

**Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana
Facultad de Ciencias Médicas General Calixto García**

(Resumen)



**Paradigma Psicológico Salubrista para la atención
al paciente con epilepsia.**

**Tesis presentada en opción al grado de
Doctor en Ciencias de la Salud**

Autor

Justo Reinaldo Fabelo Roche MSc.

Tutora

Alina Julia Ortega Bravo DSc.

Asesor

Jorge Bacallao Gallestey DSc.

**Ciudad de La Habana
2007**

AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS

Expreso mi gratitud y reconozco los valiosos aportes de un grupo de colegas, compañeros y amigos, sin la ayuda de los cuales no hubiera sido posible el desarrollo de esta investigación. Entre ellos especialmente:

DrC. Alina Julia Ortega Bravo

DrC. Jorge Bacallao Gallestey

DrC. Carl B. Dordrill

DrC. Jorge Grau Avalos

DrC. Armando Alonso Álvarez

DrC. Carmen R. Victoria García Viniegras

DrC. Marisela Rodríguez Rebutillo

DrC. Dionisio Zaldívar Pérez

DrC. Dolores Maria Corona Camaraza

MSc. Olga Iglesias Durán

MSc. María del Carmen Amaro Cano

Lic. Serguei Iglesias Moré

Lic. Bertha Mohinelo Plasencia

Dr. Salvador González Pal

Lic. Juan Quintana Mendoza

Tec. Caridad González Rodríguez

Tec. Alejandro Rafael Matos Rodríguez

y a todos los pacientes que participaron en esta investigación.

DEDICATORIA

A Magdy y Suni,

Quienes me apoyaron durante toda la realización de la investigación y me estimularon a continuar trabajando cuando eventualmente surgieron dificultades para hacerlo.

SÍNTESIS

Para el desarrollo de esta investigación se partió de la Psicología de la Salud con el propósito de elaborar el Programa de Intervención Psicosocial para la atención al paciente con epilepsia. Posteriormente fue aplicado con el objetivo de contribuir a mejorar los niveles de adaptación psicosocial de los referidos pacientes. Inicialmente se diseñó el Modelo Teórico Metodológico que lo sustenta, en el que se incluyeron dos sistemas de dimensiones que lo configuran: uno teórico explicativo del origen de la inadaptación evidente frecuentemente observada y otro metodológico que promueve una adaptación psicosocial aceptable. Fueron estudiados 400 pacientes con epilepsia y la intervención se ejecutó en los 200 asignados al Grupo Experimental. Se aplicaron acciones educativas y psicoterapéuticas dirigidas a promover estilos de vida adecuados, prevenir las manifestaciones agudas de la epilepsia, potenciar la aceptación de la enfermedad y la adherencia terapéutica y adecuar los servicios de salud que reciben a sus necesidades. Se usaron técnicas cuantitativas y cualitativas para obtener los niveles de adaptación en los indicadores familiar, emocional, interpersonal, vocacional, económico, ataques, medicación y funcionamiento psicosocial global. Los resultados obtenidos fueron significativamente superiores a los alcanzados por los pacientes del Grupo Control y demuestran la efectividad del programa aplicado.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. SÍNTESIS DEL CAPÍTULO I: CONSIDERACIONES GENERALES, INVESTIGACIONES BÁSICAS Y TENDENCIAS ACTUALES EN EL ESTUDIO PSICOLÓGICO DE LA EPILEPSIA.	6
2. SÍNTESIS DEL CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN.	8
3. SÍNTESIS DEL CAPÍTULO III: MODELO TEÓRICO METODOLÓGICO PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON EPILEPSIA.	10
4. SÍNTESIS DEL CAPÍTULO IV: EVALUACIÓN FINAL DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON EPILEPSIA.	14
CONCLUSIONES	15
RECOMENDACIONES	16
BIBLIOGRAFÍA BÁSICA FUNDAMENTAL UTILIZADA EN LA TESIS.	

..... “aceptamos que en el ámbito de la Atención Primaria de Salud, entiéndase Policlínicos y Consultorios se apliquen los resultados de la investigación “Paradigma psicológico salubrista para la atención al paciente con epilepsia” lo que indudablemente redundará en mejor calidad de vida del mismo, a partir de dotar a los que lo apliquen de herramientas que le permitan tratar mejor al paciente “

Dra. Melba Poulot Limonta.
Vicedirectora Provincial APS.
Ciudad de la Habana 27/04/04

INTRODUCCIÓN

Según el Diccionario de Epilepsia de la Organización Mundial de la Salud (OMS), dicha enfermedad se define como una afección crónica producida por diferentes etiologías, caracterizada por la repetición de crisis debidas a una descarga excesiva de las neuronas cerebrales.¹ Por su parte la Comisión de Epidemiología y Pronóstico de la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) considera que se trata de una condición caracterizada por crisis epilépticas recurrentes, no provocadas por alguna causa inmediatamente identificable.² En realidad el término epilepsia procede del griego "epilambanein" y significa ser sobrecogido o poseído bruscamente por fuerzas exteriores. Evidentemente expresa la concepción animista que desde tiempos inmemoriales asoció a esta enfermedad con fuerzas sobrenaturales y que gestó uno de los estigmas más sólidamente fijados en el inconsciente colectivo de la humanidad.³

A los estigmas, prejuicios y criterios erróneos de origen filogenético se suman otros que continúan gestándose en los contextos familiar, escolar, laboral, comunitario y social. Su origen ontogenético no impide que también se expresen con gran fuerza y que incluso provoquen la aparición de autolimitaciones y alteraciones psíquicas. En tales circunstancias no es de extrañar que los factores psicosociales adversos estén entre los que con más frecuencia suelen desencadenar las manifestaciones agudas de la epilepsia. Sin embargo son escasos los estudios que evalúan la incidencia de elementos ambientales en esta enfermedad, toda vez que la tradición biologicista de la medicina y de la neurología como su rama más identificada con el estudio de esta afección, han privilegiado la evaluación de los factores de riesgo neurobiológicos y medicamentosos, más afines con una visión limitada de su objeto de estudio.

En Cuba contamos con tradición en el estudio de la epilepsia que data de siglo XIX. Indudablemente el Padre de la Epileptología cubana es el Dr. Manuel González Echeverría (1833-1897), quien alcanzó fama y reconocimiento mundial. Además de publicar una extensa bibliografía sobre esta temática dirigió varias importantes clínicas en Europa y los Estados Unidos, impartió docencia en grandes universidades de la época e incluso prestó servicios como médico personal del Papa León XIII.^{4,5}

Durante el Siglo XX los enfermos con epilepsia se atendían fundamentalmente en servicios de Psiquiatría, aunque a partir de los años 50 en algunas instituciones hospitalarias neurólogos y neurocirujanos se aproximaron a la problemática de esta enfermedad. En ese sentido en el Hospital Universitario General Calixto García se recuerda el quehacer del Dr. Carlos M. Ramírez Corría (1903- 1977) y sus investigaciones acerca del uso de la medicina verde para el control de la epilepsia.

A partir de 1959 las transformaciones en la Salud Pública posibilitaron dar cobertura al 100% de la población nacional en todas las especialidades médicas. La epilepsia no podía ser una excepción. Aparecen servicios especializados como los del Instituto de Neurología y Neurocirugía (INN), profesores de alto renombre como los Doctores Simón Cantón y Rodríguez Rivera por solo citar dos ejemplos y en la Atención Primaria de Salud (APS) el Programa para la atención a las enfermedades crónicas no transmisibles donde pueden valorarse la atención y la epidemiología de la Epilepsia.

Aproximadamente 70 000 cubanos padecen de dicha enfermedad,⁶ gran parte de ellos concurren a centros especializados de atención secundaria y terciaria, a pesar de que el nivel primario de salud es el escenario ideal para un seguimiento efectivo y que el enfoque social de la salud y del comportamiento humano privilegia el estudio de la adaptación psicosocial a la enfermedad para los fines de atención de salud en el medio donde se desenvuelve el paciente. Sin embargo no contamos con procedimientos instrumentados que en el ámbito comunitario permitan promover entre estos pacientes una conducta favorable a su rehabilitación psicosocial, prevenir sus descompensaciones, garantizar una atención efectiva y adecuar los servicios de salud que se le brindan a sus necesidades.⁶

La Epileptología como ciencia multidisciplinaria emergente ha impuesto en los últimos años una dinámica creativa. Al personal médico especializado considerado básico en la práctica asistencial de esta enfermedad, se han integrado otros profesionales de la salud que proveen

una atención multilateral al paciente. Enfermeros, tecnólogos y psicólogos han sido llamados a librar una batalla contra concepciones arcaicas que suelen causar daño a estos seres humanos. La propia ILAE reconoce que la intervención de la Psicología es útil para promover la comprensión de la enfermedad entre los pacientes y para puntualizar el diagnóstico y el tratamiento; además de considerarla indispensable para la evaluación prequirúrgica y para la rehabilitación del paciente con epilepsia.⁷

Sin embargo la práctica asistencial e investigativa permitió identificar un conjunto de limitaciones en la atención integral al paciente con epilepsia en todos los niveles de atención: un pensamiento profesional muy centrado en el individuo enfermo y en el método clínico individual, pobre consideración de los factores psicosociales que afectan a estos pacientes, insuficiencias en los conocimientos básicos que sobre la temática necesitan los profesionales encargados de su atención, carencia de una bibliografía apropiada para el estudio del tema y dispersión de la existente, poca producción de autores cubanos y déficit de modelos conceptuales y procedimientos psicoterapéuticos aplicables al contexto de la APS.

La constatación de dicha situación y los resultados de varios estudios realizados por el autor en los últimos años lo motivaron a desarrollar el proyecto de investigación Paradigma Psicológico Salubrista para la atención al paciente con epilepsia. En términos generales se propuso asumir una perspectiva diferente al tradicional Paradigma Psicológico Clínico predominante en la Epileptología. Más que evaluar o rehabilitar funciones psíquicas aisladas es preciso elaborar procedimientos que rescaten potencialidades, reintegren al paciente a la vida social y mejoren su calidad de vida. Así el Modelo Teórico Metodológico y el Programa de Intervención Psicosocial para la atención al paciente con epilepsia constituyen una alternativa viable y sus resultados pueden tener relevancia a escala nacional. Su introducción es factible en nuestro medio dado que contamos con la estructura organizativa requerida y el personal idóneo para ello.

Actualidad, novedad y aportes de la tesis.

La actualidad del tema está dada en que se aborda de forma multilateral la problemática del paciente con epilepsia. Durante los últimos años se ha mantenido vigente la campaña internacional "Sacando la epilepsia de las sombras" proclamada por la OMS y se ha hecho un llamado a superar estigmas y prejuicios, a mejorar el nivel de acceso a los tratamientos y a diseñar procedimientos que potencien el control de las crisis y mejoren sustancialmente la calidad de vida en estos pacientes. En la investigación desarrollada el autor aporta un Modelo Teórico Metodológico que incluye evidencia científica actualizada y repercusión práctica en la atención a estos pacientes.

La novedad de la investigación realizada está dada ante todo, en que se aborda la problemática psicosocial de la epilepsia desde la perspectiva de la Psicología de la Salud. Generalmente la labor del psicólogo en los equipos multidisciplinarios de Epileptología se ve limitada a aplicar pruebas neuropsicológicas, rehabilitar funciones aisladas y a brindar apoyo emocional al paciente. En este caso se propone un programa de intervención destinado a mejorar la calidad de vida del paciente a partir de incrementar su adaptación psicosocial y de potenciar la terapia biológica anticonvulsivante. Se demuestra que dotando al paciente de técnicas, habilidades y herramientas psicológicas útiles para controlar el estrés se contribuye también al control de los ataques epilépticos.

Los epileptólogos reconocemos que ante eventos estresantes las crisis se incrementan o reaparecen aun cuando la medicación anticonvulsivante se hubiera mantenido estable. Se desconoce si ello se debe a la disminución del umbral de las crisis o como una respuesta específica ante estímulos inespecíficos. Tradicionalmente ante ello la alternativa que tiene el neurólogo es incrementar la medicación anticonvulsivante con el consecuente riesgo de toxicidad y el encarecimiento del tratamiento. El Programa de Intervención Psicosocial elaborado va dirigido precisamente a entrenar al paciente en el control del estrés y así indirectamente evita las manifestaciones agudas de la epilepsia.

Los aportes fundamentales de la investigación desarrollada incluyen las perspectivas teórica, social, práctica y económica. El aporte teórico de la investigación no se limita a haber

trascendido las limitaciones de un Paradigma Psicológico Clínico y a haber asumido un Paradigma Psicológico Salubrista. El propio diseño del Modelo Teórico Metodológico parte de identificar los factores de riesgo psicosociales como causa de la inadaptación de estos enfermos. Como propuesta psicológica el impacto de esta investigación se fundamenta en que la Psicología de la Salud como rama aplicada de la Psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y del comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de salud requiere de la instrumentación de nuevos procedimientos que partiendo de sus bases teóricas sean susceptibles de ser aplicados en los servicios de salud.⁸

Como propuesta salubrista la investigación desarrollada aporta la utilización de un programa interventivo en el que predominan acciones que se corresponden con elementos de especial significación para la Salud Pública como ciencia y arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad.⁹ Entre dichas acciones están las dirigidas a la promoción de un estilo de vida adecuado o facilitador de la adaptación psicosocial de los sujetos estudiados para contribuir a que incrementen en lo posible su control sobre el proceso salud-enfermedad y a partir de ello desarrollen una vida individual, social y económicamente productiva.

Se incluyen además las acciones encaminadas a la prevención de las manifestaciones agudas que identifican esta enfermedad, valorándose que el trabajo preventivo abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. Finalmente también son válidas para este análisis las acciones destinadas a la adecuación de los servicios de salud que se les brindan, promoviendo la capacitación del personal implicado y la reorientación de los servicios de manera tal que valoren la connotación social de la enfermedad, las necesidades del individuo de forma integral y la pertinencia de un enfoque multidisciplinario.

Por otra parte entre los indicadores que se utilizan para evaluar los resultados de la investigación también predominan los que se corresponden con áreas relevantes para la Salud Pública como son la familia (Indicador Historia Familiar), la comunidad (Indicador Adaptación Interpersonal), el trabajo (Indicador Adaptación vocacional), la economía (Indicador Situación Económica), los servicios de salud (Indicador Medicación y Tratamiento Médico) y la sociedad en general (Indicador Funcionamiento Psicosocial Global)

Como aporte social puede considerarse que el empleo del procedimiento de atención psicológico propuesto, al evitar las frecuentes descompensaciones de las crisis epilépticas por estrés psicosocial, mejora sustancialmente la calidad de vida de estos pacientes, ello es evidente si se parte de que el descontrol de las crisis repercute negativamente en áreas tan significativas como la familia, la escuela o el trabajo. Frecuentes ausencias a las actividades cotidianas, fatigabilidad por el exceso de medicación y respuesta emocional exagerada son algunas de las consecuencias de dicha situación, a lo que hay que añadir que las manifestaciones agudas de la enfermedad pueden contribuir a que se establezca un proceso de deterioro progresivo que tienda a anular las potencialidades del paciente.

Como aporte práctico de utilidad metodológica puede considerarse el propio Programa de Intervención Psicosocial para la atención al paciente con epilepsia, la adaptación transcultural y posterior validación del Inventario psicosocial de pacientes con ataques epilépticos de Washington (WPSI) y el diseño del Eje de acción dirigido a la capacitación del Equipo Básico de Salud, el cual incluyó la elaboración y posterior publicación del libro "Psicología de la Epilepsia" como texto básico de consulta y la instrumentación del Diplomado sobre "Epilepsia: Diagnóstico, pronóstico y tratamiento"

Desde el punto de vista económico el aporte fundamental de la aplicación del Programa de Intervención Psicosocial para la atención del paciente con epilepsia, puede concretarse en que al evitar las descompensaciones de origen psicosocial determina un ahorro considerable de recursos por concepto de disminución del consumo de fármacos anticonvulsivantes y de días/cama de hospitalización. La epilepsia es una enfermedad crónica que por lo general requiere medicación vitalicia, por lo que los costos de la medicación pueden repercutir negativamente en la calidad de vida del paciente.

A partir de los criterios expresados, la investigación desarrollada fue diseñada desde el punto de vista metodológico en función del problema y los objetivos que siguen:

Problema

¿Cómo repercute la aplicación del Programa de Intervención Psicosocial para la atención al paciente con epilepsia en los niveles de adaptación psicosocial de esos pacientes?

Objetivos:

Objetivo general:

1. Comprobar si a través de la aplicación del Programa de Intervención Psicosocial para la atención al paciente con epilepsia se logran mejorar los niveles de adaptación psicosocial de los referidos pacientes.

Objetivos específicos:

1. Elaborar el Modelo Teórico Metodológico y el Programa de Intervención Psicosocial para la atención al paciente con epilepsia.
2. Evaluar la efectividad del Programa de Intervención Psicosocial para la atención al paciente con epilepsia.

Hipótesis:

El Programa de Intervención Psicosocial contribuye a mejorar los niveles de adaptación psicosocial de los pacientes con epilepsia.

El diseño y desarrollo del Modelo Teórico Metodológico para la atención al paciente con epilepsia constituyó el punto de partida para la elaboración del Programa de Intervención Psicosocial. La información teórica que se requería para sustentar ese procedimiento interventivo se encontraba dispersa en artículos inconexos, pero una serie de investigaciones realizadas por el autor en los últimos años sugerían la necesidad de organizarla y de asumir la elaboración del citado constructo teórico metodológico. Con esos fines se utilizaron los métodos generales del conocimiento teórico y se creó una estructura representativa de carácter abstracto que cumple con la condición de ser eficiente, comprensible y utilizable.

Tanto el Modelo como el Programa son el resultado de varias investigaciones que permitieron avanzar hacia posiciones sólidas en el conocimiento científico, logrando así sistematizar una serie de categorías que en el orden teórico sirven al epileptólogo para comprender el efecto de los factores psicosociales que afectan al paciente y en el práctico lo pertrechan de un método terapéutico efectivo comprobado empíricamente.

Las etapas de la investigación desarrollada fueron:

1. Elaboración del Modelo Teórico Metodológico y del Programa de Intervención Psicosocial para la atención al paciente con epilepsia.
2. Aplicación del Procedimiento interventivo propuesto.
3. Evaluación de la efectividad del Procedimiento interventivo aplicado.

El modelo propuesto está integrado por dos sistemas de dimensiones configurativas: uno teórico que explica cómo a partir de factores psicosociales adversos el paciente puede llegar a presentar una inadaptación evidente a su enfermedad y otro metodológico que demuestra

cómo a partir de la Psicología de la salud se ha generado un Programa interventivo capaz de lograr que el paciente alcance una adaptación aceptable a su enfermedad. El éxito de la investigación desarrollada es el resultado de extensas revisiones bibliográficas, de la sistematización de la información disponible y de la experiencia acumulada por el autor durante casi 20 años de labor profesional en el Equipo Multidisciplinario de Epileptología del Hospital Psiquiátrico de La Habana (HPH). Se utilizaron métodos cuantitativos y cualitativos de investigación en forma combinada. En ese sentido se aplicó como técnica cuantitativa el WPSI, el cual previamente fue sometido a un proceso de validación y como técnica cualitativa se usó la Entrevista en profundidad.

El procedimiento interventivo se desarrolló en el espacio físico de una consulta especializada de nivel secundario, pero los pacientes eran monitoreados desde la APS e incluso algunas de las acciones educativas y psicoterapéuticas incluidas en el programa interventivo se ejecutaron en el contexto comunitario. Precisamente la Vicedirección provincial de APS de Ciudad de La Habana como cliente fundamental del proyecto territorial que le dio origen a esta investigación acepta que en su ámbito de acción se generalicen sus resultados.

La concepción histórico cultural de la Psicología coherente con la concepción materialista dialéctica del mundo sustenta esta investigación de desarrollo en la que se presenta el Modelo como sistema de conocimientos que explica la incidencia de los factores de riesgo psicosociales en la aparición de las manifestaciones agudas de la epilepsia y el Programa como recurso de sencilla ejecución capaz de prevenir las descompensaciones de origen psicosocial. Se valoran además las contribuciones al perfeccionamiento del Programa nacional de prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, al desarrollo de la Epileptología como ciencia multidisciplinaria emergente y a promover el fin de los estigmas, prejuicios y criterios erróneos que, como asegura la campaña global de la OMS aun vigente, han mantenido la epilepsia durante siglos en la "sombra"⁶

La memoria escrita de la investigación realizada se estructura en cuatro capítulos. En el primero se desarrolla su fundamentación teórica y se incluyen las consideraciones generales, las investigaciones básicas y las tendencias actuales en el estudio psicológico de la epilepsia. En el segundo capítulo se describe el diseño metodológico de la investigación y en el tercero se presenta el Modelo Teórico Metodológico para la atención psicológica al paciente con epilepsia. Finalmente, el cuarto capítulo se detiene en la evaluación final de la aplicación del Programa de Intervención Psicosocial para la atención al paciente con epilepsia.

1. CONSIDERACIONES GENERALES, INVESTIGACIONES BÁSICAS Y TENDENCIAS ACTUALES EN EL ESTUDIO PSICOLÓGICO DE LA EPILEPSIA

Este capítulo se ha estructurado en tres epígrafes: el primero aborda la epilepsia desde una perspectiva psicológica y en él se incluyen las consideraciones generales acerca de la enfermedad y su estudio desde las perspectivas filogenética y ontogenética respectivamente. El segundo se refiere a las investigaciones psicológicas y a la incidencia de la categoría calidad de vida en el contexto de la Epileptología. Finalmente el tercero destaca el estrés como fundamento de la atención psicológica en la epilepsia, precisando consideraciones generales y evaluando la relación entre estrés y crisis epiléptica. La presentación de los contenidos de los epígrafes se realizó teniendo en cuenta su grado de generalidad y aporte relativo a la investigación realizada.

El epígrafe “La epilepsia desde una perspectiva psicológica” se inicia con precisiones conceptuales acerca de la epilepsia y de los grupos de factores de riesgo responsables de la aparición de sus manifestaciones agudas. La epilepsia es una enfermedad de origen orgánico cuya causa fundamental reside en la actividad eléctrica anormal del cerebro. Se trata de una afección crónica de patogenia diversa, caracterizada por crisis eléctricas recurrentes, debidas a una descarga excesiva de las neuronas corticales que eventualmente puede estar asociada con variadas manifestaciones clínicas y paraclínicas.^{1,10} La aparición de manifestaciones agudas (crisis convulsivas y alteraciones psíquicas) en los pacientes con epilepsia está vinculada a tres grupos de factores de riesgo:^{14,15}

Factores neurobiológicos: Edad de inicio de las crisis y su duración, tipos de ataques y su control, características electroencefalográficas, presencia de daño cerebral, metabolismo cerebral y neurotransmisores.

Factores psicosociales: Temor a las crisis, calidad de vida deficiente, problemas financieros, escasa disponibilidad de apoyo social, estigmas sociales y familiares.

Factores medicamentosos: Politerapia anticonvulsivante, tratamiento con barbitúricos, déficit de folatos y efecto hormonal.

Durante milenios, el hombre no encontró explicación racional a esta enfermedad. En el siglo XX las investigaciones neurofisiológicas e imagenográficas han sido especialmente relevantes, pero a pesar de haberse desarrollado toda una serie de avances tecnológicos que demuestran las características de esta enfermedad y de que el tratamiento farmacológico facilite el control de las crisis en la mayoría de los enfermos, todavía persiste cierto rechazo social hacia el paciente con epilepsia.

Para comprender cómo se genera la complicada situación psicosocial del paciente con epilepsia, es imprescindible conocer la repercusión que tiene la enfermedad a lo largo del ciclo vital humano. Cuando el adulto con epilepsia recibe un tratamiento biológico y psicológico eficaz, no tiene prácticamente limitaciones en su vida personal. Tanto la esfera laboral como la recreación, la sexualidad y las interacciones familiares, pueden discurrir de manera normal.⁴⁵

Sin embargo con frecuencia aquel niño sobreprotegido, aislado y consciente de su condición de “diferente”, que diera lugar a un adolescente “rebelde”, se convierte ahora en un adulto pesimista y agobiado ante la posibilidad de sufrir una crisis. En el paciente de la tercera edad la epilepsia implica riesgos que pueden ser resultado tanto del uso prolongado de drogas anticonvulsivantes como del hecho de haber sido alejado de la vida social.^{50,51}

En el epígrafe “La investigación psicológica en el paciente con epilepsia” se especifica que las investigaciones epidemiológicas acerca de la epilepsia han avanzado significativamente en los últimos años,^{54,55} Sin embargo la evaluación psicológica del paciente convulsivo constituye un

aspecto vulnerable en su atención integral. Los instrumentos utilizados son muchas veces cuestionables, al no ser empleados con la sistematicidad requerida, ni contar con la imprescindible uniformidad metodológica. En muchas consultas especializadas no se le presta la debida atención a la asociación epilepsia-alteraciones psíquicas.

Los estudios realizados en todo el mundo demuestran que las alteraciones psicosociales que presentan los pacientes con epilepsia trascienden las diferencias raciales, geográficas y culturales. En la actualidad la impronta de los estudios acerca de la calidad de vida y del bienestar psicológico se hace sentir con particular fuerza en el campo de la Epileptología. Se reconoce que la salud es uno de los principales valores del hombre, constituye uno de los determinantes más importantes de su calidad de vida total y repercute en el resto de sus elementos integrantes. A partir de ello se valora que el diagnóstico de epilepsia y la aparición de sus manifestaciones agudas determinan un detrimento significativo del bienestar físico, mental y social en estos pacientes.

Finalmente en el epígrafe “El estrés como fundamento de la atención psicológica en la epilepsia” se explica como inicialmente, el estrés fue conceptualizado como respuesta adaptativa del organismo frente a los estímulos o situaciones nocivas que amenazan su estabilidad. Posteriormente, otros autores mostraron interés por establecer el valor relativo de los estímulos o eventos vitales que provocan esta respuesta, al ser percibidos por el organismo como una amenaza o fuente de peligro, pero a la postre la concepción del estrés como proceso transaccional⁸⁶ es mucho más abarcadora y funcional. Su creador Richard Lazarus planteó que las causas del estrés no podían ser buscadas ni en el individuo ni en el ambiente, sino que estaban vinculadas a la relación entre ambos. De esta forma define el estrés psicológico como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

Desde mediados del siglo pasado y partiendo de evidencias empíricas se aceptaba que el estrés y las crisis epilépticas se hallaban asociados, pero no es hasta la década de los años setenta que se precisa el hecho de que el estrés podía desencadenar los ataques. La ansiedad, la cólera y ciertos eventos comenzaron a percibirse como factores capaces de inducir o exacerbar las crisis. Posteriormente, al determinarse el hecho de que los eventos diarios están asociados a la salud física y mental, y que ellos, en última instancia, caracterizan en uno u otro sentido la vida del individuo,⁶ surgió un interés especial por correlacionarlos con las crisis epilépticas, no solo para comprender el origen de los ataques, sino porque se avizoró que, controlando o modificando el impacto de esos sucesos sobre el individuo, podría lograrse algún nivel de control sobre las crisis.

La relación entre estrés y crisis epiléptica sugiere la posibilidad de probar nuevas alternativas interventivas diferentes al tradicional aumento de la medicación anticonvulsivante. Una opción válida es, sin lugar a dudas, el empleo de procedimientos anti-estrés.⁸⁸ Dadas las características de la enfermedad epiléptica, este tipo de procedimiento puede ser muy útil al influir sobre los aspectos cognitivos, afectivo-emocionales y conductuales del paciente. Tomando en cuenta estos presupuestos y una vez demostrada la vulnerabilidad del paciente con epilepsia ante el estrés, el autor se propuso desarrollar un procedimiento interventivo dirigido a prevenir las manifestaciones agudas de esta enfermedad. Para ello partió de los postulados de la Psicología de la Salud como rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud.

2. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

Los aspectos abordados con anterioridad denotan la existencia de un conjunto de experiencias que ofrece posibilidades para acometer la investigación propuesta. En este capítulo se exponen las características del diseño metodológico de la investigación realizada. Se desarrollaron tres etapas fundamentales: la elaboración del Modelo Teórico Metodológico y del Programa de Intervención Psicosocial para la atención al paciente con epilepsia, la aplicación del procedimiento interventivo propuesto y la evaluación de la efectividad del Procedimiento interventivo aplicado.

Etapa 1. (Elaboración del Modelo Teórico Metodológico y del Programa de Intervención Psicosocial para la atención al paciente con epilepsia): En esta etapa se utilizaron procedimientos exploratorios y descriptivos para delimitar los elementos que conforman el problema y para ampliar el ámbito de conocimientos a un nivel tal, que permita precisar las relaciones entre las variables y potenciar su base explicativa. De esa forma se diseñó un Modelo Teórico Metodológico que como sistema conceptual de valor instrumental, aporta coherencia y permite especificar e interpretar la diversa e inconexa información que sobre esta temática se encontró y se crearon las condiciones que permitieron la elaboración del Programa de Intervención Psicosocial propuesto.

Etapa 2. (Aplicación del Procedimiento interventivo propuesto): El Programa de Intervención Psicosocial para la atención al paciente con epilepsia se ejecutó en el trienio 2003 – 2005. La investigación se desarrolló a partir de un estudio explicativo experimental. La medida terapéutica evaluada como variable explicativa fue el programa de intervención psicosocial aplicado y se midió el efecto producido en las variables de respuesta. Se realizó la asignación aleatoria de los pacientes a los grupos Experimental y Control. A partir de la incorporación del primer sujeto a uno de los grupos de estudio por un procedimiento aleatorio (lanzamiento de una moneda) se procedió a la asignación alternada de los mismos respetando estrictamente el orden de llegada a la institución. Para dar salida a los objetivos propuestos se consideraron los criterios y variables siguientes:

Criterios de inclusión y exclusión: Diagnóstico clínico de epilepsia, aplicación válida del WPSI e inadaptación psicosocial evidente en la escala de “Funcionamiento psicosocial global” de dicho instrumento. Se excluyeron los pacientes con otros trastornos neurobiológicos, psiquiátricos o cognitivos.

Variables de control: Edad, sexo, presencia de lesión cortical, frecuencia de las crisis (baja, media o alta), clasificación de las crisis. (parcial simple, parcial compleja, generalizada o múltiple) y tratamiento (monoterapia o politerapia anticonvulsiva)

Variable independiente: Aplicación de Programa de Intervención Psicosocial para la atención del paciente con epilepsia.

Variables dependientes: Puntajes obtenidos en cada escala psicosocial del WPSI corroborados mediante la Entrevista a profundidad (“Historia familiar”, “Adaptación emocional”, “Adaptación interpersonal”, “Adaptación vocacional”, “Situación económica” “Adaptación a los ataques”, “Medicación y tratamiento medico” y “Funcionamiento psicosocial global”). Los puntajes obtenidos en cada escala fueron evaluados a partir de un perfil en el que se establecen los siguientes niveles de adaptación:

Niveles de adaptación psicosocial

Nivel 1	Sin problemas significativos	}	Adaptación aceptable
Nivel 2	Con problemas de significado limitado		
Nivel 3	Con problemas de claro impacto	}	Inadaptación evidente
Nivel 4	Con problemas de grave impacto		

Otras variables consideradas por su implicación en algunas de las áreas específicas y que solo se tomaron en cuenta a los efectos del análisis cualitativo de la información fueron la

escolaridad, el estado civil, la ocupación, el tiempo de evolución de la enfermedad y el fármaco anticonvulsivante específico que les fue indicado. Para ser incluido en el estudio a cada paciente se le solicitó su consentimiento informado. La población objeto de este estudio es una población de las llamadas "infinitas" definida por el universo de pacientes con epilepsia refractaria. Para la selección de la muestra se consideraron los pacientes que concurrieron a la consulta de epilepsia del DTE entre los años 2003 y 2005 que cumplieron los criterios de inclusión establecidos. Estos pacientes constituyen un grupo suficientemente representativo desde el punto de vista clínico para la epilepsia refractaria. De ellos se realizó una asignación aleatoria para integrar dos grupos de estudio cuya homogeneidad fue verificada mediante procedimientos estadísticos.

El proceso de selección se llevó a cabo hasta arribar a la cuota preestablecida de 400 pacientes, ampliamente suficiente para detectar los efectos de cierta magnitud. Se consideró que trabajar con esa cantidad de pacientes era razonable toda vez que la medida terapéutica evaluada no representa afectaciones de ningún tipo al paciente ni implica gastos adicionales. La aplicación del procedimiento interventivo a 200 pacientes fue posible en el orden práctico a partir de los recursos humanos disponibles y del tiempo previsto para ello. Finalmente quedaron constituidos los dos grupos de estudio: Grupo: 0 (Control) y Grupo: 1 (Experimental). El grupo Experimental fue sometido al Programa de intervención psicosocial para la atención al paciente con epilepsia y el grupo control recibió atención clínica convencional.

Durante la realización de esta investigación la técnica utilizada como pre prueba para la selección de la muestra y como post prueba para precisar los indicadores considerados variables dependientes fue el WPSI. El nivel alcanzado por cada uno de esos indicadores fue corroborado mediante la técnica cualitativa de la Entrevista en profundidad. Entre la diversidad de instrumentos psicométricos utilizados en la evaluación del ajuste psicosocial en la epilepsia, probablemente uno de los más utilizados sea el WPSI, diseñado en el equipo de trabajo del profesor Carl B. Dorrill en la Universidad de Washington.⁸¹ Este cuestionario consta de 132 preguntas breves con sencilla formulación, que lo hacen adecuado para el estudio de grandes muestras poblacionales. La complejidad del WPSI es compatible con las eventuales limitaciones neuropsicológicas de los pacientes con epilepsia. Para la utilización del WPSI en esta investigación fue necesario validarlo a partir de criterios de expertos. Aunque esto no estaba entre los objetivos trazados resultó ineludible ya que no se disponía de una versión adecuada para la población cubana

La técnica cualitativa Entrevista en profundidad tiene como objetivo obtener información acerca de la conducta de los sujetos en determinadas áreas. Consiste en una conversación profesional con una o varias personas con el propósito de identificar el sentido que se le atribuye a la conducta individual y social mediante el conocimiento de los criterios y opiniones del entrevistado. La aplicación de esta técnica en la investigación desarrollada tuvo como objetivo fundamental contribuir a la precisión de los niveles de adaptación psicosocial de cada paciente. Para el análisis de contenido de la entrevista en profundidad se elaboraron categorías explicativas, las cuales también fueron evaluadas en ambos grupos de estudio.

Etapa 3. (Evaluación de la efectividad del procedimiento interventivo aplicado): En esta etapa se realizó la evaluación final de los resultados como post prueba del diseño experimental desarrollado. Nuevamente se midió el comportamiento de cada uno de los ocho indicadores básicos utilizados teniendo en cuenta tanto elementos cuantitativos (WPSI) como cualitativos (Entrevista en profundidad). El procesamiento de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS versión 13.0 para Windows. Para la evaluación de los resultados finales de la investigación se calcularon las estadísticas descriptivas correspondientes a los ocho indicadores básicos considerados, se compararon los grupos con respecto a variables relevantes y se utilizaron modelos lineales que remueven el posible efecto de las variables de control.. Ello se hizo teniendo en cuenta tanto los resultados finales como el cambio relativo operado en cada una de ellas a partir de la intervención.

3. MODELO TEÓRICO METODOLÓGICO PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON EPILEPSIA.

En este capítulo se describen los basamentos teóricos y los elementos estructurales que conforman al Modelo Teórico Metodológico para la atención psicológica al paciente con epilepsia. Se puntualizan además los elementos que componen el Programa de Intervención Psicosocial elaborado. Especial énfasis se hace en el concepto de Modelo como aparato conceptual de valor instrumental. Finalmente se detalla la representación gráfica del Modelo.

La elaboración del Modelo Teórico Metodológico para la atención psicológica al paciente con epilepsia no es un resultado inusitado. Se trata de una investigación de desarrollo cuyas premisas se han venido gestando desde hace alrededor de 20 años a lo largo de los cuales el autor ha trabajado como integrante del Equipo Multidisciplinario de Epileptología del HPH. Este constructo teórico metodológico se estructuró en una lógica integradora bajo el concepto de modelo como aparato conceptual de valor instrumental, en tanto resulta útil para especificar e interpretar la diversa información que puede obtenerse dentro de cualquier ámbito de indagación en el cual se quieran analizar fenómenos.

En estudios previos se demostró que si bien la Neuropsicología ofrecía oportunidades significativas y lograba incidir sobre los factores de riesgo neurobiológicos, era indispensable la intervención de la Psicología desde una perspectiva clínica más general para incidir sobre los factores de riesgo psicosociales que afectan a estos pacientes. Con dicho enfoque clínico se podían superar sus manifestaciones agudas, pero no era aplicable a pacientes con relativo control de las crisis y sin alteraciones psíquicas asociadas, por lo que era necesario el desarrollo de un enfoque preventivo en la epilepsia. Para ello se partió de comparar la efectividad de los esquemas de atención clínico y salutogénico en la modulación del bienestar psicológico de los pacientes. Con ese estudio se produjo un acercamiento definitivo a las posiciones teóricas de la Psicología de la Salud

Entre los presupuestos generales considerados para la elaboración del Modelo está la constatación de que determinados eventos vitales desencadenan crisis epilépticas en pacientes con relativo control de sus ataques. Se especula si ello se debe a una menor absorción de los anticonvulsivantes o a una disminución del umbral de las crisis como respuesta inespecífica a estímulos específicos. Se sabe que las reacciones del sujeto para enfrentar el estrés activan el sistema hormonal y provocan trastornos tanto en la sangre como en el sistema inmunológico.¹⁰ La conducta terapéutica que se sigue en esos casos es, por lo general, el incremento de la medicación anticonvulsivante con los consecuentes riesgos de toxicidad y encarecimiento del tratamiento.

Programa de Intervención Psicosocial para la atención al paciente con epilepsia.

Eje de Acción I: Promoción de "salud" (En este caso promoción de un estilo de vida adecuado o facilitador de la adaptación psicosocial del paciente con epilepsia). Para ello se usan técnicas psicoterapéuticas y educativas para perfilar un estilo de vida adecuado o facilitador de la adaptación psicosocial.

Eje de Acción II: Prevención de las "enfermedades" (En este caso prevención de las manifestaciones agudas de la epilepsia a partir de la formación de habilidades para el afrontamiento constructivo al estrés) Para ello se usan técnicas cognitivo-conductuales y afectivas para fortalecer el conocimiento y dominio del estrés.

Eje de Acción III: Atención a los "enfermos y personas con secuelas" (En este caso potenciar la aceptación de la enfermedad como condición intrínseca de la vida de cada paciente y en función de ello lograr un adecuado nivel de adherencia terapéutica) Para ello se usan técnicas educativas y psicoterapéuticas para potenciar la aceptación de la enfermedad y la adherencia terapéutica.

Eje de Acción IV: Adecuación de los servicios de salud a las necesidades de quienes los reciben. (En este caso organizar una estrategia de capacitación en Epileptología dirigida a la superación profesional del Equipo Básico de Salud que atiende a cada paciente) Para ello se utiliza una estrategia de capacitación y superación profesional.

Las técnicas cognitivo-conductuales y afectivas correspondientes al Eje de acción II se organizaron según el área a la que predominantemente se dirigen (cognitiva, afectiva o conductual). De cada una de ellas se aplican las técnicas que demande la situación concreta de cada paciente:

Área cognitiva.

Reestructuración cognitiva: Entrena al paciente en la identificación y modificación de las ideas irracionales que median entre los acontecimientos activantes y sus respuestas emocionales o conductuales.

Aserción encubierta: Entrena al paciente en la utilización de pensamientos o imágenes afirmativas para enfrentar ideas de carácter repetitivo o pensamientos automáticos.

Solución de problemas: Entrena al paciente para identificar sus problemas, generar alternativas de acción y ensayarlas paulatinamente.

Área afectiva.

Relajación: Capacita al paciente para autocontrolarse y dominar su activación psicofisiológica mediante técnicas de focalización, respiración e imaginación.

Inoculación del estrés: Entrena al paciente para utilizar las señales de tensión como aviso para relajarse y de esa forma enfrentar la activación psicofisiológica y las autoverbalizaciones estresantes.

Control de la ira: Entrena al paciente para desactivar esta reacción emocional mediante procedimientos de contención, verbalización de los sentimientos y derivación de la energía resultante hacia otras actividades.

Área conductual

Clarificación de valores: Hace consciente al paciente de los valores poseídos y de su influencia en las decisiones y relaciones con los demás.

Guión asertivo: Capacita al paciente para perfeccionar la comunicación y las relaciones con otras personas mediante el análisis de situaciones estresantes y la modelación de la respuesta asertiva adecuada.

Empleo del tiempo: Hace consciente al paciente acerca de la forma en que emplea el tiempo a partir de su graficación y sugiere propuestas para incidir en los desequilibrios entre el tiempo dedicado al trabajo, la familia, las actividades sociales, etc.

El Eje de acción IV incluye una propuesta de estrategia de capacitación y superación profesional en la que se incluyen tres niveles de ejecución. Al menos uno de ellos debe ser aplicado a un integrante del Equipo Básico de Salud que atiende a cada paciente:

Niveles de Ejecución:

Nivel de ejecución informativo (Familiarización): Se facilita al Equipo Básico de Salud información científica actualizada sobre Epileptología a través de conferencias, materiales impresos y en soporte magnético.

Nivel de ejecución aplicativo (Talleres participativos): Se organizan actividades participativas

con integrantes del Equipo Básico de Salud en las que se entrenan en la aplicación de procedimientos psicoterapéuticos e instrumentos evaluativos, y se debaten textos especialmente elaborados para ello. Con ese fin fue escrito y publicado el libro “Psicología de la Epilepsia”

Nivel de ejecución productivo (Cursos de postgrado): Se propicia la formación de postgrado en Epileptología de los integrantes del Equipo Básico de Salud que atiende al paciente. Con ese fin se desarrolló el Diplomado en “Epilepsia: Diagnóstico, pronóstico y tratamiento”:

Para la validación del Programa interventivo creado se consideraron los resultados satisfactorios obtenidos en un pilotaje previo. Además se desarrollaron consultas a expertos y a usuarios potenciales del mismo (pacientes e integrantes del Equipo Básico de Salud). Se verificó la existencia de coincidencia de opiniones favorables en más del 95% de los casos.

El Modelo Teórico Metodológico para la atención al paciente con epilepsia se organizó en una estructura multidimensional constituida por dos sistemas de dimensiones. El primero de esos sistemas tiene carácter teórico mientras que el segundo es eminentemente metodológico. La relación entre ambos sistemas y entre las dimensiones que los componen constituye una dinámica de interacción sistémica, multidireccional y compleja en la que el estrés es el referente explicativo central del nivel de adaptación del paciente a su enfermedad.

En la representación gráfica del modelo pueden observarse ambos sistemas de dimensiones. De izquierda a derecha se ilustra el sistema teórico en el que aparecen incidiendo sobre el paciente los factores de riesgo psicosociales. A partir de ello se genera en el paciente el estrés expresado como vulnerabilidad, descontrol de las crisis, emociones negativas y perfil de riesgo. La acción de todos ellos sugiere en el paciente con epilepsia un giro hacia la parte inferior de la representación del Modelo donde se ilustra la inadaptación evidente a la enfermedad que padece.

De derecha a izquierda se representa el sistema metodológico. Puede observarse como a partir del Programa de Intervención Psicosocial para la atención al paciente con epilepsia, el cual aparece detallado en la representación gráfica, se generan acciones que inciden sobre el paciente potenciando fortaleza personal, control de las crisis, emociones positivas y perfil de seguridad. Esos elementos determinan en el paciente con epilepsia un giro hacia la parte superior de la representación del modelo donde se ilustra la adaptación aceptable a la enfermedad que padece.

Finalmente en la representación gráfica del modelo se identifican de manera operativa ambos sistemas de dimensiones como “Psicología de la Epilepsia” y se representan contrarrestando a los factores de riesgo psicosociales, de manera similar a como aparece representado que lo hace la “Cirugía de la Epilepsia” a los factores de riesgo neurobiológicos y la “Farmacología de la Epilepsia” a los factores de riesgo medicamentosos (Figura 1)

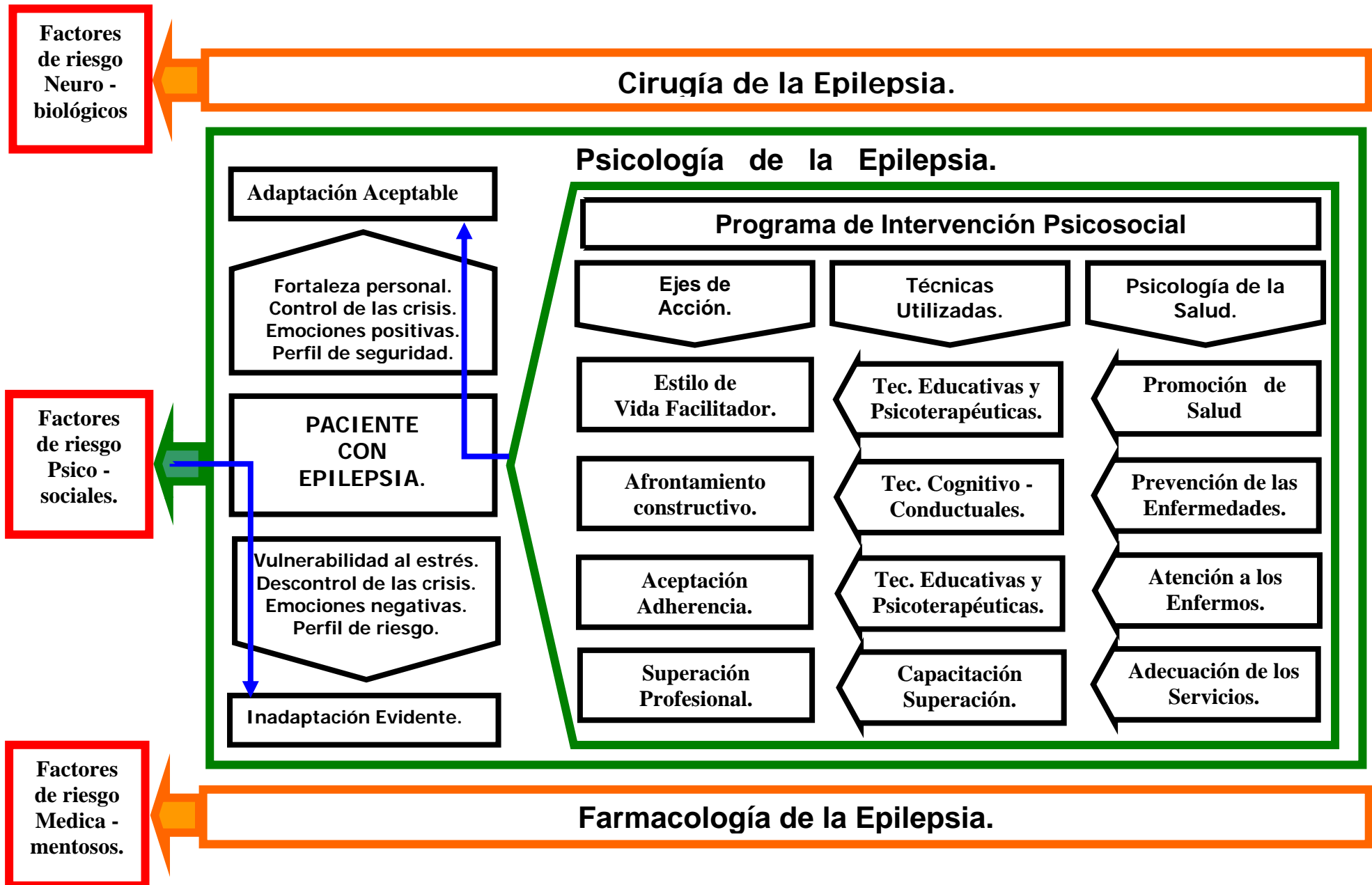


Figura 1 Representación gráfica del Modelo Teórico Metodológico para la atención psicológica al paciente con epilepsia.

4. EVALUACIÓN FINAL DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON EPILEPSIA.

Después de exponer en el capítulo anterior como se fundamentó y desarrolló el Modelo Teórico Metodológico para la atención al paciente con epilepsia, se valoran ahora los resultados de la investigación realizada. Se parte de la presentación de los principales procedimientos estadísticos aplicados, así como de algunos de los hallazgos más significativos. Posteriormente se analizan y discuten los resultados obtenidos por los grupos Experimental y Control en cada uno de los indicadores considerados (Escala psicosociales del WPSI).

Para la evaluación de los resultados de esta investigación se partió del cálculo de la media aritmética y de la desviación típica de cada una de las ocho variables dependientes o de respuesta consideradas (Escala psicosociales del WPSI) en los grupos Experimental y Control. Posteriormente se realizaron pruebas simples de comparación de medias, se calcularon las diferencias de medias y los intervalos de confianza. Este procedimiento se hizo inicialmente a partir de los resultados de la evaluación final y posteriormente teniendo en cuenta la diferencia relativa entre la evaluación inicial y final. En ambos casos se encontraron diferencias significativas que favorecen a los pacientes del Grupo Experimental

En la Figura 2 se puede observar como se comportan en el Gráfico Perfil del WPSI las curvas que representan los niveles de adaptación psicosocial de ambos grupos de pacientes estudiados. El WPSI fue diseñado de manera tal que las preguntas que puntúan para cada escala expresan siempre dificultades adaptativas para el paciente, por lo que los puntajes inferiores indican mejores niveles de adaptación psicosocial.

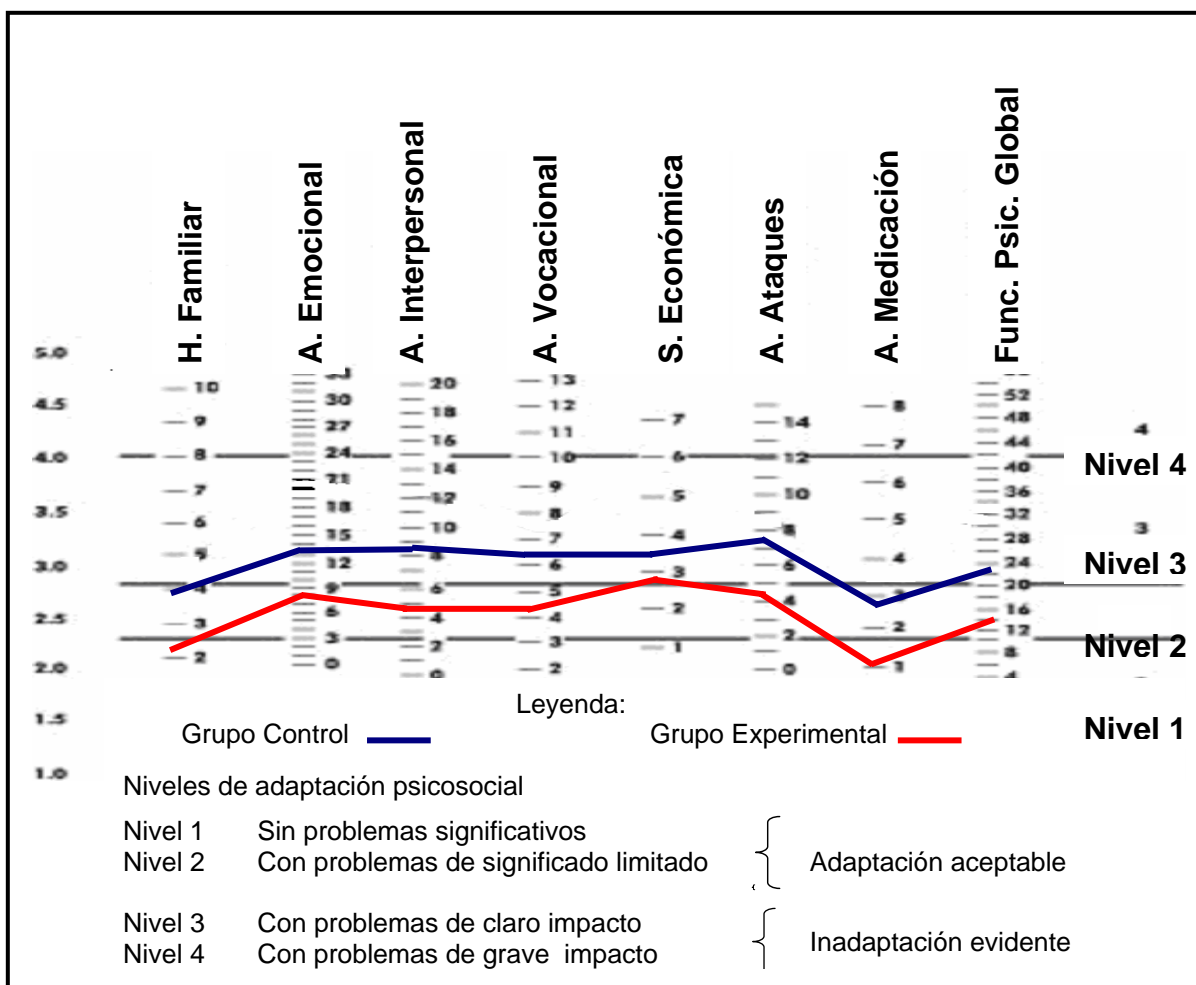


Figura 2 Comparación de los niveles de adaptación psicosocial obtenidos por los grupos Experimental y Control.

Los resultados obtenidos permitieron precisar que se lograron conformar mejores niveles de adaptación psicosocial en los pacientes a los que se le aplicó el Programa de Intervención Psicosocial para la atención al paciente con epilepsia. Ello se puso de manifiesto en las ocho escalas psicosociales estudiadas. No obstante se observaron fenómenos interesantes que merecen comentarios específicos. Por ejemplo en las escalas “Adaptación emocional”, “Adaptación interpersonal”, “Adaptación vocacional”, “Adaptación a los ataques” y “Funcionamiento psicosocial global”, los pacientes pertenecientes al grupo Experimental promediaron un nivel cualitativo de adaptación aceptable, mientras que los del grupo Control no lograron trascender de un nivel cualitativo de inadaptación evidente.

En dos de las escalas, “Historia familiar” y “Medicación y tratamiento médico”, los pacientes del grupo Experimental se ubicaron en el nivel 1 del perfil del WPSI (Sin problemas de adaptación psicosocial), sin embargo los pacientes a los que no se les aplicó el referido programa interventivo también obtuvieron resultados satisfactorios en cuanto a adaptación psicosocial (Problemas de impacto limitado en la adaptación psicosocial) Es decir en ambos casos se alcanzó un nivel cualitativo de adaptación aceptable. En la escala psicosocial “Situación económica”, tanto el grupo Experimental como el Control permanecieron en un mismo nivel de adaptación psicosocial (Problemas de claro impacto en la adaptación psicosocial), aunque se evidenciaron diferencias significativas en el análisis cuantitativo favorables al grupo Experimental. La evaluación cualitativa de estos resultados los ubica en un mismo nivel de inadaptación evidente.

Para la evaluación del efecto de las variables de control sobre los resultados de la investigación realizada se partió de verificar la homogeneidad de la muestra utilizada. La evaluación del efecto de las variables de control sobre la intervención realizada incluyó dos niveles de análisis: efecto general de la intervención (todos los indicadores unidos) y efecto específico de la intervención (cada indicador por separado). Se verificó que en ambos casos ninguna de las variables de control y sus interacciones provocó sesgos en los resultados, ya que al ser removidas se mantuvo el efecto de la intervención. También se tuvieron en cuenta los resultados de la aplicación de la técnica cualitativa de la Entrevista en profundidad. Ello resultó ser de gran utilidad pues permitió corroborar la autenticidad de los niveles de adaptación alcanzados y a constatar otros datos de gran valor para la investigación.

A continuación se destacan de forma resumida los criterios que fundamentan el cambio operado y los aspectos conceptuales considerados en el análisis de los resultados en cada indicador considerado:

1- Indicador “Historia Familiar”: La intervención realizada se dirigió a mejorar las relaciones interpersonales y familiares, fomentar la aceptación de la enfermedad y potenciar el control de manifestaciones emocionales negativas que generalmente impactan la fuente familiar de apoyo social. Se mantuvo la tendencia a valorar positivamente la sobreprotección familiar. En el análisis de los resultados se valoró la incidencia de los conceptos de personalidad y familia y de la connotación sui generis de la epilepsia.^{101,120,125}

2- Indicador “Adaptación Emocional”: La intervención realizada al incluir técnicas como la relajación, el control de la ira y la solución de problemas genera una sensación de control en el paciente que contribuye a su bienestar y a superar los estados emocionales dañinos. Se logró modificar la vivencia de inseguridad y temor ante la enfermedad. En el análisis de los resultados se valoraron la depresión y la ansiedad como estados emocionales frecuentes.¹³¹

3- Indicador “Adaptación Interpersonal”: La intervención realizada se dirigió a conformar un estilo de vida coherente con el intercambio social, a la formación de habilidades sociales y al uso del tiempo como recurso valioso para el intercambio con los demás. Se promueve la aceptación de la enfermedad y la formación de nexos sólidos y realistas. Se logró ampliar el acceso a las redes de apoyo social. En el análisis de los resultados se valoró básicamente la incidencia de las redes de apoyo social.¹²⁸

4- Indicador “Adaptación Vocacional”: La intervención realizada permitió a los pacientes asumir un estilo de vida previsor, aceptar las limitaciones que la enfermedad le impone, mejorar el control sobre las crisis, concientizar sus derechos y elevar sus niveles de satisfacción subjetiva en esta área. No obstante se mantuvo la Vivencia de insatisfacción laboral actual. En el

análisis de los resultados se valoró la repercusión de los procesos de orientación vocacional y profesional y de la interacción trabajo-salud mental.^{137,139}

5- Indicador "Situación Económica": La propuesta de revalorar los bienes espirituales y de destacar su significación por encima de los materiales contribuye a modificar la tendencia a exacerbar las dificultades económicas. En general los costes de la enfermedad no constituyen una problemática para estos pacientes. Sin embargo coinciden en que presentan problemas económicos generales. En el análisis de los resultados se valoró la repercusión de los costes directos, indirectos e intangibles de la epilepsia.¹⁴⁷

6- Indicador "Adaptación a los Ataques": La intervención realizada promueve mejoras en la capacidad de trabajo, sentimientos de bienestar y autorrealización personal. Ello contribuye a vencer el temor a los ataques. La adherencia terapéutica y el dominio de recursos antiestrés incrementan el control efectivo de las crisis. Con la intervención se logró superar el resentimiento hacia la enfermedad. En el análisis de los resultados se valoró la incidencia de las emociones positivas y negativas en este indicador.^{157,158}

7 Indicador "Medicación y Tratamiento Médico": La intervención propuesta desarrolló la aceptación de la enfermedad y la adherencia terapéutica, además de contribuir a la adecuación de los servicios mediante el desarrollo de actividades de capacitación y superación profesional. Se mantuvo la tendencia valorar positivamente el proceder médico actual. En el análisis de los resultados se valoraron el cumplimiento de las indicaciones y la adherencia terapéutica como aspectos de especial repercusión en este indicador.^{159,160}

8- Indicador "Funcionamiento Psicosocial Global": La intervención desarrollada también repercute positivamente en este indicador. Considerado un resumen del resto de los indicadores se beneficia con todos los aspectos que determinaron en ellos mejoras en los niveles de adaptación. Se logró superar la vivencia de vulnerabilidad e indefensión. En el análisis de los resultados se valoraron los resultados de otras investigaciones desarrolladas tanto en Cuba como en otras partes del mundo.^{62,63,81,121,124}

Finalmente con esta tesis se demuestra que la Psicología, dentro del contexto multidisciplinario de la Epileptología, puede realizar un aporte valioso en aras de mejorar la calidad de vida del paciente con epilepsia. Mas allá de la simple evaluación de las capacidades que supuestamente tienden a deteriorarse o del apoyo compasivo que muchas veces no trasciende a la sugerencia de una adaptación pasiva a la enfermedad, los psicólogos pueden incidir de manera efectiva en la superación de las manifestaciones agudas de la epilepsia y en lograr una adaptación psicosocial activa y creadora en cada paciente. El Modelo explicativo y el Programa interventivo desarrollados y aplicados por el autor demuestran que existen posibilidades reales de alcanzar esos objetivos y que al valor ético y humano de este empeño se suma la solidez científica del trabajo realizado.

CONCLUSIONES

Con la aplicación del Programa de Intervención Psicosocial para la atención al paciente con epilepsia se lograron mejorar los niveles de adaptación psicosocial de los referidos pacientes. Ello se puso de manifiesto en todas las áreas consideradas, pero los resultados fueron especialmente exitosos en los indicadores "Adaptación emocional", "Adaptación interpersonal", "Adaptación vocacional", "Adaptación a los ataques" y "Funcionamiento psicosocial global".

El Programa de Intervención Psicosocial y el Modelo Teórico Metodológico para la atención al paciente con epilepsia fueron elaborados. En general este modelo está integrado por dos sistemas de dimensiones que fundamentan la pertinencia del empleo de recursos psicológicos como alternativa que permita afrontar los factores psicosociales de riesgo que generalmente afectan a estos pacientes. El programa como núcleo del sistema metodológico, parte de los elementos del amplio modelo de actividad de la Psicología de la Salud y se dirige a alcanzar objetivos específicos a partir de cuatro ejes de acción.

La efectividad del Programa de Intervención Psicosocial para la atención al paciente con epilepsia ha sido evaluada como exitosa. Este procedimiento interventivo al incluir técnicas para promover comportamientos que potencien la rehabilitación psicosocial del paciente con epilepsia, prevenir las manifestaciones agudas de la enfermedad, la atención a los enfermos y la adecuación de los servicios que se le brindan a sus necesidades, constituye un recurso multilateral de gran utilidad para superar los factores de riesgo psicosociales que inciden sobre el paciente con epilepsia.

RECOMENDACIONES

Promover que como parte del proceso de generalización de los resultados de esta investigación, se oriente el uso del Programa de Intervención Psicosocial para la atención al paciente con epilepsia en el nivel primario de atención de salud, dada la efectividad demostrada por dicho procedimiento y la sencillez de su aplicación.

Evaluar en qué medida el Modelo Teórico Metodológico para la atención al paciente con epilepsia puede contribuir al perfeccionamiento del Programa nacional de atención al paciente con enfermedades crónicas no transmisibles. En ese sentido estudiar su aplicabilidad y buscar las evidencias que permitan exponer ante los decisores correspondientes sus aportes y perspectivas.

Sugerir la inclusión en los planes de estudio de todas las Ciencias de la Salud de temas actualizados sobre epilepsia que no obvien su connotación psicosocial y que doten a los estudiantes de herramientas para la ejecución de procedimientos interventivos que contribuyan a enfrentar los factores de riesgo psicosociales que comúnmente enfrentan dichos pacientes.

Contribuir al desarrollo en Cuba de la campaña global "Sacando la epilepsia de las sombras" a partir de diseñar procedimientos interventivos prácticos, de validar instrumentos apropiados para evaluar la adaptación psicosocial de dichos pacientes y de divulgar las características de esta enfermedad para combatir los vestigios de estigmatización social y familiar que subsisten en nuestra población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gastaud, H. Diccionario de epilepsia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1976.
2. Juvenal G. La Liga internacional contra la epilepsia (ILAE) y la epilepsia en Latinoamérica. En Campos M, Kanner AM. Editores. Epilepsia: diagnóstico y tratamiento. Buenos Aires: Mediterráneo; 2004. p. 837-40.
3. Dueñas J. Epilepsia: Historia y sociedad. Rev Hospital Psiquiátrico Habana 1999; 40(2): 171-7.
4. García R. Cien figuras de la Ciencia en Cuba. La Habana: Científico-Técnica; 2002.
5. Santiesteban R. Historia de la Neuro-oftalmología. Temas de Revisión. La Habana: Instituto de Neurología y Neurocirugía; 2005.
6. Fabelo JR. Psicología de la Epilepsia. La Habana: Científico-Técnica; 2004.
7. World Health Organization. Professionals allied to medicine. Epilepsy Atlas 2005; 52-3.
8. Morales F. Psicología de la salud: Conceptos básicos y proyecciones de trabajo. La Habana: Científico-Técnica; 1999
9. OMS. Promoción de Salud. Glosario. Ginebra: OMS; 1996. p. 12.
10. Fisher R, Ende W, Blume W, Elger CH, Genton P, Lee P. et al. Epileptic seizures and epilepsy definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and International Bureau for Epilepsy (IBE). Epilepsia 2005; 46(4): 470-7.
11. Fabelo JR. Epilepsia y descompensación psicosocial: Aplicación del Programa Mínimo para el Conocimiento y Dominio del Estrés. [Tesis para optar por el título de Master en Psicología Clínica]. La Habana: Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana; 1998.
12. González S, Quintana J, Fabelo JR, González C, Yopis F. Trastornos psíquicos y psicosociales de un grupo de pacientes con epilepsia. Rev Psiquiatría.com [en línea] 2001 [fecha de acceso 18 de septiembre del 2006]; 5(3). Disponible en el url: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/63/2286/>
13. Fabelo JR. Atención salutogénica al paciente con epilepsia. [Tesis para optar por el título de Especialista en Psicología de la Salud]. La Habana: Facultad de Ciencias Médicas General Calixto García del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana: 2002.
14. Sander JW. Aetiology and risk factors. Epilepsy Atlas 2005; 26-27.
15. Hermann BP. Neurobiological, psychosocial and pharmacological factors underlying interictal psychopathology in epilepsy. Advances in Neurology 1991; 55: 437-52.
16. Fabelo JR, González S, Dueñas J. Epilepsia y red de apoyo social. Rev Hospital Psiquiátrico Habana 2000; 41(1): 36-41.
17. Paz L. Estudio del nivel de información que tiene el médico de la familia sobre la epilepsia. [Ponencia]. En VII Congreso Panamericano de Epilepsia; Palacio de Convenciones 17-20 de enero de 1995. La Habana: 1995
18. Gómez J, Giráldez BG. Epilepsia: una nueva definición para una vieja enfermedad Rev Neurol 2007; 45: 126-7.
19. World Health Organization. Bringing Epilepsy out the Shadows. Geneva: Press Release (WHO/48); 1997.
20. Reynolds E. H. Milestones in the history of epilepsy. Epilepsy Atlas 2005; 16-9.
21. Medina Malo C. Historia de las epilepsias. En Campos M, Kanner AM. Editores. Epilepsia: diagnóstico y tratamiento. Buenos Aires: Mediterráneo; 2004. p. 37-8.
22. Kwan P. The natural history of epilepsy: An epidemiological view. J Neurol Neurosurg and Psychiatry 2004; 75(10): 1376-81.
23. Bellomo LE. La historia de la enfermedad epiléptica según Owsei Temkin. Neuropsiquiat. 1976; 7: 2.
24. Baxendale S, Otoole A. Epilepsy myths: Alive and foaming in the 21st century. Epilepsy Behav. 2007: Jun 28.
25. Dodrill CB, Holmes MD. The significance of subjective events during EEG monitoring is commonly overlooked. Epilepsia 2005; 46 Supl 8: 26-7.
26. Iglesias S, Fabelo R, Miranda R. Representación social de algunas enfermedades crónicas a nivel comunitario. 6to. Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2005. Rev Psiquiatría.com [en línea] 2005 [fecha de acceso 28 de septiembre del 2005]. Disponible en el url: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/20907/>

27. Ritterfeld U. Addressing media stigma for people experiencing mental illness using an entertainment – education strategy. *Journal Health Psychol* 2006; 11(2): 247-67.
28. Fabelo JR, Iglesias S, González S. La epilepsia: ¿un desafío bioético en el siglo XXI? *Rev Hospital Psiquiátrico Habana* [en línea] 2007. [fecha de acceso 1 de septiembre de 2007]; 4(2). Disponible en el url: http://bvs.sld.cu/revista/hph/hph_1_04/hph04104.htm/
29. Amoroso C, Swi A, Somerville E, Groven N. Epilepsy and stigma. *Lancet Neurol* 2006; 8: 1143-44.
30. Snape D, Jacoby A, Baker GA. Stigma and social issues. *Epilepsy Atlas* 2005; 78-9.
31. Atadzhanov M. Knowledge, attitudes, behaviors, and practices regarding epilepsy among Zambian clerics. *Epilepsy Behav* 2006 Aug; 9(1): 83-8.
32. Kobau R. Knowledge of epilepsy and familiarity with the disorder in the US population: Results from the 2002 healthstyles survey. *Epilepsia* 2003; 44: 1449-54.
33. Thorbecke R, Specht U, Czich J, May TW. Perceive stigma in epilepsy: Association with clinical, neuropsychological and psychosocial variables. *Epilepsia* 2005; 46 Supl 8: 22.
34. Thorbecke R. Introduction: Epilepsy in the world. *Epilepsia* 2002; 43 (6): 1-3.
35. Brutho HO, Santibañez R, Idrovo L, Rodríguez E, Díaz E, Novas C, et al. Epilepsy and neurocysticercosis in Atahualpa: A door-to-door survey in rural coastal Ecuador. *Epilepsia* 2005; 4: 583-87.
36. Acevedo C. Capítulo latinoamericano Bureau para epilepsia. International Bureau for epilepsy (IBE). IBE – Actividad en América Latina. En Campos M, Kanner AM. Editores. *Epilepsia: diagnóstico y tratamiento*. Buenos Aires: Mediterráneo; 2004. p. 841-46.
37. Acevedo C. Día Latinoamericano de la Epilepsia. *International Epilepsy News* 2000; 145: 8-9.
38. Acevedo C. Reporte de la Comisión Regional Latinoamericana del IBE. *International Epilepsy News* 2001; 143: 4.
39. Devilat M. Conduciendo la epilepsia fuera de las sombras. En Campos M, Kanner AM, Editores. *Epilepsia: diagnóstico y tratamiento*. Buenos Aires: Mediterráneo; 2004. p. 847-52.
40. Boer H, Engel J, Prilipko L. Global Campaign against epilepsy. *Epilepsy Atlas* 2005; 82-3.
41. Durá T, Yoldi ME, Gallinas F. Estudio descriptivo de la epilepsia infantil. *Rev Neurol* 2007; 44: 720-4
42. Lechtenberg R. *La epilepsia y la familia*. Barcelona: Herder; 1989
43. Siddarth P, Smith K, Kratzer K, Caplan R. Mental health in paediatric epilepsy. Parent knowledge. Attitudes and behaviors. *Epilepsia* 2005; 46 Supl 8: 161-2.
44. Pugh MJ, Coperland LA, Zeber JE, Cramer JA, Amuan ME, Cavazos JE, et al. The impact of epilepsy on health status among younger and older adults. *Epilepsia* 2005; 46(11): 1810-9.
45. Dilorio C, Shafer PO, Letz R, Henry TR, Schomer DL, Yeager K. Behavioural, social, and affective factors associated with self-efficacy for self-management among people with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2006 Aug; 9(1): 158-63.
46. Christensen J, Vestergaard M, Mortensen P, Sidenius P, Agerbo E. Epilepsy and risk of suicide: a population-based case-control study. *Lancet Neurology* 2003; 6(8): 693-8.
47. Fabelo JR, Álvarez J, Iglesias S. Características del proceso de apoyo social en pacientes con epilepsia y con intervención quirúrgica reciente. *Rev Hospital Psiquiátrico Habana* [en línea] 2007. [fecha de acceso 1 de julio de 2007]; 4(1). Disponible en el url: http://bvs.sld.cu/revista/hph/hph_1_04/hph04104.htm/
48. Fabelo JR, González S, Dueñas J. Evaluación neuropsicológica a pacientes con psicosis epiléptica. *Rev Hospital Psiquiátrico Habana* 1996; 37(2): 105-14.
49. Simister RJ, Sander JW, Koepp MJ. Long-term retention rates of new antiepileptic drugs in adults with chronic epilepsy and learning disability. *Epilepsy Behav*. 2007 Mar; 10(2): 336-9.
50. González S, Barrios E, Franco G. Causas de muerte en los pacientes con epilepsia fallecidos en un hospital psiquiátrico cubano. *Rev Neurol* 2004; 39(11): 1094.

51. Devilat M, Rivera G. Mortalidad en epilepsia. En Campos M, Kanner AM, Editores. *Epilepsia: diagnóstico y tratamiento*. Buenos Aires: Mediterráneo; 2004. p. 303-13.
52. Holden EW, Nguyen HT, Grossman E, Robinson S, Nelson LS, Gunter MJ, et al. Estimating prevalence, incidence and disease related mortality for patients with epilepsy in managed care organizations. *Epilepsia* 2005; 46(2): 311-9.
53. Gaitatzis A, Sander JW. The mortality of epilepsy revisited. *Epileptic Disorders* 2004; 6: 3-13.
54. Gaitatzis A, Carroll K, Majeed A, Sander W. The epidemiology of comorbidity of epilepsy in the general population. *Epilepsia* 2004; 45: 1613-22.
55. Bharucha N. E. *Epidemiology*. *Epilepsy Atlas* 2005; 22-3.
56. Dodrill CB. Progressive cognitive decline in adolescents and adults with epilepsy. In Sutula T, Pitkanen A. Editores. *Do seizures damage the brain?* Amsterdam: Elsevier; 2002. p. 399-07.
57. Martin RC, Griffith HR, Faught E, Gillian F, Mackey M, Vogtle L. Cognitive functioning in community dwelling order adults with chronic partial epilepsy. *Epilepsia* 2005; 46(2): 298-03.
58. Lee TM, Chan JK. Factores que afectan el estado cognitivo de personas que sufren epilepsia. *Rev Neurol* 2002; 34(9): 861-865.
59. Thompson PI, Duncan JS. Cognitive decline in severe intractable epilepsy. *Epilepsia* 2005; 46 (11): 1780-87.
60. Adachi N, Kanemoto K, Muramatsu R, Kato M, Akanuma M, Ito M, et al. Intellectual prognosis of status epilepticus in adult's epilepsy patients. Analysis with Wechsler Adult intelligence Scale – revised. *Epilepsia* 2005; 46 (9):1502-9.
61. Iglesias S, González S, Fabelo JR, Quintana J, González E. Relación del deterioro cognitivo y problemas psicosociales en pacientes con epilepsia. [Ponencia]. En IV Congreso Latinoamericano de Epilepsia; Hotel Marriott 6-9 de septiembre de 2006. Ciudad de Guatemala: 2006.
62. Alvarado L, Ivanovic- Zuvit F, Candía X, Ibarra X, Méndez MD, Campos A, et al. Psicopatología y funcionamiento psicosocial de epilépticos. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina* 1992; 38 (1): 69–76.
63. Ivanovic-Zuvic F, Alvarado L. Evaluación psicosocial de los epilépticos en Chile. *Rev Chilena Neuropsiquiatría* 2001; 39(4): 303-15.
64. Barr WB, Larson E, Alpert K, Devinski O. Rates of invalid MMPI-2 responding in patients with epileptic and non epileptic seizures. *Epilepsia* 2005; 46 Supl 8: 60.
65. Isaradisaikul D, McNally KA, Meckler JM, Privitera MD, Schefft BK, Szaflarski JP. MMPI personality profiles are associated with psychogenic non epileptic seizures (PNES) types. *Epilepsia* 2005; 46 Supl 8: 67.
66. Rojas G. Psicodiagnóstico, utilidad y vigencia en la cualificación de la afectividad de personas con epilepsia [Ponencia]. En III Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud; Palacio de Convenciones 5-9 de diciembre de 2005. La Habana: 2005.
67. González S, Quintana J, Fabelo JR, Rivero L. Depresión en enfermos con epilepsia y migraña. *Rev Psiquiatría.com* [en línea] 2003 [fecha de acceso 18 de septiembre de 2006]; 7(2). Disponible en el url: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/101/12184/>
68. González S, Quintana J, Fabelo JR, Vidal LE. Análisis de las variables multicausales de la depresión en los pacientes con epilepsia. *Rev Hospital Psiquiátrico Habana* [en línea] 2004. [fecha de acceso 1 de septiembre de 2006]; 1(1). Disponible en el url: http://bvs.sld.cu/revista/hph/hph_1_04/hph04104.htm/
69. Jones JE, Herman BP, Wordart JL, Barry JJ, Gilliam F, Kanner AM, et al. Screening for major depression in epilepsy with common self report depression inventory. *Epilepsia* 2005; 46(5): 731-35.
70. Gilliam FG, Barry JJ, Hermann BP, Meador KJ, Vahle V, Kanner AM. Rapid detection of major depression in epilepsy: a multicentre study. *Lancet Neurol* 2006; 5(5): 399-05.
71. Zeber JE, Copeland LA, Amuan M, Cramer JA, Pugh MJ. The role of comorbid psychiatric conditions in health status in epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2007 Jun; 10(4):539-46.
72. Caplan R, Siddarth P, Gurbani S, Hanson R, Sankor R, Shields WD. Depression and anxiety disorder in pediatric epilepsy. *Epilepsia* 2005; 46(5): 720-30.

73. González S, Quintana J, Fabelo JR, González C. Ansiedad de un grupo de pacientes con epilepsia. Estudio de variables biológicas y farmacológicas. Rev Psiquiatría.com [en línea] 2004 [fecha de acceso 1 de septiembre de 2006]; 8(4). Disponible en el url: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/132/19770/>
74. Johnson E. The relative impact of anxiety, depression and clinical seizures feature of health – related quality of life in epilepsy. *Epilepsia* 2004; 45: 544-50.
75. González S. Calidad de vida y epilepsia. En Campos M, Kanner AM, Editores. *Epilepsia: diagnóstico y tratamiento*. Buenos Aires: Mediterráneo; 2004. p. 853-62.
76. Stevanovic D. Health-related quality of life in adolescents with well-controlled epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2007 Jun; 10(4): 571-5.
77. Grau J, Victoria C R, Hernández E: Calidad de Vida y Psicología de la Salud. En Hernández E, Grau J. editores. *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud; 2005. p. 201-32.
78. Giovagnoli AR, Meneses RF, Silva AM. The contribution of spirituality to quality of life in focal epilepsy. *Epilepsy Behav* 2006; 9(1): 133-9
79. Fernández C. Calidad de vida y epilepsia. Reflexiones prácticas para las diferentes edades de la vida. En Rufo M. Coordinador. *Cómo afrontar la epilepsia. Una guía para pacientes y familiares*. Madrid: Entheos; 2005. p. 75-90.
80. Raty LK, Söderfeldt BA, Wilde BM. Psychosocial well-being and quality of life in young adults with epilepsy – A 5-year follow up. *Epilepsia* 2005; 46 Supl 8: 21.
81. Dodrill CB, Batzel LW, Queisser HR, Temkin NR. An objective method for the assessment of psychological and social problems among epileptics. *Epilepsia* 1980; 21: 123-35.
82. Dodrill CB. Neuropsychological evaluation of patients with epilepsy. In Prigatano G, Pliskin N. Editores. *Demonstrating Utility and Cost-Effectiveness in Clinical Neuropsychology: A Beginning*. New York: Psychology Press; 2003. p. 223-34
83. Yin – Loo T. Evaluación Neuropsicológica en Epilepsia. En Campos M, Kanner AM, Editores. *Epilepsia: diagnóstico y tratamiento*. Buenos Aires: Mediterráneo; 2004. p. 407-22.
84. Dodrill CB. A neuropsychology battery for epilepsy. *Epilepsy* 1978; 19.
85. Quintana J, González S, González C. WAIS como instrumento evaluador de deterioro en las Psicosis Epilépticas. Rev Psiquiatría.com [en línea] 2004 [fecha de acceso 12 de septiembre del 2005]; 8(3) Disponible en el url: www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/131/16079/
86. Lazarus R, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
87. Zaldívar DF, Roca MA. Proyección de un programa mínimo para el entrenamiento a dirigentes en el conocimiento y dominio del estrés. *Revista cubana de psicología* 1993; 10: 2-3.
88. Zaldívar DF. *Conocimiento y dominio del estrés*. La Habana: Científico-Técnica; 1996.
89. Ortega AJ. *Manual para el conocimiento, manejo del estrés y enriquecimiento de la sexualidad*. La Habana: CENSAM; 2004.
90. Ortega JA. Programa para el manejo del estrés y enriquecimiento de la sexualidad. [Tesis para optar por el título de Dra. en Ciencias Psicológicas]. La Habana: CEMSAM; 2002.
91. Temkin NR. Stress as a risk factor for seizures among adults with epilepsy. *Epilepsia* 1984; 25(4): 450-6.
92. Strine TW, Kabau R, Chapman DP, Thurman DJ, Price P, Balluz LS. Psychological distress, comorbidities and health behaviors among U.S. adults with seizures. Results from the 2002 National Health Interview survey. *Epilepsia* 2005; 46(7): 1133-9.
93. Goldstein LH, Holland L, Soteriou H, Mellers JDC. The relevance of coping styles and illness perceptions in predicting anxiety and depression in adults with chronic epilepsy. *Epilepsia* 2005; 46 Supl 8: 17.
94. Saforcada E. *Psicología sanitaria: Análisis críticos de los sistemas de atención de salud*. Buenos Aires: Piados; 1999.
95. Avanzini G. Role of ILAE in fostering epilepsy care. *Epilepsy Atlas* 2005; 62-3.
96. Lee P. Role of IBE in providing epilepsy care. *Epilepsy Atlas* 2005; 64-5.
97. De Boer H, Engels J, Prilitko LL. Out the shadows: A partnership that brings progress. *Epilepsia* 2005; 46 Supl 1: 61-2.

98. Kwan P, Brodie MJ. Provision of care. *Epilepsy Atlas 2005*; 34-5.
99. Paul K, Boer H. Epilepsy and rights. *Epilepsy Atlas 2005*; 72-3.
100. Chisholm D. The attributable and avertable burden of epilepsy. *Epilepsy Atlas 2005*; 80-1.
101. Louro I. Modelo teórico metodológico para la evaluación del grupo familiar en la atención primaria [Tesis para optar por el título de Dra. en Ciencias de la Salud] La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2004.
102. Artiles L. La investigación científica [Material de estudio para la Maestría en Asesoría Genética] La Habana: ISCM-H; 2004.
103. Hernández E. Ética en la investigación científica. [Ponencia]. En III Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud; Palacio de Convenciones 5-9 de diciembre de 2005. La Habana: 2005.
104. Ortiz GR. Bioética y Psicología de la Salud. [Ponencia]. En III Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud; Palacio de Convenciones 5-9 de diciembre de 2005. La Habana: 2005.
105. Zaldívar D. Psicoética. En López LR, Armas A. Porto ME. Editores. Por una nueva ética. La Habana: Félix Varela; 2004 p. 66-7.
106. Tiberia VA, Froman T. The development and standardization of Spanish version of the Washington Psychosocial Seizures Inventory. *Epilepsia* 1986; 27(1): 51-4.
107. Lafrance W. Treatment of nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav* 2002; 3: 519-23.
108. Rojas V, Andrade L, Novoa F, Rivera R. Calidad de vida en niños portadores de epilepsia comparados con niños sanos. *Rev Chilena de Epilepsia* 2000; 1: 4-8.
109. Gretchen L. Seizure reduction and quality of life improvements in people with epilepsy. *Epilepsia* 2002; 43(5): 535-38.
110. Hernández E. Intervención psicológica en salud. En Maestría en Psicología de la Salud. Plan de estudios y textos [CD ROM]. La Habana: ENSAP-CDS Ediciones Digitales; 2006.
111. Grau J, Martín M. La investigación psicológica de los enfermos crónicos en Cuba: una revisión. *Rev Psicología y Salud* 1993; Ene-Jun: 137-49.
112. Martín L. Aplicaciones de la Psicología en el proceso salud enfermedad. *Rev Cubana Salud Pública*. 2003; 29(3): 275-81.
113. Grau JA. Psicología de la Salud. Una perspectiva latinoamericana. *Bol latinoamericano Psicología Salud*. 1997; I (1): 6-19.
114. Fabelo JR. Historia de una práctica profesional de la Psicología: Psicología de la Salud y Epileptología [Trabajo para optar por la categoría de Profesor Titular Adjunto]. La Habana: Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana; 2002
115. Fabelo Roche J. R. Epilepsia y descompensación psicosocial. Aplicación del Programa mínimo para el conocimiento y dominio del estrés. *Rev Cubana Psicología* 2001; 18(1): 89-97.
116. Pérez J, Sosa AM, González S. Conocimientos, control clínico y actitudes de los médicos de Atención Primaria frente a los pacientes epilépticos. Resultados previos. *Rev Neurol* 2005; 40: 385-93.
117. OMS/OPS. Epilepsia. En OMS/OPS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Washington DC: OMS/OPS; 2004. p. 91-8.
118. Wolf P. Education in Epileptology. *Epilepsy Atlas 2005*; 56-7.
119. Chang CH, Gehlert S. The Washington Psychosocial Seizure Inventory (WPSI): psychometric evaluation and future applications. *Seizure* 2003 Jul; 12(5): 26-7.
120. Fernández L. Consideraciones en la comprensión de la personalidad. En Colectivo de autores. *Pensando en Personalidad*. La Habana: Félix Varela; 2003 p. 294-311.
121. González S, Dueñas J, Fabelo JR, Quintana J. Aspectos psicosociales de las epilepsias en Cuba. *Rev Hospital Psiquiátrico Habana* 1998; 39: 132-7.
122. Hanssen-Bauer K, Heyerdahl S, Eriksson AS. Mental health problems in children and adolescents referred to a national epilepsy center. *Epilepsy Behav*. 2007 Mar; 10(2): 255-62.
123. Freitag H, Tuxhon I. Cognitive function in preschool children after epilepsy surgery. Rationale for early intervention *Epilepsia* 2005; 46 (4): 568-72.
124. González S, Quintana J, Fabelo JR. Epilepsia y sociedad: una mirada hacia el siglo XXI *Rev Psiquiatría.com* [en línea] 1999 [fecha de acceso 1 de octubre del 2005]; 3(3). Disponible en el url:
<http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/vol3num3/>

125. Roca MA. La familia ante la enfermedad crónica de uno de sus miembros. [Ponencia]. En III Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud; Palacio de Convenciones 5-9 de diciembre de 2005. La Habana: 2005.
126. Raty LK, Soderfeldt BA, Wilde Larsson BM. Daily life in epilepsy: patients' experiences described by emotions. *Epilepsy Behav.* 2007 May; 10(3):389-96.
127. Grau J. Estrés, salutogénesis y vulnerabilidad. Repercusiones para la Psicología de la Salud contemporánea. En: Flores L, Botero MM, Moreno B, editores. *Psicología de la Salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica.* Bogotá: Kimpres; 2005. p. 33-58.
128. Rodríguez J. *Psicología Social de la salud.* Madrid: Síntesis S.A; 1995
129. Grau J. Estrés, salud y enfermedad. En *Maestría en Psicología de la Salud. Plan de estudios y textos [CD ROM].* La Habana: ENSAP-CDS Ediciones Digitales; 2006
130. Roca MA. Estrés y emociones negativas: Su impacto sobre la salud. [Ponencia]. En IV Conferencia Internacional de Psicología de la Salud; Palacio de Convenciones 15-19 de noviembre de 2004. La Habana: 2004.
131. Hernández E. Estados emocionales y estilos de afrontamiento en enfermos cardiovasculares. En *Maestría en Psicología de la Salud. Plan de estudios y textos [CD ROM].* La Habana: ENSAP-CDS Ediciones Digitales; 2006
132. Sullwold AC, Jonson J, Hron, Ritter FC, Frost MD. Suicidal ideation in pediatric patients with epileptic seizures, psychogenic nonepileptic seizures, or both. *Epilepsia* 2005; 46 Supl 8: 81.
133. Schmitz B. Depression and mania in patients with epilepsy. *Epilepsia* 2005; 46 Supl 4: 45-9.
134. Pais-Ribeiro J, da Silva AM, Meneses RF, Falco C. Relationship between optimism, disease variables, and health perception and quality of life in individuals with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2007 Aug; 11(1): 33-8.
135. Spatt J, Bauer G, Baungartner C, Feucht M, Graf M, Mamali B, et al. Predictions for negative attitudes toward subjects with epilepsy: A representative survey in the general public in Austria. *Epilepsia* 2005; 46(5): 736-42.
136. Fabelo JR, Iglesias S, González S. Formación vocacional en adolescentes con epilepsia. En *Memorias del I Congreso caribeño y II congreso cubano de salud integral en la adolescencia ADOLECA 2005 [CD ROM].* La Habana: desoft s.a.; 2005.
137. González V. Orientación educativa-vocacional: una propuesta metodológica para la elección y desarrollo profesional responsable. [Material elaborado para el curso impartido en el congreso internacional Universidad 2002] La Habana: Centro de Estudios y Perfeccionamiento de la Educación Superior. Universidad de la Habana; 2002.
138. Acevedo C. Aspectos legales de las epilepsias. En Campos M, Kanner AM, Editores. *Epilepsia: diagnóstico y tratamiento.* Buenos Aires: Mediterráneo; 2004. p. 863-74.
139. Jorge Román Hernández Salud mental y trabajo. En *Maestría en Psicología de la Salud. Plan de estudios y textos [CD ROM].* La Habana: ENSAP-CDS Ediciones Digitales; 2006.
140. Fabelo JR, Iglesias S, González S. Labour and professional satisfaction in patient with epilepsy. *Epilepsia* 2005; 46 Supl 6: 286.
141. Jacoby A, Gorry J, Backer GA. Employers' attitudes to employment of people with epilepsy. Still the same old story? *Epilepsia* 2005; 46(12): 23.
142. Smeets VM, van Lierop BA, Vanhoutvin JP, Aldenkamp AP, Nijhuis FJ. Epilepsy and employment: literature review. *Epilepsy Behav.* 2007 May; 10(3): 354-62.
143. Chaplin J. Vocational assessment and intervention for people with epilepsy. *Epilepsia* 2005; 46 Supl 1: 55-6.
144. De Boer H. Overview and perspectives of employment in people with epilepsy. *Epilepsia* 2005; 46 Supl 1: 52-4.
145. Ares P. Familia ética y valores en la realidad cubana actual. En López LR, Armas A. Porto ME. Editores. *Por una nueva ética.* La Habana: Félix Varela; 2004 p 363-9.

146. González S. Financiamiento de los pacientes con epilepsia (partes I y II). *International Epilepsy News* 2001; 143 y 144: 18-9.
147. S. González S, Quintana J, Román JR, Fernández JE. Coste directo de la epilepsia en Cuba. Estudio en consulta externa. *Rev Neurol* 2005; 41(6): 379-81.
148. Jacoby K. Epilepsy and insurance in the UK. An exploratory survey of the experiences of people with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2005; 5: 884-94.
149. Leonardy M. The global burden of epilepsy. *Epilepsia* 2002; 43 Supl 6: 21-5.
150. Chisholm D. Cost-effectiveness of first-line antiepileptic drugs treatments in the developing world: A population-level analysis. *Epilepsia* 2005; 46(5): 751-59.
151. Mesa T, Mesa JT, Guarda J, Mahaluf F, Pauchard F, Undurraga. et al. Costes directos de la epilepsia en una población chilena. *Rev Neurol* 2007; 44: 710-14.
152. Fabelo Corzo JR. Los valores y sus desafíos actuales. La Habana: José Martí; 2003 p. 166-81.
153. Velissaris SL, Wilson SJ, Saling MM, Newton MR, Berkovic SF. The psychological impact of a newly diagnosed seizure: losing and restoring perceived control. *Epilepsy Behav.* 2007 Mar; 10(2):223-33.
154. Brodie MJ. Staged approach to epilepsy management. *Neurology* 2002; Supl 5: 52-8.
155. Lorenzo A. Psicología de la Salud y Asma Bronquial. En Hernández E, Grau J. Editores. *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud; 2005. p. 537-67.
156. Reyes A, Otero H, Duque de Estrada MA. Psicología de la salud en la atención a enfermos renales. En Hernández E, Grau J. Editores. *Psicología de la salud: fundamentos y aplicaciones*. Universidad de Guadalajara. Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud; 2005. p. 507-36.
157. Mensah SA, Beavis JM, Thapar AK, Kerr MP. Community study of the presence of anxiety disorder in people with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2007 Aug; 11(1): 118-24.
158. Grau J, Martín M, Portero D. Estrés, ansiedad, personalidad: resultados de las investigaciones cubanas efectuadas sobre la base del enfoque personal. *Rev Interamericana Psicología* 1993; 27(1): 37-58.
159. Ferrer VA. "Adherencia a" o "cumplimiento de" prescripciones terapéuticas y de salud: concepto y factores psicosociales implicados. *J Health Psychol* 1995; 7(1)
160. McAuley JW, Hollis IB, Wolfe T. An evaluation of medication adherence and self management techniques in patients with epilepsy. *Epilepsia* 2005; 46 Supl 8: 349.
161. Martín L, Grau J. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud* 2004; 14(1): 75.
162. D'Souza C. Living with epilepsy. *International Epilepsy News* 2001; 142: 10-11.
163. Swinkels WA, Kuyk J, van Dyck R, Spinhoven P. Psychometric properties of the Dutch version of the Washington Psychosocial Seizure Inventory. *Epilepsia.* 2004; 45(7): 844-8.
164. González S, Quintana J, Fabelo JR, Rivero L. Uso de la lamotrigina en la readaptación psicosocial del paciente con epilepsia. *Rev. Neurol.* 2000; 31(1): 21-6.
165. Fakhoury TA, Barry JJ, Mitchell Miller J, Hammer AE, Vuong A. Lamotrigine in patients with epilepsy and comorbid depressive symptoms. *Epilepsy Behav.* 2007 Feb; 10(1):155-62.
166. Carrazana E. Fármacos antiepilépticos de primera generación. En Campos M, Kanner AM, Editores. *Epilepsia: diagnóstico y tratamiento*. Buenos Aires: Mediterráneo; 2004. 2004. p. 454-69.
167. Tagle P. Cirugía de la epilepsia: Aspectos históricos. En Campos M, Kanner AM, Editores. *Epilepsia: diagnóstico y tratamiento*. Buenos Aires: Mediterráneo; 2004. p. 559-73.
168. Sander J. Aspectos económicos de las epilepsias. En Campos M, Kanner AM, Editores. *Epilepsia: diagnóstico y tratamiento*. Buenos Aires: Mediterráneo; 2004. p. 875-80.
169. Leone MA, Beghi E, Righini C, Apolone G, Mosconi P. Epilepsy and quality of life in adults: a review of instruments. *Epilepsy Res.* 2005; 66(1-3): 23- 44.
170. Arroyo S. Nuevos fármacos antiepilépticos. En Campos M, Kanner AM, Editores. *Epilepsia: diagnóstico y tratamiento*. Buenos Aires: Mediterráneo; 2004. p. 470-87.

171. Wilensky AJ, Dodrill CB, Ojemann EA. Characteristics of patients who relapse after many years of seizure freedom following epilepsy surgery. *Epilepsia* 2005; 46 Supl 8: 259.
- 172 Kossoff EH, McGrogan JR. Worldwide Use of the ketogenic diets. *Epilepsia* 2005; 46(2): 280-89.