



## **ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**Tema:**

“APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA  
PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL EN  
PACIENTES EPILÉPTICOS CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS,  
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL  
PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA”

**Disertación de grado previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica**

**Línea de Investigación:**

Psicopatología de la Salud

**Autora:**

CARINA ESTEFANÍA CASTILLO VALDIVIEZO

**Director:**

PAÚL MARLON MAYORGA LASCANO, Dr.

**Ambato- Ecuador**

**Junio 2014**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO**

**HOJA DE APROBACIÓN**

**Tema:**

“APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA  
PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL EN  
PACIENTES EPILÉPTICOS CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS,  
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL  
PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA”

**Línea de Investigación:**

Psicopatología de la Salud

**Autora:**

Carina Estefanía Castillo Valdiviezo

Paúl Marlon Mayorga Lascano, Dr.  
CALIFICADOR

f. \_\_\_\_\_

Sandra Elizabeth Santamaría Guisamana, Ps. Cl.  
CALIFICADORA

f. \_\_\_\_\_

Liliana Alejandra Naranjo Guevara, Ps. Cl.  
CALIFICADORA

f. \_\_\_\_\_

Víctor Manuel Cuadrado Rodríguez, Ps. Cl.  
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

f. \_\_\_\_\_

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr.  
SECRETARIO GENERAL PUCESA

f. \_\_\_\_\_

Ambato-Ecuador

Junio 2014

## **DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD**

Yo, Carina Estefanía Castillo Valdiviezo, portadora de la cédula de identidad N° 060298527-7 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo a la obtención del Título de Psicóloga Clínica son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola exclusiva responsabilidad legal y académica.

---

Carina Estefanía Castillo Valdiviezo

CI. 060298527-7

## **DEDICATORIA**

A Kelly y su enorme fortaleza y amor por la vida...

## AGRADECIMIENTO

A la entrega, bondad, transparencia y los desvelos de mi primera y gran mujer, Nelly

A la responsabilidad y compromiso por tu legado, Iván,

A los pies rebeldes del gran amor que me inspira, Kelly,

A mis sabios errores de juventud y sus recuerdos,

A su transparencia, fidelidad y confianza en medio del caos, Carmy,

A todo aquello que rememora esta mi canción con mariposas,

velas encendidas, piel de hierba, campanas, trinos,

bocinas de autobuses, ladridos y silencios...

## RESUMEN

La disertación presenta como objetivo aportar al mejoramiento de la adaptación psicosocial en un grupo de pacientes con diagnóstico de epilepsia a través de la aplicación de un programa de intervención psicológica. Bajo los criterios de clasificación, se obtuvo una muestra de 30 pacientes con diagnóstico de epilepsia, la muestra fue dividida en dos grupos de 15 personas, para formar el de control y experimental, al primero se aplicó un programa de intervención utilizando la técnica de psico-educación, con el objetivo de que los pacientes conozcan el manejo responsable de su enfermedad, mientras que al grupo experimental se administró el programa de intervención psicológica propiamente dicho, el cual previamente fue construido con bases terapéuticas, tomando como modelo el perfil CASIC, desde un enfoque Cognitivo-Conductual a fin de mejorar la adaptación psicosocial en pacientes epilépticos. Después de la evaluación inicial en donde se aplicó el Cuestionario WPSI (nivel de adaptación psicosocial) y el Inventario SCL-90R (presencia de sintomatología psicológica), se procedió a la respectiva aplicación de los programas de intervención. En la fase de post-test se aplican nuevamente los reactivos iniciales con el objetivo de reevaluar la condición de los pacientes y evidenciar la eficacia o no de los programas aplicados, finalmente se realiza un estudio comparativo de resultados.

***Palabras Clave:*** Epilepsia, adaptación psicosocial, sintomatología psicológica, WPSI, SCL-90R

## ABSTRACT

The objective of this dissertation is to contribute to the improvement of psychosocial adaptation in a group of patients diagnosed with epilepsy through the application of a psychological intervention program. Under the classification criteria, a sample of 30 patients diagnosed with epilepsy was obtained. The sample was then divided into two groups of 15 people to form an experimental group and a control group. An intervention program using the psycho-education technique was applied to the control group. The aim of applying this technique was for the patients to learn how to manage their condition responsibly. At the same time, the experimental group was administered a psychological intervention program, which was previously built with therapeutic bases, modeled after the CASIC profile, from a cognitive-behavioral approach with the objective of improving psychosocial adjustment in epileptic patients. After the initial assessment where the WPSI Questionnaire (level of psychosocial adaptation) and the SCL- 90R Inventory (presence of psychological symptoms) were applied, we proceeded to the respective application of the intervention programs. In the post-test phase the initial evaluations were applied again in order to reassess the condition of patients and demonstrate the effectiveness or ineffectiveness of each program that was applied. Finally a comparative study of results was performed.

**Key words:** Epilepsy, Psychosocial adjustment, psychological symptomatology, WPSI, SCL-90R

## TABLA DE CONTENIDOS

### PRELIMINARES.

Declaración de Autenticidad y Responsabilidad.....	III
Dedicatoria.....	IV
Agradecimiento.....	V
Resumen.....	VI
Abstract.....	VII
Tabla de contenidos.....	VIII
Tabla de cuadros.....	XIV
Tabla de gráficos.....	XV
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPITULO I.....	5
I. MARCO TEÓRICO .....	5
1.1. EPILEPSIA .....	5
1.1.1. Definición .....	5
1.1.2. Etiología .....	7
1.1.3. Epidemiología.....	8
1.1.4. Clasificación de las Epilepsias según la ILAE (Liga Internacional contra la Epilepsia) .....	9
1.1.4.1. Crisis Generalizadas .....	12
1.1.4.1.1. Crisis Tónico-Clónicos .....	13
1.1.4.1.2. Ausencias.....	13
Ausencias típicas .....	14
Ausencias atípicas .....	14
Ausencias con características especiales .....	15

1.1.4.1.3. Crisis Clónicas	16
1.1.4.1.4. Crisis Tónicas	16
1.1.4.1.5. Crisis Atónicas	17
1.1.4.1.6. Crisis Mioclónicas	17
1.1.4.2. Crisis focales	18
1.1.4.2.1. Aura	18
1.1.4.2.2. Crisis Motoras	18
1.1.4.2.3. Crisis Autonómicas	19
1.1.4.2.4. Crisis por la alteración del nivel de conciencia	19
1.1.4.3. Crisis Desconocidas	20
1.1.4.3.1. Espasmos epilépticos	20
1.2. SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA ASOCIADA A LA ÉPILEPSIA	21
1.2.1. Antecedentes	21
1.2.2. Procesos psicológicos en la Epilepsia	24
1.2.3. Epilepsia y Depresión	26
1.2.4. Epilepsia y Ansiedad	28
1.2.5. Epilepsia y Ansiedad Fóbica	29
1.2.6. Epilepsia y Conducta Hostil	30
1.2.7. Epilepsia y Psicosis	31
1.2.8. Epilepsia y Trastornos por Somatización	33
1.2.9. Epilepsia y Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)	35
1.2.10. Epilepsia y Trastornos de Personalidad	36
1.3. ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL EN EL PACIENTE EPILÉPTICO	37
1.3.1. Antecedentes	37
1.3.2. La epilepsia en la edad temprana	38

1.3.3. La epilepsia en el paciente adulto .....	39
1.3.3.1. Estigmatización .....	40
1.3.3.2. Ambiente Familiar .....	41
1.3.3.3. Actitudes familiares .....	42
1.3.3.4. Sexualidad y Relación de pareja .....	44
1.3.3.5. Trabajo y Empleo .....	45
1.3.3.6. Aspectos económicos - Costo de la enfermedad .....	47
1.4. LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA .....	49
1.4.1. Definición .....	49
1.4.2. Modelos de Intervención Psicológica .....	49
1.4.2.1. Modelos Psicodinámicos .....	50
1.4.2.2. Modelos Fenomenológicos .....	50
1.4.2.3. Modelos Sistémicos .....	51
1.4.2.4. Modelos Conductuales y Cognitivos .....	51
1.4.3. Niveles de Intervención Psicológica .....	51
1.4.4. Intervención en Crisis .....	55
1.4.4.1. Proceso de Intervención en Crisis .....	56
1.4.4.2. Perfil CASIC de Intervención Psicológica .....	58
CAPITULO II .....	64
II. MARCO METODOLÓGICO .....	65
2.1. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....	65
2.1.1. Antecedentes del Problema .....	65
2.2. SIGNIFICADO DEL PROBLEMA .....	66
2.3. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA .....	67
2.4. PLANTEAMIENTO DEL TEMA .....	67

2.5. DELIMITACIÓN DEL TEMA.....	67
2.5.1. Delimitación del Contenido.....	67
2.5.2. Delimitación Espacial.....	68
2.5.3. Delimitación Temporal.....	68
2.6. HIPÓTESIS.....	68
2.7. VARIABLES E INDICADORES.....	69
2.8. OBJETIVOS.....	70
2.8.1. Objetivo General.....	70
2.8.2. Objetivos Específicos.....	71
2.9. PARADIGMA.....	71
2.10. ENFOQUE.....	72
2.11. DISEÑO.....	73
2.12. MODALIDAD BÁSICA DE INVESTIGACIÓN.....	74
2.13. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	75
2.14. 2.14. ANÁLISIS DE POBLACIÓN Y MUESTRA.....	76
2.14.1. Definición de la población.....	76
2.14.2. Definición de la muestra:.....	77
2.15. INSTRUMENTOS.....	78
2.15.1. Inventario de Síntomas (SCL-90R).....	78
2.15.2. Inventario Psicosocial de Crisis de Washington (WPSI).....	78
2.15.3. Historia Clínica.....	80
2.15.4. Carta de Consentimiento Informado.....	80
CAPITULO III.....	81
III. ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS.....	81
3.1. ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	81

3.2. FASE DE PRE-TEST .....	83
3.2.1. Resultados del Test SCL 90R en fase de Pre-test. ....	83
3.2.1.1. Comprobación del supuesto de normalidad.....	84
3.2.1.2. Distribución de los síntomas en los grupos de tratamiento .....	84
3.2.2. Resultados del Test WPSI en fase la de Pre-test. ....	87
3.2.2.1. Comprobación de supuestos de significancia estadística.....	87
3.2.2.2. Distribución de los resultados en ambos grupos de trabajo.....	87
3.2.2.3. Historia Familiar .....	90
3.2.2.4. Adaptación Emocional.....	91
3.2.2.5. Adaptación Interpersonal.....	92
3.2.2.6. Adaptación Vocacional .....	93
3.2.2.7. Adaptación Situación Económica .....	94
3.2.2.8. Adaptación a los ataques .....	95
3.2.2.9. Medicación y tratamiento médico.....	96
3.2.2.10. Funcionamiento Psicosocial Global .....	97
3.3. FASE DE POST-TEST .....	98
3.3.1. Resultados del Test SCL90R en la fase de Post-test.....	99
3.4. DIFERENCIAS ENTRE LAS FASES PRE-TEST Y POST-TEST.....	103
3.4.1. Grupo Control.....	103
3.4.1.1. Cuestionario de Síntomas Psicológicos SCL90R .....	103
3.4.1.2. Cuestionario WPSI.....	105
3.4.2. Grupo Experimental.....	107
3.4.2.1. Cuestionario de Síntomas Psicológicos SCL90R .....	107
3.4.2.2. Cuestionario WPSI.....	109
3.5. ANÁLISIS DEL TAMAÑO DEL EFECTO .....	111

3.5.1. Tamaño del efecto SCL90R .....	112
3.5.2. Tamaño del efecto WPSI .....	113
CAPITULO IV .....	115
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	115
4.1. CONCLUSIONES .....	115
4.2. RECOMENDACIONES .....	119
CAPITULO V .....	121
V. APÉNDICE .....	121
1. GUÍA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA N.1 .....	123
GRUPO EXPERIMENTAL .....	124
2. GUÍA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA N.2 .....	174
GRUPO CONTROL .....	174
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	194
ANEXOS .....	201

## TABLA DE GRÁFICOS

### Cuadros

Cuadro 1. Factores que influyen en la etiología de la Epilepsia.....	7
Cuadro 2. Clasificación De Las Crisis Epilépticas.....	11
Cuadro 3. Factores desencadenantes de sintomatología psicológica.....	23
Cuadro 4. Factores secundarios desencadenantes de sintomatología psicológica en Epilepsia.....	24
Cuadro 5. Etiología de la ansiedad en epilepsia.....	28
Cuadro 6. Etiología de psicosis en epilepsia.....	31
Cuadro 7. Principales Anticonvulsivantes.....	32
Cuadro 8. Características de Personalidad en el paciente epiléptico.....	36
Cuadro 9. Factores que influyen en la etiología de la Epilepsia.....	47
Cuadro 10. Variables Sociodemográficas de los grupos Control y Experimenta....	82
Cuadro 11. Dimensiones de las síntomas en los grupos experimentales a través del test SCL90R.....	85
Cuadro 12 Resultados de las sub-escalas del Test WPSI en ambos grupos de trabajo.....	88
Cuadro 13. Distribución de la escala Historia Familiar por categorías.....	90
Cuadro 14. Distribución de la escala Adaptación Emocional por categorías.....	91
Cuadro 15. Distribución de la escala Adaptación Interpersonal por categorías.....	92
Cuadro 16. Distribución de la escala Adaptación Vocacional por categorías.....	93
Cuadro 17 Distribución de la escala Adaptación Situación Económica por categorías.....	94
Cuadro 18. Distribución de la escala Adaptación a los Ataques por categorías.....	95
Cuadro 19. Distribución de la escala Medicación y tratamiento médico por categorías.....	96
Cuadro 20. Distribución de la escala Funcionamiento Psicosocial Global por categorías.....	97

Cuadro 21. Dimensiones de los síntomas en los grupos a través del test SCL90.....	99
Cuadro 22. Resultados de las sub-escalas del Test WPSI en los grupos experimentales.....	101
Cuadro 23. Diferencia de medias Pre-Post test del Grupo Control (SCL-90R).....	104
Cuadro 24. Diferencia de medias Pre-Post test del Grupo Control (WPSI).....	106
Cuadro 25. Diferencia de medias Pre-Post test del Grupo Experimental (SCL- 90R).....	108
Cuadro 26. Diferencia de medias Pre-Post test del Grupo Experimental (WPSI)....	110
Cuadro 27. Tamaño del efecto comparado entre los grupos de tratamiento del test SCL90R.....	112
Cuadro 28. Tamaño del efecto comparado entre los grupos de tratamiento del test WPSI.....	114
<b>Gráficos</b>	
Gráfico 1 Perfil de Dimensiones Sintomatológicas.....	86
Gráfico 2 Perfil de Escalas del Test WPSI.....	89
Gráfico 3 Distribución de la escala Historia Familiar por categorías.....	90
Gráfico 4 Distribución de la escala Adaptación Emocional por categorías.....	91
Gráfico 5 Distribución de la escala Adaptación Interpersonal por categorías.....	92
Gráfico 6 Distribución de la escala Adaptación Vocacional por categorías.....	94
Gráfico 7 Distribución de la escala Adaptación Situación Económica por categorías.....	95
Gráfico 8 Distribución de la escala Adaptación a los Ataques por categorías.....	96
Gráfico 9 Distribución de la escala Medicación y tratamiento Médico por categorías.....	97
Gráfico 10 Distribución de la escala Funcionamiento Psicosocial Global por categorías.....	98
Gráfico 11 Perfil de Dimensiones Sintomatológicas en fase de Pos-test.....	100
Gráfico 12 Perfil de Escalas del Test WPSI Pos-test.....	102
Gráfico 13 Perfil de Escalas del Test SCL90R entre fases Pre-Post-test.....	105

Gráfico 14 Perfil de Escalas del Test WPSI entre fases Pre-Post-test.....	107
Gráfico 15 Perfil de Escalas del Test SCL90R entre fases Pre-Post-test.....	109
Gráfico 16 Perfil de Escalas del Test WPSI entre fases Pre-Post-test.....	111

## INTRODUCCIÓN

El hombre a través del tiempo en el proceso de superar el concretismo de pensamiento y las influencias religiosas, sociales y políticas a los cuales ha sido sometido durante su desarrollo, ha revestido de argumentos mágicos y concepciones sobrenaturales a hechos y fenómenos materialmente inexplicables. Este es el caso de las enfermedades mentales que por siglos han sido sustentadas en creencias de instancias superiores siendo éstas, producto de la hechicería, el mismo cristianismo y demás manifestaciones de tipo misterioso. Uno de los escenarios de mayor controversia discurre en la que por siglos ha sido denominada “enfermedad sagrada”, nombre con el cual se denominaba la condición neurológica que actualmente conocemos como “epilepsia”, trastorno que después de años de estudios, hoy se la define con una etiología, evolución y tratamiento particulares.

El profesor Fernando Ivanovic- Zuvic médico psiquiatra y actual presidente de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Santiago de Chile, define a la epilepsia como un trastorno que consiste en una “modificación en la dinámica de las descargas neuronales que provocan una multiplicidad de formas clínicas” (2010, pág. 15). Resulta interesante advertir que la definición de epilepsia no solo se restringe a las conocidas convulsiones sino que el término vincula a las más encubiertas manifestaciones (trastornos de conciencia, ausencias, automatismos, sintomatología psicosensores, etc.), convirtiéndose así, en el trastorno neurológico más frecuente en el mundo. De los aproximadamente 7000 millones de habitantes en el planeta se

estima que cerca del 0.8% de la población (50 millones de habitantes) la padecen, de los cuales 5 millones habitan en Latinoamérica y el Caribe.

Durante los años 90 en el Ecuador la Epilepsia representaba un problema de salud pública a gran escala, existiendo entre 150000 o 200000 personas con diagnóstico de epilepsia, de los cuales solo el 20% o 30% se encontraban debidamente controlados (Organización Panamericana de la Salud, 2011, págs. 1-5).

Actualmente continúa siendo una enfermedad de gran prevalencia pero como comenta Pesantez “Las consecuencias psico-sociales y económicas que sufren los pacientes con epilepsia son en realidad mucho más graves que el padecimiento en sí” (Epilepsia no significa invalidez. Diario Hoy., 2005, pág. 1). Es decir junto al diagnóstico mismo de la epilepsia se asocian alteraciones psicológicas con un alto impacto negativo tanto al tratamiento farmacológico como a la calidad de vida y adaptación social del individuo que lo padece, aumentando de este modo la demanda asistencial cuando no se trata debidamente la patología psiquiátrica asociada.

Medina en su publicación acerca de los Aspectos Psicosociales de la Epilepsia, ha generado un profundo análisis acerca del impacto social que suscita la enfermedad en el sujeto que lo padece, (más que otras alteraciones neurológicas crónicas) debido entre otros factores a lo impredecible de las crisis, los temores a presentarse en lugares/situaciones inesperadas (trabajo, escuela, centros comerciales, etc.), afirmando que estos influyen notablemente en el curso de la enfermedad, generando sentimientos de rechazo, autovaloración negativa, rasgos caracterológicos y de

personalidad conflictivos, empeorando las alteraciones psicológicas subyacentes al cuadro neurológico. Del mismo modo, aspectos como la discriminación, los prejuicios, la estigmatización que la sociedad ha concebido previamente acerca de la enfermedad, en la actualidad ha tomado gran relevancia en la visión social y el estilo de vida del paciente epiléptico (Medina Malo, 2004).

En el programa denominado “Salud Mental en México” el Investigador Juan Sandoval desarrolla una serie de teorías acerca de los problemas psicológicos asociados a la epilepsia y afirma que durante las últimas dos décadas, se evidencia un progresivo eje de interés sobre la comorbilidad psicopatológica de la epilepsia, asumiendo que en la mayoría de casos los síntomas psicológicos asociados resultan más comprometedores con la calidad de vida que las mismas crisis epilépticas; sin embargo a pesar de las dificultades existentes en la investigación de la comorbilidad psiquiátrica con la epilepsia los expertos mencionan que Trastornos como los Ansiosos, Depresivos, Psicóticos y de Conducta son los más frecuentes. De este modo podemos demostrar que las repercusiones psicológicas que la enfermedad en si (o la concepción sobre ella) genera sobre la estabilidad emocional de los individuos, maneja cifras elevadas (Sandoval, 2005).

En el Hospital Provincial General Docente Riobamba existe una alta prevalencia de pacientes diagnosticados con epilepsia que diariamente acuden al servicio de Neurología, el motivo de la presente investigación nace al observar que en gran parte de ellos concomitantemente se presentan alteraciones de tipo psicológico (trastornos

depresivos, psicóticos, ansiosos, trastornos somatomorfos, etc.), síntomas que inciden directamente en la calidad de vida y el proceso de adaptación social del paciente que por sí, (por la preconcepción social de la enfermedad), ya es complicado debido a tal diagnóstico neurológico.

El presente trabajo investigativo pretende ser un material de guía y ayuda para los profesionales y estudiantes de psicología clínica, interesados en trabajar con pacientes epilépticos cuyo objetivo es orientarlos para una adaptación psicosocial óptima, tomando en cuenta la sintomatología psicológica que puede asociarse al diagnóstico. Se ha pretendido recoger en esta investigación aquella información y técnicas que pueden ayudar a la práctica clínica de profesionales interesados en la salud mental de los pacientes epilépticos, para facilitar todo ello la presente disertación se divide en cinco capítulos que guardan una organización similar en su contenido. A continuación se precisa un compendio de cada sección integrante del presente estudio.

Partiendo de los principios científicos de la epilepsia, en el primer capítulo se expone la fundamentación teórica acerca de la enfermedad, se detalla la sintomatología adyacente a la epilepsia, algunas formulaciones acerca de la adaptación psicosocial del paciente epiléptico, las bases teóricas acerca de la intervención psicológica a realizarse en el programa propuesto, mientras que en el capítulo número dos se detalla la metodología de la investigación en sí, el procedimiento, la muestra y la manera como se llevó a cabo el estudio.

En el tercer acápite se analizan los datos y los resultados obtenidos según las técnicas estadísticas que validan los datos arrojados por los reactivos en fase de pre-test y post-test, también se realiza la comprobación de la hipótesis y el tamaño del efecto del programa de intervención psicológica. En el cuarto capítulo, en cambio, se expone el programa de intervención propiamente dicho tanto para el grupo control, como para el grupo experimental basado en un corte cognitivo conductual tomando como referencia el perfil CASIC de intervención en crisis. Posteriormente se evidencia un amplio capítulo de anexos y la bibliografía correspondiente que respalda lo expuesto teóricamente a lo largo de todo el estudio.

# **CAPITULO I**

## **I. MARCO TEÓRICO**

### **1.1. Epilepsia**

#### **1.1.1. Definición**

La multiplicidad de manifestaciones clínicas de este desorden neurológico plantea una acentuada dificultad terminológica. En el Texto “Principios de Neurología”, sus autores sugieren que una convulsión se genera “debido a una descarga excesiva y desordenada de los tejidos cerebrales sobre los músculos” (Ropper & Brown, 2011, pág. 304). Tal como lo planteó el inglés Hughlings Jackson en 1870, en cambio, una crisis epiléptica no solo abarca convulsiones generalizadas sino que se presentan como repentinos ataques recurrentes de tipo motor, sensorial o de manifestaciones psíquicas, como la pérdida casi instantánea del conocimiento, alteraciones de la percepción, memoria, afectividad, lenguaje, pensamiento o alguna combinación de las mismas, así, las crisis epilépticas son el resultado de una disfunción cerebral transitoria causada por una actividad eléctrica anormal en el cerebro con diferentes manifestaciones clínicas, pero las crisis en si para ser entendidas como parte de una enfermedad epiléptica se requiere de una repetición o permanencia de ellas por un largo período de tiempo, y no como un evento ocasional (Ropper & Brown, 2011).

### 1.1.2. Etiología

Aproximadamente el 30% de los casos diagnosticados de epilepsia tienen su origen y ulterior desarrollo en alguno de los siguientes problemas identificables, en un alto porcentaje existen antecedentes familiares debido a su predisposición genética, pero en la mayoría de casos su causa es idiopática, lo que significa que la enfermedad no presenta una causa orgánica identificable. Entre los principales factores son los que se destacan en el Cuadro 1, en donde en forma de resumen se puede observar las diferentes causas que de forma individual o en conjunto, conducen a la manifestación de la epilepsia en el sujeto.

Cuadro 1

#### *Factores que influyen en la etiología de la Epilepsia*

---

Afecciones como encefalitis o meningitis.

---

ACV (Accidentes Cerebro Vasculares)

---

Malformación cerebral y de vasos sanguíneos

---

Trastornos cromosómicos

---

Tumores cerebrales

---

Traumatismos craneoencefálicos debido a accidentes natales, perinatales o en el transcurso de la niñez.

---

Hipoxia, Apoxia durante el nacimiento.

---

Trastornos metabólicos

---

Las convulsiones febriles

---

Hidrocefalia

---

Alteraciones electrolíticas, Uremia, hiponatremia, hipoglucemia

---

Eclampsia (convulsiones que ocurren durante el embarazo asociado con la hipertensión)

---

Abuso de sustancias.

*Nota* Fuente: Lorenzana Pombo, P. (2011). Epilepsia: Generalidades para estudiantes de medicina. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia.

Estas causas deberán ser estudiadas de forma individual, de acuerdo a los Antecedentes Patológicos Personales y Familiares de cada paciente, concatenándolas

con datos relevantes en las etapas, Prenatal, Perinatal y Natal y primeros años de desarrollo del individuo.

Según reportes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de estudios epidemiológicos refieren que la epilepsia es más común en los países en vías de desarrollo, debido a los altos niveles de traumatismos durante el nacimiento y demás lesiones cráneo-encefálicas durante los primeros años, la falta de servicios de salud y un saneamiento deficiente en infecciones del SNC, por afecciones como las cisticercosis que en el futuro pueden devenir en centros epileptógenos y otra causa muy común que es el abuso de sustancias. (Organización Panamericana de la Salud, 2011)

### **1.1.3. Epidemiología**

En un Informe sobre la Epilepsia en Latinoamérica se menciona que la epilepsia es el trastorno neurológico de mayor prevalencia en el mundo, se considera que 50 millones de habitantes la padecen de los cuales el 80% de ellos se encuentran en países en vías de desarrollo. Se estima que 3 a 4 personas de cada 1000 habitantes son diagnosticados de epilepsia en los países desarrollados, mientras que de 5 a 7 personas de cada 1000 padecen de este trastorno en países del tercer mundo. Mientras que en el Ecuador existe una elevada prevalencia de 7 a 12 pacientes de cada 1000. A pesar de la dificultad técnica para la realización de esta clase de estudios, se evidencia que la epilepsia es mayor en países en vías de desarrollo. (Acevedo & Mirando, 2008)

La población de mayor riesgo para el padecimiento de este trastorno se encuentra entre los jóvenes y adultos quienes se encuentran en plena edad productiva y deben llevar a cuestas las contrariedades sociales de estigmatización, prejuicios y pérdida de oportunidades laborales que la enfermedad conlleva desde antaño.

Además, la prevalencia de las consecuencias de este trastorno se agudiza en países del tercer mundo debido a que el paciente, ya sea por desconocimiento, falta de accesibilidad a recursos sanitarios, (especialmente en zonas rurales) no busca la ayuda oportuna al inicio de la sintomatología e incluso las creencias ancestrales limitan la participación de especialistas en la valoración, diagnóstico y tratamiento de la epilepsia. Otro punto de relevancia en el incremento de la epidemiología de este trastorno es la pobre adherencia al tratamiento neurológico que el paciente por incumplimiento de las prescripciones médicas complica el cuadro clínico.

#### **1.1.4. Clasificación de las Epilepsias según la ILAE (Liga Internacional contra la Epilepsia)**

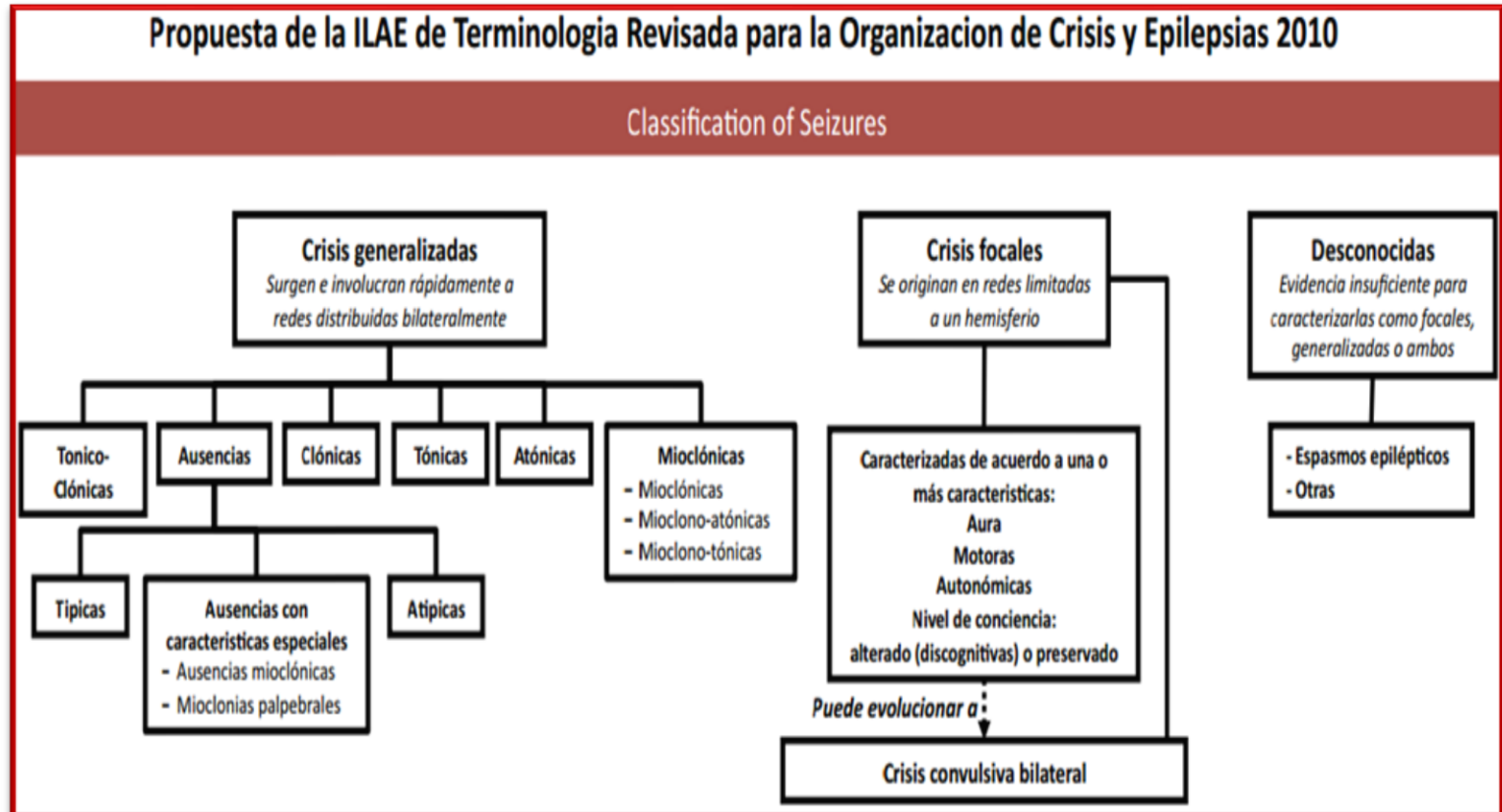
Las crisis epilépticas se clasifican de diversas maneras, estas categorizaciones se modifican en forma constante. La clasificación es difícil semánticamente y demasiado compleja para una aplicación general, debido a que muchos síndromes comparten manifestaciones comunes y por ello es imposible que se incluya un caso recién diagnosticado de epilepsia dentro de una categoría específica. Desde principios de los años sesentas salieron a la luz cuantiosas proyecciones a fin de

alcanzar similitud en el lenguaje utilizado para referirse y clasificar las crisis epilépticas.

La moderna clasificación corresponde a la comisión del 2010, sin embargo la más ampliamente empleada es la establecida por la ILAE en 1981 (La Comisión de Clasificación y Terminología de la Liga Internacional contra la Epilepsia), cuyo soporte es la clara división entre crisis que inician de una forma focal (antes designadas parciales) suscitadas en un área restringida de la corteza cerebral (parte concreta de un hemisferio), crisis con inicio focal que generalizan y aquellas crisis que desde un inicio son generalizadas.

Las crisis focales pueden a su vez subdividirse de acuerdo a si existe compromiso de la conciencia o no, en caso de que no existiese, estas se distinguen como crisis focales simples, cuando las crisis se inician de forma focal pero llega a generalizarse, se los conoce actualmente como crisis focales que generalizan. En el Cuadro 2 se presenta la clasificación de las crisis según la ILAE del 2010, siendo esta la última clasificación que ha generado esta Institución considerada la líder en la lucha contra la Epilepsia (Liga Internacional contral la Epilepsia, 2010).

Cuadro 2

*Clasificación De Las Crisis Epilépticas*

*Nota* Fuente: Liga Internacional contra la Epilepsia. (2010). Reporte de la Comisión de Clasificación y Terminología de la Epilepsia.

Washington-E.E.U.U.

Tal como lo destaca la página web de esta Institución Internacional, el objetivo de dicha clasificación ha sido el desarrollo de una revisión metodológica, conceptualmente sólida y clínicamente significativa para la clasificación de las epilepsias y convulsiones (Liga Internacional contral la Epilepsia, 2010). En el Cuadro 2 se puede observar la clasificación actualizada sobre las epilepsias, que en comparación con la generada en 1981 ha sufrido numerosos variantes y aunque se mantiene la dicotomía fundamental de dividirse en crisis focales y generalizadas, en el último informe del 2010 se han simplificado la clasificación de las crisis generalizadas, las crisis focales deben describirse de acuerdo a sus manifestaciones (discognitivas, motoras, etc.), para dejar en desuso la división de crisis focales simples o complejas, también se reemplazan los términos idiopática, sintomática y criptogénica por estructural, metabólica y desconocida, entre otros cambios realizados para su denominación. A continuación, tomando en cuenta la clasificación del año 2010, se detallarán las crisis consideradas como las más importantes para el estudio de la presente investigación.

#### **1.1.4.1. Crisis Generalizadas**

Clínicamente se distinguen por alteraciones de la conciencia, síntomas autonómicos (sudoración excesiva, opresión en la boca del estómago, malestar de la garganta, etc) con o sin síntomas motores o bien convulsiones que afectan bilateralmente al organismo. En el libro Psicopatología en la Epilepsia se refiere a este tipo de crisis como aquellas “que poseen desde un comienzo compromiso con ambos hemisferios cerebrales” (Ivanovic-Zuvic, 2010, pág. 22), lo cual habitualmente genera

disminución o pérdida de la conciencia, siendo este síntoma el más importante en ser considerado para su diagnóstico.

#### **1.1.4.1.1. Crisis Tónico-Clónicas**

Este tipo de crisis tienen que ver con una descarga neuronal sobre el tracto piramidal, lo cual da lugar a una disminución o pérdida de la conciencia e incremento del tono muscular global con una duración de más o menos 20 segundos, además, se acompaña de un cese completo de la función respiratoria (apnea) y en ocasiones grito. Además como lo menciona el Medina, que posteriormente “se presenta la fase inhibitoria fragmentada caracterizada por movimientos clónicos generalizados de aproximadamente 30 segundos de duración” (2004, pág. 178). Es decir que en este tipo de convulsiones posteriormente se presentan movimientos rápidos en forma de sacudidas de todos los músculos del cuerpo, el paciente permanece apneico hasta el final de la fase clónica, que suele definirse por una inspiración profunda.

#### **1.1.4.1.2. Ausencias**

También conocido como el “pequeño mal”. Para Ropper y Brown estas crisis tienen un distintivo específico, “se caracteriza por su brevedad, su frecuencia y poca actividad motora,... pueden ser tan breves que los propios pacientes no se percatan de ellas...” (2011, pág. 307). Por lo mismo debido a esta pérdida súbita de la conciencia para quienes acompañan al paciente como espectadores es considerado como un tiempo de distracción o ensimismamiento, ya que la mirada del paciente

permanece fija y deja de hablar o responder por un momento, en este tipo de crisis no se presentan aura, ni periodo postictal.

### **Ausencias típicas**

En las ausencias típicas el sujeto sufre crisis de desconexión de corta duración, las manifestaciones motoras no se destacan en este tipo de crisis. En los estudios realizados por Ivanovic-Zuvic, se constata que la alteración de conciencia corresponde a un tipo de obnubilación, cuyas manifestaciones clínicas se observan como una detención de la actividad motora o psíquica, en donde el sujeto se presenta con la mirada fija, sin responder a estímulos verbales, e inexpressión facial, además se experimenta un olvido total o parcial de lo que sucede a su alrededor durante la crisis. La duración de esta crisis generalmente es de menos de 30 segundos. Muchas veces estos episodios se acompañan de automatismos mínimos, discreta actividad tónica, clónica, atónica o parpadeos rápidos. Este tipo de ausencias son las que comúnmente se desarrollan en la infancia cuyos diagnósticos son confundidos con Trastornos de Déficit de la Atención por lo cual es conveniente la intervención de médicos neurólogos y/o neuropediatras a fin de confirmar o descartar los diagnósticos (Ivanovic-Zuvic, 2010).

### **Ausencias atípicas**

Las ausencias atípicas mantienen una entidad clínica más compleja y heterogénea. Estas crisis son más prolongadas y los patrones eléctricos que los caracterizan son

más variados, para una visión más clara acerca de las ausencias atípicas, Medina lo explica de la siguiente manera:

En las ausencias típicas hay una alta incidencia de cambios en el tono postural con caídas del paciente, ya sea en forma brusca (dropattack) o en forma lenta... Generalmente este tipo de crisis se asocian al conocido síndrome de Lennox-Gastaut. (Medina Malo, 2004, pág. 176)

Este tipo de crisis regularmente se manifiestan en pacientes con encefalopatías epilépticas, se inicia entre los 2 y 6 años de edad, generalmente se acompaña de deficiencias intelectuales, por lo que es una de las formas de epilepsia más difíciles de tratar.

### **Ausencias con características especiales**

**Ausencias mioclónicas.-** Según Ropper y Brown (2011) este tipo de crisis “se caracterizan por una contracción muscular breve y brusca y algunos espasmos mioclónicos pueden ser tan pequeños que abarquen un músculo o parte de él...durante de 50 a 100 ms aproximadamente” (pág. 308), es decir, en este tipo de ausencias se caracterizan por enérgicas sacudidas mioclónicas, en ambos lados del cuerpo tanto en los músculos agonistas como sus antagonistas, varios autores sostienen que estas crisis pueden presentarse varias veces al día y una de sus características fundamentales es que el paciente guarda conciencia durante las crisis. Generalmente la mayor prevalencia se encuentra en la población masculina.

**Ausencias palpebrales.**-Según los doctores Nieto Barrera y Jiménez (2008) este tipo de ausencia “se inician entre los 6 y 8 años, su duración es de 3 a 6 segundos, acompañada con sacudidas de párpados, retrovulsión ocular y de forma moderada se ve afectado el nivel de conciencia” (pág. 84). Es necesario aclarar que este tipo de síntomas pueden llevar a un subdiagnóstico errado de tics faciales, pero una característica de todos los pacientes con este tipo de crisis es la presencia de fotosensibilidad.

#### **1.1.4.1.3. Crisis Clónicas**

El profesor Ivanovic-Zivic manifiesta que este tipo de crisis “consiste en una sucesión de espasmos flexores de todo el cuerpo” (2010, pág. 35), lo cual se explica cómo sacudidas o contracciones cortas, repetidas en forma rítmica, cuya frecuencia disminuye de forma acompasada hasta que finaliza. Duran alrededor de un minuto y se acompaña de alteraciones de conciencia.

#### **1.1.4.1.4. Crisis Tónicas**

Estas crisis se reconocen por una fase de contracción muscular violenta y prolongado, la contracción muscular avanza gradualmente por el tronco hacia los brazos y piernas, generalmente el paciente tenga desviada la mirada, rote su cabeza de un lado al otro se advierte que las extremidades se doblan, y su rostro se vuelve pálido o tomar un tono azulado (cianosis), las pupilas se dilatan, puede escucharse un grito penetrante debido a que el espasmo afecta a los músculos de la respiración y el

aire se emite de manera forzada a través de las cuerdas vocales, además que el sujeto deja de respirar, tiene una duración máxima de 20 segundos. Las crisis se pueden presentar de día o de noche especialmente en las fases I y II de sueño (Ropper & Brown, 2011).

#### **1.1.4.1.5. Crisis Atónicas**

Menciona el neurólogo Carlos Medina que estas son crisis en las que hay una pérdida repentina del tono muscular, las cuales ocurren de manera súbita y pueden presentarse de manera breve (el paciente se cae y se levanta inmediatamente) o prolongada (pérdida de la conciencia de por lo menos un minuto). En este tipo de crisis llama la atención el impacto de la caída que compromete lesiones en el paciente, en las de mayor duración la caída suele ser menos violenta (2004).

#### **1.1.4.1.6. Crisis Mioclónicas**

Son sacudidas musculares súbitas, involuntarias y cortas que se originan en el sistema nervioso central. La sacudida puede ser generalizada, regional o focal. Se caracterizan por una sacudida brusca de cualquier grupo muscular, de muy corta duración, que pueden ocurrir aisladas o en racimos, son más frecuentes al despertar y pueden hacer que el paciente suelte lo que tenga en las manos o caiga por compromiso de los miembros inferiores. Las crisis pueden ser atónicas y tónicas.

#### **1.1.4.2. Crisis focales**

Las crisis epilépticas versan su causa en trastornos eléctricos anormales en una parte específica o en todo el cerebro. Según el Dr. Jasmin, representante del grupo médico Avera, “Las crisis epilépticas parciales (focales) ocurren cuando esta actividad eléctrica permanece en un área limitada del cerebro” (2012, pág. 1). En caso de que este trastorno eléctrico anormal se irradiase a todo el cerebro esta se denomina generalización secundaria.

##### **1.1.4.2.1. Aura**

En los siglos XVIII y XIX se empezó a utilizar el término aura para sugerir el anuncio de una crisis de cualquier tipo (ataque convulsivo), es sinónimo de “síntoma señal” o “síntoma de alarma”, el aura se refiere a aquella parte de la crisis que ocurre previo a la pérdida de conocimiento, síntomas como: dolor de cabeza, sonidos, mareos, trastornos del habla y luego se manifiesta la convulsión. El aura figura a la crisis parcial misma, la que se establece como la señal de la alteración de conciencia ulterior. El aura varía clínicamente en relación a las descargas que se vinculan a distintas zonas cerebrales. En síntesis, se considera un signo de aviso, ante una crisis inminente (Ivanovic-Zuvic, 2010).

##### **1.1.4.2.2. Crisis Motoras**

Este tipo de crisis se manifiesta ya sea de tipo tónica o clónica, y se encuentran en relación con una parte específica de la corteza sómato-motora, en ocasiones la crisis

permanece localizada o se irradia hacia áreas contiguas siguiendo una marcha jacksoniana, es decir, empieza la crisis en un grupo muscular específico para propagarse a grupos musculares adyacentes en dirección ascendente.

#### **1.1.4.2.3. Crisis Autonómicas**

Son paroxismos recurrentes que afectan la función autonómica de diversos sistemas, como el genitourinario, el cardiovascular, el respiratorio, vasomotor o digestivo, sin que el paciente pierda la conciencia.

#### **1.1.4.2.4. Crisis por la alteración del nivel de conciencia**

**Alterado (discognitivo).**- En un artículo publicado por la Universidad de Colombia y bajo la responsabilidad del Dr. Pablo Lorenzana se hace referencia que este tipo de crisis se caracteriza como:

Una alteración de conciencia generalmente asociada a fenómenos motores del tipo automatismos. Los automatismos son conductas motoras aparentemente coordinadas, estereotipadas y repetitivas que ocurren mientras el paciente se encuentra con la conciencia alterada, su duración habitual es entre 30 segundos y dos minutos, y usualmente tienen un período post-ictal de confusión y desorientación, ocasionalmente con signos de focalización transitorios. La astenia, la adinamia y la cefalea son síntomas postictales comunes. (Lorenzana Pombo, 2011, pág. 1)

Tomando en cuenta que la astenia hace alusión a la sensación generalizada de cansancio que experimenta el sujeto, la adinamia se refiere a la ausencia de movimiento o reacción y la cefalea se describe como cualquier dolor de cabeza sufrido por el paciente.

**Preservado.-** Durante las crisis complejas, antes de la pérdida de conciencia suelen presentarse síntomas que el paciente reconoce como estereotipados. Estas manifestaciones reciben el nombre de “Aura” y dado que en ella la conciencia está todavía preservada, suele considerarse como una crisis focal con preservación de conciencia que evoluciona a crisis compleja. Según la Dra. Saiz. R. Neuróloga del Hospital 12 de octubre de Madrid y editora del portal Neurowikia cataloga que “una crisis es secundariamente generalizada cuando se produce una afectación cerebral global a partir de una crisis parcial” (Saiz. R, 2011, pág. 1), es decir, según la evolución de las crisis de focal a general podemos definirla como secundariamente generalizada.

### **1.1.4.3. Crisis Desconocidas**

#### **1.1.4.3.1. Espasmos epilépticos**

Estos espasmos se exhiben como movimientos súbitos en flexión, extensión o flexo-extensión de los músculos axiales (músculos cercanos al eje central del cuerpo) y proximal de las extremidades (músculos de las extremidades), algo más largos que

las mioclonías, y que con una duración de hasta 10 segundos, estos espasmos son de predominio nocturno.

## **1.2. Sintomatología psicológica asociada a la Epilepsia**

### **1.2.1. Antecedentes**

En un momento de la historia de la medicina, acaeció la época donde la epilepsia no se distinguía claramente de las enfermedades mentales, pero cuya relación, involucraron mucho más que una superposición de síntomas y diagnósticos equivocados. Si bien algunas personas con epilepsia experimentan pocos o ningún problema de salud mental, una gran mayoría pueden sufrir problemas psicológicos debilitantes, debido a la presencia de trastornos de ansiedad o del estado de ánimo.

Actualmente se conoce que a más de la sintomatología propia de la epilepsia; un alto porcentaje de pacientes desarrollan trastornos psiquiátricos asociados y a pesar de que varios de los problemas de salud mental y de comportamiento asociados con la epilepsia también se observan en personas que no la padecen, ocurren con más frecuencia en las personas que han desarrollado esta enfermedad. La comorbilidad psiquiátrica en la epilepsia es a menudo poco reconocida y por lo tanto tratada con ligereza, contribuyendo de este modo al deterioro de la calidad de vida del paciente, su adaptación psicosocial y al estigma social asociado. Es por esto que la epilepsia trae consigo consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales de

gran magnitud con costes económicos importantes debido a su alta incidencia en la población y su condición de cronicidad.

Las personas con epilepsia presentan hasta cinco veces mayor probabilidad de tener sintomatología psicológica asociada, con una incidencia de entre 30% a 50%, en comparación con el 8,5% en la población general. Menciona el Dr. Miller, editor en jefe de la *Carta de Salud Mental de Harvard*. "Más de una cuarta parte de las personas con epilepsia tienen síntomas psicológicos que pueden requerir tratamiento, y hasta un 10% de los pacientes en los hospitales psiquiátricos tienen epilepsia" (Miller, 2006, pág. 1). De este modo se confirma la fina línea de estudio que divide la dimensión neurológica/psiquiátrica/psicológica y su frecuente interrelación. Es importante tratar estos problemas a tiempo y con las formas adecuadas de intervención para reducir las consecuencias que puedan generar en la adaptación psicosocial del individuo tanto a corto como largo plazo.

Según una investigación realizada en el hoy conocido "Instituto de Neurociencias" en la ciudad de Guayaquil, se observa en el Cuadro 3 un estudio expuesto por la Dra. Saad de Janon, acerca de los tres factores que inciden directamente en el desarrollo de sintomatología psicológica en pacientes epilépticos (2007).

## Cuadro 3

***Factores desencadenantes de sintomatología psicológica en la epilepsia***


---

Efectos directos de la epilepsia (como esta enfermedad presenta una base orgánica de desarrollo "lesión cerebral" favorece en mayor porcentaje la manifestación de problemas psiquiátricos), como la epilepsia de base orgánica.

---

Eventuales déficits neuropsicológicos.- alteraciones en la memoria, atención, en el tiempo de reacción, procesamiento de la información y retraso en adquisición de lenguaje.

---

Factores psicosociales.- estigmatización social, actitud de la familia ante la enfermedad.

---

Los posibles efectos adversos de la medicación antiepiléptica.- dosis, tipo de fármaco, mono o politerapia.

**Nota** Fuente: Saad de Janon, E; Saad de Janon, J. (2007). Epilepsias y trastornos psiquiátricos en la población infanto-juvenil.

En este punto cabe destacar que los factores citados en el Cuadro 3, tendrán repercusiones psicológicas de mayor relevancia si se presentan en edades tempranas del sujeto, por ejemplo, un niño con diagnóstico de epilepsia que inicia su escolarización es más propenso a desarrollar algún tipo de déficit en su aprendizaje en comparación con un niño fuera del cuadro epiléptico, lo cual desencadena problemas cognitivos (atención dispersa), afectivos (baja autoestima), conductuales (introversión) y sociales (su desarrollo académico es menor al del niño promedio).

Pero en este punto vale la pena tomar en cuenta otros factores sustanciales para el incremento de la comorbilidad psiquiátrica tal y como se detalla en el Cuadro 4, en donde en forma de resumen se plasman otros factores de importancia que pueden ser responsables de la generación de sintomatología psicológica adyacente.

Cuadro 4

***Factores secundarios desencadenantes de sintomatología psicológica en Epilepsia***


---

 La edad de inicio de las crisis
 

---

 El tipo de crisis epilépticas
 

---

 La frecuencia de las crisis
 

---

 Adherencia al tratamiento
 

---

 Daño cerebral asociado a la epilepsia
 

---

 Tipo de medicación (fármaco escogido, posología, mono o politerapia)
 

---

 Y factores importantes de carácter psicosocial como la estigmatización de la enfermedad y la actitud de la sociedad ante el tabú que aún subsiste acerca de la enfermedad.
 

---

*Nota* Fuente: Saiz, R. (2011). Clasificación de las crisis epilépticas. Neurowikia. El portal de contenidos en Neurología. Madrid-España.

El conocimiento de los factores etiológicos como los expuestos en el Cuadro 4 cobran importancia debido a que en base a estos lineamientos se puede ofrecer un mejor procedimiento diagnóstico (nerológico, neuropsicológico, psicológico, psicopedagógico, etc.) y por ende un plan de tratamiento más apropiado, e incluso se puede ofertar un pronóstico tentativo acerca del estado del futuro del paciente.

Entre los desórdenes psiquiátricos más comunes en pacientes con epilepsia se encuentran los trastornos afectivos (trastornos depresivos), trastornos ansiosos (Trastorno obsesivo compulsivo, crisis de ansiedad, etc.), trastornos psicóticos, y/o alteraciones de la personalidad.

### **1.2.2. Procesos psicológicos en la Epilepsia**

Las consecuencias que la epilepsia tiene sobre los procesos cognitivos de quien lo padece, es tan serio como el manejo propio del trastorno en sí. Con frecuencia el

hecho más importante es el deterioro de la función ejecutiva, la cual se entiende como “la capacidad para planificar, secuenciar, y cumplir las actividades dirigidas hacia un objetivo, ...la atención y la memoria de trabajo son fundamentales en estas funciones de alto nivel, así como los procesos relacionados con la resolución de problemas” (Helm, 2005, pág. 173), dichas funciones serían las más afectadas en el paciente epiléptico.

Varios son los factores que pueden influir en el deterioro de las funciones cognitivas del paciente epiléptico, la etiología de la enfermedad, los fármacos, la edad de inicio, la calidad en el manejo de la enfermedad, la sintomatología psicológica asociada, etc., pueden afectar estos procesos, por lo cual es incuestionable que en la mayoría de los pacientes, en mayor o menor grado, se evidencie un deterioro cognitivo adyacente al diagnóstico de la epilepsia. (Aguilar, Rodríguez, & Caraballo, 2010).

El cuadro clínico más frecuente de deterioro cognitivo en epilepsia toma el nombre de Trastrono Neurocognitivo Leve, y tiene que ver con una forma de “enlentecimiento mental”, es decir, una reducción considerable en el nivel de procesamiento complejo de la información y afección en procesos como la atención, concentración y memoria, pero esto dependerá de la interacción e intensidad de factores como: la frecuencia de las crisis, y efectos colaterales de la medicación en el tratamiento ya que sus efectos varían de un paciente a otro como casos únicos (Aldenkamp, 2014).

### 1.2.3. Epilepsia y Depresión

Según reportes de un artículo científico de la Revista Chilena de Epilepsia llamado Depresión y Epilepsia ¿Una bi-direccionalidad?, se menciona que la depresión es muy común en pacientes con epilepsia, con una prevalencia estimada entre el 24% y el 72%, estos datos previenen de investigaciones realizadas a pesar de las numerosas limitaciones metodológicas que este tipo de estudios adolecen. Los factores etiológicos de la depresión en la epilepsia es de tipo multifactorial entre los principales se encuentran aquellos factores neurobiológicos, psicológicos, sociales e incluso iatrogénicos debido a la información impartida al paciente por parte del facultativo especializado y de las falsas creencias generales que aún guardan sustento en la actualidad (Salinas, 2010). El riesgo de depresión es mayor en pacientes con alta frecuencia de las convulsiones y la epilepsia focal sintomática, sobre todo en convulsiones parciales complejas.

Varios estudios coinciden que la depresión es la complicación psiquiátrica más común en estos pacientes. Bennasar & Arroyo, psiquiatras de la Clínica de Barcelona, mencionan con respecto a los pacientes epilépticos que “La tasa de suicidio es cinco veces superior en comparación a la de la población general, y más de las tres cuartas partes de los ingresos psiquiátricos de estos enfermos son debidos a depresión” (1996, pág. 95). Resulta interesante comprobar como el alto número de suicidios arroja evidencia suficiente para acoger la frecuencia de esta entidad clínica en pacientes epilépticos.

No existen estudios fiables que expliquen razones concretas para justificar la mayor morbilidad depresiva en comparación con otras patologías neurológicas, no obstante se ha atribuido este hecho a los anticonvulsivantes, a las alteraciones estructurales y de los neurotransmisores que acompañan a la epilepsia, sin descartar la estigmatización social que se asocia a la enfermedad. El estrés de vivir con una enfermedad estigmatizada y crónica recrea profundos efectos negativos en la salud relacionados con la adaptación psicosocial del sujeto que padece epilepsia. Numerosos autores han indicado el papel primordial que tienen los elementos de carácter psicosocial en la aparición de la depresión en el paciente epiléptico debido al complejo proceso de aceptación y ajuste con la enfermedad, la estigmatización social y la aparición azarosa de las crisis, esto se agudiza cuando no existe una adecuada red de apoyo social (Lambert & Robertson, 1999)

Muy ligado a lo anteriormente descrito se encuentra lo que conocemos como “indefensión adquirida”, lo cual da lugar a la depresión y puede ocurrir en pacientes con epilepsia como resultado de la imprevisibilidad e inevitabilidad de las crisis, exacerbada aún más por la interrupción laboral y la pérdida de privilegios como la de conducir automóviles debido al riesgo de presentar convulsiones inesperadas. En los pacientes con epilepsia, la depresión puede ser el predictor más fuerte en la salud del paciente relacionado con su adaptación social por factores como la frecuencia de las crisis y de la gravedad de las mismas.

#### 1.2.4. Epilepsia y Ansiedad

Del mismo modo la ansiedad en la epilepsia es muy común y posee un origen multifactorial. Este tipo de trastornos se desatan por vulnerabilidad, factores neurobiológicos, efectos secundarios de anticonvulsivos y los factores psicosociales que son propensos a jugar un papel importante en el desarrollo de estos trastornos. En el artículo científico “Epilepsia y Comorbilidad Psiquiátrica” se evidencia que la prevalencia de ansiedad en una muestra comunitaria de adultos con epilepsia es de 25% lo cual se asocia con varios factores etiológicos, los cuales podemos observar en el Cuadro 5, donde se exponen los principales factores (Asensio & Hernandez, 2008).

Cuadro 5

##### *Etiología de la ansiedad en epilepsia*

---

Una historia actual de la depresión

---

La percepción de los efectos secundarios de la medicación antiepiléptica

---

Menor nivel de educación

---

La cronicidad de enfermedades coadyuvantes

---

El sexo femenino

*Nota* Fuente: Levenson, JL. (2008), Psychiatric Issues in Neurology, Part 3: Epilepsy. Washington. Primary Psychiatry.

Vale la pena recalcar que los factores etiológicos descritos en el Cuadro 5 son representativos en el desarrollo de la enfermedad, sin embargo, resulta indispensable conocer que los estudios realizados en base a la relación epilepsia-ansiedad son poco numerosos en comparación con los estudios existentes en cuanto a la relación epilepsia-depresión que es lo que más ha llamado la atención a los expertos en el tema, pero no por ello se puede descartar la profunda influencia que esta entidad

clínica genera en la adaptación social de los pacientes epilépticos. Este trastorno en la epilepsia puede presentarse de forma ictal (durante la crisis epiléptica), postictal (después de la crisis epiléptica) o interictal (entre crisis epilépticas), en particular la ansiedad anticipada por tener una convulsión en ausencia de una advertencia, puede dar lugar a síntomas similares a la agorafobia, crisis de pánico ya sean estas causadas por vergüenza, incomodidad o el estigma social aún existente.

En esta población la ansiedad es mucho más común que en la población sin este padecimiento, esta afectación suele manifestarse por síntomas corporales de tensión física y la presencia de preocupación excesiva respecto al futuro, además que la inestabilidad, inseguridad y posibilidad de presentar nuevamente crisis epilépticas de forma repentina, en lugares inesperados, o con personas ajenas al círculo social próximos, acentúan los temores de padecimiento de la enfermedad y la sintomatología ansiosa se incrementa.

### **1.2.5. Epilepsia y Ansiedad Fóbica**

Los trastornos de ansiedad fóbica, son comunes en trastornos como la epilepsia y aparecen como resultado de un control inadecuado de la enfermedad y por ende una sensación de falta de control en la aparición de las crisis, lo cual origina afecciones de tipo ansiosos como la agorafobia y la fobia social. Usualmente, la ansiedad es un síntoma dominante en el proceso de adaptación del sujeto especialmente en pacientes recién diagnosticados, por la complejidad de la enfermedad, la aparición repentina de

las crisis, la toma permanente de la medicación y los cambios y nuevos cuidados que deberán hacerse en el estilo de vida del individuo. (Jackson & Turkington, 2005)

En este punto la ansiedad es muy común en enfermedades como la epilepsia, ya que las crisis que aparecen en el paciente refuerzan los altos estados de ansiedad en el paciente y de modo inverso los altos niveles de ansiedad incrementan la frecuencia de las crisis.

### **1.2.6. Epilepsia y Conducta Hostil**

Como se observan en las convulsiones parciales complejas, estas pueden causar síntomas emocionales y de comportamiento automático, lo cual puede desencadenar muy de vez en cuando un comportamiento violento no dirigido, espontáneo y estereotipado. Se debe ser muy cauteloso antes de atribuir la conducta violenta a una convulsión ya que por ejemplo el comportamiento agresivo ictal es poco frecuente y tiene su origen en descargas eléctricas en áreas que se asocian con el comportamiento agresivo, primordialmente en pacientes con deterioro mental y con antecedentes de enfermedad psiquiátrica. Más bien, el manifiesto comportamiento agresivo se relaciona directamente con el delirium o psicosis postictal.

Las características de la violencia ictal se relacionan con un episodio de convulsión repentina, sin provocación, y con una duración en la mayoría de los casos incluso de varios minutos, generalmente acompañada de automatismos y otros fenómenos estereotipados de convulsiones típicas que acompañan al acto agresivo. Para confirmar que el comportamiento violento se debe a un trastorno convulsivo se requiere documentar la agresión durante automatismos epilépticos durante el vídeo-EEG de seguimiento, es decir convulsiones con irregularidades en el EEG (tales como ondas agudas) son hallazgos inespecíficos y no debe

ser utilizado como evidencia de que la violencia es ictal, a pesar de ello algunos abogados en el ámbito legal sostienen que esta manifestación es común y es usado como motivo de defensa para el acusado.

### 1.2.7. Epilepsia y Psicosis

Existe una seria dificultad al tratar de emitir un diagnóstico acertado de un evento psicótico transitorio y otros como resultado a una asociación de la epilepsia, es común que esta manifestación clínica se presente después de una crisis parcial compleja con generalización secundaria o sin ella, el cuadro psicótico suele presentarse después de 24 a 48 horas de transcurrida la crisis y sus síntomas más comunes son delirios de persecución, alucinaciones de mayor prevalencia auditivas que visuales, es común que los pacientes se recuperen por completo después de estas crisis, sin embargo, la prevalencia de que estos síntomas psicóticos sean coincidentes con convulsiones de tipo epilépticas, se incrementan cuando ambos son el resultado de una enfermedad o lesión cerebral, especialmente con lesiones del lóbulo temporal o subcortical, por ejemplo la más común es la denominada psicosis post-ictal. En el Cuadro 6 podemos observar un extracto de factores etiológicos que contribuyen en la aparición de psicosis en el paciente epiléptico (Marchetti, Castro, & Kurcgant, 2005)

Cuadro 6

#### *Etiología de psicosis en epilepsia*

---

Encefalitis (Inflamación del encéfalo)

---

Vasculitis del SNC (Inflamación de vasos sanguíneos)

---

Abstinencia de alcohol

---

Hiponatremia (Insuficiencia de Sodio)

---

Intoxicación de sustancias (principalmente cocaína).

*Nota* Fuente: Asensio, M; Hernández, L. (2008). Epilepsia y Comorbilidad Psiquiátrica. Alicante. Servicio de Neurología y Psiquiátrica del Hospital General de Alicante.

En el Cuadro 6 se evidencian algunos factores orgánicos causales de síntomas psicóticos, se debe tomar en cuenta que estos pueden aparecer como consecuencia misma de lesiones en zonas específicas del cerebro, concomitantes a las lesiones presentes en la epilepsia. Los síntomas psicóticos pueden ocurrir en las fases ictal (durante las crisis), postictal (inmediatamente después de las crisis) o interictal (entre las crisis), así como los síntomas psicóticos breves en el estado epiléptico no convulsivo, más comúnmente con el estado parcial complejo; en dichos casos, otras características de las convulsiones parciales complejas que pueden estar presentes también son los automatismos (por ejemplo, relamerse los labios, tomarse la ropa). La psicosis también puede presentarse como resultado de un inadecuado tratamiento de la epilepsia (proceso iatrogénico), y en este punto es importantes resaltar que muchos de estos síntomas (alucinaciones, ideas delirantes, ideas paranoicas) pueden presentarse como potenciales efectos secundarios de los anticonvulsivantes, así como podemos advertir en el Cuadro 7 donde se revelan algunos anticonvulsivos que en ciertos casos (inadecuada administración) pueden ocasionar este tipo de efectos.

Cuadro 7

***Principales Anticonvulsivantes que pueden producir síntomas psicóticos***

Vigabatrina

Gabapentina

Lamotrigina

Topiramato

**Nota** Fuente: Foong, J. (2009). Trastornos psiquiátricos en la epilepsia. Londres. Departamento de Neuropsiquiatría-Hospital Nacional de Neurología y Neurocirugía de Queen Square.

Un dato relevante en cuanto a los anticonvulsivantes presentados en el Cuadro 7 es que la interrupción brusca de este tipo de medicamentos también puede causar síntomas de psicosis aguda, pero no debe considerarse en estos casos (por su

naturaleza de transitorio) un trastorno psicótico en sí mismo, por último, otra causa para la aparición de sintomatología psicótica es el proceso denominado “lobectomía temporal” (extirpación total de la porción anterior del lóbulo temporal del cerebro), el cual es un tratamiento para la epilepsia médicamente intratable y puede precipitar una psicosis similar a la esquizofrenia (Cuenca, 2010).

### **1.2.8. Epilepsia y Trastornos por Somatización**

Los episodios de somatización resultan frecuentes en las salas de emergencia de los hospitales, se observan dolores de los más diversos y entre ellos cuadros que pueden remedar a crisis convulsivas, los cuales por obvias razones después de un tratamiento con anticonvulsivantes no encuentran mejoría ya que se trata de combatir una descarga neuronal inexistente. En el texto “Principios de Neurología” se afirma que frecuentemente a estas pseudo-crisis se las diagnostica erróneamente como reales, pero no se ataca la raíz del problema, es decir, la etiología psicógena. Este tipo de crisis muy a menudo son manifestación de histeria en la mujer (Trastorno por conversión, Enfermedad de Briquet), o de neurosis de compensación o simulación en varones y mujeres. Estudios recientes sugieren que el cuadro de conversión o histeria también explica muchos casos de este tipo en los varones y que rara vez hay simulación. (Ropper & Brown, 2011).

Por supuesto, las personas con crisis epilépticas verdaderas también presentan otras de tipo de psicógeno, y por ello diferenciar uno de otro es particularmente difícil, sin embargo varios autores exponen que varias manifestaciones motoras específicas en

el curso de una crisis no epiléptica resultan suficientes para identificar su validez, a continuación se plantean las más importantes:

- El golpe discordante de las extremidades.
- Repeticiones del movimiento de un lado a otro de la cabeza.
- El paciente suele agredir a las personas que intentan contenerlo (generalmente patadas).
- Presencia de temblor muscular y escalofríos;
- Emisión de palabras durante la fase ictal.
- Cierre intenso de los párpados, (los párpados deberían mostrar movimiento clónico).
- Estas crisis generalmente se desarrollan en presencia de observadores.
- Se desencadena como consecuencia de factores emocionales. (durante o después de discusiones, comúnmente utilizado como mecanismo para influir en el entorno).
- Pueden prolongarse a minutos y en menor frecuencia incluso horas, pero por más larga que sea la etapa pseudoictal no se evidencia la presencia de ninguna de las siguientes manifestaciones:
  - mordeduras de lengua.
  - incontinencia de esfínteres.
  - caídas dolorosas.
  - confusión postictal (Alvarado & Banderas, 2002)

En la sala de emergencias de los hospitales es muy frecuente que estas pseudo-crisis se presenten también en pacientes alcoholizados que debido a su conducta

manipulatoria usan el recurso de las crisis epilépticas a fin de tener la atención necesaria de quienes los rodean.

### **1.2.9. Epilepsia y Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)**

Actualmente, es habitual la asociación entre la epilepsia y numerosos trastornos psiquiátricos y el TOC no queda al margen de esta relación. En un estudio realizado en la Ciudad de México en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, reporta lo que a continuación se describe:

El 18.8% de los pacientes (N: 100 pacientes), presentaban síntomas de trastorno obsesivo compulsivo, además existen algunos casos descritos de asociación de TOC y epilepsias originadas en la corteza del cíngulo y después de una cingulotomía mejoran tanto las crisis como el TOC. (Ávila, 2004, pág. 95)

El dato precedente revela una alta prevalencia del TOC en pacientes epilépticos, sin embargo, los estudios que pueden arrojar luces acerca de su etiología son escasos por lo cual no se puede aseverar cuales son los factores que realmente originan la sintomatología del TOC asociada a la epilepsia, pero sin lugar a dudas la aparición de estos síntomas psicológicos se relacionan directamente con los problemas de adaptación psicosocial, la calidad de vida del paciente ante las crisis, el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico o como resultado colateral de los medicamentos usados para tratar la epilepsia como tal.

### 1.2.10. Epilepsia y Trastornos de Personalidad

Es de conocimiento para muchos que por siglos se ha venido estudiando la existencia de una personalidad específica que se desarrolla paralelamente al brote de la epilepsia, el mismo que se ha convertido en un tema de gran controversia, ya que no existen estudios fiables que abalicen dichas hipótesis. Sin embargo, en el libro “Epilepsia” del Dr. Medina se señala que Kraepelin observó lo que a continuación se describe: “En más de la mitad de los pacientes con epilepsia, existe enlentecimiento y meticulosidad en los procesos mentales, que se manifiesta con circunstancialidad, irritabilidad episódica, modestia, industriosisidad, honestidad y preocupación por temas religiosos y morales”. (Medina Malo, 2004, pág. 394)

Las evidencias actuales no pueden aseverar o descartar la presencia de un trastorno de personalidad específico la población epiléptica general, pero si dar pautas de la presencia de sintomatología que requiere atención especial de un facultativo especializado. En el artículo “Psicopatología de lo mágico” se señala que dentro de la clínica, (Ver Cuadro 8), los síntomas más llamativos en cuanto a personalidad del paciente epiléptico son los que a continuación se detallan:

Cuadro 8

#### *Características de Personalidad en el paciente epiléptico*

---

Necesidad constante de aprobación

---

Adhesión a estrictos códigos de moral e inflexibilidad

---

Hipo-sexualidad

---

Religiosidad extrema

---

Hiper-grafía

---

Inestabilidad emocional

---

Agresividad

---

Apatía e indiferencia

---

Susplicia o ideación paranoide

*Nota* Fuente: González, S. (2000). Psiconeurología de lo mágico: Epilepsia, psiquiatría y sociedad. La Habana. Servicio de Epilepsia del Hospital Psiquiátrico de la Habana.

Se debe tomar en cuenta que las características de personalidad presentes en el Cuadro 8 no son tipologías constantes en todos los pacientes epilépticos más bien corresponden a características de pacientes de curso crónico que en caso de estar presentes se requiere inter-consultarlo a un especialista en salud mental, ya que un diagnóstico y tratamiento psicológico oportuno ayudará al paciente a sobrellevar aquellos síntomas concomitantes al diagnóstico; una adecuada intervención psicológica generará en los pacientes mejores niveles de adaptación social y calidad de vida en general.

### **1.3. Adaptación psicosocial en el paciente epiléptico**

#### **1.3.1. Antecedentes**

A pesar de los avances médicos y el control de enfermedades neurológicas de tipo crónico, la epilepsia es uno de los trastornos en donde la adaptación psicosocial de quien lo padece se encuentra mayormente comprometida y, como se menciona en el texto “Epilepsia: Aspectos clínicos y psicosociales”, es de vital importancia a más del control médico del trastorno, la manera como el paciente previene la aparición de trastornos psicopatológicos coadyuvantes, cómo entiende, confronta, se define a sí mismo con la enfermedad, y maneja el punto de vista de la sociedad con los mitos y temores correspondientes que aún subsisten en los distintos estratos sociales, ya que en numerosas situaciones la población epiléptica es aún estigmatizada e incluso relegada de los múltiples roles instaurados en la población estándar (Medina Malo, 2004).

La enfermedad se impone en el sujeto con epilepsia como un hecho vital e imprescindible que determinará la construcción de una particular manera de pensar, sentir y actuar en su cotidianidad. Todos los anteriores se convierten en elementos trascendentales que precisan un nivel de adaptación psicosocial determinado, ya que se han reportado numerosos escenarios en los que estos pacientes son estigmatizados y rechazados a nivel social, tanto en la esfera familiar, escolar, interpersonal y laboral fruto de su padecimiento.

### **1.3.2. La epilepsia en la edad temprana**

La epilepsia en la población infantil tiene “una prevalencia activa de 3.4 – 11,3 por 1000 habitantes” (Larsson K, 2006, pág. 107), convirtiéndose en una patología relativamente frecuente en los niños, la etiología en dicho grupo se explica por “Traumatismos Cráneo Encefálicos (T.C.E), infecciones del Sistema Nervioso Central, trastornos metabólicos” (Saad De Janon & Saad de Janon, 2007, pág. 2).

Entre las principales implicaciones de la epilepsia en la población infantil tiene que ver con un deficiente desarrollo cognitivo y la presencia de alteraciones mentales en una probabilidad de 3 a 1 en comparación con la población normal (Arzimanoglou, Aldenkamp, Cross, & Lassonde, 2005, pág. 7), lo cual depende particularmente de tres factores:

- el efecto directo de la propia epilepsia
- los déficits neuropsicológicos y
- los posibles efectos adversos de la medicación antiepiléptica (Saad De Janon & Saad de Janon, 2007, pág. 6).

Cuando el diagnóstico de epilepsia es precisada en edades tempranas, y cuando no se recibe la información necesaria para combatir los problemas psicosociales que la enfermedad conlleva, se evidencia signos de marcado aislamiento, con un círculo de amigos reducido, y estadísticamente un alto índice de estos pacientes no mantienen relaciones amorosas formales prolongadas (matrimonio), en estos casos es muy común que el paciente epiléptico adulto no logre su total independencia lo que muchas de las ocasiones lo convierte en responsabilidad de su principal tutor, en la mayoría de casos la madre.

### **1.3.3. La epilepsia en el paciente adulto**

La etapa evolutiva en la que aparece y desarrolla la epilepsia es trascendental en el proceso de adaptación psicosocial del sujeto. Si la enfermedad aparece en la etapa adulta esta situación configura un alto riesgo en la estabilidad emocional e incluso económica. Si el adulto ha alcanzado ciertos estándares de convivencia e independencia en los distintos ámbitos tanto afectivo, social, económico, etc. el advenimiento de una enfermedad como la epilepsia, el estilo de vida puede acaecer en un quebrantamiento social con síntomas como: aislamiento, vergüenza, bajo estado de ánimo, sensación de ineficacia y desvanecimiento de todo lo construido hasta el momento.

En estudios efectuados en Chile por Ivanovic-Zuvic, acerca de la calidad de vida en los pacientes epilépticos se conoce que la variable autoimagen de dicha población se encuentra seriamente afectada ya que quien lo padece suele calificar como negativas

a sus características corporales, y en el proceso en que se concibe la enfermedad la define como una causa que afecta primero la esfera corporal, posteriormente concibe las consecuencias en el área emocional, es decir, las crisis sufridas afectan al cuerpo (crisis tónico-clónicas), pero a pesar de ello estos episodios no son vividas como algo objetivo ni solamente corpóreo ya que numerosos episodios traen consigo comprometido el nivel de conciencia entonces empiezan a entender que las crisis afectan al cuerpo en primer lugar desencadenando psíquicamente sentimientos de inseguridad, de inferioridad, sensación de incapacidad, baja autoestima, etc. Sus metas se ven limitadas ya que se despliegan dentro de un marco lleno de temores y la apreciación de su discapacidad psíquica producto de la alteración somática percibida, hacen que su campo de acción social sea percibido como reducido (Ivanovic- Zuvic, 2003).

Realizar una explicación profunda acerca de la etiología, características, tratamiento y pronóstico de la enfermedad harán que el trastorno no sea visto como algo trágico sino como un nuevo estilo de vida al que el sujeto ha de acomodarse. (Rojas, Sánchez, & Fardales, 2013). De lo dicho se desprende que la intervención preventiva y/o explicativa acerca de la enfermedad es básica para la posterior adaptación del sujeto al sistema con su nueva condición clínica.

#### **1.3.3.1. Estigmatización**

Los estigmas son marcas o señales que diferencian acentuadamente a una persona de las demás. En un artículo científico de la Universidad de Liverpool “El estigma, la

epilepsia y la calidad de vida” refieren que la estigmatización social al cual se ve sometido el paciente con epilepsia es relevante en la evolución de la enfermedad y la calidad de vida del sujeto. El paciente epiléptico está sujeto más que en otras enfermedades a este tipo de expectativas sociales diferentes que inciden directamente en la percepción, desarrollo y mantención de síntomas psicológicos asociados. Muchas veces los conflictos personales que mantiene el paciente epiléptico dependen de las actitudes de los otros hacia la enfermedad y el enfermo (Jacoby, 2002)

A pesar de que numerosas investigaciones demuestran que la percepción de la enfermedad depende de la interpretación de quien rodea al paciente también depende mucho del auto-concepto del paciente quien muchas veces refiere sentimientos de vergüenza por ser portador de la enfermedad, mucho más cuando las manifestaciones son evidentes hacia los demás al tratarse de crisis tónico-clónicas por ejemplo. Los procesos de estigmatización social del mal llamado enfermo epiléptico, incide en la autopercepción de ser “diferente”, de autoconfianza, de seguridad, procesos de valoración personal, etc., lo cual contribuye al reforzamiento de una determinada psicopatología copartícipe.

### **1.3.3.2. Ambiente Familiar**

El ambiente familiar es el primer grupo impactado cuando el paciente es diagnosticado con esta patología, a partir de lo cual se modifican procesos de autoestima, pautas comunicacionales, roles, normas familiares y el contacto con el entorno, además de las reacciones naturales de tristeza, desconcierto y falta de certezas en cuanto al nuevo estilo de vida al que la familia tendrá que acomodarse,

recordemos que “la manera de afrontar la situación depende de los recursos mentales emocionales, físicos y sociales disponibles” (Medina Malo, 2004, pág. 414). La familia constituye el primer grupo de apoyo social destinado a fortalecer los posibles efectos negativos de la enfermedad en el paciente.

De este modo, tomando como causa principal la desinformación se empieza la aventura de calificar al paciente como el “enfermo de la casa” quien necesita cuidados especiales, y la ansiedad de la familia por los riesgos que toma el recientemente diagnosticado se incrementa, de este modo la sobreprotección y las limitaciones impuestas al paciente hacen que se vaya creando una autoimagen de inutilidad, incompetencia hacia actividades propias de su edad , así como ir adquiriendo el sentido de aislamiento a más de la sensación de una población en minoría. También la economía se ve afectada en la familia ya que la epilepsia, por ser una enfermedad crónica, requiere tratamientos prolongados de costos elevados.

### **1.3.3.3. Actitudes familiares**

Las actitudes familiares son indispensables en cuanto al desarrollo personal y social del paciente epiléptico ya que al ser el primer grupo impactado por el diagnóstico de uno de sus miembros su reacción representará en gran medida la reacción hacia la propia percepción de la enfermedad y el desarrollo de su personalidad, cuando la enfermedad ocurre en la niñez puede llegar a afectar la funcionalidad de la familia y empieza a hacerse presente la sobreprotección y la compasión de quienes lo rodean, lo cual se fortalece si las crisis no son bien controladas, y es debido a estos factores

que muchos de los niños que llegan a la adolescencia están propensos a desobedecer las prescripciones médicas, de este modo, la familia por desconocimiento suele integrar ciertas conductas poco saludables hacia el paciente, a continuación se exponen las más importantes:

- ***Sobreprotección.***- Esta actitud nace de los riesgos permanentes a los que se encuentra expuesto el paciente cuyas crisis representan una amenaza para su integridad física, es por ello que la familia con su conducta trata de evitarle al paciente cualquier tipo de conflictos a fin de compensar los “malos ratos” de la crisis y de no abandonarlo el mayor tiempo posible a fin de que se pueda resguardar al paciente de una posible crisis (Medina Malo, 2004).
  
- ***Modificación de actividades.***- Así como las relaciones familiares se modifican tras un diagnóstico de este tipo en algún miembro de la familia, es común ver como las actividades también se ven afectadas, por ejemplo nace en la familia la imposición de horarios estrictos para la toma de la medicación sin la cual deviene la crisis, es decir, actividades que eran rutinarias en el pasado se modifican debido a la presencia de nuevos factores en la vida familiar (Ibid, 2004).
  
- ***Limitación.***- Algunas familias más bien optan por restringir al paciente de las actividades que son propias de su edad a fin de no arriesgar la tranquilidad de

la familia por los posibles riesgos de que las crisis se desencadenen fuera de su campo de acción (Ibid, 2004).

#### **1.3.3.4. Sexualidad y Relación de pareja**

En la esfera de sexualidad y pareja los pacientes epilépticos también guardan cierta desventaja social debido a los mitos que aún se conservan en la población, quienes en base a la desinformación han incidido en la creación de un estilo de vida particular. En el curso de la investigación durante el contacto con los pacientes se pudo evidenciar algunas creencias que se divulgan en la actualidad, se menciona por ejemplo:

- “Los epilépticos no se controlan sexualmente”,
- “La mujer tiene que embarazarse para curarse de la epilepsia”,
- “La epilepsia se contagia por medio de las relaciones sexuales”

Sin embargo, las frases precedentes a pesar de ser incongruentes en su totalidad son datos vigentes que se propagan cuando la gente se refiere a personas epilépticas. Es así que factores socioculturales influyen en la apreciación acerca de la responsabilidad del sujeto frente a su sexualidad, generalmente los pacientes jóvenes no suelen preguntar abiertamente acerca del tema sino que su temor los limita en su desarrollo personal, autoconfianza, desarrollo de capacidades y expresión de sentimientos.

En cuanto a la relación de pareja los hombres y mujeres que se han establecido en una familia y que guardan este diagnóstico desde la niñez o adolescencia en el caso de los hombres se les complica desenvolverse como cabeza de familia, es común que se le oculten los problemas de los hijos y los miembros desarrollan un sentimiento de sobreprotección hacia el padre. En el caso de las mujeres desde un inicio adquieren un sentimiento de inferioridad frente al cónyuge y la dificultad para tomar decisiones en el hogar. En el caso de que la enfermedad se haya desencadenado dentro de una familia ya establecida crean inseguridad, miedo, y por consiguiente aislamiento social. Es fundamental en este punto transmitir a los hijos la información necesaria para hacerle frente a este nuevo estilo de vida en donde todos los miembros de una u otra manera constituyen un punto de anclaje en la evolución de su cuadro clínico (Medina Malo, 2004).

#### **1.3.3.5. Trabajo y Empleo**

En un inicio la mayor parte de pacientes epilépticos permanecían inactivos realizando labores de escasa retribución o simplemente se establecían en casa sin involucrarse en actividades económicas complejas. Descripciones pasadas de los primeros pacientes epilépticos datan su condición restrictiva en el ámbito laboral donde no descubrían un espacio en la educación superior por lo tanto los cargos que asumían solían ser temporales, de baja remuneración y sin la estabilidad laboral que el tratamiento y manejo de la enfermedad requerirían.

Empresarios justificaban su restricción en la contratación de personal con estas características debido al temor de que los empleados pudiesen sufrir accidentes laborales debido a lo inadvertido de las crisis. Actualmente persisten los prejuicios debido a la duda de las capacidades intelectuales y de relación que genera la enfermedad en los empleadores y compañeros laborales, en quienes se instaura un gran temor por el desconocimiento del manejo en este tipo de casos, sin embargo, el panorama laboral para el paciente epiléptico actual es distinto, una muestra significativa mantiene labores remuneradas y algunos de ellos han podido desarrollar sus actividades con éxito. Incluso algunas personas contratan a epilépticos en actividades que requieren meticulosidad y constancia en sus actividades. A continuación se describen las leyes que en el Ecuador amparan a este grupo de personas tanto en la inclusión en la educación y en el campo laboral (Medina Malo, 2004).

En el Ecuador, La Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud en el Pleno de la Asamblea debatió la “Ley de Protección para el Paciente con Epilepsia”, sesión llevada a cabo el 1 de marzo del 2012. En donde se resuelven los siguientes puntos a destacar en el Cuadro 9 que se presenta a continuación:

## Cuadro 9

***Ley de protección para el paciente con epilepsia***


---

Garantizar los derechos de las personas con epilepsia, estableciendo la igualdad entre todas las personas y prohibiendo cualquier acto de discriminación.

---

La Autoridad Sanitaria Nacional ejecutará un programa específico para el manejo y control de la epilepsia en el país, implementando planes y programas de salud mental, entre ellas, la epilepsia.

---

Prohibir cualquier tipo de discriminación en el ejercicio del derecho al acceso a la educación en todos sus niveles, en contra de pacientes que sufran epilepsia.

---

La ley Orgánica de Educación Superior garantizará el derecho a la educación superior de calidad sin discriminación alguna.

---

El artículo cinco establece que la epilepsia no será considerada impedimento para la postulación, el ingreso, y desempeño, laboral, normas que se recogen en la Ley Orgánica de Servicio Público en su artículo 65 que el ingreso a un puesto público se realizará bajo los preceptos de justicia, transparencia y sin discriminación alguna.

*Nota* Fuente: Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud. (2012). Ley de protección para el paciente con Epilepsia. Quito. Asamblea Nacional del Ecuador.

De este modo se evidencia como el estado Ecuatoriano ampara la inclusión social de las personas que padecen epilepsia en todas las esferas de intervención, tanto educativo, laboral, de salud, y demás cuidados de forma integral.

### **1.3.3.6. Aspectos económicos - Costo de la enfermedad**

Esta definición corresponde al monto económico que a causa de la enfermedad se gasta o no se obtiene. Los costos directos de la epilepsia, son los rubros familiares dirigidos al gasto en servicios de salud, ya sean estos por hospitalización o de forma ambulatoria, los controles a los que cada cierto tiempo los pacientes deben someterse y el costo de los medicamentos que como sabemos en enfermedades crónicas, son de uso prolongado. Dependiendo del caso, se añade a los rubros anteriores, el gasto que implica la presencia de cuidadores constantes y el transporte para acceder al servicio

de algún tipo de rehabilitación que reciban los pacientes (Medina Malo, 2004), de este modo, se puede percibir que el costo indirecto de la enfermedad implica períodos de desempleo o subempleo, pérdida o disminución de la productividad, lo cual desencadena pérdidas económicas valiosas para el estado y la economía mundial ya que al ser considerada la epilepsia como una enfermedad con alta incidencia, el gasto público dispara grandes cantidades de dinero para la valoración, diagnóstico, tratamiento y mantención de los pacientes epilépticos.

En las conclusiones realizadas en España en cuanto a los aspectos económicos de la epilepsia se hace referencia a que "... la diferente distribución de los costes en los niños y adultos con epilepsia sugiere la necesidad de intervenciones durante edades tempranas de la vida para intentar reducir su repercusión económica y personal a largo plazo". (Argumosa & Herranz, 2000, pág. 108). La intervención médica, psicoeducativa y psicológica es fundamental para fortalecer la calidad de vida y adaptación psicosocial de los pacientes y sus familias, lo cual desencadena la reducción de costos económicos elevados debido a un mal control de la enfermedad en donde se aborde una profunda explicación de la enfermedad, síntomas psicológicos con pautas individuales y familiares para su manejo.

## **1.4. La Intervención Psicológica**

### **1.4.1. Definición**

Tomando en cuenta la definición que realiza el investigador en psicología Dr. Arturo Bados la intervención psicológica consiste en:

La aplicación de principios y técnicas psicológicos por parte de un profesional acreditado con el fin de ayudar a otras personas a comprender sus problemas, a reducir o superar estos, a prevenir la ocurrencia de los mismos y/o a mejorar las capacidades personales o relaciones de las personas aún en ausencia de problemas. (Bados López, 2008, pág. 2)

Este hace referencia a un término muy general el cual puede ser llevado a una representación más concreta de numerosas formas. Entre estas encontramos el tratamiento psicológico y otros como la Psicoeducación, Asesoramiento, Psicoterapias, Intervención en Crisis, etc.

### **1.4.2. Modelos de Intervención Psicológica**

De acuerdo a los modelos de intervención, existe un sinnúmero de propuestas de intervención psicológica, las cuales toman forma a partir de los modelos teóricos específicos, presentando cada uno de ellos diferentes beneficios e inconvenientes a partir del análisis desde el punto de vista de diferentes paradigmas. Los modelos de intervención frecuentemente usados son:

#### **1.4.2.1. Modelos Psicodinámicos**

Freud es el precursor de la teoría psicoanalítica a partir de la cual, a través del tiempo, se desprenden otras conjeturas con pequeñas modificaciones conceptuales pero que conservan la hipótesis de que el comportamiento depende fundamentalmente de factores intra-psíquicos (motivaciones, los impulsos, deseos), los cuales reposan en el inconsciente. El método psicoanalítico corresponde a que el sujeto “tome conciencia de un modo no traumático experiencias pasadas (material reprimido)” (Vega, Santoyo, & Domínguez, 1997, pág. X). En este modelo determinista es de gran relevancia la infancia del sujeto ya que cuyas repercusiones se evidenciarán en la edad adulta.

#### **1.4.2.2. Modelos Fenomenológicos**

La importancia de este tipo de modelos se centra en el punto de vista del sujeto, su propia percepción e interpretación acerca de las circunstancias que le suceden. Estas teorías de corte humanista descifran al hombre como un ser responsable de sus actos y decisiones, un ente integral donde se conjuga el equilibrio de sus pensamientos, sentimientos y conductas, entre las más importantes se encuentran la Psicoterapia centrada en el Cliente y la Gestalt, en donde se da más importancia a la capacidad del individuo para tomar decisiones y elegir libremente su camino de manera consiente (Feist & Feist, 2007).

#### **1.4.2.3. Modelos Sistémicos**

En estos modelos se asignan un elevado valor a ciertos patrones de interacción interpersonal como explicación a determinadas conductas del sujeto, además se atribuye la inexistencia de la personalidad en si misma, sino como resultado de la dinámica de las relaciones con los demás. De este modo la atención se traslada al tipo de vínculo creado por el sujeto con su entorno (Bados López, 2008).

#### **1.4.2.4. Modelos Conductuales y Cognitivos**

Estos modelos distinguen la conducta como producto del aprendizaje y aquellas que se consideren disfuncionales tienen la capacidad de desaprenderse, Vega, Santoyo y Domínguez refieren que este modelo estudia “la génesis de la conducta mediante el condicionamiento de estímulos y respuestas” (1997, pág. XI). Basándose en la teoría conductual se desprende la teoría cognitiva, la cual destaca la reestructuración cognitiva, asumiendo que las distorsiones cognitivas son patrones de pensamiento que influyen en los sentimientos y la conducta del sujeto.

#### **1.4.3. Niveles de Intervención Psicológica**

Este tipo intervención presenta múltiples niveles de desempeño, entre los que se encuentran:

- **Nivel Individual.-** Se refiere al trabajo exclusivo del terapeuta con una sola persona a fin de ayudarlo a disminuir, potenciar, eliminar o introducir una conducta de riesgo (Bados López, 2008) .
  
- **Nivel Grupal.-** En este nivel se debe contar con numerosas personas que presentan sintomatología parecida pero que dichas molestias no incidan en la participación del sujeto en el grupo (Ibid, 2008).
  
- **Nivel de Pareja.-** En este nivel se pretende trabajar los conflictos que surgen dentro de la interacción de la pareja, en factores como la comunicación, valores, estilos de vida, creencias religiosas, etc., (Pocasangre, Gonzáles, & Alas, 2010).
  
- **Nivel Familiar.-** Está recomendado cuando el problema es de dos o más miembros, y no sólo del supuesto paciente, y los mencionados miembros están dispuestos a participar en la terapia. Cuando hay problemas de comunicación, crisis familiares o problemas de algún miembro de la familia mantenidos por los patrones de interacción en esta, el objetivo es estrechar los lazos (Ibid, 2010).

En el caso de la familia de los pacientes epilépticos, este es considerado el grupo mas cercano junto con el grupo de amigos constituyéndose un grupo de apoyo fundamental, por eso es necesario impartir en ellos ciertas pautas para que el manejo de los pacientes epilépticos en el área familiar sea la mejor. Es adecuado que se

ejecuten guías de control y prevención apropiados, entre los que destacamos a continuación:

- ***Información oportuna.***- El ser humano no puede hacerle frente a nada que le cause temor si no conoce aquello a lo que debe enfrentarse, este principio se aplica perfectamente en el tema que se está estudiando, los miembros de la familia no van a poder ser un apoyo para el paciente si no conocen el alcance, el origen, los síntomas, el manejo de la enfermedad y cuál el pronóstico del paciente, es por ello que se recomienda brindar a la familia la información y las pautas oportunas y necesarias para un buen funcionamiento (Ibid, 2004).
- ***Comunicación.***- En este punto se recomienda una comunicación fluida entre los familiares más cercanos del paciente o quienes están como cuidadores del mismo con los facultativos médicos a fin de que en cada nueva evaluación, cambio de fármacos, nuevos horarios para la toma del medicamento, se comuniquen novedades, posibles efectos secundarios y se obtenga la información necesaria de cómo manejar los nuevos cuadros clínicos que se pueden ir presentando (Ibid,2004).
- ***Respuestas adecuadas.***- Muchas veces el trabajo de adaptación social que el paciente va adquiriendo después de la enfermedad se ve truncado frente a la presencia de nuevas crisis lo cual frena la posible evolución por la cual venía trabajando, debido a esto se recomienda que frente a nuevas crisis se investigue la fase del tratamiento en la que se encuentra, si los eventos que

sucedieran son normales o no, en todo caso el encontrar información oportuna hace que el camino de la adaptación psicosocial sea más llevadera (Ibid, 2004).

- ***Responsabilidad en su autocuidado.***- La familia debe insertar en el enfermo la relación directa que existe entre el nivel de cuidado que se auto-prodigue el paciente, y el grado de recuperación o estabilidad en cuanto a su enfermedad es por ello indispensable que la familia dote de todos los mecanismos necesarios para una adecuada independencia del paciente bajo los parámetros estrictos de autocuidado (Ibid, 2004).
- ***Selección adecuada del trabajo.***-A pesar de que la mayoría de empleos se pueden ajustar al perfil del profesional epiléptico, existen trabajos con ciertas características que pueden poner en riesgo la vida y estabilidad del paciente, entre los que tenemos:
  - Lugares ruidosos ya que pueden ser los desencadenantes de crisis (en casos donde se ha comprobado) debido al nivel de estrés al que se someten a los pacientes.
  - Evitar trabajos que impliquen grandes alturas o subterráneos.
  - Evitar labores como en calderas, tornos o el uso de amoladores, sierras automáticas etc., (Medina Malo, 2004).

- **Nivel en Comunidad.**-En este tipo de intervenciones se pretende transformar y trabajar en el medio donde las personas habitan a fin de proporcionar las herramientas necesarias para prevenir o resolver situaciones de riesgo. En este nivel uno de los grandes énfasis es la Intervención en Crisis, cuyo objetivo es el alivio, el restablecimiento, y la comprensión del sujeto de la situación estresante de la que es parte, entre ellas se destacan situaciones como:
  - Un desastre natural
  - Una enfermedad crónica
  - Ser víctima de violencia, etc., (Chávez, 1999)

#### **1.4.4. Intervención en Crisis**

Numerosas son las definiciones de crisis pero es Slaikeu por ejemplo quien refiere que este es "... un estado temporal de trastorno, desorganización, caracterizado especialmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas" (Corral, 2009, pág. 34) ,es decir, frente a situaciones particulares el sujeto que se encuentra en crisis es incapaz de producir nuevas estrategias para resolver el problema, en su lugar utiliza los mismos métodos aun sabiendo que de ese modo no conseguirá la solución al problema.

A pesar de que la persona en crisis atraviesa por una situación desconocida y sin éxito, los estudiosos coinciden en que toda crisis lleva consigo peligros y

oportunidades, es así que una intervención profesional en estas situaciones resulta imprescindible ya que esto puede cambiar la dirección de las decisiones del paciente y es factible que se abra una amplia gama de alternativas cuando al inicio no se observaba más que el oscuro túnel del problema. Es así que la intervención en crisis se refiere a “todos los métodos utilizados para ofrecer ayuda a corto plazo a personas que experimentan un evento que produce problemas emocionales, físicos y de comportamiento...” (Guevara, 2009, pág. 1), se explica entonces que es un proceso en el cual se socorre a una persona o grupo de personas a sobrellevar un evento traumático a fin de que las posibles consecuencias negativas aminoren y las probabilidades de crecimiento aumenten.

#### **1.4.4.1. Proceso de Intervención en Crisis**

En cuanto al proceso de Intervención, Slaikeu diferencia dos fases en el proceso de la Intervención en Crisis. La primera denominada *Intervención de Primera Instancia* la cual se caracteriza por ser aquella intervención que se aplica durante los primeros minutos u horas tras el proceso traumático, se trata de en lo posible reducir el riesgo de muerte, brindando apoyo psicológico y enlazando al paciente con sus principales redes sociales de apoyo (familiares, amigos, fundaciones, etc.), por otro lado se encuentra la denominada *Intervención de Segunda Instancia* o conocida también como *Terapia para Crisis*, cuyo objetivo en este sentido es la resolución de la crisis, incorporar el evento traumático a la trama de la vida, y generar habilidades para hacer frente al futuro y a diferencia de la instancia precedente tiene una duración de semanas o meses. El objetivo mayor es que el propio paciente se provea de los

mecanismos necesarios para que el futuro no se vea mancillado por el evento traumático actual (Slaikeu, 2008).

La intervención utilizada en el presente trabajo de investigación tiene que ver con el proceso de Segunda Instancia o Terapia para Crisis tomando en cuenta que el objetivo principal es que el evento traumático sea instaurado a la historia de vida del sujeto a fin de no presentar en un futuro secuelas emocionales debido al evento traumático acaecido. Varios son los autores que concuerdan en que algunos eventos que son considerados traumáticos para algunos pacientes no lo son para otros y que por muy simples que parezcan otros incidentes para gran parte de la población pueden ser considerados como amenazantes para una minoría. Por ejemplo para algunos pacientes y sus familiares pueden incorporar sin dificultad el diagnóstico de epilepsia a su rutina diaria, sin embargo para otros sujetos y quienes lo rodean el mismo diagnóstico de epilepsia puede ser un evento cargado de ansiedad que lo inhabilite, en si un evento traumático que se le haga difícil incorporar al trama de su vida. A continuación se detalla un párrafo significativo acerca de la importancia de una intervención psicológica oportuna con el fin de evitar secuelas emocionales futuras:

Los psicoterapeutas de diversas formaciones admiten en la actualidad el hecho de que sin intervención, las reacciones traumáticas corren el riesgo de degenerar en trastornos patológicos. Tanto el estrés postraumático como los trastornos del ánimo y el alcoholismo, pueden ser consecuencia de reacciones al traumatismo convertidas en crónicas. En las alteraciones disociativas y psicósomáticas también se puede intuir una reacción al traumatismo, en las cuales el síntoma

físico es el recuerdo de la experiencia traumática transformada por la psique.  
(Fernandez, 2003, pág. 19)

Esta explicación tiene mucho que ver con los efectos posteriores que genera el dar un diagnóstico de esta magnitud (enfermedad crónica) y dejar de lado el impacto que eso genera en el sujeto, el no tomar en cuenta la reacción psicológica ante un diagnóstico que por completo cambia el estilo de vida del sujeto y sus familias, las reacciones psicológicas posteriores (trastornos afectivos, ansiosos, etc.), pueden marcar más que la misma epilepsia en la vida del sujeto, de ahí se desprende la importancia de una intervención psicológica oportuna.

#### **1.4.4.2. Perfil CASIC de Intervención Psicológica**

El Perfil CASIC, (1988), es un método de evaluación psicológica utilizado ampliamente en procesos de Intervención en Crisis con el fin de restablecer al paciente su nivel de funcionamiento en las diferentes áreas planteadas, después de atravesar un estado temporal de desorganización en donde el sujeto no posee la capacidad de resolución para dichos problemas. Este Perfil provee la oportunidad de observar puntualmente los sectores afectados en el sujeto dividido en 5 grandes temas: (Bados López, 2008).

Las áreas que dicho procedimiento abarcan son las siguientes: Cognitivo Afectivo Somática Interpersonal Conductual de cuyas letras iniciales se desprende el nombre

de este método de valoración. A continuación se detallarán los 5 subsistemas del Perfil CASIC.

**C (conductual):** En el área conductual el psicólogo investiga “todo lo que el organismo hace y puede ser observado por los sentidos” es decir, en este apartado cobran importancia los hechos, las conductas observables que intervienen en fenómenos o hechos importantes en la historia del individuo.

Esta primera fase nos permite conseguir información contextual sobre las condiciones individuales y ambientales que nos permitan generar hipótesis.

- Datos personales y demográficos del paciente y de personas significativas
- Información sobre los recursos y el grado de satisfacción en las principales áreas del ambiente funcional que se relacionan con las actividades de la persona.

Este tipo de intervención tiene por objeto el conocer y cuantificar en términos comprensibles la conducta del paciente. El análisis funcional de conductas trata de establecer los enlaces manifiestos entre el ambiente físico-social y las conductas objeto de evaluación, con el fin de conocer sus determinantes y condicionantes y, con ello, la facilitación de la planificación de un programa de intervención (Aja Eslava, 2009).

Resulta preciso indagar todas aquellas actividades y conductas evidentes que presenta el sujeto dentro de los distintos ámbitos donde se desenvuelve, por ejemplo:

- El trabajo, estudio (períodos de permanencia).
- Actividades de ocio/juego.
- Hábitos de sueño y alimentación.
- Conductas adictivas, (periodos de rehabilitación, recaídas, sustancias consumidas, periodicidad de consumo, factores que mantienen vigente la conducta adictiva, etc.).
- Comportamientos agresivos, (posibles problemas con la ley.)
- Conductas sexuales.

Para valorar todo lo anteriormente planteado es indispensable determinar siempre el exceso o escasez de una conducta en particular, y la comparación con las actividades según su etapa vital. El objetivo es obtener toda la información lo más segura posible, la frecuencia de los hechos, aquellos datos cuantificables de lo observable en la rutina del sujeto.

**A: (afectivo):** Los estados afectivos, se relacionan con una desregulación en el estado de ánimo del sujeto, estos pueden presentarse en formas de ansiedad o depresión, hipomanía o una simple tristeza, sin embargo, en este apartado se indagan los síntomas clínicos relacionados con el estado de ánimo de manera general, ya sean estos manifestados por su exceso o deficiencia. Así mismo, se debe valorar una gama de emociones y sentimientos los cuales forman parte de la esfera emocional del

paciente, incluyendo la forma como estos son expresados o como el sujeto los ha ocultado. Estos estados de ánimo se manifiestan frecuentemente en el sujeto como producto de cualquiera de las conductas que se citan en el apartado anterior, entre los que se pueden manifestar: ansiedad, ira, alegría, tristeza, temor, nerviosismo, cuadros depresivos, etc, (Benveniste, 2000).

En este punto se valora principalmente el estado de ánimo actual y el que se repite con más frecuencia en la vida del paciente, se indaga acerca de sus principales temores, o cuáles percibe que son los factores desencadenantes de ira, enojo o actos violentos en el paciente. También se investiga las situaciones, actividades y personas con las que se siente más a gusto y con quién no y cómo se expresa sus emociones más intensas y quiénes son sus receptores para cada uno.

**S: (somático):** En este espacio es indispensable plantear como se encuentra el estado físico de la persona de manera general, enfermedades tanto pasadas como actuales, presencia de alteraciones de alguno de los sentidos, jaquecas, intoxicaciones, dolores estomacales, etc. Todo ello codifica el nivel de salud del paciente en general. Al llegar a este punto es preciso descartar que alguna de las alteraciones existentes en los apartados anteriores no sean producto de alguna alteración de tipo sensorial, fisiológico, neuro-anatómico o degenerativo, o bajo el efecto de algún fármaco, etc.,

En el área somática se debe investigar todas las preocupaciones respecto al funcionamiento físico del paciente, enfermedades mentales en su línea familiar, los medicamentos consumidos durante los seis meses, enfermedades frecuentes y posibles recaídas, es indispensable verificar los hábitos de salud en cuanto a la adherencia al ejercicio físico, la costumbre de llevar o no una dieta balanceada, antecedentes de trastornos de alimentación o problemas con el peso. Se debe hacer énfasis en cuanto al consumo, abuso o dependencia de tóxicos como tabaco, alcohol, drogas de cualquier tipo (incluye medicamentos), además, es importante conocer los posibles problemas sexuales que puede experimentar el paciente y/o su nivel de satisfacción sexual, y finalmente se debe dedicar tiempo para conocer sus sensaciones y molestias corporales de manera general (Costa & Blanco, 2002).

**I: (interpersonal):** Se valora la calidad, naturaleza, frecuencia de contacto, y presencia o no de asertividad en cada una de las actividades interpersonales del paciente, ya sean estos, de su círculo de amigos, trabajo, familia, pareja, vecinos, etc. También se valora número de amigos, estilo de resolución de problemas y su condición básica interpersonal, es decir la presencia o no de relaciones sociales significativas (Guerra, 2010)

En este apartado se debe hacer énfasis en el tipo de relaciones que el sujeto va construyendo a lo largo de su vida, tomando en cuenta la forma de relacionarse y el tiempo en que se mantienen los vínculos establecidos, específicamente en las relaciones de pareja (cuáles han sido los principales conflictos y aquellas áreas de

satisfacción), se indaga la cantidad y la calidad de amistades que el sujeto mantiene, las relaciones con los servicios de apoyo ya sean estos médicos o servicios de tipo social en general.

**C: (cognitivo):** Se analiza en este apartado, los patrones de pensamiento del paciente tanto de su pasado, presente y perspectivas futuro de manera general, así como de su autoimagen, creencias religiosas, filosofía vital, la presencia o no de conflictos de interpretación. Se valora del mismo modo, imágenes mentales y actitud general hacia la vida ya sea esta positiva o negativa. Se motiva la identificación de elementos irracionales o autodestructivas a fin de modificar o reemplazar pensamientos autodestructivos por pensamientos racionales, constructivos o más funcionales. El objetivo es lograr que el paciente entienda la dinámica del pensamiento que genera y sus consecuencias tanto en su esfera emocional como en su conducta (Slaikeu, 2008).

En este punto se trabaja básicamente con las ideas que presenta el paciente en cuanto a preocupaciones más frecuentes o pensamientos que le ocasionan molestias, se indaga el grado de conciencia de enfermedad instaurado. Resulta significativo descartar la presencia de ideación suicida (activa o pasiva), y por ende indagar su actitud ante la vida, la manera de enfrentar los problemas, las posibles razones que le generan motivación para enfrentar vicisitudes. Es importante que durante la entrevista, las preguntas se dirijan a confirmar o descartar la existencia de algún trastorno de pensamiento o la afectación de otras actividades mentales (alucinaciones, delirios, etc.).

Además se debe evaluar cuáles son los aspectos que el paciente considera positivos o negativos de su personalidad, cuál es el grado de satisfacción con su imagen o aspecto corporal, sus fantasías y sueños (Foa, Keane, & Friedman, 2003). En este punto es imperioso, conocer cuáles son las expectativas de tratamiento, su percepción acerca de la etiología del trastorno, cuál considera que es la línea de tratamiento que se va a seguir durante el proceso terapéutico y el papel que desarrollará en la terapia tanto el mismo como el terapeuta.

La Intervención en crisis de segunda instancia o terapia para crisis, se refiere a un proceso terapéutico breve que va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato y, en cambio, se encamina a la resolución de la crisis, lo que significa asistir a la persona (expresión de sentimientos, adquirir dominio cognoscitivo sobre la situación, etc.), de manera que el incidente respectivo se integre a la trama de la vida. El efecto que desea para el individuo es que emerja listo y mejor equipado para encarar el futuro. Como un proceso terapéutico, la terapia para la Crisis se comprende mejor como una empresa, de corta duración, en donde se requiere aptitudes y el entrenamiento necesario por parte del terapeuta para asistir al paciente.

## **CAPITULO II**

### **II. MARCO METODOLÓGICO**

#### **2.1. Metodología de la Investigación**

##### **2.1.1. Antecedentes del Problema**

La Epilepsia trae consigo consecuencias psicológicas en ocasiones mucho más graves o que afectan con más rigor que el mismo padecimiento de la enfermedad en sí, según una investigación realizada en nuestro país denominada “Perfil de la Epilepsia en el Ecuador” ejecutada por un grupo de médicos especializados de las ciudades de Quito y Cuenca, (Carpio, 2000) se expone que “la incidencia de la epilepsia es de 120 a 172 por 100.000 habitantes, la cual es dos a tres veces más alta que la reportada en países desarrollados”, por lo que se puede inferir que hasta el año 2000 donde se reportan dichos datos, no existe una política de salud a fin de paliar las enfermedades crónicas y menos un trastorno tan específico como la Epilepsia.

Se puede deducir que la investigación en esta área específica de la salud se encuentra descuidada totalmente, no existe un panorama de afrontamiento real que abarque sus distintas áreas de impacto, neurológico, psicológico, social, etc., si bien es cierto hasta la actualidad no se cuentan con datos acerca de la epilepsia mucho menos con información de los principales síntomas psicológicos concomitantes a la epilepsia ni del nivel de adaptación psicosocial de esta población a su medio.

En el Hospital Provincial General Docente Riobamba en el área de Neurología, un amplio porcentaje de pacientes que reciben asistencia neurológica presentan sintomatología psicológica asociada que ha pasado inadvertida por los galenos y que no ha recibido la ayuda psicológica pertinente, muchos menos la intervención social, ya que es una enfermedad de tipo crónico cuyas repercusiones afectan distintas áreas del individuo no solo la somática.

## **2.2. Significado del Problema**

El Servicio de Neurología del Hospital Provincial General Docente Riobamba atiende un promedio de 12 a 15 pacientes diariamente, de quienes aproximadamente 4 personas presentan un diagnóstico de epilepsia, de los cuales se toma un número tentativo de 30 pacientes en total, tanto para el grupo experimental como de control. Debido al gran número de pacientes atendidos en esta Casa de Salud y la premura del tiempo que se puede dedicar a cada uno de ellos, muchas veces se pasan por alto la comorbilidad de síntomas psicológicos que se asocian a dicha patología y que intervienen notablemente en la adaptación psicosocial del individuo a su entorno.

En este caso se pretende desplegar una investigación a fin de reconocer la frecuencia de los distintos grupos sindrómicos psicológicos asociados a esta patología y su incidencia sobre la adaptación psicosocial del paciente con respecto a su enfermedad.

En este punto bajo los parámetros descritos y al no haber un plan de acción similar para la solución de este problema, se propondrá la creación de un Programa de intervención de corte psicológico a fin de mejorar la adaptación psicosocial del paciente epiléptico de acuerdo a los síntomas psicológicos asociados.

### **2.3. Definición del Problema**

¿Cómo mejorar el nivel de adaptación psicosocial de pacientes epilépticos con síntomas psicológicos asociados que acuden al área de Neurología del Hospital Provincial General Docente Riobamba?

### **2.4. Planteamiento del Tema**

“Aplicación de un programa de intervención psicológica para el mejoramiento de la adaptación psicosocial en pacientes epilépticos con síntomas psicológicos asociados, que acuden al servicio de neurología del Hospital Provincial General Docente Riobamba”

### **2.5. Delimitación del Tema**

#### **2.5.1. Delimitación del Contenido**

**Campo:** Psicología Clínica

**Área:** Psicopatología

**Aspecto:** Adaptación psicosocial

### **2.5.2. Delimitación Espacial**

**Provincia:** Chimborazo

**Ciudad:** Riobamba

**Institución:** Hospital Provincial General Docente Riobamba.

**Área o Departamento:** Neurología y Psicología (Consulta Externa)

**Dirección:** Av. Juan Félix Proaño s/n y Chile | Teléfono: +593.3.294.8790

### **2.5.3. Delimitación Temporal**

El trabajo de investigación se desarrollará en el período comprendido entre los meses de Junio – Diciembre de 2013.

## **2.6. Hipótesis**

La aplicación de un Programa de Intervención Psicológica mejorará la adaptación psicosocial de los pacientes epilépticos que presentan síntomas psicológicos asociados, que acuden al servicio de neurología del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

## 2.7. Variables e Indicadores

**Variable Independiente:** Aplicación de un Programa de Intervención Psicológica

**Indicadores nominales:**

- Área Conductual
- Área Afectiva
- Área Somática
- Área Interpersonal
- Área Conductual

**Variable Dependiente I:** Síntomas psicológicos asociados a la Epilepsia.

**Indicadores nominales:**

- Somatizaciones
- Obsesiones y compulsiones
- Sensitividad interpersonal
- Depresión
- Ansiedad
- Hostilidad
- Ansiedad fóbica
- Ideación paranoide
- Psicoticismo

**Variable Dependiente II:** Adaptación Psicosocial del paciente epiléptico.

**Indicadores Nominales:**

- Historia familiar
- Adaptación emocional
- Adaptación interpersonal
- Adaptación vocacional
- Situación económica
- Adaptación a la crisis
- Medicamentos y tratamiento médico
- Funcionamiento psicosocial global

**Indicadores Ordinales:**

- **Nivel 1:** Ausencia de problemas significativos
- **Nivel 2:** Problemas de gravedad limitada
- **Nivel 3:** Problemas definidos, con claro impacto en la adaptación psicosocial.
- **Nivel 4:** Problemas severos, con fuerte impacto en la adaptación psicosocial.

**2.8. Objetivos****2.8.1. Objetivo General**

Aplicar un Programa de Intervención Psicológica que permite el mejoramiento de la adaptación psicosocial en pacientes epilépticos con síntomas psicológicos asociados, que acuden al servicio de neurología del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

### **2.8.2. Objetivos Específicos**

- Seleccionar la muestra que formará parte de la investigación a partir de criterios de clasificación específicos.
- Valorar el nivel de adaptación psicosocial de los pacientes con epilepsia mediante el test WPSI (Washington Psychosocial Seizure Inventory) que acuden al servicio de Neurología en el Hospital Provincial General Docente Riobamba.
- Evaluar la presencia de los síntomas psicológicos asociados a la epilepsia a través de la aplicación del test SCL-90-R (Inventario de síntomas de L. Derogatis) en los pacientes epilépticos que acuden al servicio de Neurología en el Hospital Provincial General Docente Riobamba.
- Diseñar un Programa de intervención psicológica para el mejoramiento de la adaptación psicosocial en pacientes epilépticos con síntomas psicológicos asociados, que acuden al servicio de neurología del Hospital Provincial General Docente Riobamba.
- Verificar las hipótesis en la población sobre la que se aplicó el Programa de intervención psicológica, a través de la realización de re-test con los recursos aplicados inicialmente.

## **2.9. Paradigma**

**Experimental.-** El paradigma de la presente investigación es Experimental, ya que en el proceso se utilizará un grupo experimental y uno de control de pacientes

epilépticos cuya característica será la presencia de sintomatología psicológica asociada. Así, el investigador manipulará el factor “síntomas psicológicos asociados”, durante el tratamiento, calificándolo como uno de los elementos causales que influyen en el grado de desadaptación psicosocial del paciente epiléptico.

## **2.10. Enfoque**

**Cualitativo y Cuantitativo.-** La presente investigación es parte de dos enfoques, el cualitativo y cuantitativo. Según Strauss & Corbin la investigación cualitativa se conoce como “cualquier tipo de investigación que produce hallazgos a los que no se llega por medio de procedimientos estadísticos u otros medios de cuantificación”. (Strauss & Corbin, 2002, págs. 11-12). En este caso se describen cada una de las variables propuestas.

Mientras que desde un enfoque cuantitativo según Pita Fernández, S (2002), “es aquella investigación en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre las variables”. La presente investigación, trata de examinar los hechos desde un punto de vista numérico, entrando en el campo de la psico-estadística, en este caso la aplicación de los reactivos de valoración psicológica (SCL-90R y WPSI), los cuales pretenden arrojar datos objetivos acerca de la presencia de cierta sintomatología en pacientes epilépticos y el nivel de adaptación a las crisis epilépticas.

## 2.11. Diseño

**Cuasi-experimental, intersujetos, multivariado, y de corte transversal.-** Según Shaughnessy, J, y col, (Métodos de Investigación en Psicología, 2007), “Los cuasi experimentos comprenden cierto tipo de intervención o tratamiento, y permiten realizar una comparación, pero carecen del grado de control que se encuentra en los experimentos verdaderos”. En la presente investigación se estudian las relaciones de causa-efecto de los factores que afectan el nivel de adaptación psicosocial a las crisis epilépticas, en este caso el elemento que hipotéticamente influye son los síntomas psicológicos asociados, pero esta solamente es una variable de las tantas que influyen en el experimento a realizarse, como por ejemplo, mono o poli-terapia farmacológica, adherencia al tratamiento, tipo de epilepsia, etc. es decir en la presente investigación no se pueden controlar ni manipular con rigor ni precisión todas las variables, este diseño de investigación es apropiado para trabajar en contextos naturales (hospital) a diferencia de las investigaciones llevadas a cabo en un laboratorio, donde con rigurosa precisión se pueden controlar todas y cada una de las variables que intervienen en un experimento.

Se refiere a inter-sujetos ya que como lo menciona (Mars, 2010) “Se somete grupos diferentes de sujetos a las distintas condiciones experimentales, para poder comparar sus medidas en la Variable Dependiente, y de esta forma valorar el efecto de la Variable Independiente”, en este caso adultos de distintas edades y condiciones clínicas de epilepsia forman parte de la muestra no probabilística de la presente investigación. Echegoyen, (2009), menciona que el diseño de investigación

multivariado es un “Método o procedimiento experimental con el que el científico intenta estudiar la influencia de dos o más variables independientes sobre una o varias variables dependientes”, ya que en este tipo de investigación existe una variable Independiente y dos dependientes.

El corte mencionado es el transversal ya que implica la recolección de datos en un solo corte en el tiempo. En el presente trabajo se estima un aproximado de 6 a 7 meses de investigación.

## **2.12. Modalidad Básica de Investigación**

**Experimento de campo.**—“Cuando un observador manipula una o más variables independientes en un ambiente natural con el fin de determinar su efecto sobre la conducta”, se habla de un experimento de campo, esto lo asegura Shaughnessy (2007), en su libro Métodos de investigación en psicología. Del mismo modo en la presente investigación, las características que rodean el experimento son realistas, los integrantes son sujetos de la vida cotidiana sobre los cuales se pretende manipular solamente una variable (sintomatología psicológica asociada) de todas las que rodean a la muestra con la que se aspira a trabajar. A diferencia de un experimento de laboratorio (las características del experimento están todas controladas con rigor extremo) no son situaciones tan realistas pero ayudan en cambio a verificar la influencia o incidencia de cierta variable sobre el experimento en general.

### **2.13. Método de Investigación**

Para la selección de la muestra que participará en la investigación, se verificarán los registros estadísticos de los pacientes que acuden al Hospital Provincial General Docente Riobamba al Servicio de Neurología con el diagnóstico de Epilepsia en el período Enero-Diciembre del 2012 con el fin de dar un número aproximado de los pacientes que cumpliendo con los criterios de selección formarán parte de la investigación en el periodo Agosto-Diciembre del 2013. A estos pacientes que cumplan con los criterios de selección se les planteará la posibilidad de participar de este proceso investigativo de lo cual se prevé la participación de un grupo de 30 personas, los cuales se dividirán en dos grupos de 15 personas para el grupo control y 15 para el experimental.

Cuando la muestra ha sido seleccionada, se conforman los dos grupos en orden de llegada tratando de hacerlo de forma equitativa, con la finalidad de que al grupo denominado experimental se aplique el programa de Intervención psicológica, mientras que el grupo control será sometido a una intervención grupal de psicoeducación para un adecuado manejo social de la epilepsia ya que al grupo control no se le puede dejar sin ningún tipo de beneficio.

Después de conformados los grupos y al ser autorizados previa la firma de la Carta de Consentimiento para intervenir psicológicamente, se inicia con la fase de pre-test al aplicar el test SCL-90R (Inventario de síntomas psicológicos) y WPSI (El Inventario Psicosocial de Crisis de Washington) para valorar la presencia de

sintomatología psicológica y el nivel de adaptación psicosocial de los pacientes participes de la investigación.

Tanto al grupo Control como al grupo Experimental se aplica los programas correspondientes tanto al uno como al otro. Como paso final se procederá a aplicar los mismos reactivos psicológicos iniciales a fin de establecer los cambios que pudieron haberse efectuado tras la aplicación de los Programas de Intervención Psicológica tanto en la disminución de sintomatología psicológica asociada y/o el mejoramiento o no de la adaptación psicosocial de los pacientes que conforman el grupo control como en el grupo experimental, ya que el objetivo es conocer el estado actual del individuo.

## **2.14. Análisis de Población y Muestra**

### **2.14.1. Definición de la población**

El Departamento de Estadística del Hospital Provincial General Docente Riobamba posee registros de los pacientes con diagnóstico de epilepsia que acudieron al Servicio de Neurología entre los meses de Enero-Diciembre 2012 durante el período de prácticas pre-profesionales, datos que arrojan un estimado poblacional de más de 200 pacientes con tal diagnóstico y que de algún modo se ha verificado sintomatología psicológica asociada.

### **2.14.2. Definición de la muestra:**

El trabajo con pacientes ambulatorios resulta difícil cuando se pretende trabajar con una misma muestra a lo largo de toda la investigación por cuanto los pacientes tienen la libertad de retirarse del programa cuando ellos lo consideren pertinente, por lo que a pesar de tener acceso a un número mayor de pacientes para conformar la muestra se pretende contar con un grupo de 30 pacientes con los que se podría trabajar de forma continuada, inclusive con el riesgo de que alguno abandone la programación planteada en el transcurso del programa.

### **Variables de restricción de la muestra**

En esta muestra intencionada se dispone la exclusión de los pacientes epilépticos que cumplan con alguna de las características que a continuación se explican: Evidente déficit neurológico o neuropsicológico que acompaña al diagnóstico de la epilepsia, cuadros de retraso mental moderado o severo, pacientes con psicosis epiléptica, pacientes mayores de 60 años o con algún déficit de tipo cognitivo, pacientes con severa descompensación por estatus epiléptico.

**Número de población asignada como muestra:** 30 pacientes adultos entre hombres y mujeres, comprendidos entre 20 y 75 años, con diagnóstico de epilepsia en cualquiera de sus formas clínicas y que presenten sintomatología psicológica asociada.

**Tipo de muestreo:** No probabilístico.

## **2.15. Instrumentos**

### **2.15.1. Inventario de Síntomas (SCL-90R)**

#### **(Anexo I)**

Este inventario de síntomas (Derogatis, 1977) ha sido desarrollado con el fin de valorar patrones de síntomas presentes en individuos y por su versatilidad puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico.

Cada ítem de los 90 en total que componen la prueba se responde en función de una escala de cinco opciones (0-4). La calificación se lo realiza en base a nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico, Somatizaciones (SOM), Obsesiones y compulsiones (OBS), Sensitividad interpersonal (SI), Depresión (DEP), Ansiedad (ANS), Hostilidad (HOS), Ansiedad fóbica (FOB), Ideación paranoide (PAR), Psicoticismo (PSIC), Índice global de severidad (IGS), Índice positivo de Malestar (PSDI) y un Total de síntomas positivos (TP).

### **2.15.2. Inventario Psicosocial de Crisis de Washington (WPSI)**

#### **(Anexo II)**

Según Ivanovic, F, y Valenzuela, V, (2006) El Inventario Psicosocial de Crisis de Washington (W.P.S.I.) (Autor: Dodrill, traducción y estandarización: Tiberia, 1981).

Es uno de los reactivos más utilizados para evaluar el grado de adaptación psicosocial específicamente del paciente epiléptico adulto.

Este inventario contiene 132 ítems breves los cuales son de fácil entendimiento. El único requisito para ser aplicado es que el sujeto pueda leer. De este modo se presume que decrecería el grado de error del reactivo, ya que por tratarse de preguntas personales, en caso de que las preguntas fuesen leídas por el evaluador no se puede precisar la sinceridad del paciente por cuanto desearía contestar para alcanzar estándares en el cumplimiento de expectativas sociales.

Su aplicación puede ser individual o grupal. El paciente debe contestar con una de las opciones disponibles en el test (SI o NO) a cada uno de los enunciados expuestos. Normalmente el tiempo de aplicación varía entre 30 y 40 minutos. Este instrumento de valoración ha sido considerado con alta sensibilidad para medir los problemas psicosociales de una población específica.

La prueba contiene 8 escalas, Historia familiar, Adaptación emocional, Adaptación interpersonal, Adaptación vocacional, Situación económica, Adaptación a la crisis, Medicamentos y tratamiento médico, Funcionamiento psicosocial global. La puntuación alcanzada se divide en cuatro niveles de severidad.

### **2.15.3. Historia Clínica**

#### **(Anexo III)**

La Historia Clínica supone un instrumento indispensable para el psicólogo clínico como ayuda para realizar las aproximaciones diagnósticas correspondientes ya que en esta se reúnen, de manera sistemática, los datos más importantes sobre el desarrollo de la enfermedad y eventos importantes de la vida del paciente en sus diferentes áreas de acción (Balarezo, 1995).

### **2.15.4. Carta de Consentimiento Informado**

#### **(Anexo IV)**

La Carta de Consentimiento Informado es un documento legal en donde el paciente, previo a una explicación detallada de su participación en la investigación que se le propone ser parte, autoriza al profesional en salud su intervención, y al no existir compromiso externo el paciente puede retirarse del programa el momento que considere pertinente.

## CAPITULO III

### III. ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS

#### 3.1. Análisis de la población y variables sociodemográficas

La población estuvo constituida por dos grupos de trabajo. El Grupo Control (n=15) en el que se aplicó un tratamiento psicológico cotidiano (técnica de psico-educación) y el Grupo Experimental (n=15), cuyo objetivo constituía en la aplicación de un programa de intervención psicológico de corte cognitivo conductual dirigido a mejorar la adaptación de los pacientes con diagnóstico de epilepsia con sintomatología psicológica asociada, tomando como referencia el perfil CASIC para su intervención; ambos grupos estuvieron constituidos por hombres y mujeres de entre 20 y 75 años, con diagnóstico de epilepsia que acudieron al servicio de neurología del Hospital Provincial General Docente “Riobamba”. La conformación de los grupos se ha dado a través de un proceso de aleatorización simple por orden de llegada y consentimiento informado.

Las variables sociodemográficas descriptoras de la población para la presente investigación son: a) edad, b) sexo, c) estado civil, d) rango de edad, e) nivel de instrucción, f) diagnóstico y g) tipo de medicación. (N,%) (Ver cuadro 10). La representación de las variables será a través de la descripción de la muestra (n), el porcentaje (%) y el estadístico de contraste a utilizar será el *Ji cuadrado*, todas a excepción de la variable edad, la cual será representada por la Media (M), la

Desviación típica (*Dt*) y el estadístico de contraste será la prueba *t de student* para muestras independientes (Ver cuadro 10).

Cuadro 10

**Variables Sociodemográficas de los grupos Control y Experimental**

Variable sociodemográfica	Grupo Control n = 15		Grupo Experimental n = 15		Estadístico de Contraste
	<i>M</i>	<i>Dt</i>	<i>M</i>	<i>Dt</i>	
<b>Edad</b>	41,0667	11,18971	37,5333	11,79508	(29) 6,155*** C>E
<b>Rangos de edad</b>	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>X</i> <sup>2</sup>
20-30	3	20,0%	3	20,0%	0.293
31-40	5	33,3%	9	60,0%	
41-50	3	20,0%	1	6,7%	
51-60	4	26,7%	1	6,7%	
61-75	0	0,0%	1	6,7%	
<b>Sexo</b>	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>X</i> <sup>2</sup>
Masculino	8	53,3%	7	46,7%	0.5
Femenino	7	46,7%	8	53,3%	
<b>Estado civil</b>	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>X</i> <sup>2</sup>
Soltero/a	4	26,7%	5	33,3%	0.1664
Casado/a	5	33,3%	4	26,7%	
Divorciado/a	1	6,7%	3	20,0%	
Unión Libre	5	33,3%	3	20,0%	
<b>Diagnóstico</b>	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>X</i> <sup>2</sup>
Tónico-Clónico	7	46,7%	8	53,3%	0.701
Ausencia típicas	3	20,0%	4	26,7%	
Epilepsias focales	5	33,3%	3	20,0%	
<b>Medicación</b>	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>X</i> <sup>2</sup>
Carbamazepina	7	46,7%	8	53,3%	0.693
Valproato	7	46,7%	5	33,3%	
Fenobarbital	1	6,7%	2	13,3%	

**Nota:** \* p<0,05; \*\* p<0,005; \*\*\*p<0,001

Los resultados de las variables sociodemográficas evidencian que existen diferencias significativas (Fernández & Díaz, 2001) en la distribución de la variable edad, el Grupo Control presenta una media  $M= 41,0667$ ;  $dt= 11,18971$ , esto indica que la diferencia de edad es significativamente mayor  $t_{(29)}= 6,155$ ;  $p<0,001$  que el Grupo Experimental  $M=37,5333$ ;  $dt=11,79508$ , esto evidencia la no equivalencia entre los grupos con respecto a la variable señalada. En cuanto al comportamiento del resto de variables sociodemográficas a través de la prueba *Ji Cuadrado* ( $X^2$ ) (Mendenhall, Beaver, & Baver, 2008), se evidencia que la distribución de las mismas son las esperadas y no muestran diferencias significativas en los distintos niveles de cada variable, por lo tanto se concluye que los grupos son estadísticamente equivalentes.

### **3.2. Fase de Pre-test**

#### **Objetivo**

Identificar el estado inicial tanto en la presencia de síntomas psicológicos como en la adaptación a la epilepsia de los grupos control y experimental como paso previo al proceso de intervención psicológica.

#### **3.2.1. Resultados del Test SCL 90R en fase de Pre-test.**

El objetivo de la evaluación del Cuestionario de Síntomas (SCL90-R) durante la fase de Pre-test es identificar el estado de inicio previo a la intervención psicológica. En el caso de la presente investigación es distinguir la presencia de los diversos síntomas psicológicos que puedan encontrarse asociados a alguna formación sindrómica de

orden psicológica en los distintos grupos y establecer la existencia o no de una asociación entre la distribución sintomatológica y el diagnóstico de epilepsia.

### **3.2.1.1. Comprobación del supuesto de normalidad**

Para la toma de decisiones de los estadísticos de contraste en la búsqueda de significancia estadística se procede a verificar si la muestra en función de las respuestas del indicador del Índice Global de Severidad presenta una distribución normal, para ello se aplica la prueba de *Shapiro-Wilk*, (Morales, Gonzales, & Faas, 2010), por tratarse de una muestra menor de 50 personas cuyos resultados son  $S-W_{(30)} = 0,833$ ;  $p = 0,001$ , por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, es decir que la distribución de la muestra no presenta una curva normal y por lo tanto no se acepta el supuesto de normalidad (Baron, Rius, & Sánchez, 1998).

### **3.2.1.2. Distribución de los síntomas en los grupos de tratamiento**

A continuación se muestra cada una de las Puntuaciones T (PT) de las distintas dimensiones: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ansiedad paranoica y psicoticismo; diseñadas por el test de acuerdo a los distintos grupos de tratamiento. A más de ello se incluye las sub-dimensiones Índice Global de Severidad (GSI), Total de síntomas Positivos (PST) e Índice de Malestar Sintomático Positivo (PSMI).

Cada una de las dimensiones se encuentra expresada por medio de la Media Muestral ( $M$ ) y la Desviación Típica ( $Dt$ ), para la verificación de diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos se utilizará la prueba no paramétrica *U de Mann-Whitney* (Aron & Aron, 2001), ya que no se pudo cumplir con el supuesto de normalidad (Ver cuadro 11).

Cuadro 11

*Dimensiones de las síntomas en los grupos experimentales a través del test SCL90R*

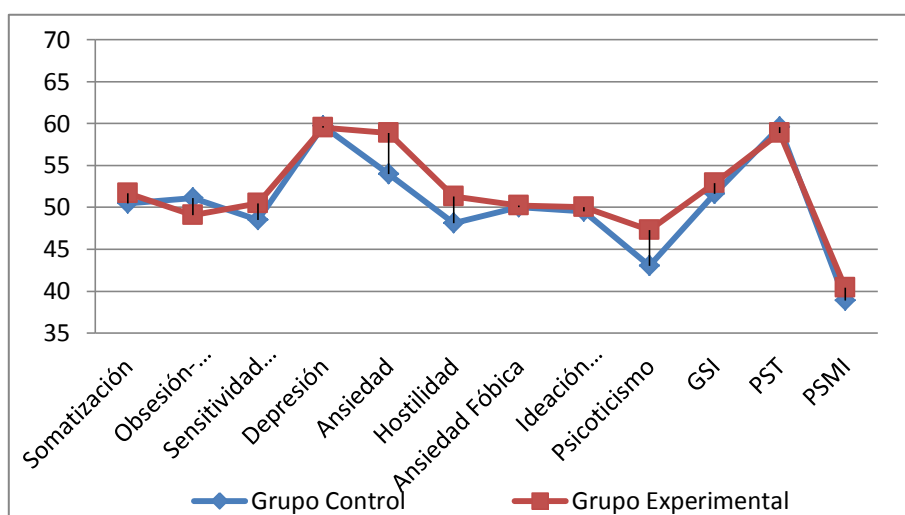
Dimensiones	Grupo Control n = 15		Grupo Experimental n = 15		Contraste <i>U de Mann-Whitney</i>
	<i>M</i>	<i>Dt</i>	<i>M</i>	<i>Dt</i>	
Somatización	50,5	14,7	51,7	12,8	106
Obsesión-Compulsión	51,1	8,9	49,1	10,5	103,5
Sensitividad Interpersonal	48,5	10,3	50,5	10,4	98
Depresión	59,7	9,1	59,5	10,5	111
Ansiedad	54,0	16,7	58,9	14,2	96,5
Hostilidad	48,1	11,4	51,3	11,0	91,5
Ansiedad Fóbica	50,0	9,8	50,2	12,3	112,5
Ideación Paranoica	49,5	9,0	50,0	11,6	108
Psicoticismo	43,0	11,4	47,3	9,0	74,5
GSI	51,6	7,6	52,9	3,6	74,5
PST	59,6	6,7	58,9	5,8	105
PSMI	38,9	7,7	40,4	7,6	95

*Nota:* \*  $p < 0,05$

Los resultados del test SCL90R muestran que durante la fase de pre-test tanto el grupo control, como el grupo experimental no presentaron diferencias estadísticamente significativas, no se ha podido rechazar la hipótesis nula y por lo tanto se concluye que su variabilidad es equivalente entre ambos grupos.

El Índice Global de Severidad (GSI) de la media de la muestras del grupo control y experimental bordean el quinto decil, esto indica que su nivel de severidad de síntomas psicológicos corresponde al de una población estadísticamente normal y la necesidad de intervención psicológica es leve (Ver gráfico 1).

Gráfico 1

*Perfil de Dimensiones Sintomatológicas*

*Elaborado por:* Autora, (2014).

La representación gráfica muestra el perfil de comportamiento de los grupos control y experimental en el cual se evidencia un patrón de comportamiento equivalente entre sus distintas áreas sin identificar diferencias estadísticamente significativas. Los principales grupos sindrómicos presentes en este grupo de pacientes son de Depresión y Ansiedad tanto en el grupo control como en el grupo experimental.

### **3.2.2. Resultados del Test WPSI en fase la de Pre-test.**

El objetivo principal de la evaluación a través del Inventario Psicosocial de Washington (WPSI) en el caso de la presente investigación es conocer el grado de adaptación psicosocial presente en el paciente epiléptico que pueda estar en los distintos grupos de intervención.

#### **3.2.2.1. Comprobación de supuestos de significancia estadística.**

Para la toma de decisiones de los estadísticos de contraste en la búsqueda de significancia estadística se procede a verificar si la muestra en función de las respuestas del Indicador de Índice Global de Severidad su distribución es normal, para ello se aplica la prueba de *Shapiro-Wilk* por tratarse de una muestra menor de 50 personas los resultados en las escalas adaptación familiar, adaptación a los ataques, adaptación vocacional y adaptación al tratamiento médico, muestran la existencia de diferencias significativas lo que se sugiere que no existe una curva normal de distribución, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, es decir que la distribución de la muestra no presenta una curva normal y no se acepta el supuesto de normalidad, por lo tanto se deberá proceder a utilizar pruebas no paramétricas para la interpretación de las diferencias estadísticas.

#### **3.2.2.2. Distribución de los resultados en ambos grupos de trabajo**

A continuación se evidencian las Puntuaciones Directas (PD) en cada una de las escalas que son: historia familiar, adaptación emocional, adaptación interpersonal,

adaptación vocacional, situación económica, adaptación a los ataques, medicación y tratamiento médico y funcionamiento psicosocial global, diseñadas por el test de acuerdo a la distribución en los distintos grupos de trabajo.

Cada una de las dimensiones se encuentra expresada por medio de la Media Muestral ( $M$ ) y la Desviación Típica ( $Dt$ ), para la verificación de diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos se utilizará la prueba no paramétrica *U de Mann-Whitney* ya que no se pudo cumplir con el supuesto de normalidad (Ver cuadro 12).

Cuadro 12

**Resultados de las sub-escalas del Test WPSI en ambos grupos de trabajo**

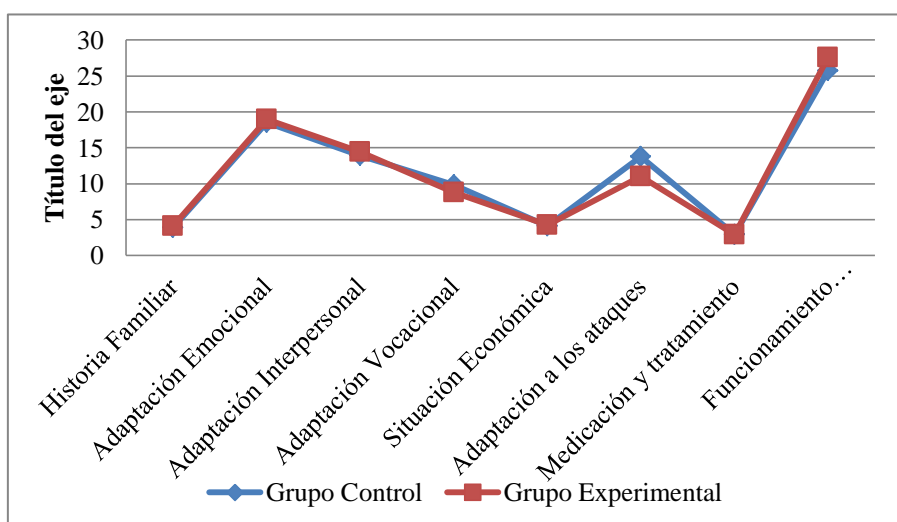
Escalas	Grupo Control n = 15		Grupo Experimental n = 15		Contraste
	$M$	$Dt$	$M$	$Dt$	<i>U de Mann-Whitney</i>
Historia Familiar	3,93	2,02	4,13	3,02	106,5
Adaptación Emocional	18,53	7,76	19	7,93	109
Adaptación Interpersonal	13,93	5,69	14,47	6,02	109
Adaptación Vocacional	9,8	2,81	8,8	2,91	89
Situación Económica	4,13	1,85	4,27	1,67	109,5
Adaptación a los ataques	13,8	1,21	11	2,2	31*** C < E
Medicación y tratamiento	2,93	1,49	2,93	1,58	31
Funcionamiento Psicosocial Global	25,73	8,6	27,6	8,84	98

*Nota:*\* p<0,05; \*\*p<0,005; \*\*\*p<0,001

Los resultados obtenidos tras la aplicación del test WPSI muestran que durante la fase de pre-test los grupos control y experimental mostraron que a través de la prueba *U de Mann-Whitney* no presentaron diferencias estadísticamente significativas,

excepto en la escala Adaptación a los ataques en el que la media del Grupo Control  $M=13,8$ ;  $dt= 1,21$  es significativamente mayor  $U=31$ ;  $p<0,001$  a la del Grupo Experimental  $M=11$ ;  $p= 2,2$  (Ver gráfico 2).

Gráfico 2

**Perfil de Escalas del Test WPSI**

Elaborado por: Autora, (2014).

Los valores en las distintas escalas muestran el nivel de problemas relacionados con la epilepsia, los valores mientras más se acercan a 0 muestran menor problemática.

También se puede apreciar una valoración cualitativa de los resultados distribuidos por categorías o niveles de interpretación de la problemática.

### 3.2.2.3. Historia Familiar

Cuadro 13

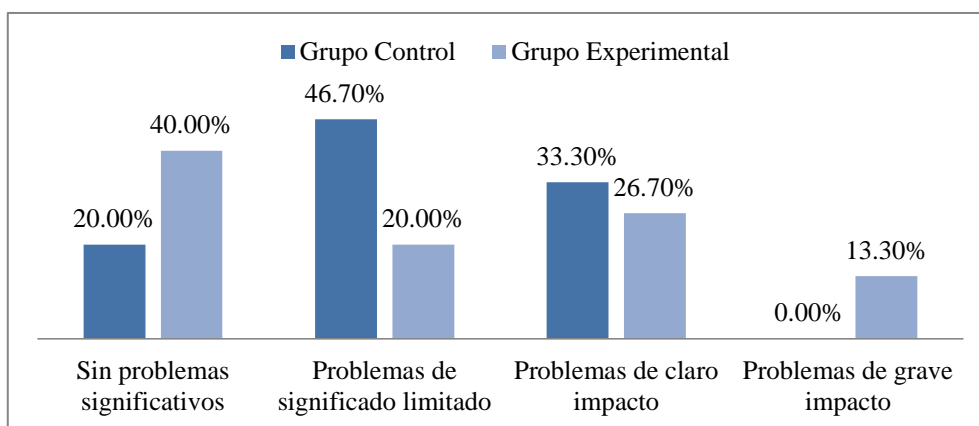
*Distribución de la escala Historia Familiar por categorías*

Nivel	Grupo				Total
	Control		Experimental		
	n	%	n	%	
Sin problemas significativos	3	20,0%	6	40,0%	9
Problemas de significado limitado	7	46,7%	3	20,0%	10
Problemas de claro impacto	5	33,3%	4	26,7%	9
Problemas de grave impacto	0	0,0%	2	13,3%	2
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,00%</b>	<b>15</b>	<b>100,00%</b>	<b>30</b>

*Elaborado por:* Autora, (2014).

Gráfico 3

*Distribución de la escala Historia Familiar por categorías*



*Elaborado por:* Autora, (2014).

En el estudio realizado en la fase de pre-test los pacientes con epilepsia revelaron niveles aceptables de adaptación en cuanto a la esfera familiar puesto que 19 de las 30 personas que conformaron la muestra se encuentran dentro del primer y segundo nivel de adaptación lo cual corresponde a problemas de significado limitado y aunque esto no necesariamente responde a una carencia de dificultades se debe

destacar la sobreprotección como característica entre sus miembros, muchas veces hasta convertirse en el único apoyo social confiable para los pacientes.

### 3.2.2.4. Adaptación Emocional

Cuadro 14

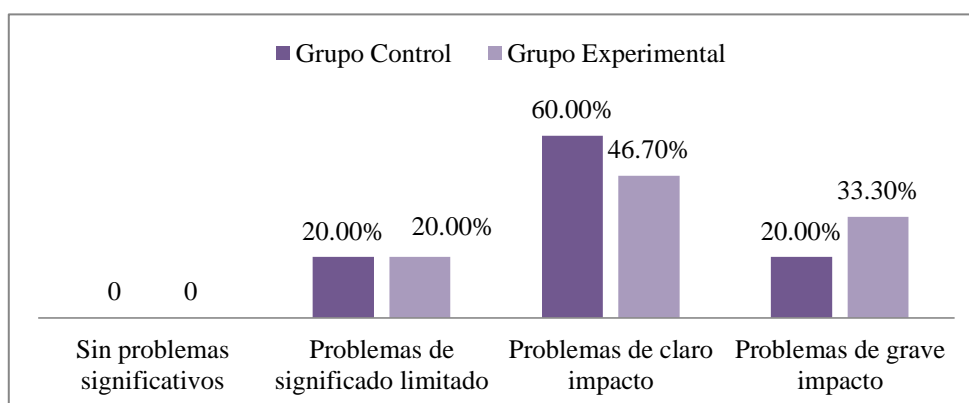
*Distribución de la escala Adaptación Emocional por categorías*

Nivel	Grupo				Total
	Control		Experimental		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<b>Sin problemas significativos</b>	0	0,0%	0	0,0%	0
<b>Problemas de significado limitado</b>	3	20,0%	3	20,0%	6
<b>Problemas de claro impacto</b>	9	60,0%	7	46,7%	16
<b>Problemas de grave impacto</b>	3	20,0%	5	33,3%	8
<b>Total</b>	15	100,00%	15	100,00%	30

*Elaborado por:* Autora, (2014).

Gráfico 4

**Distribución de la escala Adaptación Emocional por categorías**



*Elaborado por:* Autora, (2014).

En esta esfera se ha detectado que 24 de los 30 pacientes corresponden a los dos últimos niveles de adaptación en donde se evidencia problemas de claro y grave impacto, considerando a esta categoría como una de las más afectadas en el paciente

con diagnóstico de epilepsia, se debe recalcar que tener una adecuada adaptación emocional reviste una importancia especial ya que al estar sometidos a elevados niveles de estrés estos pacientes son más susceptibles a algún tipo de alteración psicológica.

### 3.2.2.5. Adaptación Interpersonal

Cuadro 15

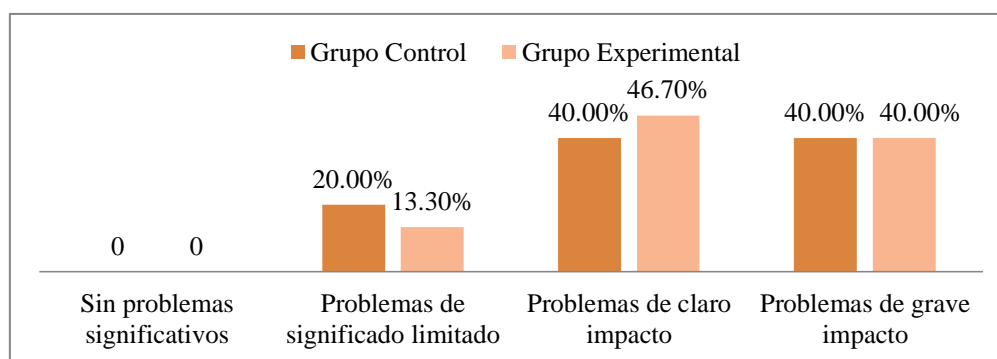
*Distribución de la escala Adaptación Interpersonal por categorías*

Nivel	Grupo				Total
	Control		Experimental		
	n	%	n	%	
Sin problemas significativos	0	0.0%	0	0.0%	0
Problemas de significado limitado	3	20,0%	2	13,3%	5
Problemas de claro impacto	6	40,0%	7	46,7%	13
Problemas de grave impacto	6	40,0%	6	40,0%	12
Total	15	100,00%	15	100,00%	30

*Elaborado por:* Autora, (2014).

Gráfico 5

*Distribución de la escala Adaptación Interpersonal por categorías*



*Elaborado por:* Autora, (2014).

De manera general el apoyo social y propia aceptación de la enfermedad en la vida del paciente es una variable sustancial en los problemas de adaptación, y recuperación de la enfermedad, señalando que este grupo de pacientes es frecuente el aislamiento social. Y esto puede ser ratificado en el presente estudio ya que se evidencia que de los 30 pacientes sometidos a investigación, 25 de ellos se encuentran en los dos últimos niveles de adaptación con un claro y grave impacto en su adaptación interpersonal.

### 3.2.2.6. Adaptación Vocacional

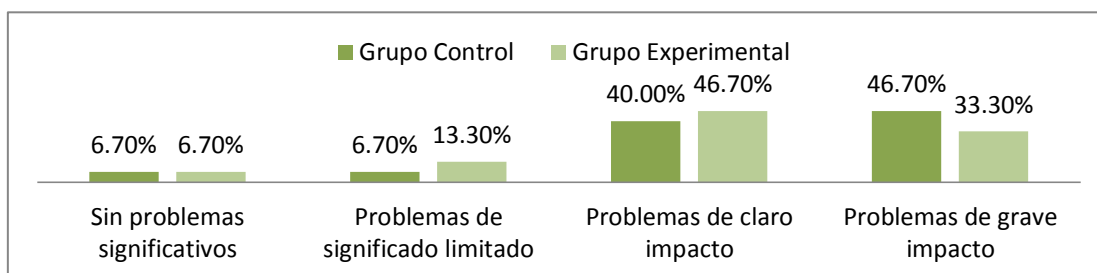
Cuadro 16

*Distribución de la escala Adaptación Vocacional por categorías*

Nivel	Grupo				Total
	Control		Experimental		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<b>Sin problemas significativos</b>	1	6,7%	1	6,7%	2
<b>Problemas de significado limitado</b>	1	6,7%	2	13,3%	3
<b>Problemas de claro impacto</b>	6	40,0%	7	46,7%	13
<b>Problemas de grave impacto</b>	7	46,6%	5	33,3%	12
<b>Total</b>	15	100,00%	15	100,00%	30

*Elaborado por:* Autora, (2014).

Gráfico 6

*Distribución de la escala Adaptación Vocacional por categorías*

Elaborado por: Autora, (2014).

En el análisis de contenido de la categoría Adaptación Vocacional se revela la vivencia de un elevado nivel de insatisfacción de pacientes en el área laboral, así se demuestra que 25 de los 30 pacientes han generado problemas de claro y grave impacto en su estabilidad laboral, esto se debe a los numerosos obstáculos debido a los estigmas sociales parecen conspirar contra la estabilidad laboral del paciente aún cuando haya control de las crisis.

### 3.2.2.7. Adaptación Situación Económica

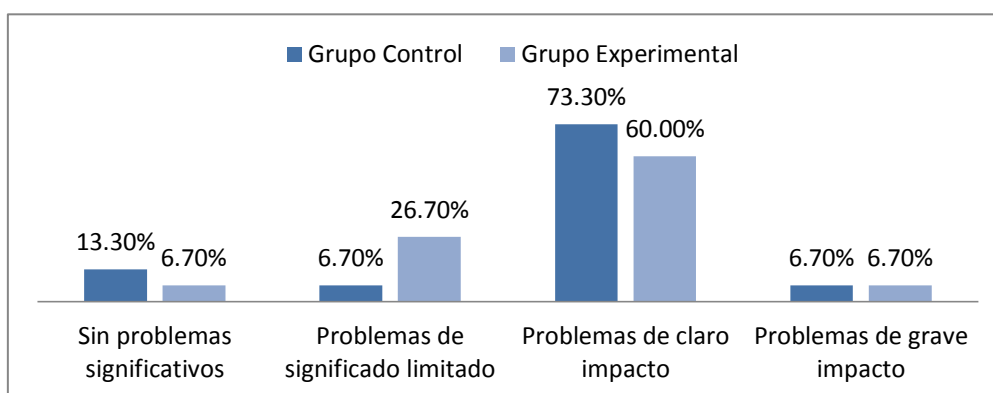
Cuadro 17

*Distribución de la escala Adaptación Situación Económica por categorías*

Nivel	Grupo				Total
	Control		Experimental		
	n	%	n	%	
Sin problemas significativos	2	13,3%	1	6,7%	3
Problemas de significado limitado	1	6,7%	4	26,6%	5
Problemas de claro impacto	11	73,3%	9	60,0%	20
Problemas de grave impacto	1	6,7%	1	6,7%	2
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,00%</b>	<b>15</b>	<b>100,00%</b>	<b>30</b>

Elaborado por: Autora, (2014).

Gráfico 7

*Distribución de la escala Adaptación Situación Económica por categorías*

*Elaborado por:* Autora, (2014).

A diferencia de las escalas anteriores en donde los grupos de pacientes se ubicaban en los dos últimos niveles de adaptación, en este caso 20 de los 30 pacientes se ubican en el tercer nivel de adaptación el cual corresponde a problemas de claro impacto, con una evidencia de problemas económicos generales, algunos de ellos vinculados directamente a la enfermedad y otros a la situación económica en general.

### 3.2.2.8. Adaptación a los ataques

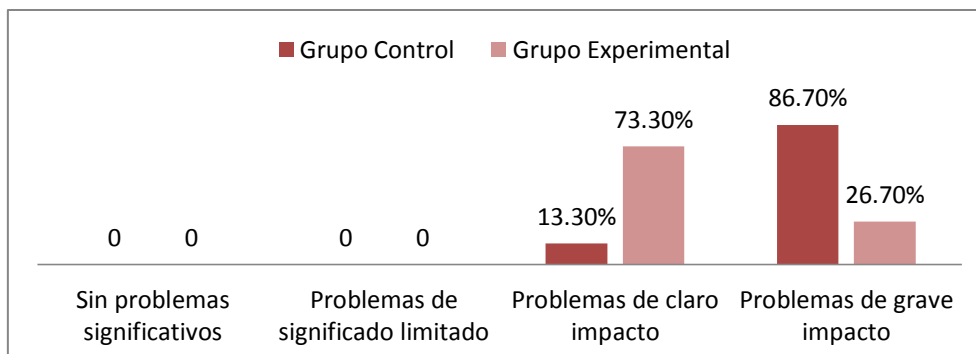
Cuadro 18

*Distribución de la escala Adaptación a los Ataques por categorías*

Nivel	Grupo				Total
	Control		Experimental		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<b>Sin problemas significativos</b>	0	0.0%	0	0.0%	0
<b>Problemas de significado limitado</b>	0	0.0%	0	0.0%	0
<b>Problemas de claro impacto</b>	2	13,3%	11	73,3%	13
<b>Problemas de grave impacto</b>	13	86,7%	4	26,7%	17
<b>Total</b>	15	100,00%	15	100,00%	30

*Elaborado por:* Autora, (2014).

Gráfico 8

*Distribución de la escala Adaptación a los Ataques por categorías*

*Elaborado por:* Autora, (2014).

Con el fin de verificar la adaptación del paciente epiléptico resulta de gran importancia evaluar el grado de adaptación a los ataques por cuanto este factor es generador de angustia ante la posibilidad de una crisis. En este sentido los 30 pacientes evaluados presentan serios problemas de adaptación a las crisis puesto que se encuentran distribuidos entre el tercer y cuarto nivel de adaptación con claros y graves problemas para adaptarse a los ataques epilépticos.

### 3.2.2.9. Medicación y tratamiento médico

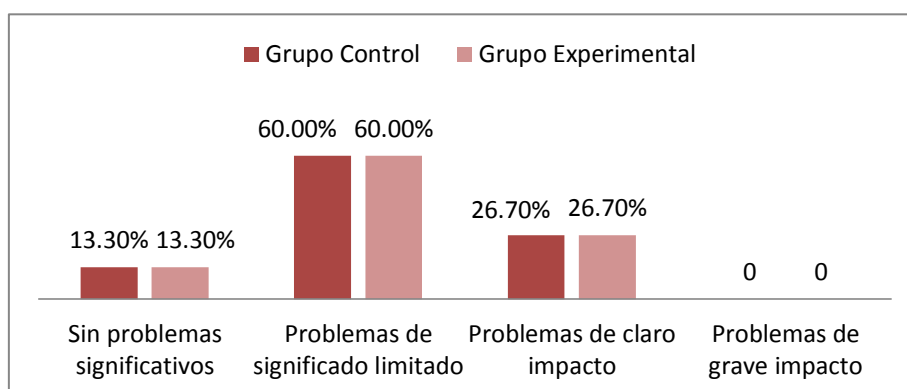
Cuadro 19

*Distribución de la escala Medicación y tratamiento médico por categorías*

Nivel	Grupo				Total
	Control		Experimental		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Sin problemas significativos	2	13,3%	2	13,3%	4
Problemas de significado limitado	9	60,0%	9	60,0%	18
Problemas de claro impacto	4	26,7%	4	26,7%	8
Problemas de grave impacto	0	0,0%	0	0,0%	0
<b>Total</b>	15	100,00%	15	100,00%	30

*Elaborado por:* Autora, (2014).

Gráfico 9

*Distribución de la escala Medicación y tratamiento Médico por categorías*

Elaborado por: Autora, (2014).

Los resultados de esta escala demuestran que el área “Medicación y Tratamiento” no resulta significativamente conflictiva para los pacientes epilépticos pues 22 pacientes de los 30 se ubican en niveles de adaptación aceptables, entre el primer y segundo nivel de adaptación, mientras que los 8 restantes se ubican en el tercer nivel de adaptación con problemas de claro impacto en esta área.

### 3.2.2.10. Funcionamiento Psicosocial Global

Cuadro 20

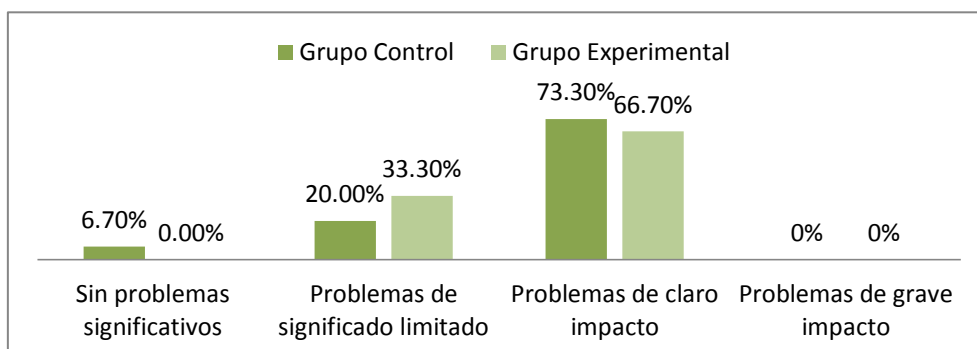
*Distribución de la escala Funcionamiento Psicosocial Global por categorías*

Nivel	Grupo				Total
	Control		Experimental		
	n	%	n	%	
Sin problemas significativos	1	6,7%	0	0,0%	1
Problemas de significado limitado	3	20,0%	5	33,3%	8
Problemas de claro impacto	11	73,3%	10	66,7%	21
Problemas de grave impacto	0	0%	0	0%	0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,00%</b>	<b>15</b>	<b>100,00%</b>	<b>30</b>

Elaborado por: Autora, (2014).

Gráfico 10

*Distribución de la escala Funcionamiento Psicosocial Global por categorías.*



*Elaborado por: Autora, (2014).*

En esta escala se emiten valores en forma de resumen de todas los datos anteriores es así que tan solo 1 paciente de los 30 que fueron sometidos a evaluación se ubican en el primer nivel de adaptación sugiriendo que no presentan problemas significativos. En el segundo grupo de pacientes se evidencia que 21 de los 30 pacientes se ubican en el segundo nivel con problemas de significado limitado en su adaptación. En el tercer nivel de adaptación se evidencia que 8 de los 30 pacientes presentan problemas de claro impacto. Ninguno de los pacientes presenta problemas graves en su adaptación psicosocial.

### **3.3. Fase de Post-test**

#### **Objetivo**

Identificar los resultados tanto en la presencia síntomas psicológicos como en la adaptación a la epilepsia en los grupos Control y Experimental posterior a la realización de la fase de intervención psicológica.

### 3.3.1. Resultados del Test SCL90R en la fase de Post-test

Los resultados mostrados a continuación reflejan los cambios ocurridos inmediatamente posteriores a la finalización de la fase de tratamiento e intervención psicológica, en los mismos criterios e indicadores que en la fase de pre-test (Ver cuadro 21)

Cuadro 21

#### *Dimensiones de las síntomas en los grupos a través del test SCL90R*

Dimensiones	Grupo Control n = 15		Grupo Experimental n = 15		Contraste
	<i>M</i>	<i>Dt</i>	<i>M</i>	<i>Dt</i>	<i>U de Mann-Whitney</i>
Somatización	40,8	24,62	32,1	22,09	84,5
Obsesión-Compulsión	38,7	21,6	31,7	21,4	90,5
Sensitividad Interpersonal	37,2	20,87	34,1	23,38	105,5
Depresión	46,7	25,21	34,7	23,53	67+E<C
Ansiedad	42,0	25,56	32,1	22,49	76
Hostilidad	38,1	22,39	36,3	23,79	104,5
Ansiedad Fóbica	39,9	22,07	33,9	22,7	93,5
Ideación Paranoica	39,3	21,95	33,5	22,34	89
Psicoticismo	34,5	19,68	32,3	21,61	107,5
GSI	40,3	21,83	34,2	21,61	85
PST	47,9	25,43	42,5	26,89	94
PSMI	29,6	15,98	25,7	16,35	90

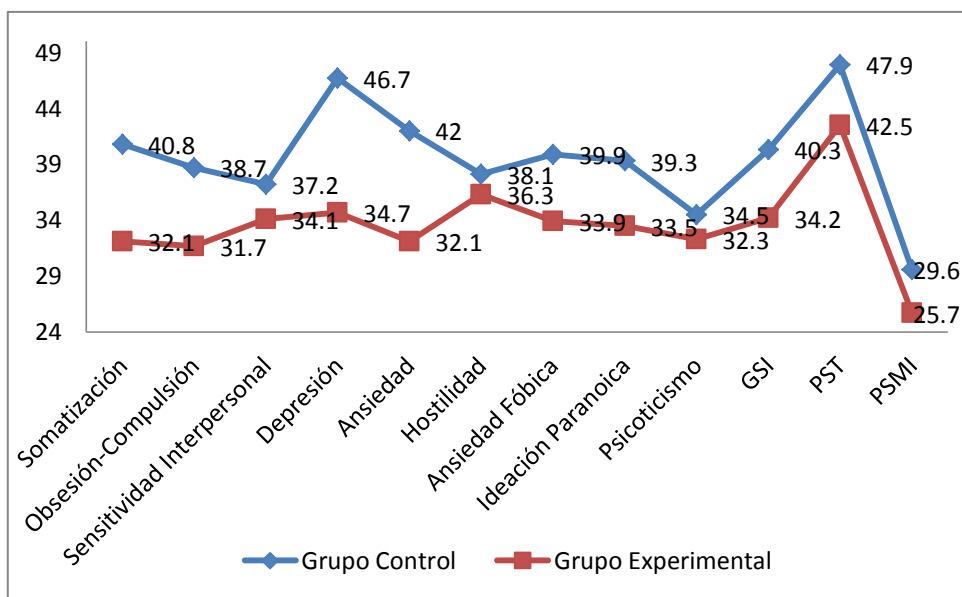
Nota: +  $p < 0,06$

De manera global los resultados mostrados durante la fase de pos-test entre el grupo control y el grupo experimental, es que ambos grupos han logrado reducir la manifestación de síntomas psicológicos, sin embargo en el indicador Depresión se puede evidenciar una diferencia mínima  $U=67$ ;  $p < 0,06$  que sugiere que el Grupo

Experimental post-tratamiento redujo mucho más éste indicador que el grupo control post-tratamiento (Ver gráfico 11).

Gráfico 11

*Perfil de Dimensiones Sintomatológicas en fase de Pos-test*



Elaborado por: Autora, (2014).

En el gráfico 11 se puede observar en la dimensión Índice Global de Severidad (GSI) que éstos se encuentran concentrados entre el decil 4 y 3 respectivamente, notándose diferencias entre la fase de pre-test (Ver cuadro 3.02) ya que anteriormente ambos grupos se mantenían en el decil 5, a la vez también se puede apreciar que el Grupo Control  $M=40,3$ ;  $dt= 21,83$  es ligeramente superior al del Grupo Experimental  $M=34,2$ ;  $dt= 21,61$ , esto podría evidenciar no solo diferencias estadísticamente entre la fase pre-test – pos-test, sino diferencias entre los grupos de tratamiento en relación a la disminución de síntomas psicológicos.

### 4.3.2. Resultados del Test WPSI en la fase de Post-test

Los resultados mostrados a continuación reflejan los cambios ocurridos inmediatamente posteriores a la finalización de la fase de tratamiento e intervención psicológica, en los mismos criterios e indicadores que en la fase de pre-test en la aplicación del Test WPSI. Para verificar la existencia de diferencias significativas se utilizará el estadístico *U de Man-Whitney* de tipo no paramétrico al encontrarse que no se ha cumplido el criterio de normalidad (Ver cuadro 22).

Cuadro 22

#### Resultados de las sub-escalas del Test WPSI en ambos grupos de trabajo

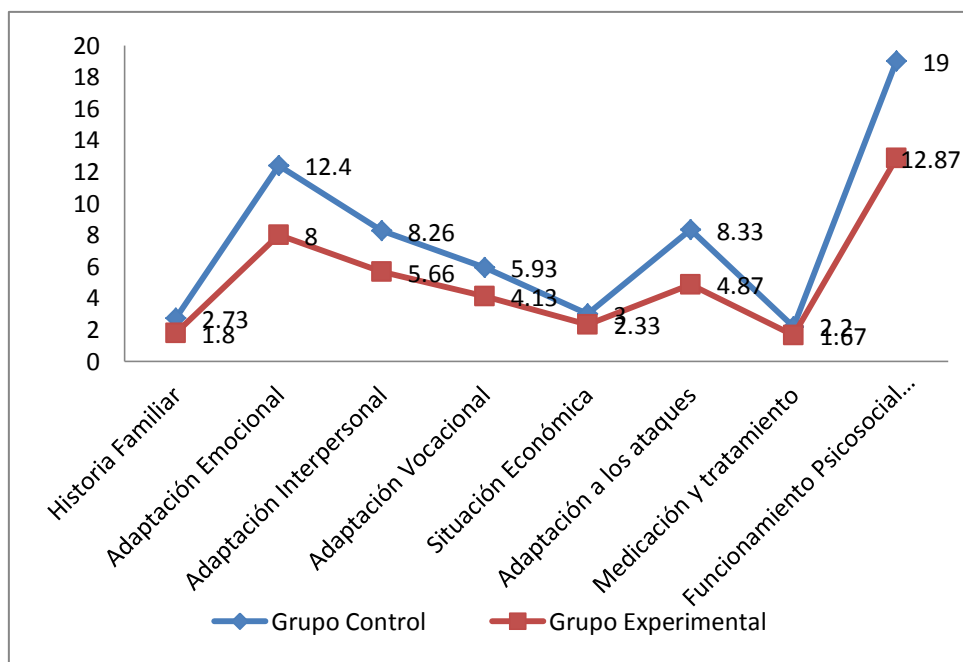
Escalas	Grupo Control n = 15		Grupo Experimental n = 15		Contraste <i>U de Mann-Whitney</i>
	<i>M</i>	<i>Dt</i>	<i>M</i>	<i>Dt</i>	
Historia Familiar	2,73	2,02	1,80	1,97	76
Adaptación Emocional	12,4	7,98	8,00	5,28	66,5+E<C
Adaptación Interpersonal	8,26	5,54	5,66	4,34	78,5
Adaptación Vocacional	5,93	3,58	4,13	3,29	74
Situación Económica	3	2,04	2,33	2,09	90,5
Adaptación a los ataques	8,33	4,56	4,87	3,38	45**E<C
Medicación y tratamiento	2,2	1,61	1,67	1,5	90
Funcionamiento Psicosocial Global	19	11,4	12,87	8,54	63,5*E<C

**Nota:**+p<0,06; \* p<0,05; \*\* p<0,005

De manera global los resultados mostrados durante la fase de pos-test entre el grupo control y el grupo experimental, es que ambos grupos han logrado reducir la manifestación de síntomas psicológicos. En las escalas Adaptación Emocional  $U=66,5$ ;  $p<0,05$ , Adaptación a los ataques  $U=45$ ;  $p<0,005$  y Funcionamiento Psicosocial Global  $U=63,5$ ;  $p<0,05$  en el que aprecia que el grupo experimental ha

reducido con significancia estadística las manifestaciones de problema relacionados con la epilepsia que el grupo control (Ver gráfico 12)

Gráfico 12

*Perfil de Escalas del Test WPSI Pos-test*

Elaborado por: Autora, (2014).

Los resultados mostrados en el gráfico 12 en la fase de post-test evidencian que en las diversas escalas tanto en los Grupos Control como Experimental los valores medios han disminuido respecto de los valores generales durante la fase de Pre-test (Ver cuadro 11), esto puede sugerir que uno de los efectos de la intervención psicológica es que mejora la posibilidad de adaptación a la epilepsia; de la misma manera las diferencias de punta entre el grupo control como experimental, es que el segundo ha reducido mucho más que el primero.

### **3.4. Diferencias entre las fases Pre-test y Post-test**

#### **Objetivo:**

Identificar la existencia de diferencias Pre-Post-test estadísticamente significativas tanto del grupo control como del experimental posterior a la aplicación de los respectivos tratamientos psicológicos.

#### **3.4.1. Grupo Control**

##### **3.4.1.1. Cuestionario de Síntomas Psicológicos SCL90R**

Los resultados que a continuación se muestran son los que corresponden a las diferencias existentes en el grupo control entre la fase Pre-test y la fase Pos-test. Para la identificación de las diferencias estadísticamente significativas se aplicó la prueba de los rangos de Wilcoxon ( $W_+$ ) (Mendenhall, Beaver, & Baver, 2008), debido a que previamente no se pudo comprobar el supuesto de normalidad entre las medias (Ver cuadro 23).

Cuadro 23

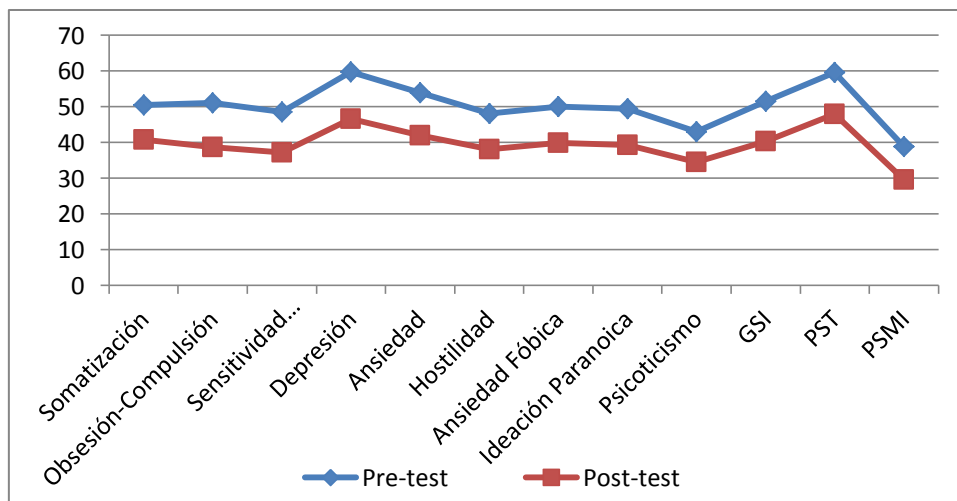
**Diferencia de medias Pre-Post test del Grupo Control ( SCL90R)**

Indicadores	Pre-test		Post-test		Pre-Post test
	<i>M</i>	<i>Dt</i>	<i>M</i>	<i>Dt</i>	<i>W+</i>
Somatización	50,5	14,7	40,8	24,62	-2,524*
Obsesión-Compulsión	51,1	8,9	38,7	21,6	-2,077*
Sensitividad Interpersonal	48,5	10,3	37,2	20,87	-2,136*
Depresión	59,7	9,1	46,7	25,21	-2,675*
Ansiedad	54,0	16,7	42,0	25,56	2,311*
Hostilidad	48,1	11,4	38,1	22,39	-2,67*
Ansiedad Fóbica	50,0	9,8	39,9	22,07	-2,369*
Ideación Paranoica	49,5	9,0	39,3	21,95	-2,943**
Psicoticismo	43,0	11,4	34,5	19,68	-2,488*
GSI	51,6	7,6	40,3	21,83	-3,315**
PST	59,6	6,7	47,9	25,43	-2,12*
PSMI	38,9	7,7	29,6	15,98	-2,375*

**Nota:** +  $p < 0,06$ ; \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,005$ .

Los resultados en el Cuadro 23 muestran que existe un proceso de disminución de los síntomas posteriormente al tratamiento que en la fase de Pre-test y que a la vez estas diferencias son en todas las áreas estadísticamente significativas. Luego se puede apreciar cambios en los perfiles de síntomas psicológicos entre la fase pre-test y post-test (Ver gráfico 13).

Gráfico 13

*Perfil de Escalas del Test SCL90R entre fases Pre-Post-test – Grupo Control*

*Elaborado por:* Autora, (2014).

La variación de cambios en el Gráfico 13 muestra que en efecto se evidencia de disminución de síntomas en los participantes en el grupo de control en todas las áreas evaluadas y mostrando un perfil de descenso de síntomas. Es importante aclarar que el grupo control está conformada por participantes sin necesidades psicológicas manifiestas.

#### **3.4.1.2. Cuestionario WPSI**

Los resultados que a continuación se muestran son los que corresponden a las diferencias existentes en el grupo control entre la fase Pre-test y la fase Pos-test. Para la identificación de las diferencias estadísticamente significativas se aplicó la prueba de los rangos de Wilcoxon (W+) debido a que previamente no se pudo comprobar el supuesto de normalidad entre las medias (Ver cuadro 24).

Cuadro 24

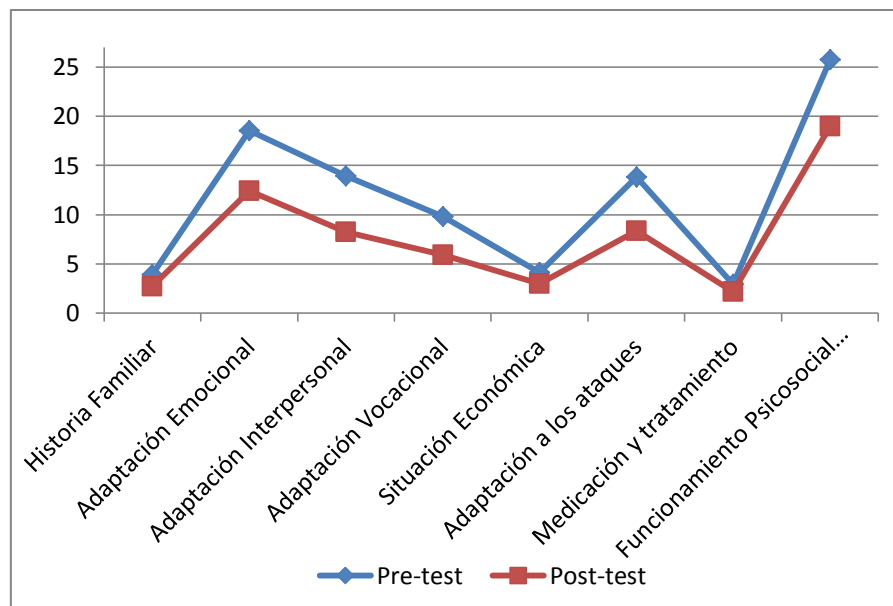
*Diferencia de medias Pre-Post test del Grupo Control (WPSI)*

Escala	Pre-test		Post-test		Diferencias Pre-Post Test
	<i>M</i>	<i>Dt</i>	<i>M</i>	<i>Dt</i>	<i>W+</i>
Historia Familiar	3,93	2,02	2,73	2,02	-2,654*
Adaptación Emocional	18,53	7,76	12,4	7,98	-3,173**
Adaptación Interpersonal	13,93	5,69	8,26	5,54	-3,186**
Adaptación Vocacional	9,8	2,81	5,93	3,58	-2,808*
Situación Económica	4,13	1,85	3	2,04	-1,700
Adaptación a los ataques	13,8	1,21	8,33	4,56	-3,304**
Medicación y tratamiento	2,93	1,49	2,2	1,61	-0,997
Funcionamiento Psicosocial Global	25,73	8,6	19	11,4	-2,105

**Nota:** +  $p < 0,06$ ; \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,005$ .

Los resultados en el Cuadro 24 muestran que existe un proceso de disminución de los problemas derivados de la epilepsia posteriormente al tratamiento que en la fase de Pre-test e y que a las vez éstas diferencias en las escalas: Historia familiar  $W_+ = -2,654$ ;  $p < 0,05$ ; Adaptación emocional  $W_+ = -3,173$ ;  $p < 0,005$ ; Adaptación Interpersonal  $W_+ = -3,186$ ;  $p < 0,005$ ; Adaptación vocacional  $W_+ = -2,808$ ;  $p < 0,05$  y Adaptación emocional  $W_+ = -3,304$ ;  $p < 0,005$  son estadísticamente significativas, es decir que los cambios son notorios en las áreas en mención. Luego se puede apreciar cambios en los perfiles de síntomas psicológicos entre la fase pre-test y post-test (Ver gráfico 14).

Gráfico 14

**Perfil de Escalas del Test WPSI entre fases Pre-Post-test**

*Elaborado por:* Autora, (2014).

La variación de cambios en el gráfico 14 muestra que se evidencia un proceso de disminución de los problemas derivados de la epilepsia en los participantes en el grupo de control en las escalas Historia Familiar, Adaptación Emocional, Adaptación Interpersonal, Adaptación vocacional y Adaptación a los ataques.

### 3.4.2. Grupo Experimental

#### 3.4.2.1. Cuestionario de Síntomas Psicológicos SCL90R

Los resultados que a continuación se muestran son los que corresponden a las diferencias existentes en el grupo control entre la fase Pre-test y la fase Pos-test. Para la identificación de las diferencias estadísticamente significativas se aplicó la prueba

de los rangos de Wilcoxon ( $W_+$ ) debido a que previamente no se pudo comprobar el supuesto de normalidad entre las medias (Ver cuadro 25).

Cuadro 25

*Diferencia de medias Pre-Post test del Grupo Experimental (SCL-90R)*

Indicadores	Pre-test		Post-test		Diferencia
	<i>M</i>	<i>Dt</i>	<i>M</i>	<i>Dt</i>	Pre-Post test <i>Z</i>
<b>Somatización</b>	51,7	12,8	32,1	22,09	-3,300**
<b>Obsesión-Compulsión</b>	49,1	10,5	31,7	21,4	-3,306**
<b>Sensitividad Interpersonal</b>	50,5	10,4	34,1	23,38	-2,936**
<b>Depresión</b>	59,5	10,5	34,7	23,53	-3,182**
<b>Ansiedad</b>	58,9	14,2	32,1	22,49	-3,298**
<b>Hostilidad</b>	51,3	11,0	36,3	23,79	-2,244**
<b>Ansiedad Fóbica</b>	50,2	12,3	33,9	22,7	-2,936**
<b>Ideación Paranoica</b>	50,0	11,6	33,5	22,34	-3,192**
<b>Psicoticismo</b>	47,3	9,0	32,3	21,61	-2,941**
<b>GSI</b>	52,9	3,6	34,2	21,61	-3,419**
<b>PST</b>	58,9	5,8	42,5	26,89	-2,002*
<b>PSMI</b>	40,4	7,6	25,7	16,35	-2,670*

**Nota:** \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,005$ .

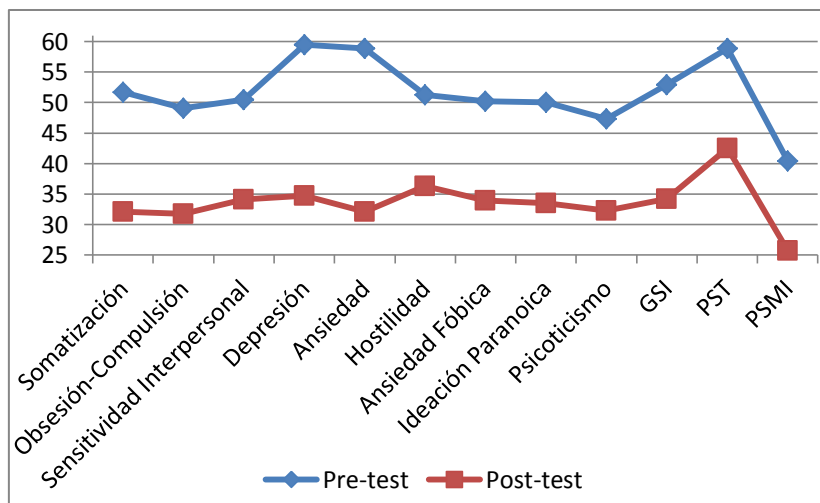
GSI (Índice de severidad global)

PST (Total de Síntomas Positivos)

PSMI ( Malestar Sintomático Positivo)

Los resultados en el cuadro 25 muestran que existe un proceso de disminución de los síntomas posteriormente al tratamiento que en la fase de Pre-test y que a la vez estas diferencias en todas las áreas evaluadas son estadísticamente significativas. Luego se puede apreciar cambios en los perfiles de síntomas psicológicos entre la fase pre-test y post-test (Ver gráfico 15)

Gráfico 15

*Perfil de Escalas del Test SCL90R entre fases Pre-Post-test – Grupo Experimental*

La variación de cambios en el gráfico 15 muestra que en efecto se evidencia de disminución de síntomas en los participantes en el grupo de control en todas las áreas evaluadas y mostrando un perfil de descenso de síntomas. Es importante aclarar que el grupo control está conformada por participantes sin necesidades psicológicas manifiestas.

#### 3.4.2.2. Cuestionario WPSI

Los resultados que a continuación se muestran son los que corresponden a las diferencias existentes en el grupo experimental entre la fase Pre-test y la fase Post-test. Para la identificación de las diferencias estadísticamente significativas se aplicó la prueba de los rangos de Wilcoxon (W+) debido a que previamente no se pudo comprobar el supuesto de normalidad entre las medias (Ver cuadro 26).

Cuadro 26

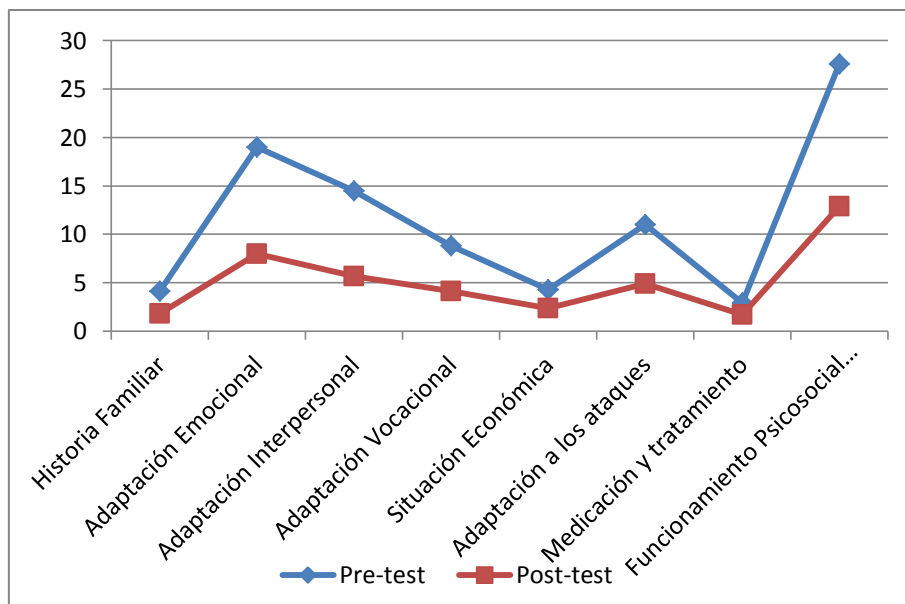
*Diferencia de medias Pre-Post test del Grupo Experimental (WPSI)*

Escalas	Pre-test		Post-test		Diferencias Pre-Post Test
	<i>M</i>	<i>Dt</i>	<i>M</i>	<i>Dt</i>	
Historia Familiar	4,13	3,02	1,80	1,97	-3,33**
Adaptación Emocional	19	7,93	8,00	5,28	-3,297**
Adaptación Interpersonal	14,47	6,02	5,66	4,34	-3,3**
Adaptación Vocacional	8,8	2,91	4,13	3,29	-3,187**
Situación Económica	4,27	1,67	2,33	2,09	-2,66*
Adaptación a los ataques	11	2,2	4,87	3,38	-3,41**
Medicación y tratamiento	2,93	1,58	1,67	1,5	-2,73*
Funcionamiento Psicosocial Global	27,6	8,84	12,87	8,54	-3,41**

**Nota:** \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,005$ .

Los resultados en el cuadro 26 muestran que existe un proceso de disminución de los problemas derivados de la epilepsia posteriormente al tratamiento que en la fase de Pre-test e y que a las vez éstas diferencias en las escalas: Historia familiar  $W_+ = -3,33$ ;  $p < 0,005$ ; Adaptación emocional  $W_+ = -3,297$ ;  $p < 0,005$ ; Adaptación Interpersonal  $W_+ = -3,3$ ;  $p < 0,005$ ; Adaptación vocacional  $W_+ = -3,187$ ;  $p < 0,005$ ; Situación Económica  $W_+ = -2,66$ ;  $p < 0,05$ ; Adaptación a los ataques  $W_+ = -3,41$ ;  $p < 0,005$ ; Medicación y tratamiento  $W_+ = -2,73$ ;  $p < 0,05$  y Funcionamiento Psicosocial Global  $W_+ = -3,41$ ;  $p < 0,005$  son estadísticamente significativas, es decir que los cambios son notorios en las áreas en mención. Luego se puede apreciar cambios en los perfiles de síntomas psicológicos entre la fase pre-test y post-test (Ver gráfico 16).

Gráfico 16

**Perfil de Escalas del Test WPSI entre fases Pre-Post-test – Grupo Experimental**

*Elaborado por:* Autora, (2014).

La variación de cambios en el gráfico 16, muestra que en efecto se evidencia disminución de problemas relacionados con la epilepsia en los participantes en el grupo experimental en todas las áreas evaluadas.

### 3.5. Análisis del tamaño del efecto

El cálculo del tamaño del efecto es una función estadística que permite conocer más allá de la existencia o no de la significancia estadística la magnitud de los efectos obtenidos posteriormente al tratamiento en los grupos de estudio y contar con indicadores de eficiencia de los tratamientos con respecto a las medias.

### 3.5.1. Tamaño del efecto SCL90R

Para el cálculo del tamaño del efecto (Cortada, Macbeth, & López, 2008) se contrastarán las diferencias existentes en los grupos de tratamiento posterior a la intervención psicológica en función de los síntomas psicológicos (Test SCL90R) con el indicador (GSI) ya que el mismo resume el número de síntomas manifiestos en los participantes. Para la obtención del tamaño del efecto se utilizará la función de *g de Hedges ajustada* (Perez, Manzano, & Fazeli, 1999) y la interpretación del mismo a través de la función *Z* a través de una tabla de probabilidades de la normal estándar (Ver Anexo N. 05), () Los valores se muestran a continuación con el estadístico *g de Hedges* y *g de Hedges ajustado* (Ver cuadro 27).

Cuadro 27

*Tamaño del efecto comparado entre los grupos de tratamiento del test SCL90R*

Grupo	Pre-test		Post-test		S*	g	g*	Z
	M	S <sup>2</sup>	M	S <sup>2</sup>				
<b>Control</b>	51.6	57.97	40.267	476.924	16,35	-0,69	-1,37	0,0863
<b>Experimental</b>	52.87	13.124	34.2	466.89	15,49	-1,21	-2,38	0,0087

*Nota: S: Varianza; S\* Varianza inter-grupos*

Los resultados muestran que a través del uso del estadístico *g de Hedges ajustado* se puede encontrar diferencias en los tamaños del efecto, entre el grupo experimental  $g_{(ajus)} = -2.38$  y el grupo control  $g_{(ajus)} = -1.37$ ; por otra parte la función *Z* establece que con respecto a la Media el 8,63% de los participantes del Grupo Control tuvieron menos síntomas psicológicos posterior al tratamiento que la media durante el pre-tratamiento a diferencia del grupo experimental en el que la función *Z* establece que el 0,87% de los participantes presentaron menos síntomas posteriormente al tratamiento con respecto a la media respectiva durante el pre-tratamiento.

Por otra parte la función  $Z$  establece que con respecto a la Media después del tratamiento el 8,63% de los participantes del Grupo Control se encuentran por encima de la media original en el pre-test que a diferencia del grupo experimental en el que la función  $Z$  establece que el 0.87% de los participantes se encuentran por encima de la media original en el pre-test. Aquí por lo tanto se evidencia que el tamaño del efecto en ambas condiciones resulta alto, sin embargo en el caso del Grupo Experimental éste es mucho mayor.

### **3.5.2. Tamaño del efecto WPSI**

Para el cálculo del tamaño del efecto se contrastarán las diferencias existentes en los grupos de tratamiento posterior a la intervención psicológica en función de la adaptación a la epilepsia (Test WPSI) con la Escala de Funcionamiento Psicosocial ya que el mismo resume de manera general el grado de adaptabilidad a la epilepsia.

Para la obtención del tamaño del efecto se utilizará la función de *g de Hedges ajustada* y la interpretación del mismo a través de la función  $Z$  a través de una tabla de probabilidades de la normal estándar (Ver Anexo N.05). Los valores se muestran a continuación con el estadístico *g de Hedges* y *g de Hedges ajustado* (Ver cuadro 28)

Cuadro 28

*Tamaño del efecto comparado entre los grupos de tratamiento del test WPSI*

<i>Grupo</i>	<i>Pre-test</i>		<i>Post-test</i>		<i>S*</i>	<i>g</i>	<i>g*</i>	<i>Z</i>
	<i>M</i>	<i>S<sup>2</sup></i>	<i>M</i>	<i>S<sup>2</sup></i>				
<b>Control</b>	25.733	73.92	19	130	10.10	-0,67	-1,32	0,0934
<b>Experimental</b>	27.6	78.114	12.867	72.981	8.69	-1,70	-3,34	0,0004

*Nota: S: Varianza; S\* Varianza intergrupos*

Los resultados muestran que a través del uso del estadístico *g de Hedges ajustado* se puede encontrar diferencias en los tamaños del efecto, entre el grupo experimental  $g_{(ajus)} = -1,7$  y el grupo control  $g_{(ajus)} = -1,32$ .

Por otra parte la función *Z* establece que con respecto a la Media después del tratamiento el 9,34% de los participantes del Grupo Control se encuentran por encima de la media original en pre-test que a diferencia del grupo experimental en el que la función *Z* establece que el 0.04% de los participantes se encuentran por encima de la media original en el pre-test. Aquí por lo tanto se evidencia que el tamaño del efecto en ambas condiciones resulta alto, sin embargo en el caso del Grupo Experimental éste es mucho mayor.

## CAPITULO IV

### IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 4.1. Conclusiones

-La primera conclusión establece la confirmación de la hipótesis inicial, al determinar una notable mejoría en la adaptación psicosocial en pacientes epilépticos posterior a la aplicación del Programa de Intervención Psicológica, la cual fue elaborada con el propósito de elevar los niveles de adaptación y disminuir la presencia de síntomas psicológicos asociados al diagnóstico de epilepsia. (Ver cuadro 27)

-Se evidencia que dentro de la distribución poblacional inicial no existen diferencias estadísticamente significativas en seis de las siete variables incluidas en el estudio, las cuales corresponden a sexo, rango de edad, estado civil, instrucción, diagnóstico y medicación, sin embargo, se ha encontrado un contraste en la variable edad ya que la media (M) en el grupo control es mayor en comparación con el grupo experimental (6,155;  $p < 0,001$ ) y de lo cual se desprende la presencia de una diferencia significativa en esta variable, no obstante, a pesar de esta disonancia, se puede concluir que los dos grupos de trabajo son estadísticamente equivalentes lo cual genera la homogeneidad necesaria para validar los resultados arrojados por la investigación. (Ver cuadro 10)

-En cuanto a la evaluación de la presencia de sintomatología psicológica, aplicando el test SCL-90R en fase de pre-test se evidencia una variabilidad equivalente entre los dos grupos de trabajo de cuyos resultados se demuestra un Índice de Severidad Global (ISG) total que lo ubica en el quinto decil ( $M= 51,6$  en el Grupo Control y  $52,9$  en el Grupo Experimental) lo cual representa una población estadísticamente normal y con una necesidad de intervención leve, sin embargo los dos grupos sindrómicos con mayor frecuencia e intensidad en los grupos de estudio son la depresión y la ansiedad. (Ver cuadro 11)

-Con respecto a la fase de post-test del reactivo SCL-90R los resultados evidenciaron que ambos grupos intervenidos redujeron la presencia de sintomatología psicológica, sin embargo, esta mejoría fue más evidente en el grupo experimental con una diferencia estadísticamente mínima ( $U=67; p \leq 0,06$ ), así lo demuestra el Índice de Severidad Global (ISG) que ubica a la población en los deciles dos y tres, con lo cual se constata una notable diferencia con la fase de pre-test en donde la población se ubicaban en el quinto decil, evidenciando de este modo la efectividad de la Intervención psicológica para disminuir la sintomatología psicológica (Ver cuadro 21)

-En cuanto a la fase de pre-test del Inventario WPSI cuyo objetivo inicial era determinar el grado de adaptación psicosocial, se evidencia estabilidad estadística en todas las áreas evaluadas entre los dos grupos de estudio excepto en la escala de adaptación a los ataques en donde la Media en el grupo control es significativamente

mayor a la del grupo experimental (Grupo Control  $M=13,8$ ;  $dt= 1,21$  es significativamente mayor  $U=31$ ;  $p<0,001$  a la del Grupo Experimental  $M=11$ ;  $p=2,2$ ), sin embargo, los resultados son válidos y se establece que las escalas de Historia familiar y Adaptación a la medicación/tratamiento médico se encuentran en niveles aceptables de adaptación con problemas de significado limitado, mientras que las demás escalas de adaptación emocional, interpersonal, vocacional, y situación económica se sitúan en los niveles en donde existen problemas de claro y grave impacto para la adaptación psicosocial. (Ver gráfico 2).

-Respecto a la fase de post- test del Inventario WPSI tanto el grupo control como el grupo experimental mejoraron sus niveles de adaptación psicosocial, sin embargo, las escalas de adaptación emocional ( $U=66,5$ ;  $p<0,05$ ), adaptación a los ataques ( $U=45$ ;  $p<0,005$ ) y funcionamiento psicosocial global ( $U=63,5$ ;  $p<0,05$ ) del grupo experimental reflejan una mejoría estadísticamente significativa en comparación con las escalas del grupo control. (Ver cuadro 22).

-Al analizar los reactivos SCL-90R y WPSI a través de las pruebas de contraste se determinó que tanto en el grupo control como en el grupo experimental existió una diferencia estadísticamente significativa entre la fase de pre-post test de ambos reactivos, lo cual determina la eficacia de ambas intervenciones planteadas. (Ver cuadros, 23, 24, 25, 26).

-Se concluye que el tamaño del efecto en ambos grupos de estudio son altos a pesar que en el grupo experimental ( $g_{(ajus)}=-2.38$ ) es mucho mayor en comparación con el grupo control ( $g_{(ajus)}=-1.37$ ), lo que indica que la efectividad del tratamiento aplicado al grupo experimental resulta más eficaz que lo planteado con el grupo control. (Ver cuadro 26, 27)

-Debido a diferentes factores que restringen un adecuado proceso investigativo, múltiples son los puntos relevantes que no han sido indagados en el presente estudio, entre ellos: las alteraciones en el desarrollo cognitivo del paciente, los efectos de la epilepsia en específicamente en la mujer o en las relaciones familiares, además, de la generación de otras alternativas de intervención para este grupo de pacientes, como la terapia ocupacional, familiar sistémica, desde diferentes enfoques, distintos al propuesto en el presente estudio.

-El presente estudio se lo realizó utilizando dos reactivos que indagan las variables dependientes, ambos se aplicaron en fase de pre test, posteriormente se aplicaron los programas de intervención y deviene la fase de post- test en donde se reaplican los reactivos iniciales, los datos revelan una evidente eficacia de los programas propuestos, incluido el que pertenece al grupo control y con mejores y evidentes resultados, el programa del grupo experimental.

## 4.2. Recomendaciones

-Se recomienda incorporar profesionales en psicología al sistema nacional de salud en la conformación de grupos multidisciplinarios para una atención integral del paciente epiléptico, con la finalidad de brindar atención especializada en psicoeducación, orientación familiar y psicoterapia individual la cual deberá estar dirigida a mejorar los niveles de adaptación psicosocial y disminución de sintomatología psicológica asociada al diagnóstico de epilepsia.

-Debido a la falta de estudios exhaustivos en el Ecuador acerca de la epilepsia, se recomienda que a partir de los resultados arrojados en esta investigación se examinen otras variables asociadas al estado psicológico del paciente epiléptico, como su relación en problemas de aprendizaje, su efecto en la mujer, y/o en los distintos grupos etarios a fin de analizar su relación con la adaptación psico-social del paciente con epilepsia.

-Tomando en cuenta los efectos favorables obtenidos en el presente estudio se recomienda la aplicación de este programa de intervención psicológica a otros grupos de pacientes con diagnóstico de epilepsia a fin de incrementar sus niveles de adaptación psicosocial y la disminución de los síntomas psicológicos asociados.

-Con el objetivo de ampliar el nivel investigativo de futuras publicaciones, se sugiere que los estudios se efectúen con muestras más extensas y en un lugar donde se tenga

acceso constante a la población en estudio debido a lo complicado de mantener cercada una muestra de pacientes ambulatorios, con el objetivo de elevar el nivel de confiabilidad estadística de los resultados y la eficacia de los programas de intervención elaborados.

## **CAPITULO V**

### **V. APÉNDICE**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO**



**“PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA EL  
MEJORAMIENTO DE LA ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL EN PACIENTES  
EPILÉPTICOS CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS QUE  
ACUDEN AL SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL  
PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA”**

**AUTORA:** CARINA ESTEFANÍA CASTILLO VALDIVIEZO

**REVISOR:** DR MARLON MAYORGA.

**AMBATO-ECUADOR**

**JUNIO 2014**

## GENERALIDADES

La epilepsia pura o asociada a otras enfermedades neurológicas, es en la actualidad una de las problemáticas más frecuente en los países del tercer mundo según datos ofertados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se estima que de los 50 millones de habitantes que padecen esta enfermedad a nivel mundial el 10 % de ellos viven en América Latina y el Caribe, (Rodríguez, 2006), en donde a más dar relevancia al tratamiento médico también hace hincapié el aspecto social del epiléptico y se menciona que “la estigmatización que rodea a estas personas con epilepsia es un obstáculo para el ejercicio de sus derechos humanos e integración social” (OMS-ILAE, 2011, pág. 10) , de este modo se evidencia los efectos negativos que esta enfermedad ejerce sobre la adaptación psicosocial del paciente, a partir de lo cual esta Organización propone como uno de sus objetivos el siguiente: “Adoptar medidas para que los servicios de salud mental estén preparados para la atención de las personas con epilepsia, tanto en lo referente a la comorbilidad como para facilitar el diagnóstico y el tratamiento básico”. (Organización Mundial de la Salud, 2011, pág. 9)

De este modo, la OMS sugiere en su Plan Estratégico una intervención multidimensional en todas las áreas afectadas del sujeto, la comorbilidad debido a la frecuente presencia de sintomatología psicológica asociada a la epilepsia y la repercusión en su adaptación psicosocial, por lo cual esta Organización se ha visto en la necesidad de plantear la creación de estrategias para la intervención (psicológica, social, comunitaria) en las distintas áreas afectadas del sujeto.

Los programas de Intervención Psicológica dirigida a los pacientes epilépticos con sintomatología psicológica responde a esta necesidad de orden mundial, con el fin de brindar pautas efectivas para el mejoramiento de la adaptación psicosocial de los pacientes, redactado en un lenguaje sencillo, de corta duración y adaptado al contexto social ecuatoriano, el cual puede ser utilizado como guía rectora en el tratamiento psicológico de pacientes que acuden a las distintas Casas de Salud en las cuales la población epiléptica es numerosa y en donde por la premura del tiempo se pasan por alto la comorbilidad psicológica asociados a esta enfermedad y más aún el grado de adaptación psicosocial del paciente.

## **1. GUÍA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA N.1**

## **GRUPO EXPERIMENTAL**

### **1.1.FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

El presente Programa de Intervención Psicológica dirigido al mejoramiento de la adaptación psicosocial del paciente epiléptico con presencia de sintomatología psicológica, se encuentra organizada bajo el Modelo de Intervención en Crisis “CASIC”, el cual incluye la actuación sobre las distintas áreas que conforman al sujeto (Afectiva, Cognitiva, Somática, Interpersonal y Conductual), es decir, las sesiones planteadas están divididas según las áreas que preceden, abordando cada caso de una manera integral y sistemática con el fin de restablecer al paciente su nivel de funcionamiento en las diferentes áreas planteadas (García, 2012).

En cuanto a las técnicas y actividades planteadas estas han sido fundamentadas desde un corte cognitivo-conductual, escuela principalmente representada por Ellis y Beck al ser los pioneros en emplear una amplia gama de técnicas conductuales de tratamiento que incluían los deberes estructurados, los cuales resaltan sistemáticamente el efecto terapéutico de las técnicas cognitivas, cuyo efecto no solo se basa sobre las estructuras sintomáticas, sino también sobre los esquemas cognitivos o creencias controladoras. Sin pasar por alto que la fuente principal del afecto y la conducta disfuncionales en los adultos reside en la distorsión atributiva, y no en la distorsión motivacional o de respuesta (Beck, Wright, Newman, & Liese, 2010).

En todas las sesiones del Programa de Intervención las cuales se encuentran supeditadas a la estructura del CASIC se han adaptado a las actividades una serie de técnicas y actividades con fundamentación cognitiva-conductual, evidentemente este programa no abarca una amplia gama de posibilidades en la intervención, sin embargo las técnicas seleccionadas son una representación de lo que el clínico puede utilizar en un proceso terapéutico (Pocasangre, Gonzáles, & Alas, 2010).

## **1.2.DESARROLLO DE LAS SESIONES**

El presente es un material de guía con lo que se pretende recoger aquellas técnicas que pueden apoyar en la práctica clínica de los profesionales en psicología, con el objetivo de mejorar el grado de adaptación psicosocial del paciente epiléptico con sintomatología psicológica asociada. Para facilitar todo ello, el desarrollo de las sesiones del Programa de Intervención Psicológica se encuentra configurado de un modo sistemático, manteniendo una misma estructura ordenada en los diversos apartados que lo conforman.

El primero tiene que ver con una breve *Introducción* en donde se destaca los principios básicos relacionados con los objetivos y las técnicas utilizadas a lo largo de la sesión. Un segundo apartado conformado por los *Objetivos* transversales que deberán verse cumplidos al final del encuentro, en un tercer momento se ven planteadas las *Técnicas* a utilizarse con la respectiva fundamentación teórica que profundiza y justifica su utilización en post de los objetivos planteados, a partir del cuarto momento se destacan las *Actividades, Recursos y Tiempo estimado* de cada una de las actividades que se realizarán en la sesión terapéutica. Estas actividades

están seguidas de un apartado de *Feed Back* cuyo objetivo es el respectivo refuerzo de los contenidos que se pretendieron ilustrar en el desarrollo de las actividades. Las dos últimas secciones se relacionan con el respectivo *Cierre*, y la actividad de *Enlace* para conectarla con la próxima sesión.

### **1.3.OBJETIVOS**

#### **1.3.1. Objetivo General**

- Mejorar la adaptación psicosocial en pacientes epilépticos con síntomas psicológicos asociados.

#### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- Valorar el nivel de adaptación psicosocial de los pacientes con epilepsia mediante el test WPSI (Washington Psychosocial Seizure Inventory).
- Evaluar la presencia de los síntomas psicológicos asociados a la epilepsia a través de la aplicación del test SCL-90-R (Inventario de síntomas de L. Derogatis).
- Aplicar un programa de Intervención psicológica en forma de talleres grupales a fin de mejorar los niveles de adaptación psicosocial en pacientes epilépticos.
- Re-evaluar el resultado de la aplicación del programa de intervención psicológica, mediante la aplicación de los reactivos que se emplearon inicialmente.

## 1.4.DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

### PRIMERA SESIÓN

<b>EXPRESIÓN DE MIS EMOCIONES-(ÁREA AFECTIVA)</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<p>La terapia se potencia si el terapeuta ingresa con precisión en el mundo del paciente, ellos se benefician ampliamente por la sola experiencia de ser vistos y comprendidos en su totalidad. Por lo que es muy importante reconocer el modo en que los pacientes experimentan el pasado, el presente y el futuro.</p> <p>La empatía es considerada como la “capacidad de ponerse en la situación del otro, vivenciando lo que este experimenta. La idea de empatía alude a la situación donde uno está sintiendo lo que le sucede al otro, manteniendo su propia identidad”. (Cazau, 2002, pág. 1) Una empatía exacta es sumamente importante para el desarrollo de la entrevista en un presente inmediato.</p> <p>Es indispensable recordar que los pacientes ven la hora de terapia de una manera muy distinta que los terapeutas, lo cual nos lleva a suponer que el paciente y el terapeuta no tienen la misma experiencia durante la sesión, ya que es</p>

	<p>extraordinariamente difícil saber realmente lo que siente el otro. La investigación del pasado es importante no para la construcción de cadenas causales, sino porque nos permite ser empáticos con mayor exactitud.</p> <p>El proceso de generar un ambiente cálido entre el paciente y el terapeuta es un objetivo transversal durante toda la primera sesión, sin embargo, paralelamente se irán desarrollando varios objetivos fundamentales entre ellos el proceso de investigación en donde se reunirán los datos necesarios a fin de emitir la aproximación diagnóstica apropiada al cuadro clínico (Shea, 2002).</p>
<b>OBJETIVOS</b>	
<b>a.</b>	Fomentar un ambiente de armonización y empatía apropiado para el surgimiento de la alianza terapéutica y generación de catarsis por parte del paciente.
<b>b.</b>	Recolectar información acerca de los problemas fundamentales del paciente.
<b>c.</b>	Deducir una aproximación de criterios diagnósticos, rasgos de personalidad y un acercamiento al pronóstico de la entidad clínica.
<b>d.</b>	Atenuar algunas manifestaciones de ansiedad con que llega el paciente.

e.	Registrar indicios de ideas irracionales y autodestructivas (Agenda oculta).
<b>TECNICAS</b>	
a.	<p><b>Establecimiento de Rapport.-</b></p> <p>Una característica fundamental en el desarrollo del primer encuentro terapéutico tiene que ver con el énfasis en la esfera afectiva entre el paciente y el terapeuta, uno de sus objetivos iniciales es configurar los elementos necesarios de un ambiente terapéutico cálido y de confianza, el cual, más que ser un objetivo, se relaciona con una cualidad del terapeuta, basado en el respeto e interés sostenido demostrado desde el primer contacto (dar la mano, hablar por teléfono, etc.).</p> <p>Este ambiente de respeto, armonización, sensación de comodidad y libertad en la que debe sentirse el paciente es de exclusiva responsabilidad del terapeuta por ser el experto en relaciones humanas dentro del ambiente terapéutico. La actitud del terapeuta debe ser comprensiva, respetuosa, cordial y de gran aceptación, expresando lo mencionando tanto en el lenguaje verbal como no verbal (Balarezo, 1995).</p>
b.	<b>Empatía.-</b> La empatía es una destreza básica de la

	<p>comunicación interpersonal, ella permite un entendimiento sólido entre dos personas, en consecuencia, la empatía es fundamental para comprender en profundidad el mensaje del otro y así establecer un dialogo (Ibid,1995).</p>
c.	<p><b>Validación.-</b> Reconocimiento que hace el terapeuta de los sentimientos del paciente, que le da fuerza, firmeza a sus argumentos, recuerdos, sentimientos (Ibid, 1995).</p>
d.	<p><b>Catarsis.-</b> Es la expresión de recuerdos o emociones que realiza el paciente de los eventos negativos que le perjudican. De este modo el terapeuta facilita el relato libre a fin de eliminar la tensión psíquica en el paciente y buscar el alivio de la ansiedad inicial con que llega el sujeto (Ibid,1995).</p>
e.	<p><b>Técnica de Interrogación para aproximación diagnóstica.-</b></p> <p>A pesar de que en el primer encuentro el terapeuta debe flexibilizar su actuación de acuerdo a las expresiones afectivas que denote el paciente es muy cierto que uno de los propósitos claves en este primer encuentro es realizar una aproximación diagnóstica acerca del cuadro clínico principal, rasgos de personalidad y diagnóstico del entorno social del paciente (Ibid,1995).</p>

f.	<p><b>Devolución de Información.-</b></p> <p>Si bien es cierto la habilidad que tenga el terapeuta para la generación de catarsis en el paciente ya es una manera de reducir las tensiones en el sujeto la devolución inmediata de información por parte del terapeuta, le permite al paciente saber qué es lo que el profesional como especialista opina de su problema y esto también genera un atenuante en sus síntomas ansiosos (Ibid, 1995).</p>
g.	<p><b>Agenda Oculta.-</b></p> <p>El terapeuta durante la primera sesión de manera encubierta deberá registrar cuales son los pensamientos irracionales que tiene el paciente para trabajarse en las siguientes sesiones que tienen un corte cognitivo. Entre las ideas irracionales presentes en el paciente epiléptico, con frecuencia se encontrará muchas dificultades para considerarse “válidos” a sí mismos, ya que al verse diferentes al promedio de la población temen no encontrar la aprobación suficiente para reafirmarse, el temor de lo imprevisto de la enfermedad, los hace verse y sentirse vulnerables frente al resto de personas. Varios pacientes se ven a sí mismos como “pobrecitos” se consideran inútiles e “inferiores” frente a la población sin dicha afección. Con su concepción disminuida de sí mismos, pretenden que los</p>

	demás les tengan pena y que realmente sean tratados diferentes por su condición de epilépticos.	
<b>DESARROLLO DE LA SESIÓN</b>		
	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>
		<b>TIEMPO ESTIMADO</b>
<b>1</b>	<p><b>Establecimiento de Rapport</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No permitiendo las largas esperas antes de la entrevista.</li> <li>- Utilizar un tono de voz amable y cordial.</li> <li>- Conversación inicial sobre temas diferentes al motivo de consulta (clima, tráfico, época navideña, etc.).</li> <li>- Recopilación de datos informativos de fácil respuesta.</li> <li>- El terapeuta puede presentarse por su nombre y ofertar su ayuda incondicional.</li> <li>- Tratar al paciente por su nombre a fin de que se sienta más familiarizado con el terapeuta.</li> </ul>	--
		<b>(Eje transversal a lo largo de toda la sesión)</b>

2	<p><b>Empatía</b></p> <p>Frases que se pueden utilizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entiendo que es difícil hablar de nuestros problemas a un extraño, pero le recuerdo que va a ser fundamental su ayuda porque hay cosas que solo usted lo puede sentir y que por más que yo imagine lo que está sucediendo solo usted me lo puede explicar.</li> <li>- El poder pedir ayuda es una característica de gente capaz porque solo una persona inteligente puede reconocer sus errores y pedir ayuda.</li> <li>- Hay cosas que yo no voy a poder entender porque solo usted puede sentirlo sin embargo lo que yo puedo hacer es orientar para que usted pueda manejar mejor lo que está viviendo.</li> <li>- No existen problemas grandes o</li> </ul>	--	<p><b>(Eje transversal a lo largo de toda la sesión)</b></p>

	<p>pequeños todo depende de cómo usted lo siente y lo vive, y para poder entenderlo necesito saber qué es lo que está sucediendo.</p>		
3	<p><b>Validación</b></p> <p>Se deberá indicar al paciente que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiene todo el derecho de sentir lo que siente.</li> <li>- Explicación del modo cómo se han ido construyendo sus sentimientos. <ul style="list-style-type: none"> <li>o La repetición de emociones y pequeños detalles estructuran los sentimientos, validando de este modo aquello que el sujeto siente.</li> </ul> </li> </ul> <p>Con los pacientes epilépticos se sugiere tener cuidado en este punto, se debe ser lo suficientemente firmes en el trato, ya que desde un inicio pretenderán que tengamos lástima de condición. A lo largo de las sesiones se deberá hacerle entender y</p>	--	<p><b>(Eje transversal a lo largo de toda la sesión)</b></p>

	sentir al paciente que tiene un estilo de vida distinto pero que no es el “enfermo de la casa”, y debe ser tratado como tal.		
4	<p><b>Catarsis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La posición del terapeuta deberá estar libre de crítica ante el relato del paciente.</li> <li>- Evitar íntegramente gestos o frases de asombro frente a lo que menciona el sujeto.</li> <li>- Evitar una posición demasiado directiva.</li> </ul>	--	<b>(Eje transversal a lo largo de toda la sesión)</b>
5	<p><b>Aproximación Diagnóstica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- . Se le debe preguntar al paciente: <ul style="list-style-type: none"> <li>o ¿Cuál es el problema por el que acude a consulta?</li> <li>o ¿Cómo se toman el problema sus familiares?</li> <li>o ¿En qué ocasiones aparece el problema?</li> <li>o ¿Cuántas veces le ocurre esto al día, semana?</li> <li>o ¿Cuál fue la primera vez</li> </ul> </li> </ul>	--	<b>(Eje transversal a lo largo de toda la sesión)</b>

	<p>que le ocurrió este problema?</p> <p>○ ¿A qué atribuye usted la aparición y desarrollo del problema?</p>		
6	<p><b>Devolución de Información</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Delimitar el problema, y dar un acercamiento al diagnóstico.</li> <li>- Corta explicación acerca de aquello que causó el problema.</li> </ul>	--	<b>10'</b>
7	<p><b>Agenda Oculta</b></p> <p>El terapeuta deberá registrar pensamientos negativos o autodestructivos del paciente a lo largo de toda la sesión.</p>	--	<b>(Eje transversal a lo largo de toda la sesión)</b>
<b>FEED BACK.-</b>	<p>Una prueba rigurosa para comprobar el éxito de haber generado un ambiente empático se refiere al grado en que nuestras respuestas estimulan e intensifican el flujo narrativo del entrevistado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿La persona que está hablando se detiene o cambia de tema?,</li> <li>- ¿Disminuye o aumenta la expresión de sus sentimientos?</li> </ul>		<b>3'</b>

	<p>Uno de los momentos más importante del drama clínico se produce cuando un fuerte flujo empático tropieza con un recuerdo hasta el momento negado o cuyo acceso estaba negado a la conciencia.</p> <p>En este momento también el entrevistador deberá percibir si sus acciones podrían estar reduciendo activamente el compromiso del paciente.</p> <p>El terapeuta, después de haberse formado un criterio general sobre el sujeto y el trastorno, debe emplear frases de apoyo o reafirmaciones para conseguir confianza, optimismo y tranquilidad en los inicios del tratamiento, mediante intervenciones dirigidas a persuadir o sugerir al paciente sobre la factibilidad real del tratamiento, así como la experiencia anterior del terapeuta en casos similares.</p> <p>Cuando se realice la devolución de la información es recomendable que se refuerce la motivación hacia el tratamiento, los beneficios y ventajas que se obtendrá al final del tratamiento.</p>	
<b>CIERRE</b>	Se le indica al paciente que este es un espacio donde podemos seguir trabajando aspectos	<b>3'</b>

	<p>importantes en su vida para que las cosas marchen mejor, que las decisiones que tome le beneficien, y pueda sentirse mejor.</p> <p><b>Evaluación</b></p> <p><b>Paciente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué le pareció conversar un poco el día de hoy?</li> </ul> <p><b>Autoevaluación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿El paciente habló con libertad acerca de su problema?</li> <li>- ¿Los sentimientos y el problema del paciente fueron vistos desde su propio centro de referencia?</li> <li>- ¿El paciente generó la suficiente confianza, tanto por el profesional como por la terapia que se le ofertó?</li> </ul>	
<b>ENLACE.-</b>	<p>Se le pide al paciente que para la próxima semana realice las siguientes actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Escribir una lista de temores para trabajar la siguiente sesión.</li> <li>- Enlistar recuerdos dolorosos.</li> </ul>	<b>2'</b>
	<b>TOTAL</b>	60 minutos

## SEGUNDA SESIÓN

<b>DIÁLOGOS INTERNOS DESTRUCTIVOS - (AREA COGNITIVA)</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<p>Los pensamientos automáticos, negativos e irracionales son aquellos que sobrevienen involuntariamente a la mente del sujeto, sin llegar a ser elaborados y más bien se presentan de manera súbita por la costumbre con que son usados en la vida diaria de las personas. Un mismo hecho (ruptura amorosa) puede ser interpretado por tres sujetos de manera diferente, generando estados emocionales distintos, (seguridad, desolación o rechazo), y a pesar de que todos manejamos cientos de pensamientos automáticos a diario, una invasión de ideas negativas puede sobrevenir a un colapso de nuestro estado emocional, una mente asediada de pensamientos negativos, irracionales y un mal manejo de aquellos que aparecen automáticamente terminan desarticulando nuestra armadura psicológica y poniéndonos a merced de las más variadas patologías. Por lo tanto, el bienestar emocional depende fundamentalmente de la capacidad para manejar estos pensamientos automáticos de contenido negativo, cuyas repercusiones innegablemente afectarán nuestro sentir y actuar diario, interfiriendo en la consecución de objetivos y manteniendo los diálogos internos de forma totalmente inadecuada</p>

	(Martinez, Garrido, & Rodriguez, 1998)
<b>OBJETIVOS</b>	
<b>a.</b>	Explicar las características de los pensamientos automáticos y su influencia en el estado de ánimo de las personas.
<b>b.</b>	Identificar los pensamientos automáticos (pensamientos negativos, autodestructivos) que fueron registrados por el terapeuta a lo largo de la sesión anterior.
<b>c.</b>	Registrar los pensamientos automáticos que surgen en el diálogo interno del paciente durante una semana.
<b>TÉCNICAS</b>	
<b>a.</b>	<b>Discusión de Ideas Irracionales.-</b> Se trata de discutir de manera activa y directa las creencias irracionales que nos llevan a sentirnos mal o a actuar de forma inadecuada (Hernández & De la Cruz, 2007)
<b>b.</b>	<b>Registro de pensamientos automáticos en el diálogo interno.-</b> Es necesario que el paciente reconozca y registre diariamente los pensamiento irracionales (negativos, autodestructivos) que surgen en su dialogo interno (Beck, Wright, Newman, & Liese, 2010). En varias ocasiones los pacientes epilépticos generan una serie de

	pensamientos basados en el miedo a morir y temor extremo que experimentan durante las crisis, estos pensamientos suelen aparecer en situaciones de alto estrés y en varias ocasiones suele convertirse en pensamiento automáticos de “incapacidad” frente a situaciones difíciles.	
<b>DESARROLLO DE LA SESIÓN</b>		
	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>
		<b>TIEMPO ESTIMADO</b>
<b>1</b>	<p><b>Características de pensamientos automáticos.-</b></p> <p>Se le explica al paciente la importancia de reconocer los pensamientos automáticos y el malestar que generan a nivel emocional, tomando en cuenta las siguientes características.</p> <p><b>Espontáneos.-</b> Son difíciles de controlar por cuanto aparecen sin previo aviso en nuestra mente, sin que llegemos incluso a darnos cuenta de su presencia. (¡Qué tonta!)</p> <p><b>Mensajes cortos.-</b> está compuesto por</p>	--
		<b>20'</b>

	<p>pocas palabras. (¡Eres una inútil!)</p> <p><b>Creemos en ellos “porque sí”.-</b> Los aceptamos sin discusión porque llevan carga emocional y los hemos hecho nuestros (¡siempre me va mal!).</p> <p><b>Negativos.-</b> No son útiles, su contenido es generalmente catastrófico, provocan desesperanza, (¡lo dice porque no soy importante!).</p> <p><b>Son Aprendidos.-</b> Son ideas que hemos se han “pegado” a nosotros desde la infancia por lo mismo pueden ser “desaprendidos” y sustituidos por otros más efectivos.</p> <p><b>Están presentes en el diálogo interno.-</b> Las conversaciones entabladas con nosotros mismos en donde se plantean interpretaciones de lo que nos suceden suelen estar llenas de pensamientos irracionales lo cual hace que nuestro malestar y reacciones inadecuadas se incrementen.</p>		
2	<b>Pensamientos automáticos que</b>	<b>Papel y lápiz</b>	<b>20’</b>

<p><b>surgieron la sesión anterior.-</b></p> <p>Aquellos pensamientos automáticos que han sido registrados por el terapeuta son llevados a discusión con el paciente a fin de verificar si cumplen con las características que se plantearon en el apartado anterior. Se pueden utilizar las siguientes preguntas a fin de ayudar al paciente a diferenciarlos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Puede verificar las situaciones que inducen a que usted tenga este tipo de pensamientos?</li> <li>- ¿Estos son mensajes largos o cortos?</li> <li>- ¿Cuál de todos estos mensajes registrados son positivos?</li> <li>- ¿En qué se basas para decir que esto es así? (Esta puede ser la pregunta que desate el debate para reconstruir una idea más positiva)</li> <li>- ¿Le voy a pedir que contabilicemos cuántos de estos pensamientos te hicieron experimentar malestar?</li> </ul>		
---	--	--

	<p>- ¿Qué tanto has escuchado repetirlo a quienes te rodean?, ¿Puedes afirmar que los aprendiste de alguien?</p> <p>En este punto es necesario que el terapeuta realice una explicación acerca de las verdaderas limitaciones del paciente epiléptico, abordar el beneficio de un adecuado manejo de la enfermedad, y enfocarlo como un nuevo estilo más no como “algo terrible” que le ha sucedido; el objetivo es derrumbar ciertas creencias limitantes que inundan al paciente , que no le permiten salir del miedo y que sin lugar a dudas se convierten en pensamientos automáticos que lo debilitan.</p>		
3	<p><b>Registro de pensamientos automáticos en el diálogo interno.-</b> Se pide al paciente que durante la semana registre los pensamientos automáticos que surjan durante el diálogo interno, que cumplan con las características aprendidas en esta sesión y que le hagan experimentar algún tipo de malestar.</p>	Anexo N. 6	10'

<p><b>FEED BACK.-</b></p>	<p>Se debe enfatizar que los pensamientos automáticos son interpretaciones que nos decimos a nosotros mismos y que son fuentes de ansiedad y malestar.</p>	<p>3'</p>
<p><b>CIERRE</b></p>	<p>Se le pregunta al paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿En qué piensa que le va a ayudar lo aprendido el día de hoy?</li> </ul> <p>Se advierte que el ir racionalizando ciertas ideas que antes pasaban inadvertidas por nuestra mente abrirá camino para un mejor autocontrol de nuestras emociones y conductas (sin profundizar en aquello).</p>	<p>2'</p>
<p><b>ENLACE.-</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durante la semana realizar un registro de observación de pensamientos automáticos y traerlos</li> </ul>	<p>2'</p>

	para debatirlos en la próxima sesión.	
	<b>TOTAL</b>	57 minutos

### TERCERA SESIÓN

<b>ESTILOS DE AFRONTAMIENTOS ¿CÓMO ENTENDEMOS NUESTROS REALIDAD?- (AREA COGNITIVA)</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<p>La mayoría de las personas suelen manejar un modelo causal sobre su propia conducta centrada en los eventos externos, es decir, las personas suelen justificar sus comportamientos por la presencia de situaciones externas que suceden en ese momento. En este punto Ellis afirma que no son los acontecimientos externos por lo general los que producen las consecuencias conductuales, emocionales y cognitivas.</p> <p>Más bien el propio sujeto, aplicando su proceso de valoración personal sobre esos eventos, es quien en última instancia produce esas consecuencias ante esos eventos, es decir, no es lo que sucede “fuera” o las” situaciones” las que causan o desencadenan nuestras conductas y emociones de malestar, sino que son los pensamientos que nosotros tenemos sobre esos hechos los auténticos responsables de nuestras acciones y emociones perturbadas.</p> <p>De este modo podemos aseverar que determinados problemas en el ser humano se derivan debido a una</p>

	distorsión o desproporción en los conceptos o actitudes que el paciente tiene sobre los hechos de su experiencia (Caro, 2003)
<b>OBJETIVOS</b>	
<b>a.</b>	Explicar y mostrar al sujeto la influencia que los pensamientos ejercen sobre la conducta y estado emocional.
<b>b.</b>	Identificar las creencias irracionales, los pensamientos desadaptativos, ilógicos, empíricamente no válidos, que manifiesta el sujeto y los que se recolectaron en la sesión N.1, específicamente en la actividad N. 7.
<b>TECNICAS</b>	
<b>a.</b>	<b>Registro diario de pensamientos (RDP).</b> - Esta es una estrategia fundamental en la terapia cognitiva, que ha sido útil en el tratamiento de la depresión, la ansiedad y otros estados de ánimo problemáticos. El RDP estándar consiste en un formato de cinco columnas que completa el paciente, Mediante la utilización de la RDP, el paciente es capaz de examinar esta creencia y considerar su validez de forma más sistemática y objetiva (Méndez & Antón, 1997).
<b>DESARROLLO DE LA SESIÓN</b>	

ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO ESTIMADO
<p><b>1</b> <b>Relación Pensamientos- Sentimientos- Conducta.-</b> En un primer momento se aborda la explicación del modelo y principios teóricos de partida en los que se proporciona una explicación cognitiva del malestar emocional. Para lograr introducir el modelo, lo mejor es utilizar ejercicios que le hagan ver al paciente la relación cognición-afecto-conducta. Se inicia con ejemplos externos para continuar con ejercicios que hagan referencia a la vida del paciente.</p>	<p><b>Anexo N.7</b></p>	<p><b>25'</b></p>
<p><b>2</b> <b>Registro Diario de Pensamientos RDP.-</b> Después de demostrar al paciente el efecto de los pensamientos sobre la esfera afectiva y conductual se le enseña una manera de cómo reconocer aquellos lo perjudican, es decir aquellos considerados irracionales, autodestructivos y negativos, mediante un Registro Diario de Pensamientos (RDP). Mediante esta técnica el paciente es capaz de examinar sus creencias y considerar su</p>	<p><b>Anexo N. 8</b></p>	<p><b>20'</b></p>

	validez de forma más sistemática y objetiva.		
<b>FEED BACK</b>	Se le recuerda al paciente en forma de cita la importancia de los pensamientos sobre las emociones y conductas y se le pide una reflexión al respecto. “Lo que te hace feliz o desdichado no es el mundo ni las personas que te rodean, sino los pensamientos que albergas en tu mente” (Mello, 2002)	<b>5’</b>	
<b>CIERRE</b>	Se le pregunta al paciente: <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué fue lo que usted considera lo más importante de la sesión?</li> </ul> Se le sugiere al paciente que el manejar sus pensamientos es un proceso y que a pesar de que al principio le sea un poco complicado la práctica diaria hará de eso un hábito que le traerá mayor estabilidad y equilibrio.	<b>2’</b>	
<b>ENLACE.-</b>	Durante la semana realizar un RDP y traerla la siguiente sesión para analizar su contenido y debatirlo.	<b>3’</b>	
		<b>TOTAL</b>	55 minutos

**CUARTA SESIÓN**

<b>HACIA UNA EXPLICACIÓN RACIONAL DE NUESTROS PENSAMIENTOS - (ÁREA COGNITIVA)</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<p>Después de haber consolidado el concepto de pensamientos automáticos y su influencia sobre las emociones y las conductas de la persona, tomando en cuenta que no es “lo que sucede” aquello que genera malestar, más bien es como interpretamos y percibimos el suceso lo que determina nuestra felicidad o desdicha, es necesario que el paciente con la ayuda del terapeuta, aprenda a modificar sus creencias a través de preguntas formuladas por el terapeuta con el objetivo de ir generando un pensamiento alternativo mucho más adaptativo, hasta que con el entrenamiento necesario el paciente sea capaz de modificarlos de una manera autónoma. Es decir el propósito en la sesión terapéutica es enseñar un método para que el paciente modifique sus pensamientos irracionales y los convierta en unos más adaptativos, sanos y equilibrados (Balarezo, 1995).</p>
<b>OBJETIVOS</b>	
<b>a.</b>	- Debatir de forma autónoma los pensamientos automáticos detectados y en su lugar generar unos más adaptativos.

<b>TECNICAS</b>			
<b>a.</b>	<p><b>Debate.-</b> Frente a las ideas irracionales que genera el paciente, el terapeuta presenta pruebas y contraargumentos para demostrar su inconsistencia, irracionalidad y consecuencias negativas en las emociones y conductas, mediante preguntas y argumentos por parte del terapeuta (Caro, 2003)</p>		
<b>b.</b>	<p><b>Técnica de las tres columnas.-</b> Esta técnica tiene como propósito refutar los pensamientos ilógicos que surgen automáticamente cuando ocurre un evento negativo y reemplazarlos con pensamientos racionales (Labrador, Cruzado, &amp; Muñoz, 1997)</p>		
<b>DESARROLLO DE LA SESIÓN</b>			
<b>ACTIVIDADES</b>		<b>RECURSOS</b>	<b>TIEMPO ESTIMADO</b>
<b>1</b>	<p><b>Explicación inicial.-</b></p> <p>Tomando en cuenta uno de los pensamientos identificados en el RPD elaborado por el paciente la semana anterior, se ejemplifica al paciente el debate por medio de preguntas a fin de darle un sentido más racional y con el</p>	--	<b>5'</b>

	<p>objetivo de darle un estilo más sistemático y consistente a la manera como generar nuevos pensamientos se explica los tres filtros que debe pasar un pensamiento irracional para convertirlo en uno más adaptativo. Se debe sugerir al paciente que para conseguir el efecto deseado se debe hacer las preguntas en el orden que a continuación se establece.</p>		
2	<p><b>1er filtro</b></p> <p><b>REAL.-</b> Frente a un pensamiento irracional lo primero que se debe plantear y descartar es <i>la evidencia o certeza del pensamiento</i>. Este primer filtro en gran parte desecha la irracionalidad de nuestros pensamientos, para lo cual se debe ayudar al paciente con preguntas que se encuentran en el primer apartado ¿REAL? del Anexo N.9, pero después de aplicadas las preguntas ligadas a este primer filtro y en caso de que si exista evidencia que sustente el malestar que genera dicho pensamiento, se sugiere pasar el siguiente filtro.</p>	Anexo N.9	10'

3	<p><b>2do filtro</b></p> <p><b>RACIONAL.-</b> En caso de que el pensamiento irracional no pudiera ser desechado en el primer filtro y mantenga la característica de real, se debe evaluar la magnitud de las consecuencias, es decir, se va a calificar su RACIONALIDAD, la gravedad de las repercusiones, para esto el terapeuta se puede ayudar con preguntas que guardan un estilo como las del segundo apartado en el Anexo N. 9. ¿Qué tanto afecta este pensamiento en mi vida real?, pero en caso de que esta idea real y que además implique cierta gravedad, el terapeuta deberá dirigir para que se pase al siguiente y último filtro que si bien no desecha el pensamiento irracional en sí mismo, ayuda a aminorar el malestar que produce.</p>	Anexo N.9	10'
4	<p><b>3er filtro</b></p> <p><b>ADAPTATIVO.-</b> Se le debe explicar al paciente que a pesar de que este último filtro no lo excluirá totalmente del pensamiento que lo incomoda si hará que pueda sentirse</p>	Anexo N.9	10'

	<p>mejor. En este punto el terapeuta puede apoyarse con las preguntas del tercer apartado del Anexo N.9 cuyo objetivo es hacerle saber que tanto puede beneficiar esos pensamientos a la solución de mis problemas y concluir que aunque sea una situación complicada el pensar todo el día en lo mismo y lo mismo no va a solucionar el conflicto pero si hará que busque soluciones y se sienta mejor.</p>		
5	<p><b>Técnica de las tres columnas.-</b></p> <p>Se explica al paciente que llegó el momento de que a través de esta técnica sustituir los pensamientos irracionales y destructivos por unos más adaptativos, reales, objetivos y lógicos. El paciente registrará los pensamientos irracionales (como lo indica el Anexo N. 10) durante los 8 días siguientes y lo traerá a la próxima sesión a fin de evidenciar los posibles errores cometidos darles solución.</p>	<b>Anexo N. 10</b>	<b>10'</b>
<b>FEED</b>	Se debe enfatizar al paciente que esto es un		<b>5'</b>

<b>BACK.-</b>	proceso y como tal debe repetirse lo más que se pueda hasta obtener la suficiente práctica para poder modificar los pensamientos de manera autónoma y de este modo tomar mejores decisiones y por ende ser más felices.	
<b>CIERRE</b>	Se le cuestiona al paciente ¿Qué es lo que más le ha llamado la atención en esta sesión? y en caso de que existan dudas acerca de lo tratado, se deben saldarlas lo más que se pueda.	<b>5'</b>
<b>ENLACE.-</b>	El paciente debe realizar la técnica de las tres columnas hasta que haya automatizado la generación de pensamientos racionales por los irracionales.	<b>5'</b>
		<b>TOTAL</b>
		50 minutos

## QUINTA SESIÓN

<b>BIENESTAR Y AUTOCONTROL EMOCIONAL –(AREA CONDUCTUAL)</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<p>“Conócete a ti mismo” es sin duda el mandato délfico más célebre y quizá la máxima más celebrada del mundo griego clásico. Cuando se repasa en el gran interés actual por él se puede ver que este objetivo ya figuraba desde los inicios de la historia. Pero el conocerse a sí mismo está ligado a otra máxima aún más importante “Cuidate de ti mismo”. Cuidarse de sí significa preocupate de lo que eres, y eso remite a varias cosas, desde la salud y la sexualidad, hasta las posesiones, el culto a los antepasados y demás deberes ciudadanos. El cuidado de sí es el dominio del cuerpo y la moderación del carácter. Es decir, el cuidado del alma, que no es otra cosa que la actividad del cuerpo. Es lo que nosotros conocemos como AUTOCONTROL. Acaso pudiera decirse ahora que el cuidado de sí es el conocimiento de sí. La condición efímera de uno mismo obliga a dominarse. Los programas de autocontrol son de gran utilización en la terapia de conducta y pueden aplicarse a una variada gama de problemas (Beck, Wright, Newman, &amp; Liese, 2010)</p>
<b>OBJETIVOS</b>	

a.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dotar a los pacientes con una serie de estrategias que le permitan afrontar problemas de diversa índole que puedan aparecer en su devenir vital de las que muchas veces no tiene un adecuado control.</li> </ul>
b.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Detectar la realización de las conductas o situaciones consideradas como disparadores.</li> </ul>
c.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprender estrategias para modificar condiciones ambientales para facilitar conductas deseadas.</li> </ul>
<b>TECNICAS</b>	
a.	<p><b>Auto-observación.-</b> Es el procedimiento de observar y registrar ciertos aspectos del propio comportamiento. Desde el punto de vista técnico se han de considerar tres aspectos: aquello que se va a observar, llamado “categoría de registro”, el momento en que se hace, y la forma de registro como se realice. El objetivo es que el sujeto comience a darse cuenta de la emisión de la conducta a modificar, la evalúe y obtenga datos suficientes para tener claro una línea base de su conducta. Tomando en cuenta que la auto-observación es una elaboración racional del propio individuo para tomar conciencia sobre las conductas inconscientes y automáticas que requieren un cambio o control (Kazdin, 2000).</p>
b.	<p><b>Técnicas de Control Estimular.-</b> También llamado</p>

	planificación ambiental, tienen como objetivo modificar las condiciones ambientales en que se dan las conductas, de modo que se faciliten las conductas adecuadas y se dificulten aquellas que pretendemos eliminar (Crespo López & Larroy García, 1998)		
<b>DESARROLLO DE LA SESIÓN</b>			
	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>TIEMPO ESTIMADO</b>
<b>1</b>	<p><b>Información al sujeto y compromiso</b></p> <p>Se le informa al paciente que para cumplir los objetivos de la sesión necesitamos su mayor esfuerzo, prácticamente usted va a hacer todo el trabajo pero permanentemente tendrá mi supervisión para ayudar a corregir aquello que tal vez no haya estado bien entendido.</p> <p>Se le pregunta al paciente</p> <p>- ¿Qué tan dispuesto se encuentra para trabajar?, dependiendo de ello el terapeuta deberá responder inquietudes que nazcan del paciente.</p>	--	4'
<b>2</b>	<b>Autoobservación</b>	<b>Anexo N.11</b>	<b>20'</b>

	<p>Se le indica al paciente que para poder cambiar esas conductas que le están causando molestias, lo primero que debe hacer es darse cuenta de los momentos en que esta ocurre, es decir, darse cuenta del modo como responde ante determinada situación y cuáles son las consecuencias de ello.</p> <p>Se le enseña a llenar el registro de autoobservación.</p>		
<b>3</b>	<p><b>Establecimiento de objetivos</b></p> <p>Se le pregunta al paciente</p> <p>¿Qué es lo que usted desea alcanzar al final de las sesiones?</p> <p>Y de acuerdo a las respuestas se irán planteando los objetivos finales de la terapia, lo más objetivamente posible.</p> <p>- Por ejemplo: Dejar de morderse las uñas totalmente.</p>	--	<b>3'</b>
<b>4</b>	<b>Entrenamiento en técnicas de control</b>	<b>Anexo N.12</b>	<b>20'</b>

	<p><b>estimular</b></p> <p>Se le menciona al paciente que a más del control de su conducta (autoobservación) se debe tomar el control de aquello que sucede a su alrededor, por lo que vamos a elegir los cambios necesarios para alcanzar los objetivos planteados, con la ayuda de una hoja de anotaciones en el Anexo 12.</p>	
<p><b>FEED BACK.-</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se le puede decir al paciente que estar pendiente de lo que uno hace y tratar de mantener el control de aquello que nos perjudica nos hace más seguros de nosotros mismos y de lo que podemos hacer. Podemos hacerle reflexionar al paciente con la siguiente frase: “Todas las pasiones son buenas cuando uno es dueño de ellas, y todas son malas cuando nos esclavizan” (Rousseau, 2008).</li> </ul>	<p><b>3’</b></p>
<p><b>CIERRE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se le dice al paciente que la autoobservación y el registro que hoy aprendió a hacer le va a ayudar a saber que usted tiene las riendas de su vida. Se le advierte además que la próxima sesión</li> </ul>	<p><b>3’</b></p>

	<p>vamos a aprender una buena manera para relajarnos y poder manejar momentos de estrés lo cual es otra manera de controlar los malos momentos y sentirnos mejor.</p>	
<b>ENLACE.-</b>	<p>- Se indica al paciente que durante la semana antes de nuestro próximo encuentro debe realizar la actividad aprendida “Auto-observación” con el registro que se le indicó, para que durante la marcha del programa se puedan realizar las modificaciones correspondientes.</p>	<b>3’</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>56 minutos</b>

## SEXTA SESIÓN

### **REDUCIENDO MI ESTRÉS Y MODIFICANDO MIS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO-(AREA CONDUCTUAL)**

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<p>El ritmo de vida actual, las situaciones de estrés e inadecuadas posturas corporales, facilitan patrones de respiración caracterizados por un ritmo acelerado y escasa intensidad o, si se prefiere, de una respiración más superficial.</p> <p>Solo se utiliza una parte de la capacidad funcional de los pulmones, con frecuencia la parte superior, facilitando una respiración eminentemente torácica en la que la intervención del diafragma es poco relevante. En resumen una respiración inadecuada provocará una menor oxigenación en los tejidos, un mayor trabajo cardíaco y una mayor intoxicación general del organismo, lo que facilitará la aparición de ansiedad, depresión, etc., así como de fatiga física. Una buena respiración es el antídoto general contra el estrés.</p> <p>Sin embargo, aunque es posible el control voluntario de la respiración, o cierto es que su regulación habitualmente es automática, especialmente en aquellos momentos cuando se emiten respuestas emocionales, pues dificultan centrar</p>
---------------------	--

	<p>la atención en los patrones respiratorios, que además suelen alterar. Por eso, el objetivo de las técnicas de control de la respiración debe ser en primer lugar el enseñar un adecuado control voluntario de esta, para posteriormente automatizar este control de forma que su regulación se mantenga incluso en las situaciones problemáticas. Para ello, se dirigen a conseguir una utilización más completa de los pulmones facilitando una respiración diafragmática más completa, lo que además se acompaña de un ritmo más lento (Hainbuch, 2004).</p>
<b>OBJETIVOS</b>	
<b>a.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descubrir la función de la respiración en la relajación.</li> </ul>
<b>b.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenar en relajación como una herramienta para enfrentar el estrés.</li> </ul>
<b>TECNICAS</b>	
<b>a.</b>	<p><b>Ejercicio de respiración básica.-</b> Extendida sobre la espalda, sentada o de pie, inhala lentamente por la nariz y conduce el aire al vientre y el estómago, para después exhalar en el mismo tiempo aproximadamente también por la nariz. Si se ejecuta bien esta respiración, al inhalar se dilata el estómago y al exhalar, vuelve a la posición de</p>

	partida (Hainbuch, 2004).		
<b>b.</b>	<p><b>Relajación progresiva de Jacobson.-</b> Es una técnica de tratamiento del control de la activación desarrollada por el médico Edmund Jacobson en los primeros años 1920. (Orjales Villar &amp; Polaino Lorente, 2008). En este punto se sugiere aclarar al paciente que aprender a relajarse le servirá para reducir el estrés en varias situaciones de su vida pero que no podrá lograr un retroceso una vez iniciada una crisis epiléptica, que aprender a relajarse ayudará para encontrar alivio en la fase post-ictal.</p>		
<b>DESARROLLO DE LA SESIÓN</b>			
	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>TIEMPO ESTIMADO</b>
<b>1</b>	<p><b>Ejercicio de respiración básico.-</b> Se sugiere al paciente que uno de los mejores trucos para relajarse es saber respirar. Si nuestra tensión nos induce a respirar más rápido, quizá podremos quitarnos tensión si respiramos más despacio, tranquilamente, como lo hacemos cuando estamos descansando.</p> <p>Se le indica al paciente que coloque una mano encima de su vientre (por debajo del</p>	--	<b>20'</b>

	<p>ombliigo), y otra encima de su estómago para que pueda percibir mejor los efectos de cada ciclo inspiración/espriación (en el pecho no es necesario dada la mejor información natural que se tiene de éste). A continuación se le señala que trate de dirigir el aire en cada inspiración a llenar la parte inferior de sus pulmones, lo que debe producir que se mueva la mano colocada sobre el vientre pero no la colocada sobre el pecho. La duración del ejercicio puede ser de dos a cuatro minutos. Concluido este período se pone fin al ejercicio, descansándose unos momentos (dos minutos) que pueden dedicarse a comentar la realización del ejercicio anterior, los efectos percibidos, a dar instrucciones para mejorar la realización. Debe repetirse el ejercicio varias veces según la habilidad desarrollada (al menos tres o cuatro veces).</p>		
2	<p><b>Relajación progresiva de Jacobson.-</b></p> <p>Se le dirá al paciente: Para poder relajarnos en situaciones tensas debemos aprender a dominar nuestros músculos. Cuando estamos</p>	Anexo N. 13	25'

	<p>nerviosos, todos los músculos de nuestro cuerpo se ponen tensos, cuando estamos relajados, los músculos descansan porque nuestro cerebro le informa de que, por el momento, no vamos a pedirles que hagan ningún esfuerzo. Primero vamos a tener una fase de entre 5 y 7 segundos en la que los músculos se contraen, seguidamente una fase más larga de entre 15 y 20 segundos en la que los músculos se relajan.</p> <p>Ahora los músculos de la mano están tensos. Están trabajando porque no es fácil mantener tanta tensión. Por ese motivo tenemos calor. Estamos gastando mucha energía. Posteriormente se le pide que afloje la mano sin abrirla, “como si estuviera dormida”, ahora tu mano está relajada.</p> <p>Después que el paciente se percate de la diferencia de la contracción y relajación se puede empezar el entrenamiento en relajación con los grupos de músculos presentes en el Anexo N. 13.</p>		
<b>FEED</b>	Se le pregunta al paciente ¿Cómo le fue en la	<b>5'</b>	

<b>BACK.-</b>	actividad de relajación? Y se le explica que la atención juega un papel importante a la hora de la práctica. El paciente deberá estar siempre atento a las diferentes sensaciones antes, durante y después de la contracción de los músculos. Cuanto mejor pueda diferenciar entre los diversos estados, mejor será la percepción sobre sí mismo. De esta manera, podrá reconocer con antelación en situaciones cotidianas la tensión psíquica y contrarrestarla a tiempo con ejercicios de relajación.	
<b>CIERRE</b>	Se explica al paciente que la serie de sesiones sugeridas en este programa de intervención ha finalizado, pero que en caso de ser necesario más sesiones es cuestión de llegar a un acuerdo.	<b>3'</b>
<b>ENLACE.-</b>	Se le sugiere al paciente que durante la semana intente el ejercicio de respiración en los momentos de tensión, y que durante la noche antes de dormir practique el ejercicio de relajación.	<b>2'</b>
<b>TOTAL</b>		55 minutos

## SÉPTIMA SESIÓN

<b>HAGA OIR SU VOZ SIN GRITAR - ÁREA INTERPERSONAL</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<p>Según el modelo de aprendizaje social, las relaciones interpersonales y las habilidades para relacionarse se aprenden a través de experiencias interpersonales directas o vicarias, y son mantenidas y/o modificadas por las consecuencias sociales de un determinado comportamiento.</p> <p>El <i>refuerzo social</i> tiene un valor informativo y de incentivo en las subsecuentes conductas sociales. El comportamiento de otros constituye una retroalimentación para la persona acerca de su propia conducta. Estas vertientes de aprendizaje, experiencia, modelaje e instrucción, van generando las expectativas de autoeficacia en el ámbito interpersonal. Las expectativas de autoeficacia se refieren a la creencia respecto a si uno va a ser capaz de enfrentar una determinada situación. (Hidalgo &amp; Abarca, 2003)</p> <p>Se incluye en este enfoque el Modelo de Aprendizaje Social- Cognitivo, que ha demostrado como la conducta social está mediada por diversos factores cognitivos, tales como expectativas, atribuciones, creencias, mecanismos de procesamiento de la información, métodos de resolución de problemas, etc., que mediatizan los procesos de interacción</p>

	<p>social.</p> <p>Las habilidades sociales son destrezas para organizar cogniciones y conductas en un curso integrado de acción dirigido hacia una adecuada interacción social las cuales son culturalmente aceptadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer la meta apropiada para la interacción social.</li> <li>- Conocer las estrategias adecuadas para alcanzar el objetivo social y</li> <li>- Conocer el contexto en el cual una estrategia específica puede ser apropiadamente aplicada.</li> </ul> <p>(Antón &amp; Méndez, 1997).</p>
<b>OBJETIVOS</b>	
<b>a.</b>	Analizar el concepto de asertividad
<b>b.</b>	Discriminar asertividad de agresión e inhibición social
<b>TECNICAS</b>	
<b>a.</b>	<b>Análisis de la Pauta de Discriminación.-</b> El objetivo es diferenciar cuales son las pautas sociales más sanas para el paciente en el proceso de desarrollo de sus habilidades (Hidalgo & Abarca, 2003)
<b>DESARROLLO DE LA SESIÓN</b>	

	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>TIEMPO ESTIMADO</b>
<b>1</b>	<p><b>Asertividad.-</b></p> <p>Se explica al paciente el término que se va a utilizar en la presente sesión la “asertividad”, la cual es considerada una estrategia de comunicación ubicada en el punto medio entre los grandes extremos de interacción social, la pasividad y la agresividad.</p>	--	<b>5´</b>
<b>2</b>	<p><b>Análisis de la pauta de discriminación.-</b></p> <p>Se inicia el análisis de la pauta de discriminación. El paciente debe elegir, entre 4 alternativas de respuesta frente a una situación social, aquella que considerara asertiva, agresiva y pasiva. Y se explica cuáles son las tres maneras como el ser humano puede responder en las diferentes situaciones sociales.</p> <p>El paciente debe responder lo que él/ella haría en una situación similar y se analizan</p>	<b>Anexo N. 14</b>	<b>40´</b>

	<p>los diferentes problemas para realizar una determinada acción en las diferentes situaciones que sirven de ejemplo.</p> <p>Se analiza además la idea de una “conducta espontánea y natural” junto con la apreciación de que no hay temores ni riesgos sociales cuando se actúa asertivamente.</p> <p>Se define la conducta asertiva y se enfatiza también la conducta asertiva como la capacidad de enfrentar adecuadamente situaciones interpersonales o de riesgo social que no sean inmediatamente reforzadas. Se destaca el autorrefuerzo.</p>		
<p><b>FEED BACK.-</b></p>	<p>Se reestructura cognitivamente la idea de la “espontaneidad” de la conducta asertiva, especialmente cuando ésta se está desarrollando, intentando con esto motivar al cambio del paciente. Además se introduce la idea de que la persona asertiva es aquella que realiza una determinada conducta y que para desarrollarla no siempre será tan fácil ni tampoco se la mejorará sin algún tipo de temor, se enfatiza en que es un proceso.</p>	<p>4’</p>	

<b>CIERRE</b>	Se enfatiza en la defensa de los propios derechos, la validación de sí mismo “cuando eres asertivo quedas bien contigo mismo”, el no permitirse poner en segundo lugar, el no priorizar las necesidades de los demás y no reaccionar con culpa. <i>“Si una persona no tiene sus propios límites, el otro tiene el derecho a ponerlos”</i> .	
<b>ENLACE.-</b>	Registro situaciones en donde ha buscado ser asertivo, durante la semana.	
	<b>TOTAL</b>	60 minutos

## **2. GUÍA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA N.2**

### **GRUPO CONTROL**

#### **2.1.FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

El presente Programa de Intervención está dirigido al mejoramiento de la adaptación psicosocial del paciente epiléptico con presencia de sintomatología psicológica, el mismo se encuentra organizada bajo el Modelo de Intervención grupal, utilizando la técnica de psico-educación, el cual incluye la posibilidad de informar al paciente y sus familiares acerca de la conceptualización real de la enfermedad, los alcances, cuidados y/o limitaciones sociales que puede presentar, a fin de derivar las concepciones irreales y estigmatizaciones sociales a los que se ven sometidos los pacientes con este diagnóstico. Se espera que después de los talleres los pacientes hayan depuesto los mitos que giran alrededor de su enfermedad, enfoquen de mejor manera las posibilidades sociales que tienen y se reestablezcan en un adecuado nivel de funcionamiento (Fabelo, 2007).

En cuanto a las técnicas y actividades planteadas, estas han sido fundamentadas tomando en cuenta uno de los principales objetivos de la técnica de psico-educación y es que mientras más y mejor conozca el paciente su propia enfermedad, puede desenvolverse mejor con su condición, es decir, la psico-educación nace a partir de una necesidad clínica de dotar al paciente de herramientas que le permitirán ser más proactivo en la comprensión y tratamiento de la enfermedad, en este caso de un diagnóstico tan complejo como es la epilepsia. (Lara, 2011)

En las sesiones del Programa de Intervención se busca mejorar el cumplimiento al tratamiento y aliviar la carga emocional que genera el diagnóstico de epilepsia tanto en quien lo padece como en su núcleo familiar cercano, dando a conocer la información pertinente, las pautas farmacológicas, manejo de crisis y el campo de acción social que tiene un paciente con epilepsia, evidentemente este programa no abarca una amplia gama de posibilidades de intervención, sin embargo, los contenidos seleccionados son una representación de lo que el clínico puede utilizar en un proceso terapéutico.

## **2.2.DESARROLLO DE LAS SESIONES**

La presente es una guía para el desarrollo de talleres en donde se ha pretendido recoger aquellos conceptos generales acerca de la epilepsia, que puede apoyar en la práctica clínica de los profesionales en psicología, con el objetivo de informar al paciente epiléptico y sus familiares acerca de las verdaderas limitaciones que puede experimentar el paciente, y así contribuir a mejorar el nivel de adaptación psicosocial del paciente epiléptico con sintomatología psicológica asociada. Para facilitar todo ello, el desarrollo de los talleres se encuentra configurado de un modo sistemático, manteniendo una misma estructura ordenada en los diversos apartados que lo conforman.

El primero tiene que ver con una breve *Introducción* en donde se destaca los principios básicos relacionados con los objetivos y las técnicas utilizadas a lo largo de la sesión. Un segundo apartado conformado por los *Objetivos* transversales que deberán verse cumplidos al final del encuentro, en un tercer momento se menciona el

*Tiempo Estimado* que se invertirá en el desarrollo de las sesiones, en un quinto espacio se evidencia la *Fecha* cuando se llevó a cabo la intervención, en el sexto punto se plantea el número de *Participantes* que concurren a los talleres, en cambio en el séptimo apartado se evidencian los *Materiales* que se van a utilizar en el transcurso de la sesión grupal, a partir de la octava sección se ven planteadas las *Actividades* que se llevarán a cabo en el taller, después de la aplicación de diferentes técnicas para conseguir el objetivo, se realiza una especie de *Evaluación* cuyo objetivo es el respectivo refuerzo de los contenidos que se pretendieron ilustrar en el desarrollo de las actividades. Las dos últimas secciones se relacionan con el respectivo *Cierre* y la invitación para las próximas sesiones grupales.

## **2.3.OBJETIVOS**

### **2.3.1. Objetivo General**

- Mejorar la adaptación psicosocial en pacientes epilépticos con síntomas psicológicos asociados.

### **2.3.2. Objetivos Específicos**

- Valorar el nivel de adaptación psicosocial de los pacientes con epilepsia mediante el test WPSI (Washington Psychosocial Seizure Inventory).
- Evaluar la presencia de los síntomas psicológicos asociados a la epilepsia a través de la aplicación del test SCL-90-R (Inventario de síntomas de L. Derogatis).

- Aplicar un programa de Intervención psicológica en forma de talleres grupales a fin de mejorar los niveles de adaptación psicosocial en pacientes epilépticos.
- Re-evaluar el resultado de la aplicación del programa de intervención psicológica, mediante la aplicación de los reactivos que se emplearon inicialmente.

## 2.4.DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

<b>EVALUACIÓN INICIAL-(SESIÓN N. 1)</b>	
<b>Introducción</b>	<p>El presente Programa de Intervención Psicológica contempla el manejo integral de las personas con epilepsia, considerando el desarrollo de la educación como parte fundamental para su autocuidado, es decir, el objetivo de este programa es que a partir de la aplicación de una serie de sesiones grupales el paciente reconozca las diversas medidas y conductas que la persona con epilepsia debe adoptar y mantener para lograr el control de su enfermedad, tomando en cuenta que el desconocimiento del manejo básico de la epilepsia ocasiona una serie de obstáculos en el despliegue de su accionar emocional y por ende de su adaptación social ya que la información errada sobre la cual se basan decisiones trascendentales en la vida del paciente implica una evidente disminución en su calidad de vida.</p> <p>En un primer momento a los pacientes con diagnóstico de epilepsia que acuden al Servicio de Neurología del Hospital Provincial General Docente Riobamba (HPGDR) se aplica de forma individual el Inventario de Síntomas SCL-90R y el Cuestionario WPSI (Washington Psychosocial Seizure Inventory) para medir el nivel de adaptación psicosocial de los</p>

	<p>pacientes epilépticos a fin de obtener los datos iniciales y formar los grupos de trabajo correspondientes. A partir de los datos obtenidos a un grupo inicial de 15 pacientes elegidos al azar se les impartirá en un número de tres sesiones grupales los conocimientos del manejo básico de la epilepsia y se responderá las dudas que se generen a partir del diálogo entablado entre los integrantes del grupo. Los contenidos de la orientación hacia los pacientes se basan en los conocimientos básicos acerca de la epilepsia, las pautas durante una crisis epiléptica y las verdaderas limitaciones que puede tener un paciente como actor social.</p>
<b>Objetivo:</b>	<p>Reconocer los principales síntomas psicológicos y el nivel de adaptación psicosocial de los pacientes epilépticos que acuden al Servicio de Neurología del HPGDR.</p>
<b>Tiempo estimado:</b>	<p>70 minutos de aplicación de las pruebas de forma individual.</p>
<b>Fecha:</b>	<p>Días laborables entre el 15 al 24 de septiembre de 2013.</p>
<b>Participantes:</b>	<p>Quince (15) pacientes epilépticos adultos de entre 20 y 75 años, quienes acuden con regularidad al Servicio de Neurología a fin de realizarse los chequeos médicos neurológicos pertinentes.</p>
<b>Materiales:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quince fotocopias del Inventario de Síntomas SCL-90R. (Anexo N.1.)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quince fotocopias del Cuestionario WPSI (Washington Psychosocial Seizure Inventory) (Anexo N.2.)</li> <li>- Quince copias de los “Consentimientos Informados” que deben ser firmados por los pacientes. (Anexo N. 4)</li> <li>- 1 Esferográfico.</li> </ul>
<p><b>Actividades:</b></p> <p><b>(60 min)</b></p>	<p>En las fechas señaladas en los pasillos del Servicio de Consulta Externa a partir de las 7 de la mañana los pacientes esperan por la atención del médico Neurólogo, mediante la revisión previa de las historias clínicas, se informa a los pacientes de la propuesta del programa a aplicarse, que en caso de aceptar el procedimiento a realizarse y previa a la firma de un “Consentimiento informado” se procederá a aplicar las dos pruebas de forma individual.</p> <p>En un primer momento se les explica el porqué de la necesidad de la firma de un “Consentimiento Informado”. <b>(10 min)</b></p> <p>En un segundo momento se aplica el test SCL-90R a fin de conocer los principales síntomas psicológicos que presenta el paciente epiléptico. <b>(30 min)</b></p> <p>En un tercer momento se aplica el test WPSI con el objetivo de conocer el nivel de adaptación psicosocial de los pacientes. <b>(30 min)</b></p>

<b>Evaluación:</b>  <b>(5 min)</b>	Se da respuesta a las dudas que después de aplicadas las pruebas psicológicas pueden generarse en el paciente acerca de la vinculación de los síntomas con su condición actual de su enfermedad.
<b>Cierre:</b>  <b>(5 min)</b>	Se comunica a los pacientes la fecha, hora y lugar donde se efectuará el próximo encuentro para el inicio del programa.

<b>¿QUÉ ES LA EPILEPSIA?-(SESIÓN N. 2)</b>	
<b>Introducción</b>	<p>La mayoría de manuales, guías clínicas y programas de intervención dedicados a informar acerca de la validez de un adecuado tratamiento y su relación con la calidad de vida del paciente epiléptico son cada vez más frecuentes. Lo que sorprende en la mayoría de casos es que la desinformación que mantienen los pacientes acerca del tema y la cantidad de mitos que a pesar del escaso fundamento científico circula entre ellos, lo cual determina en gran medida la calidad de vida y adaptación psicosocial de los pacientes y sus familiares a la enfermedad. Los pacientes epilépticos no tienen necesidad de establecer restricciones a las actividades normales ya que esta no influye en la capacidad intelectual ni laboral. Es importante que el paciente epiléptico y su entorno personal conozcan la enfermedad, el tratamiento que debe seguir, las pautas de intervención en caso de una crisis, evitando la sobreprotección y por ende la autolimitación de la actividad social (Carpio, 2000).</p>
<b>Objetivo:</b>	<p>Informar a los pacientes con diagnóstico de Epilepsia que acuden al servicio de Neurología del Hospital Provincial General Docente de Riobamba acerca de las diferentes pautas que les permitan conocer más acerca de su enfermedad, etiología, tratamiento y conductas responsables para una evolución favorable.</p>
<b>Tiempo</b>	60 minutos

<b>estimado:</b>	
<b>Fecha:</b>	2 de octubre de 2013
<b>Participantes</b> :	15 pacientes epilépticos con un familiar de acompañante, quienes acuden con regularidad al Servicio de Neurología a fin de realizarse los chequeos médicos neurológicos pertinentes.
<b>Materiales:</b>	20 Trípticos N. 1 (Anexo N.15.)  Computadora  Proyector  Diapositivas del material usado en la sesión. (Anexo N.18.)
<b>Actividades:</b>  (50 min)	<p>Presentación de la responsable del programa y los participantes. (15 min)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se realizan las siguientes preguntas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Datos Informativos</li> <li>• Tiempo de tratamiento</li> <li>• ¿Qué es lo que conoce de la epilepsia?</li> </ul> </li> <li>- Ejercicio de relajación.- Relajación Progresiva de Jacobson. (15 min)</li> <li>- Se realiza la entrega de trípticos con información básica acerca de la temática. (5 min)</li> <li>- Se realiza una explicación básica acerca de lo que es la</li> </ul>

	<p>epilepsia, y a lo largo de la exposición se responden las preguntas que van surgiendo entre los participantes (25 min)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Qué es la epilepsia?</li> <li>▪ Etiología de la enfermedad</li> <li>▪ Principales clases de epilepsia</li> <li>▪ ¿Cuánto dura una crisis epiléptica?</li> <li>▪ Evolución de la epilepsia</li> <li>▪ Tratamiento.- <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se abordan efectos secundarios de la medicación.</li> <li>• Adherencia al tratamiento.</li> </ul> </li> </ul> <p>(Lorenzana Pombo, 2011)</p>
<p><b>Evaluación:</b>  <b>(5 min)</b></p>	<p>¿Qué fue lo más significativo de la sesión?</p> <p>¿Qué fue lo que más te gustó de la sesión?</p>
<p><b>Cierre:</b>  <b>(5 min)</b></p>	<p>Se les pide a los participantes que la próxima sesión acuda con ropa deportiva, cómoda ya que se realizará una sesión demostrativa acerca de lo que se debe hacer durante una crisis epiléptica. Se pacta la próxima reunión para después de 15 días cuando coincide su próximo chequeo neurológico.</p>

<b>¿QUE HACER DURANTE UNA CRISIS EPILEPTICA?-(SESIÓN N. 3)</b>	
<b>Introducción</b>	<p>Cuando pacientes o familiares escuchan la palabra epilepsia inmediatamente relacionan la enfermedad con las conocidas “convulsiones” y sin bien es cierto una de las formas típicas de la epilepsia es aquella en donde el paciente experimenta sacudidas corporales, en numerosas ocasiones los acompañantes y el mismo paciente no saben cómo reaccionar y manejarse durante esta etapa considerada crítica. A pesar de que no todos los tipos de epilepsia implican este tipo de cuadro clínico, se considera necesario dotar a un grupo de pacientes con sus acompañantes las orientaciones para tener conductas asertivas durante esta etapa considerada crítica en el desarrollo de la enfermedad (Medina Malo, 2004).</p>
<b>Objetivo:</b>	<p>Informar a los pacientes con diagnóstico de Epilepsia que acuden al servicio de Neurología del Hospital Provincial General Docente de Riobamba acerca de las pautas que deben tomarse en cuenta durante una crisis epiléptica.</p>
<b>Tiempo estimado:</b>	65 minutos.
<b>Fecha:</b>	16 de octubre de 2013
<b>Participantes:</b>	15 pacientes epilépticos con un familiar de acompañante,

	<p>quienes acuden con regularidad al Servicio de Neurología a fin de realizarse los chequeos médicos neurológicos pertinentes.</p>
<p><b>Materiales:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 20 Trípticos N. 2 (Anexo N.16)</li> <li>- Computadora</li> <li>- Proyector</li> <li>- 15 Colchonetas</li> <li>▪ Diapositivas del material usado en la sesión. (Anexo N.19.)</li> <li>▪ Video de explicación acerca de aquello que debe realizarse durante una crisis epiléptica. (Anexo N.20)</li> </ul>
<p><b>Actividades:</b></p> <p><b>(50 min)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ejercicio de relajación.- Relajación Progresiva de Jacobson. (5 min)</li> <li>- Retroalimentación de la sesión anterior: Preguntas a los participantes de forma indistinta. (5 min) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Qué es la epilepsia?</li> <li>▪ Importancia del tratamiento.</li> </ul> </li> <li>- Se realiza la entrega de trípticos con información básica acerca de la temática a abordarse en la presente sesión. (5 min)</li> <li>- Se explican las principales pautas de actuación durante las crisis epilépticas. (15 min)</li> <li>- A continuación se pasa el video de un ejemplo práctico</li> </ul>

	<p>acerca de las conductas adecuadas de los observadores durante una crisis epiléptica. (5 min)</p> <p>- Se realiza una experiencia práctica de cómo actuar frente a estos eventos. El familiar del paciente ayuda al paciente quien simula atravesar una crisis epiléptica. (20 min).</p>
<p><b>Evaluación:</b>  (5 min)</p>	<p>¿Qué fue lo más significativo de la sesión?</p> <p>¿Qué errores solían cometer durante las crisis epilépticas de sus familiares?</p>
<p><b>Cierre:</b>  (5 min)</p>	<p>Se pacta la próxima reunión para después de 15 días cuando coincide el próximo chequeo neurológico. Se les comunica a los participantes que en la próxima reunión se abordarán aspectos importantes acerca de la adaptación psicosocial del paciente epiléptico.</p>

<b>VIVIR CON EPILEPSIA-(SESIÓN N. 4)</b>	
<b>Introducción</b>	Aún subsiste en nuestra sociedad la idea errónea de que las consecuencias de la epilepsia son catastróficas en la vida de quien lo padece, el sujeto epiléptico es percibido como alguien limitado y con pocas oportunidades a nivel social, aparte que los mitos abundan acerca de las actividades que erróneamente se les restringen, lo cual produce en ellos un desajuste social que los pone en desventaja, además de la sobreprotección o limitación en actividades que pueden llevarlas a cabo sin restricción alguna. (Ivanovic-Zuvic, 2010)
<b>Objetivo:</b>	Orientar a los pacientes con diagnóstico de Epilepsia que acuden al servicio de Neurología del Hospital Provincial General Docente de Riobamba acerca de las falsas y verdaderas limitaciones que pueden experimentar en su círculo social próximo.
<b>Tiempo estimado:</b>	60 minutos
<b>Fecha:</b>	20 de noviembre de 2013
<b>Participantes:</b>	15 pacientes epilépticos con un familiar o acompañante, quienes acuden con regularidad al Servicio de Neurología a fin de realizarse los chequeos médicos neurológicos pertinentes.

<p><b>Materiales:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 20 Trípticos N. 3</li> <li>- Computadora</li> <li>- Proyector</li> <li>- Diapositivas del material usado en la sesión. (Anexo N.21)</li> </ul>
<p><b>Actividades:</b></p> <p><b>(50 in)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ejercicio de relajación.- se enfatiza respiración profunda. (5 min)</li> <li>- Se realiza la entrega de trípticos con información básica acerca de la temática a abordarse en la presente sesión. (2 min)</li> <li>- En esta ocasión se realiza una lluvia de ideas de los participantes acerca de lo que ellos consideran “que actividades no puede o debe hacer un paciente epiléptico en la vida diaria”. Las notas se van exponiendo a través del proyector. (15 min)</li> <li>- Por medio de diapositivas se exponen los mitos y las realidades acerca de las actividades recomendadas en los pacientes epilépticos. Enfatizando en que los pacientes pueden hacer una vida normal sin mayores limitaciones. Se responden preguntas que van surgiendo durante la exposición. (25 min)</li> </ul>
<p><b>Evaluación:</b></p> <p><b>(5 min)</b></p>	<p>¿Qué fue lo más significativo de la sesión?</p>

<b>Cierre:</b>  <b>(5 min)</b>	Se informa los pacientes que la próxima reunión va a ser la última del proceso, en dónde se aplicará uno de los reactivos iniciales. Se pacta la próxima reunión para después de 15 días cuando coincide su próximo chequeo neurológico.
--------------------------------------	--

<b>EVALUACIÓN FINAL-(SESIÓN N. 5)</b>	
<b>Introducción</b>	En un segundo momento a los pacientes con diagnóstico de epilepsia que formaron parte del Grupo Control se les aplicará de forma grupal el Inventario de Síntomas SCL-90R y el Cuestionario WPSI (Washington Psychosocial Seizure Inventory) para medir el nivel de adaptación psicosocial actual de los pacientes epilépticos después de haber asistido a las sesiones grupales previas y así comparar los resultados con los datos iniciales.
<b>Objetivo:</b>	Reconocer los síntomas psicológicos y nivel de adaptación psicosocial actual, después de la aplicación del presente programa de Intervención.
<b>Tiempo estimado:</b>	60 minutos de aplicación de las pruebas de forma grupal.
<b>Fecha:</b>	27 de noviembre de 2013.
<b>Participantes:</b>	Quince (15) pacientes epilépticos a quienes se les aplicó las pruebas iniciales y formaron parte de las sesiones grupales previas.
<b>Materiales:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quince fotocopias del Inventario de Síntomas SCL-90R.</li> <li>- Quince fotocopias del Cuestionario WPSI</li> </ul>

	<p>(Washington Psychosocial Seizure Inventory).</p> <p>- 15 Esferográficos.</p>
<p><b>Actividades:</b></p> <p><b>(50 min)</b></p>	<p>Se reúne a los pacientes y en forma grupal se aplican los mismos reactivos que fueron aplicados en la sesión N. 1, los pacientes al estar familiarizados con las pruebas las pueden completar de una manera más fácil, esto se realiza a fin de verificar la presencia de cambios después de participar del presente programa informativo acerca de la epilepsia.</p> <p>En un primer momento se aplica el Inventario de Síntomas SCL-90R. (25 min). En un segundo momento se les pide a los pacientes completar el Cuestionario WPSI. (25 min).</p>
<p><b>Evaluación:</b></p> <p><b>(8 min)</b></p>	<p>Se realiza un conversatorio con los pacientes y algunos de sus acompañantes acerca de los cambios que se ha podido percibir en ellos después de formar parte de este programa en donde el objetivo primordial fue acercarlos más a la enfermedad que padecen y los cambios que pueden realizar en su vida al conocer que con un adecuado manejo de la enfermedad su vida puede manejarse de una manera normal y las limitaciones en realidad pueden ser mínimas.</p>
<p><b>Cierre:</b></p> <p><b>(2 min)</b></p>	<p>Se agradece a los pacientes por su participación en este programa de intervención, cuyo objetivo fue aportar en el conocimiento para un adecuado manejo de su enfermedad, y se les invita a solicitar los servicios en Salud Mental del HPGDR</p>

	<p>cuando perciban que algún síntoma de los que se ha podido observar durante la aplicación de las pruebas persisten e interfieren en su diario vivir.</p>
--	--

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo, C., & Mirando, C. (2008). *Informe sobre la epilepsia en Latinoamérica*. Ciudad de Panamá: Organización Panamericana de la Salud.
- Aguilar, L., Rodríguez, R., & Caraballo, M. (2010). Funciones Cognitivas y Epilepsia. *Hospital Pediátrico Docente Juan Manuel Márquez*.
- Aja Eslava, L. (2009). *Intervención en Crisis*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Aldenkamp, A. (2014). Consecuencias cognitivas de la epilepsia. *Instituto de Altos Estudios Universitarios*, 1.
- Alvarado, L., & Banderas, J. (2002). *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(1), 67-75. Obtenido de Alvarado, Luis, & Banderas, Javiera. (2002). Pseudocrisis y epilepsia: una contribución al estudio del problema. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(1), 67-75. Recuperado en 31 de diciembre de 2013, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_artte](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_artte): [http://](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_artte)
- Antón, D., & Méndez, F. (1997). *Antón, D, Méndez, F, (1997), Aplicaciones Clínicas de la Evaluación y Modificación de Conducta, Ediciones Pirámide, Madrid-España. . Madrid- España : Ediciones Pirámide.*
- Argumosa, A., & Herranz, J. (2000). Aspectos económicos de la Epilepsia. *Revista Neurológica*, 108.
- Aron, A, & Aron, E. (2001). *Estadística para psicología*. Buenos Aires-Argentina: Prentice Hall y Pearson Educación.
- Arzimanoglou, A., Aldenkamp, A., Cross, H., & Lassonde, M. (2005). Cognitive dysfunction in children with temporal lobe epilepsy. *Progress in epileptic disorder. Vol 1.*, 7.
- Asensio, M., & Hernandez, L. (2008). Epilepsia y Comorbilidad Psiquiátrica. *Servicio de Neurología y Psiquiatría del Hospital General de Alicante*, 1-7.
- Ávila, J. (2004). Comorbilidad del trastorno compulsivo en pacientes con epilepsia. *Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez*, 95. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=s0187-47052004000600006&script>
- Bados López, A. (2008). La Intervención psicológica: características y modelos. *Universidad de Barcelona.*, 2.

- Balarezo, L. (1995). *Psicoterapia*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Baron, F., Rius, F., & Sánchez, E. (1998). *Bioestadística Métodos y Aplicaciones*. Málaga: Universidad de Málaga.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C., & Liese, B. (2010). *Beck, A, Wright, F, Newm Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. Barcelona- España: Editorial Paidós.
- Bennasar, M., & Arroyo, M. (1996). Trastornos depresivos en patologías médicas. Barcelona: Masson S.A.
- Benveniste, A. (2000). Intervención en Crisis después de grandes desastres. *Trópicos. Revista de Psicoanálisis*, 137-148.
- Caro, I. (2003). *Psicoterapias cognitivas: Evaluación y Comparaciones*. Madrid-España: Ediciones Paidós.
- Carpio, A. (2000). *Perfil de la Epilepsia en el Ecuador, Ecuador*. Quito: Congreso Latinoamericano de Epilepsia.
- Cazau, P. (2002). *Redpsicología*. Obtenido de Vocabulario de psicología: [www.galeon.com/pcazau](http://www.galeon.com/pcazau)
- Chávez, H. (1999). *Atención Primaria de la Salud Mental para población expuesta a desastres*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud. (2012). *Ley de Protección para el Paciente con Epilepsia*. Quito: Asamblea Nacional del Ecuador.
- Corral, E. (2009). *Apoyo psicológico en situaciones de emergencia*. Madrid: Arán Ediciones.
- Cortada, N., Macbeth, G., & López, A. (2008). *Técnicas de Investigación Científica*. Buenos Aires-Argentina: Lugar Editorial.
- Costa, A., & Blanco, M. (2002). Debiegring y tría psicológica en Intervención en Crisis: una revisión. *Revista Psiquis*, 198-208.
- Crespo López, M., & Larroy García, C. (1998). *Técnicas de Modificación de Conducta. Guía Práctica y Ejercicio*. Madrid- España: DYKINSON.
- Cuenca, J. (2010). Características psicopatológicas en pacientes con Epilepsia. *Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas*, 67-76.

- Derogatis, L. (1977). *Symptom Checklist 90 Revised*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Echegoyen, J. (2009). *Diccionario de la psicología científica y filosofía*. Obtenido de <http://www.e-torredebabel.com/Psicologia/Vocabulario/Diseno-Bivariado-Multivariado.htm>
- Fabelo, J. (2007). *Paradigma psicológico salubrista para la atención al paciente con epilepsia*. La Habana-Cuba: Universitaria.  
<http://tesis.repo.sld.cu/53/1/9789591608574.pdf>
- Feist, J., & Feist, G. (2007). *Teorías de la personalidad*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Fernandez, L. (2003). Modelo de Intervención en Crisis. En G. Klingler. Grupo Luria.
- Fernández, P., & Díaz, P. (2001). Significancia estadística y relevancia clínica. *Complejo Hospitalario Juan Canalejo*, 191-195.
- Foa, E., Keane, T., & Friedman, M. (2003). *Tratamiento del Estrés Postraumático*. Lima: Ariel.
- Foong, J. (2009). Trastornos psiquiátricos en la epilepsia. *Departamento de Neuropsiquiatría-Hospital Nacional de Neurología y Neurocirugía, Queen Square, Londres.*, 3.
- García, J. (2012). *Modelo para Intervenir en Crisis Enfoque Terapéutico de Urgencia y Breve*. Obtenido de <http://www.bibliotecapsicologia.org/urgenciaspsi-0412.html>.
- González, S. (2000). Psiconeurología de lo mágico. *Epilepsia psiquiatría y sociedad. Congreso Virtual de Psiquiatría*, 1-4.
- Guerra, M. (2010). Intervención en Crisis - Perfil CASIC. *Instituto Nacional de Pediatría de Mexico D.F*, 1.
- Guevara, H. (2009). *Intervención en crisis*. Obtenido de <http://www.slideshare.net/horacioguevara/intervencion-en-crisis-2414492>
- Hainbuch, F. (2004). *Relajación Muscular*. Madrid- España: Edimat.
- Helm, N. (2005). *Manual de la afasia y de terapia de la afasia*. Madrid: Editorial Médica Panamericana., S.A.
- Hernández, A., & De la Cruz, J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. Libros en Red.

- Hidalgo, C., & Abarca, N. (2003). *Comunicación Interpersonal: Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales*. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile.
- Ivanovic- Zuvic, F. (2003). Calidad de vida en Epilepsia. *Rev Chil Epi*, 29-35.
- Ivanovic- Zuvic, F., & Valenzuela, V. (2006). Evaluación psicosocial de epilépticos en el nivel primario de Atención de Salud. *Rev, Chi.Neuro-Psiquiat*, 187-194.
- Ivanovic-Zuvic, F. (2010). *Psicopatología de la Epilepsia*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
- Jackson, M., & Turkington, D. (2005). Depression and Anxiety in Epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* , 45-47.
- Jacoby, A. (2002). El estigma, la epilepsia y la calidad de vida. *Universidad de Liverpool*, 1-5.
- Jasmin, L. (2012). *Grupo Médico Avera*. Obtenido de Crisis epiléptica focal: <http://averaorg.adam.com/content.aspx?productId=118&pid=5&gid=000697>
- Kazdin, A. (2000). *Modificación de la Conducta y sus Aplicaciones Prácticas*. México D. F.: Manual Moderno.
- Labrador, F., Cruzado, J., & Muñoz, M. (1997). *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. Madrid- España: Pirámide.
- Lambert, M., & Robertson, M. (1999). *Depression in epilepsy: etiology, phenomenology, and treatment*. Obtenido de *Publmed*: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10609603>
- Lara, S. (2011). *Propuesta de una Guía para el Tratamiento Psicológico del Adolescente con Epilepsia*. Costa Rica: Ciudad Universitaria Rodrigo Facio.
- Larsson K, E.-O. O. (2006). A population based study of epilepsy in children from a Swedish country. *Eur J Paediatr Neurol* , 107. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16638642>
- Levenson, L. (15 de Enero de 2008). Psychiatric Issues in Neurology, Part 3: Epilepsy *Primary Psychiatry*. <http://primarypsychiatry.com/psychiatric-issues-in-neurology-part-3-epilepsy/>
- Liga Internacional contra la Epilepsia, I. (1981). *Reporte de la comisión de clasificación y terminología de la epilepsia*. Obtenido de <http://www.ilae.org/Visitors/Centre/ctf/documents/SpanishTranslationILAEHandout.pdf>

- Liga Internacional contral la Epilepsia, I. (2010). *Reporte de la comisión de clasificación y terminología de la epilepsia*. Obtenido de <http://www.ilae.org/Visitors/Centre/ctf/documents/SpanishTranslationILAEHandout.pdf>
- Long, J. (1999). Intervención en Crisis y más allá: utilizando la logoterapia paratrascender el trauma. *Revista Mexicana de Logoterapia*, 15.
- Lorenzana Pombo, P. (2011). (U. N. Colombia, Ed.) Obtenido de Epilepsia: Generalidades para estudiantes de medicina: <http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/medicina/39173214/>.
- Marchetti, R., Castro, A., & Kurcgant, D. (2005). Transtornos Mentais Asociados à Epilepsia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 170-182.
- Mars, V. (2010). *Psicología Online: Métodos y Diseños de Investigación*. Obtenido de <http://www.psicologia-online.com/pir/metodos-de-investigacion-y-disenos-en-psicologia.html>
- Martinez, J., Garrido, M., & Rodriguez, L. (1998). *Personalidad, procesos cognitivos y psicoterapia, Un enfoque constructivista*. Madrid- España: Globo. [http://books.google.com.ec/books/about/Personalidad\\_procesos\\_cognitivos\\_y\\_psico.html?id=IVolAhqsSsAC](http://books.google.com.ec/books/about/Personalidad_procesos_cognitivos_y_psico.html?id=IVolAhqsSsAC)
- Medina Malo, C. (2004). *EPILEPSIA: Aspectos clínicos y psicosociales*. Bogotá-Colombia: Editorial Médica Panamericana.
- Mello, A. d. (2002). *Una llamada al amor*. Obtenido de Opus Dei: ¿un camino a ninguna parte?: [http://www.opuslibros.org/libros/Una%20llamada%20al%20amor/meditacion\\_1\\_5.htm](http://www.opuslibros.org/libros/Una%20llamada%20al%20amor/meditacion_1_5.htm)
- Mendenhall, W., Beaver, R., & Baver, B. (2008). *Introducción a la probabilidad y estadística*. México D.F. – México.: Editorial Cengage Learning Editores, S.A.
- Méndez, F., & Antón, D. (1997). *Modificación de Conducta con niños y adolescentes*. Madrid-España: Pirámide.
- Miller, M. (2006). *Harvard Health Publication*. Obtenido de Epilepsia: ataques epilépticos pueden tener una dimensión psiquiátrica.: [http://www.health.harvard.edu/press\\_releases/epilepsy-symptoms](http://www.health.harvard.edu/press_releases/epilepsy-symptoms)
- Morales, M., Gonzales, M., & Faas, A. (2010). *Estadística en Psicología*. Editor Córdoba-Argentina.: Editorial Brujas.

- Nieto Barrera, M., & Nieto Jiménez, E. (2008). *Epilepsias Y Síndromes Epilépticos Del Preescolar Y Escolar*. . Obtenido de Asociación Española de Pediatría, Sevilla-España.: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/4-epilepescolar.pdf>
- OMS-ILAE. (2011). *Epilepsy: Out of the Shadows*. Washington: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud, (. (2011). *Estrategia y Plan de Acción sobre la Epilepsia*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud, O. (2011). *Estrategias y Plan de Acción sobre la Epilepsia*. Washington– Estados Unidos: Organización Mundial de la Salud.
- Orjales Villar, I., & Polaino Lorente, A. (2008). *Programa de Intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad (DDAH)*. Madrid- España: CEPE.
- Perez, F., Manzano, V., & Fazeli, H. (1999). *Perez, F, Manzano, V, Fazeli, H, (1999), Análisis de datos en Psicología, Ediciones Pirámide, Madrid-España*. . Madrid-España: Ediciones Pirámide.
- Pesantez, G. (30 de Noviembre de 2005). Epilepsia no significa invalidez. *Diario Hoy*. *Diario Hoy*, pág. 15.
- Pita Fernández, S. (2002). *Investigación Cuantitativa y Cualitativa*. Coruña: Fisterra.
- Pocasangre, C., Gonzáles, S., & Alas, S. (2010). *Manual de Intervención en crisis en situaciones de desastres*. El Salvador: ACISAM.
- Rodríguez, (. (1996). *Metodología de la Investigación Científica*. España: Aljibe.
- Rodríguez, J. (2006). *Informe sobre la epilepsia en Latinoamérica*. Panamá: Organización Panamericana de la Salud.
- Rojas, A., Sánchez, L., & Fardales, V. (2013). Intervención psicoeducativa dirigida a personas con epilepsia y sus familiares. *Gaceta Médica Espirituana*, 259.
- Ropper, A., & Brown, R. (2011). *Adams y Víctor: Principios De Neurología*. México D.F: Mc Graw Hil.
- Rousseau, J. (2008). *Sabidurías.com*. Obtenido de <http://www.sabidurias.com/cita/es/7319/jean-jacques-rousseau/todas-las-pasiones-son-buenas-mientras-uno-es-dueno-de-ellas-y-todas-son-malas-cuando-nos-esclavizan>

- Saad De Janon, E., & Saad de Janon, J. (2007). Epilepsias y trastornos psiquiátricos en la población infanto-juvenil. *Universidad Católica Santiago de Guayaquil*.
- Saiz, R. (2011). *Neurowikia. El portal de contenidos en neurología*. Obtenido de Neurowikia: <http://www.neurowikia.es/content/clasificacion-de-las-crisis-epilepticas>
- Salinas, J. (2010). Depresión y Epilepsia ¿Una bi-direccionalidad? *Revista Chilena de Epilepsia*, 53-59.  
[http://www.revistachilenadeepilepsia.cl/revistas/revista\\_20102/a10\\_2\\_tr\\_depresionyepilepsia.pdf](http://www.revistachilenadeepilepsia.cl/revistas/revista_20102/a10_2_tr_depresionyepilepsia.pdf)
- Sandoval, M. (2005). *La Salud Mental en México*. Obtenido de Servicio de Investigación y Análisis:  
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>
- Shaughnessy, J. (2007). *Métodos de Investigación en Psicología*. México D.F.: Editorial McGraw-Hill Interamericana.
- Shea, S. (2002). *La Entrevista Psiquiátrica: El arte de comprender*. Madrid-España: Elsevier Science.
- Slaikou, K. (2008). *Intervención en Crisis: Manual para práctica e investigación*. México D. F.: Editorial: El Manual Moderno.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa*. Antioquía: Universidad de Antioquía.
- Vega, L. G., Santoyo, J. M., & Domínguez, S. R. (1997). *Historia de la Psicología*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores S.A.

## ANEXOS

### Anexo N.01.

#### CUESTIONARIO DE 90 SÍNTOMAS (SCL-90-R)

##### CUESTIONARIO DE 90 SÍNTOMAS (SCL-90-R)

Derogatis, L., 1977

Adaptación española de González de Rivera, J. y cols, 1988

Nombres y apellidos: .....

Nº: ..... Sexo: Varón Mujer Edad: ..... Fecha de hoy: .....

Procedencia: ..... Entrevistador: .....

#### Instrucciones

Lea atentamente la lista que presentamos en las páginas siguientes. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez. Piense si a usted le ha pasado en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy.

Rodeo con un círculo el cero (0) si no ha tenido esa molestia en absoluto; el uno (1) si la ha tenido un poco presente; el dos (2) si la ha tenido moderadamente; el tres (3) si la ha tenido bastante y el cuatro (4) si la ha tenido mucho o extremadamente.

HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO MOLESTO POR EL SÍNTOMA				
0	1	2	3	4
Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho o extremadamente

#### RODEE CON UN CIRCULO LA ADVERTENCIA ELEGIDA

1	Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
2	Nerviosismo o agitación interior	0	1	2	3	4
3	Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente	0	1	2	3	4
4	Sensaciones de desmayo o mareo	0	1	2	3	4
5	Pérdida de deseo o placer sexual	0	1	2	3	4
6	Ver a la gente de manera negativa, encontrar siempre faltas	0	1	2	3	4
7	La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
8	La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
9	La dificultad para recordar las cosas	0	1	2	3	4
10	Preocupación acerca del desaseo, el descuido o la desorganización.	0	1	2	3	4
11	Sentirse fácilmente molesto, irritado o enfadado	0	1	2	3	4
12	Dolores en el corazón o en el pecho	0	1	2	3	4
13	Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
14	Sentirse bajo de energías o decaído	0	1	2	3	4
15	Pensamientos suicidas o ideas de acabar con su vida	0	1	2	3	4
16	Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4

17	Temblores	0	1	2	3	4
18	La idea de que uno no se puede fiar de la gente	0	1	2	3	4
19	Falta de apetito	0	1	2	3	4
20	Llorar fácilmente	0	1	2	3	4
21	Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto	0	1	2	3	4
22	La sensación de estar atrapado o como encerrado	0	1	2	3	4
23	Tener miedo de repente o sin razón	0	1	2	3	4
24	Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	0	1	2	3	4
25	Miedo a salir de casa solo/a	0	1	2	3	4
26	Culparse a sí mismo/a de todo lo que pasa	0	1	2	3	4
27	Dolores en la parte baja de la espalda	0	1	2	3	4
28	Sentirse incapaz de hacer las cosas o terminar las tareas	0	1	2	3	4
29	Sentirse solo	0	1	2	3	4
30	Sentirse triste	0	1	2	3	4
31	Preocuparse demasiado por todo	0	1	2	3	4
32	No sentir interés por nada	0	1	2	3	4
33	Sentirse temeroso	0	1	2	3	4
34	Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad	0	1	2	3	4
35	La impresión de que los demás se dan cuenta de lo que está pasando.	0	1	2	3	4
36	La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	0	1	2	3	4
37	La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	0	1	2	3	4
38	Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien.	0	1	2	3	4
39	Que su corazón palpite o vaya muy deprisa	0	1	2	3	4
40	Náuseas o malestar en el estómago	0	1	2	3	4
41	Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
42	Dolores musculares	0	1	2	3	4
43	Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted.	0	1	2	3	4
44	Dificultad para conciliar el sueño.	0	1	2	3	4
45	Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	0	1	2	3	4
46	Dificultad en tomar decisiones	0	1	2	3	4
47	Sentir temor de viajar en coche, autobuses, metros o trenes	0	1	2	3	4
48	Ahogos o dificultad para respirar.	0	1	2	3	4
49	Escalofríos, sentir calor o frío de repente.	0	1	2	3	4
50	Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo.	0	1	2	3	4
51	Que se le quede la mente en blanco.	0	1	2	3	4
52	Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
53	Sentir un nudo en la garganta	0	1	2	3	4
54	Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0	1	2	3	4
55	Tener dificultad para concentrarse	0	1	2	3	4
56	Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
57	Sentirse tenso o con los nervios de punta	0	1	2	3	4

58	Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
59	Ideas sobre la muerte o el hecho de morir	0	1	2	3	4
60	El comer demasiado	0	1	2	3	4
61	Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted.	0	1	2	3	4
62	Tener pensamientos que no son suyos.	0	1	2	3	4
63	Sentir el impulso de pegar, golpear o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
64	Despertarse de madrugada	0	1	2	3	4
65	Impulsos a tener que hacer las cosas de manera repetida (tocar algo, lavarse...)	0	1	2	3	4
66	Sueño inquieto o perturbado	0	1	2	3	4
67	Tener ganas de romper o estrellar algo	0	1	2	3	4
68	Tener ideas o creencias que los demás no compartan	0	1	2	3	4
69	Sentirse muy cohibido o vergonzoso entre otras personas	0	1	2	3	4
70	Sentirse incómodo entre mucha gente, por ejemplo en el cine, tiendas, etc.	0	1	2	3	4
71	Sentir que todo requiere un gran esfuerzo	0	1	2	3	4
72	Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
73	Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público	0	1	2	3	4
74	Tener discusiones frecuentes	0	1	2	3	4
75	Sentirse nervioso cuando se queda solo	0	1	2	3	4
76	El que otros no le reconozcan adecuadamente sus méritos	0	1	2	3	4
77	Sentirse solo aunque esté con más gente	0	1	2	3	4
78	Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo	0	1	2	3	4
79	La sensación de ser inútil o no valer nada	0	1	2	3	4
80	Presentimientos de que va a pasar algo malo	0	1	2	3	4
81	Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
82	Tener miedo de desmayarse en público	0	1	2	3	4
83	La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de ud. si se lo permitiera	0	1	2	3	4
84	Tener pensamientos sobre el sexo que inquietan bastante	0	1	2	3	4
85	La idea de que debería ser castigado por sus pecados o errores.	0	1	2	3	4
86	Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo	0	1	2	3	4
87	La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo.	0	1	2	3	4
88	Sentirse siempre distante, sin sensación de intimidad con nadie	0	1	2	3	4
89	Sentimientos de culpabilidad	0	1	2	3	4
90	La idea de que algo anda mal en su mente.	0	1	2	3	4

**FIN DE LA PRUEBA, COMPRUEBE QUE HA VALORADO TODAS LAS FRASES**

-----  
**Entrevistado:**

HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO MOLESTO POR EL SÍNTOMA				
0	1	2	3	4
Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho o extremadamente

## Anexo N. 02.

Fecha: _____ N°: _____		INVENTARIO SICOSOCIAL WASHINGTON DE ATAQUES EPILEPTICOS		Nombre: _____			
<p>A continuación encontrará algunas preguntas relacionadas con áreas de importancia para las personas que padecen de ataques epilépticos. <span style="float: right;">41</span>            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. <u>Conteste todas las preguntas.</u></p>							
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 psiquiátrica 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 psicólogo o un psiquiatra?	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 morirse?	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 sí 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

**Anexo N.03.****Historia Clínica Psicológica**

**HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA  
HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA**

**Fecha de Valoración:**  
**Clínica:**

**N. Historia****1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

- |                        |                |
|------------------------|----------------|
| - Sexo:                | - Diagnóstico: |
| - Nombre:              | - Medicación:  |
| - Fecha de Nacimiento: |                |
| - Edad:                |                |
| - Estado Civil:        |                |
| - Instrucción:         |                |
| - Residencia:          |                |

**2. MOTIVO DE CONSULTA****3. CONTEXTO FAMILIAR**

Nombre	Estado Civil	Parentesco	Edad	Ocupación

**4. ANTECEDENTES**

- Personales

- Familiares

**5. PERFIL MULTIMODAL**

- 5.1. Área Cognitiva:

5.2. Área Afectiva:

5.3. Área Somática:

5.4. Área Interpersonal:

5.5. Área Conductual:

## **6. DIAGNÓSTICO**

Eje1:

Eje 2:

Eje 3:

Eje 4:

Eje 5:

## **7. CONCLUSIONES**

## **8. RECOMENDACIONES**

## **9. SEGUIMIENTO**

**Sesión N.1**

**Sesión N.2**

**Sesión N.3**

**Sesión N.4**

**Sesión N.5**

**Sesión N.6**

**Sesión N.7**

---

**Carina Castillo V.  
RESPONSABLE**

**Anexo. N. 04****Carta de Consentimiento Informado-Grupo Control**

Por medio de la presente, quisiéramos su consentimiento para que sea incluido/a como participante en la investigación que el Departamento de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato se encuentra desarrollando. El proyecto tiene por título “Aplicación de un Programa de Intervención Psicológica para el mejoramiento de la adaptación psicosocial en pacientes epilépticos con síntomas psicológicos asociados, que acuden al servicio de neurología del Hospital Provincial General Docente Riobamba”.

El objetivo de esta investigación es mejorar la adaptación psicosocial de los pacientes epilépticos y disminuir la sintomatología psicológica después de la aplicación de un programa de intervención psicológica, por lo cual pedimos su autorización para ser parte de esta investigación a fin de utilizar los resultados que se emitieran con fines investigativos.

- Aplicación de pruebas psicológicas de forma individual (60 min)
- Intervención del plan de psicoeducación (70 min por tres semanas, una vez por semana)
- Aplicación de pruebas psicológicas de forma grupal (60 min)

De igual manera debido al tipo de intervención se le comunica que toda la información que proporcione será completamente ANÓNIMA. Es decir, su nombre no aparecerá de ningún modo en las encuestas, ni en los informes de investigación redactados, ni en los resultados obtenidos durante el proceso psicoterapéutico. Los datos proporcionados servirán exclusivamente para que mediante diversos análisis, se logre dar respuesta a los objetivos y preguntas que se han planteado en este estudio.

Por último, le informamos que usted podrá dejar de responder a este cuestionario en el momento que lo desee, sin que esto implique alguna sanción de cualquier tipo. Por otra parte, si usted acepta participar, le pedimos de favor que marque con una X este consentimiento (En el párrafo final) y una vez finalizado el cuestionario devuelva la copia a la persona que le solicita la autorización. Si tuviese cualquier duda al momento de dar respuesta a los Ítems que forman este cuestionario, o la manera en la que se llevará a cabo el proceso psicoterapéutico no dude en solicitar ayuda a la persona presente.

**Acepto participar en la investigación.**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **Carta de Consentimiento Informado-Grupo Experimental**

Por medio de la presente, quisiéramos su consentimiento para que sea incluido/a como participante en la investigación que el Departamento de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato se encuentra desarrollando. El proyecto tiene por título “Aplicación de un Programa de Intervención Psicológica para el mejoramiento de la adaptación psicosocial en pacientes epilépticos con síntomas psicológicos asociados, que acuden al servicio de neurología del Hospital Provincial General Docente Riobamba”.

El objetivo de esta investigación es mejorar la adaptación psicosocial de los pacientes epilépticos y disminuir la sintomatología psicológica después de la aplicación de un programa de intervención psicológica, por lo cual pedimos su autorización para ser parte de esta investigación a fin de utilizar los resultados que se emitieran con fines investigativos.

- Aplicación de pruebas psicológicas de forma individual (60 min) (PRE-TEST)
- Aplicación del plan de intervención psicoterapéutica de forma individual (60 min por siete semanas, una vez por semana) .
- Aplicación de pruebas psicológicas de forma individual (60 min) (POST-TEST)

De igual manera debido al tipo de intervención se le comunica que toda la información que proporcione será completamente ANÓNIMA. Es decir, su nombre no aparecerá de ningún modo en las encuestas, ni en los informes de investigación redactados, ni en los resultados obtenidos durante el proceso psicoterapéutico. Los datos proporcionados servirán exclusivamente para que mediante diversos análisis, se logre dar respuesta a los objetivos y preguntas que se han planteado en este estudio.

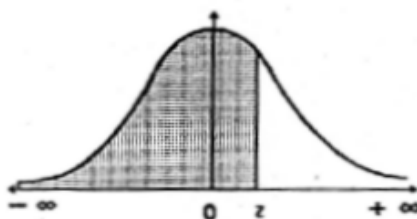
Por último, le informamos que usted podrá dejar de responder a este cuestionario en el momento que lo desee, sin que esto implique alguna sanción de cualquier tipo. Por otra parte, si usted acepta participar, le pedimos de favor que marque con una X este consentimiento (En el párrafo final) y una vez finalizado el cuestionario devuelva la copia a la persona que le solicita la autorización. Si tuviese cualquier duda al momento de dar respuesta a los Ítems que forman este cuestionario, o la manera en la que se llevará a cabo el proceso psicoterapéutico no dude en solicitar ayuda a la persona presente.

**Acepto participar en la investigación.**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Anexo N.05**

Tabla Z

FUNCIÓN DE DISTRIBUCIÓN NORMAL  $N(0;1)$ 

z	0.00	0.01	0.02	0.03	0.04	0.05	0.06	0.07	0.08	0.09
0.0	0.5000	0.5040	0.5080	0.5120	0.5160	0.5199	0.5239	0.5279	0.5319	0.5359
0.1	0.5398	0.5438	0.5478	0.5517	0.5557	0.5596	0.5636	0.5675	0.5714	0.5753
0.2	0.5793	0.5832	0.5871	0.5910	0.5948	0.5987	0.6026	0.6064	0.6103	0.6141
0.3	0.6179	0.6217	0.6255	0.6293	0.6331	0.6368	0.6406	0.6443	0.6480	0.6517
0.4	0.6554	0.6591	0.6628	0.6664	0.6700	0.6736	0.6772	0.6808	0.6844	0.6879
0.5	0.6915	0.6950	0.6985	0.7019	0.7054	0.7088	0.7123	0.7157	0.7190	0.7224
0.6	0.7257	0.7291	0.7324	0.7357	0.7389	0.7422	0.7454	0.7486	0.7517	0.7549
0.7	0.7580	0.7611	0.7642	0.7673	0.7704	0.7734	0.7764	0.7794	0.7823	0.7852
0.8	0.7881	0.7910	0.7939	0.7967	0.7995	0.8023	0.8051	0.8078	0.8106	0.8133
0.9	0.8159	0.8186	0.8212	0.8238	0.8264	0.8289	0.8315	0.8340	0.8365	0.8389
1.0	0.8413	0.8438	0.8461	0.8485	0.8508	0.8531	0.8554	0.8577	0.8599	0.8621
1.1	0.8643	0.8665	0.8686	0.8708	0.8729	0.8749	0.8770	0.8790	0.8810	0.8830
1.2	0.8849	0.8869	0.8888	0.8907	0.8925	0.8944	0.8962	0.8980	0.8997	0.9015
1.3	0.9032	0.9049	0.9066	0.9082	0.9099	0.9115	0.9131	0.9147	0.9162	0.9177
1.4	0.9192	0.9207	0.9222	0.9236	0.9251	0.9265	0.9279	0.9292	0.9306	0.9319
1.5	0.9332	0.9345	0.9357	0.9370	0.9382	0.9394	0.9406	0.9418	0.9429	0.9441
1.6	0.9452	0.9463	0.9474	0.9484	0.9495	0.9505	0.9515	0.9525	0.9535	0.9545
1.7	0.9554	0.9564	0.9573	0.9582	0.9591	0.9599	0.9608	0.9616	0.9625	0.9633
1.8	0.9641	0.9649	0.9656	0.9664	0.9671	0.9678	0.9686	0.9693	0.9699	0.9706
1.9	0.9713	0.9719	0.9726	0.9732	0.9738	0.9744	0.9750	0.9756	0.9761	0.9767
2.0	0.9772	0.9778	0.9783	0.9788	0.9793	0.9798	0.9803	0.9808	0.9812	0.9817
2.1	0.9821	0.9826	0.9830	0.9834	0.9838	0.9842	0.9846	0.9850	0.9854	0.9857
2.2	0.9861	0.9864	0.9868	0.9871	0.9875	0.9878	0.9881	0.9884	0.9887	0.9890
2.3	0.9893	0.9896	0.9898	0.9901	0.9904	0.9906	0.9909	0.9911	0.9913	0.9916
2.4	0.9918	0.9920	0.9922	0.9925	0.9927	0.9929	0.9931	0.9932	0.9934	0.9936
2.5	0.9938	0.9940	0.9941	0.9943	0.9945	0.9946	0.9948	0.9949	0.9951	0.9952
2.6	0.9953	0.9955	0.9956	0.9957	0.9959	0.9960	0.9961	0.9962	0.9963	0.9964
2.7	0.9965	0.9966	0.9967	0.9968	0.9969	0.9970	0.9971	0.9972	0.9973	0.9974
2.8	0.9974	0.9975	0.9976	0.9977	0.9977	0.9978	0.9979	0.9979	0.9980	0.9981
2.9	0.9981	0.9982	0.9982	0.9983	0.9984	0.9984	0.9985	0.9985	0.9986	0.9986
3.0	0.99865	0.99869	0.99874	0.99878	0.99882	0.99886	0.99889	0.99893	0.99897	0.99900
3.1	0.99903	0.99906	0.99909	0.99913	0.99916	0.99918	0.99921	0.99924	0.99926	0.99929
3.2	0.99931	0.99934	0.99936	0.99938	0.99940	0.99942	0.99944	0.99946	0.99948	0.99950
3.3	0.99952	0.99953	0.99955	0.99957	0.99958	0.99959	0.99961	0.99962	0.99964	0.99965
3.4	0.99966	0.99968	0.99969	0.99970	0.99971	0.99972	0.99973	0.99974	0.99975	0.99976
3.5	0.99977	0.99978	0.99978	0.99979	0.99980	0.99981	0.99981	0.99982	0.99983	0.99983
3.6	0.99984	0.99985	0.99985	0.99986	0.99986	0.99987	0.99987	0.99988	0.99988	0.99989
3.7	0.99989	0.99990	0.99990	0.99990	0.99991	0.99991	0.99991	0.99992	0.99992	0.99992
3.8	0.99993	0.99993	0.99993	0.99994	0.99994	0.99994	0.99994	0.99995	0.99995	0.99995
3.9	0.99995	0.99995	0.99996	0.99996	0.99996	0.99996	0.99996	0.99996	0.99997	0.99997
4.0	0.99997	0.99997	0.99997	0.99997	0.99997	0.99997	0.99998	0.99998	0.99998	0.99998



## Anexo N. 07

**RELACIÓN PENSAMIENTO-AFECTO-CONDUCTA****Instrucciones:**

En el proceso de ejemplificar la relación entre pensamientos-sentimientos-conducta se le ofrece al paciente ejemplos externos y se le cuestiona acerca de cómo se sentirá y cómo se comportará el sujeto X, una vez identificados los sentimientos y conductas del sujeto ante determinada situación, se establece su relación con los pensamientos del sujeto.

A continuación el terapeuta propone una interpretación alternativa, unos pensamientos diferentes del sujeto X que se encuentra inmerso en esa misma situación. Nuevamente se le pregunta al paciente sobre los sentimientos y conductas del sujeto en esa situación, en este proceso se hace ver al paciente el contraste entre los pensamientos y conductas generados en el primer y segundo caso, en los que la situación permanece constante pero en los que han variado los pensamientos del sujeto, la interpretación dada por el Sujeto X a la situación.

El mismo proceso se llevará a cabo cuando se le pida al paciente la expresión de situaciones de su vida ya sean estas remotas o tempranas o se pueden tomar los que se registraron en la actividad de la agenda oculta en la sesión anterior.

**Situación.-** Se le pide al paciente que señale cómo se sentirá Pablo frente al permanente rechazo al querer encontrar trabajo, sabiendo que los lugares a los que aplica tienen un perfil distinto al que el ofrece. ¿Qué sentirá Pablo frente al rechazo?, ¿Cómo se comportará?, Una vez identificados los sentimientos y conductas, se establece su relación con los pensamientos.



A continuación el terapeuta propone una interpretación alternativa, unos pensamientos diferentes, del sujeto que se encuentra en esta misma situación y luego se hace relación con sus sentimientos y conductas respectivamente.



Ejemplos que incluyen experiencias concretas de la vida del paciente.

Situación.-



Interpretación alternativa de la misma situación. (Diferentes Pensamientos).



## Anexo N.08

**REGISTRO DIARIO DE PENSAMIENTOS (RDP)**

**Instrucciones:** Cuando notes que tu estado de ánimo empieza a deteriorarse es necesario que se haga una pregunta ¿Qué está pasando por mi cabeza en este momento? Y tan pronto como sea posible anota brevemente el pensamiento o la imagen mental en la columna de pensamientos.

<b>Día/Hora</b>	<b>Situación</b>	<b>Pensamientos automáticos.</b>	<b>Emociones</b>	<b>Respuesta Conductual</b>
<b>X/XX</b>	Acontecimiento actual, sensaciones físicas angustiosas que llevan a emociones desagradables.	Escribe los pensamientos o imágenes que pasaron por tu mente.	Especificar la emoción que experimenta ese preciso momento. (miedo, rabia, vergüenza, alegría) Valorar la intensidad de la emoción. (0/100%)	Escribir la respuesta conductual generada de la emoción que antecede.

**Anexo. N.09.**

Preguntas empleadas para la generación de pensamientos más racionales frente a pensamientos automáticos.

<b>Pensamiento automático/irracional/autodestructivo.-</b> ..... ..... ..... .....	
<b>¿REAL?</b>	
¿Es totalmente cierto este pensamiento?	
¿Qué pruebas existen para aprobar este pensamiento?	
¿Podría existir otra forma de pensar más realista de este hecho?	
¿Es un hecho probado y que no puede ser rebatido?	
¿Hay alguna explicación alternativa?	
-¿Qué evidencia existen de que el pensamiento automático sea verdadero?	
<b>¿RACIONAL?</b>	
¿Sería tan terribles las consecuencias?	
¿Qué ocurriría si...?	
¿A cuántas áreas de mi vida afectaría?	
¿Hay otras personas a quienes les haya ocurrido y cómo lo han vivido?	
¿Podría encontrarme bien aun cuando esto sea así?	
¿Qué es lo peor que puede sucederme?	
¿Qué debería hacer acerca de ello?	
¿Qué le diría a X si estuviera en mi situación y tuviera este pensamiento, ¿Qué le diría yo a él?	
<b>¿ADAPTATIVO?</b>	
¿Qué consecuencias tiene para mí pensar así?	
¿Me ayuda a solucionar mis problemas?	
¿Pensar así me hace sentir mejor?	
¿Cuál puede ser el efecto de cambiar mi pensamiento?	



## Anexo N. 11.

## Registro de Auto-observación

Fecha: .....		
<b>Antecedentes o Contexto</b>	<b>Conducta</b>	<b>Consecuencias y comentarios</b>
<b>Momento/Lugar/Compañía/Suceso</b>	<b>¿Qué es lo que hizo?</b>	<b>¿Qué ocurrió después?</b>

## Anexo N.12.

<b>Planificación Ambiental (Control de Estímulos)</b>	
<b>Técnica</b>	<b>Ejemplo</b>
<b>Presentar una conducta alternativa a la que se quiere eliminar.</b>	
<b>Conducta de Paciente</b>	<b>Conducta Alternativa</b>
<b>Reducir o eliminar indicios de la conducta no deseada.</b>	
<b>Conducta de Paciente</b>	<b>Conducta de Paciente</b>
<b>Configurar los estímulos para facilitar la emisión de la conducta deseada.</b>	
<b>Conducta de Paciente</b>	<b>Conducta de Paciente</b>
<b>Configurar los estímulos para</b>	

<b>dificultar la emisión de la conducta no deseada.</b>	
<b>Conducta de Paciente</b> <hr/> <hr/> <hr/>	<b>Conducta de Paciente</b> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>Cambiar el medio social.</b>	
<b>Conducta de Paciente</b> <hr/> <hr/> <hr/>	<b>Conducta de Paciente</b> <hr/> <hr/> <hr/>

### Anexo N.13.

#### Relajación progresiva de Jacobson

<b>Pasos para una relajación progresiva</b>	
<b>1</b>	Se encuentra sentado tranquilamente, con los ojos cerrados, no ve nada y no le preocupa ver nada. Está tranquilo y a gusto. Le voy a ir diciendo algunas cosas que tiene que hacer. Cada vez que contraiga algunas partes del cuerpo que yo le diga concéntrese en sentir la diferencia entre esta situación y la anterior. Es muy importante.
<b>2</b>	Apriete su puño izquierdo - nota la tensión en la mano y el antebrazo- relájese.
<b>3</b>	Apriete su puño derecho - nota la tensión en la mano y el antebrazo- relájese.
<b>4</b>	Dobla el brazo izquierdo hacia arriba, levantando la muñeca y estirando los dedos levantados hacia el techo.
<b>5</b>	Lo mismo con el brazo derecho.
<b>6</b>	Tócate los hombros con los dedos, levanta los brazos, nota la tensión de los brazos. Relájate.
<b>7</b>	Arruga la frente todo lo fuerte que puedas. Relájate.
<b>8</b>	Aprieta los ojos con fuerza. Nota la tensión en toda la cara.
<b>9</b>	Aprieta los labios con fuerza. Nota la tensión en el cuello y la barbilla. Relájate.
<b>10</b>	Coloca la cabeza hacia atrás. Presiona con fuerza y relájate.
<b>11</b>	Arque la espalda. Relájate.
<b>12</b>	Toma mucho aire. Retenlo dentro y nota la presión en el pecho y en la espalda. Déjalo ir suavemente.
<b>13</b>	Tensa el estómago, con fuerza, relájate.
<b>14</b>	Tensa los glúteos, haciendo la presión sobre la silla. Nota la tensión. Relájate.
<b>15</b>	Estira las piernas y contráelas con fuerza. Relájate.
<b>16</b>	Levanta hacia arriba los dedos de los pies. Nota como la tensión sube por la pierna. Relájate ahora.

## Anexo N.14

## Pauta de Discriminación

**Autor:** Lawrence (1970), adaptación EPUC

**“EJERCICIOS DE DISCRIMINACIÓN”**

**Instrucciones:** Lean cada una de las siguientes situaciones y sus respuestas. Debajo de “tipo” escriba **AS** si consideran que la respuesta es asertiva; **AG** si consideran que es agresiva; **NA** si piensan que no es asertiva. en otros casos puede ser no agresiva y agresiva.

SITUACIÓN	RESPUESTA	TIPO DE COMENTARIO
<b>En una reunión te presentan alguien. Tú no oyes bien su nombre.</b>	a. No dices nada, haciendo suponer que has escuchado bien.	R. _____
	b. Le pides a la persona que por favor repita su nombre.	R. _____
	c. Le pides a alguien, más tarde, que te diga su nombre.	R. _____
	d. Esperas hasta que alguien mencione su nombre para así recordar.	R. _____
<b>Estás esperando el bus y crees que la persona que está a tu lado es alguien que conociste anteriormente y con la cual te gustaría interactuar.</b>	a. Espera que ella te diga algo primero.	R. _____
	b. Haz un comentario sobre algo y ve si eres reconocido.	R. _____
	c. Ignórala y olvídate de ella.	R. _____
<b>Vas a una fiesta con tu novio/a, quien te ignora el resto de la noche, hasta el momento de volver a casa. Te sientes herido(a) por todo esto</b>	a. Pregúntale por qué él (ella) te ha ignorado e indica que te sientes herido.	R. _____
	b. Pretende que no ha pasado nada y continúa una conversación normal.	R. _____
	c. No digas nada a tu novio/a por el resto de la noche.	R. _____
	d. Decirle a tu novio(a) que no quieres saber nada más de él (ella).	R. _____

## Anexo N. 15

### TRATAMIENTO

Después del proceso diagnóstico y dependiendo del tipo de epilepsia se decidirá el tipo de tratamiento a utilizar. De manera general la medicación se deberá tomar por un tiempo prolongado y de forma diaria.

Se recomienda que el paciente no suspenda la medicación sin la supervisión médica adecuada.






"La epilepsia no es una barrera para nuestros objetivos"

Responsable  
Carina Castillo

## EPILEPSIA

¿ Que es.... ?



 Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Sede Ambato

## ¿ QUE ES LA EPILEPSIA ?

La epilepsia es un desorden neurológico que altera la actividad normal de las neuronas, lo cual provoca sensaciones, emociones y comportamientos poco frecuentes como convulsiones, agitaciones musculares o pérdida temporal de

### ¿Cuánto dura una crisis epiléptica?

Una crisis dura desde unos pocos segundos hasta unos cuantos minutos frecuentemente máximo 3', después, el cerebro vuelve a la normalidad y la crisis finaliza.

### ¿Qué factores desencadenan la aparición de una crisis epiléptica?

Después de que un paciente es diagnosticado de epilepsia y se haya iniciado el tratamiento, lo que contribuye a que las crisis aparezcan nuevamente es dejar el tratamiento sin la supervisión del médico u olvidar la toma del medicamento.

- El consumo de alcohol y/o drogas.
- La falta de un sueño reparador.
- Un ambiente excesivamente estresante puede desencadenar crisis epilépticas.



Conocer la Epilepsia  
NOS HACE IGUALES



Anexo N. 16



5 No ofrecer nada de comer, ni beber hasta que no se encuentre totalmente recuperado.




"La epilepsia no es una barrera para nuestros objetivos"

Responsable  
Carina Castillo

**EPILEPSIA**  
¿Qué hacer durante una crisis epiléptica?

Pontificia Universidad Católica del Ecuador  
Sede Ambato

¿Qué hacer durante una crisis epiléptica?

1 Se sugiere mantener la calma antes durante y después de la crisis, esto pasará en unos pocos minutos y al final es recomendable tranquilizar al paciente ya que puede sentirse avergonzado.



2 No tratar de interrumpir la crisis, pues una vez iniciada no podemos evitarla.



3 No introducir agua, ni ningún objeto en la boca del paciente.



4 Se recomienda colocar algo suave debajo de la cabeza y acomodar de lado el cuerpo del paciente para evitar algún tipo de lesiones y para que la respiración no se obstruya.



## Anexo N. 17

**TV, Videojuegos, Ordenador**

En cuanto a su utilización no existe contraindicaciones a tomar en cuenta.



**Viajes**


Puede y deben hacerse, con la precaución de no olvidar la medicación, por la posibilidad de no encontrarla en el lugar de destino. No existe contraindicación para viajar en avión o cualquier otro medio.




Responsable  
Carina Castillo

**EPILEPSIA**

Vivir con epilepsia



 Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Sede Ambato

## ¿ Vivir con EPILEPSIA ?

### Información al paciente de su enfermedad



Es importante proveer al paciente de una información clara ya que esta es la mejor manera de desmitificar la enfermedad.

### Obligaciones académicas

Las limitaciones se basan en una injustificada sobreprotección que perjudica y marca al paciente.



### Deportes

Practicar algún tipo de deporte es favorable y recomendable para el paciente tanto para a nivel físico como para mejorar la interacción social. Se aconseja evitar submarinismo, montañismo, motociclismo y aquellos que requieran el empleo de vehículos a motor.


### Comidas

La dieta diaria queda a disposición del paciente ya que no presenta restricción alguna. Salvo las que por cualquier otra causa necesite el paciente.



### Vida social

No habrá restricciones. Únicamente hay que avisar del riesgo de la privación de sueño y del abuso del alcohol, como factores de descompensación..

**Anexo N.18**

Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador  
Sede Ambato

# Hospital Provincial General Docente Riobamba

Carina Castillo Valdiviezo

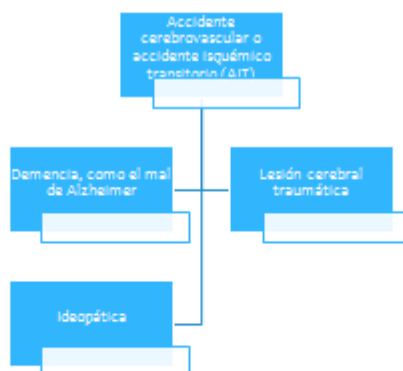
Psicología Clínica

## ¿Qué es la Epilepsia?

Es un trastorno cerebral en el cual una persona tiene crisis epilépticas (convulsiones) durante un tiempo. Las crisis epilépticas (convulsiones) son episodios de alteración de la actividad cerebral que producen cambios en la atención o el comportamiento.



## Causas



## Clasificación

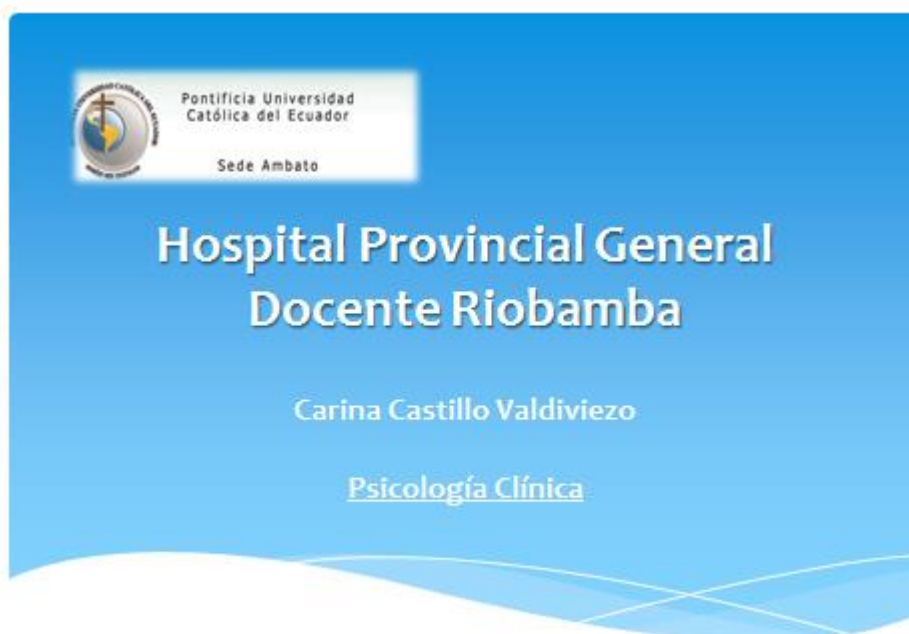
- Ausencias típicas
- Convulsiones tonico-clónicas generalizadas
- Convulsiones parciales simples

## Tratamiento



- \* El tratamiento para la epilepsia puede involucrar cirugía o medicación.
- \* Si las crisis epilépticas se deben a un tumor, vasos sanguíneos anormales o sangrado en el cerebro, la cirugía para tratar estos trastornos puede detener dichas crisis.
- \* Los medicamentos para prevenir las convulsiones, llamados anticonvulsivos, pueden reducir el número de crisis futuras.

## Anexo N. 19.



## ¿Qué hacer durante una Crisis Epiléptica?



**2**

AFLOJE LA  
ROPA  
APRETADA Y  
COLOQUE  
ALGO SUAVE  
BAJO SU  
CABEZA.

**3**

NO SE ALARME SI  
RETIENE LA  
RESPIRACION Y SE  
LE PONEN LOS  
LABIOS MORADOS,  
VOLVERA A  
RESPIRAR NORMAL.

**4**

VOLTEE LA  
CABEZA HACIA  
UN LADO Y  
PONGALO DE  
COSTADO  
PARA QUE  
SECRECIONES Y  
VOMITOS  
SALGAN  
LIBREMENTE

**5**

OBSERVE LOS  
MOVIMIENTOS ES  
IMPORTANTE QUE  
USTED LE INFORME  
CON DETALLE LO  
OCURRIDO

**6**



CUANDO SE RECUPERE  
SEA AMIGABLE, SE  
PUEDE SENTIR  
APENADO, TRATE DE  
TRANQUILIZARLO.  
PUEDE TENER DOLOR  
DE CABEZA O  
MUSCULAR O SUFRIR  
VOMITOS



NO LO SOSTENGA



NO INTRODUZCA  
ALGO EN LA BOCA,  
PODRIA LASTIMARLO



NO LE OFREZCA NADA DE  
COMER O BEBER HASTA  
SU RECUPERACION  
TOTAL

**Anexo N.20**

**Video:** Convulsiones, ataque epiléptico | ¿Cómo actuar ante una crisis epiléptica?  
(Youtube)

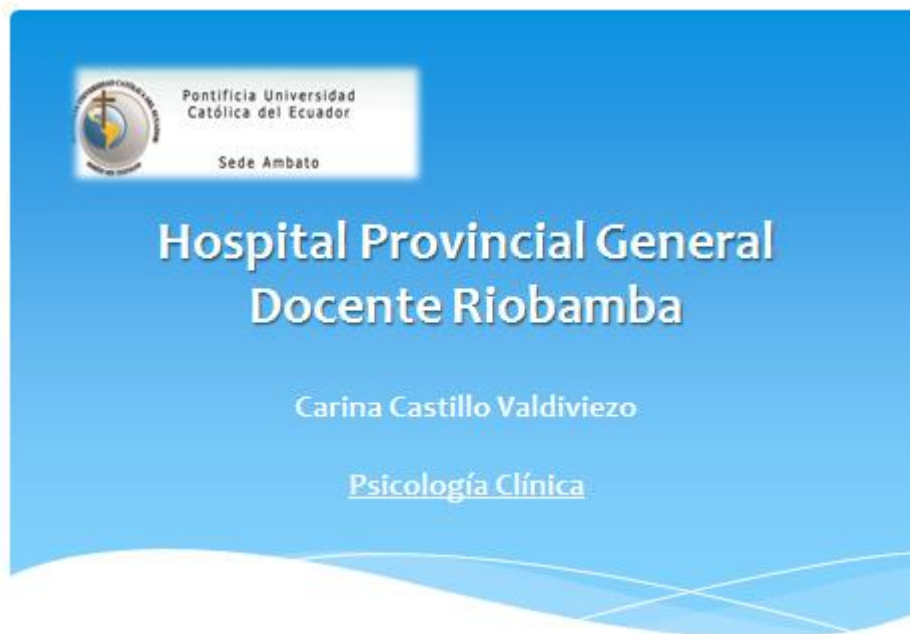
Publicado el 13/3/2013

**URL:** <http://www.youtube.com/watch?v=Lsj8XK-9rng>

Descripción:

Convulsiones, ataque epiléptico. ¿Por qué sucede?¿Cómo puedo ayudar a un epiléptico?. En este vídeo de Medicina Clara el Doctor Bueno te lo explica de forma fácil y sencilla

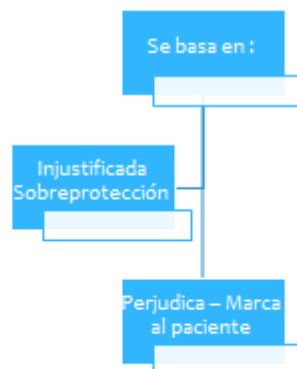
## Anexo N. 21



Es importante proveer al paciente de una información clara ya que esta es la mejor manera de desmitificar la enfermedad.



## Obligaciones Académicas



## Deportes

Practicar cualquier deporte :

- Mejora nivel físico
- Interacción social

Evitar deportes extremos y motorizados.

## Comida – Vida Social

No presenta restricción alguna

- \* Riesgo de privación de sueño
- \* Abuso de alcohol

## Viajes

- \* No existe contraindicación para:

Viajar en avión o cualquier otro medio.

No se debe olvidar el medicamento

