

EPILEPSIA: HISTORIA DE UNA ENFERMEDAD EN LA CONSOLIDACIÓN DE LOS ESTIGMAS

Ismael Dorado Urbistondo* ** *** y Rosa María García Polo ** ***

Universidad Complutense de Madrid*, Asociación Nacional de personas con Epilepsia** y Centro de Psicología Ismael Dorado***

ABSTRACT

La epilepsia es una de las enfermedades que a lo largo de la historia ha estado revestida de toda una gama de connotaciones mágicas, demoníacas y por encima de todo, de desconocimiento.

Hablar de epilepsia en pleno siglo XXI, es entrar en la historia de falsos mitos y estigmas que han causado durante la historia de la humanidad vergüenza, discriminación y en muchas ocasiones, terribles consecuencias.

Desde Hipócrates hasta nuestros tiempos influencias de la luna, posesiones infernales o alteraciones cerebrales, han dotado como en ninguna enfermedad, a la epilepsia de un aura de desconocimiento y falsas informaciones que contribuyen en muchas ocasiones a la discriminación social, laboral y bienestar emocional de las personas que la sufren.

En el presente artículo se aborda la historia de la epilepsia desde siglos antes de Cristo hasta nuestros tiempos, como medio de entender la base de las connotaciones negativas que tiene la enfermedad y cómo, en nuestros tiempos, influyen de manera decisiva en la estabilidad emocional y social de las personas con epilepsia.

Se muestran también los resultados de una investigación realizada con el objetivo de valorar la información que posee la población en el conocimiento de la enfermedad y la relación directa que puede tener la misma en la consolidación de los estigmas.

Palabras claves: estigma, epilepsia, historia de la epilepsia.

La epilepsia en un mundo globalizado como el nuestro y donde la información fluye de manera incesante, sigue siendo una enfermedad desconocida y repleta de mitos.

Las causas de la enfermedad a lo largo de la historia, han respondido a todo tipo de motivos, muy apartados en ocasiones del mundo de la ciencia y cercanos a la chamanería, religión y exorcismos. Poseídos, malos presagios, endemoniados, la luna como causa de la enfermedad, o enfermos mentales; hizo que se la llegase a conocer como la enfermedad de los 1000 nombres como *enfermedad sagrada*, *morbus hercúleus* o *morbus comicialis*, haciendo referencia siempre a la sintomatología o el nombre de quién la padecía.

En los antiguos textos sagrados encontramos ya referencias, quizá las primeras existentes, que nos hacen comenzar nuestras pesquisas en la Babilonia, en torno al 1800 a.c.. La medicina y los propios médicos, se encontraban bajo el manto protector de los dioses. Toda transgresión a las leyes causaba una enfermedad. La medicina Babilónica estaba centrada en la figura del faraón¹ y su actividad reglamentada por el Código Hammurabi². La epilepsia junto con otras enfermedades como la lepra, es considerada como una enfermedad vergonzante. En el Código se *"prohíbe a las personas que la padecen casarse y declarar en juicios"*, estando además prohibido comprar *"esclavos epilépticos"*, pudiendo ser devueltos si presentan síntomas de la enfermedad^{3, 4}.

La relación entre la epilepsia y los trastornos psíquicos fue descrita por primera vez 2.000 años AC en que los Asirios escribieron el sakikku o libro de todas las enfermedades y dentro de este libro se describen las características clínicas de la epilepsia o antashube, cuya traducción es *"la enfermedad de las*

caídas", en los mismos se decía que estos enfermos podían sufrir además las crisis de trastornos de la mente⁵. El mismo texto narra varios aspectos clínicos donde la persona que lo sufre inicia la crisis con "un grito, gira el cuello, tensa las manos y los pies perdiendo la conciencia"^{6, 7, 8}.

La primera referencia a la lesión cerebral y su asociación con las convulsiones, aparece en el *Papiro de Ebers*⁹ en el 1580 a.c. Se explica la acción del sistema nervioso central así como la fisiología del cerebro, aportando información sobre patologías como la tetraplejía y la hemiplejía, además de la epilepsia que se la describe como temblores que afectan a todo el cuerpo¹⁰.

En el antiguo Egipto, la enfermedad era considerada como el fruto de una posesión demoníaca¹¹. Se pensaba que la enfermedad entraba por la vista, y el tratamiento consistía en cerveza fermentada, salvia, mostaza, mirra, malaquita y trementina de acacia. Las trepanaciones se realizaban para liberar a los demonios que causaban las convulsiones¹².

Los antiguos griegos pensaban que sólo un dios podía arrojar a las personas al suelo, privarlas de sus sentidos, producirles convulsiones y llevarlas nuevamente a la vida, aparentemente muy poco afectadas⁶. La creencia de que fuesen dioses quienes provocasen los ataques conllevó que la epilepsia fuese considerada un fenómeno sobrenatural, lo que le otorgó esa denominación.

Hipócrates (400 a.c.) en el *morbis pueri*, atribuía a los niños una mayor prevalencia, así como a la epilepsia un carácter hereditario y contagioso con propensión a las convulsiones²². Fue el primero en atribuir el origen de la epilepsia a una patología cerebral dotándolo de un conocimiento más científico y menos mágico¹³. Dedujo que dicho estado era consecuencia de que el órgano del pensamiento se había inundado de flema, hecho consecutivo debido a cambios ocurridos en el cuerpo que nada tenían de divino¹⁴.

Hipócrates estableció "sobre la 'enfermedad sagrada' no me parece más sagrada que las demás enfermedades, sino que tiene una causa natural. A mi parecer, aquellos que hicieron sagrada esta afección eran iguales que los actuales magos y purificadores, impostores y charlatanes que utilizan lo divino para ocultar su impotencia por no contar ninguna ayuda que ofrecer..."¹⁵

Para Hipócrates, la epilepsia constituye un desequilibrio de los humores, donde predominaba el carácter flemático y por lo tanto para su tratamiento se debía restituir el equilibrio perdido con dietas y drogas¹⁶. Como todas las enfermedades, la epilepsia se considera hereditaria, su causa radica en el cerebro, un cerebro rebosado con un superfluo de flema; señala: "cuando la flema corre por el interior de los vasos sanguíneos del cuerpo, ésta causa todos los síntomas de un ataque. La liberación de estos factores del ataque son el frío, el sol y los vientos, con cambios de la consistencia del cerebro"¹⁷.

En la antigua Roma, bajo el nombre de *morbis comicialis*, llevaba que ante una crisis epiléptica, se suspendiera cualquier acto para purificar a la persona y el lugar para evitar el contagio además de los malos presagios¹⁸.

Será *Quinto Sereno* el que en la *enfermedad de la luna o mal lunar*, atribuía la enfermedad a un dios que actuaba por medio de la luna. La persona con epilepsia se convertía en un ser intocable que poseía el poder de captar para el mal a todo aquel que tuviera contacto con él, contagiándose la enfermedad, principalmente en días de luna llena.

Con Galeno (130-230 a. de C), la concepción de la epilepsia volvió a tomar un rumbo científico. Describió las convulsiones y las ausencias, localizando el origen de la enfermedad en el cerebro¹⁹.

Dando un gran salto en la historia de la humanidad, pasaríamos a la Edad Media, el protagonismo absoluto de la religión y de la Iglesia, provoca una reducción de la actividad investigadora y médica salvo en el Islam.

Se dejan a un lado todas las teorías Hipocráticas sobre la epilepsia como enfermedad producida por el sistema nervioso, regresándose a la idea de la relación con posesiones demoníacas o infernales²⁰.

Se carga sobre la persona con epilepsia una idea de deshonra que abarcaba también a la familia, lo que producía que al enfermo se le reclusa o escondía negando su existencia. Se regresa a la idea de enfermedad contagiosa²¹ y la saliva como agente de expansión en un mundo de temor a lo sobrenatural, brujería, hechicería y principalmente, como motivo de mala suerte²⁰.

La Iglesia y las prácticas religiosas se muestran como las únicas válidas para liberar a la persona con epilepsia de la enfermedad. Los santos son la herramienta para liberarlos de esa posesión demoníaca que se manifestaban con la aparición de las crisis o también, las ausencias. Se organizaban romerías para conseguir la protección de los santos frente a este mal o para dar gracias por alguna curación milagrosa de la enfermedad. Para ello, se preferían los lugares con reliquias del patrón de los enfermos epilépticos como, por ejemplo, San Valentín.

De nuevo la epilepsia será la enfermedad diabólica por excelencia y la persona que la sufre, un paciente maldito acosado por la incomprensión, el desprecio y, con frecuencia, la ira de sus congéneres.

En el Renacimiento, Charles Le Pois señalaría el cerebro como origen de la epilepsia²², enfrentándose no sin problemas a la Iglesia, que todavía creía en las teorías demoníacas o sobrenaturales. De hecho, la creencia extendida en muchos países, de considerar que lo que le sucedía a quien sufría una crisis epiléptica era producto de una fuerza o energía sobrenatural se reflejó en el nombre otorgado a este desorden: 'epilepsia' deriva de la palabra griega 'epilambanein', que significa 'agarrar' o 'atacar'.

Arnaldo de Villanova en su obra *Breviario Práctico de Medicina*, define la epilepsia

como: "una oclusión de los principales ventrículos cerebrales con la pérdida de la sensación y de los movimientos; o bien como un espasmo no-continuo de todo el cuerpo"²³ y establece tres especies de epilepsia, la primera es la epilepsia que tiene su origen en el cerebro, la segunda es la analepsia que se origina en las venas, arterias, nervios o estómago y sube y ejerce su influencia en el cerebro, y la tercera catalepsia que empieza con una enfermedad y el paciente experimenta una alteración de la sensibilidad²³.

Durante ésta época, las técnicas de curación de la epilepsia pasan por ser absolutamente crueles y aberrantes. Desde la amputación de dedos para inhibir el reflejo, traqueotomías, abstinencia sexual o trepanaciones, llevaron a que en el caso de Samuel Tissot (1769), describiera por primera vez las crisis de ausencia, encontrando como causa de la epilepsia la actividad sexual en exceso y en particular, la masturbación²³.

Víctor Horsley en 1886, depura la técnica de la trepanación, iniciando y depurando el protocolo para el tratamiento quirúrgico de la epilepsia intratable²⁴.

Con la llegada de la Edad Moderna, se producen grandes avances en cuanto a la etiología, clasificación y desarrollo de nuevos tratamientos. Con la aparición en el siglo XVI del considerado como primer libro de neurología, *De Cerebri Morbis*, escrito por Jason Pratensis, se vuelven a rescatar las teorías de Galeno²⁵.

Serían las teorías e investigaciones en el Siglo XVII de Thomas Willis, las que centrarían la enfermedad en el cerebro, estableciendo que las crisis epilépticas son el resultado de una explosión química violenta. En la misma línea John Locke (1676), establece que las crisis convulsivas motoras serían en realidad crisis de histeria²⁶.

Con la entrada en la denominada Edad Contemporánea, siglo XIX, se afianza en concepto que establece que la epilepsia está producida por una lesión orgánica a nivel del sistema nervioso.

El neurólogo francés Jean Martín Charcot (1886), establece y diferencia los factores de una lesión orgánica de aquellas de origen psicológico o histérico. Utiliza la sugestión hipnótica para hacer desaparecer los síntomas de histeria en una época en la que la epilepsia se la consideraba un fenómeno clínico psiquiátrico²³.

Los estudios de Fritsch, Hitzig y Luciani en 1870 atribuyen en la epilepsia la excesiva excitación motora cortical, replicando sus hallazgos utilizando estimulación eléctrica en animales.

Hughlings Jackson (1870) rescata las ideas Hipocráticas, estableciendo un origen orgánico en la enfermedad, estableciendo como zona de origen de las crisis epilépticas la corteza motora²⁷. Considera la enfermedad como una descarga excesiva y desordenada del tejido nervioso sobre el músculo, dependiendo las convulsiones de la inestabilidad de la sustancia gris²⁸.

El inicio del Siglo XX y la irrupción del encefalograma, logro un gran avance en diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Con el trabajo en dicha prueba diagnóstica de Hans Berger y L. Carmichel, se registran los mensajes de las corrientes eléctricas del encéfalo humano²⁹.

H. Berger desarrolló una gran experiencia en el registro de pacientes bajo el efecto de fármacos anestésicos, morfina, alcohol y analépticos. Describió las ondas lentas de 3 Hz de las crisis de ausencia, logró registrar crisis convulsivas tónico-clónico generalizadas, un caso de coma³⁰, confirmando la existencia de actividad irritativa.

La aparición de técnicas como los rayos X y neuroimagen, permiten el estudio de estructuras cerebrales en pacientes vivos. La farmacología experimenta también un avance muy importante permitiendo mejorar los tratamientos cada vez con menores contraindicaciones. Se consigue establecer clasificaciones concretas sobre los diferentes tipos de epilepsia, mejorar los métodos diagnósticos y controlar mejor algunos tipos de convulsiones¹².

Nuestro Siglo XXI, reabre la idea de la comorbilidad de la epilepsia con trastornos mentales de diversa índole. Así no deberíamos olvidar las teorías de Herodoto (480 - 420 AC) en su idea de enfermedad sagrada³¹, estableciendo que *"... no sería improbable que si el cuerpo sufría una gran enfermedad, la mente no estaría bien tampoco..."*.

Los trastornos mentales que con más frecuencia se ven en estos enfermos, son la depresión y la ansiedad los que fluctúan entre el 20 y el 60 por ciento de los que sufren de epilepsia (González-Pal, Quintana, Fabelo, González y Yopis, 2014)³².

Se sigue investigando sobre la relación que puede guardar la epilepsia con los trastornos de la conducta, por esto se considera que un conjunto de factores denominados multietiológicos (neurobiológicos, psicosociales y medicamentosos) son capaces de influir en la aparición de trastornos psicológicos³³.

Existirían otros factores neurobiológicos como el tiempo de duración de las crisis, edad de inicio, tipo de lesión cerebral y la frecuencia en la que suceden las crisis, nos pueden servir de factor explicativo de la influencia de la epilepsia en la aparición de síntomas conductuales y de merma en la calidad de vida.

El estudio realizado en 2014 por González-Pal, Quintana, Fabelo, González y Yopis³², mostró una clara relación de la epilepsia con ansiedad, depresión y astenia e hipocondría. Los pacientes mostrarían una baja capacidad de adaptación emocional, con problemas en su calidad de vida y afectación en una parte de ellos de trastornos de conducta. Los problemas psicosociales estarían condicionados de manera importante en pacientes con una elevada frecuencia de crisis convulsivas que condicionarían en muchos casos factores como trabajo, familia o relaciones sociales.

Precisamente el problema de la persona epiléptica en su órbita social y la existencia de grandes estigmas anclados

en la sociedad, siguen marcando la realidad de una enfermedad que necesita "*salir de las sombras*".

El Diccionario de la Real Academia Española define la palabra estigma como 'marca o señal en el cuerpo'; 'deshonra, afrenta, mala fama'; 'marca impuesta con hierro candente, bien como pena infamante, bien como signo de esclavitud'; 'lesión orgánica o trastorno funcional que indica enfermedad constitucional y hereditaria'.

Con frecuencia la persona con epilepsia es víctima de prejuicio, o sea, de una 'opinión previa y tenaz, generalmente desfavorable, acerca de algo que se conoce mal'; o bien de mito por el que se le 'atribuyen cualidades que no tiene o bien una realidad de la que carece'.

En el caso de la epilepsia, el estigma se refiere a la magnitud y alcance de la exclusión social padecida por las personas con la enfermedad; dicho rechazo se basa en la percepción y el desconocimiento sobre este mal³⁴.

Hasta hace relativamente poco, concretamente hasta 1970 estaba prohibida la entrada en bares o teatros. En Estados Unidos estaba prohibido a las personas con epilepsia contraer matrimonio en 18 estados hasta 1956 y el último estado en abolir esa ley lo hizo en 1980. Todas estas restricciones influirían en el ámbito social y laboral.

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 discriminación³⁵.

Al indagar en lo que sabe la población sobre la enfermedad y empezando por los propios pacientes, es triste que ni éstos sepan qué es la epilepsia. Ni el propio paciente sabe en qué consiste la enfermedad y sería bueno preguntarse por qué sucede esto. La mayoría de los pacientes diagnosticados en la infancia, llegan a la adolescencia con una baja autoestima, sintiéndose inferiores

y 'únicos'. Y serán las crisis el tema 'menos importante' para ellos. Su mayor temor: sentirse rechazados e inferiores en la sociedad. Suelen ser habituales dos casos, cuando el propio paciente se siente estigmatizado por tener una enfermedad y cuando el paciente cree - en parte porque ya lo ha vivido- que la epilepsia genera rechazo, lo que conlleva a ocultar la enfermedad. De hecho, el estigma que rodea la epilepsia puede generar actitudes negativas en la propia familia, por ejemplo cuando los propios padres sienten que la enfermedad es una vergüenza y se debe ocultar, incrementando aun más el estigma. Y desgraciadamente, tampoco es raro encontrar a médicos que aconsejen ocultar la enfermedad.

Es muy importante resaltar que ante la insuficiente formación sobre esta enfermedad, los prejuicios acerca de ella también pueden empezar por el personal médico y paramédico. La adecuada información y la adquisición de conocimientos sobre la epilepsia en este grupo de profesionales deberían ser los pilares para disminuir de manera significativa la estigmatización y generar una actitud de apoyo incondicional para las personas afectadas y sus familias³⁶.

En 1997 la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE, International League against Epilepsy), la Oficina Internacional para la Epilepsia (IBE, International Bureau for Epilepsy) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzaron un ambicioso proyecto mundial denominado 'Epilepsia fuera de las sombras'³⁷. La justificación de este proyecto se basa en que la epilepsia es el trastorno neurológico crónico más común y grave, que afecta a personas de todas las razas, edades, clases sociales y países. La epilepsia produce una enorme carga física, mental, social, económica y laboral, debido en principio a su desconocimiento, a los prejuicios y a la estigmatización. Este problema es mayor en los países en desarrollo, donde habitan el 85% de las personas con epilepsia de quienes se sabe que cerca de 50 millones no tienen acceso

a diagnósticos acertados ni a tratamientos adecuados y oportunos³⁸.

En la sociedad, aún hay gente que piensa que un paciente con epilepsia no tendrá autonomía o será incapaz de formar una familia. En encuestas realizadas, cerca de 38% se mostraban reacios a tener una relación con un paciente con epilepsia.

La epilepsia no es una enfermedad 'mágica ni incurable', es una enfermedad crónica como cualquier otra y en la gran mayoría de los casos se controla con la medicación y será posible tener una autonomía.

Es especialmente importante la exclusión social que experimentan los pacientes portadores de epilepsia, como resultado de las actitudes negativas de las personas hacia ellos y el estigma, ya que incluso los niños con epilepsia pueden no ser aceptados como alumnos en algunas escuelas debido a su condición de "epilépticos". Los adultos tienen especiales dificultades para mantener una pareja estable, y el empleo es a menudo negado, incluso cuando las convulsiones no harían las condiciones del trabajo, inadecuadas o inseguras. Surge así, un escenario potencial de discriminación de los pacientes portadores de epilepsia, que debe ser conocido por todos y se deben tomar las providencias del caso para que no ocurran.

Las causas de discriminación y estigmatización en la mayoría de los casos responden a la ignorancia, al miedo y a una falta de educación. Esto se deduce con la comprobación de que los sujetos con mayor nivel de educación casi en su totalidad revelan no tener prejuicios con pacientes con epilepsia, mientras que en las personas con menor nivel de educación un porcentaje significativo reconoce tenerlos (Novoa y Cabello, 2013)³⁹.

Al objeto de establecer el grado de conocimiento de la población sobre una enfermedad como la epilepsia, en año 2017 llevé a cabo una investigación cuyos datos se muestran.

Pacientes y método

Se trata de un estudio transversal elaborado mediante la aplicación de una batería de preguntas elaboradas "Ad hoc", aplicado a un grupo de 84 pacientes del Centro de Psicología *Ismael Dorado, asistentes a consulta* durante el año 2016-2017.

Sujetos: Se utilizaron pacientes cuyo nivel educativo fuera al menos básico y que no sufrieran epilepsia ni tampoco tuvieran un paciente con epilepsia en su familia.

Instrumento: batería de 8 preguntas con dos tipos de respuestas SI/NO, más una última pregunta con dos respuestas alternativas Psiquiatra/Neurólogo que reflejan los estigmas más comunes entre las personas que desconocen la realidad de la enfermedad. Las preguntas que se realizaron a los participantes fueron las siguientes:

1. ¿La epilepsia es contagiosa?
2. ¿La epilepsia es una enfermedad mental?
3. ¿Se pueden tragar la lengua en una crisis?
4. ¿Hay que sujetar fuerte a una persona en crisis?
5. ¿Son violentos las personas con epilepsia?
6. ¿Tiene tratamiento la epilepsia?
7. ¿La persona con epilepsia tiene una inteligencia menor que el resto?
8. ¿Tienes miedo de compartir vida/espacios con una persona con epilepsia?
9. ¿En epilepsia es necesario un psiquiatra o un neurólogo?

Resultados

A la primera pregunta, ¿La epilepsia es contagiosa?, 56 participantes respondieron afirmativamente, mientras que el resto (28), contestó que no es contagiosa.

A la segunda pregunta, ¿la epilepsia es una enfermedad mental?, 51 respondieron que efectivamente es una

enfermedad mental, mientras 33 respondieron negativamente.

A la tercera pregunta, ¿se pueden tragar la lengua en una crisis?, 80 participantes respondieron afirmativamente, mientras que 4 participantes respondieron que no es posible.

A la cuarta pregunta, ¿hay que sujetar fuerte a una persona en crisis?, 80 participantes respondieron afirmativamente, mientras que 4 participantes respondieron negativamente.

A la quinta pregunta, ¿son violentas las personas con epilepsia?, 51 respondieron que efectivamente son violentos, mientras 33 respondieron negativamente.

A la sexta pregunta, ¿tiene tratamiento la epilepsia?, 17 respondieron que afirmativamente, mientras que 67 respondieron que no tiene tratamiento.

A la séptima pregunta, ¿las personas con epilepsia tienen una inteligencia menor que el resto?, 54 respondieron que tienen una inteligencia menor y 30 que similar al resto.

A la octava pregunta, ¿tienes miedo de compartir vida/espacios con una persona con epilepsia?, 74 respondieron que sí tienen miedo, mientras que 10 respondieron negativamente.

A la novena pregunta, ¿en epilepsia es necesario un psiquiatra o un neurólogo?, 44 personas respondieron que es necesario un psiquiatra y 40 un neurólogo.

Discusión

Las personas que tienen epilepsia no poseen un bajo nivel intelectual y tampoco suelen sufrir ningún tipo de trastorno psicológico, sin embargo, todavía hoy día, las personas con epilepsia viven estigmatizadas teniendo, en muchas ocasiones, que ocultar su enfermedad.

Se calcula que entre 300.000 y 400.000 personas en España padecen algún tipo de epilepsia y se estima que cada año se detectan unos 20.000 casos nuevos. Además, alrededor de un 70 por

ciento de los pacientes han conseguido frenar la aparición de la crisis hasta el punto de que, un número muy importante de ellos, consigue dejar la medicación transcurridos unos años.

Siguen presentes a la vista de los resultados los estigmas que siempre caracterizan a la epilepsia basados en la violencia, baja inteligencia, miedo a convivir con ellos o enfermedad mental.

Resultados

Como vemos, existen muchos «falsos mitos» asociados a cómo se debe actuar ante una crisis epiléptica. No se debe no «meter nada» en la boca del paciente; hay que dejar que se acabe la crisis, quitarle todos los objetos peligrosos que tenga alrededor en el caso en el que se haya desmayado y, en el momento en el que amaine la crisis -suele durar menos de dos minutos- acostarle de medio lado para evitar que le obstruyan las vías respiratorias. No hay que sujetarlo fuerte para no causarle daños y como vemos, la base del estigma nace de la existencia de tres tipos de problemas: a) el problema de la falta de conocimiento que genera ignorancia, b) el problema de las actitudes que genera prejuicio y c) el problema del comportamiento que genera discriminación.

Se debe trabajar sin descanso en la educación y en la divulgación de la realidad de una enfermedad, empezando por los más pequeños que en muchas ocasiones no son más que el reflejo del desconocimiento de sus propios padres.

Referencias bibliográficas

- 1.- García-Albea, RE.(1999). La neurología en los textos babilónicos. *Revista Neurología*. 28: 430-3.
- 2.- Universidad Nacional Autónoma de México (2008). *Historia de la Medicina en Mesopotamia*. Disponible en: <http://132.248.157.160/wiki/index.php/Mesopotamia>. Recuperado el 23/09/2016.
- 3.- Avalos, H. (1995). Epilepsy in Babylonia. *Journal of Cuneiform Studies*. 47: 119-21.

- 4.- Bruya, M, Bolin, R. (1976). Epilepsia a Controllable Disease. *The American Journal of Nursing*. 76: 388-97.
- 5.- *Diccionario Enciclopédico Grijalbo* (1986). Barcelona: Ediciones Grijalvo.
- 6.- Temkin, O. (1971). *The falling sickness: a history of epilepsy from the Greeks to the beginnings of modern neurology*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- 7.- Rubio-Donnadieu, F. (1987). Neurología. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*. 27: 29-34.
- 8.- Kinnier, JV and Reynolds, EH. (1990). Translation and analysis of a cuneiform text forming part of a Babylonian treatise on epilepsy. *Medicine History*. 34:185-98.
- 9.- Gross, RA. (1992). A brief history of epilepsy and its therapy in the western hemisphere. *Epilepsy Research*.; 12: 65-74.
- 10.- Historia de la epilepsia. 2001. Disponible en: <http://www.todosobreepilepsia.com>. Última consulta: 25 de septiembre de 2015.
- 11.- Guzmán-Mora, F. (2008). *Historia cirugía general. Artículos para médicos*. Disponible en: <http://abcmedicus.com/articulo/> medicos/id. Recuperado el 25/12/2017.
- 12.- Roussó, T., Cordero, S., Rodríguez, Y., Suárez, I. and Alonso, E. (2003). Aspectos históricos del tratamiento farmacológico de la epilepsia. *Revista Ecuatoriana de Neurología*. 12: 1-8.
- 13.- Shostak, S. and Ottman,R. (2006). Ethical, Legal, and Social Dimensions of Epilepsy Genetics. *Epilepsia*. 47: 1595-1602.
- 14.- Muramoto, OE. and Walter, G. (2006). Sócrates and temporal Lobe Epilepsy: A Pathographic Diagnosis 2,400 Years Later. *Epilepsia*. 47: 652-4.
- 15.- Goldensohn, ES., Porter, RR., Shwartzkroin, PA. (1997). The American Epilepsy Society: An Historical Perspective on 50 Years of Advances in research. *Epilepsia*. 38; 124-50.
- 16.- Riggs, AJ. and Riggs, JE. (2005). Epilepsy's Role in the Historical Differentiation of Religion, Magic, and Science. *Epilepsia*. 46: 452-3.
- 17.- Medina- Malo, C. (2004). *Historia de las epilepsias*. En: Campos, MG, Kanner, AM., Epilepsias. Diagnóstico y Tratamiento. Santiago: Mediterráneo; 37-48.
- 18.- Eadie, MJ. and Bladin, PF. (2001). *A Disease Once Sacred. A History of the Medical Understanding of Epilepsy*. Eastleigh: John Libbey & Company Ltd.
- 19.- Medina-Malo, C. (2004). *Historia de la epilepsia*. En: Medina-Malo C. Epilepsia, aspectos clínicos y psicosociales, Bogotá: Editorial Médica Internacional.
- 20.- Medina- Malo, C. (2004). Historia de las epilepsias. En: Campos, MG, Kanner, AM., Epilepsias. Diagnóstico y Tratamiento. Santiago: Mediterráneo; 37-48.
- 21.- Awaritefe, A. (1989). Epilepsy: The myth of a contagious disease. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 449-56.
- 22.- Zárate-Méndez, A., Cervera-Maltos, U., Ramírez-Castañeda, V., Hernández-Salazar, M., Placencia, I., Lorenzana-Galicia, R., Ortíz-Mejía, G. (2004). Resultados a mediano plazo en epilepsia refractaria tratada mediante callosotomía. *Archivos de Neurociencias*; 9: 18-24.
- 23.- Eadie, M. and Bladin, P. (2001). *A Disease Once Sacred. A History of the Medical Understanding of Epilepsy*. Eastleigh: John Libbey & Company Ltd.
- 24.- Purpura, DP. (1953). An Historical Study of Neurophysiologic Concepts in Epilepsy. *Epilepsia*; 1: 115-26.
- 25.- Horsley, V. (1888). Trephining in the Neolithic Period. *The Journal of the Anthropological Institute of Great Britain and Ireland*; 17: 100-6.
- 26.- Pestronk, A. (1988). The first neurology book, De Cerebry Morbis 1549 by Jason Pratensis. *Archives of Neurology*; 4: 3414.
- 27.- Eadie, M. (2007). The Philosopher of Emerging Clinical Neurology. *Brain*; 130: 1968-71.
- 28.- Fandiño-Franky, J. (2004). La epilepsia en Colombia. Recuento histórico. *Medicina*; 26: 28-34.
- 29.- Tyler, K. (1984). Hughlings Jackson: The Early Development of His Ideas on Epilepsy. *The Journal of the History of Medicine and Applied Sciences*; 39: 55-64.
- 30.- Olivares, O. (2000). Epilepsia: Cirugía y Electroencefalografía, un Siglo y algo más de Historia. *Revista Chilena de Epilepsia*. 1 (2), 8-32.
31. Godley, A. (1921). *Herodotus with an English translations*. Michigan: University of Michigan Library. 2: 10-26
32. González-Pal, S., Quintana, J., Fabelo, R., González, C. and Yopis, F. (2014). Trastornos psíquicos y psicosociales de un grupo de

- pacientes con epilepsia. Psiquiatría.com. Disponible en <https://psiquiatria.com/neuropsiquiatria/trastornos-psiquicos-y-psicosociales-de-un-grupo-de-pacientes-con-epilepsia/>. Recuperado el 10/04/2018.
- 33.- Hermann, BP. (1986). *Psychopathology in epilepsy: A multifactorial model*. In S. Whitman and BP Hermann Eds. *Psychopathology an Epilepsy Social Dimensions*. New York, Oxford University Press. 5-37.
- 34.- McLin, WM. and de Boer, HM. (1995). Public perceptions about epilepsy. *Epilepsia*. 36: 957–959.
35. Lannon, SL. (2002). Social control and the sane epileptic, 1850– 1950. *Archives Neurology*. 59: 1031–1036.
- 36.- Chomba, EN., Haworth, A., Atadzhanov, M., Mbewe, E. and Birbeck, GL. (2007). Zambian health care workers' knowledge, attitudes, beliefs, and practices regarding epilepsy. *Epilepsy Behaviour*. 10: 111–119.
- 37.- Reis, R., Meinardi, H. (2002). ILAE/WHO 'Out of the shadows campaign' stigma: does the flag identify the cargo?. *Epilepsy Behaviour*. 3: S33–S37.
- 38.- Reynolds, EH. (2000). The ILAE/IBE/WHO global campaign against epilepsy: bringing epilepsy 'Out of the shadows'. *Epilepsy Behaviour*. 1: S3–S8.
- 39.- Novoa, F. and Cabello, J.F. (2013). Consideraciones éticas en epilepsia. *Revista médica clínica Las Condes*. 24 (6), 1034-1037.