

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

**EVALUACIÓN PSICOSOCIAL DE PACIENTES
EPILÉPTICOS QUE ACUDEN A CONSULTA
EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO
AYORA DE LOJA.**

**TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICO
GENERAL**

Autora: Paulina Elizabeth Becerra Romero

Director: Dr. Marlon Rodrigo Reyes Luna, Esp.

Loja- Ecuador
2016



CERTIFICACIÓN

Loja, 04 de Octubre del 2016

Dr. Marlon Rodrigo Reyes Luna

DIRECTOR DE TESIS.

CERTIFICA:

Que el presente trabajo investigativo, previo a optar el grado de Médico, titulado, “EVALUACIÓN PSICOSOCIAL DE PACIENTES EPILÉPTICOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA”, presentado por la estudiante, Paulina Elizabeth Becerra Romero; ha sido dirigido, asesorado, realizado bajo dirección y revisado detenida y minuciosamente durante todo su desarrollo. Por lo tanto autorizo proseguir los trámites legales pertinentes para su presentación y defensa ante el respectivo Tribunal de Grado.

Dr. Marlon Reyes Luna, Esp.

DIRECTOR

Dr. Marlon Reyes Luna
NEUROCIRUJANO
IN. CI.: CML : 940
IN. NT.: 110338904-3
11-09-00511-12

AUTORÍA

Yo Paulina Elizabeth Becerra Romero, egresada de la carrera de Medicina Humana, perteneciente al Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, declaro bajo juramento que el presente trabajo de grado “Evaluación psicosocial de pacientes epilépticos que acuden a consulta externa del Hospital General Isidro Ayora de Loja” es de autoría propia y no ha sido previamente presentada para ningún grado y calificación profesional, además he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento, como tal será protegido por las leyes establecidas por el Estado Ecuatoriano tal como se establece en los artículos de ley de propiedad intelectual.

Por lo tanto la falta de permisos correspondientes o su mal uso serán penalizados por la ley, así mismo se asume todas las consideraciones y responsabilidades que correspondan al mismo.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional- Biblioteca Virtual.

Autora: Paulina Elizabeth Becerra Romero

Cédula: 1105015455

Fecha 04 de octubre del 2016.


Firma 

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Paulina Elizabeth Becerra Romero, declaro ser autora de la tesis titulada: **“EVALUACION PSICOSOCIAL DE PACIENTES EPILEPTICOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA”**, como requisito para optar el grado de Médico General, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con los cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis por un tercero. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, 04 de octubre del 2016, firma la autora.

Autora: Paulina Elizabeth Becerra Romero

Firma:

Cédula: 1105015455

Correo electrónico: paulinita_tkf@hotmail.com

Dirección: Sabanilla- Célica

Datos complementarios:

Director de Tesis: Dr. Marlon Rodrigo Reyes Luna, Esp.

Tribunal del grado:

Presidente: Dr. German Alejandro Velez Reyes, Mgsc.

Vocales: Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Esp.

Dr. Héctor Podalirio Velepucha Velepucha, Mgsc.

Dr. Héctor Podalirio Velepucha Velepucha. Mgsc.

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación le dedico a Dios, a mis padres, a mi hermana, sobrinos, a mis familiares, que estuvieron brindándome apoyo, fortaleza, para así poder llegar a cumplir mi objetivo, a los docentes, mis amigos que de alguna manera han aportado un granito de arena para cada día luchar durante este largo camino.

Paulina E. Becerra

AGRADECIMIENTO

Primero quiero agradecer a Dios por guiarme e iluminarme en mis estudios y poder cumplir una meta más en mi vida, a mis padres que son el pilar fundamental de mi vida, que de una u otra manera me han sabido guiar de la mejor manera, enseñándome a vencer cada uno de los obstáculos que se me han presentado y a conseguirlo siempre con la perseverancia, a mi hermana, familiares; quienes siempre estuvieron ahí cuando más lo necesite brindándome su apoyo incondicional. A las autoridades del Hospital General Isidro Ayora y pacientes que acuden a consulta externa de neurología. A mi director de tesis el Dr. Marlon Reyes Luna quien dedicó parte de su tiempo para guiarme en el desarrollo del presente trabajo de investigación, al Área de la Salud Humana especialmente a la facultad de medicina a cada uno de sus docentes por sus enseñanzas aprendidas durante todo este tiempo, sobre todo ese lado humano tan importante en esta sociedad.

Paulina E. Becerra R.

INDICE DE CONTENIDOS

CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
a. TITULO.....	
b. RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
c. INTRODUCCIÓN.....	4
d. REVISIÓN DE LITERATURA.....	7
1. EPILEPSIA.....	7
1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	7
1.2. DEFINICIÓN DE EPILEPSIA.....	8
2. ETIOPATOGENIA.....	8
3. SEMIOLOGIA DE LAS CRISIS EPILÉPTICAS.....	10

3.1. CLASIFICACIÓN DE LA EPILEPSIA.....	12
4. EPILEPSIA Y PERSONALIDAD.....	13
5. ANTECEDENTES PSICOSOCIALES DE LA EPILEPSIA.....	16
5.1 ASPECTOS PSICOLÓGICOS.....	16
5.2. ASPECTOS PSICOSOCIALES.....	17
e. MATERIALES Y MÉTODOS.....	21
f. RESULTDOS.....	25
g. DISCUSIÓN.....	36
h. CONCLUSIONES.....	38
i. RECOMENDACIONES.....	39
j. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
k. ANEXOS.....	42

a) TÍTULO:

“EVALUACION PSICOSOCIAL DE PACIENTES EPILEPTICOS QUE ACUDEN A
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA.”

b) RESUMEN

La epilepsia es una enfermedad de causa orgánica que en la actualidad se ha incrementado de forma alarmante a nivel mundial y nacional teniendo múltiples repercusiones que modifican su estilo de vida tanto en el aspecto psicológico como social de quienes padecen esta patología. Los objetivos del presente estudio son: Identificar los pacientes epilépticos en etapa productiva por edad y sexo que acuden a consulta externa del Hospital General Isidro Ayora de Loja.; Determinar el estado psicosocial de los pacientes epilépticos que acuden a consulta externa del Hospital General Isidro Ayora de Loja, clasificándolos según su nivel de adaptación psicosocial.; Elaborar una matriz de estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes epilépticos enfocado en el área psicosocial. La metodología utilizada fue mediante la aplicación del Test de Washington (WPSI), la prueba contiene 8 escalas que evalúa la parte psicosocial de los pacientes epilépticos al aplicar 132 preguntas, con respuestas cortas (si o no), clasificándolos en 4 niveles de adaptación. Los resultados obtenidos respecto al sexo del total de 65 pacientes encontramos un predominio en el género femenino con una frecuencia de 38 pacientes en comparación con el género masculino con una de 27 pacientes. En referencia a la edad muestra una superioridad en la edad de 15-24 años con una frecuencia de 28 pacientes. Con respecto al estado psicosocial se encontró afectado el funcionamiento psicosocial global en 4 de sus 7 escalas (historia familiar, adaptación emocional, interpersonal y a los ataques) que evalúan este componente ubicándose en el nivel 3 de adaptación psicosocial que indican problemas de claro impacto en el ámbito psicosocial. Es por ello que se hace imprescindible mejorar la adaptación psicosocial de personas con epilepsia mediante estrategias de intervención para lo cual se elabora una matriz para la intervención psicosocial de dichos pacientes que contribuyen a un mejor abordaje de su patología. Palabras clave: epilepsia, Test de Washington, psicosocial.

ABSTRACT

Epilepsy is a disease of organic cause that today has increased at an alarming rate on both a global and national scale, having multiple impacts which affect the lifestyle in both the psychological and social aspects of those suffering from this disease. The objectives of this study are: To identify epileptic patients in their reproductive years by age and sex who attend the outpatient unit of the Isidro Ayora de Loja General Hospital; to determine the psychosocial state of epileptic patients attending the outpatient unit of the Isidro Ayora de Loja General Hospital classifying them according to their level of psychosocial adaptation; and to develop a matrix of strategies for improving the quality of life of epileptic patients focused on the psychosocial aspect. The methodology used was by means of the Washington test (WPSI), which contains 8 scales that assess the psychosocial component of epileptic patients by asking 132 questions with short answers (yes or no), classifying them into 4 levels of adaptation. The results regarding the sex of the total of 65 patients found a prevalence in women with a frequency of 38 patients compared to male with a frequency of 27 patients. In reference to age, 15-24 years showed superiority with a frequency of 28 patients. With regard to psychosocial state, it was found that the overall psychosocial functioning was affected in 4 of the 7 scales (family history, emotional adaptation, interpersonal adaptation and adaptation toward the attacks) which evaluate this component, placing it in psychosocial adaptation level 3 which indicates problems of clear impact in the psychosocial field. That is why it is essential to improve the psychosocial adaptation of people with epilepsy through intervention strategies for which a matrix for the psychosocial intervention of such patients is created, this, in turn, will contribute to a better approach to the disease. **Keywords:** epilepsy, Washington test, psychosocial

INTRODUCCIÓN

La epilepsia es definida como una enfermedad de origen orgánico cuya causa fundamental reside en la actividad eléctrica anormal del cerebro. Entonces se trata de una afección crónica de patogenia diversa, caracterizada por la presencia de crisis eléctricas recurrentes, debidas a una descarga excesiva de las neuronas cerebrales. (D. Luzán, M. Pérez, 2009)

La cifra estimada de la población general con epilepsia activa (es decir, ataques continuos o necesidad o que amerita de tratamiento) en algún momento oscila entre 4 y 10 por 1000. Sin embargo, algunos estudios realizados en países en desarrollo indican que esa proporción es de 6 a 10 por 1000. Se ha aproximado que 50 millones de pacientes en el mundo tienen epilepsia.(OMS, 2012)

De los 50 millones de la población mundial afectada con esta patología, cerca de 5 millones viven en Latinoamérica y el Caribe. La prevalencia de la epilepsia en Latinoamérica y el Caribe es mayor que la existente en los países desarrollados. .(Washington, 2013) En Ecuador en el 2011 la población con epilepsia fue de 2693, de los cuales los más afectados son los hombres con 1496. Loja en el mismo año contaba con una cifra de 104 pacientes epilépticos. (INEC, 2011)

Las dificultades culturales relacionadas con el estigma, la discriminación, los prejuicios y las creencias erróneas sobre la epilepsia pueden llevar a que una persona no dé a conocer su situación y tampoco busque asistencia médica.(Factors, The, Care, & People, 2012) En la actualidad la epilepsia produce barreras en estos pacientes, que se enmarcan dentro del contexto de la intensa estigmatización que aún mantiene la enfermedad en la sociedad, mostrando un significativo descenso en la calidad de vida, ya que los enfermos, desde su entorno familiar,

social y cultural, perciben limitaciones que en muchas ocasiones se basan en preceptos heredados de su generación, resultando discriminado un porcentaje muy significativo de esta población por la falta de un conocimiento real de esta enfermedad. (Fabelo & Iglesias, 2010)

Esta investigación se encuentra fundamentada en la importancia de realizar una evaluación psicosocial en los pacientes que presentan epilepsia del hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja y de esta forma dar respuesta a las dificultades que presentan dentro de la sociedad.

Los objetivos que se plantearon en el presente estudio son: el objetivo general: Evaluar el estado psicológico y social de los pacientes epilépticos en etapa productiva que acuden a consulta externa del Hospital General Isidro Ayora de Loja. Y los objetivos específicos: Identificar los pacientes epilépticos en etapa productiva por edad y sexo que acuden a consulta externa del Hospital General Isidro Ayora de Loja.; Determinar el estado psicosocial de los pacientes epilépticos que acuden a consulta externa del Hospital General Isidro Ayora de Loja, clasificándolos según su nivel de adaptación psicosocial; Elaborar una matriz de estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes epilépticos enfocado en el área psicosocial.

La investigación es cuanti -cualitativo, descriptivo. Es un estudio cuantitativo porque se realizó un estudio estadístico para el análisis de procedimientos estadísticos de los resultados que obtuvieron a través del respectivo instrumento como es el Test de Washington, es cualitativo porque se realiza un estudio de análisis en base a la conceptualización del marco teórico y poder interpretar los resultados. Para realizar este trabajo de investigación se tomó en cuenta pacientes epilépticos en etapa productiva de 15 a 64 años que acude a consulta externa del servicio de neurocirugía del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

De esta forma el presente tema de investigación adquiere un elevada importancia por lo tanto se hace necesario indagar el impacto que genera esta enfermedad en el ámbito cultural, social y socioeconómico resultando imprescindible para el desarrollo de la vida del paciente con epilepsia, siendo necesario el conocimiento de la parte psicosocial, en torno al cual se establecerán las recomendaciones específicas destinadas al mejoramiento del nivel de vida del paciente.

c) REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. EPILEPSIA

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La palabra epilepsia tiene su origen en la palabra griega “epilambanein” que significa ser atacado o tomado por sorpresa, denominación que ha mantenido hasta la fecha..(Simón, 2014)

Los griegos antiguos lo consideran como un fenómeno sobrenatural, un castigo de dioses. Hipócrates en el año 450 antes de Cristo, rechazó la teoría del origen sobrenatural de la enfermedad y dijo que su causa era natural y estaba en el cerebro. En la edad media consideraron que la persona con Epilepsia estaba poseída por espíritus malignos o demonios y cuando estaba con una convulsión. Desde entonces arranca el sentimiento de rechazo y temor contra la Epilepsia.(Martínez, 2013)

La humanidad se demoró 19 siglos para encontrar un tratamiento efectivo para ella y por eso se consideraba incurable, lo cual contribuía a aumentar el terror contra la enfermedad. Con el avance de la ciencia se comprobó que le Epilepsia se originaba en el cerebro por desórdenes funcionales heredados o adquiridos y que no tenía nada de sobrenatural, que era una enfermedad como cualquier otra y poco a poco se fueron encontrando tratamientos cada vez más efectivos.

La Epilepsia no ha sido obstáculo para que la persona pueda desarrollarse en la sociedad cuando tiene capacidad mental y el tesón suficiente; ejemplo de estas personas que han sido grandes figuras de la humanidad y que han sufrido Epilepsia son las siguientes: Julio César, Alejandro Magno (emperadores); Sócrates (Filósofo), Dostoievsky, y Flaubert (escritores), Van

Gogh se destacó en la pintura. También sufrieron la enfermedad, San Pablo y Mahoma que son de las personas que más han contribuido a la historia de la humanidad. (Ildefonso et al., 2012) .

En la actualidad las personas que padecen de epilepsia algunas lo han tomado con calma a su enfermedad y a su vez desarrollan las actividades que comúnmente les toca desarrollar para satisfacer sus necesidades, mientras que para otros si se les ha hecho difícil sobrellevar esta enfermedad lo cual les ha dificultado la realización de todas las tareas a satisfacción, incidiendo desfavorablemente en su bienestar psicológico y social, tornándose en personas tímidas y otras agresivas.

1.2.DEFINICIÓN DE EPILEPSIA

La epilepsia es una alteración del sistema nervioso central (SNC) caracterizada por un incremento y sincronización anormales de la actividad eléctrica neuronal, que se manifiesta con crisis recurrentes y espontáneas así como por cambios electroencefalográficos. (López-meraz et al., 2009)

2. ETIOPATOGENIA

El fenómeno fisiopatológico de la epilepsia está en relación con una descarga brusca, excesiva e hipersincrónica de las neuronas. Neurofisiológicamente se debe a una hiperexcitabilidad neuronal se observa en los registros intracelulares como un cambio paroxístico de despolarización brusca y sostenida del potencial de membrana, al que se añaden potenciales de acción de alta frecuencia.

Esta enfermedad se muestra como una inestabilidad en el potencial de reposo de la membrana neuronal, la cual es secundaria a alteraciones en el intercambio de potasio y calcio, o en las ATPasas de membrana responsables del transporte iónico; a un defecto en los mecanismos inhibidores GABA, o a una sensibilidad alterada de los receptores involucrados en la transmisión excitadora.

Los mecanismos fisiopatológicos son varios para cada tipo de crisis, implicando diferentes estructuras cerebrales, lo que da origen a las diversas manifestaciones clínicas de la epilepsia.

Entre los síndromes epilépticos visto desde una perspectiva etiológica se encontramos numerosos cuadros clínicos que se presentan en relación con la aparición de las crisis epilépticas, lo más frecuentes son los traumas cerebrales, infecciones del sistema nervioso central, enfermedades cerebrovasculares y tumores cerebrales. Desórdenes neurológicos desde el nacimiento por citar algunos como el retardo mental o parálisis cerebral se asocian con frecuencia a crisis epilépticas. También encontramos:

- Epilepsias adquiridas por noxas ambientales. Pueden existir factores genéticos de susceptibilidad que determinan las diferencias observadas entre varios sujetos expuestos al mismo factor ambiental.
- Condiciones monogénicas o cromosómicas donde la crisis son más de los componentes de la enfermedad (sintomáticas).
- Epilepsias monogénicas que no hacen parte de un síndrome (idiopáticas).

3. SEMIOLOGÍA DE LAS CRISIS EPILÉPTICAS

3.1 Clasificación Internacional de las Crisis Epilépticas (ILAE 1981)

La Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) elaboró en la década de las ochenta una clasificación de las crisis epilépticas y una clasificación de las epilepsias y síndromes epilépticos que han gozado de un amplio reconocimiento y se han aplicado satisfactoriamente en todo el mundo en multitud de estudios clínicos y epidemiológicos. (Gómez-alonso & Bellas-lamas, 2011)

I. Clasificación según el tipo de crisis

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

1. Crisis parciales (Focales).- las crisis tienen su origen en un área de la corteza de uno de los hemisferios cerebrales y su manifestación clínica dependerá de la función del área implicada.

Crisis parcial simple

- Presencia de signos motores: motor focal sin marcha, motor focal con marcha o jacksoniana, motor focal versina, motor focal postural.
- Con síntomas sensoriales: somatosensitivo, visual, auditivo, olfatorio, gustativo y vertiginoso.
- Con síntomas psíquicos: disfásicos, dismnésicos, cognitivos, afectivos y alucinaciones estructuradas.

Crisis parcial compleja

- Crisis con alteración al comienzo de la conciencia.
- Crisis parcial simple, seguida por alteración de conciencia.

Crisis parcial simple o compleja con generación posterior.

2. Crisis Generalizadas.- La crisis daña 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.- Estas no podrían clasificarse como focales ni generalizadas por falta de elementos clínicos y electro encefalográficos (Michelle, 2010)

Clasificación de las Epilepsias Según su Etiología

La clasificación de 2010 de la ILAE suprime la división de las epilepsias en focales y generalizadas por considerarla inadecuada, a pesar de haber mantenido esa forma de categorización en el caso de las crisis epilépticas. Además, elimina los tres subtipos etiológicos vigentes desde 1989 y los sustituye por los siguientes: epilepsias genéticas, epilepsias de causa estructural/ metabólica y epilepsias de causa desconocida.

CLASIFICACIÓN DE LAS EPILEPSIA DE LA LIGA INTERNACIONAL CONTRA LA EPILEPSIA DE 2010

<p>Síndromes Electroclínicos (según la edad de comienzo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Periodo neonatal (por ejemplo epilepsia neonatal familiar benigna). • Lactancia (por ejemplo, síndrome de West, síndrome de Dravet). • Infancia (por ejemplo, crisis febriles plus, síndrome de Panayiotopoulos, epilepsia frontal nocturna autosómica dominante, epilepsias con ausencias infantil). • Adolescente/Adulto (por ejemplo epilepsia con ausencias juvenil , epilepsia mioclónica juvenil, epilepsias mioclónicas progresivas) • Con relación menos específica con la edad (por ejemplo epilepsias reflejas).
<p>Constelaciones distintas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Por ejemplo epilepsia temporal medial con esclerosis del hipocampo, crisis gelasticas con hamartoma hipotalámica)
<p>Epilepsia atribuidas a causas</p>	<p>Por ejemplo ictus, malformaciones del desarrollo cortical,</p>

estructurales-metabólicas	síndromes neurocutáneos
Epilepsias de causa desconocida	Por ejemplo epilepsia rolándica benigna
Entidades con crisis epilépticas no diagnosticadas como epilepsia	Por ejemplo crisis febriles.

Desde este momento, será difícil predecir si la comunidad científica optará por seguir aplicando las mismas clasificaciones o adoptará las nuevas, por lo que hemos visto, y sobre todo en el caso de las epilepsias no parecen gozar de muchas ventajas. Aunque es todavía una incógnita, existe el riesgo de que en adelante se utilicen parcialmente las versiones nueva y antigua de manera simultánea, lo que podría generar una notable confusión.

Por todo ello, cabe concluir que la publicación de la nueva clasificación de las epilepsias sin haber pasado antes por una difusión y un debate previo que le dieran un respaldo internacional parece haber sido prematura y puede considerarse un paso en dirección equivocada.(Nariño & Quintero, 2011)

4. EPILEPSIA Y PERSONALIDAD

Las características de la personalidad de las personas que manifiestan epilepsia, ha sido un tema con mucha controversia durante largo tiempo. Habitualmente se los ha relacionado con un tipo de personalidad enérgico, caracterizado por una lentitud mental y corporal. Toman un

tiempo prolongado en dar respuestas adecuadas, se muestran incapaces de manejar varios conceptos en manera simultánea, reconocen los detalles pero no distinguen los aspectos globales en una situación determinada.

Además muestran una imaginación restringida, con asociaciones difíciles y laboriosas, la atención se dirige a lo circundante con un discurso detallista y tortuoso.

Mme Minkowska describe como característica central del modo de ser epiléptico la adversidad y la viscosidad, en el cual el epiléptico no se desprende del interrogador mencionando múltiples datos de escasa importancia. Los sujetos y circunstancias quedan impregnados por estas largas explicaciones, detalles e intentos de ligarlos a las vivencias propias, sin distinguir lo esencial de lo accesorio. Este aspecto de mansedumbre se asocia a episodios de brusca expresión de las emociones, en algunos casos adquiriendo actitudes violentas.

Esta descripción corresponde a lo que tradicionalmente se llamaba el carácter epiléptico, noción estrechamente relacionada con la escuela constitucionalista. La constitución representa al conjunto de factores preformados desde el nacimiento y transmitidos en forma hereditaria ligados a un fenotipo característico, en este caso el biotipo atlético.(Nogales Gaete, 2014)

Posteriormente y a medida que fueron avanzando los métodos diagnósticos como el electroencefalograma se perfeccionaron, la epilepsia del lóbulo temporal describiendo a los epilépticos como sujetos preocupados por los temas metafísicos, religiosos y morales.

Presentaban además hipergrafía, es decir la tendencia a escribir de una forma exagerada y compulsiva, cuyos contenidos se caracterizaban por ser circunstanciales. Se encontraba falta del sentido del humor, sobriedad, irritabilidad, dependencia y preocupación sobre el destino religioso personal. (Martino, 2013)

En la actualidad esta controversia que intenta delimitar un tipo específico para la personalidad de los epilépticos, admite señalar que la mayoría de los epilépticos presentaban los rasgos de la personalidad antes señalada por los autores clásicos.

La discusión vigente comprende diversos 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. Además se debate acerca de la especificidad del carácter epiléptico, ya que las peculiaridades atribuidas a la epilepsia se observan en múltiples patologías, sobre todo en aquellas con compromiso del sistema nervioso central.

A su vez, no existe claridad con respecto a los rasgos de personalidad es decir si están o no asociadas de manera previa a la aparición de la crisis, como parte esencial de la enfermedad, o si son consecuencias de las mismas.

Tomando en consideración los múltiples estudios desde los inicios de la epileptología, se puede indicar 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. Además debe recordarse 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 electroencefalográficas características.(Muñiz Landeros, 2013)

5. ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA EPILEPSIA

5.1 Aspectos psicológicos

Desde hace muchos años atrás se viene mostrando diferentes aspectos de la epilepsia, resultado de la búsqueda de estos elementos sobre los que reflexionar tomando como base al epiléptico y la enfermedad, era inevitable abordar aquellos aspectos como la agresividad y la violencia debido a las inmensas repercusiones personales, familiares, sociales tanto para la persona con epilepsia como para el entorno circundante que se encuentra inmerso el individuo que lo posee.

La conducta agresiva depende, de alguno de los factores que lo producen como los individuales y los situacionales. En los primeros sobresalen los rasgos de personalidad, las actitudes, creencias, las motivaciones, entre otras. Entre los factores situacionales suelen denominarse moduladores o predisponentes.

Entre estos debería aparecer la agresividad y son los que realmente anteceden a la conducta agresiva porque son los que detectan, analizan, comprenden el significado de los estímulos externos generadores del comportamiento violento.

En diferencia de la agresión, la agresividad es una disposición temperamental que forma parte dentro de las características básicas de la personalidad del individuo. Su peculiaridad, además de influir directamente en la ejecución de las conductas agresivas, es que aparece muy precozmente en el desarrollo individual, se presenta a lo largo de toda la vida con un nivel de estabilidad estable resultando independiente del contexto donde se encuentra el sujeto.

Además de la distinción entre agresión, agresividad y la violencia, conviene mencionar otras confusiones con otros conceptos como la hostilidad, ira etc. Que han impactado mucho sobre la comprensión del fenómeno agresivo de los pacientes epilépticos, pero sobre todo en la medida y evaluación psicológica de la misma.

La hostilidad y el odio son sentimientos que canalizan la emoción de la ira hacia uno o varios objetos, estos suelen ser duraderos y especialmente como el caso del odio que son intensos.

La ira es una emoción que suele ser caracterizada de cogniciones hostiles con manifestación de gran tensión e irritación psicofisiológica. Algo singular ocurre con la hostilidad, un sentimiento que suele ser más duradero que los ataques de ira, que se dirigen generalmente a un conjunto de elementos diversos y forma parte de la matriz del carácter de las personas.(Lopez Diaz Luis Manuel, 2012)

5.2 Aspectos psicosociales

Actualmente se pone más énfasis en el estudio de las variables psicosociales que influyen en la calidad de vida del paciente epiléptico, considerando que inciden directa e indirectamente

sobre el tratamiento de la enfermedad. Existe estigmatización de la enfermedad, rechazo social y laboral que conlleva sufrimiento psíquico individual y familiar.

En pacientes epilépticos se debe considerar que la calidad de vida se ve disminuida socialmente, debido a frecuentes insultos y rechazos que conllevan a una falta de desarrollo social básico en la mayoría de casos, presentándose como dificultades para establecer relaciones sociales. Esto, a su vez, puede mermar la autoestima del sujeto, llevándolo hacia el retraimiento y sobre dependencia familiar. Todo esto se considera un freno en el desarrollo afectivo del paciente, presentado inmadurez psicológica y desarrollo emocional con correspondiente a la edad del paciente. (De Felipe, 2014)

En la etapa de la adolescencia es un período especialmente difícil para pacientes epilépticos, considerando las repercusiones de conducta, aprendizaje y responsabilidad sobre la propia enfermedad que implica recibir este diagnóstico, en interacción con un período que de por sí es de cambios, rebeldía, búsqueda de identidad, etc.

Especialmente importante es el proceso de duelo, como parte de la aceptación y adaptación a la enfermedad. Durante este proceso el adolescente requiere de guía, apoyo, comprensión de la familia y un espacio para su expresión emocional, especialmente durante la fase de ira (ya que se relaciona estrechamente con la irregularidad o abandono del tratamiento). La familia debe cuidar no propiciar una marcada dependencia familiar, al controlar la tendencia hacia la sobreprotección del paciente. Además, es una etapa en la que se debe estimular la autoconfianza y autonomía del adolescente.

En la búsqueda de identidad del adolescente, las limitaciones que implica la epilepsia representan un obstáculo particularmente difícil de manejar. Las limitaciones sociales que vive un adolescente epiléptico como tenemos prohibición en el uso de alcohol y drogas, deterioro de autoimagen ante una crisis en situación de grupo, uso obligatorio de medicación, limitaciones en las actividades físicas, etc. El adolescente puede debatirse entre la marginación social (al no poder vivir las mismas experiencias que sus pares), y la rebeldía que lo llevará a trasgredir las limitaciones médicas impuestas.

Cuando llega la etapa de la adultez las principales quejas psicosociales del adulto con epilepsia se relacionan con dificultades laborales y sociales, especialmente en pacientes con crisis frecuentes. Así, los índices de desempleo y subempleo entre la población epiléptica son más elevados, y los índices de matrimonios e inclusión social son más bajos que en la población general.

Cuando el paciente sufre de trastornos del estado de ánimo comórbidos, la percepción sobre su propia discapacidad puede ser más negativa, llegando hasta un 63.5% de pacientes epilépticos que se consideran discapacitados, en algunas comunidades. Esto afecta su capacidad de manejar con éxito la enfermedad. El efecto sobre las relaciones sociales es importante. Reisinger en su estudio reportó que el 41% de pacientes afirmó que la enfermedad afectaba su vida social, y hasta 50% reportó sufrir estigmatización a causa de la enfermedad.(Elizabeth L. Reisinger;, 2009)

Existe además el “peso de la normalidad” descrito por algunos autores, en el cual los pacientes epilépticos que han controlado las crisis, describen un rango de problemas psicosociales que resultan directamente del hecho de ya no sufrir crisis epilépticas. Estos problemas se relacionan con el hecho de que el paciente crónicamente enfermo se encuentra, de un momento a otro, “sano”, y no ha aprendido cómo manejarse en la sociedad sin la consideración de estar enfermo. De un momento a otro, las exigencias del medio se agudizan y el paciente sufre de problemas para adaptarse a esta nueva situación de vida. Además, aunque las crisis desaparezcan, no se puede esperar que las mermas psicosociales que el paciente ha sufrido por años, desaparezcan de un momento a otro. (Cerrahisi, 2008).

Fundamentando que los cuadros depresivos perturban la eficacia del sujeto para manejar la enfermedad, y teniendo en cuenta que las limitaciones psicosociales a su vez son causantes de cuadros depresivos, queda clara la importancia de manejar tanto los aspectos emocionales del paciente, como los psicosociales.

De esta forma resulta imprescindible proporcionar al paciente una guía adecuada que incluya información acerca de la enfermedad, enseñanza de estrategias sociales, seguimiento continuo, y control de aspectos psicológicos.

d) MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO:

El presente trabajo de investigación posee una perspectiva de carácter descriptivo, cualitativo, porque aportara en la recolección de datos para describir, afirmar, rechazar o aprobar los ítems de la investigación en el proceso de la interpretación de los resultados.

La investigación será cuantitativa en la cual se hará una descripción del problema en estudio así como todas las circunstancias que le rodean, partiendo del método inductivo, en donde se descubrirá el tema en estudio a su vez se apropiara de la recolección, análisis de los datos para hacer la comprobación de las hipótesis, haciendo uso de la estadística descriptiva de todos los hechos y fenómenos suscitados en el mismo, lo cual permitirá aceptar o rechazar las hipótesis formulada.

ÁREA DE ESTUDIO

La presente investigación se la realizó en el Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, en el área de consulta externa del servicio de neurología.

UNIVERSO Y MUESTRA

Estuvo constituido por 65 pacientes con el diagnóstico de epilepsia en las edades comprendidas en etapa productiva de 15-64 años que acuden al área de consulta externa der servicio de neurocirugía del Hospital General Isidro Ayora de Loja en el periodo junio- octubre del 2015

Criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico de epilepsia que acude a consulta externa del servicio de neurocirugía del Hospital General Isidro Ayora de Loja que se encuentren dentro de la etapa productiva.

Criterios de exclusión: Se ha establecido excluir pacientes epilépticos con trastornos psicóticos graves y déficit neuropsicológico, sensorial severo.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

En lo referente a las técnicas e instrumentos de recolección de datos se puede indicar que se realizó en función de los objetivos específicos, se aplicó la entrevista y el test de Washington (WPSI), la prueba contiene 8 escalas que evalúa la parte psicosocial de los pacientes epilépticos al aplicar 132 preguntas, con respuestas cortas (si o no). Es importante señalar que el instrumento utilizado fue diseñado de manera tal que las preguntas que puntúan para cada escala expresan siempre dificultades adaptativas para el paciente. El WPSI se construyó en sentido ascendente, utilizando la misma polaridad para todas las preguntas, es decir que los puntajes inferiores para cada escala expresan un mejor nivel de adaptación psicosocial mientras que en la medida que los puntajes aumentan se incrementa también el nivel de inadaptación.

Instrumento: WPSI

En el campo de la Epileptología, la escala psicosocial más difundida es el Inventario psicosocial para personas con ataques epilépticos de Washington – WPSI, siendo un instrumento multidimensional que permite una valoración global de la calidad de vida del paciente con epilepsia. Desde su creación se ha empleado en diversos estudios transculturales, demostrando adecuada sensibilidad y estabilidad transcultural.

Se consideraron los siguientes:

- Historia familiar: Total de respuestas que expresan problemáticas en las preguntas que puntúan para esta escala. Se refiere a los vínculos interpersonales e intrafamiliares, al ajuste escolar y a las relaciones con los compañeros durante la infancia.
- Adaptación emocional: Examina la posible existencia de trastornos depresivos, ansiedad, temores, trastornos somáticos inespecíficos, mala autoimagen e insatisfacción con la vida. Una puntuación elevada de dicha escala aconseja realizar un estudio pormenorizado del trastorno afectivo.
- Adaptación interpersonal: Evidencia la capacidad para establecer contacto con los demás, el nivel de agrado personal ante situaciones sociales, la existencia de amigos íntimos y de vida social, así como la habilidad para relacionarse con personas del sexo opuesto. En síntesis valora la capacidad para establecer relaciones significativas con los demás.
- Adaptación vocacional: La situación vocacional o laboral resulta especialmente importante para el ajuste de los adultos. Esta escala evalúa la interacción crisis – ocupación, así como la visión personal que tiene el paciente de su nivel de empleo y si cree necesitar un asesor ocupacional.
- Situación económica: Evalúa el estado o sentimiento de seguridad desde la vertiente económica.
- Adaptación a los ataques: Indaga la sensación subjetiva de resentimiento hacia su condición y si considera embarazoso sufrir una crisis o se cree peor aceptado a causa de los ataques.

- Medicación y tratamiento médico: Aporta información sobre la perspectiva que tiene el paciente acerca de la atención profesional, sanitaria y farmacológica que recibe.
- Funcionamiento psicosocial global: Es un índice global de todas las escalas e indica cómo está funcionando en sentido general el paciente.

Cada una de estas 8 escalas psicosociales son evaluadas a partir de un perfil en que se establecen 4 niveles cuantitativos de adaptación como son:

Nivel 1 Sin problemas significativos en la adaptación psicosocial.

Nivel 2 Con problemas de significado limitado en la adaptación psicosocial.

Nivel 3 Con problemas de claro impacto en la adaptación psicosocial.

Nivel 4 Con problemas de grave impacto en el adaptación psicosocial.

Considerando un nivel de validez de 4 respuesta en blanco por cada escala aplicable de este test. Para el análisis cualitativo de los resultados los niveles 1 y 2 se agruparon de forma operativa como específicos de un nivel de adaptación aceptable, ya que la presencia de problemas de limitado impacto en la adaptación psicosocial puede considerarse como algo común y con posibilidades de afrontamiento constructivo en estos pacientes. De manera similar, los niveles 3 y 4 se agruparon como representativos de un nivel de inadaptación evidente ya que en estos casos son inciertas las posibilidades de adaptación psicosocial.

e) **RESULTADOS AL APLICAR A EL TEST DE WASHINGTON A LOS PACIENTES.**

CUADRO N. 1

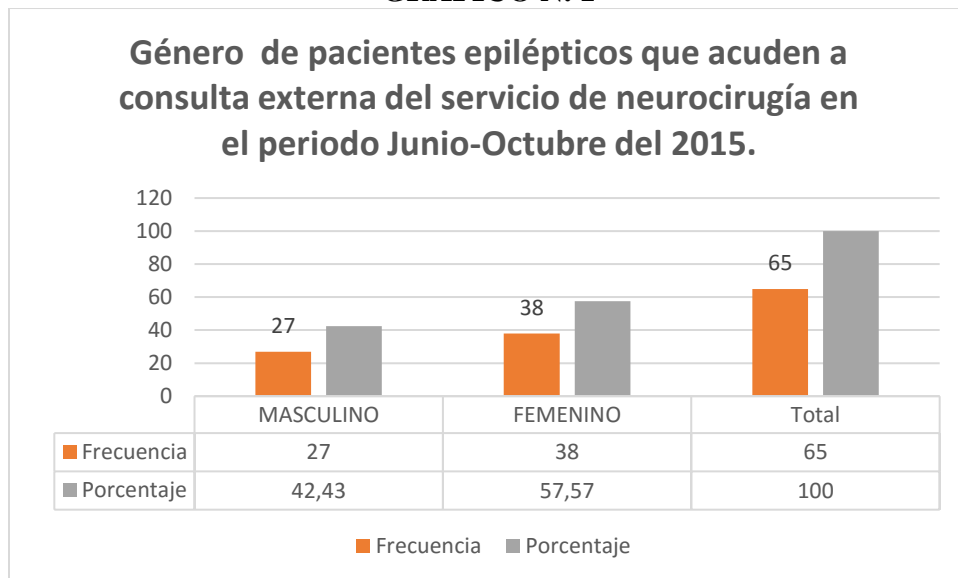
Género de pacientes epilépticos que acuden a consulta externa del servicio de neurocirugía en el periodo Junio- Octubre del 2015.

	Frecuencia	Porcentaje
MASCULINO	27	42,43
FEMENINO	38	57,57
Total	65	100,0

FUENTE: Test de Washington.

ELABORACIÓN: Paulina E. Becerra R.

GRAFICO N. 1



FUENTE: Test de Washington

ELABORACIÓN: Paulina E. Becerra R.

ANÁLISIS: Sobre el sexo de pacientes epilépticos que acuden a consulta externa del servicio de neurocirugía del total de 65 pacientes, encontramos un predominio en el género femenino con un porcentaje del 57.57% en comparación con el género masculino con un 42,43%.

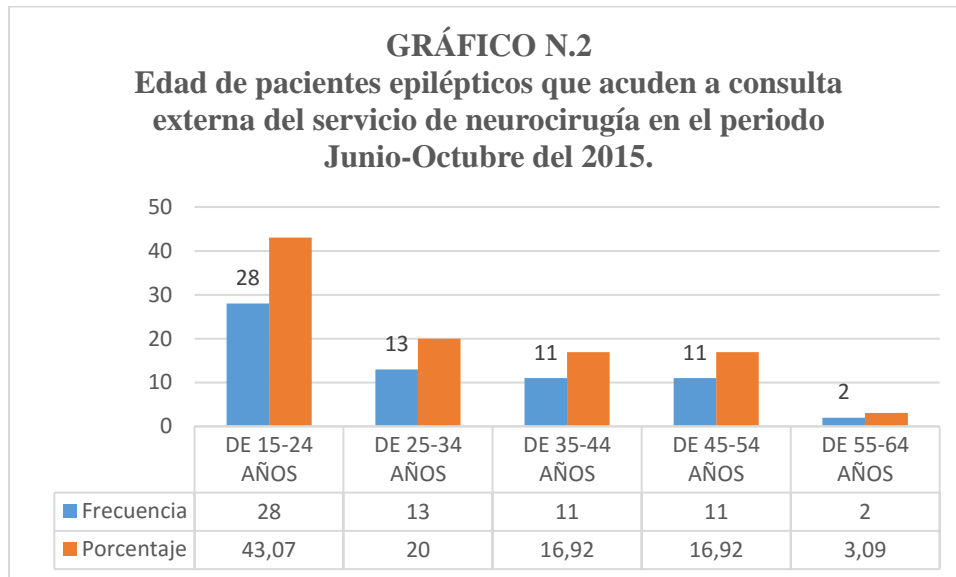
CUADRO N.2

Edad de pacientes epilépticos que acuden a consulta externa del servicio de neurocirugía en el periodo Junio-Octubre del 2015.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
DE 15-24 AÑOS	28	43,07
DE 25-34 AÑOS	13	20
DE 35-44 AÑOS	11	16,92
DE 45-54 AÑOS	11	16,92
DE 55-64 AÑOS	2	3,09
Total	65	100

FUENTE: Test de Washington.

ELABORACIÓN: Paulina E. Becerra R.



FUENTE: Test de Washington.

ELABORACIÓN: Paulina E. Becerra R.

ANÁLISIS: Con referencia a la edad de los pacientes epilépticos que acuden a consulta externa del servicio de neurocirugía del total de 65 pacientes encontramos un superioridad en la edad de 15-24 años que representa el 43,07% y la edad entre 55 y 64 años se encuentra en menor porcentaje con 3.09%

CUADRO N.3

Historia Familiar de epilépticos que acuden a consulta externa del servicio de neurocirugía en el periodo Junio- Octubre del 2015.

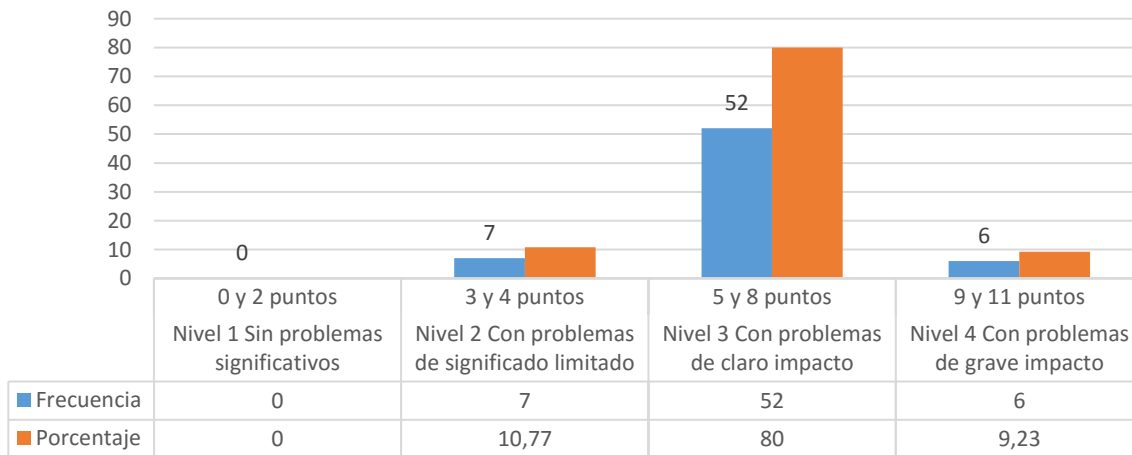
Historia Familiar			
Niveles de adaptación		Frecuencia	Porcentaje
Nivel 1 Sin problemas significativos	0 y 2 puntos	0	0
Nivel 2 Con problemas de significado limitado	3 y 4 puntos	7	10.77
Nivel 3 Con problemas de claro impacto	5 y 8 puntos	52	80.00
Nivel 4 Con problemas de grave impacto	9 y 11 puntos	6	9.23
Total		65	100

FUENTE: Test de Washington.

ELABORACIÓN: Paulina E. Becerra R.

GRÁFICO N.3

Historia Familiar de epilépticos que acuden a consulta externa del servicio de neurocirugía en el periodo Junio- Octubre del 2015.



ANÁLISIS: Sobre la historia familiar tenemos un total válidos de 65 pacientes; ubicándose en el nivel 3 de adaptación psicossocial con un porcentaje del 80%, reflejando problemas de claro impacto psicossocial. Entre las preguntas más sobresalientes que el 69.23% respondieron que sus padres peleaban con frecuencia cuando eran niños, un 26.15% si le costaba trabajo hacer amigos cuando eran niños y un 9.23% si ha huido de su casa alguna vez.

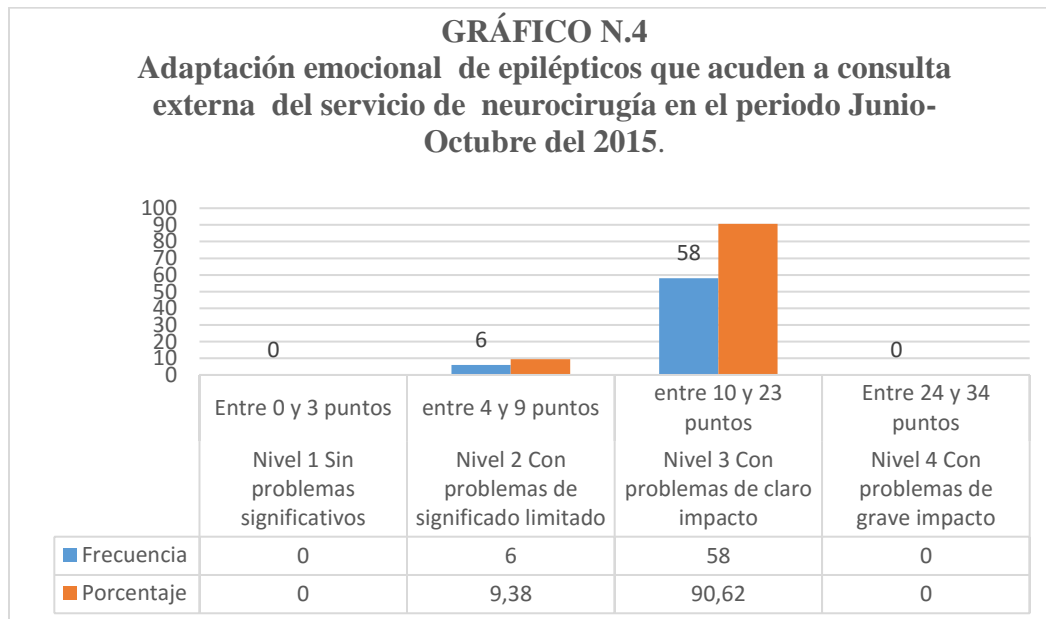
CUADRO N.4

Adaptación emocional de epilépticos que acuden a consulta externa del servicio de neurocirugía en el periodo Junio- Octubre del 2015.

Adaptación emocional			
Niveles de adaptación		Frecuencia	Porcentaje
Nivel 1 Sin problemas significativos	Entre 0 y 3 puntos	0	0
Nivel 2 Con problemas de significado limitado	entre 4 y 9 puntos	6	9,38
Nivel 3 Con problemas de claro impacto	entre 10 y 23 puntos	58	90,62
Nivel 4 Con problemas de grave impacto	Entre 24 y 34 puntos	0	0
Total		64	100

FUENTE: Test de Washington.

ELABORACIÓN: Paulina E. Becerra R.



FUENTE: Test de Washington.

ELABORACIÓN: Paulina E. Becerra R.

ANÁLISIS: Con respecto a la adaptación emocional tenemos un total válidos de 64 pacientes en esta escala; ubicándose en el nivel 3 de adaptación con un porcentaje del 90,62% reflejando problemas de claro impacto psicosocial. Dentro de las preguntas más representativas encontramos que el 23,07 siente que si se está enloqueciendo, al igual que el 18,46% responde que si necesita atención psiquiátrica inmediata, así como el 13,84 siente deseos de morirse y el 79,92 si se irrita con facilidad.

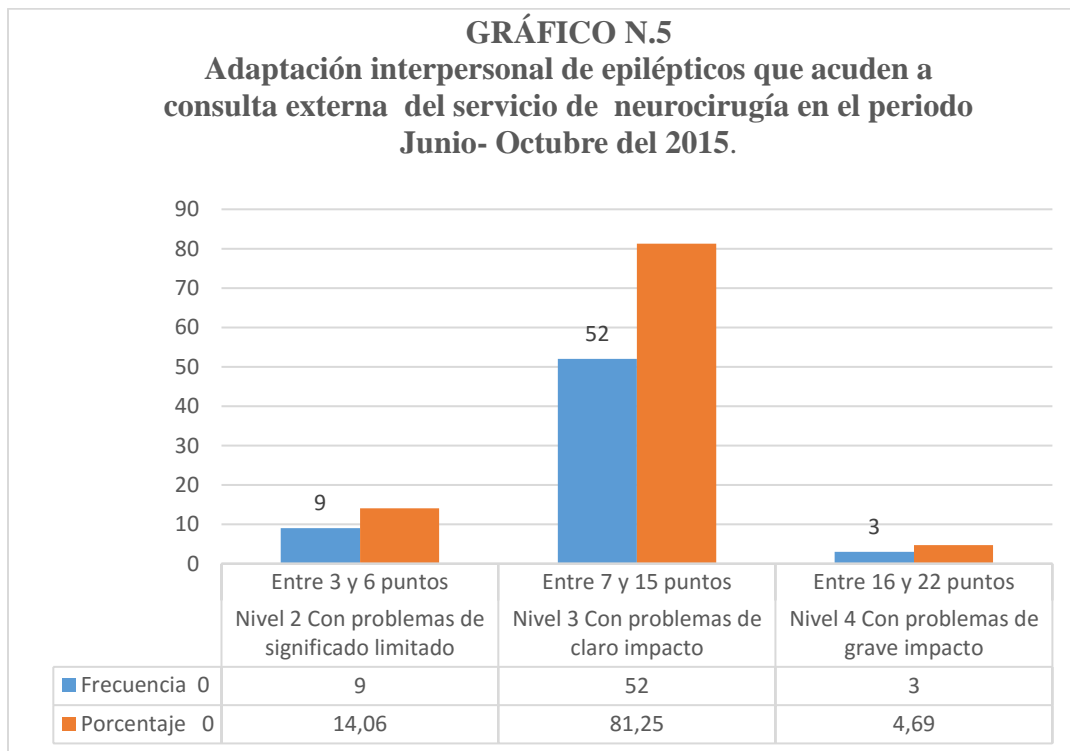
CUADRO N.5

Adaptación interpersonal de epilépticos que acuden a consulta externa del servicio de neurocirugía en el periodo Junio- Octubre del 2015.

Adaptación Interpersonal			
Niveles de adaptación		Frecuencia	Porcentaje
Nivel 1 Sin problemas significativos	Entre 0 y 2 puntos	0	0
Nivel 2 Con problemas de significado limitado	Entre 3 y 6 puntos	9	14,06
Nivel 3 Con problemas de claro impacto	Entre 7 y 15 puntos	52	81,25
Nivel 4 Con problemas de grave impacto	Entre 16 y 22 puntos	3	4,69
Total		64	100

FUENTE: Test de Washington.

ELABORACIÓN: Paulina E. Becerra R.



ANÁLISIS: Refiriéndonos a la adaptación interpersonal tenemos un total válidos de 64 pacientes en esta escala; ubicándose en el nivel 3 de adaptación con un 81,25% reflejando problemas de claro impacto. Entre las preguntas que más resaltaron tenemos que el 39,92% que si está perdiendo la habilidad para pensar claramente, el 18,46% se siente decepcionado a menudo, y el 36,92 tiene dificultad para expresarse en el hogar donde se crió.

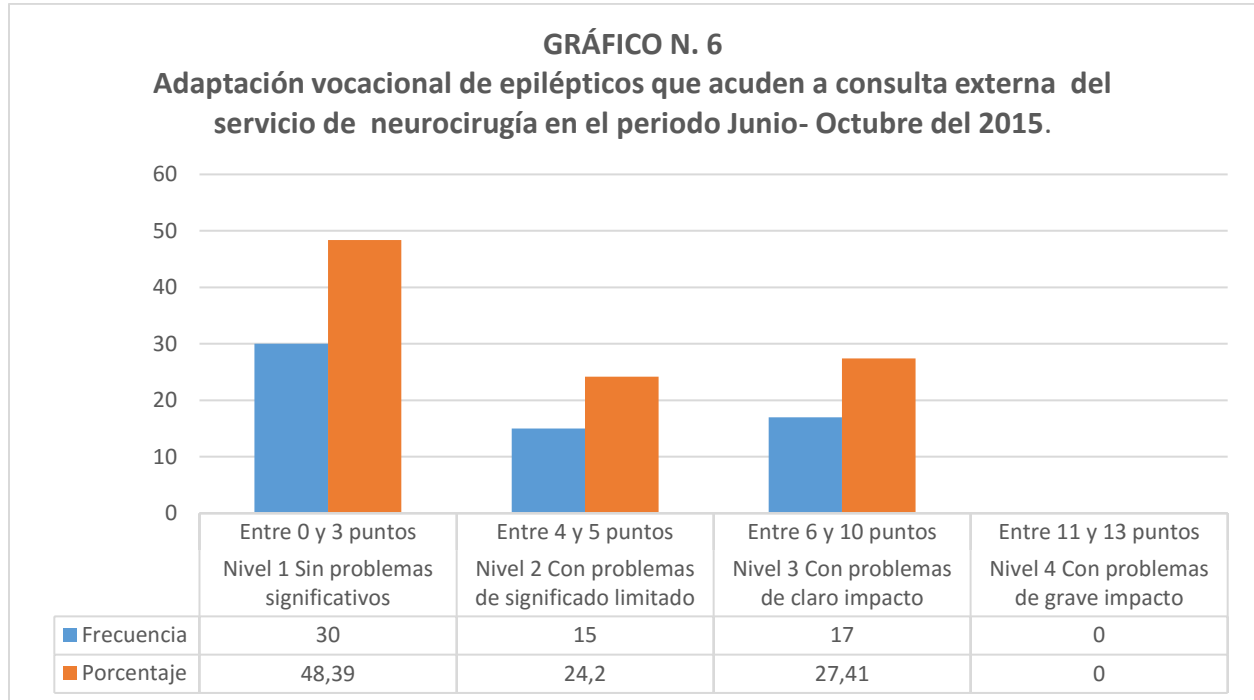
CUADRO N. 6

Adaptación vocacional de epilépticos que acuden a consulta externa del servicio de neurocirugía en el periodo Junio- Octubre del 2015.

Adaptación Vocacional			
Niveles de adaptación psicosocial		Frecuencia	Porcentaje
Nivel 1 Sin problemas significativos	Entre 0 y 3 puntos	30	48,39
Nivel 2 Con problemas de significado limitado	Entre 4 y 5 puntos	15	24,2
Nivel 3 Con problemas de claro impacto	Entre 6 y 10 puntos	17	27,41
Nivel 4 Con problemas de grave impacto	Entre 11 y 13 puntos	0	0
Total		62	100

FUENTE: Test de Washington.

ELABORACIÓN: Paulina E. Becerra R.



FUENTE: Test de Washington.

ELABORACIÓN: Paulina E. Becerra R

ANÁLISIS: En lo referente a la adaptación vocacional tenemos un total válidos de 62 pacientes en esta escala; ubicándose en el nivel 1 de adaptación psicosocial sin problemas significativos con un porcentaje del 48,39%.

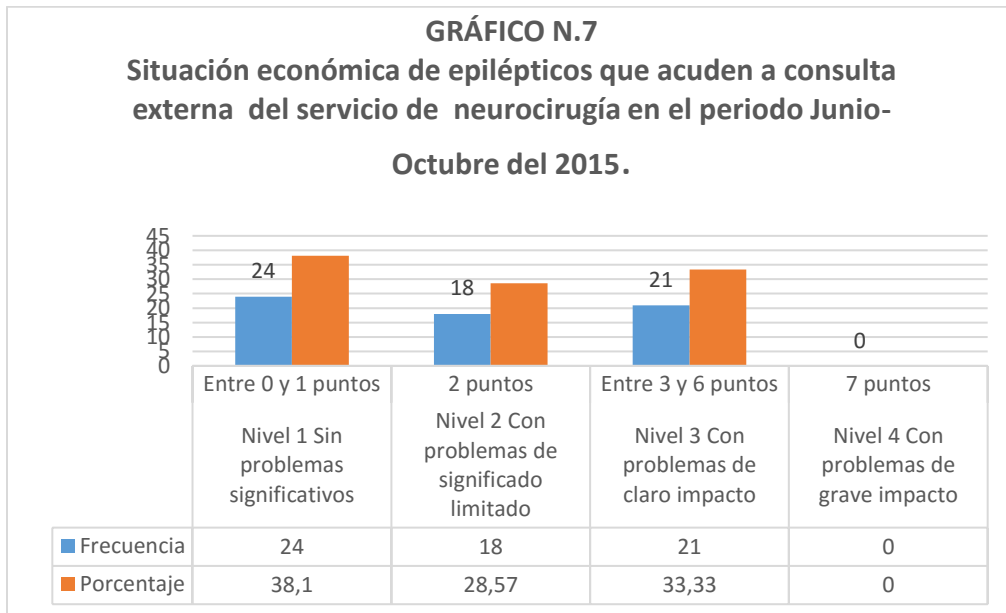
CUADRO N.7

Situación económica de epilépticos que acuden a consulta externa del servicio de neurocirugía en el periodo Junio- Octubre del 2015.

Situación Económica			
Niveles de adaptación psicosocial		Frecuencia	Porcentaje
Nivel 1 Sin problemas significativos	Entre 0 y 1 puntos	24	38,1
Nivel 2 Con problemas de significado limitado	2 puntos	18	28,57
Nivel 3 Con problemas de claro impacto	Entre 3 y 6 puntos	21	33,33
Nivel 4 Con problemas de grave impacto	7 puntos	0	0
Total		63	100%

FUENTE: Test de Washington.

ELABORACIÓN: Paulina E. Becerra R.



FUENTE: Test de Washington.

ELABORACIÓN: Paulina E. Becerra R.

ANÁLISIS: Con referencia a la situación económica el total válidos de 63 pacientes en esta escala; ubicándose en el nivel 1 de adaptación psicosocial sin problemas significativos que representa un 38.1%.

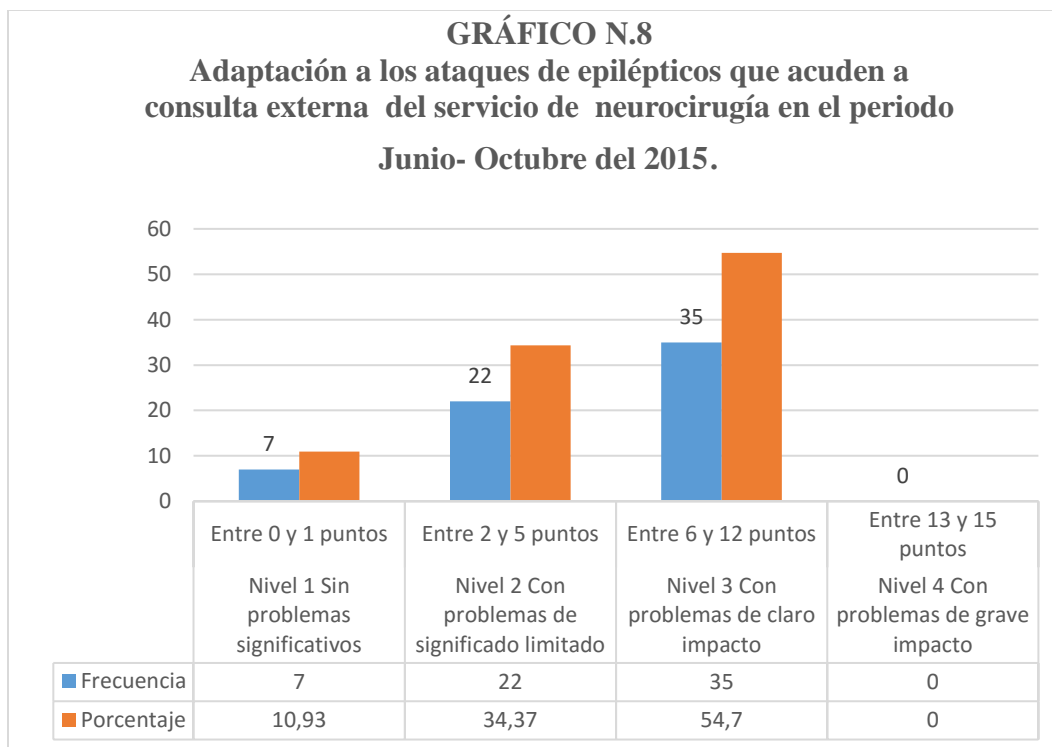
CUADRO N.8

Adaptación a los ataques de epilépticos que acuden a consulta externa del servicio de neurocirugía en el periodo Junio- Octubre del 2015.

Adaptación a los Ataques			
Niveles de adaptación psicosocial		Frecuencia	Porcentaje
Nivel 1 Sin problemas significativos	Entre 0 y 1 puntos	7	10,93
Nivel 2 Con problemas de significado limitado	Entre 2 y 5 puntos	22	34,37
Nivel 3 Con problemas de claro impacto	Entre 6 y 12 puntos	35	54,70
Nivel 4 Con problemas de grave impacto	Entre 13 y 15 puntos	0	0
Total		64	100

FUENTE: Test de Washington.

ELABORACIÓN: Paulina E. Becerra R.



FUENTE: Test de Washington.

ELABORACIÓN: Paulina E. Becerra R.

ANÁLISIS: En lo correspondiente a la adaptación de los ataques el total válidos es de 64 pacientes en esta escala; ubicándose en el nivel 3 de adaptación psicosocial con problemas de claro impacto que representa un 54.70%. Dentro de las preguntas representativas de esta escala

encontramos que el 60% si teme desagradar o ser rechazado por los demás después de haber tenido un ataque, el 55,38% si tiene resentimientos por los ataques epilépticos, el 27,69% contestan que si han arruinado su vida los ataques epilépticos, y el 63,08% si teme que la gente sepa que usted padece ataques epilépticos.

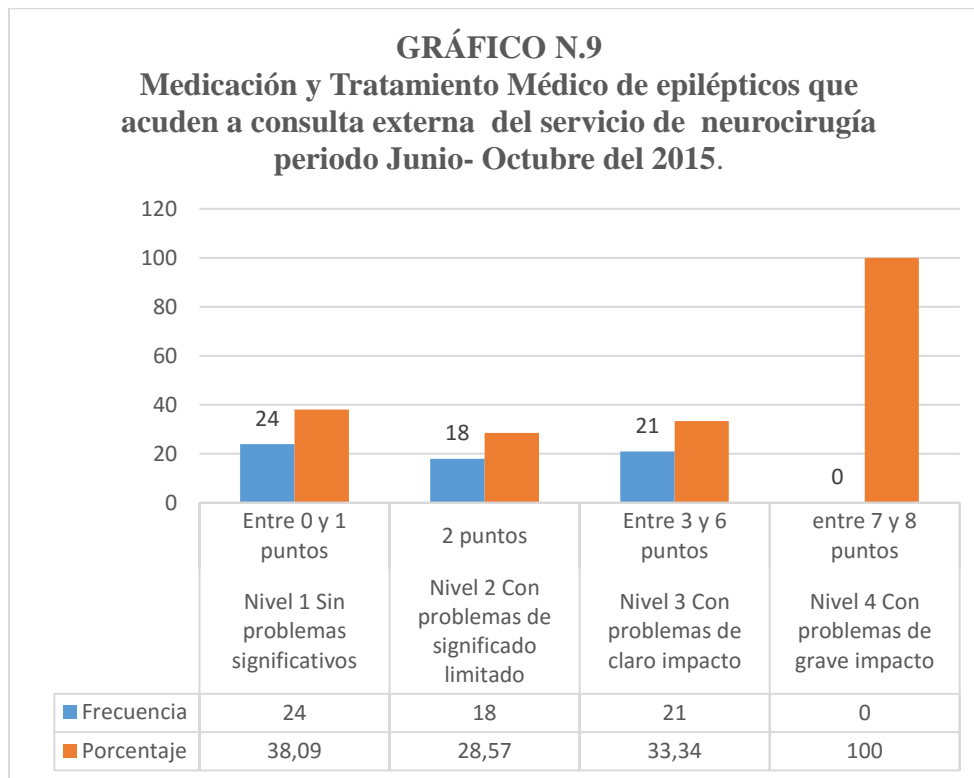
CUADRO N.9

Medicación y Tratamiento Médico de epilépticos que acuden a consulta externa del servicio de neurocirugía periodo Junio- Octubre del 2015.

Medicación y Tratamiento Médico			
Niveles de adaptación		Frecuencia	Porcentaje
Nivel 1 Sin problemas significativos	Entre 0 y 1 puntos	24	38,09
Nivel 2 Con problemas de significado limitado	2 puntos	18	28,57
Nivel 3 Con problemas de claro impacto	Entre 3 y 6 puntos	21	33,34
Nivel 4 Con problemas de grave impacto	entre 7 y 8 puntos	0	100
Total		63	100

FUENTE: Test de Washington.

ELABORACIÓN: Paulina E. Becerra R.



ANÁLISIS: Con referencia a la medicación y tratamiento médico el total válidos es de 63 pacientes en esta escala; ubicándose en el nivel 1 de adaptación psicossocial sin problemas significativos que representa un 38.09%.

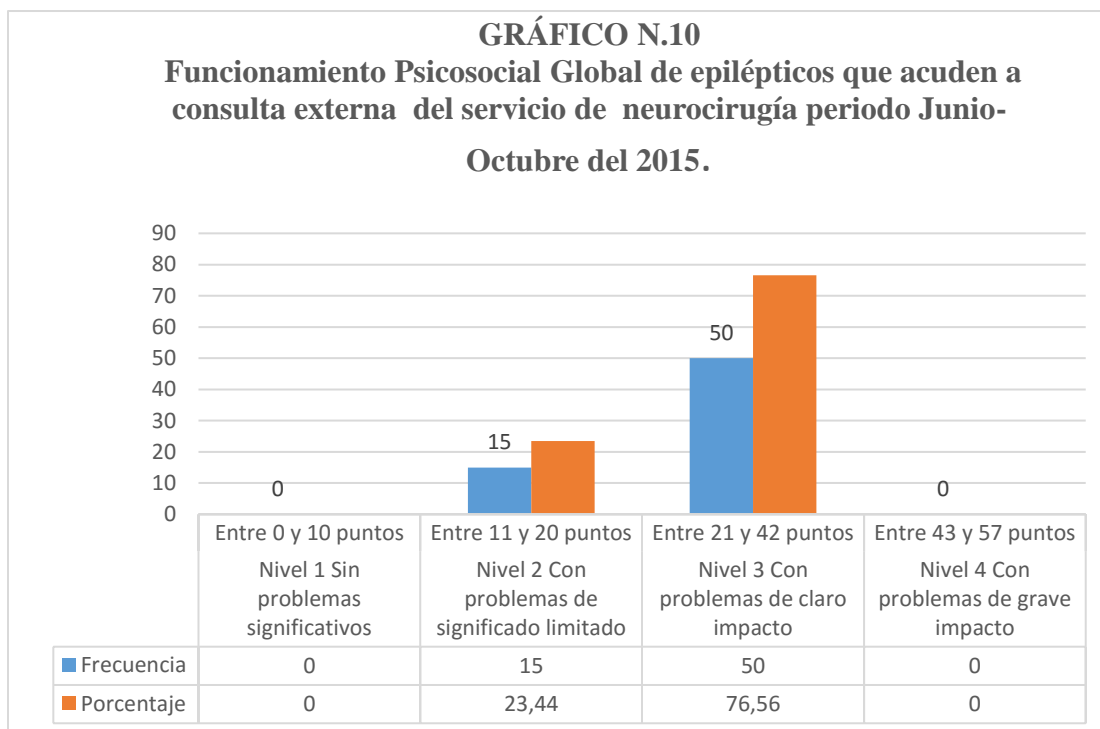
CUADRO N.10

Funcionamiento Psicosocial Global de epilépticos que acuden a consulta externa del servicio de neurocirugía periodo Junio- Octubre del 2015.

Funcionamiento Psicosocial Global			
Niveles de adaptación		Frecuencia	Porcentaje
Nivel 1 Sin problemas significativos	Entre 0 y 10 puntos	0	0
Nivel 2 Con problemas de significado limitado	Entre 11 y 20 puntos	15	23,44
Nivel 3 Con problemas de claro impacto	Entre 21 y 42 puntos	50	76,56
Nivel 4 Con problemas de grave impacto	Entre 43 y 57 puntos	0	0
Total		65	100

FUENTE: Test de Washington.

ELABORACIÓN: Paulina E. Becerra R.



ANÁLISIS: En lo referente al funcionamiento psicosocial global el total válidos es de 65 pacientes en esta escala; ubicándose en el nivel 3 de adaptación psicosocial con problemas de claro impacto psicosocial que representa un 76.56%

g.) DISCUSIÓN

Uno de los principales objetivos del presente trabajo investigativo fue evaluar el estado psicológico y social de los 65 pacientes con antecedentes de epilepsia en etapa productiva que acuden a consulta externa del Hospital General Isidro Ayora de Loja, lo cual creó la expectativa para emprender en la indagación del problema.

En cuanto a las vivencias captadas a través de la aplicación del test de Washington a los pacientes involucrados se pudo observar con respecto al sexo del total de 65 pacientes encontramos un predominio en el género femenino que representa un 57.57% en comparación con el género masculino con un 42,43%. En referencia a la edad muestra una superioridad en la edad de 15-24 años con una frecuencia de 28 pacientes que equivale al 43.07%. Con respecto al estado psicosocial se encontró afectado su funcionamiento global en 4 de sus 7 escalas (historia familiar, adaptación emocional, interpersonal y los ataques) que evalúan este componente ubicándose en el nivel 3 de adaptación psicosocial que indican problemas de claro impacto en el ámbito psicosocial.

Se observa que en los pacientes con epilepsia, más que un trastorno psicopatológico específico, se presenta un amplio espectro de desórdenes psicosociales cuya naturaleza resulta a menudo más invalidante que las crisis mismas. En las demás áreas evaluadas por las escalas psicosociales del WPSI se alcanzaron resultados que denotan niveles de inadaptación significativos. De esta forma el área emocional mostró niveles de inadaptación psicosocial elevados en la mayor parte de los sujetos estudiados. La estimación de los elementos reactivos

transitorios vinculados a la esfera afectiva demostró un amplio predominio de los afectos negativos en la epilepsia. (Iglesias More, 2013).

De manera total, este resultado coincide con los obtenidos en países latinoamericanos, ente ellos Chile en el Hospital psiquiátrico de Santiago y los consultantes de la Liga Chilena contra la Epilepsia que pudieron demostrar que en la mayor parte de los pacientes con epilepsia el indicador “Funcionamiento psicosocial global” alcanza un nivel 3 de gravedad caracterizado por la existencia de “problemas definidos de claro impacto en el ajuste psicosocial”. Se cree que ello es consecuencia de: auto concepto y autoestima distorsionados, hecho probablemente ligado al estigma concurrente a la epilepsia. Suprema dependencia y sumisión a tal punto que experimentan dificultades para vivir independientemente, Elevada prevalencia de síntomas depresivos (Salud, 2013). Datos que concuerdan con este trabajo investigativo ya que estos pacientes tienen un nivel de adaptación deficiente y por lo tanto es vulnerable a las dificultades que el paciente epiléptico encuentra tanto es su auto apreciación como las consecuencias que por ende esta patología puede provocarle en su adaptación psicosocial.

En Cuba en el Hospital Psiquiátrico de la Habana según la escala de medicación y tratamiento médico no parece ser un área especialmente conflictiva para los pacientes con epilepsia. A ello contribuye de manera significativa el hecho de contar con una política de salud a escala nacional que garantiza la atención a todos los enfermos, además de enfatizar en el aspecto preventivo; esto concuerda con nuestro estudio ya que estas escalas se encuentra dentro del nivel 1 sin problemas significativos en el ámbito psicosocial. (Roche, Alfonso, Serguei, & Moré, 2013)

h). CONCLUSIONES.

El sexo de los pacientes epilépticos que acuden a consulta externa del servicio de neurocirugía del Hospital General Isidro Ayora de Loja en el periodo Junio- Octubre del 2015 del total de 65 pacientes, encontramos un predominio en el sexo femenino con una frecuencia de 38 que representa un 57.57% en comparación con el género masculino con un porcentaje del 42,43%.

Con referencia a la edad de pacientes epilépticos que acuden a consulta externa del servicio de neurocirugía en etapa productiva hay un superioridad en la edad de 15-24 años con una frecuencia de 28 pacientes del total de 65 pacientes y con menor la edad entre 55 y 64 años que representa el 3,09%

Refiriéndonos al estado psicosocial de pacientes epilépticos que acuden a consulta externa del servicio de neurocirugía concluimos que se encuentra afectada el funcionamiento psicosocial global en 4 de sus 7 escalas que evalúan este componente como son: la historia familiar tenemos un total válidos de 65 pacientes; ubicándose en el nivel 3 de adaptación psicosocial con un porcentaje del 80%; entre las preguntas más sobresalientes que el 69.23% respondieron que sus padres peleaban con frecuencia cuando eran niños, un 26.15% si le costaba trabajo hacer amigos cuando eran niños y un 9.23% si ha huido de su casa alguna vez. Así como en la adaptación emocional tenemos un total válidos de 64 pacientes en esta escala; ubicándose en el nivel 3 de adaptación que representa el 90,62%; entre las respuestas de esta escala las más llamativas tenemos el 23.07 siente que si se está enloqueciendo, al igual que el 18,46% responde que si necesita atención psiquiátrica inmediata, así como el 13,84 siente deseos de morirse y el 79.92 si se irrita con facilidad. Con respecto a la adaptación interpersonal tenemos un total válidos de 64

pacientes en esta escala; ubicándose en el nivel 3 de adaptación con un 81,25% y por último en lo correspondiente a la adaptación a los ataques el total válidos es de 64 pacientes en esta escala; ubicándose en el nivel 3 de adaptación psicosocial que representa un 54.70% por lo cual se concluye que estas escalas se encuentran con problemas de claro impacto en el ámbito psicosocial.

h) RECOMENDACIONES

- Promoción de salud haciendo referencia a un fomento de un estilo de vida adecuado o facilitador de la adaptación psicosocial del paciente con epilepsia, utilizando técnicas educativas y psicoterapéuticas que se contemplen potencialidades adaptativas ante las limitaciones que la enfermedad impone.
- Prevención de las enfermedades, se refiere a prevenir las manifestaciones agudas de la epilepsia a partir de la formación de habilidades para el afrontamiento constructivo al estrés. Empleando la terapia grupal utilizando técnicas cognitivo-conductuales y afectivas para fortalecer el conocimiento y dominio del estrés.
- Atención a los enfermos y personas con secuelas, potencializando la aceptación de la enfermedad como condición intrínseca de la vida de cada. Utilizando técnicas psicoterapéuticas y educativas para promover el desarrollo de una actitud responsable ante la enfermedad y para la asimilación de las limitaciones que como secuela pudo dejar.
- Adecuación de los servicios de salud a las necesidades de quienes los reciben en este caso de los pacientes con epilepsia.

i). REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cerrahisi, E. E. (2008). Psychosocial Outcome after Extratemporal Epilepsy Surgery : A Prospective Sonras › Psikososyal Sonuçlar : Prospektif Klinik bir Çal › flma. *Turkish Neurosurgery*, (514), 114–124.
2. D. Luzán, M. Pérez, S. M. (2009). CAPÍTULO 11 ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA DE LAS CRISIS DE EPILEPSIA. Retrieved from <http://www.epilepsiasen.net/system/files/capitulo11.pdf>
3. De Felipe, J. (2002). Aspectos psicológicos de la epilepsia, *34*(9), 856–860. Retrieved from http://www.epilepsiaecuador.org/campusabbot/modulos/documentos/modulo10_LECTURA_1.pdf
4. Elizabeth L. Reisinger; (2009). Individual, seizure-related, and psychosocial predictors of depressive symptoms among people with epilepsy over six months. <http://doi.org/10.1016>
5. Fabelo, J., & Iglesias, S. (2010). CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON EPILEPSIA . PSYCHOSOCIAL IMPACT OF THE ILLNESS IN QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH EPILEPSY . *Revista Salud & Sociedad*, (2), 89–100. <http://doi.org/ISSN 0718-7475>
6. Factors, P., The, I. N., Care, P., & People, O. F. (2012). VARIABLES PSICOSOCIALES EN EL SEGUIMIENTO. *Revista de La Facultad de Química Farmacéutica*, *19*(0121-4004), 270–279.
7. Gómez-alonso, J., & Bellas-lamas, P. (2011). Nueva clasificación de las epilepsias de la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE): ¿ un paso en dirección equivocada ?, *52*(9), 541–547.
8. Iglesias More, S. (2013). No Title. *Revista Salud & Sociedad*, *1*, 12. <http://doi.org/ISSN 0718-7475>
9. Ildefonso, R., Saúl, R., Pablo, S., Arco, J. De, Ii, L., Carlos, V., ... Ix, P. (2012). Estadistas con epilepsia, *13*(1), 36–55. Retrieved from <http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2012/11/Nm121-06.pdf>
10. INEC. (2011). SITUACION DE LA EPILEPSIA EN ECUADOR. Retrieved from <http://redatam.inec.gob.ec/cgi-bin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=VITAL2011&MAIN=WebServerMain.inl>
11. Lopez Diaz Luis Manuel, V. O. F. X. (2009). *Agresividad y violencia en epilepsia*. editorial Club Universitario. Retrieved from <https://books.google.com.ec/books?id=7ZX9CAAQBAJ&pg=PT3&dq=neurologia+epilepsia&hl=es&sa=X&ei=zXyUVaKJMizk-AGazIuoCA&ved=0CCUQ6AEwA#v=onepage&q=neurologia+epilepsia&f=false>
12. López-meraz, M. L., Rocha, L., Miquel, M., Hernández, M. E., Cárdenas, R. T., Coriávilá, G. A., ... Manzo, J. (2009). Conceptos básicos de la epilepsia, *52*(228).
13. Martínez, M. L. (2013). El Dr . Manuel González Echeverría en la historia de la, *3*(139).
14. Martino, G. R. (2007). *Manual de Epilepsia*. Nobuko. Retrieved from https://books.google.com.ec/books?id=JZ-uMMM34JcC&dq=neurologia+personalidad+y+epilepsia&hl=es&source=gbs_navlinks_s

15. Michelle, F. M. M. (2010). *Neurología* (segunda ed). Editorial medica Panamericana. Retrieved from <https://books.google.com.ec/books?id=YtYhmi3hKy8C&pg=PA87&dq=neurologia+epilepsia&hl=es&sa=X&ei=hHOUVYyYCIImq-QGYioHIAw&ved=0CE8Q6AEwCQ#v=onepage&q=neurologia+epilepsia&f=false>
16. Muñiz Landeros, C. E. (2013). *Neurología Clínica de Rangel Guerra* (Primera ed). Editorial el Manual Moderno. Retrieved from <https://books.google.com.ec/books?id=VechCQAAQBAJ&pg=PT295&dq=neurologia+personalidad+y+epilepsia&hl=es&sa=X&ei=SX2VVeDaNYi6ggTMjYuAAQ&ved=0CEkQ6AEwCQ#v=onepage&q=neurologia+personalidad+y+epilepsia&f=false>
17. Nariño, D., & Quintero, R. (2011). Definición, clasificación y semiología del estado epiléptico. *Acta Neurol Colomb*, 1–10.
18. Nogales Gaete, J. (2005). *Tratado de Neurología Clínica*. Editorial Universitario. Retrieved from https://books.google.com.ec/books?id=89L2F1-Fs3MC&dq=neurologia+personalidad+y+epilepsia&hl=es&source=gbs_navlinks_s
19. OMS. (2012). Situacion actual de la epilepsia.
20. Roche, J. R. F., Alfonso, I. L. M., Serguei, I. I., & Moré, I. (2013). La aceptación de la enfermedad y la adhesión al tratamiento en pacientes con epilepsia The acceptance of disease and the treatment adherence in the patient with epilepsy. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(1), 3–11.
21. Salud, O. panamericana de. (2013). *Informe sobre la epilepsia en latinoamérica* (p. 92). Panamá. Retrieved from http://new.paho.org/hq/dmdocuments/Informe_sobre_epilepsia.pdf
22. Simón, B. (2009). LA EPILEPSIA: HISTORIA, CONCEPTOS Y APORTACIONES. Retrieved from <http://www.elementos.buap.mx/num17/pdf/3.pdf>
23. Washington, D. (2013). *Informe sobre la Epilepsia en América Latina y el Caribe*.

j) ANEXOS

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

MEDICINA

Fecha:.....

Yo..... con documento de identidad N°..... certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respeto al ejercicio académico que el estudiante..... Me ha invitado a participar que actuó consecuentemente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo a este procedimiento de forma activa. Soy conocedor de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo considere conveniente y sin necesidad de justificación alguna, que no me harán devolución escrita y que no se trata de una intervención con fines de tratamiento psicológico.

Que se respeta la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada.

Estudiante de Medicina: Paulina Elizabeth Becerra Romero
C.C. 1105015455

FIRMA DEL PACIENTE INFORMADO

Anexo 2

TEST DE WASHINGTON

Fecha _____ Edad _____

Nombre _____

A continuación presentamos algunas preguntas, decida si la opción .Si. o .No., constituye la mejor descripción de sus sentimientos y acciones habituales marcándolo en la casilla correspondiente. Trabaje con rapidez y avance directamente de una pregunta a la siguiente. Trate de no dejar ninguna pregunta sin responder.

PREGUNTAS			
1. ¿Por lo general se siente cansado?	SI	NO	
2. ¿Fue usted un niño generalmente feliz?	SI	NO	
3. ¿Necesita orientación vocacional o laboral?	SI	NO	
4. ¿Teme desagradar o ser rechazado por los demás durante o después de haber tenido un ataque?	SI	NO	
5. ¿Le agrada el lugar donde vive?	SI	NO	
6. ¿Le resulta difícil tomar siempre sus medicamentos cuando debe hacerlo?	SI	NO	
7. ¿Disfruta de las reuniones sociales?	SI	NO	
8. ¿Tiene la sensación de estar enloqueciendo?	SI	NO	
9. ¿Lleva una vida libre de problemas?	SI	NO	
10. ¿Tiene dificultades en la esfera sexual?	SI	NO	
11. ¿Por lo general es capaz de pensar con claridad?	SI	NO	
12. ¿Alguna vez escapó de su casa?	SI	NO	
13. ¿Sus ataques le impiden conducir un auto?	SI	NO	
14. ¿Generalmente se siente parte del grupo en que se encuentra?	SI	NO	
15. ¿Sus preocupaciones en la esfera laboral con frecuencia le traen dificultades para dormir?	SI	NO	
16. ¿Tiene usted un brillante futuro vocacional o laboral?	SI	NO	
17. ¿Está usted siempre alegre?	SI	NO	
18. ¿Su médico conoce plenamente todos sus problemas de salud?	SI	NO	
19. ¿La incapacidad para concentrarse le resulta un problema?	SI	NO	
20. ¿Tiene problemas para tomar decisiones?	SI	NO	
21. ¿Ha buscado alguna vez ayuda psicológica?	SI	NO	
22. ¿Por lo general no se siente deprimido?	SI	NO	
23. ¿Alguna vez se ha sentido tenso o ansioso?	SI	NO	
24. ¿No tiene problemas con su familia?	SI	NO	
25. ¿Tiene usted mas días buenos que malos?	SI	NO	
26. ¿Se mudaría usted si tuviera la oportunidad de hacerlo?	SI	NO	
27. ¿Le inquieta su futuro?	SI	NO	
28. ¿Le dedica su médico siempre todo el tiempo que usted desearía?	SI	NO	

29. ¿Prefiere siempre ganar en los juegos?	SI	NO
30. ¿Acepta usted las limitaciones que le imponen sus ataques	SI	NO
31. ¿Se siente usted amargado por sus ataques?	SI	NO
32. ¿Los medicamentos que toma le afectan su piel y su rostro?	SI	NO
33. ¿Se siente usted útil la mayor parte del tiempo?	SI	NO
34. ¿Alguna vez ha perdido un trabajo por causa de sus ataques?	SI	NO
35. ¿Alguna vez ha llegado tarde a una cita?	SI	NO
36. ¿Evita usted las situaciones sociales por timidez?	SI	NO
37. ¿Necesita atención psiquiátrica inmediata?	SI	NO
38. ¿Dispone de suficiente dinero para hacer la mayoría de las cosas que quiere hacer?	SI	NO
39. ¿Estaría usted en otra tarea o tipo de trabajo si no tuviera ataques?	SI	NO
40. ¿Siente que controla plenamente su mente?	SI	NO
41. ¿Se siente complacido con sus contactos sociales?	SI	NO
42. ¿Generalmente se siente descansado y económicamente seguro cuando despierta?	SI	NO
43. ¿Piensa que su médico verdaderamente se interesa por usted?	SI	NO
44. ¿Siente que la mayoría de las personas son falsas o no sinceras	SI	NO
45. ¿Está usted satisfecho con su vida tal como es ahora?	SI	NO
46. ¿Tiene usted suficiente contacto diario con otras personas	SI	NO
47. ¿Le costaba trabajo hacer amistades cuándo era niño?	SI	NO
48. ¿Por lo general no se siente tenso ni preocupado?	SI	NO
49. ¿Tiene usted alguien en quien pueda confiar?	SI	NO
50. ¿Cree UD, que alguien pueda sentir lástima de sí mismo por padecer esta enfermedad?	SI	NO
51. ¿La epilepsia le impide experimentar satisfacción en su trabajo?	SI	NO
52. ¿Está perdiendo su capacidad de pensar con claridad?	SI	NO
53. ¿Se siente completamente satisfecho con su médico?	SI	NO
54. ¿Era usted bien aceptado por los maestros en la escuela?	SI	NO
55. ¿Con frecuencia tiene sentimientos de culpa por sus pensamientos?	SI	NO
56. ¿Actualmente no se siente avergonzado por ataques?	SI	NO
57. ¿Por lo general las personas le prestan atención cuando usted habla?	SI	NO
58. ¿Es usted totalmente capaz de resolver cualquier situación?	SI	NO
59. ¿Ha realizado usted prácticas sexuales que le causan inquietud o preocupación?	SI	NO
60. ¿Está su vida llena de actividades que lo mantienen motivado?	SI	NO
61. ¿Se siente generalmente feliz?	SI	NO
62. ¿Se le olvida con frecuencia tomar su medicina?	SI	NO
63. ¿Se siente a menudo inquieto?	SI	NO
64. ¿Le agrada la forma en que lo atiende su médico?	SI	NO
65. ¿Se siente a menudo decepcionado por las personas?	SI	NO
66. ¿Se siente usted lastimado con facilidad?	SI	NO

67. ¿Los ataques han arruinado su vida?	SI	NO
68. ¿Alguna vez ha tenido deseos de expresar malas o maldiciones hacia alguien?	SI	NO
69. ¿Tiene suficientes amigos?	SI	NO
70. ¿Ha sido operado alguna vez como tratamiento para su epilepsia?	SI	NO
71. ¿Los problemas causados por sus ataques le impiden obtener su buen trabajo?	SI	NO
72. ¿Siente que sus ataques están siendo controlados lo mejor posible?	SI	NO
73. ¿Tiene dificultades para hacer amistades?	SI	NO
74. ¿Se siente económicamente seguro?	SI	NO
75. ¿Sus medicamentos reducen su capacidad de funcionamiento?	SI	NO
76. ¿Alguna vez le ha desagradado alguien?	SI	NO
77. ¿Frecuentemente desea morir?	SI	NO
78. ¿Tiene algún amigo cercano?	SI	NO
79. ¿Se siente cómodo cuando esta solo, a pesar de posibles ataques?	SI	NO
80. ¿Se irrita o se pone molesto con facilidad?	SI	NO
81. ¿Con frecuencia siente que trabaja demasiado?	SI	NO
82. ¿Se siente insatisfecho con la situación actual de su vida?	SI	NO
83. ¿Siempre tiene suficiente dinero?	SI	NO
84. ¿Siempre dice la verdad?	SI	NO
85. ¿Sus padres discutían con frecuencia cuando usted era niño?	SI	NO
86. ¿Está usted sin trabajo debido a sus ataques?	SI	NO
87. ¿Tiene usted suficiente confianza en sí mismo?	SI	NO
88. ¿Teme a veces estar tomando sus medicinas incorrectamente?	SI	NO
89. ¿Cree UD, que puede ser un motivo para quitarse la vida el hecho de padecer cierta enfermedad?	SI	NO
90. ¿No tiene achaques, molestias o dolores?	SI	NO
91. ¿El transporte le resulta un problema?	SI	NO
92. ¿Teme usted a los accidentes?	SI	NO
93. ¿Con frecuencia siente que las personas tratan de culparlo o engañarlo?	SI	NO
94. ¿Con frecuencia está tenso o ansioso?	SI	NO
95. ¿Le resulta cómodo decirle a los demás que tiene ataques?	SI	NO
96. ¿Ha tenido usted buenas relaciones con su mamá?	SI	NO
97. ¿Siente que no puede modificar la situación actual de vida?	SI	NO
98. ¿Se siente ansioso o incómodo en las situaciones sociales?	SI	NO
99. ¿Alguna vez ha estado enojado con alguien? S N	SI	NO
100. ¿Se siente diferente o extraño debido a sus ataques?	SI	NO
101. ¿Recuerda haber tenido la enfermedad de Quidodzel?	SI	NO
102. ¿Su enfermedad le impide tener acceso transporte público?	SI	NO
103. ¿Le resulta difícil aceptar el problema de sus ataques?	SI	NO
104. ¿Podiera usted pensar con más claridad si no tuviera que tomar medicamentos para sus ataques?	SI	NO

105. ¿Constantemente los medicamentos que toma le producen problemas para dormir?	SI	NO
106. ¿Puede usted sufragar los gastos que le ocasiona su forma de vida actual?	SI	NO
107. ¿A menudo lo castigaban sin razón cuándo era niño?	SI	NO
108. ¿Teme que las personas se enteren que padece de ataques?	SI	NO
109. ¿Frecuentemente quiere hacer daño a los demás?	SI	NO
110. ¿Tiene oportunidades para superarse en su vocación o trabajo?	SI	NO
111. ¿Vive en constante temor de tener un ataque?	SI	NO
112. ¿Con frecuencia entra en conflicto con los demás? S N	SI	NO
113. ¿Durante su niñez se enfrascaba en muchas peleas?	SI	NO
114. ¿Generalmente se siente en paz consigo mismo?	SI	NO
115. ¿Ingiere drogas o alcohol en exceso?	SI	NO
116. ¿Tiene temor de tener un ataque en circunstancias penosas?	SI	NO
117. ¿Le molesta tener que ingerir medicamentos para controlar sus ataques?	SI	NO
118. ¿Se siente libre de preocupaciones acerca de su	SI	NO
119. ¿Tiene suficiente dinero para comprar lo que desea?	SI	NO
120. ¿Considera que sus padres realmente lo querían y se preocupaban por usted?	SI	NO
121. ¿Se desenvuelve sin dificultad en todas las actividades sociales?	SI	NO
122. ¿Se siente a gusto ante la presencia de personas del sexo opuesto?	SI	NO
123. ¿Le disgustan mucho otras personas que tienen ataques?	SI	NO
124. ¿Se siente satisfecho con su situación laboral?	SI	NO
125. ¿Conoce de alguien que se haya burlado de una persona que padezca esta enfermedad?	SI	NO
126. ¿Su médico siempre dedica tiempo para escucharlo?	SI	NO
127. ¿Se siente realizado vocacionalmente?	SI	NO
128. ¿Escucha voces cuando no hay nadie a su alrededor?	SI	NO
129. ¿Le resulta agradable salir no obstante la posibilidad de los ataques?	SI	NO
130. ¿Tiene dificultades para expresar su opinión delante de los demás?	SI	NO
131. ¿Tiene suficiente dinero para las necesidades básicas?	SI	NO
132. ¿Se sentía seguro en el hogar donde creció?	SI	NO

Anexo 3:

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL PARA PACIENTES EPILÉPTICOS

Este plan lo vamos a dividir en 4 ejes de acción, para la atención al paciente con epilepsia.

Eje de Acción I: Promoción de salud hace referencia a la promoción de un estilo de vida adecuado o facilitador de la adaptación psicosocial del paciente con epilepsia.

Se utilizan técnicas educativas y psicoterapéuticas que se contemplen potencialidades adaptativas ante las limitaciones que la enfermedad impone. En cada paciente epiléptico se identifican los comportamientos de riesgo con vistas a su eliminación. El consumo de drogas y alcohol, la reducción del horario de sueño, la fatiga excesiva, el descuido del tratamiento biológico, la exposición a ambientes de elevada estimulación visual y la realización de actividades en lugares realmente peligrosos ante una crisis repentina, son ejemplos de conductas que por lo general deben ser modificadas. Inversamente se estimulan comportamientos erróneamente reprimidos por estigmas familiares y sociales.

De ser necesario se interviene en familias, escuelas, centros de trabajo y comunidades para tratar de paliar situaciones críticas. Se inicia el adiestramiento de técnicas antiestrés.

Eje de Acción II: Prevención de las enfermedades, se refiere a la prevención de las manifestaciones agudas de la epilepsia a partir de la formación de habilidades para el afrontamiento constructivo al estrés.

Se emplean técnicas cognitivo-conductuales y afectivas para fortalecer el conocimiento y dominio del estrés, preparar al paciente para la elección de un afrontamiento constructivo y de esa forma evitar la aparición de las manifestaciones agudas de la epilepsia. El descontrol de las crisis epilépticas y las alteraciones psíquicas asociadas constituyen las verdaderas causas del

deterioro general al cual pueden llegar estos enfermos, por ello prevenir las descompensaciones es una tarea de primer orden.

Estas estrategias se organizaron según el área a la que predominan (cognitiva, afectiva o conductual).

Área cognitiva

- Reestructuración cognitiva: Ejercita al paciente en la identificación y modificación de las ideas irracionales que median entre los acontecimientos activantes y sus respuestas emocionales o conductuales.
- Aserción encubierta: Prepara al paciente en la utilización de pensamientos o imágenes afirmativas para enfrentar ideas de carácter repetitivo o pensamientos automáticos.
- Solución de problemas: Entrena al paciente para identificar sus problemas, generar alternativas de acción y ensayarlas paulatinamente.

Área afectiva.

- Relajación: Capacita al paciente para autocontrolarse y dominar su activación psicofisiológica mediante técnicas de focalización, respiración e imaginación.
- Inoculación del estrés: Instruye al paciente para utilizar las señales de tensión como aviso para relajarse y de esa forma enfrentar la activación psicofisiológica y las autoverbalizaciones estresantes.
- Control de la ira: Entrena al paciente para desactivar esta reacción emocional mediante procedimientos de contención, verbalización de los sentimientos y derivación de la energía resultante hacia otras actividades.

Área conductual

- Clarificación de valores: Hace consciente al paciente de los valores poseídos y de su influencia en las decisiones y relaciones con los demás.
- Guión asertivo: Capacita al paciente para perfeccionar la comunicación y las relaciones con otras personas mediante el análisis de situaciones estresantes y la modelación de la respuesta asertiva adecuada.
- Empleo del tiempo: informa al paciente acerca de la forma en que emplea el tiempo a partir de su graficación y sugiere propuestas para incidir en los desequilibrios entre el tiempo dedicado al trabajo, la familia, las actividades sociales, entre otros.

Eje de Acción III: Atención a los enfermos y personas con secuelas. Se pretende potencializar la aceptación de la enfermedad como condición intrínseca de la vida de cada.

Se utilizan técnicas psicoterapéuticas y educativas para promover el desarrollo de una actitud responsable ante la enfermedad y para la asimilación de las limitaciones que como secuela pudo dejar. Para ello se parte de identificar y modificar la tendencia a ocultar ante los demás y ante sí mismo que se padece esta enfermedad. Si se inicia de promover estilos de vida adecuados o facilitadores de la adaptación psicosocial del paciente con epilepsia y de generar ambientes positivos, de prevenir las descompensaciones deteriorantes y de mejorar los servicios de salud, no hay razón para asumir la enfermedad de manera inconsciente descuidando el tratamiento médico y las posibilidades de enriquecimiento espiritual.

Eje de Acción IV: Adecuación de los servicios de salud a las necesidades de quienes los reciben. Organizar una estrategia de capacitación en Epileptología dirigida a la superación profesional del Equipo Básico de Salud que atiende a cada paciente. Estas actividades de superación tienen por objetivo capacitar al Equipo Básico de Salud para que sus integrantes

tengan un conocimiento adecuado de las características de esta enfermedad y de los recursos terapéuticos afines. Este eje de acción incluye una propuesta de estrategia de capacitación y superación profesional en la que se incluyen tres niveles de ejecución. Al menos uno de ellos debe ser aplicado a un integrante del Equipo Básico de Salud que atiende a cada paciente.

Niveles de Ejecución:

- Nivel de ejecución informativo: Familiarización. Se facilita al Equipo Básico de Salud información científica actualizada sobre Epileptología a través de conferencias, materiales impresos y en soporte magnético.
- Nivel de ejecución aplicativo: Talleres participativos. Se instauran actividades participativas con integrantes del Equipo Básico de Salud en las que se entrenan en la aplicación de procedimientos psicoterapéuticos e instrumentos evaluativos, y se debaten textos especialmente elaborados para ello.
- Nivel de ejecución productivo: Cursos de postgrado. Se propicia la formación de postgrado en Epileptología de los integrantes del Equipo Básico de Salud que atiende al paciente.

Anexo 4:



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA
DIRECCIÓN

Oficio Nro. 20150731-D-ASH-UNL
Loja, 02 de junio de 2015

TRÁMITE NRO. 004685

Señor Ingeniero
Byron Guerrero Jaramillo
GERENTE DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" LOJA
Ciudad.-

HOSPITAL GENERAL
ISIDRO AYORA

RECIBIDO

Loja a 4/06/15 Hora 8:37

Firma: *Jessenia Romero*
SECRETARIA DE BERENCIA

De mi consideración:

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de solicitarle que en el contexto de la vigencia de la Norma Asistencial Docente entre el MSP y el CES, se permita el ingreso de la Srta. Paulina E. Becerra Romero, alumna del X Módulo de la carrera de Medicina Humana, para la obtención de información de los pacientes que acuden a consulta externa en el servicio de Neurología con la aplicación de un test y en Estadística en las historias clínicas de paciente epilépticos.

- SRTA. PAULINA E. BECERRA ROMERO
 - TEMA DE TESIS: "EVALUACIÓN PSICOSOCIAL DE PACIENTES EPILÉPTICOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA", bajo la dirección del Dr. Marlon Reyes Luna.

Por la gentil atención que se digne dar al presente, le anticipo mis debidos agradecimientos.

Muy atentamente,
EN LOS TESOROS DE LA SABIDURÍA,
ESTÁ LA GLORIFICACIÓN DE LA VIDA.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO
ÁREA DE LA SALUD HUMANA

RECIBIDO POR: *mo*
FECHA: 03-06-2015
HORA: 15:35

Rosa A. Rojas Flores
Lic. Rosa A. Rojas Flores, Mg. Sc.
DIRECTORA (E)

Autorizado
Junio 2015
Srta. Quijano
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

cc. Srta. Paulina Becerra R.
Archivo
RARF/pss

Construyendo juntos la Nueva Universidad

Av. Manuel Ygnacio Monteros. Tel: 2571379 Ext. 101 – 102

www.unl.edu.ec

f UNL - Universidad Nacional de Loja @nacionaldeloja nacionaldeloja

ACREDITADA-Resolución N°001-073-CEAGCES-2013

Anexo 5:**INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

HISTORIA FAMILIAR						
PREGUNTAS (11)	SI		NO		NULA	
	F	%	F	%	F	%
2. En general se sentía feliz cuando era niño?	36	55.38	26	40.00	3	4.62
12. Ha huido de su casa alguna vez?	6	9.23	59	90.77		
24. Está libre de problemas familiares	36	55.38	29	44.62		
47. Le costaba trabajo hacer amigos cuando era niño?	17	26.15	48	73.85		
54. Era bien aceptado por sus maestros en la escuela?	51	78.46	14	21.54		
85. Sus padres peleaban con frecuencia cuando usted era niño?	45	69.23	20	30.77		
96. Se lleva bien con su mamá?	59	90.76	6	9.24		
107. A menudo, cuando era niño, lo castigaban sin razón	8	12.30	57	87.70		
113. Cuando era niño se veía envuelto frecuentemente en peleas?	26	40.00	39	60.00		
120. Piensa que sus padres realmente se ocupaban de usted?	60	92.30	5	7.70		
132. Se sentía seguro en el hogar donde se crio?	62	95.38	3	4.62		
TOTAL	409		306			
FRECUENCIA	37		28			
PORCENTAJE	57,2		42,8			

ADAPTACIÓN EMOCIONAL						
PREGUNTAS (34)	SI		NO		NULA	
	F	%	F	%	F	%
1. Se siente regularmente cansado	30	46.15	35	53.85		
5. Le gusta a usted el área en que vive	65	100.00	0	0		
8. Siente que está enloqueciendo	15	23.07	50	76.93		
9. Se siente sin problemas	15	23.07	50	76.93		
10. Tiene usted problemas sexuales	5	7.69	60	92.31		
11. En general, puede usted pensar con claridad	35	53.84	30	46.16		
17. Está usted siempre contento?	35	53.84	30	46.16		
19. Tiene problemas al costarse?	48	73.84	17	26.16		
20. Se le hace difícil tomar decisiones?	38	58.46	27	41.54		
22. En general, se siente sin depresión mental	21	32.30	44	67.70		
25. Tiene usted más días buenos que días malos?	47	72.30	18	27.70		
27. Se siente inseguro de su futuro	45	69.23	20	30.77		
28. Le dedica su médico el tiempo que usted desea?	41	63.08	21	32.30	3	4.62
37. Necesita usted atención psiquiátrica inmediata?	12	18.46	53	81.54		
40. Se siente completamente en control de sus facultades mentales?	48	73.84	17	26.16		
45. Se siente satisfecho con su estilo de vida en el presente?	65	100.00	0	0		
50. Ha sentido, alguna vez, lástima por si mismo?	37	59.92	28	43.08		
55. Tiene a menudo, sentimientos de culpabilidad por lo que piensa?	18	27.69	44	67.69	3	4.62
58. Es usted totalmente capaz de enfrentarse a cualquier situación?	44	67.69	18	27.69	3	4.62
59. Ha participado en prácticas sexuales que le causen preocupación o inquietud?	9	13.84	56	86.16		
61. Se siente usted feliz usualmente	62	95.38	3	4.62		
66. Se hieren sus sentimientos con mucha facilidad?	38	58.46	24	39.92	3	4.62
77. Siente, a menudo, deseos de morirse?	9	13.84	56	86.16		
80. Se irrita usted con facilidad?	50	79.92	15	23.08		
90. Se siente libre de dolores?	23	35.38	39	60.00	3	4.62
94. Se siente tenso y ansioso con frecuencia	21	32.30	44	67.70		
97. Se siente atrapado en su modo de vida actual?	30	46.15	35	53.85		
110. Tiene oportunidades para mejorarse en su oficio y profesión?	42	64.61	18	27.69	5	7.70
112. Se encuentra a menudo en conflictos con los demás?	6	9.23	58	89.23	1	1.54
114. Se siente, por lo general, en paz consigo mismo?	50	79.92	15	23.08		
118. Se siente sin preocupaciones por su salud?	27	41.53	38	58.46		
TOTAL	1031		963		6	
FRECUENCIA	34		30		1	
PORCENTAJE	53.12		46.88			

ADAPTACIÓN INTERPERSONAL						
PREGUNTAS (22)	SI		NO		NULA	
	F	%	F	%	F	%
7. Disfruta de las reuniones familiares?	40	61,53	25	38,47		
14. Se siente usted parte del grupo en que se encuentra?	50	79,92	15	23,08		
33. Se siente útil la mayor parte del tiempo?	39	60,00	23	35,38	3	4,62
36. Evita las reuniones sociales por timidez?	20	30,76	45	69,24		
41. Se siente satisfecho con sus relaciones sociales?	53	81,53	9	13,84	3	4,62
49. Tiene a alguien en quien confiar?	57	87,69	8	13,31		
52. Está usted perdiendo la habilidad para pensar claramente?	24	39,92	41	63,07		
57. Por lo general, otras personas le ponen atención cuando usted habla?	54	83,07	6	9,23	5	7,70
60. Está su vida llena de actividades interesantes?	50	79,92	15	23,08		
65. Se siente decepcionado a menudo?	12	18,46	53	81,54		
69. Tiene usted suficientes amigos?	44	67,69	21	32,31		
73. Le es difícil tener amistades nuevas?	26	40,00	39	60,00		
78. Tiene usted un amigo o amiga de confianza?	56	86,15	9	13,85		
79. Se siente cómodo al estar solo sabiendo que puede tener un ataque?	27	41,53	38	58,46		
82. Está usted descontento con su modo de vida actual?	21	32,30	44	67,70		
93. Piensa a menudo que la gente trata de engañarle?	24	36,92	41	63,08		
98. Se siente ansioso a molesto en situaciones sociales?	12	18,46	53	81,54		
121. Se ha sentido siempre completamente cómodo en todas las situaciones sociales?	48	73,84	17	26,16		
122. Se siente cómodo alrededor de personas del sexo opuesto?	50	79,92	15	23,08		
130. Tiene dificultad para expresarse en el hogar donde se crió?.	24	36,92	41	63,08		
TOTAL	731		558		1	
FRECUENCIA	36		28			
PORCENTAJE	56,25		43,08			

ADAPTACIÓN VOCACIONAL						
PREGUNTAS (12)	SI		NO		NULA	
	F	%	F	%	F	%
3. Necesita usted los servicios de un consejero vocacional para decidir su tipo de trabajo?	21	32,30	42	64,62	2	3,08
15. Tiene, a menudo dificultad para dormir?	21	32,30	42	64,62	2	3,08
16. Es prometedor su futuro vocacional?	33	50,76	30	46,16	2	3,08
26. Se mudaría si tuviera la oportunidad?	42	64,61	23	35,39		
39. Tendría usted otro tipo de trabajo si no fuera por los ataques?	30	46,16	33	50,76	2	3,08
51. Le impide la epilepsia experimentar satisfacción en su trabajo o empleo?	24	39,92	39	57,00	2	3,08
71. Los ataques le impiden conseguir un buen empleo?	21	32,30	42	64,62	2	3,08
86. Esta usted desempleado a causa de sus ataques epilépticos?	12	18,46	47	72,30	6	9,24
91. Tiene problemas de transporte?	15	23,07	50	76,98		
102. Le gustaría tener más acceso al transporte público?	36	55,38	23	35,38	6	9,24
124. Se siente satisfecho con su empleo?	36	55,38	24	39,92	5	7,69
127. Se siente sin preocupaciones en el área vocacional?	33	50,76	30	46,16	2	3,08
TOTAL	324		425		3	
FRECUENCIA	27		35		3	
PORCENTAJE	43.54		56.45			

SITUACIÓN ECONÓMICA						
PREGUNTAS (7)	SI		NO		NULA	
	F	%	F	%	F	%
38. Tiene suficiente dinero para hacer las cosas que quiere hacer?	15	23,07	47	72,30	3	4,63
42. Se siente, por lo general descansado a despertar?	39	60,00	26	40,00		
74. Se siente económicamente seguro?	30	46,15	29	44,61	6	9,24
83. Tiene usted suficiente dinero?	21	32,30	38	58,46	6	9,24
106. Puede usted costear su modo de vida actual?	37	56,92	26	40,00	2	3,08
119. Tiene suficiente dinero para pagar sus cuentas?	27	41,53	36	55,39	2	3,08
131. Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades básicas?	33	50,76	32	49,24		
TOTAL	202		234			
FRECUENCIA	29		34		2	
PORCENTAJE	46.03		53.97			

ADAPTACIÓN A LOS ATAQUES						
PREGUNTAS (15)	SI		NO		NULA	
	F	%	F	%	F	%
4. Teme desagradar o ser rechazado por los demás después de haber tenido un ataque?	39	60,00	23	35,38	3	4,62
31. Tiene resentimientos por los ataques epilépticos?	36	55,38	27	41,53	2	3,08
56. Se siente libre de vergüenza de los ataques?	42	64,61	21	32,30	2	3,08
67. Han arruinado su vida los ataques epilépticos?	18	27,69	44	67,69	3	4,62
75. Sus medicinas le impiden funcionar bien?	21	32,31	44	67,69		
88. Teme a veces estar tomando su(s) medicina(s) incorrectamente?	30	46,16	33	50,76	2	3,08
92. Teme tener un accidente?	24	39,92	36	55,38	5	7,69
100. Se siente extraño o distinto a las demás personas debido a los ataques?	27	41,53	35	53,84	3	4,62
103. Tiene dificultad en aceptar sus ataques de epilepsia?	30	46,16	35	53,84		
108. Teme que la gente sepa que usted padece ataques epilépticos?	41	63,08	24	39,92		
111. Vive en constante temor de sufrir un ataque?	38	58,47	27	41,53		
116. Teme tener un ataque en situaciones penosas?	21	32,31	44	67,69		
117. Resiente tener que tomar medicinas para controlar sus ataques?	24	39,92	39	60,00	2	3,08
125. Se han burlado de usted alguna vez a causa de sus ataques?	26	40,00	39	60,00		
129. Se siente bien cuando sale sabiendo que puede tener un ataque?	48	73,85	17	26,15		
TOTAL	465		488		1	
FRECUENCIA	31		33			
PORCENTAJE	48.43		51.57			

MEDICACIÓN Y TRATAMIENTO MÉDICO						
PREGUNTAS (8)	SI		NO		NULA	
	F	%	F	%	F	%
18. Considera usted que su doctor entiende completamente todos sus problemas médicos?	53	81,53	12	18,47		
43. Piensa usted que su doctor se ocupa verdaderamente de usted como persona?	60	92,31	3	4,61	2	3,08
53. Se siente completamente satisfecho con su médico?	56	86,15	6	9,23	3	4,62
62. Se le olvida tomar su medicina con frecuencia?	12	18,46	53	81,54		
63. Se siente inquieto a menudo?	35	53,84	27	41,54	3	4,62
64. Le agrada a usted su médico?	53	81,54	6	9,23	6	9,24
72. Opina usted que sus ataques están siendo bien controlados lo mejor posible?	15	23,08	47	72,30	3	4,62
105. Tiene dificultad para dormir constantemente?	15	23,08	50	76,92		
TOTAL	299		204		1	
FRECUENCIA	38		26			
PORCENTAJE	59.37		40.63			

Anexo 6:



THE CANADIAN HOUSE CENTER

THE CANADIAN HOUSE CENTER

El que suscribe, en representación de **THE CANADIAN HOUSE CENTER CIA. LTDA**, el cual está aprobado por el **Ministerio de Educación del Ecuador** según resolución Ministerial N° 320 - 15.

CERTIFICA.-

Que el resumen de tesis titulada **“EVALUACIÓN PSICOSOCIAL DE PACIENTES EPILÉPTICOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA”** realizado por **PAULINA ELIZABETH BECERRA ROMERO** con cédula de identidad 1105015455 estudiante de la **CARRERA DE MEDICINA HUMANA** de la Universidad Nacional de Loja, ha sido debidamente traducido por el Lic. Ross Sampayo docente coordinador de nuestra prestigiosa entidad especializada en la buena enseñanza del idioma inglés.

Se expide el presente documento, de acuerdo a la Ley, para los fines necesarios.

Loja, 19 de Septiembre de 2016



Lic. Ross Sampayo
COORDINADOR GENERAL
THE CANADIAN HOUSE CENTER

www.thecanadianhousecenter.com
Loja Matriz: Venezuela 19-77 Entre José María Peña y Av. Pío Jaramillo Alvarado • Loja-Ecuador • Teléfonos: 2584334/2584450
Loja Centro: Miguel Ríofrío 14-35 Entre Bolívar y Sucre • Loja-Ecuador • Teléfono: 2571800

 /CHCLoja
 @CHCLoja