

Aspectos históricos y sociales de las epilepsias

OSVALDO RAMÓN AGUILERA PACHECO¹, DÁMARIS GONZÁLEZ VIDAL², DANA AGUILERA VELÁZQUEZ³.

¹Hospital Provincial Saturnino Lora, Santiago de Cuba. Cuba.

²Hospital Infantil Sur "Dr. Antonio María Béguez-César", Santiago de Cuba. Cuba.

³Policlínico Camilo Torres, Santiago de Cuba. Cuba.

RESUMEN

La epilepsia es probablemente la condición neurológica más frecuente en el mundo. La Organización Mundial de la Salud estima que cerca de 65 millones de personas en el mundo son epilépticos, de ellas 50 millones viven en países subdesarrollados. Los epilépticos sufren desde los inicios de la historia de la humanidad de un estigma que provocó, en la antigüedad y el medioevo, prácticas bárbaras y anticientíficas. A pesar de los avances en el conocimiento de la génesis de la enfermedad, persisten en nuestros días una serie de mitos y actitudes que provocan que el paciente epiléptico no sea aceptado plenamente en la sociedad moderna. Entre ellos se encuentran sentimientos de sobreprotección por parte de la familia, rechazo por parte de maestros y compañeros de aula, así como una serie de prácticas discriminatorias en la edad adulta en lo referente a posibilidades de empleo y maternidad, entre otras.

Palabras clave: epilepsia; estigma social; historia.

INTRODUCCIÓN

La epilepsia es probablemente la condición neurológica más frecuente en el mundo, involucra cerca del 1% de la población mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que existen 65 millones de epilépticos en el mundo, de las cuales 50 millones viven en los países subdesarrollados y al menos el 50% está en actividad.

La incidencia anual de la epilepsia a nivel mundial puede alcanzar valores de 50 por 100 000 habitantes o más.^(1,2) Es una enfermedad crónica que puede aparecer a cualquier edad, pero tiene preferencia por las edades infantiles y la tercera edad, provocando largos tratamientos (muchas veces de por vida) y un estigma social que comienza desde los mismos albores de la historia de la humanidad y que en mayor o menor medida, está presente aun en nuestros días. Sumemos a esto que del 5 al 10% de la población no epiléptica puede tener una crisis convulsiva en algún momento a lo largo de su vida y comprenderemos aun mejor la importancia social de esta enfermedad como problema de salud.^(1,2,3)

En los Estados Unidos de América se estima que se diagnostican 150 000 casos nuevos por año, 15 500 en Canadá, 25 000 en Italia y cerca de 350 000 en la India.⁽²⁾ Estos datos son todavía más alarmantes si consideramos que la tendencia es al aumento de la cifra de epilépticos, debido a los factores derivados del desarrollo y la situación mundial actual: el incremento de los accidentes de tránsito, los estallidos de violencia y los conflictos armados en diversas regiones del mundo, todo lo cual provoca gran

número de heridos y lesionados, muchos de ellos en la cabeza; al mismo tiempo el acelerado desarrollo de las técnicas neuroquirúrgicas, las unidades de atención al grave, los servicios materno infantiles y de neonatología, entre otros, condiciona una mayor supervivencia de los individuos sometidos a intervenciones neuroquirúrgicas o con enfermedades infecciosas del Sistema Nervioso Central, disminución de la mortalidad infantil, entre otros, todo lo cual incrementa de manera importante el número de pacientes con potencial para desarrollar una epilepsia en cualquier momento de su vida.

Debido a la complejidad de este trastorno, a los problemas de nomenclatura que trae aparejado y a fin de uniformar su terminología, desde hace algo más de tres décadas la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE), edita y revisa periódicamente el Diccionario de la Epilepsia, donde se definen los términos relacionados con la misma. La ILAE define la epilepsia como "una alteración del cerebro caracterizada por una predisposición duradera para generar crisis epilépticas y por sus consecuencias neurocognitivas, psicológicas y sociales. La definición de epilepsia requiere la aparición de, al menos, una crisis epiléptica". La crisis epiléptica se conceptúa así: "Presencia transitoria de síntomas y/o signos debidos a una actividad anormal excesiva y sincrónica del cerebro".⁽⁴⁾

De estos conceptos ya podemos darnos cuenta tempranamente que cualquier enfermo que tenga una crisis epiléptica, convulsiva o no, de manera fortuita a lo largo de su vida o en el curso de una enfermedad infecciosa no es necesariamente un epiléptico como erróneamente se

considera por la población en general e incluso por algunos profesionales de la salud.

DESARROLLO

Aspectos Históricos

La epilepsia es una enfermedad conocida desde la más remota antigüedad y por el carácter paroxístico que la caracteriza fue siempre considerada de origen demoníaco, sobrenatural o sagrado. El propio nombre de epilepsia deriva del griego epilambaneim que significa "sorpresa, ser cogido de repente"; otra acepción de esta palabra la traduce como "poseído por el demonio", de lo cual se derivaron muchas acciones tomadas contra los epilépticos en la antigüedad e incluso en nuestros días en ciertas regiones del mundo con el objetivo de "sacarles el diablo del cuerpo".^(5,6)

La amplia sinonimia de la enfermedad da una idea exacta de la confusión que en un inicio reinó con respecto a su carácter y origen: enfermedad sagrada, mal caduco, perlesía, gota, enfermedad comicial, enfermedad del corazón (Perú), fea enfermedad, mal del santo, mal de la tierra, mal de San Juan (Francia), mal de San Valentín (Italia), entre otras. Se conocen algunos nombres indígenas de la epilepsia como aya huayra que significa "viento de la muerte", huanuy oncuy, que al igual que ouani keshia corresponde a "enfermedad de la muerte" o llanqui oncuy que traduce "enfermedad de la tristeza".⁽⁶⁾

En los papiros de Egipto se hace referencia a la "enfermedad sagrada" y se llegó a practicar la trepanación del cráneo para extraer al demonio del interior de la cabeza, concepción avanzada para su época al reconocer al cerebro como el órgano responsable del trastorno.

El Código de Hammurabi, hacia 1780 a. C. estableció normas de convivencia social, que afectaban directamente a las personas con epilepsia: a dichos enfermos no se les permitía contraer matrimonio ni testificar en los estrados judiciales. También estaba escrito que el comprador de un esclavo podía devolverlo, con indemnización total, si presentaba crisis convulsivas en el primer mes después de la adquisición.

Alcmeon de Crotona (Siglo VI a. C.) 500 años antes de Jesucristo señaló que la epilepsia se originaba en el cerebro. Hipócrates (460-377 a. C.), en su capítulo sobre la "enfermedad sagrada" de su obra intitulada "Corpus Hipocraticum" responde al pensamiento supersticioso de la época: "la epilepsia no es más divina ni más sagrada que cualquier otra enfermedad y tiene un origen tan natural como las demás, los hombres le han atribuido un origen divino por ignorancia y por el asombro que les inspira, pues no se parece a las otras..."; argumenta que su origen está en el cerebro.⁽⁷⁾

El cristianismo, en los evangelios de San Mateo (XVII:14-20), San Marcos (IX:14-29) y San Lucas (IX:37-43), atribuye un origen demoníaco a la epilepsia. San Lucas describe la situación así: "Maestro, te ruego que veas a mi único hijo, porque un espíritu se apodera de él. De repente grita, luego lo tira al suelo y le sale espuma por la boca...

Jesús reprendió al espíritu maligno, sanó al muchacho y lo regresó a su papá".⁽⁸⁾

Los griegos, creadores del término epilepsia, también la llamaron "enfermedad sagrada", ya que analizaron que solamente un dios era capaz de poseer a un hombre, privarlo de sus sentidos, provocarle una caída y convulsiones y luego dejarlo como si nada hubiera pasado. Los romanos evitaban a los epilépticos por miedo al contagio, denominándola "mal comicial", nombre que persiste hasta nuestros días, ya que uno de sus senadores, presumiblemente Julio César, había sufrido varias crisis durante un comicio, por lo cual siempre que alguno de los participantes sufría algún ataque durante el mismo, se suspendía por considerarlo de mal augurio y se aguardaba alguna señal favorable para recomenzarlo. Galeno (130-200) fue la figura más importante de la medicina romana de la antigüedad y dedujo que la epilepsia era una enfermedad de origen cerebral.

En el transcurso de la historia, fundamentalmente en la Europa medieval con las prácticas de la Inquisición, se produjo un retroceso en la concepción y comprensión de los fenómenos relacionados con la epilepsia, volviéndose a las ideas mágicas, la influencia de los astros y los espíritus y a los tratamientos mediante exorcismos y plegarias, lo que favoreció que muchos epilépticos fueron quemados vivos por ser considerados poseídos por el demonio; los más afortunados fueron internados en asilos para dementes, cuyas condiciones fueran posiblemente peor que la propia muerte.

La Reforma protestante no cambió el concepto; el propio Martín Lutero denominó a la epilepsia "morbus daemonicus". Se recoge en la literatura referente a la epilepsia la existencia del tratado "Malleus Maleficum", escrito por dos padres griegos, en la cual afirman que la presencia de crisis epilépticas son un elemento inequívoco de brujería y prácticas satánicas, estimándose que lo escrito en dicho tratado contribuyó a la persecución, tortura y muerte de más de 100 000 epilépticos en el medioevo. De hecho, el primer hospital para epilépticos, fundado en Europa en 1468, no tenía como finalidad primordial atender a las personas con epilepsia, sino protegerlas de su entorno social. Aun hoy para la población general es imprecisa la frontera entre epilepsia y locura.^(5,6,9)

En la actualidad, todavía en los países subdesarrollados y en algunos desarrollados, persisten conceptos o prácticas anticuadas y tendenciosas que limitan y estigmatizan al paciente epiléptico.^(6,9,10,11,12,13) Incluso en los Estados Unidos les estaba prohibido, en 18 estados hasta 1956, a las personas con epilepsia contraer matrimonio, y el último estado en abolir esta ley lo hizo solo en 1980. Hasta 1970 era todavía legal en ese mismo país negarles a las personas con crisis la entrada a los restaurantes, teatros, centros recreativos y otros espacios públicos. La Corte Suprema de Estados Unidos afirmó en 1987, en la ley sobre discapacidad, que la historia de la epilepsia es un ejemplo fehaciente de cómo el temor, más que la limitación propia de la enfermedad, es el principal argumento para la

discriminación, en clara alusión a la esterilización forzada en ese país de más de 60 000 epilépticos entre 1907 y 1964 al considerar que se trataba de una enfermedad hereditaria.^(1,5)

La epilepsia en Cuba

Antes de 1959 la situación de los epilépticos no era diferente a la de otros enfermos con afecciones crónicas, que sufrían la carencia de instituciones especializadas, tratamientos apropiados e incluso, al carecer el país de una cobertura médica global, muchos de ellos no tenían la posibilidad de acceder a servicios médicos, por lo que eran víctimas de prácticas que en muchos casos no tenían un fundamento científico. Solo unos pocos, que vivían en las ciudades cabecera y fundamentalmente en la capital de la república, tenían acceso a una atención médica de calidad, de acuerdo a los conocimientos de la época. Con el triunfo de la Revolución se produce un vuelco en su atención al extenderse la cobertura de salud a los sitios más recónditos del país, así como un incremento sustancial y progresivo del número de trabajadores de la salud, ya sea médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros.

Un momento importante en la atención del enfermo epiléptico es la fundación del Instituto de Neurología y Neurocirugía en 1962, centro rector de la atención a los pacientes con enfermedades neurológicas en nuestro país, bajo la defensa del profesor José Rafael Estrada González.⁽¹⁴⁾ Puede decirse que fue el nacimiento de una atención organizada, racional y científica, con conceptos modernos, de los numerosos pacientes epilépticos existentes; el constante perfeccionamiento de dicha atención condujo a la creación, dos años después, del Grupo de Investigación de la Epilepsia, al frente del cual figuraba el profesor Luis María Simón Cantón. Como consecuencia de este quehacer científico, en los años subsiguientes se inició un aumento progresivo de la cobertura de neurólogos, especialidad elitista en la época pre revolucionaria y en estos momentos una más al servicio del pueblo.

Indudablemente el momento más importante, en la atención al paciente epiléptico en nuestro país, es la puesta en práctica del plan del Médico de la Familia, con la consiguiente dispensarización y el concepto de medicina comunitaria que posibilita que todo paciente epiléptico, en la actualidad, sea diagnosticado, estudiado y tratado de forma individual con medios diagnósticos de primer nivel, medicamentos adecuados y seguimiento racional.

No obstante, no todo está hecho y debemos señalar que, a pesar de todos los esfuerzos realizados, esta mejoría en el manejo del paciente epiléptico no es todo lo multifacética que debía ser y se han quedado atrás determinados aspectos en el orden psicológico y social que revisten en la entidad que nos ocupa, un papel tan importante como el tratamiento estrictamente medicamentoso.^(15,16)

Algunos mitos y realidades sobre la epilepsia

Analizaremos a continuación algunos de los principales mitos existentes sobre la epilepsia y los epilépticos en nuestros días.

Mito: las personas con epilepsia no pueden hacer las mismas cosas que otras personas, y necesitan supervisión.

Realidad: la mayoría de las personas con epilepsia pueden hacer casi todo lo que puede hacer cualquier otra persona sin supervisión. Se pueden encontrar personas exitosas con epilepsia en todas partes. Sirvan de ejemplo algunos epilépticos que cambiaron la historia del mundo: Alejandro Magno, Julio César, Napoleón, Pío IX, Pedro el Grande, Dostoiewski, Van Gogh, Lord Byron, Lenin, y muchos otros.

Mito: durante un ataque de epilepsia sujete a la persona y evite que se mueva. Ponga una cuchara en la boca de la persona para que no se trague la lengua.

Realidad: nunca restrinja los movimientos de una persona que tiene un ataque de epilepsia y nunca coloque objetos en la boca de la persona. Además, es anatómicamente imposible tragarse la lengua durante un ataque.

Mito: las mujeres con epilepsia no deberían quedar embarazadas.

Realidad: el riesgo de defectos congénitos entre los hijos de las mujeres que tienen epilepsia es solo ligeramente más alto que el promedio. Este riesgo puede reducirse aun más si las mujeres con epilepsia hablan con su médico antes de quedar embarazadas.^(17,18)

Mito: la mayoría de las personas pueden controlar sus actos durante los ataques.

Realidad: la mayoría de las personas están inconscientes durante los ataques y no saben lo qué ocurre.

Mito: las personas con epilepsia pueden ser violentas.

Realidad: si intenta inmovilizar a una persona que está teniendo un ataque de epilepsia, esta persona puede tener un reflejo natural, pero involuntario, de protegerse. En lugar de sostener a la persona, háblele tranquilamente y protéjale de situaciones en las que pueda hacerse daño.

Mito: la epilepsia es contagiosa.

Realidad: no se puede contraer la epilepsia ni contagiar a otra persona.

Mito: La epilepsia es causada por posesión del demonio, castigo por pecados o brujería.

Realidad: la epilepsia es una condición médica tratable. Puede ser causada por diferentes lesiones encefálicas, ya sea traumáticas, tumorales, infecciosas, vasculares, entre otras.

Aspectos médico-sociales

Debemos señalar que la mayor parte de aquellos mitos relativos al paciente epiléptico que señalamos anteriormente están presentes en amplios sectores de nuestra población e incluso a veces generan confusión entre algunos trabajadores de la salud. Por otra parte, no debemos perder de vista que analizamos un trastorno que se comporta con una evolución extremadamente variable de un paciente a otro, pero las restricciones que impone la sociedad, la familia e incluso la legislación vigente son uniformes, tanto para el paciente controlado como para el que está

descompensado, para el disciplinado o el indisciplinado. Se analizarán brevemente los aspectos fundamentales:

La mayoría de los enfermos epilépticos que viven en su medio familiar no necesitan tener ninguna restricción en su régimen de vida. Los niños y los adultos pueden hacer deportes como complemento recreativo y además es recomendable, pero se excluye el deporte de alto rendimiento, que tiene requerimientos energéticos, metabólicos y psicológicos extremos. Se permite el baño de mar, vigilados por un familiar o profesor responsable; solo les están prohibidos los deportes de máximo riesgo no supervisables como el inmersionismo, alpinismo, así como los deportes de combate con riesgo de traumatismo: boxeo, karate, y otros.⁽¹⁹⁾

Hay dos precauciones generales para todos los enfermos epilépticos, la abstención de alcohol y de otras drogas y el mantener un sueño nocturno regular. La privación de sueño es un factor desencadenante de primer orden de todas las crisis epilépticas, al igual que el alcohol y las drogas de abuso. Por tanto, se prohíbe absolutamente el consumo de alcohol o drogas.

Se debe proteger laboralmente al enfermo para evitar que tenga turnos de madrugada. Se excluyen también, de forma individual y en dependencia del control de las crisis, de algunos trabajos con alto riesgo (equipos giratorios de alta velocidad no protegidos, trabajos en grandes alturas o profundidades), así como profesiones con requerimientos especiales (pilotos, buzos, entre otros), para las cuales tampoco califican muchos otros individuos no epilépticos. Es prudente evitar una profesión en la cual de manera habitual tenga que portar armas de fuego. Estas precauciones, lógicas por demás, teniendo en cuenta el carácter no previsible de las crisis en un gran número de enfermos, en la práctica en muchos países, incluido el nuestro, se han convertido en una especie de "camisa de fuerza" que prácticamente no deja espacios para que los epilépticos desarrollen numerosos trabajos para los cuales están calificados y los confina en no pocas oportunidades a labores auxiliares, de limpieza o similares, sin esperanzas de ascenso o desarrollo profesional, con el consiguiente sentimiento de decepción y minusvalía, el menoscabo económico y la inseguridad en cuanto a la estabilidad laboral.^(6,16,20,21,22,23,24)

Otros factores desencadenantes de las crisis como la fiebre, la hipoglicemia o el uso de fármacos que disminuyen el umbral convulsivo, por ejemplo, los antidepresivos tricíclicos, los neurolepticos y la teofilina, son evitables en muchos casos. Existen algunos estímulos desencadenantes de las llamadas "crisis reflejas" (estimulación luminosa, ruidos o sobresaltos, lecturas, juegos de concentración mental, música), que, si bien son capaces de desencadenar crisis, lo hacen en un número muy reducido y selectivo de pacientes, por lo que no se aconseja su prohibición de manera sistemática y solo en los casos en que sea necesario. En el caso de los niños, es aconsejable el uso de protectores de pantalla en los ordenadores y limitar parcialmente el tiempo de los video-juegos, de forma individual.

Otro aspecto importante es cuando la epilepsia afecta al niño en edad escolar, lo que origina un serio impacto en la familia que obliga a una reorganización en el funcionamiento de todos sus miembros.^(24,25,26) El niño epiléptico sufre vergüenza y temor, además de engendrar diferentes sentimientos en su entorno escolar:

- Rechazo: por parte de los maestros y de los compañeros de estudio por el temor a que presente crisis en el aula y que los otros niños se asusten.

- Exclusión: de la educación en general por presentar crisis frecuentes o un posible déficit intelectual concomitante; de una parte, de las actividades escolares por ejemplo la educación física.

- Aislamiento: por temor a que el niño epiléptico pueda deteriorar el ambiente escolar.^(1,15,27)

El permiso para conducir vehículos o maquinaria pesada es motivo de polémica. En algunos países, como España, se les autoriza a conducir vehículos particulares si llevan dos años sin crisis. En nuestro país está prohibida la conducción de forma profesional y aunque no está legislado específicamente, se limita de manera muy estricta la conducción de vehículos particulares, cualquiera que sea el control que tenga el enfermo.

En Cuba, los enfermos epilépticos con formas graves están excluidos del Servicio Militar Activo, aquellos que tienen una forma leve o controlada pasan el mismo de forma diferenciada. No obstante, se limita el acceso a carreras como Medicina, Estomatología, Magisterio, entre otras. Cuando un alumno de estas carreras debuta con una epilepsia, a menudo es sometido a presiones para que abandone las mismas y en el caso de ser un graduado, se limita su horizonte profesional, independientemente del control mejor o peor de sus crisis.

Otro elemento importante es lo referente a la herencia. Existen formas de epilepsia graves con un componente hereditario marcado, en las cuales obviamente el consejo genético está indicado, pero es injusto estigmatizar a toda la población epiléptica cuando en la gran mayoría de los casos este factor no está presente.

Los aspectos psicológicos y sociales de los epilépticos no han sido suficientemente tratados en nuestro medio. Es necesaria la inserción de los grupos de terapia como existen en otras enfermedades crónicas, donde los pacientes puedan intercambiar y exponer sus inquietudes, así como recibir respuesta a sus múltiples interrogantes. Debe tenerse en cuenta que además de ser una enfermedad crónica, en lo que no se distingue de la diabetes y el asma. Su carácter inesperado y espectacular genera una atmósfera de tensión alrededor del enfermo por parte de su familia, sus compañeros y amigos, profesores y la pareja. Hay que recordar que más del 50% debuta en edad pediátrica y requiere un tratamiento sistemático, diario y prolongado con medicamentos que provocan numerosos efectos adversos, lo que trae aparejado el incumplimiento terapéutico, fundamentalmente entre adolescentes, que no quieren ser "diferentes".^(28,29,30)

CONCLUSIONES

Se hace necesario incrementar las acciones de salud en la comunidad tendientes a abordar los aspectos psicológicos y sociales de los pacientes epilépticos a fin de mejorar su inserción en la sociedad y su calidad de vida, despojando de manera definitiva a la enfermedad de todas las falsas creencias aun existentes entre las personas que los rodean.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MS. *Epilepsia*. Nota descriptiva 999, febrero de 2016.
2. Ropper AH, Samuels MA, Klein JP. *Adams and Victor's Principles of Neurology*. 10 ed. New York: McGraw-Hill; 2014.p.318 - 354
3. Sanjeev VT, Nair A. *Confronting the stigma of epilepsy*. *Ann Indian Acad Neurol*. 2011 jul-sep; 14(3): 158-163.
4. Berg AT, Scheffer IE. *New concepts in classification of the epilepsies: entering the 21st century*. *Epilepsia*. 2011; 52: 1058-62.
5. Maya Entenza, CM. *Epilepsia*. Editorial Ciencias Médicas, la Habana. 2010.
6. Tuft M, Nakken KO: *Epilepsy as stigma – evil, holy or mad?* *Tidsskr Nor Legeforen nr. 23 –24, 2014; 134: 2328-31*
7. Figueroa Duarte AS, Campell Araujo OA. *Aspectos psicosociales de la epilepsia*. *Arch. Neurocién. (Mex., D.F.)* 9(3) sep. 2004
8. *La Biblia*. Centro Mundial de Traducción de la Biblia. 2005.
9. Vancini RL, Barbosa de Lira CA, Vancini-Campanharo CR, Barbosa DA, Arida RM. *The Spiritism as therapy in the health care in the epilepsy*. *Rev. Bras. Enferm. vol. 69 no. 4, Brasília July/Aug. 2016*
10. Fanta T, Azale T, Assefa D, Getachew M. *Prevalence and factors associated with perceived stigma among patients with epilepsy in Ethiopia*. *Psychiatry J*. 2015: 627345.
11. Tuft M, Nakken KO. *Epilepsy and stigma in popular music*. *Tidsskr Nor Legeforen nr. 23 – 24, 2014; 134: 2290 – 3*
12. Saadi A, Patenaude B, Nirola DK, Deki S, Tshering L, Clark S, et al: *Quality of life in epilepsy in Bhutan*. *Seizure* 2016; 39: 44-48
13. Atadzhanov M, Haworth A, Chomba EN, Mbewe EK, Birbeck GL. *Epilepsy-Associated Stigma in Zambia: What factors predict greater felt stigma in a highly stigmatized population?* *Epilepsy Behav*. 2010; 19(3): 414-418.
14. Rodríguez García PL. *Historia de la Neurología en Cuba*. *Rev Cub Neurol Neurocir*. 2013;3(Supl. 1):S56-S75
15. Segura Massó AA. *Estado de la información acerca del paciente epiléptico y su inserción social en Cuba*. *Rev Cub de Salud Pública*. 2014;40(4):324-333
16. Fabelo Roche JR, Rojas Sánchez GA, Iglesias Moré S. *Guías de buenas prácticas para la atención psicológica y social al paciente con epilepsia*. *Revista Cub de Salud Pública*. 2015;41(2): 357-368
17. Palacios E, Cárdenas K. *Epilepsia y embarazo*. *Repert. med. cir; 24(4):246-253, 2015*.
18. Aguilar S, Alves MJ, Serrano F. *Gravidez e epilepsia*. *Acta Obstet Ginecol Port* 2016;10(2):120-129
19. Pimentel J, Tojal R, Morgado J. *Epilepsy and physical exercise*. *Seizure* 2015; 25: 87-94
20. Wo MC, Lim KS, Choo WY, Tan CT. *Employability in people with epilepsy: A systematic review*. *Epilepsy Res*. 2015 oct;116:67-78.
21. Wo MC, Lim KS, Choo WY, Tan CT. *Factors affecting the employability in people with epilepsy*. *Epilepsy Res*. 2016 dec;128:6-11.
22. Vicente-Herrero MT, Torres Alberich JI, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García L, Terradillos García MJ, López-González AA, et al. *Accidente de trabajo por crisis epiléptica y traumatismo craneoencefálico con resultado de muerte. Una revisión desde la jurisprudencia y legislación en España*. *Acta Neurol Colomb*. 2014; 30(4):337-341
23. Yang R, Wang W, Snape D, Chen G, Zhang L, Wu J, Baker GA, Zheng X, Jacoby A, on behalf of the CREST Study Group. *Stigma of People with Epilepsy in China: Views of health professionals, teachers, employers and community leaders*. *Epilepsy Behav*. 2011 Jul; 21(3): 261-266.
24. Aydemir N, Kaya B, Yildiz G, Öztura I, Baklanb B. *Determinants of felt stigma in epilepsy*. *Epilepsy & Behavior* 2016; 58: 76-80
25. Iglesias Moré S, Fabelo Roche JR, Rojas Velázquez Y, González Pal S, Ramírez Muñoz A. *Calidad de vida en niños y adolescentes con epilepsia*. *Rev Cub de Enfermería*. 2012;28(2):99-111
26. Chávez-Nomberto R, Samalvides F, Guillén-Pinto D. *Conocimientos y creencias sobre epilepsia, en padres de familia que acuden a un hospital de tercer nivel*. Lima, Perú. *Rev Neuropsiquiatr* 78 (3), 2015.
27. Fabelo Roche JR, Iglesias Moré S, Louro Bernal I, González Pal S. *Afrontamiento familiar a la epilepsia*. *Rev Cub de Salud Pública* 2013; 39(3)
28. Alvarado L, Ivanovic-Zuvic F. *Adherencia a tratamiento en la epilepsia: una cuestión por resolver*. *Rev. méd. Chile* 2013;141(8)
29. Noble AJ, Robinson A, Snape D, Marson AG. *'Epileptic', 'epileptic person' or 'person with epilepsy'? Bringing quantitative and qualitative evidence on the views of UK patients and carers to the terminology debate*. *Epilepsy & Behavior* 2017; 67:20-27
30. Ridsdale L, Philpotts SJ, Krooupaa AM, Morgan M. *People with epilepsy obtain added value from education in groups: results of a qualitative study*. *European Journal of Neurology* 2017, 24: 609-616

Historical and social aspects of epilepsies

ABSTRACT

Epilepsy is probably the most frequent neurological condition in the world. The World Health Organization estimates that about 65 million people in the world are epileptic, of whom 50 million live in underdeveloped countries. The epileptics suffer from the beginnings of the history of the humanity of a stigma that provoked, in the antiquity and the medioevo, barbaric and antiscientific practices. Despite advances in the knowledge of the genesis of the disease, a series of myths and attitudes persist in our days that cause the epileptic patient not to be fully accepted in modern society. Among them are feelings of overprotection on the part of the family, rejection by teachers and classmates, as well as a series of discriminatory practices in adulthood in terms of employment opportunities and maternity, among others.

Keywords: epilepsy; social stigma; history.

Dirección para la correspondencia: Osvaldo Ramón Aguilera Pacheco. Calle 1ra. no. 28 entre A y B. Vista Hermosa, Santiago de Cuba, Telef 22-696393

Correo electrónico: oraguilera@infomed.sld.cu