. *Revista de Psiquiatria.com*, 5(3). Recuperado Agosto 25 2009, desde:

<http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/63/2286/part2/?++interactivo>

González Pal, S., Quintana Mendoza, J. D., González Delgado, E., Fabelo Roche, J. R., & Iglesias Moré, S. (2007). Depresión en grupo de pacientes con epilepsias focales. *Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 4(2). Recuperado Abril 2010, desde: <http://www.psiquiatricohph.sld.cu/hph0207/hph0202207.html>

González-Pal, S., Quintana-Mendoza, J., González-Delgado, E., Roche, J. F., González-Rodríguez, C., & Moré-Iglesias, S. (2008). Análisis de variables relacionadas con el índice de deterioro cognitivo del WAIS en un grupo de pacientes con epilepsia. *Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana* 5(2). Recuperado Abril 2010, desde: <http://www.psiquiatricohph.sld.cu/hph0208/hph020408.html>

Gudmundsson, G. (1966). Epilepsy in Iceland. *Acta Neurologica Scandinavica*, 43(Suppl. 25), 1-124

Guerrant, S., Anderson, W. W., Fischer, A., Weinstein, M. R., Jaros, R. M., & A. Deskins (Eds.). (1962). *Personality in epilepsy* (3ra. ed., Vol. III). Thomas: Springfield.

Hermann, B., & Whitman, S. (1984). Behavioral and personality correlates of epilepsy: A review, methodological critique, and conceptual model. *Psychological Bulletin*, 95(3), 451-497.

Herman, B. P., & Whitman, S. (1991). Neurobiological, psychosocial and pharmacological factors underlying interictal psychopathology in epilepsy. En D. Smith, D. Treimen, & M. Trimble (Eds.), *Advances in*

- Neurology* (pp.439-452). New York: Raven Press Ltd.
- Herranz, J. L. (1992). Medicación antiepiléptica y función cognitiva. *Anales Españoles de Pediatría*, 36(Supl. 49), S207-211.
- Isaacs, K. L., Philbeck, J. W., Barr, W. B., Devinsky, O., & Alper, K. (2004). Obsessive-compulsive symptoms in patients with temporal lobe epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 5, 569-574.
- Jalava, M., & Sallanpaa, M. (1996). Concurrent illnesses in adults with childhood-onset epilepsy: a population-based 35 year follow-up study. *Epilepsia*, 37, 1155-1163.
- Janz, D., & Christian, W. (1957). Impulsiv-Petit mal. *Dtsch Z Nervn Helkd*, 176, 346-386.
- Kogeorgos, J., Fonagy, P., & Scott, D. (1982). Psychiatric symptom patterns of chronic epileptics attending a neurological clinic: a controlled investigation *British Journal of Psychiatry*, 140, 236-243.
- Lennox, W. G. (1942). Brain injury, drugs and environment as causes of mental delay in epilepsy. *American Journal of Psychiatry*, 99, 174-180.
- Manchanda, R., Shaefer, B., McLachlan, R. S. M., & Blume, W. T. (1995). Relationship of site of seizure focus to psychiatric morbidity. *Journal of Epilepsy*, 8, 23-28.
- Mattheus, C. G., & Klove, H. (1968). MMPI performances in mayor motor, psychomotor and mixed seizures classification morbidity. *Journal of Epilepsy*, 8, 23-28.
- Mendez, M., Cummings, J., & Benson, D. (1986). Depression in epilepsy: Significance and phenomenology *Archives of Neurology*, 43, 766-770.
- Merani, A. (Ed.). (1979). *Diccionario de Psicología*. México, DF: Grijalbo.
- Mignone, R. J., Donnelly, E. F., & Sadowsky, D. (1970). Psychological and neurological comparison of psychomotor and non-psychomotor epileptic patients. *Epilepsia*, 11, 345-359.
- Minkowska, F. (1946). Lépilepsia essentielle, sa psychopathologic et le test de Roscharch. *Annales Medico-Psychologiques*, 104, 321-353.
- Pond, D. A., & Bidwell, B. H. (1959). A survey of epilepsy in fourteen general practices. II-Social and psychological aspects. *Epilepsia*, 1, 285-299.
- Robertson, M. M., Trimble, M. R., & Tounsed, H. R. A. (1987). Phenomenology of depression in epilepsy. *Epilepsia*, 28, 364-372.
- Rodin, E., Katz, M., & Lennox, K. (1976). Differences between patients with temporal lobe seizures and those with other forms of epileptic attacks. *Epilepsia*, 17, 313-320.
- Schwartz, J., & Cummings, J. L. (1988). Psychopathology in epilepsy: An outpatient consultation-liaison experience. *Psychosomatics*, 29, 295-300.
- Small, J., Milstein, V., & Stevens, J. (1962). Are psychomotor epileptics different? A controlled study. *Archives of Neurology*, 7, 187-194.

Small, J., Small, I., & Hayden, M. (1966). Further psychiatric investigation of patients with temporal and non temporal lobe epilepsy. *American Journal of Psychiatry*, 123, 303-310.

Stauder, K. H. (Ed.). (1838). *Konstitution und Wasensaenderung der Epilepti*. Leipzig: G. Thieme.

Swinkels, W., Duijsens, I., & Spinhoven, P. (2003). Personality disorders traits in patients with epilepsy. *Seizure*, 12, 587-594.

Swinkels, W., Ender, W. V., Kuyk, J., van Dyck, R., & Spinhoven, P. (2006). Interictal depression, anxiety, personality traits, and psychological dissociation in patients with temporal lobe epilepsy (TLE) and extra TLE. *Epilepsia*, 47(12), 2092-2103.

Swinkels, W. A. M., Kuyk, J., de Graas, E. H., van Dyck, R., & Spinhoven, Ph. (2001). Prevalence of psychopathology in Dutch

epilepsy inpatients: A comparative study. *Epilepsy & Behavior*, 2, 441-447.

Waxman, S. G., & Geschwind, N. (1974). Hypergraphia in temporal lobe epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 6(2), 282-291.

Whitman, S., Hermann, B., & Gordon, A. (1984). Psychopathology in epilepsy: How great is the risk? *Biological Psychiatry*, 19, 213-236.

Wiebe, S., Rose, K., Dery, P., & MacLachlan, R. (1977). Outcome assessment in epilepsy: comparative responsiveness of quality of life and psychosocial instruments. *Epilepsia*, 38, 430-438.

Zielinsk, J. (Ed.). (1974). *Epidemiology and medical social problems of epilepsy in Warsaw*. Warsaw: Psychoneurological Institute Warsaw.