



**Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología**

***“EVALUACION PSICOSOCIAL DE PACIENTES CON EPILEPSIA DE LOS CENTROS
DE ATENCION PRIMARIA DE LAS COMUNAS DE INDEPENDENCIA Y RECOLETA”***

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO

Autor: Licenciada Verónica Valenzuela Reyes

Profesor Patrocinante: Dr. Fernando Ivanovic-Zuvic

(Santiago, 2008)

**Dedicado a mi familia por creer en mi sueño,
aceptar mi forma y apoyar en mi crecimiento.**

AGRADECIMIENTOS

Al doctor Fernando Ivanovic-Zuvic por su valiosa guía teórica y por confiar en mis capacidades.

A todos los funcionarios de los consultorios de las comunas de Independencia y Recoleta, por abrir sus puertas y prestar su colaboración en este estudio.

A todos los pacientes que desinteresadamente aportaron con su experiencia en esta investigación.

A mis compañeros Rowina y José Luis con quienes comenzamos este proyecto.

A toda mi familia por su apoyo incondicional, mi hermana Pabla, quien me orientó con las traducciones y siempre me alentó a seguir, así como mi prima Romina, a mi hermana Carolita quien en todo momento ha creído en mí, ha sostenido mi mano y colaboró en toda la logística de este documento.

A mis padres, Anita Rosa y Mario por su paciencia, apoyo y amor.

A Emilio por su ayuda en todas mis falencias tecnológicas, y estar presente.

Especialmente a Martinita, quien es motivo principal de querer ser mejor en esta vida.

Y desde siempre a mi Bueli, por cuidarme cada día y su abrazo incondicional.

RESUMEN

Palabras claves: *Epilepsia, Adaptación Psicosocial, WPSI.*

La presente investigación tiene como objetivo indagar acerca de la adaptación psicosocial de pacientes con epilepsia.

Múltiples son los factores asociados a la aparición de psicopatología y a la desfavorable evolución de la enfermedad, tales como edad de comienzo de la enfermedad, tipo de crisis, presencia simultánea de diversos tipos de crisis, daño orgánico cerebral, uso de fármacos con efectos laterales, existencia de crisis hereditarias de mal pronóstico, a los que se agregan los factores ambientales. Generalmente en el ámbito de la neuropsiquiatría ha existido el prejuicio de considerar cualquier alteración conductual o emocional presentada por un paciente con epilepsia como resultado de la enfermedad que padece, de una forma directa. Al respecto, la evaluación del desempeño psicosocial de los sujetos con epilepsia otorga valiosa información de la influencia de estos factores en la adaptación social de los individuos con epilepsia.

Para entender la epilepsia en el conjunto de la personalidad, es necesario pensar en un modelo mucho más complejo, que considere sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Al respecto, resulta necesario considerar los aportes realizados por investigaciones que aluden a la dimensión psicosocial del paciente con epilepsia, es decir de que forma el paciente epiléptico en esta condición se adapta al medio social inserto.

Los principales propósitos de las investigaciones que han seguido esa línea son llamar la atención acerca de un modelo multietiológico que explique la psicopatología en la Epilepsia y mostrar un modelo que pueda ser establecido empíricamente. Este último propósito adquiere especial relevancia, ya que la gran mayoría de los conocimientos acerca de las implicaciones psicopatológicas de la Epilepsia están basados en los resultados de estudios que parecen controvertidos e incompletos. Uno de los problemas que surge es la tendencia a sobrevalorar los resultados de esos estudios, sin saber cual es su base metodológica como tampoco las limitaciones de ellos. Estas dificultades metodológicas advierten sobre la necesidad no solo de conocer la incidencia de la Epilepsia en la población y las alteraciones psicológicas y neurológicas asociadas a ella, sino también el de considerar variables socioeconómicas como factores independientes y no solo dependientes de la Epilepsia (Alvarado, Ivanovic-Zuvic, 1991).

Diversas investigaciones al respecto han demostrado que resultan estadísticamente significativas las relaciones entre los aspectos sociales de la Epilepsia (especialmente la estigmatización), variable aptitudinales (inutilidad, baja autoestima y satisfacción vital) y medidas psicopatológicas (depresión, ansiedad, hipocondría) (Alvarado, Ivanovic-Zuvic, 1991; 1992; 1993; González y Rivas, 1995; Seeger, 1987)

La presente investigación considera aspectos psicosociales y clínicos de la epilepsia, basada en otras investigaciones orientadas en el mismo sentido.

Se utilizó como instrumento de evaluación el Inventario Psicosocial de Crisis de Washington (Washington Psychosocial Seizure Inventory, WPSI), diseñado por el grupo de Dodrill (Dodrill et al., 1980), específicamente para sujetos con epilepsia.

La muestra consta de 63 sujetos con epilepsia adultos, hombres y mujeres, entre 18 y 60 años, estratificados según la escala de Graffar Modificado en clase baja, pacientes epilépticos provenientes de centros de atención primaria del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

Los resultados obtenidos muestran una deficiente adaptación psicosocial en todas las escalas del W.P.S.I., mostrando dificultades en: historia familiar; adaptación emocional, interpersonal y vocacional; ámbito económico; con las crisis epilépticas; en relación con la atención médica y con el uso de los medicamentos. La escala de Funcionamiento psicosocial en general confirma los resultados obtenidos en las otras escalas.

En las proyecciones de este estudio, se pretende con los resultados obtenidos, aportar al escaso estudio realizado en este ámbito en Chile, a pesar que desde el 2002 se ha implementado un programa de salud pública específico para la epilepsia.

El cómo las personas con epilepsia se enfrentan y cómo la enfermedad influye en el desarrollo de sus vidas, es una preocupación relativamente actual en el ámbito de investigación. Estas consideraciones son cruciales al momento de pensar en el tratamiento y prevención de la aparición de trastornos psicopatológicos más severos, que están altamente relacionados con la epilepsia según variadas investigaciones.

Evaluar la adaptación psicosocial de personas con epilepsia resulta de suma importancia en el desarrollo de programas de tratamiento y rehabilitación más específicos para esta población.

INDICE

I.- INTRODUCCION	1
Antecedentes Teóricos	
Antecedentes históricos	4
Definición	5
Etiopatogenia	5
Semiología de las crisis epilépticas	6
Epilepsia y Personalidad	7
Aspectos Psicosociales del paciente con epilepsia	9
II.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	
Objetivo general de la investigación	14
Objetivo específico de la investigación	14
III.- METODO	
Definición de variables a medir	15
Tipo y diseño de estudio	16
Población y muestra	17
Instrumentos de Medición	18
Procedimientos	19
IV.- ANALISIS DE LOS RESULTADOS	21
V.- RESULTADOS	25
VI.- CONCLUSIONES	28
VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	30
VIII.- APENDICES	35
A.- Anexo 1: Tabla Puntajes Individuales	
B. - Anexo 2: Graffar	
C. - Anexo 3: W.P.S.I.	

I INTRODUCCIÓN

Desde los inicios del estudio de la psicopatología, la pregunta acerca del origen de la enfermedad epiléptica ha atraído la atención de numerosos investigadores, siendo mencionada por los autores clásicos como un cuadro clínico frecuente y enigmático, que puede presentar síntomas tanto somáticos como psíquicos. Hipócrates (460-377a.C) consideraba a la epilepsia como una enfermedad mental, distanciándose de las concepciones míticas que explicaban esta enfermedad como un resultado de la acción de los dioses sobre los hombres. Las características de personalidad, las agresiones, los episodios psicóticos y otras entidades clínicas han suscitado controversias que aun se mantienen en la actualidad, tales como la relación existente entre estas alteraciones psicopatológicas y las crisis epilépticas o las discusiones acerca de la naturaleza de la relación entre psique y soma.

Ivanovic-Zuvic (2001) plantea que el status de la epilepsia en la actualidad ha variado con respecto a la importancia que tuvo en el pasado. Los precursores de la Psiquiatría incorporaban bajo este concepto diversas manifestaciones psíquicas y conductuales que según los conocimientos actuales se consideran diferentes a la epilepsia. Es así como la agresividad tuvo una estrecha vinculación con esta enfermedad, interpretándose las conductas impulsivas y los desajustes conductuales como formas de epilepsia. También se atribuyeron a la epilepsia síntomas conversivos, disociativos y episodios psicóticos en sujetos con características de personalidad vinculadas a la epilepsia. Posteriormente, este concepto amplio y difuso de la enfermedad se delimitó debido al avance de las técnicas de laboratorio al comprobar el paralelismo entre los síntomas psicológicos y la aparición de descargas neuronales propias de las crisis epilépticas, lo que ha llevado a la formulación actual del concepto de enfermedad epiléptica que requiere de la aparición de crisis clínicas reconocidas como tales.

Ivanovic-Zuvic (2001) señala que el progreso de las neurociencias y las técnicas de laboratorio ha significado que en los estudios recientes acerca de la epilepsia predominen los factores biológicos comprometidos tanto en las crisis como en el uso de psicofármacos, aspectos que en la actualidad representan el mayor porcentaje de la investigación y de las publicaciones dedicadas a este tema. Sin embargo, la práctica clínica muestra como la enfermedad se asocia frecuentemente a alteraciones psicopatológicas y dificultades de adaptación social en estos pacientes, aspectos que

resultan relevantes a la hora de realizar el diagnóstico y planificar estrategias terapéuticas para lograr una restitución de la salud del sujeto, tanto en la remisión de las crisis como en su mejor integración social y calidad de vida.

Ivanovic-Zuvic (2001) plantea que, en las perspectivas teóricas de las últimas décadas, se evidencia una cierta tendencia a la integración en el sentido de abordar esta patología como un producto de la interacción entre mente y cuerpo, incluyendo además las variables psicológicas y ambientales que participan tanto en las alteraciones psicopatológicas como los cambios fisiopatológicos involucrados en las crisis epilépticas.

Asimismo, “diversos trabajos señalan que la frecuencia de crisis epilépticas y alteraciones psicopatológicas están relacionadas no solo con el adecuado nivel plasmático del anticonvulsivante correctamente indicado, sino además, con factores ambientales que afectan el desarrollo y bienestar del individuo” (Alvarado, Ivanovic-Zuvic, 2001). Estos influyen en la disposición del paciente para aceptar la enfermedad y sus consecuencias, además de someterse a tratamientos con la eventual aparición de efectos colaterales como consecuencia de la farmacoterapia indicada. La disposición del epiléptico a mantener un tratamiento prolongado y enfrentar las dificultades derivadas del proceso de estigmatización que se ven sometidos, dependen de varios factores. El apoyo prestado por familiares, grupos de pares, médicos y grupos de ayuda especializados en el tratamiento de esta patología, favorece la adecuada adaptación a los requerimientos del ambiente y aquellos derivados de esta enfermedad que en muchos casos, tiende a la cronicidad.

Diferentes estudios realizados en las últimas décadas en Chile (Chiófaló N. et al., 1986; Devilat M, 2000), señalan los altos niveles de prevalencia de dicha enfermedad en nuestro país. Por otro lado, se plantea que el número de pacientes con epilepsia es mucho mayor en países en vías de desarrollo, a diferencia de los países industrializados. Tomando datos obtenidos del Ministerio de Salud (2002.) en los últimos años, se sabe que los índices de prevalencia e incidencia de esta enfermedad en Chile son de un 17 por mil y 114 por cien mil, respectivamente. A la vez que, se observó que la enfermedad tiene un aumento significativo de riesgo de muerte, llegando a ser dos a tres veces mayor que en la población general. Se ha podido establecer además, que en Chile, alrededor de 300.000 personas padecen epilepsia, siendo la consulta por esta patología alrededor de un 30% de las atenciones en los policlínicos de neurología. No obstante, la especialización del tema en nuestro país, sigue siendo precaria a pesar de los avances

obtenidos en los últimos tiempos. En este sentido, cabe destacar el aporte realizado por el Ministerio de Salud que, a iniciativa de la sociedad de Epileptología de Chile, resolvió en el año 2000, instaurar un programa especializado para la atención de la epilepsia en los tres niveles de atención de Salud Pública, con el objetivo de ofrecer una atención más integral. (Ministerio de Salud, 2002)

En base a los datos anteriormente expuestos, la evaluación del desempeño psicosocial de los epilépticos en nuestro país resulta necesaria, con el objetivo de obtener datos acerca de la importancia de estos factores en el desarrollo de la enfermedad, de modo tal que estos indicadores se incorporen en la planificación del tratamiento de los epilépticos.

Es por ello que, la presente investigación tiene como objetivo indagar acerca de la adaptación psicológica y social de pacientes con epilepsia. Tomando en cuenta que este tema ha sido anteriormente abordado, mediante la aplicación del instrumento de medición WPSI, se pretende realizar una descripción de la adaptación psicosocial actual de estos pacientes.

Los resultados obtenidos permitirán conocer la condición psicosocial actual de estos, realizando un aporte teórico y empírico en relación a la enfermedad epiléptica en nuestro medio nacional. Se pretende llamar la atención en relación a un modelo multietiológico en el abordaje de la psicopatología y las dificultades de adaptación asociadas a la epilepsia, poniendo énfasis en las variables medioambientales implicadas, ya que la incorporación de este aspecto en las estrategias terapéuticas puede tener una incidencia positiva en el curso y pronóstico de la enfermedad.

En síntesis, la relevancia de este estudio en relación a los beneficios para la institución involucrada, puede resumirse en dos aspectos centrales: por un lado se aportarán datos acerca de la adaptación psicosocial actual de los pacientes, en esta instancia en particular. De esta manera se estará realizando un aporte teórico que puede resultar útil en la planificación del tratamiento de esta patología, lo que conlleva no solo un beneficio para la institución, sino que además, eventuales beneficios relacionados con el incremento de la calidad de vida de estos pacientes.

ANTECEDENTES TEÓRICOS

Antecedentes históricos

El concepto de epilepsia se constituye como tal en la época griega, debido al aporte de Hipócrates, quien le da el rango de enfermedad natural. Anterior a la contribución de este autor, la epilepsia era concebida como una enfermedad sagrada de origen divino.

Durante la época cristiana, renace la idea del origen demoníaco de las crisis. Esta idea se intensificó aún más durante la Edad Media, época en la cual se condenaba los portadores de esta enfermedad.

Debido a los cambios en torno a la concepción del hombre, en el Renacimiento se vuelve a la idea de la epilepsia como enfermedad de la mente y del cuerpo, pudiendo ser tratada entonces, mediante fármacos.

El estudio científico de la epilepsia, fue iniciado recién por Esquirol el año 1815, siendo H. Jackson el primero que describió las bases neurofisiológicas de las convulsiones. (Gomberoff; Olivos, 1987).

La visión del epiléptico ha estado supeditada en las últimas décadas al avance de las técnicas de laboratorio. La aparición del electroencefalograma (E.E.G.) y de los primeros anticonvulsivantes en el estudio y tratamiento de esta enfermedad, la caracterizaron como una entidad que solo atañía a la neurofisiología. (Ivanovic-Zuvic, 2001).

Durante las últimas décadas los aspectos biológicos en la epilepsia han adquirido una mayor atención, lo que se puede constatar en la revisión de las investigaciones en el tema, las que abarcan aspectos tales como el rol de los neurotransmisores en la génesis de la crisis, estudios electroencefalográficos, estudios de imágenes, empleo de fármacos anticonvulsivantes, etc. Estos estudios han significado una mejor comprensión en los factores biológicos de las crisis, un mejor reconocimiento de ellas en los estudios de laboratorio, la introducción de cada vez más efectivos anticonvulsivantes con menores efectos laterales y mejorías en variados tipos de crisis. (Ivanovic-Zuvic, 2001).

Ivanovic-Zuvic (2001), señala que la “visión del epiléptico ha fluctuado entre el énfasis que se otorga a los aspectos psicológicos por un lado y a los somáticos por otro.” Luego hace referencia al surgimiento de la psiquiatría social en el siglo XX, así “la explicación del desorden mental debía ser estudiado incorporando el entorno social del

individuo. El hombre está en estrecha vinculación con su ambiente y las patologías mentales serán consecuencia de las formas de adaptación a este ambiente.”

Definición

La epilepsia es una enfermedad de carácter crónico, de etiología diversa, caracterizada por crisis recurrentes que resultan de descargas excesivas de neuronas o grupos neuronales en forma hipersincrónica y paroxística. Los aspectos clínicos de las crisis se manifiestan a través de una multiplicidad de síntomas, ya sea de tipo motores, sensoriales, afectivos, intelectuales, alteraciones de conciencia, u otros. (Ivanovic-Zuvic, 2001).

Etiopatogenia

Fisiopatología de las crisis epilépticas: elementos básicos. “El fenómeno fisiopatológico básico en las epilepsias consiste en una descarga brusca, excesiva e hipersincrónica de las neuronas. Desde el punto de vista neurofisiológico, esta hiperexcitabilidad neuronal se observa en registros intracelulares como un cambio paroxístico de depolarización brusca y sostenida del potencial de la membrana, al que se agregan potenciales de acción de alta frecuencia.” (Ministerio De Salud, 2002). La actividad epiléptica es capaz de inducir cambios neuronales plásticos permanentes a través de la activación de mecanismos de plasticidad neuronal, que alteran la expresión de productos genéticos involucrados en el desarrollo axonal, la formación de sinapsis, la síntesis y liberación de neurotransmisores y la liberación de canales iónicos. Los mecanismos fisiopatológicos involucrados son diferentes para cada tipo de crisis, involucrando distintas estructuras cerebrales, lo que da origen a diversas manifestaciones clínicas de la epilepsia.

Factores etiológicos en la epilepsia. Numerosos cuadros clínicos están en relación con la aparición de crisis epilépticas. Los más frecuentes son traumas cerebrales, infecciones del sistema nervioso central, enfermedades cerebrovasculares y tumores cerebrales. Desórdenes neurológicos existentes desde el nacimiento tales como retardo mental o parálisis cerebral se asocian con frecuencia a crisis epilépticas. Alrededor de un 70% de las causas de las crisis permanecen desconocidas, cifras que se encuentran en remisión debido a la aparición de nuevos avances en las técnicas de laboratorio. Las epilepsias sintomáticas se relacionan con la edad del paciente, siendo frecuentes las infecciones del

S.N.C., enfermedades del desarrollo en edades tempranas, traumas encefálicos en edades medias, mientras que los tumores, cuadros vasculares y enfermedades degenerativas se observan edades tardías de la vida.

Semiología de las Crisis Epilépticas

Clasificación Internacional de las Crisis Epilépticas (Ilae, 1981)

I. Clasificación según en tipo de crisis

1. crisis parciales
2. crisis generalizadas
3. crisis no clasificables

1. CRISIS PARCIALES (FOCALES)

La crisis se origina en un área de la corteza de uno de los hemisferios cerebrales y su manifestación clínica dependerá de la función del área afectada.

Crisis parcial simple

- Con signos motores (motor focal sin marcha , motor focal con marcha o jacksoniana, motor focal versiva , motor focal postural, motor focal fonatoria)
- Con síntomas sensoriales (somatosensitivo, visual, auditivo, olfatorio, gustativo, vertiginoso)
- Con síntomas o signos autonómicos (malestar, epigástrico, palidez, transpiración, rubor, pilo-erección, dilatación pupilar, taquicardia)
- Con síntomas psíquicos (disfásicos, dismnésicos, cognitivos, afectivos, ilusiones, alucinaciones estructuradas)

Crisis parcial compleja

- Crisis con alteración inicial de conciencia
- Crisis parcial simple, seguida por alteración de conciencia y/o automatismo

Crisis parcial simple o compleja con generalización posterior

2. CRISIS GENERALIZADAS

La crisis afecta simultáneamente a ambos hemisferios cerebrales desde el inicio.

Esta crisis puede manifestarse o no como una convulsión

2.1 Crisis Tónico-Clónica

2.2 Crisis de Ausencia

2.3 Crisis Mioclónica

2.4 Crisis Tónica

2.5 Crisis Clónica

2.6 Crisis Atónica

3. CRISIS NO CLASIFICABLES

Son crisis que no es posible clasificar como focales ni generalizadas por falta de elementos clínicos y electroencefalográficos

II. Clasificación de las epilepsias según su etiología (ILAE, 1989)

1. Las Epilepsias Idiopáticas: no son consecuencia de causa conocida, excepto predisposición genética.
2. Las Epilepsias Sintomáticas: son consideradas como la consecuencia de un trastorno conocido o sospechado del sistema nervioso central
3. Las epilepsias Criptogénicas: son aquellas en las cuales no es posible probar una causa conocida, pero se presume de que son sintomáticas.

Epilepsia y Personalidad

La relación existente entre epilepsia y personalidad es un tema de discusión frecuente entre los estudiosos de la enfermedad, y se ha mantenido desde las primeras descripciones clínicas de las crisis epilépticas. Desde tiempos remotos ha existido la tendencia a considerar la personalidad de los epilépticos como anormal. En el mundo griego, Areteo de Capadocia en el siglo II DC., los describe como "criaturas abatidas, sin espíritu, torpes, insociables, insomnes, sujetas a frecuentes visiones terroríficas, lerdas, con torpeza de entendimiento y los sentidos, de expresión confusa y atolondrada, ya sea por la naturaleza del mal o por las lesiones que se producen durante los ataques. (Ivanovic-Zuvic, 2001)

Se observaba además la tendencia a plantear que la personalidad de estos sujetos sufre deterioros, como consecuencia directa de las crisis epilépticas, ya que en la antigüedad el deterioro en pacientes epilépticos era frecuente, tal vez con mayor frecuencia que en la actualidad, y los rasgos de personalidad alterados eran observados sobretodo en los pacientes institucionalizados en asilos psiquiátricos, tal como fueron descritos por la psiquiatría clásica. Esta vinculación entre ambos fenómenos tuvo tal influencia que incluso se realizaba el diagnóstico de epilepsia sin crisis clínicas, pero que eran portadores de los rasgos de personalidad asociados, sobretodo cuando en la historia clínica del paciente se encontraban antecedentes familiares de la enfermedad.

“La escuela constitucionalista se refiere a estos sujetos como perseverantes, viscosos, con adhesividad a las personas y a las cosas, dependientes, intelectualmente lentos, con escasa finura en sus gestos y acciones. Este temperamento que también presentaba periodos de marcada impulsividad y agresividad, estaba relacionado con la constitución atlética y recibió la denominación de “constitución ictafin” o “personalidad enequetica”. (Ivanovic-Zuvic, en Herleein, 2000). De esta manera, queda de manifiesto en los medios neuropsiquiátricos, la tendencia a considerar cualquier alteración conductual o emocional que presente un paciente epiléptico, como producto de la enfermedad misma.

Minkowska en 1923 estudió la constitución y temperamento de los epilépticos y como resultado de sus observaciones clínicas y del test de Rorschach relacionó al epiléptico con el biotipo atlético, siendo sus rasgos principales el temperamento “gliseroide”, caracterizado por la viscosidad, adhesividad a las personas y a las cosas, con una afectividad monocorde, intelectualmente lentos, pasivos, con escasa finura en los gestos y acciones. Esta autora incluye en esta descripción, y como formando parte del temperamento, un polo opuesto a la mansedumbre y tranquilidad, caracterizado por la explosividad en las emociones. (Ivanovic- Zuvic, 2001).

Sin embargo, para entender la epilepsia en el conjunto de la personalidad, es necesario pensar en un modelo mucho más complejo. La discusión actual comprende múltiples aspectos, tales como si las cualidades que se han atribuido al epiléptico son propias de la enfermedad o bien se deben al daño psico-orgánico asociado a las demencias epilépticas. También se discute acerca de la especificidad del carácter epiléptico, ya que las peculiaridades atribuidas a la epilepsia se observan en múltiples patologías, sobretodo en aquellas con compromiso del sistema nervioso central. Además, no existe claridad con respecto a si los rasgos de personalidad asociados están presentes

de manera previa a la aparición de las crisis, como parte esencial de la enfermedad, o si son consecuencia de ellas.

Tomando en consideración los numerosos estudios desde los inicios de la epileptología, se puede señalar que un gran porcentaje de epilépticos posee un tipo de personalidad reconocible, que incluye los rasgos previamente descritos. La presencia de estas características debe hacer sospechar que, con alta probabilidad, se trate de epilépticos con crisis clínicas, y por lo tanto deben ser consideradas como un elemento de ayuda en el diagnóstico de la enfermedad epiléptica, la que por definición requiere necesariamente de la presencia de crisis epilépticas clínicas. Además debe considerarse que estas características de personalidad no son específicas para la epilepsia y se encuentran en sujetos en los cuales no se logra comprobar la presencia de crisis o alteraciones encefalográficas características. (Ivanovic-Zuvic, 2001).

Aspectos psicosociales del paciente con epilepsia:

Como se ha podido constatar, el aspecto psicopatológico de la enfermedad juega un papel determinante en lo que respecta al origen y desarrollo de la enfermedad. Por lo tanto, va a ser de vital importancia detectar los factores psicosociales que inciden en la aparición y frecuencia de las crisis epilépticas. Por otro lado, se hace necesario analizar la experiencia de la enfermedad desde la óptica de quién la padece, así como del círculo social que rodea a esta persona. Variadas investigaciones (Alvarado et al., 1991; Dodrill, 1983-1984; Seva y Abad, 1985) describen cómo la enfermedad se impone como un hecho de importancia vital para quién la sufre, iniciándose con esto una serie de mitos y temores que determinarán en menor o mayor medida, la autoimagen y el trato que reciba el paciente con epilepsia. Además, se han reportado numerosas situaciones en las que estos pacientes son estigmatizados y rechazados a nivel social, tanto en la esfera familiar, escolar, interpersonal y laboral producto de su propia enfermedad.

En la evaluación psicológica y social de la Epilepsia se han utilizado diversos instrumentos psicométricos (MMPI, test de Rorschach, test de Edwards, Inventario de Personalidad de Eysenck, cuestionario de Salud General de Goldberg, etc.), los que a pesar de su sofisticación y sensibilidad en la detección de trastornos psicosociales, presentan el inconveniente de haber sido diseñados para sujetos no epilépticos, lo que conlleva a algunos problemas metodológicos: por una parte, es de esperar que los problemas más específicos ligados a la Epilepsia (estigma social, temor a la crisis,

discriminación laboral, etc.) resultan subestimados y hasta inexplorados. Por otra parte, considerando que algunos tipos de crisis epiléptica – en particular las de semiología compleja – presenten diversos fenómenos psicopatológicos (alucinaciones olfativas, visuales; trastornos en la vivencia del tiempo, etc.), es posible que la prevalencia de psicopatología inespecífica resulte sobrestimada en sujetos epilépticos (Alvarado, Ivanovic-Zuvic, 1993).

Al respecto resulta entonces un problema la adecuación de los instrumentos de evaluación, los que deben considerar las limitaciones en el funcionamiento neuropsicológico concomitante a la epilepsia. El clásico ejemplo es el Inventario Multifásico de personalidad de Minnesota (MMPI), que en la versión utilizada en Chile consta de 560 ítems y resulta por lo extenso, inapropiado para el uso en la epilepsia. Considerando estos antecedentes un instrumento apropiado para la evaluación psicosocial de sujetos epilépticos debe reunir los siguientes atributos: diseño específico para la Epilepsia, consideración de los problemas más sensibles ligados a ella, así como ser de complejidad y duración compatibles con las limitaciones neuropsicológicas de los sujetos (Alvarado, Ivanovic-Zuvic, 1992; 1993).

Considerando estos criterios ha sido diseñado el Inventario de Bear y Fedio para la evaluación de la personalidad ligada a la epilepsia del lóbulo temporal, así como el Inventario Psicosocial de Crisis de Washington, diseñado por Dodrill y colaboradores en la Universidad de Washington. Este último evalúa el funcionamiento psicológico y social, enfatizando especialmente la adaptación emocional, vocacional y ajuste a la enfermedad. Su brevedad y sencilla formulación de sus ítems (123 ítems, 20 minutos) lo hacen especialmente adecuado para el estudio de grandes muestras de población (Alvarado, Ivanovic-Zuvic, 1991).

Desde su introducción ha sido aplicado en Estados Unidos, Canadá, Finlandia, la ex República Democrática Alemana, Polonia, Cuba y Chile y ha demostrado ser un instrumento sensible en la evaluación de los problemas más específicos ligados a la Epilepsia.

Diversos estudios utilizando metodologías comunes, tales como el uso del Inventario Psicosocial de Crisis de Washington (WPSI), han demostrado que no importa el lugar donde el epiléptico vive las dificultades que encuentra son similares. Los problemas de adaptación a las crisis. Son similares en diferentes puntos del mundo, tanto en países

desarrollados como en los subdesarrollados o en los que están en vías de desarrollo en los cuales se marca aún más (Dodrill, 1983; 1984; Alvarado, Ivanovic-Zuvic, 1992).

A pesar de los avances en torno a la etiología y características de la enfermedad, así como de los nuevos fármacos utilizados para su tratamiento, no se ha podido constatar un cambio significativo en lo que respecta a la actitud negativa de la sociedad hacia los pacientes epilépticos. Siguen observándose dinámicas de estigmatización basadas en creencias equivocadas e ignorancia en torno a la enfermedad. Al paciente con epilepsia se le impone un estatus de enfermo crónico quien padece un mal diferente a otras enfermedades, teniendo éste que desenvolverse a partir de ese estatus limitante y frustrante (Devilat M, 1986). Por otro lado, los padres de pacientes con epilepsia, muchas veces participan también de los mitos y prejuicios del resto de la sociedad hacia la epilepsia, ya sea por desconocimiento o por falta de habilidades en torno al tema.

Las crisis epilépticas se experimentan como un evento que no se puede controlar, razón por la cual el paciente epiléptico vive en constante temor a la aparición de una de éstas, viendo limitado el número y tipo de actividades a realizar. Por otra parte, la alteración de conciencia que conllevan las crisis, ya sea de forma parcial o total, generan en el paciente la configuración de una imagen alterada de sí mismo, producto de los relatos que otros hacen de ellas y las fantasías que esto conlleva en el paciente.

Por lo tanto, el paciente epiléptico como ser bio-psico-social, irá construyendo su imagen en torno al trato que reciba de su medio y de las figuras significativas que se encuentren en él, debiendo acostumbrarse a las frustraciones encontradas en su diario vivir. Goodlass H; Morgan M (1963, en Seeger M, 1987) describe cómo “las limitaciones de un paciente epiléptico dependen en gran medida de las que hayas sido impuestas por sus familiares, por la sociedad y por las concesiones funcionales que el mismo paciente efectúa para acomodarse y obtener algo de esta desmembrada situación”.

“El termino “unidad biopsicosocial” intenta describir las interrelaciones entre estos factores que confluyen de manera multicausal en los síndromes clínicos. La separación entre lo social, lo psicológico y lo somático encuentra en la epilepsia un campo de estudio para intentar establecer las semejanzas y diferencias que se encuentran en estos conceptos.”(Ivanovic-Zuvic, 2001 p.17).

A nivel familiar, será de vital importancia su papel en lo que respecta a cómo el sujeto con epilepsia enfrentará el mundo social a posteriori, especialmente el trato que reciba el paciente durante su infancia y adolescencia. Una actitud sobreprotectora ya sea

manifiesta o de manera implícita, tenderá a potenciar en el paciente una actitud invalidante, alterando el normal proceso de desarrollo e individualización de la persona. Por otra parte, es debido señalar que la epilepsia no sólo es un fenómeno que afecta al sujeto que la padece, sino que se constituye como un evento que afecta a la totalidad del sistema familiar, alterando de manera significativa la dinámica y el equilibrio emocional de ésta. (Minuchin S, 1979).

Por lo general, la familia del paciente epiléptico ha sido descrita como un sistema que de una u otra manera, altera el normal desarrollo psicológico de éste. A grandes rasgos, se habla de dos estilos de vinculación observados en los padres de pacientes con epilepsia: padres rechazantes o sobreprotectores. Estos patrones de conducta tienden a presentarse de manera no excluyente, pudiéndose dar alternadamente en una misma persona o de manera variada dependiendo del miembro de la familia (Wolf, en Seeger, 1987).

Se ha visto que la relación que se establece entre la escuela y el paciente con epilepsia va a depender de la gravedad de las crisis, su frecuencia y el impacto que estas generen en terceros. A diferencia de lo que pudiese pensarse, no son los compañeros, sino los profesores quienes transfieren temor al curso, ya sea rechazándolo o sobreprotegiéndolo (Lorente de Haas A, 1962, en Seeger M. 1987). Esto, sumado a variables familiares, determinarán la autoestima y la configuración de la auto-imagen del paciente epiléptico.

Similar a las dificultades encontradas en la escuela, en el área laboral éstas van a depender de las características y frecuencia de las crisis. Se han detectado diferentes situaciones de discriminación en torno a las personas que sufren epilepsia, siendo habituales aquellas en las que no se les da trabajo a personas con epilepsia producto del miedo y recelo que producen esta enfermedad. Por otro lado, numerosas empresas evitan contratar a epilépticos por temor a que durante una crisis se accidenten, a pesar que se ha constatado que las cifras de accidentes no varían de las de grupos control.

Por otro lado, destaca que cuando un epiléptico tiene un empleo normal, presenta un rendimiento normal e incluso en algunos casos por sobre el promedio, especialmente en trabajos que requieren de constancia. Se les suele describir como sujetos responsables, trabajadores y dedicados, teniendo bastante éxito laboral en trabajos administrativos (Goodlass H; Morgan M, 1963, en Seeger M, 1987).

En lo que respecta a la vida afectiva, las cifras señalan que habría una menor proporción de epilépticos casados que la población general, así como también lo harían a edades más avanzadas. Resulta significativa la relación encontrada entre el tipo de epilepsia y la estabilidad del matrimonio.

Prejuicios a nivel social referentes a la sexualidad de los epilépticos, señalan una vida sexual aumentada cercana a la promiscuidad. No obstante, datos sobre el tema muestran lo contrario, posiblemente relacionado con la dificultad de encontrar pareja.

Finalmente, es posible afirmar que “los problemas psicosociales más importantes en el paciente no se deben a la enfermedad misma, sino a la reacción que surge en el medio social y familiar ante ella y a lo que el paciente hace para compensar esta reacción” (Lemp H et al., 1984, en González R; Rivas R, 1995).

II.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General:

1. Describir la adaptación psicosocial de pacientes con epilepsia, hombres y mujeres, entre 18 y 60 años, de estrato socioeconómico bajo, atendidos en los servicios de atención primaria de salud, correspondientes al área norte de la Región Metropolitana.

Objetivo Específico:

1. Describir las variables evaluadas en el WPSI, para la muestra de pacientes con epilepsia, hombres y mujeres, entre 18 y 60 años, de estrato socioeconómico bajo, atendidos en los servicios de atención primaria de salud, correspondientes al área norte de la Región Metropolitana.

1.1 Identificar el nivel de severidad según el puntaje obtenido para la muestra en la escala del W.P.S.I, para la variable Historia familiar.

1.2 Identificar el nivel de severidad según el puntaje obtenido para la muestra en la escala del W.P.S.I, para la variable Adaptación Emocional.

1.3 Identificar el nivel de severidad según el puntaje obtenido para la muestra en la escala del W.P.S.I, para la variable Adaptación Interpersonal.

1.4 Identificar el nivel de severidad según el puntaje obtenido para la muestra en la escala del W.P.S.I, para la variable Adaptación Vocacional.

1.5 Identificar el nivel de severidad según el puntaje obtenido para la muestra en la escala del W.P.S.I, para la variable Situación Económica.

1.6 Identificar el nivel de severidad según el puntaje obtenido para la muestra en la escala del W.P.S.I, para la variable Adaptación a las Crisis.

1.7 Identificar el nivel de severidad según el puntaje obtenido para la muestra en la escala del W.P.S.I, para la variable Medicamentos y Tratamiento Médico.

1.8 Identificar el nivel de severidad según el puntaje obtenido para la muestra en la escala del W.P.S.I, para la variable Funcionamiento Psicosocial Global.

III.- METODO

Definición de variables a medir

Adaptación Psicosocial:

Conceptualmente: Corresponde a la percepción que tiene el paciente epiléptico con respecto a su funcionamiento psicosocial derivado de las limitaciones que presenta la propia enfermedad. Este funcionamiento psicosocial contempla los siguientes indicadores: historia familiar, dificultades emocionales, adaptación interpersonal, grado de satisfacción a nivel académico y/o laboral, repercusiones de la enfermedad en el aspecto económico, percepción del tratamiento y del trato recibido por el médico, así como el ajuste psicosocial a nivel general.

Operacionalmente: es definida según los indicadores presentados a continuación, los cuales corresponden a cada una de las ocho variables que contempla el instrumento de medición.

Historia Familiar:

Conceptualmente: Problemas en el curso del desarrollo que han podido afectar ulteriormente la adaptación psicosocial, tales como: ajuste escolar, interacción de los pares en la infancia y relación con los progenitores.

Operacionalmente: Puntaje obtenido de acuerdo al WPSI

Adaptación Emocional:

Conceptualmente: Presencia de dificultades emocionales inespecíficas como incapacidad de concentración, síntomas depresivos, quejas somáticas y/o baja autoestima.

Operacionalmente: Puntaje obtenido de acuerdo al WPSI

Adaptación Interpersonal:

Conceptualmente: Capacidad del individuo para relacionarse constructivamente con otros, en los diversos niveles de complejidad que exige la conducta social.

Operacionalmente: Puntaje obtenido de acuerdo al WPSI

Adaptación Vocacional:

Conceptualmente: Grado de satisfacción personal alcanzado en el trabajo, estudios y su relación con la Epilepsia, así como la necesidad de orientación en esta área.

Operacionalmente: Puntaje obtenido de acuerdo al WPSI

Situación Económica:

Conceptualmente: Grado en que ha repercutido la Epilepsia en el aspecto económico, así como los sentimientos del sujeto al respecto.

Operacionalmente: Puntaje obtenido de acuerdo al WPSI

Adaptación a las Crisis:

Conceptualmente: Capacidad del sujeto para adecuarse al trastorno convulsivo y sus repercusiones.

Operacionalmente: Puntaje obtenido de acuerdo al WPSI

Medicamentos y Tratamiento Médico:

Conceptualmente: Percepción del sujeto respecto del tratamiento recibido, así como la relación médico-paciente.

Operacionalmente: Puntaje obtenido de acuerdo al WPSI

Funcionamiento Psicosocial Global:

Conceptualmente: Índice de ajuste psicosocial general. Los ítems provienen de las anteriores escalas de Historia familiar, Adaptación emocional, Adaptación interpersonal y Adaptación vocacional, en predominio de Adaptación emocional e interpersonal.

Operacionalmente: Puntaje obtenido de acuerdo al WPSI

Tipo y diseño de estudio:

De acuerdo al grado de profundidad del estudio, es posible clasificarlo según Hernández, R. et al (1998), como un estudio descriptivo. Descriptivo debido a que el objetivo es describir la adaptación psicosocial de pacientes con epilepsia de estrato socioeconómico bajo, atendidos en los servicios de atención primaria de salud, correspondientes al área norte de la Región Metropolitana. Por otro lado, el diseño del estudio ha sido definido de carácter no experimental o ex -post-facto, debido a que la investigación se realiza sobre un fenómeno no sometido a manipulación por parte de los investigadores, es decir, sobre la adaptación psicosocial de los pacientes con epilepsia.

Población y Muestra:

El universo considerado para el presente estudio corresponde a todos aquellos sujetos con diagnóstico de epilepsia provenientes de los servicios de atención primaria de salud, correspondientes al área norte de la Región Metropolitana entre diciembre de 2005 hasta marzo de 2006.

La muestra está constituida por sujetos hombres y mujeres con diagnóstico de epilepsia en cualquiera de sus formas clínicas, cuya edad está entre los 18 y los 60 años.

Dicha muestra fue extraída de atendidos en los servicios de atención primaria de salud, correspondientes al área norte de la Región Metropolitana., seleccionándose un total de 63 pacientes. La elección de esta muestra responde a la necesidad de abarcar a aquellos sujetos que pueden identificar como propios los aspectos que aborda la escala, debido a la etapa vital similar que experimentan jóvenes y adultos. Por lo tanto, debido a las características expuestas sobre el tipo de muestra a utilizar, se la puede definir como Intencionada o no probabilística.

Variables de restricción de la muestra: Se ha establecido excluir a todos aquellos sujetos que presenten un cuadro de Psicosis Epiléptica u otro trastorno psicótico (criterio DSM IV), pacientes con severo o moderado déficit neuropsicológico y/o sensorial, como tampoco severa descompensación actual de la epilepsia. Se descartaron sujetos por sobre 60 años, así como sujetos con cuadros psicóticos y retraso mental moderado a severo debido a que es difícil discriminar si las dificultades de adaptación psicosocial son producto de la epilepsia o bien, corresponden a elementos derivados de estas condiciones particulares.

Se realizó un análisis de las fichas clínicas de cada paciente, con el objeto de discriminar tales variables y ser excluidos de la muestra; además en los casos que no quedaba estipulado claramente en los informes médicos y surgía alguna sospecha tanto de psicosis epiléptica, déficit neurológico severo o moderado y/o sensorial, cuadros psicóticos y retraso mental moderado a severo; durante la aplicación de instrumento, se hizo un exclusión de tales casos.

Variables de estratificación de la muestra:

-Nivel socio económico: corresponde a la posición que presenta el paciente evaluado según el segmento de la estructura social al cual es asignado, de acuerdo a ciertos

indicadores tales como: educación y ocupación del jefe del hogar, así como la propia educación y ocupación actual del sujeto evaluado, condiciones de la vivienda, sanidad de la misma y la tenencia de ciertos bienes que contempla el instrumento de medición escogido para tal efecto. Bajo estos indicadores se clasificarán tres niveles de estratos socioeconómicos: alto, medio y bajo.

Instrumentos de medición:

Los instrumentos utilizados corresponden a las fichas clínicas de los pacientes de servicios de atención primaria de salud, del área norte de la Región Metropolitana, las que se revisaron con el fin de seleccionar a los sujetos para la muestra, la “Escala de Graffar Modificada” que mide el nivel socioeconómico con el fin de clasificar al sujeto en una clase social y el “Inventario Psicosocial Washington de Ataques Epilépticos” (WPSI), un instrumento empíricamente derivado validado y confiable, diseñado para evaluar el funcionamiento Psicológico y social de adultos con epilepsia. (Dodrill et al., 1980)

1.- Fichas clínicas: corresponde a las fichas que contienen información confidencial sobre el paciente. Mediante este sistema se pretende obtener la identificación del paciente, así como una completa visión del diagnóstico, curso y pronóstico de la enfermedad en estudio. Por otro lado, se podrá acceder a datos sobre el tratamiento recibido, enfermedades concomitantes o cualquier otro dato relevante para la investigación.

2.- Escala de Graffar modificada: este instrumento ha sido diseñado para medir el nivel socio económico, permitiendo clasificar al sujeto de acuerdo a tres estratos socio económicos: alto, medio y bajo. Esta escala ha sido utilizada en estudios de salud y sociales (Alvarado et. al., 1991; 1992; 1993; González y Rivas, 1995) teniendo la ventaja de ser adaptada a la población chilena. La escala está construida en base a los siguientes ítems: nivel de escolaridad, actividad y vivienda del jefe de hogar. Este último ítem se subdivide en los siguientes indicadores: calidad del ocupante, tipo y características de la vivienda, abastecimiento de agua, gas y electricidad, disposición de excretas y equipamiento del hogar (ver anexo 2).

3.- WPSI: corresponde a un cuestionario diseñado específicamente para medir la adaptación psicosocial de pacientes adultos con epilepsia, diseñado por el grupo de Dodrill (Dodrill et al., 1980). Contiene 132 preguntas (ítems) a las que el sujeto debe responder “sí” o “no”, las cuales se agrupan en su análisis de acuerdo a ocho escalas de medición que representan a cada una de las variables con que se ha definido a la adaptación psicosocial. Es un instrumento que puede ser aplicado ya sea grupal o individualmente, siendo el único requisito que el sujeto sepa leer. De esta manera se espera reducir el nivel de error de la prueba, ya que por tratarse de preguntas personales, el examinador en caso de leer las preguntas al evaluado, puede fomentar que éste no responda de manera sincera, ya sea por deseabilidad social, vergüenza, etc.

Para el presente estudio, se utilizó la versión española del WPSI, la cual fue normalizada en una población bilingüe de Estados Unidos (Tiberia & Froman, 1986). De acuerdo a los puntajes obtenidos del instrumento, es posible además establecer cuatro categorías de severidad de la adaptación psicosocial: Sin problemas significativos (1), Problemas de significado limitado (2), Problemas definidos con claro impacto en la adaptación psicosocial (3) y Problemas severos, con fuerte impacto en el ajuste psicosocial (4). Cabe señalar que estos niveles de severidad se establecieron de acuerdo a la experiencia clínica del Dr. Carl Dodrill en relación a los problemas cotidianos detectados en los sujetos con epilepsia.

Finalmente, es necesario aclarar que el WPSI contiene una escala de falsedades que evalúa en qué medida el sujeto entrega respuestas “socialmente deseables”, siendo el límite de validez original para la muestra “tres”. Sin embargo, de acuerdo a trabajos realizados en Chile con este instrumento (Alvarado et. al., 1992; González y Rivas, 1995), se estableció que el límite de validez aplicable para nuestro país debiera ser de cuatro respuestas, permitiendo así obtener un mayor número de sujetos para la muestra.

Procedimientos:

1. En una primera instancia se efectuaron los contactos correspondientes con los centros de atención primaria del Servicio de Salud Metropolitano Norte, entregando una copia de la carta de presentación que explica el proyecto y las razones que motivan la investigación, con el fin de obtener la autorización para tomar pacientes pertenecientes a dicha institución.

2. Con el fin de seleccionar a los sujetos de acuerdo a la estratificación de la muestra, se llevó a cabo la revisión de las fichas clínicas previa a la aplicación de los instrumentos de medición. Cabe señalar que en aquellos casos en que fue necesario, se utilizó como filtro de discriminación de los pacientes útiles para el estudio el criterio clínico. De esta manera se descartaron todos aquellos sujetos que presenten alguna condición patológica excluyente.

3. Se realizó la aplicación de los instrumentos con el fin de obtener el número total de pacientes contemplados para el estudio. Una vez completada la muestra según las características requeridas, se procedió a realizar el análisis de los resultados, así como la discusión y conclusiones derivadas de la investigación.

IV.- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Los resultados fueron analizados computacionalmente de acuerdo a un programa para la corrección del WPSI, permitiendo esto una rápida obtención de los puntajes estándar de las ocho variables que contempla dicho instrumento. A la vez se analizó la validez de la prueba a través de la escala de falsedades del WPSI.

Análisis de la validez de la prueba

Considerando que este instrumento proviene de un medio extranjero, un primer análisis se orientó a conocer el modo de responder a la prueba del paciente epiléptico chileno. Se presentan a continuación los puntajes obtenidos en la escala de falsedad.

TABLA 1. FRECUENCIA DE DISTRIBUCION DE LOS PUNTAJES PARA LA ESCALA DE VALIDEZ DEL WPSI (n= 63)

ESC. FALS.	FREC	%	FREC. ACUM.	% ACUM
0	8	12.7%	8	12.7%
1	8	12.7%	16	25.4%
2	9	14.3%	25	39.7%
3	9	14.3%	34	53.9%
4	9	14.3%	43	68.3%
5	8	12.7%	51	80.9%
6	8	12.7%	59	93.7%
7	3	4.8%	62	98.4%
8	1	1.6%	63	100%
9	0	0%	63	100%

10	0	0%	63	100%
----	---	----	----	------

Según la tabla 1, si se utilizara el límite de validez de la muestra original en USA, que corresponde a 3, quedarían un considerable número de probandos excluidos del estudio (46.03%). Esto ratifica la necesidad y sugerencias hechas por los estudios anteriores en Chile (Alvarado, Ivanovic-Zuvcic, 1992), de elevar el límite de validez del WPSI. Se propone en este estudio el límite de 4, que nos permite incluir a un número suficiente de sujetos (68.25%).

Este aumento necesario en la escala de validez se puede ser explicado a partir de la traducción al español del WPSI, la cual presenta algunos localismos difíciles de comprender para la población chilena. Por ejemplo ítems 3, 16, 22 y 102; según nuestra experiencia y antecedentes anteriores (González y Rivas, 1995)

Según el límite de validez (≤ 4), la muestra quedó constituida por 43 sujetos (tabla 2).

TABLA 2. PUNTAJE ESCALA DE VALIDEZ ≤ 4 , (n= 43)

SUJETO	EDAD	SEXO	PUNTAJE ESCALA VALIDEZ
1	40	M	3
2	27	F	0
3	40	M	3
4	23	F	0
5	42	F	1
6	50	F	0
7	50	F	0
8	43	F	0
9	59	F	2
10	60	F	4
11	20	F	1
12	42	M	4
13	35	M	3
14	47	F	4
15	33	M	2

16	45	F	2
17	57	F	4
18	47	M	0
19	39	M	3
20	42	M	1
21	55	F	1
22	38	M	4
23	57	F	4
24	33	F	4
25	47	F	2
26	37	F	3
27	25	F	4
28	40	M	2
29	32	F	3
30	37	F	3
31	26	M	1
32	46	M	0
33	34	F	4
34	34	F	2
35	55	F	1
36	53	F	1
37	43	F	1
38	41	F	2
39	42	F	3
40	18	M	2
41	37	M	0
42	24	F	3
43	58	M	2

Respecto a las 8 escalas de Adaptación Psicosocial propiamente tal, se decidió trabajar con la utilización de los puntos de corte propuestos por los autores de la prueba,

debido a que su determinación obedeció al criterios de corte se ha trabajado en los estudios realizados en otros países y en otros estudios de carácter nacional.

V.-RESULTADOS

Al aplicar el WPSI a los 43 sujetos que cumplían con los requisitos de veracidad en sus respuestas, todos sus promedios se ubicaron en el nivel 3 del cuestionario, que señala la presencia de problemas definidos con claro impacto en la adaptación psicosocial, con dificultades en cada uno de los ítems medidos por el W.P.S.I. De este modo, la muestra de sujetos con epilepsia estudiada representa un grupo con definidos índices de dificultades en la adaptación en todos los parámetros estudiados (Figura 1).

TABLA 3 DESCRIPCION SEGÚN PROMEDIOS (MEDIAS Y DESVIACION ESTANDAR)

ESCALA	MEDIA	DS
1. HISTORIA FAMILIAR	4.8	2.76
2. ADAPTACION EMOCIONAL	19.03	7.25
3. ADAPTACION INTERPERSONAL	10.55	5.09
4. ADAPTACION VOCACIONAL	8.25	2.94
5. SITUACION ECONOMICA	5.67	1.54
6. ADAPTACION A LAS CRISIS	7.65	3.99
7. MEDICAMENTO Y TRATAMIENTO MEDICO	3.6	2.67
8. FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL	31.23	12.15

PERFIL 1

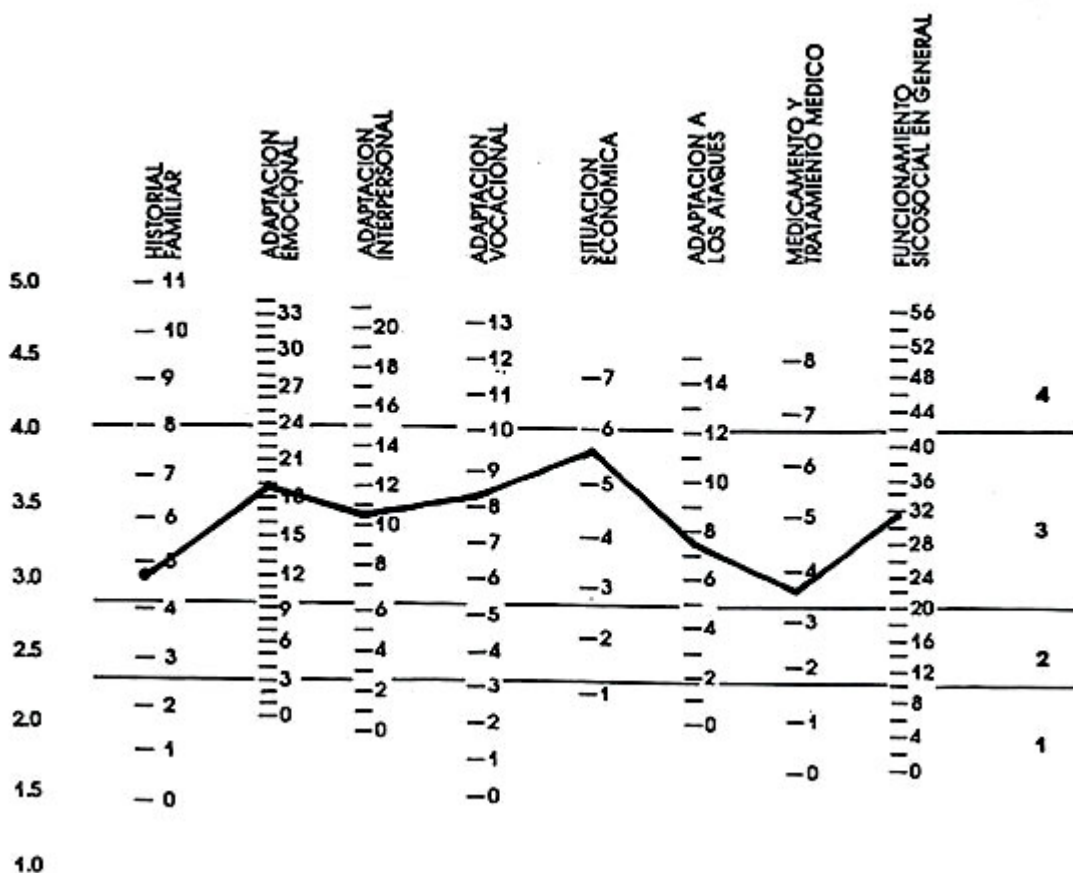


Figura 1. Perfil del W.P.S.I. en sujetos provenientes de consultorios de salud, nivel primario de atención (límite de validez < 4; N= 43).

Los resultados obtenidos en sujetos epilépticos consultantes en el nivel primario de salud señalan que pertenecen a niveles socioeconómicos bajos. Muestran una deficiente adaptación psicosocial en todas las escalas del W.P.S.I., con dificultades en la historia familiar, adaptación emocional, interpersonal, trabajo, dificultades económicas, con las crisis epilépticas, en relación con la atención médica y con el uso de los medicamentos. La escala de Funcionamiento psicosocial en general confirma los resultados obtenidos en las otras escalas.

En comparación con estudios previos, estos pacientes muestran un perfil de adaptación semejante a aquellos que consultan en hospitales como el Instituto Psiquiátrico de Santiago y los consultantes en la Liga Chilena contra la Epilepsia pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos. En una publicación previa se había señalado que los sujetos con epilepsia mostraban índices de adaptación inferior al ser comparados con muestras provenientes de otros países como Alemania, Finlandia, Canadá, y EE.UU. Llamaba la atención que los pertenecientes a niveles medios y altos se asemejaban a lo encontrado en aquellos países, donde los niveles socioeconómicos altos chilenos incluso superaban con una mejor adaptación en algunos parámetros a lo encontrado en países de mayor desarrollo con respecto a Chile. Sin embargo, los niveles bajos chilenos mostraban puntajes deficientes en todo los índices medidos por el W.P.S.I con respecto a los sujetos de aquellos países. Este grupo en particular era portador de una deficiente adaptación y por lo tanto, vulnerable a las dificultades que encuentra el paciente con epilepsia tanto en su autoapreciación como por la consecuencias que esta enfermedad puede provocar en su adaptación social (Alvarado; Ivanovic-Zuvic, 2001).

El hecho de pertenecer al nivel socioeconómico bajo representa una situación de deficiente adaptación social, pues esta muestra presenta índices en el nivel 3 del cuestionario, que señala la presencia de claras dificultades de adaptación.

Resulta interesante que en el grupo de la atención primaria, el ítem Historia Familiar y el ítem Medicamento y Tratamiento médico se encuentren en el nivel 3 del cuestionario, aspectos que poseen un mejor rendimiento en los estudios efectuados previamente, lo que sin embargo, no obtuvo significación estadística, aunque es un hecho a considerar por la deficiente apreciación en este parámetro efectuado por los consultantes en servicios primarios de atención. De este modo, el pertenecer al nivel socioeconómico bajo representa el grupo con mayores dificultades de adaptación según los resultados proporcionados por el W.P.S.I.

VI.- CONCLUSIONES

Las dificultades en la adaptación social de las personas con epilepsia en Chile muestran cifras altas, los sujetos provenientes de estrato socioeconómico bajo poseen una particular dificultad en la adaptación social, por lo que implementar mayores facilidades en la rehabilitación en este grupo se constituye en una necesidad para mejorar estos índices. Países donde existen programas de rehabilitación con mayores recursos muestran índices mejores medidos por el W.P.S.I puesto que, tanto el apoyo médico como social fomenta una mejor adaptación ante las dificultades a que se ven expuestos. La rehabilitación implica no sólo tratar las crisis epilépticas, sino implementar un conjunto de medidas que además del uso correcto de los anticonvulsivantes, permitan mejorar la calidad de vida e incorporar al sujeto con epilepsia a la sociedad en forma efectiva y duradera.

Los factores psicosociales pueden ser el control del foco epiléptico, aspectos tales como: el temor a las crisis, falta de información acerca de la enfermedad, incumplimiento de las medidas terapéuticas, sobreprotección familiar, aspectos emocionales descompensados, problemas económicos, estigmatización social, falta de redes sociales de apoyo y la dificultad en la adaptación al sistema de vida, son puntos relevantes a considerar para un óptimo manejo del tratamiento de la epilepsia.

Se hace necesario instaurar espacios que faciliten una atención integral del paciente con epilepsia bajo el prisma de un modelo multietiológico que abarque los diversos ámbitos relacionados con la enfermedad, esto es lo biológico, psicológico y social.

Se requiere de un apoyo permanente al paciente con epilepsia que aborde más allá del aspecto medicamentoso, esto implica mayor orientación con respecto a su enfermedad y tratamiento, ya que una gran mayoría de los pacientes evaluados, en la entrevista, señalaban escasos conocimientos de su diagnóstico, de la psicopatología que podían estar presentando en conjunto con la epilepsia, y algo más preocupante aún, era el desconocimiento acerca del tratamiento a seguir y las indicaciones respecto al consumo de ciertos medicamentos o alcohol.

El objetivo es implementar programas educativos bajo un enfoque psicoterapéutico dirigidos a facilitar el aprendizaje de los pacientes con epilepsia acerca de cómo valorar objetivamente los eventos vitales, manejo de conductas adecuadas ante el tratamiento y

la promoción de mecanismos que mejoren los aspectos emocionales descompensados, ante el surgimiento de alteraciones psíquicas vinculadas a aspectos psicosociales, favoreciendo la atenuación de la significación displacentera de tensión que generalmente, aparece en los pacientes con epilepsia, vinculada al suceso desestabilizador y a la súbita reaparición de las crisis epilépticas. Es necesario otorgar información al paciente y a su familia de modo oportuno, con un lenguaje sencillo, con pautas de manejo concretas, como por ejemplo, control de las crisis, importancia de una adecuada adherencia al tratamiento, la justificación de algunas restricciones enfocadas a evitar que el paciente agrave su condición.

Actualmente, existen estudios en adultos con epilepsia que miden calidad de vida y adaptación psicosocial, investigaciones sustentadas en instrumentos que reúnen las cualidades de reproductibilidad, fiabilidad, sensibilidad y accesibilidad adecuadas para ser aplicable a nuevas muestras. Hasta la fecha su empleo no está lo bastante extendido, y se requiere su uso en la rutina clínica para permitir conocer su utilidad real en este grupo y contrastar así, el apoyo real brindado a la calidad de vida de pacientes con epilepsia.

Estas mediciones acerca de la adaptación psicosocial sirven para mejorar las terapias, al mismo tiempo enriquecen la relación médico- paciente, ya que, se considera la percepción del mismo paciente acerca de su enfermedad además del criterio médico. Dichas mediciones son de gran utilidad al momento de comparar alternativas terapéuticas, evaluar programas de salud pública y desarrollarlos eficazmente.

Es importante, por ende, necesario ampliar las líneas de investigación acerca de la epilepsia y de los aspectos psicosociales pertinentes, para este modo aportar a la mejora en la normas de políticas públicas respecto del manejo en la epilepsia.

VII.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABAD, F. "El Malestar Del Epiléptico". Comunicación Psiquiátrica, 10: 77-121, 1983.
- ALVARADO, A. e IVANOVIC-ZUVIC, F. Funcionamiento psicosocial en adultos con epilepsia. Revista médica de Chile 119 (12): 1372-80, Diciembre 1991
- ALVARADO, L., IVANOVIC-ZUVIC, F., CANDIA, X., IBARRA, X., MÉNDEZ, M. D., CAMPOS, A., *et al.* Psicopatología y Funcionamiento Psicosocial de Adultos con Epilepsia. Evaluación Preliminar. Acta Psiquiátrica Psicol Am Lat, (38): 69-76, 1992.
- ALVARADO, Luis e IVANOVIC-ZUVIC, Fernando. Problemas Metodológicos en torno al tema Epilepsia y Psicopatología. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, (31): 43-51. 1993.
- ALVARADO, Luis, IVANOVIC-ZUVIC, Fernando, CANDIA, Ximena. Inventario Psicosocial de crisis de Washington en la Evaluación de Sujetos Epilépticos. Análisis de las escalas Clínicas. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, (31): 107-114, 1993.
- ALVARADO, L. e IVANOVIC-ZUVIC, F. Evaluación psicosocial de los epilépticos en Chile. Revista Chilena de neuropsiquiatría. 39(4): 303-315, octubre 2001.
- ÁLVAREZ, M.L.; WURGAFT, F; SALAZAR, M.E. Mediciones del nivel socio-económico bajo urbano en familias con lactantes desnutridos. Archivos Latinoamericanos De Nutrición, 32 (3): 650-655, 1982
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASOCIATION, (1994."Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM IV") Cuarta Edición.
- ARTEAGA-RODRÍGUEZ, C., HERNÁNDEZ-FUSTES, O.J., MORERA-MÉNDEZ, F., RAMÍREZ-CHÁVEZ, J., RODRÍGUEZ-RIVERA, L.,, Factores etiológicos de las epilepsias [en línea] Revista de neurología 27(157): 427-430, 01/09/1998 < <http://www.neurologia.com/sec/ind.php?Vol=27&Num=157&i=e> > [consulta: 10 enero 2006]

- ARTIGAS-PALLARÉS, J. Implicaciones psicológicas y sociales de las epilepsias del adolescente [en línea] Revista de neurología 28(1): 43-49, 01/01/1999 <<http://www.revneurol.com/sec/ind.php?Vol=28&Num=01&i=e>> [consulta: 12 febrero 2006]
- BARRY, M. Bienestar y satisfacción en la vida como componentes de calidad de vida en los trastornos mentales. En: KATSCHNIG H, FREEMAN H, SARTORIUS N (Eds.). Calidad de vida en los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 2000.
- CAMPOS SOLER, S. y CASTELLO CAMPOS, J. Neuropsicología y epilepsia [en línea] Revista de neurología 39 (2):166,2004 <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=995259>> [consulta: 15 marzo 2006]
- CIMAS-HERNANDO, I., LORENZO-GONZÁLEZ, J.R., PATO-PATO, A., VADILLO-OLMO, F.J. Impacto económico de la epilepsia [en línea] Revista de neurología 39 (5): 450-453, 2004 <http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo_busqueda=EJEMPLAR&revista_busqueda=2362&clave_busqueda=98319> [consulta: 10 julio 2006]
- CHAN, J.K.P. y LEE, T.M.C. Factores que afectan el estado cognitivo de personas que sufren epilepsia [en línea] Revista de neurología 34(9): 861-865, 01/05/2002 <<http://www.revneurol.com/sec/ind.php?Vol=34&Num=09&i=e>> [consulta: 12 marzo 2006]
- CHIOFALO, N.; PIZZI, A. Cols. "Prevalencia De Epilepsia"; Sociedad Chilena De Neurología, Psiquiatría Y Neurocirugía, 1986.
- DODRILL, C. A Neuropsychological Battery for Epilepsy. Epilepsia 1978; 19: 611-623.
- DODRILL, C, BATZEL L, QUISSER H, TEMKIN N. An Objective Method for the Assessment of Psychological and Social Problems Among Epileptics. Epilepsia 1980; 21: 123-135.
- DODRILL, C, BEIER R, TACKE I, TACKE U, TAN S. International Comparison of Psychosocial Problems in Adults with Epilepsy. Advances in Epileptology. En: PARSONAGE M. (Ed.) XIVth Epilepsy International Symposium. New York: Raven Press, 1983.

- DODRILL, C, BEIER R, TACKE I, TACKE U, TAN S. Psychosocial Problems in Adults with Epilepsy. Comparison of Findings from Four Countries. *Epilepsia* 1984; 25: 176-183.
- DODRILL, C, BREYER D, DIAMOND M, DUBINSKY B, GEARY B. Psychosocial Problems Among Adults with Epilepsy. *Epilepsia* 1984; 25: 168-175.
- DODRILL, C. Correlates of Generalized Tonic-Clonic Seizures with Intellectual, Neuropsychological, Emotional, and Social Function in Patients with Epilepsy. *Epilepsia* 1986; 27: 399-411.
- DE FELIPE-OROQUIETA, J. Aspectos psicológicos en la epilepsia [en línea] *Revista de neurología* 34(9): 856-860, 01/05/2002 < <http://http://www.revneurologia.com/sec/ind.php?Vol=34&Num=09&i=e>> [consulta: 17 marzo enero 2006]
- ETCHEPAREBORDA, M.C. Epilepsia y aprendizaje: enfoque neuropsicológico [en línea] *Revista de neurología* 28(s2): 142-0, 16/06/1999 <<http://www.revneurologia.com/sec/ind.php?Vol=28&Num=S2&i=e>> [consulta: 12 marzo 2006]
- FERNÁNDEZ-MIRANDA, M.C. y VILLANUEVA-GÓMEZ, F. Sociedad, ley y epilepsia [en línea] *Revista de neurología* 35(s1): 150-0, 09/09/2002 <<http://www.revneurologia.com/sec/ind.php?Vol=35&Num=s1&i=e>> [consulta: 22 agosto 2006]
- GONZÁLEZ-CASANOVA, S., PÉREZ PÉREZ, J., SOSA, A.M. Conocimientos, control clínico y actitudes de los médicos de Atención Primaria frente a los pacientes epilépticos: Resultados previos [en línea] *Revista de neurología* 40 (7): 385-393, 2005 <http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo_busqueda=EJEMPLAR&revista_busqueda=2362&clave_busqueda=108958> [consulta: 12 agosto 2006]
- GONZÁLEZ Z, Ricardo y RIVAS A, Rodrigo. Adaptación psicosocial en pacientes de clase social alta, media y baja. Tesis (Psicólogo). Santiago, Chile. Universidad de Chile, Departamento de Psicología, 1995. 94 h.
- GONZÁLEZ-GOIZUETA, E., MARTÍNEZ-PÉREZ, B., MAURI-LLERDA, J.A. Crisis psicógenas no epilépticas [en línea] *Revista de neurología* 35(10): 954-959,

16/11/2002 <<http://www.revneurolog.com/sec/ind.php?Vol=35&Num=10&i=e> >
[consulta: 16 marzo 2006]

- GOMBEROFF, L. y OLIVOS, P. Manual de Psiquiatría. Santiago, Chile, Editorial Mediterráneo, 1986. 324p.
- GRAU ABALO, Jorge A. Calidad De vida y salud: problemas actuales en su investigación [en línea] II Jornada de Actualización en psicología de la salud Asociación Colombiana de psicología de la salud –asocopsis- seccional Valle del Cauca agosto de 1998 < <http://www.geocities.com/alapsacol/art02.html>> [consulta: 06 julio 2006]
- DA SILVA, L., HERNÁNDEZ-COSSIO, O. HERNÁNDEZ-FUSTES, O., KAWASAKI, M., PUPPI MUNHOZ, R., RODRÍGUEZ, C., STOKES, A. Epilepsia y trabajo. [en línea] I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000
<http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa29/conferencias/29_ci_f.htm>
[consulta: 07 julio 2006]
- IVANOVIC-ZUVIC, F. y SEEGER, L. Estigmatización del Paciente Epiléptico. En: DEVILAT M. (Ed.) Taller de Epilepsia 86. Santiago de Chile: Soc. de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía 1986: 61-63.
- IVANOVIC-ZUVIC, Fernando. Aspectos Psicosociales en la Epilepsia. En: JARA C, LOLAS F. (Eds.) La Psiquiatría en el Hospital General. Santiago de Chile: Soc. de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía 1991: 36-40.
- IVANOVIC-ZUVIC, F. Cuadro orgánicos cerebrales. Psicopatología de la epilepsia. En: HERLEEIN, A. Psiquiatría Clínica. Chile. Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, 2000. 819 pp.
- IVANOVIC-ZUVIC, Fernando. Epilepsia: psicopatología y tratamiento. Santiago, Chile, Ediciones Universidad Católica de Chile, 2001. 298p.
- IVANOVIC-ZUVIC, Fernando. Calidad de vida en la epilepsia. Revista Chilena de Epilepsia; (1):29-35, Junio 2003
- LEMP G., GALLO P., GÓMEZ V., DEVILAT M. Comparación psicosocial de niños con epilepsia controlada y epilepsia resistente. Revista Chilena de Epilepsia. (2):4-7, Junio 2001

- MARTÍNEZ-BERMEJO, A. Principios básicos para estudios epidemiológicos en epilepsia [en línea] Revista de neurología 34(5): 519-526, 16/03/2002 <<http://www.revneurol.com/sec/ind.php?Vol=34&Num=06&i=e>> [consulta: 12 enero 2006]
- MORENO-GÓMEZ, I. Reflexiones sobre la clasificación de las crisis epilépticas [en línea] Revista de neurología 34(6): 532-536, 16/03/2002 <<http://www.revneurol.com/sec/ind.php?Vol=34&Num=06&i=e>> [consulta: 10 enero 2006]
- MINISTERIO DE SALUD. DIVISIÓN DE RECTORÍA Y REGULACIÓN SANITARIA. Normas Técnicas de Epilepsia 2002. [en línea] <http://www.minsal.cl/ici/S_1/U_14/NORMASTECHNICAS%20EPILEPSIA.pdf> [consulta: 01 Diciembre 2005]
- PODGAITZ, LÍA y WOLFENSON, MARIO Personalidad y epilepsia. La predisposición a los ataques convulsivos [en línea] Alcmeon 18 (3): 173-181, 1996 <http://www.alcmeon.com.ar/5/18/a18_07.htm> [consulta: 15 febrero 2006]
- POZO LAUZAN, D. y POZO ALONSO, A. Nuevo enfoque conceptual de la epilepsia. [en línea] Revista Cubana de Pediatría 73(4): 224-229, oct.-dic. 2001 <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312001000400005&lng=es&nrm=iso>. [consulta: 13 enero 2006]
- RIVERA, E., SILVA, M., TRONCOSO, S. Factores pronósticos de la calidad de vida en pacientes con epilepsia. Revista Chilena de Epilepsia; (1): 5-11, Junio 2005
- RODRÍGUEZ-RIVERA, L. Acerca del concepto de epilepsia [en línea] Revista de neurología 28 (1): 1159-1161, 16/06/1999 < <http://http://www.neurologia.com/sec/ind.php?Vol=28&Num=12&i=e> > [consulta: 10 enero 2006]
- TIBERIA V., FROMAN T. The Development and Standarization of a Spanish Version of the Washington Psychosocial Seizure Inventory. Epilepsia 1986; 27: 51-54.

VIII.-APENDICES

A.- ANEXO 1: TABLA PUNTAJES INDIVIDUALES

B.- ANEXO 2: GRAFFAR

C.- ANEXO 3: DATOS PACIENTES MUESTRA FINAL

D. ANEXO 4: W.P.S.I

A.- ANEXO 1: TABLA PUNTAJES INDIVIDUALES

SUJ	EDAD	SEXO	HF	AE	AI	AV	SE	AC	MT	FG	IB	L	RI
1	40	M	2	12	7	7	7	2	2	20	0	3	2
2	27	F	6	23	10	9	6	9	4	36	0	0	2
3	40	M	0	9	12	6	4	6	0	20	0	3	3
4	23	F	6	27	17	12	7	14	6	46	0	0	4
5	42	F	7	12	4	8	7	5	1	22	0	1	2
6	50	F	11	31	20	11	7	11	8	53	0	0	9
7	50	F	8	25	16	12	7	5	6	41	0	0	5
8	43	F	4	19	10	6	2	6	5	26	0	0	2
9	59	F	1	21	14	12	7	15	3	40	0	2	1
10	60	F	5	12	5	6	6	3	4	17	0	4	3
11	20	F	4	26	10	10	7	10	6	35	1	1	2
12	42	M	7	11	10	11	4	10	3	31	0	4	6
13	35	M	5	20	13	10	6	7	1	37	3	3	2

14	47	F	1	9	7	5	3	2	0	14	4	4	2
15	33	M	3	18	11	10	6	7	7	35	0	2	5
16	45	F	6	21	16	8	5	9	2	33	3	2	3
17	57	F	2	12	4	7	7	7	0	16	3	4	2
18	47	M	10	30	10	11	6	11	6	42	1	0	6
19	39	M	4	13	5	7	5	6	3	21	0	3	2
20	42	M	7	17	11	10	5	8	3	32	2	1	3
21	55	F	6	14	11	8	6	9	6	26	8	1	4
22	38	M	4	22	11	7	3	9	2	34	2	4	5
23	57	F	4	10	5	8	6	6	0	18	4	4	2
24	33	F	4	16	9	10	7	7	3	31	1	4	3
25	47	F	2	29	19	12	7	15	7	49	0	2	9
26	37	F	8	8	1	5	5	4	0	12	1	3	1
27	25	F	1	5	3	3	5	6	0	8	0	4	1
28	40	M	8	23	13	12	6	9	4	39	5	2	7
29	32	F	8	14	12	9	5	1	9	29	1	3	2
30	37	F	8	25	8	10	7	14	8	45	0	3	6
31	26	M	8	27	16	8	7	7	1	42	0	1	4
32	46	M	1	29	19	11	7	12	2	49	0	0	1
33	34	F	2	18	9	6	3	4	6	27	0	4	5
34	34	F	7	26	14	8	7	14	8	43	0	2	8

35	55	F	2	16	3	4	4	2	1	19	0	1	1
36	53	F	8	31	18	12	7	12	7	50	0	1	7
37	43	F	6	26	12	11	6	12	2	43	0	1	2
38	41	F	6	18	8	8	7	5	3	27	0	2	2
39	42	F	3	20	5	5	7	3	6	24	0	3	5
40	18	M	6	21	5	5	6	3	4	28	0	2	5
41	37	M	1	17	12	2	6	5	2	25	0	0	1
42	24	F	2	7	3	1	1	3	0	8	0	3	1
43	58	M	4	28	16	12	5	14	4	50	1	2	2

B.- ANEXO 2: GRAFFAR:**ENCUESTA SOCIOECONÓMICA SOCIOCULTURAL****PROYECTO FONDECYT 1961032**

Nombre: Rut:	Consultorio:	Fecha:
Domicilio:	Comuna:	Previsión:
1.Nivel de escolaridad madre:	2. Nivel escolaridad padre:	3.Ocupación padre:
4.Ocupación madre:	5.Jefe Hogar:	6.Nivel escolaridad Jefe Hogar:
7. Ocupación Jefe Hogar:	8. Ingresos Jefe Hogar:	9. Ingresos Grupo Familiar:
10.Previsión Jefe Hogar: 1.No tiene 2.Servicio Seguro Social 3.AFP y otras cajas de previsión 4. Fuerzas Armadas y de orden	11. ¿Con quien o quienes vive?: 1. Papá 2. Mamá 3. hermanos 4. Tíos 5. Abuelos 6. Padrastro o madrastra 7. Otras personas	12. Número de hermanos 13. Lugar entre los hermanos:
14. Calidad de la vivienda: 1. Casa o Depto de lujo. 2. Casa o Depto buena calidad 3. Población construída por empresas 4. Autoconstrucción modesta 5. Mejora (3 o mas piezas) 6. Mejora (Menos de 3 piezas)	15. Tenencia de vivienda: 1. Propietario 2. Arrendatario 3. Usufructuario 4. Toma de sitio 5. Allegado	16. Eliminación de Excretas: 1. Alcantarillado 2. Pozo Negro 3. Campo abierto
17. Abastecimiento de agua: 1. Red Pública 2. Acarreo de llave en el sitio 3. Acarreo de pilón (llave en	18. Las basuras: 1. La echan en cualquier lugar 2. La queman o entierran	19. Piso de la Vivienda: 1. Tierra 2. Ladrillo 3. Tabla u otro material

sitio ajeno)	3. Recolectan 1 a 2 veces/semana 4. Recolectan 3 y más veces/semana	liso
20. Luz Eléctrica: 1. SI 2. NO	21. Gas: 1. SI 2. NO	22. Cocina Independiente: SI NO
23. Número de personas que viven en el hogar:	24. Número de dormitorios:	25. Número de camas: 26. Promiscuidad:
27. Bienes del hogar: 1. TV blanco y negro 2. TV color 3. Equipo de video 4. Filmadora de video 5. Equipo modular 6. Lavadora 7. Refrigerador 8. Automóvil	9. Computador 10. Conexión a internet 11. Teléfono 12. Teléfono celular 13. TV cable 14. Horno microonda 15. Calefacción 16. Estufa 17. Bicicleta	18. Aspiradora 19. Máquina de coser 20. Ganado mayor 21. Ganado menor 22. Otros:

C.- ANEXO 3: DATOS PACIENTES MUESTRA FINAL

		MUJERES	HOMBRES
N TOTAL		28	15
PROMEDIO EDAD		41.86 AÑOS	38.73 AÑOS
ESTADO CIVIL	SOLTERO	13	11
	CASADO/CONVIVIENTE	14	3
	NO REPORTA	1	1
NIVEL EDUCACIONAL	COMPLETA	5	2
	INCOMPLETA	23	13
SITUACION LABORAL	CON EMPLEO	10	7
	DESEMPLEADO	18	8
NIVEL SOCIOECONOMICO (GRAFFAR)		BAJO	BAJO

D.- ANEXO 4: INVENTARIO PSICOSOCIAL WASHINGTON DE ATAQUES EPILEPTICOS (WPSI:)

A continuación encontrará algunas preguntas relacionadas con áreas de importancia para las personas que padecen de ataques epilépticos. 41
 Contestar cada pregunta, decida cuál de las respuestas (**SI** o **NO**) describe mejor **sus sentimientos y acciones de costumbre**. Si la respuesta es SÍ, márkela oscureciendo el espacio que corresponde a la SI (■ NO). Si la respuesta es NO, márkela oscureciendo el espacio que corresponde a la NO (SI ■). **No circule** las respuestas. Trabaje rápidamente de una pregunta a otra. . Conteste todas las preguntas.

- | | | | | | |
|--|-----------|-----------|---|-----------|-----------|
| 1. ¿Se siente regularmente cansado? | SI | NO | 31. ¿Tiene resentimientos por tener ataques epilépticos? | SI | NO |
| 2. ¿En general, se sentía feliz cuando era niño? | SI | NO | 32. ¿La medicina que toma le afecta la piel? | SI | NO |
| 3. ¿Necesita usted los servicios de un consejero vocacional para decidir su tipo de trabajo? | SI | NO | 33. ¿Se siente útil la mayor parte del tiempo? | SI | NO |
| 4. ¿Teme desagradar o ser rechazado por los demás después de haber tenido un ataque? | SI | NO | 34. ¿Ha perdido algún empleo a causa de los ataques? | SI | NO |
| 5. ¿Le gusta a usted el área en que vive? | SI | NO | 35. ¿Ha llegado tarde a una cita alguna vez? | SI | NO |
| 6. ¿Se le dificulta siempre tomar su medicina cuando debe? | SI | NO | 36. ¿Evita las situaciones sociales por timidez? | SI | NO |
| 7. ¿Disfruta las reuniones sociales? | SI | NO | 37. ¿Necesita usted atención siquiátrica inmediata? | SI | NO |
| 8. ¿Siente que está enloqueciendo? | SI | NO | 38. ¿Tiene suficiente dinero para hacer las cosas que quiere hacer? | SI | NO |
| 9. ¿Se siente sin problemas? | SI | NO | 39. ¿Tendría usted otro tipo de trabajo si no fuera por los ataques? | SI | NO |
| 10. ¿Tiene usted problemas sexuales? | SI | NO | 40. ¿Se siente completamente en control de sus facultades mentales? | SI | NO |
| 11. ¿En general, puede usted pensar con claridad? | SI | NO | 41. ¿Se siente satisfecho con sus relaciones sociales? | SI | NO |
| 12. ¿Ha huido de su casa alguna vez? | SI | NO | 42. ¿Se siente, por lo general, descansado al despertar? | SI | NO |
| 13. ¿Le impiden los ataques epilépticos conducir un auto? | SI | NO | 43. ¿Piensa usted que su doctor se ocupa verdaderamente de usted como persona? | SI | NO |
| 14. ¿Se siente usted parte del grupo en que se encuentra? | SI | NO | 44. ¿Opina usted que la mayoría de las personas son falsas o poco sinceras? | SI | NO |
| 15. ¿Tiene, a menudo, dificultad para dormir? | SI | NO | 45. ¿Se siente satisfecho con su estilo de vida en el presente? | SI | NO |
| 16. ¿Es prometedor su futuro vocacional? | SI | NO | 46. ¿Tiene suficiente contacto con otras personas a diario? | SI | NO |
| 17. ¿Está usted siempre contento? | SI | NO | 47. ¿Le costaba trabajo hacer amigos cuando era niño? | SI | NO |
| 18. ¿Considera usted que su doctor entiende completamente todos sus problemas médicos? | SI | NO | 48. ¿Se siente, por lo general, libre de tensiones y preocupaciones? | SI | NO |
| 19. ¿Tiene problemas al concentrarse? | SI | NO | 49. ¿Tiene a alguien en quien confiar? | SI | NO |
| 20. ¿Se le hace difícil tomar decisiones? | SI | NO | 50. ¿Ha sentido, alguna vez, lástima por si mismo? | SI | NO |
| 21. ¿Se ha tratado alguna vez con un sicólogo o un siquiatra? | SI | NO | 51. ¿Le impide la epilepsia experimentar satisfacción en su trabajo o empleo? | SI | NO |
| 22. ¿En general, se siente sin depresión mental? | SI | NO | 52. ¿Está usted perdiendo la habilidad para pensar claramente? | SI | NO |
| 23. ¿Se ha sentido tenso o ansioso alguna vez? | SI | NO | 53. ¿Se siente completamente satisfecho con su médico? | SI | NO |
| 24. ¿Está libre de problemas familiares? | SI | NO | 54. ¿Era usted bien aceptado por sus maestros en la escuela? | SI | NO |
| 25. ¿Tiene usted más días buenos que días malos? | SI | NO | 55. ¿Tiene, a menudo, sentimientos de culpabilidad por lo que piensa? | SI | NO |
| 26. ¿Se mudaría si tuviera la oportunidad? | SI | NO | 56. ¿Se siente libre de vergüenza por sus ataques? | SI | NO |
| 27. ¿Se siente inseguro de su futuro? | SI | NO | 57. ¿Por lo general, otras personas le ponen atención cuando usted habla? | SI | NO |
| 28. ¿Le dedica su médico el tiempo que usted desea? | SI | NO | 58. ¿Es usted totalmente capaz de enfrentarse a cualquier situación? | SI | NO |
| 29. ¿Prefiere ganar a perder cuando juega? | SI | NO | 59. ¿Ha participado usted en prácticas sexuales que le causen preocupación o inquietud? | SI | NO |
| 30. ¿Puede usted aceptar las limitaciones que conllevan sus ataques? | SI | NO | 60. ¿Está su vida llena de actividades interesantes? | SI | NO |

61. ¿Se siente usted feliz usualmente?	SI	NO	97. ¿Se siente atrapado en su modo de vida actual?	SI	NO
62. ¿Se le olvida tomar su medicina con frecuencia?	SI	NO	98. ¿Se siente ansioso o molesto en situaciones sociales?	SI	NO
63. ¿Se siente inquieto a menudo?	SI	NO	99. ¿Se ha enojado alguna vez con alguien?	SI	NO
64. ¿Le agrada a usted su médico?	SI	NO	100. ¿Se siente extraño o distinto a las demás personas debido a los ataques?	SI	NO
65. ¿Se siente decepcionado a menudo?	SI	NO	101. ¿Recuerda haber tenido la enfermedad de Quidodzel?	SI	NO
66. ¿Se hieren sus sentimientos con mucha facilidad?	SI	NO	102. ¿Le gustaría tener más acceso al transporte público?	SI	NO
67. ¿Han arruinado su vida los ataques epilépticos?	SI	NO	103. ¿Tiene dificultad en aceptar sus ataques de epilepsia?	SI	NO
68. ¿Ha sentido alguna vez deseos de decir malas palabras?	SI	NO	104. ¿Podría usted pensar con más claridad si no tuviera que tomar sus medicinas para controlar los ataques?	SI	NO
69. ¿Tiene usted suficientes amigos?	SI	NO	105. ¿Tiene dificultad para dormir constantemente?	SI	NO
70. ¿Lo han operado alguna vez como tratamiento para la epilepsia?	SI	NO	106. ¿Puede usted costear su modo de vida actual?	SI	NO
71. ¿Los ataques le impiden conseguir un buen empleo?	SI	NO	107. ¿A menudo, cuando era niño, lo castigaban sin razón?	SI	NO
72. ¿Opina usted que sus ataques están siendo controlados lo mejor posible?	SI	NO	108. ¿Teme que la gente sepa que usted padece de ataques epilépticos?	SI	NO
73. ¿Le es difícil hacer amistades nuevas?	SI	NO	109. ¿Tiene, a menudo, deseos de hacerles daño a los demás?	SI	NO
74. ¿Se siente económicamente seguro?	SI	NO	110. ¿Tiene oportunidades para mejorarse en su oficio o profesión?	SI	NO
75. ¿Sus medicinas le impiden funcionar bien?	SI	NO	111. ¿Vive en constante temor de sufrir un ataque?	SI	NO
76. ¿Ha sentido usted desagrado hacia alguna persona?	SI	NO	112. ¿Se encuentra a menudo en conflicto con los demás?	SI	NO
77. ¿Siente, a menudo, deseos de morir?	SI	NO	113. ¿Cuándo era niño se veía envuelto frecuentemente en peleas?	SI	NO
78. ¿Tiene usted un amigo o amiga de confianza?	SI	NO	114. ¿Se siente, por lo general, en paz consigo mismo?	SI	NO
79. ¿Se siente cómodo al estar solo sabiendo que puede tener un ataque?	SI	NO	115. ¿Hace uso del alcohol o de las drogas de manera excesiva?	SI	NO
80. ¿Se irrita usted con facilidad?	SI	NO	116. ¿Teme tener un ataque en circunstancias penosas?	SI	NO
81. ¿Siente, a menudo, que tiene mucho trabajo?	SI	NO	117. ¿Resiente tener que tomar medicinas para controlar sus ataques?	SI	NO
82. ¿Está usted descontento con su modo de vida actual?	SI	NO	118. ¿Se siente sin preocupaciones por su salud?	SI	NO
83. ¿Tiene usted suficiente dinero?	SI	NO	119. ¿Tiene suficiente dinero para pagar sus cuentas?	SI	NO
84. ¿Dice usted siempre la verdad?	SI	NO	120. ¿Piensa que sus padres realmente se ocupaban de usted?	SI	NO
85. ¿Sus padres peleaban con frecuencia cuando usted era niño?	SI	NO	121. ¿Se ha sentido siempre completamente cómodo en todas las situaciones sociales?	SI	NO
86. ¿Está usted desempleado a causa de sus ataques epilépticos?	SI	NO	122. ¿Se siente cómodo alrededor de personas del sexo opuesto?	SI	NO
87. ¿Tiene suficiente confianza en si mismo?	SI	NO	123. ¿Le disgustan otras personas que sufren de ataques epilépticos?	SI	NO
88. ¿Teme a veces estar tomando su(s) medicina(s) incorrectamente?	SI	NO	124. ¿Se siente satisfecho con su empleo?	SI	NO
89. ¿Piensa con frecuencia en el suicidio?	SI	NO	125. ¿Se han burlado de usted alguna vez a causa de sus ataques?	SI	NO
90. ¿Se siente libre de dolores?	SI	NO	126. ¿Le presta siempre atención su médico cuando usted le habla?	SI	NO
91. ¿Tiene problemas de transporte?	SI	NO	127. ¿Se siente sin preocupaciones en el área vocacional?	SI	NO
92. ¿Teme tener un accidente?	SI	NO	128. ¿Oye voces cuando no hay nadie a su alrededor?	SI	NO
93. ¿Piensa, a menudo, que la gente trata de engañarlo?	SI	NO	129. ¿Se siente bien cuando sale sabiendo que puede tener un ataque?	SI	NO
94. ¿Se siente tenso y ansioso con frecuencia?	SI	NO	130. ¿Tiene dificultad para expresar su opinión a los demás?	SI	NO
95. ¿Se siente cómodo al decirle a otros que usted padece de ataques de epilepsia?	SI	NO	131. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades básicas?	SI	NO
96. ¿Se lleva bien con su mamá?	SI	NO	132. ¿Se sentía seguro en el hogar donde se crió?	SI	NO