



Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales de
los Trabajadores del
Estado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

CMN 20 DE NOVIEMBRE

**EFFECTO DE LA INFORMACION IMPARTIDA EN EL GRUPO
“ACEPTACION” DE EPILÉPTICOS (GADEP) EN LA CALIDAD
DE VIDA DE PACIENTES CON EPILEPSIA ATENDIDOS EN EL
CMN 20 DE NOVIEMBRE**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
NEUROLOGÍA PRESENTA**

DRA. YOKARY AMOR MELLADO ORTIZ

Director de tesis: Dra. Lilia Núñez Orozco



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

México, Distrito Federal 2014

Dra. Aura A. Erazo Valle Solis

Jefe de Enseñanza e Investigación, CMN 20 de Noviembre

Dra. Lilia Núñez Orozco

Titular del Curso de Neurología, CMN 20 de Noviembre

Dra. Lilia Núñez Orozco

Director de tesis

Dra. Yokary Amor Mellado Ortiz

Tesista

"Si nos perfeccionamos en una sola cosa y la comprendemos bien, adquirimos por añadidura la comprensión y el conocimiento de muchas otras cosas".

Vincent VanGogh

Agradecimientos.

A mis padres por el inmenso regalo de su confianza, por tener la certeza de que algún día llegaría este momento.

A mi mamá, por ser quién comparte mis retos, mi guía.

A mi hermano, por estar ahí cuando te necesito, tu aliento y tu fe.

A Melissa, Cinthia, Víctor, Rodrigo, Gilberto, Darío, porque esto no hubiera sido lo que fue, por cada consejo que me llevó a ser mejor.

A Arturo, por la suerte de haberte encontrado aquí.

A mis profesores: Dra. Lilia Núñez, Dr. Noel Plascencia, Dra. Sandra Quiñones, Dr. Sergio Sauri, por la oportunidad y guía para aprender.

Índice

I.	Epilepsia. Definición y epidemiología	6
II.	Epilepsia y sus repercusiones sociales	8
III.	Calidad de vida en epilepsia	9
IV.	Relación del apego terapéutico con la calidad de vida	11
V.	Grupo de Aceptación de Epilépticos, A.C.	12
VI.	Protocolo de Tesis	13
	a. Definición del problema	13
	b. Justificación	13
	c. Objetivo	13
	d. Diseño y métodos	14
	e. Procesamiento de la información y análisis estadístico	14
VII.	Resultados	15
VIII.	Discusión y conclusiones	32
IX.	Glosario	34
X.	Apendice A	35
XI.	Apéndice B	36
XII.	Apéndice C	37
XIII.	Bibliografía	38

I. Epilepsia. Definición y epidemiología

La epilepsia se define como la presentación crónica y recurrente de fenómenos paroxísticos (crisis o ataques) ocasionados por descargas neuronales desordenadas y excesivas que se originan en el cerebro, tienen causas diversas y manifestaciones clínicas variadas. (2)

La epilepsia es un problema de salud por la naturaleza misma del padecimiento, que necesita de una atención médica adecuada, y también por las serias repercusiones emocionales y sociales que produce en quienes la padecen y en sus familiares y amigos. (2)

Estudios epidemiológicos de prevalencia en diferentes partes del mundo, han reportado una cifra de prevalencia aceptada por la OMS de 7 enfermos por cada mil personas a nivel mundial, lo que da como resultado un cálculo aproximado de 40 a 50 millones de pacientes con epilepsia en sus diferentes variedades. Los estudios epidemiológicos realizados en población urbana, suburbana y rural de la República Mexicana han demostrado que la prevalencia de esta enfermedad es de 15 por cada 1000 habitantes afectando a más de un millón de mexicanos, particularmente a la población infantil. (11)

La OMS en su reporte destaca que de los 40 millones de pacientes con epilepsia a nivel mundial, solo 6 millones reciben tratamiento médico adecuado. Los 34 millones restantes que habitan los países en desarrollo o subdesarrollados, solo consumen el 18% de los medicamentos AE; en cambio, 6 millones de enfermos con epilepsia que radican en los países del primer mundo, consumen el 82% de los medicamentos AE. Si a esto agregamos que los conceptos que prevalecen a nivel comunitario de lo que es epilepsia, donde se sigue considerando que es un padecimiento relacionado con problemas sobrenaturales, hace que el problema sea aún más grande, por lo que en 1997 la OMS, junto con la ILAE lanzaron el Programa de "SACAR A LA EPILEPSIA DE LAS SOMBRAS". Durante el año de la Salud Mental (2001), la OMS hizo un especial énfasis en el problema mundial de la Epilepsia, donde las circunstancias religiosas y culturales, el miedo que ha provocado, confusiones y tratamientos inapropiadas que han creado como consecuencia, el aislamiento del enfermo epiléptico en el desarrollo económico y social de nuestros países, lo cual ha afectado definitivamente su calidad de vida y sus derechos humanos. El problema radica, de acuerdo con la Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora General de la OMS, quien señaló que aun cuando la epilepsia definitivamente es un problema neurológico, aún se interpreta por la

sociedad como un problema mental, lo cual explica la estigmatización que ha sufrido el enfermo epiléptico a través de la historia. (11)

Se calcula que aproximadamente un 7 a 8% de la población mexicana padece algún trastorno del sistema nervioso. De los indicadores disponibles, se puede inferir que las enfermedades neurológicas alcanzan un 10% de las hospitalizaciones anuales. Por otro lado el 28% de los pacientes neurológicos que asisten a consulta externa en Instituciones de tercer nivel, lo hacen por padecer epilepsia (2). En resumen, la experiencia nacional señala que:

1.-La prevalencia de la epilepsia fluctúa entre el 1 al 2%, valores más elevados que los referidos en la literatura internacional.

2.-La falta de difusión de conceptos modernos relacionados a la epilepsia y la etiquetación y estigmatización social que conlleva, han provocado mayores problemas para su detección ya que se oculta hasta donde es posible y por consecuencia, son mayores los problemas para el paciente que padece epilepsia. (50% de los enfermos con epilepsia no consultan al especialista sino hasta varios años después de presentar crisis).

3.-Los recursos físicos y humanos tanto en investigación, asistencia médica y social y de rehabilitación son modestos y se hayan dispersos.

4.-El costo para la atención del enfermo que sufre crisis epiléptica es muy elevado y esto obedece principalmente a la cronicidad del padecimiento, que requiere medicación prolongada, frecuentemente cara y en ocasiones inaccesible y por otro lado, la falta de productividad del paciente, no por fallas personales sino por rechazo de la sociedad misma.

5.-La repercusión social que produce la epilepsia, se refleja en la situación de escolares ya que en aquellos que se diagnosticó epilepsia a los 9 años de edad, siete años después, solo el 48% de estos continuaban estudiando, en comparación con el 79% del grupo control que no padecía epilepsia. Esto en cuanto a deserción escolar es similar respecto a problemas de desempeño y subempleo y en cuanto a rechazo y ostracismo social.

6.-En general los enfermos con crisis epilépticas tienen una dependencia parcial o total de su familia de un 15% a 20%.

II. Epilepsia y sus repercusiones sociales

El “ser sobrecogido bruscamente” es el significado de la palabra Epilepsia que deriva de una preposición y de un verbo irregular griego, (Epilambanein). La definición de epilepsia ha sido controvertida por las diferentes escuelas neurológicas a través de las últimas cinco décadas. No fue sino hasta 1973 que la ILAE y la OMS publicaron un diccionario de Epilepsia en el que se define a ésta como una afección crónica de etiología diversa, caracterizada por crisis recurrentes, debidas a una descarga excesiva de las neuronas cerebrales (crisis epilépticas), asociadas eventualmente con diversas manifestaciones clínicas y paraclínicas. (2, 3, 4, 11)

Las manifestaciones asociadas que han trascendido hacia la sociedad donde frecuentemente a lo largo de la historia se han interpretado como fenómenos sobrenaturales porque todos estos episodios paroxísticos crean temor, sorpresa y en general incertidumbre. El desarrollo científico de la medicina con frecuencia ha chocado con las creencias religiosas lo que ha provocado que se generen conceptos erróneos que llegaron a calificar a la Epilepsia como la “enfermedad sagrada” que desde la época de Hipócrates se trató de convencer a la sociedad de que no se trataba más que de “una enfermedad como cualquier otra”, lo cual a pesar de la sabiduría de Hipócrates hasta la fecha sigue habiendo este tipo de creencias absurdas en el que el enfermo epiléptico puede estar “poseído”, lo cual ha provocado que este tipo de pacientes sea rechazado no sólo por la sociedad sino que a veces por la propia familia. Es bien conocido que hasta la fecha el enfermo epiléptico, tanto en países desarrollados como en países no desarrollados, se someta a exorcismos para librarlo de la “posesión demoníaca”.

III. Calidad de vida en epilepsia

La definición del concepto de calidad de vida es complicada pues se refiere a una condición tanto física como mental que depende de la valoración tanto del que la experimenta, como por la gente que lo rodea. En medicina puede emplearse para optimizar los tratamientos de los pacientes, usarse para la planificación de la asistencia sanitaria y designación de recursos para una población determinada. (3)

La calidad de vida es definida por la OMS como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Refleja la percepción que tienen los individuos de que sus necesidades están siendo satisfechas, o bien de que se les están negando oportunidades de alcanzar la felicidad y la autorrealización, con independencia de su estado de salud físico, o de las condiciones sociales y económicas".(5)

La epilepsia al ser un padecimiento crónico tiene gran repercusión en la esfera social y psicológica de los pacientes. La presencia de síntomas y circunstancias negativas relacionadas con su padecimiento como el número de crisis, las hospitalizaciones, los efectos secundarios de los fármacos, el miedo a la aparición imprevisible de crisis y la estigmatización provoca incapacidad para realizar las actividades cotidianas en el trabajo, estudios, conducir un automóvil, etc. (6)

La calidad de vida también se encuentra en relación con el entorno del paciente pues la sociedad en conjunto recibe las consecuencias de las enfermedades incapacitantes, tales como la pérdida de fuentes laborales, menor productividad, gastos médicos asociados, pensiones laborales, etc. (6)

De este modo, el cuantificar el nivel de calidad de vida en el sujeto con epilepsia requiere de instrumentos capaces de incorporar la multiplicidad de variables que intervienen tanto en la apreciación objetiva como subjetiva del paciente con epilepsia. Diversos instrumentos han sido diseñados para la evaluación de la calidad de vida en epilepsia: ESI (Epilepsy Surgery Inventory), NEWQoL (Quality of Life in Newly Diagnosed Epilepsy measure), QOLIE-89 (Quality of Life in Epilepsy Inventory-89), QOLIE-31 (Quality of Life in Epilepsy Inventory-31), QOLIE-10 (Quality of Life in Epilepsy Inventory-10) y QOLIE-AD-48 (Quality of Life in Epilepsy Inventory-Adolescents-48), siendo los más destacados el W.P.S.I. (Washington Psychosocial Seizure Inventory) y el Q.O.L.I.E. (Quality of Life in Epilepsy Inventory).

El QOLIE-31 (derivado del QOLIE-89) es un cuestionario de autoaplicación validado en población española. La versión reducida del QOLIE-31, el QOLIE-10, fue validado por Cramer et al., demostrando unas propiedades psicométricas parecidas al cuestionario de origen y con la ventaja de que al ser abreviado

permite contestarlo y analizarlo en un tiempo menor. El QOLIE-10 fue validado para población española por Viteri, C. en 2007. (13)

El QOLIE-10 es un cuestionario diseñado con el propósito de evaluar la calidad de vida de los pacientes con epilepsia. Este cuestionario fue diseñado a partir del QOLIE-31. Consta de 10 ítems y se divide en dimensiones generales y específicas agrupadas en tres factores en su versión original:

- «Efectos de la epilepsia» (memoria, efectos físicos y mentales de la medicación)
- «Salud mental» (energía, depresión, calidad de vida general)
- «Funcionamiento social» (preocupación por las crisis, trabajo, conducción, limitaciones sociales).

El período de tiempo al que se refieren las preguntas es “durante las pasadas 4 semanas”.

La puntuación de cada uno de los ítems presenta el mismo peso respecto a la puntuación global (rangos de respuesta de 1 a 5 puntos). La puntuación total oscila entre 10 puntos (peor calidad de vida) y 50 puntos (mejor calidad de vida).

En el 2011, López et al. (8) realizó un estudio en consulta externa de neurología del Hospital Infantil de México en el que se aplicó el QOLIE-31 (Quality of Life in Epilepsy) a 60 pacientes pediátricos de 12 a 17 años, en el cual el 48.3% de la población correspondía a pacientes masculinos y el 51.1 % a femeninos; se asignó una calificación ordinal de acuerdo a la calidad de vida que se manifestaba en las respuestas del instrumento, teniendo como resultado que 35 pacientes (58.3%) tienen una mala calidad de vida, mientras que en 16 pacientes (26.7%) es regular y 5 pacientes, que representa un 8.3% del total de la población estudiada, tiene una buena calidad de vida; por último, solo un 6.7%, es decir 4 pacientes, obtuvieron como resultado una muy buena calidad de vida, con lo que se demuestra que más del 70% de los pacientes con epilepsia no están satisfechos en este aspecto.

En 2013 Hurtado, R. (5) realizó un estudio transversal con 26 pacientes adultos de la consulta de Neurología del Hospital General del ISSSTE Querétaro con diagnóstico de epilepsia a los que se les aplicó el QOLIE-31, obteniendo como resultado que el 80% de los pacientes tenía una mala y regular calidad de vida, además de que sus dominios de mayor preocupación tienen que ver con el control de las crisis.

IV. Relación del apego terapéutico con la calidad de vida

La epilepsia no controlada puede conducir a graves consecuencias sociales y económicas además de las psicológicas. El inadecuado control o no control puede conducir al daño cerebral permanente y a trastornos del aprendizaje, muy perjudiciales para la persona.

El apego terapéutico hace referencia a la medida en el comportamiento de una persona sobre la medicación. (14). Sin embargo se extiende también a la capacidad del paciente de involucrarse correctamente en la elección, inicio y control de tratamiento antiepiléptico a fin de mantener una buena calidad de vida (7). De esta manera la adherencia terapéutica es resultado de un proceso complejo que se desarrolla a través de diferentes etapas: la aceptación del diagnóstico, la percepción de la necesidad de realizar el tratamiento de forma correcta, la motivación para hacerlo, la disposición y el entrenamiento de habilidades para realizarlo, la capacidad de superar las barreras o dificultades que aparezcan, y el mantenimiento de los logros alcanzados con el paso del tiempo. (7)

Test de Morisky-Green. Es un cuestionario validado para diversas enfermedades crónicas. Desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine para valorar el cumplimiento en la toma de medicación en pacientes con Hipertensión Arterial. Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta en cuanto al apego terapéutico. Se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Proporciona, también, información sobre causas del incumplimiento. Los cuestionamientos deben realizarse entremezclados con la conversación. (12)

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien ¿Deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez le sienta mal ¿Deja usted de tomarla?

El paciente considerado como cumplidor si responde de forma correcta las 4 preguntas: No/Sí/No/No

Los grupos de autoayuda invitan a sus miembros a hablar con personas que entienden sus sentimientos y dificultades, de tal manera que se dan cuenta de que no están solos en su situación. La comunicación entre ellos y con expertos invitados les permite, mediante información científica, aprender más acerca de la epilepsia y de su tratamiento, conociendo nuevas formas de enfrentar su problema. Estas herramientas les ayudan a ser más independientes y participativos en su medio social, lo que eleva su autoestima y, en consecuencia, mejora su calidad de vida. Este aprendizaje les facilita, a su vez, enseñar a otras personas lo que es la epilepsia. El conocimiento genera que se eliminen mitos y

prejuicios ante la sociedad comenzando con el círculo de primer contacto del paciente: su familia.

V. **Grupo de Aceptación de Epilépticos, A.C.**

El Grupo Aceptación de Epilépticos, A.C. (GADEP), fue fundada en 1991 como grupo de autoayuda dedicado a la atención de los problemas psicológicos y sociales ocasionados por la epilepsia, dirigido a personas con epilepsia, sus familiares y voluntarios que deseen apoyar sus actividades. Desde 1993 constituye el Capítulo Mexicano del Buró Internacional para la Epilepsia (IBE), organismo internacional que agrupa asociaciones dedicadas a la atención de los problemas psicosociales de las personas con epilepsia en todos los países. También es miembro de la Campaña Global SACAR A LA EPILEPSIA DE LAS SOMBRAS de la OMS y la Liga Internacional contra la Epilepsia. (2)

Los objetivos de éste grupo de apoyo son: elevar la autoestima del paciente con epilepsia, proporcionar información acerca de la epilepsia y los avances en su diagnóstico y tratamiento, brindar a las personas con epilepsia la oportunidad de relacionarse con otras personas que también la padecen y brindar apoyo y comprensión para resolver los problemas relacionados con la epilepsia. (2)

La afiliación al grupo se realiza solamente asistiendo a las actividades mensuales y registrando su asistencia. Se otorga una credencial que identifica al miembro afiliado, sin necesidad de cubrir cuotas. Las actividades que el grupo realiza son gratuitas y abiertas para todo el que desee acudir. (2)

Las sesiones se llevan a cabo el primer sábado de cada mes a las 9:00 AM en el auditorio del Hospital "20 de Noviembre", 1er piso (Félix Cuevas 540, esquina Av. Coyoacán, Col. del Valle, México, DF). En cada sesión se incluye como introducción una ficha de información sobre Epilepsia que incluye su definición, clasificación, etiología, fisiopatogenia, tratamiento y factores que contribuyen al descontrol; además de cubrir otros temas, acorde a la programación mensual, acerca de la problemática de la vida diaria a la que se puede enfrentar el paciente con Epilepsia.

VI. Protocolo de Tesis

a. Definición del problema

La epilepsia, al ser una enfermedad crónica, repercute en todos los aspectos de los pacientes, influyendo en la percepción que tienen de ellos, de su familia y de su calidad de vida. En el CMN 20 de Noviembre contamos con un grupo de autoayuda, conocido como grupo de "Aceptación" de Epilépticos (GADEP), el cual proporciona apoyo a pacientes y familiares con este padecimiento en nuestra institución desde 1991. En las sesiones de este grupo se imparten sesiones informativas y actividades de interés en relación a la epilepsia. La experiencia del servicio de neurología con este grupo ha sido positiva, pues los pacientes aparentemente perciben y manejan mejor su enfermedad, sin embargo a la fecha no se ha hecho una cuantificación del efecto que ha tenido la información y actividades que proporciona el grupo respecto a la percepción que tienen los pacientes de ellos mismos y de su familia en relación a su enfermedad, así como en la calidad de vida que tienen los pacientes, por lo que planteamos la siguiente pregunta de investigación:

Cuál es el efecto de la información que proporciona el grupo "Aceptación" de epilépticos (GADEP) sobre la calidad de vida de pacientes con epilepsia atendidos en el CMN 20 de Noviembre?

b. Justificación

A pesar de que el Grupo de "Aceptación" de Epilépticos (GADEP) tiene más de 20 años proporcionando apoyo a pacientes epilépticos atendidos en el CMN 20 de noviembre, no se ha evaluado el efecto que representa en la calidad de vida de los pacientes con Epilepsia. Proponemos este estudio esperando que la información obtenida sirva de apoyo para conocer los factores que contribuyen al buen control de la enfermedad y fomentar la organización de otros Grupos de Apoyo en otras instituciones, además de que pudiera llegar a considerarse dentro del tratamiento integral para pacientes con Epilepsia.

c. Objetivo

Determinar el efecto que tiene el Grupo de "Aceptación" de Epilépticos (GADEP) en la calidad de vida de pacientes con epilepsia atendidos en el servicio de Neurología del CMN 20 de Noviembre

En pacientes con epilepsia atendidos en el servicio de Neurología del CMN 20 de Noviembre que participan en el Grupo de "Aceptación" de Epilépticos (GADEP)

1. Determinar las características epidemiológicas
2. Determinar las características clínicas
3. Determinar la calidad de vida de los pacientes con epilepsia con el uso de la escala QOLIE- 10
4. Conocer el apego terapéutico del paciente

d. Diseño y métodos

Durante las sesiones informativas mensuales o en un consultorio del servicio de Neurología del hospital, se aplicaron cuestionarios que incluían la escala de calidad de vida QOLIE-10, así como el test de apego terapéutico de Morisky-Green a pacientes adultos con diagnóstico de epilepsia atendidos en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre que quisieran participar y llenaran debidamente la carta de consentimiento informado.

e. Procesamiento de la información y análisis estadístico

Se utilizó el programa estadístico SPSS 15.0 para Windows. Para el análisis descriptivo se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión, así como porcentajes y números absolutos. Para tamaño del efecto mediante delta de Cohen. Para el objetivo secundario utilizamos U de Mann Whitney para variables continuas y de acuerdo al comportamiento de la información; para la variables nominales Chi2. Consideraremos significancia estadística con $p < 0.05$

VII. Resultados

Se les proporcionó el cuestionario a los pacientes con diagnóstico de Epilepsia que son atendidos en el servicio de Neurología en el CMN 20 de Noviembre durante la sesión mensual de GADEP o durante su seguimiento en un consultorio de la Consulta Externa del servicio de Neurología. Fueron recolectados 74 cuestionarios con el consentimiento informado debidamente requisitado. De éstos, fueron eliminados 7 cuestionarios (2 no completaron el cuestionario de QOLIE-10, 4 no contestaron el cuestionario de apego terapéutico y un cuestionario se encontró duplicado) quedando 66 cuestionarios para su evaluación en este estudio.

Las características socio-demográficas de los pacientes incluidos se resumen en las tablas 1, 2 y 3. Así como en la figura 1. La mediana de edad fue de 42 años, con predominio de mujeres (63.6%). Todos los pacientes que fueron incluidos cuentan con un grado de escolaridad, siendo el más frecuente preparatoria, sin embargo hasta un 18.2% se encuentra desempleado y el 22.7% son amas de casa. La mayor parte de los pacientes son solteros (71.2%).

Las características clínicas de los pacientes se encuentran definidas en la tabla 2, 3 y 4, así como en las figuras 2,3 y 4. Encontrando un predominio de crisis parciales hasta en 64 pacientes, el 86% en politerapia, con una media de frecuencia de crisis por mes de 4.45, sin embargo 28.8% (19 pacientes, n=66) no presentaba ninguna crisis al mes y dos pacientes que presentaron hasta 60 crisis por mes. Gran parte de los pacientes tiene al menos 5 años de evolución del padecimiento. La mayor parte de los pacientes (68%) acudieron a 6 o menos sesiones del GADEP.

Tabla 1. Características socio-demográficas cualitativas de los pacientes encuestados (n=66)

	Pacientes (n=66)	Porcentaje (%)
--	------------------	----------------

Sexo:		
• Masculino	24	36.4
• Femenino	42	63.6
Escolaridad:		
• Primaria	4	6.1
• Secundaria	15	22.7
• Preparatoria	22	33.3
• Licenciatura	16	24.2
• Posgrado	4	6.1
• Técnico	5	7.6
Ocupación:		
• Estudiante	8	12.1
• Obrero	8	12.1
• Profesional	9	13.6
• Incapacitado	0	0
• Ama de casa	15	22.7
• Técnico	14	21.2
• Desempleado	12	18.2
Estado civil:		
• Soltero	47	71.2
• Casado	19	28.8

Tabla 2. Características clínicas cualitativas de los pacientes encuestados (n=66)		
	Pacientes (n=66)	Porcentaje (%)
Tipo de crisis		
• Parciales	64	97
• Generalizadas	2	3
Fármacos antiepilépticos		
• Monoterapia	9	13.6
• Politerapia	57	86.4
Tiempo de diagnóstico de epilepsia		
• Cinco o más años	65	98.5
• Menos de cinco años	1	1.5
Asistencia a sesiones de GADEP		
• Seis o más sesiones	21	31.8
• Menos de 6 sesiones	45	68.2

Tabla 3. Características socio demográficas y clínicas cuantitativas de los pacientes (n=66)

	Media	Mínimo	Máximo	Rango
Edad	41.59	15	83	68
Número de crisis por mes	4.45	0	60	60

Figura 1. Edad de los pacientes expresada en porcentaje

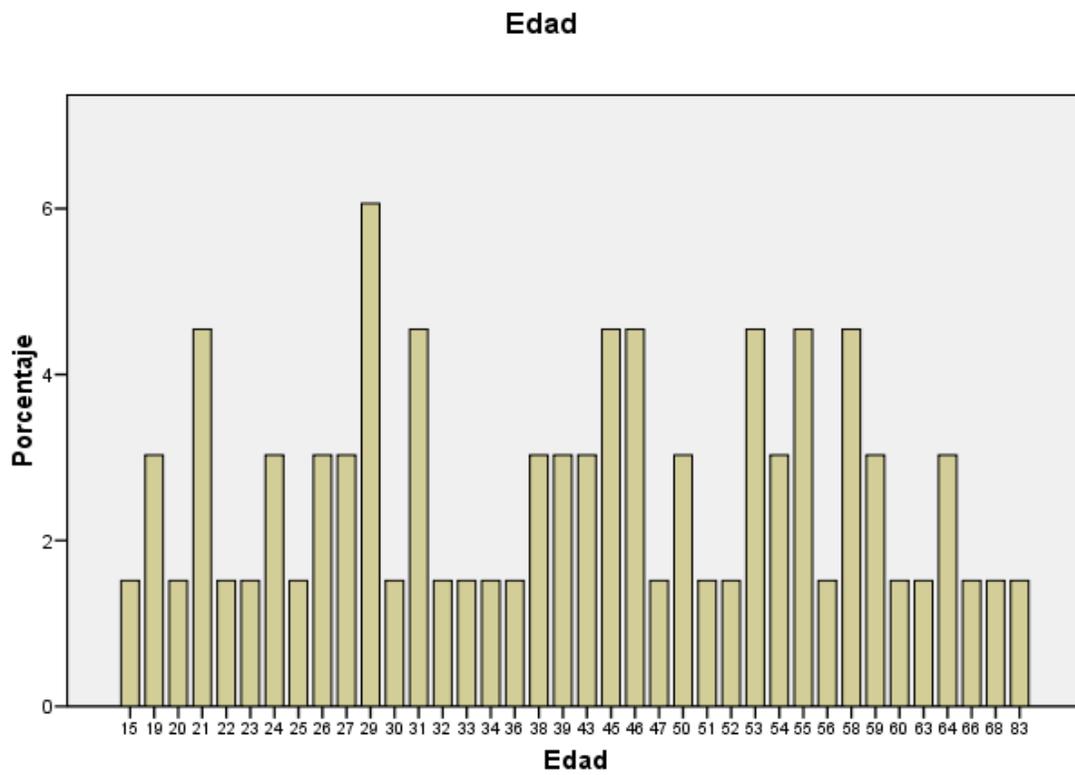


Figura 2. Número de crisis por mes expresado en porcentaje.



Tabla 4. Número de crisis por mes		
	Frecuencia (n=66)	Porcentaje (%)
0	19	28.8
1	14	21.2
2	14	21.2
3	6	9.1
4	1	1.5
5	11	1.5
6	1	1.5
7	2	3.0
8	3	4.5
15	1	1.5
16	1	1.5
30	1	1.5
60	2	3.0

Figura 3. Tipo de crisis presentadas por los pacientes encuestados

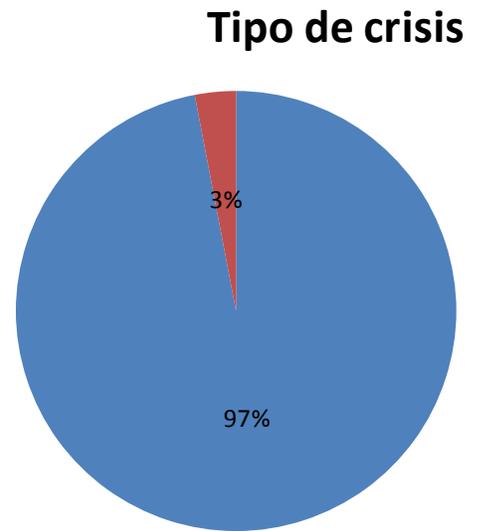
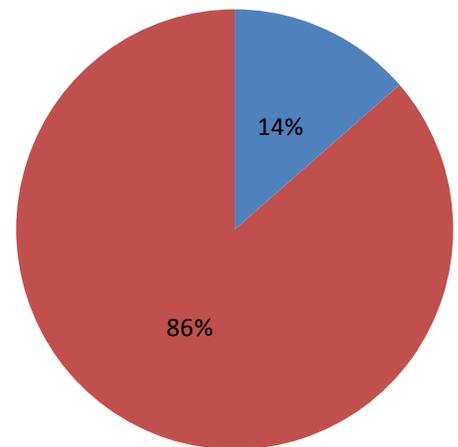


Figura 4. Número de fármacos empleados como tratamiento para los pacientes encuestados

Número de fármacos antiepilépticos



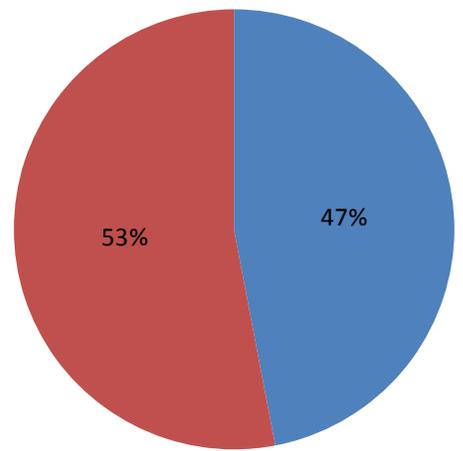
Dentro del cuestionario se aplicó el test para Apego Terapéutico (Morisky-Green), los resultados se encuentran en las tablas 5 y 6, y figuras 5 y 6 (A, B, C, D). En este apartado se obtuvo mayor frecuencia (35 pacientes, n=66) de incumplimiento en el apego terapéutico. Se analizó cada una de las preguntas por separado encontrando que: 50% de los pacientes olvida tomar sus medicamentos alguna vez, 72.7% toma sus medicamentos a las horas indicadas, 87.9% deja de tomar sus

medicamentos si se encuentran bien, 9.1% deja de tomar sus medicamentos si alguna vez le sientan mal.

Tabla 5. Apego terapéutico		
	Frecuencia (n=66)	Porcentaje (%)
Cumplido	31	47
Incumplido	35	53

Figura 5. Apego terapéutico

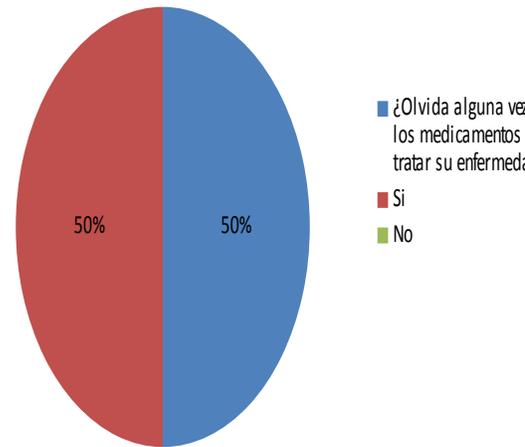
Apego terapéutico



Figuras 6 (A, B, C y D). Desglose de preguntas del test Morisky- Green para apego terapéutico

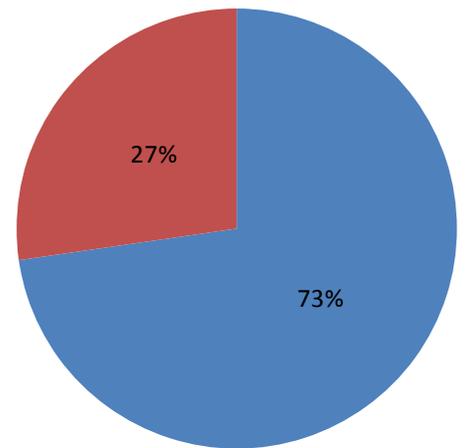
A)

¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar



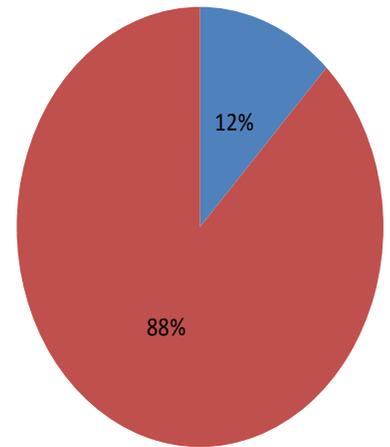
B)

¿Toma los medicamentos a las horas



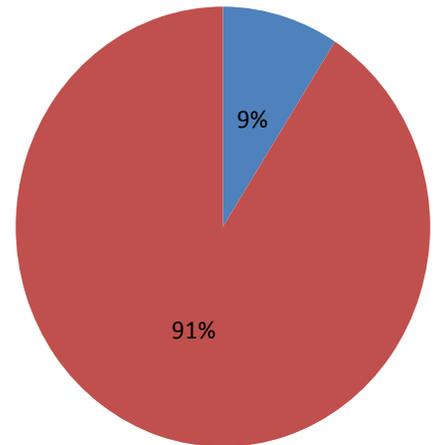
c)

Cuando se encuentra bien ¿Deja de tomar la



D)

Si alguna vez le sienta mal ¿Deja usted o



Para la medición de la calidad de vida se aplicó el cuestionario QOLIE-10 y con el objetivo de simplificar la interpretación de la puntuación fue estandarizada de acuerdo a la ecuación establecida por Viteri (13), para poder obtener mediciones entre 0 y 100 puntos (CVE: Calidad de vida estandarizado). Se muestran los resultados en la tabla 7 y figuras 7 y 8.

La media de la calidad de vida según la escala QOLIE-10 fue de 25.26, con obteniendo resultados con una puntuación mínima de 10 y un máximo de 45. La calidad de vida estandarizada fue de 38.39, con un mínimo de 0 y un máximo de 88 puntos. Se obtuvieron dos mediciones con el mayor porcentaje de pacientes 7.5% (5 pacientes, n=66) con puntuaciones de 25 y 30 puntos en la escala de QOLIE-10 y 38 y 50 puntos en CVE.

Tabla 7. Calidad de vida en pacientes con epilepsia		
	QOLIE-10	CVE
Media	25.26	38.39
Rango	35	88
Mínimo	10	0
Máximo	45	88
<i>*CVE: calidad de vida estandarizado</i>		

Figura 7. Resultados de escala QOLIE-10 expresada en frecuencia de pacientes evaluados

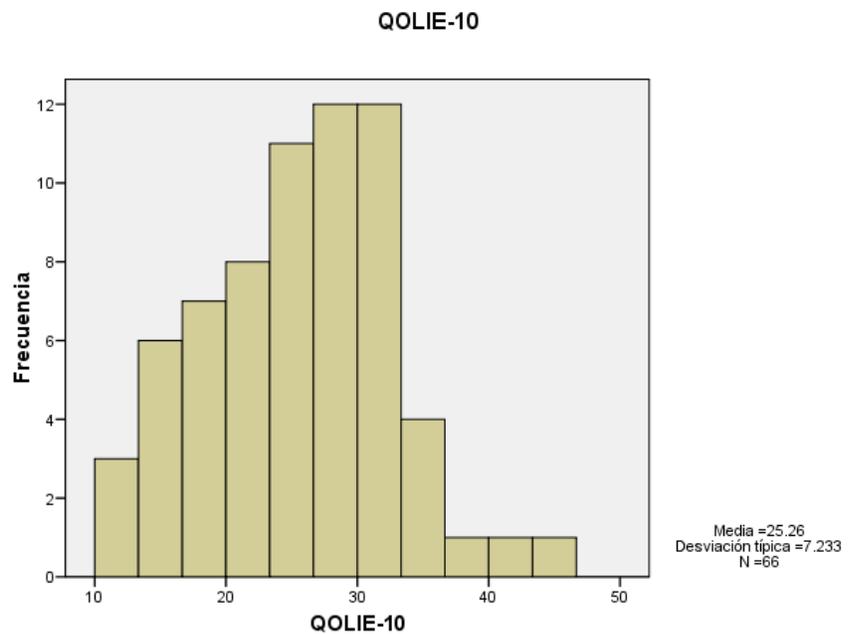
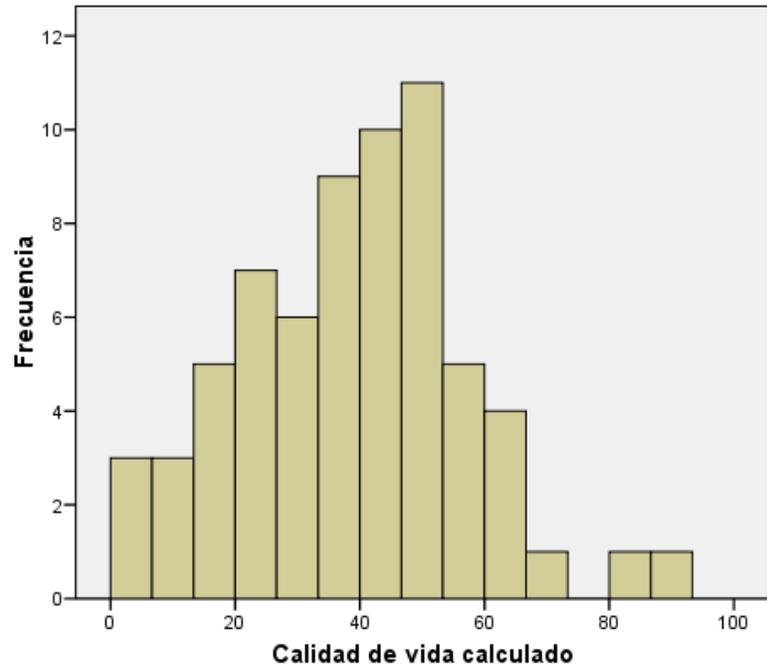


Figura 8. Resultados de Calidad de vida estandarizado expresado en frecuencia de pacientes evaluados

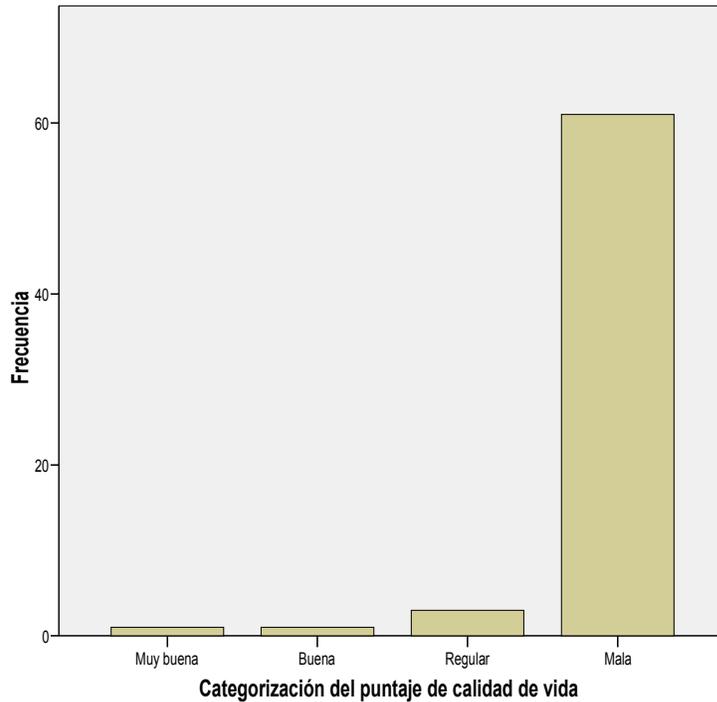
Calidad de vida calculado



Una vez calculada la CVE se calificó el grado de calidad de vida en excelente (91-100 puntos), muy buena (81-90 puntos), buena (71-80 puntos), regular (61- 70 puntos), malo (menor o igual a 60 puntos). La mayoría de nuestros pacientes se agrupan dentro del rango de mala calidad de vida (61/66 pacientes). Tabla XXXX y figura XXXXX

Tabla XXXX. Categorización del puntaje de calidad de vida		
	Frecuencia (n=66)	Porcentaje (%)
Excelente	0	0
Muy buena	1	1.5
Buena	1	1.5
Regular	3	4.5
Mala	61	91

Figura 9. Categorización del puntaje de calidad de vida



Para la correlación de variables socio-demográficas y clínicas con el apego terapéutico, se utilizó la prueba de Chi cuadrada de Pearson o la exacta de Fisher dependiendo el caso, considerando que la hipótesis nula se rechaza si $p \leq 0.05$. No se encontraron diferencias significativas en las variables de sexo, se encontró que no hay diferencia entre el sexo, estado civil, edad, ocupación, número de fármacos empleados, tiempo de diagnóstico de epilepsia, número de crisis por mes o tipo de crisis y el apego terapéutico, todas con $p \leq 0.05$. Ver **tabla XXXX y Figuras XXXXXX**

Se encontró diferencia significativa entre apego terapéutico y escolaridad ($p=0.016$), la mayor proporción de pacientes que cumplen su tratamiento estudiaron preparatoria (29%), la mayor proporción de pacientes que son incumplidos en su tratamiento también tienen como escolaridad preparatoria (37.1%). **Tablas 18 y 18.1. Figura 19.**

De igual manera, se encontró diferencia significativa en la asistencia a sesiones de GADEP ($p=0.05$). Siendo que 45.2% de los pacientes que son cumplidos a su tratamiento han acudido a 6 sesiones de GADEP o más, en

comparación con el 20% de pacientes incumplidos que han acudido a 6 sesiones o más de GADEP. **Tablas 19 y 19.1. Figura 20.**

Tabla XXXX. Correlación de las variables estudiadas y el apego terapéutico			
Variable	Chi- cuadrada de Pearson	Grado de libertad	p
Sexo	0.02	1	1
Estado civil	1.27	1	0.39
Edad	32.87	37	0.85*
Ocupación	3.09	5	0.7*
Número de fármacos empleados	1.62	1	0.28*
Tiempo de diagnóstico	0.899	1	1*
Número de crisis por mes	7.16	12	0.84
Tipo de crisis	2.32	1	0.42*
Escolaridad	12.93	5	0.016*
Asistencia a sesiones de GADEP	4.79	1	0.05

* se calculó con exacta de Fisher

Figura 9. Relación entre sexo y apego terapéutico

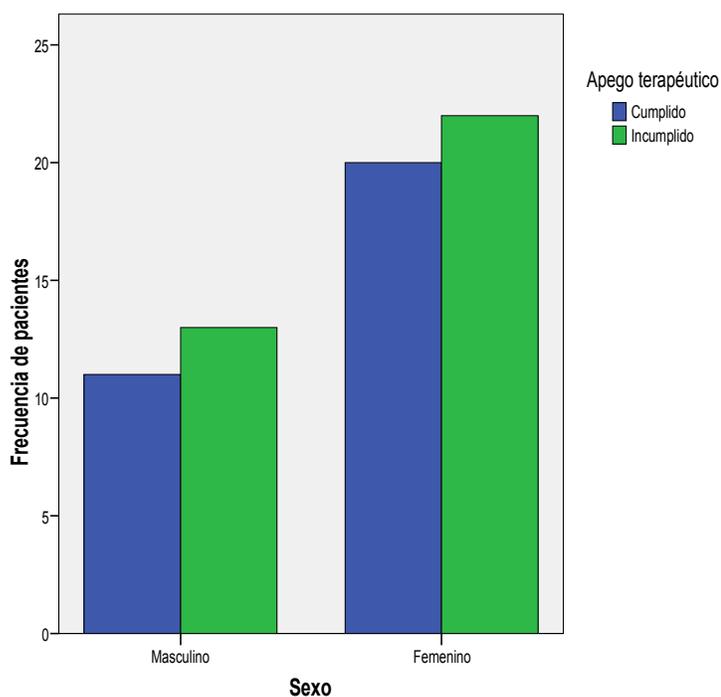


Figura 10. Estado civil y apego terapéutico

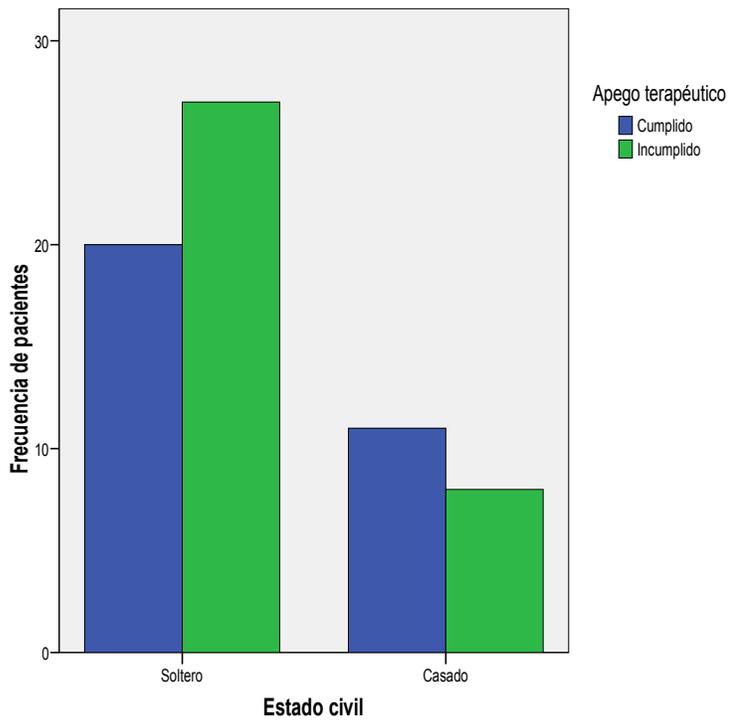


Figura 11. Edad y apego terapéutico

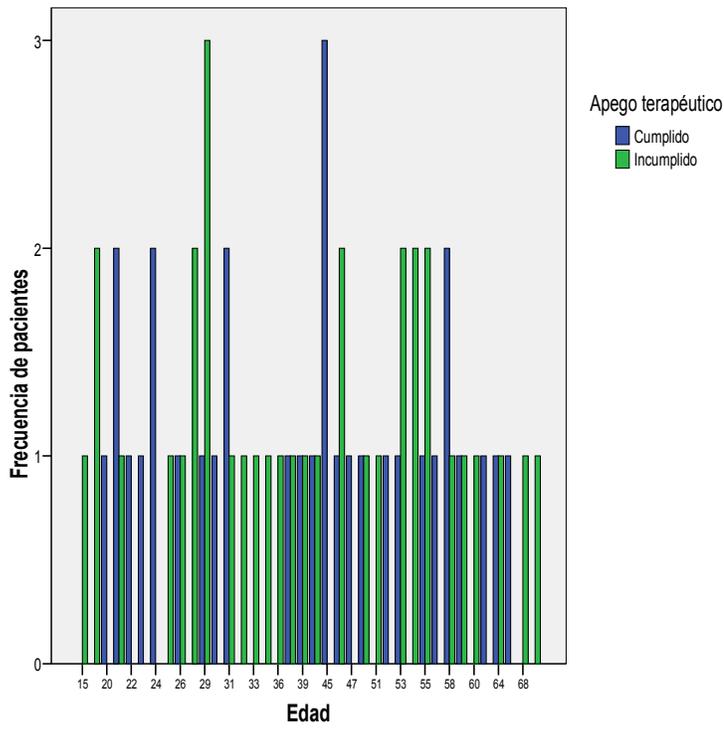


Figura 12. Ocupación y apego terapéutico

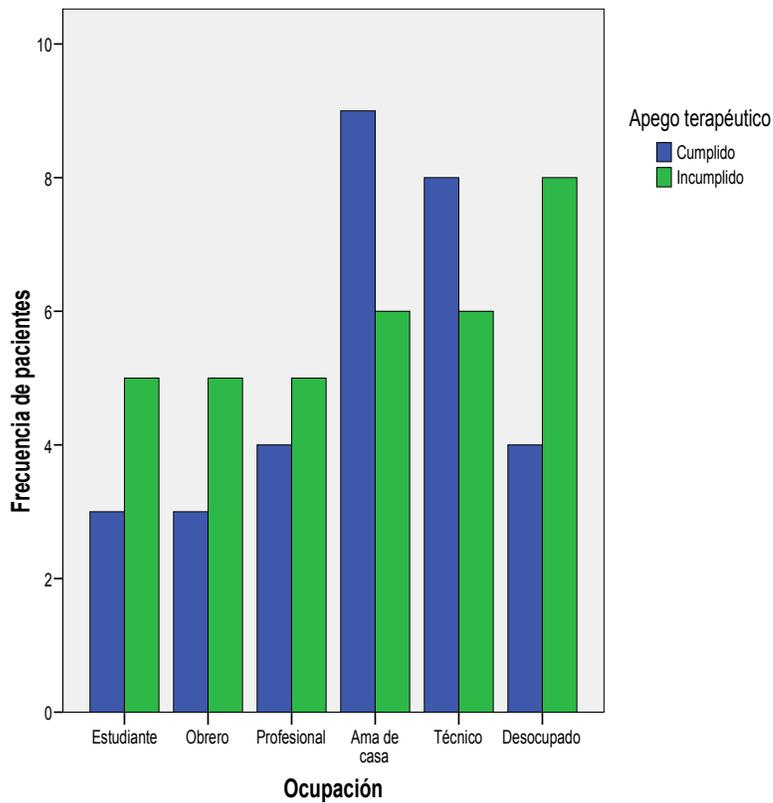


Figura 13. Fármacos antiepilépticos y apego terapéutico

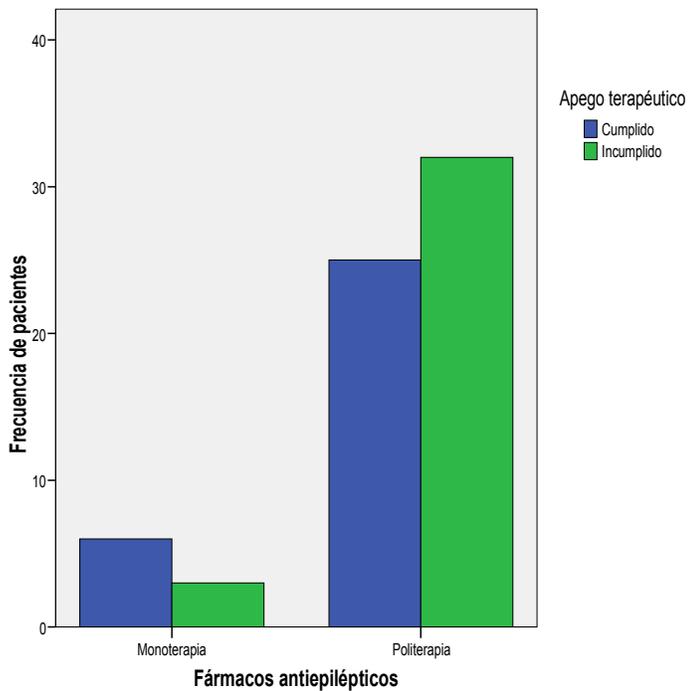


Figura 14. Tiempo de diagnóstico de epilepsia y apego terapéutico

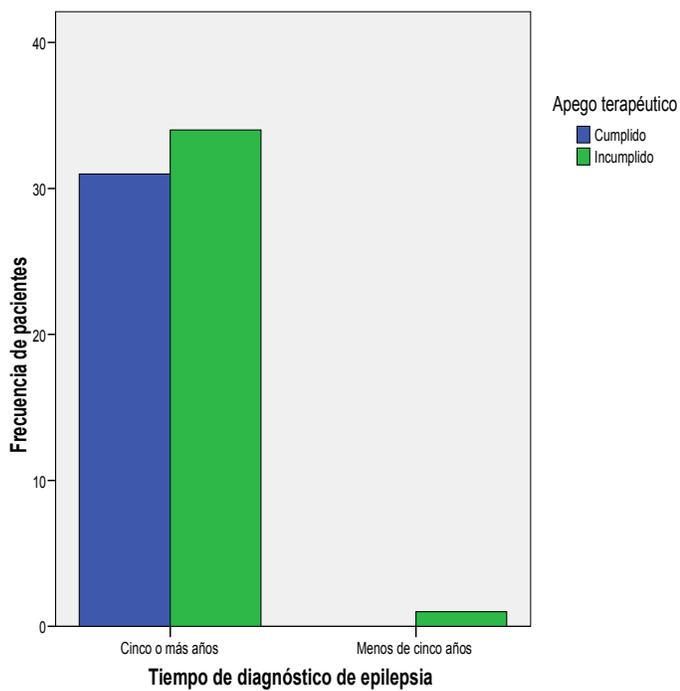


Figura 15. Número de crisis por mes y apego terapéutico

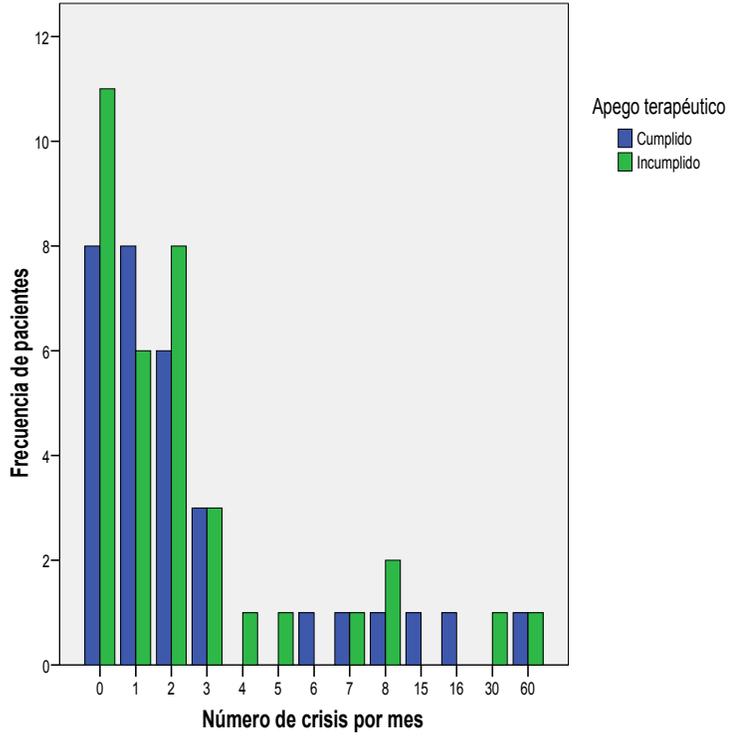


Figura 16. Tipo de crisis y apego terapéutico

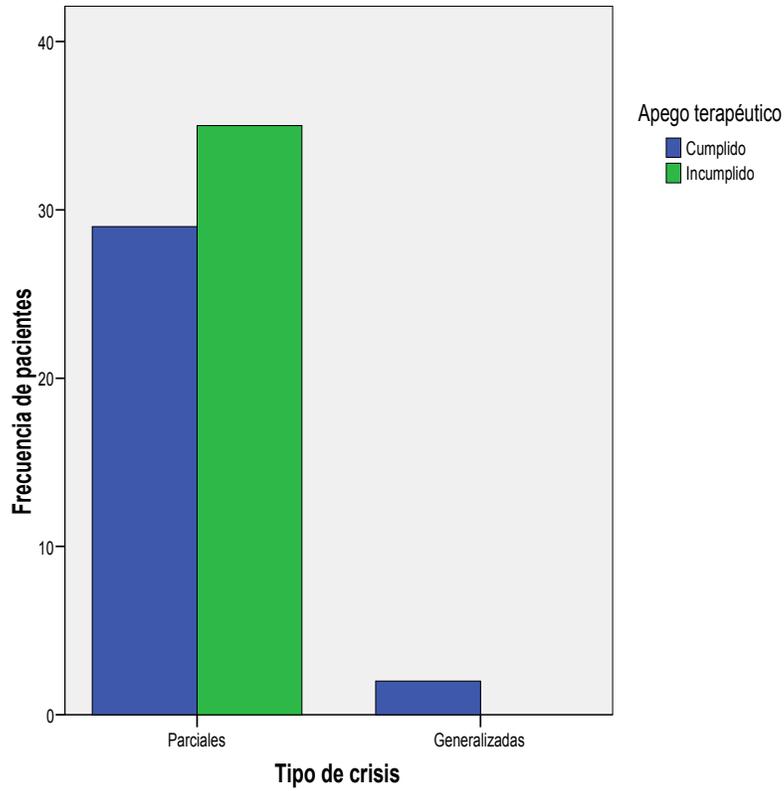


Figura 19. Escolaridad y apego terapéutico

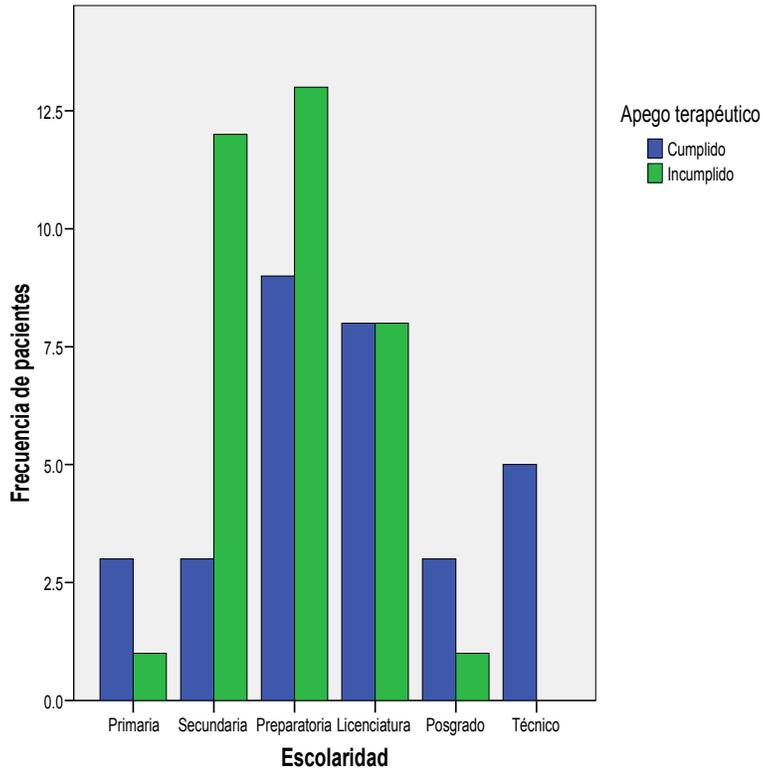
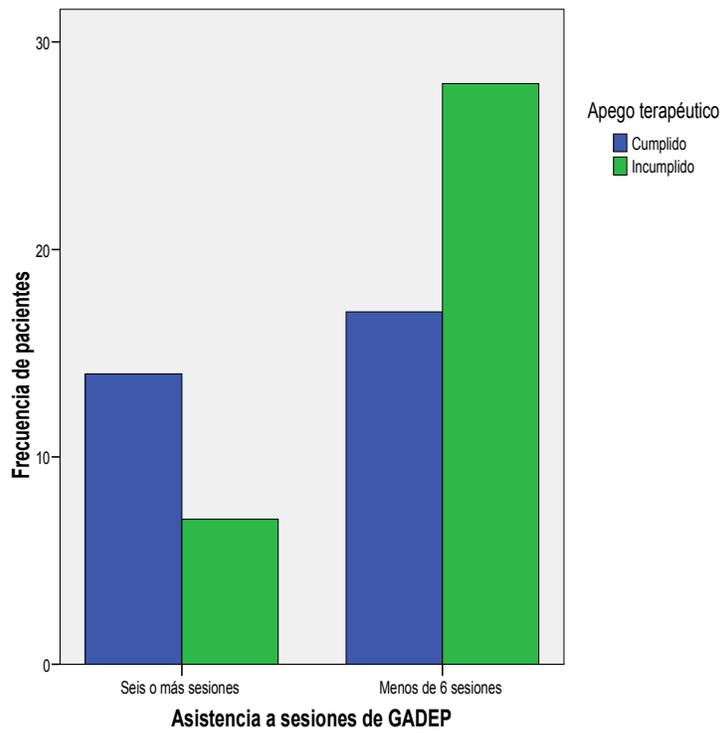


Figura 20. Asistencia a sesiones de GADEP y apego terapéutico



Para las variables cuantitativas se realizó el análisis estadístico no paramétrico por medio del cálculo de U de Mann- Whitney o Kruskal-Wallis dependiendo el caso. Para el caso de calidad de vida no se encontró diferencia significativa ($p \leq 0.05$) con alguna de las variables estudiadas (sexo, estado civil, edad, ocupación, número de fármacos empleados, tiempo de diagnóstico, número de crisis por mes, tipo de crisis o apego terapéutico. Ver tabla XXXXX

Tabla XXXX. Correlación de variables estudiadas y Calidad de Vida		
Variable	U de Mann- Whitney	Kruskal-Wallis
Sexo	p= 0.64	
Estado civil	p= 0.25	
Asistencia a sesiones de GADEP	p= 0.57	
Tipo de crisis	p= 0.68	
Fármacos antiepilépticos	p= 0.73	
Tiempo de diagnóstico de epilepsia	p= 0.39	
Escolaridad		p= 0.29
Ocupación		p= 0.55
Apego terapéutico	p= 0.081	

Para el objetivo secundario se calculó el tamaño del efecto de la información impartida en las sesiones de GADEP en la calidad de vida de nuestros pacientes, comparando dos grupos de asistentes, los que han acudido en al menos 6 ocasiones y los que acudieron menos de 6 ocasiones. Se calculó de acuerdo a la fórmula para delta de Cohen con los datos de la tabla 20. Obteniendo como resultado un tamaño de efecto pequeño de 0.27.

Tabla 20 . Características de los grupos evaluados para calcular el Tamaño del efecto		
	Media	Desviación estándar
Grupo 1 (seis sesiones o más)	25.43	28.27
Grupo 2 (menos de seis sesiones)	8.07	11.86

VIII. Discusión y conclusiones

De los resultados que encontramos en este estudio en comparación a lo reportado previamente en la literatura podemos destacar que como características de nuestra población evaluada, el tipo de crisis predominante fueron las crisis parciales (66/66 pacientes, 97%) a diferencia de las reportadas en estudios similares en donde prevalecían las crisis tónico clónicas generalizadas (16 y 17).

La prevalencia del incumplimiento en el apego terapéutico que hallamos en este grupo de pacientes fue de 53% (35/66) que va en tendencia con el reportado por M. Enríquez-Cáceres y M. Soto-Santillana en su estudio realizado con población en Perú, en el que encontraron 67% de incumplimiento en su población (15). Dentro de este estudio ellos evaluaron una muestra de 114 pacientes en el que también buscaron los factores relacionados a este incumplimiento encontrando significancia estadística: la falta de dinero para poder comprar sus medicamentos, desconocimiento de su enfermedad, pobre respuesta al tratamiento, la creencia de que su tratamiento no funciona o no tiene efectos benéficos y otros factores asociados a la relación médico-paciente. En nuestro estudio encontramos dos factores con significancia estadística asociados al apego terapéutico, 1. La escolaridad y 2. La asistencia a las sesiones informativas de GADEP.

En el caso de la escolaridad encontramos que la mayoría de los pacientes encuestados tienen preparatoria como escolaridad (33%) y que los mismos se encuentran distribuidos tanto en el grupo de cumplidos como de incumplidos en su tratamiento. Cabe destacar que todos los pacientes evaluados son escolarizados y que incluso algunos cursaron el posgrado y existe mayor prevalencia de los pacientes cumplidos con mayor grado de estudios.

La mayoría de los pacientes que evaluamos acudieron menos de 6 veces a las sesiones informativas mensuales (68.2%) que pertenecen tanto al grupo de cumplidos como de incumplidos en el apego terapéutico; sin embargo el 20% de los pacientes incumplidos ha acudido más de 6 veces a estas sesiones, por lo que igualmente puede contribuir en el factor negativo del incumplimiento, ya que según lo que se reporta como tamaño del efecto al comparar los grupos en medida de su asistencia, efectivamente existe un tamaño de efecto representativo aunque en un grado pequeño. (Cohen, 1969)

No se encontraron relaciones significativas que demuestren un efecto directo en la calidad de vida de los pacientes que se incluyeron en este estudio. De forma similar a los hallazgos encontrados por Pérez Galdós en Perú, el número de crisis no tienen una influencia significativa en la calidad de vida (18).

De acuerdo a Cramer et al (19) el puntaje total del QOLIE 31 en una población de 132 pacientes con epilepsia con características demográficas similares a la que nosotros evaluamos, varía entre 40 a 60 puntos; en un estudio posterior que realizó el mismo autor realiza la validación del QOLIE-10 empleando el mismo grupo de datos evaluados comentando que la correlación es posible (20) por lo que en nuestro estudio la media de los pacientes se encontró en 38 puntos, un poco por debajo del reportado en la literatura previamente.

En nuestro estudio, prácticamente la totalidad de nuestros pacientes (91%) obtuvo un puntaje de calidad de vida que los coloca dentro de la categoría de Mala calidad de vida. En comparación, en el estudio realizado en Perú, por Pérez Galdós en 2010 (22) concluyó que 62.9% de los pacientes manifiestan una mala calidad de vida. Dentro de los estudios realizados en población mexicana López et al (8) encontró que 6.7% de los pacientes de su estudio tenían una buena calidad de vida. En el estudio realizado por Hurtado et al (5) en 26 pacientes con diagnóstico de epilepsia pertenecientes al Hospital General del ISSSTE de Querétaro, se obtuvo que el 80% de los pacientes tenían una mala y regular calidad de vida.

Se ha observado en algunos otros estudios en los que se relaciona la calidad de vida con escalas de evaluación de la percepción de la salud general y emocional que hay una relación entre la calidad de vida y una mala percepción de la salud en general (Rosslol, A, 21) por lo que quizá debamos de incluir este aspecto en el momento de evaluar la calidad de vida, y ser capaces de observar si este factor es el que provoca que la media de calidad de vida sea menor a la reportada previamente, aunque se asemeja a lo previamente reportado en población mexicana.

Con los resultados del presente estudio no somos capaces de definir un factor que influya claramente sobre la calidad de vida de los pacientes que acuden a las sesiones informativas de GADEP, pudiendo identificar que para mejorar este aspecto del estudio se podría ampliar el rango de evaluación en el número de sesiones a las que asisten los pacientes realizando una nueva medición posteriormente. Claramente hay poca constancia de los pacientes en la asistencia por lo que quizá el tamaño del efecto de la información pudiera ser mayor de lograr que acudan cada mes.

Se ha logrado una mejor adherencia terapéutica en los pacientes que acuden a GADEP apoyando el concepto de que la información impartida repercute directamente en el mejor control de la epilepsia.

Glosario

- **Calidad de vida:** Expresión subjetiva cuantificable del paciente, en relación a su grado de bienestar general en el aspecto físico, mental y social.
- **CVE:** Calidad de vida estandarizado
- **Epilepsia:** Enfermedad crónica, recurrente de fenómenos paroxísticos por descargas eléctricas anormales en el cerebro (crisis epilépticas) que tiene manifestaciones clínicas variadas y causas diversas.
- **GADEP:** Grupo “Aceptación” de Epilépticos A.C.
- **Monoterapia:** empleo de un solo fármaco antiepiléptico como tratamiento para epilepsia
- **Politerapia:** el uso de dos o más fármacos antiepilépticos para el tratamiento de epilepsia

Apéndice A: Entrevista inicial para la obtención de datos socio-demográficos y cuestionario de apego terapéutico

Nombre:

Edad:

Género:

Grado escolar:

Ocupación:

Estado civil:

¿Cuántas crisis tiene por mes?:

Conteste SI o NO a las siguientes preguntas:

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien ¿Deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez le sienta mal ¿Deja usted de tomarla?

Apéndice B: QOLIE-10

Anexo 1		Cuestionario QOLIE-10 (Quality of Life in Epilepsy Inventory-10)				
		Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas... ¿Se sintió lleno de vitalidad?						
		1	2	3	4	5
		Nunca	Sólo alguna vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿Se sintió desanimado y triste?						
		1	2	3	4	5
		Ninguno	Pocos	Algunos	Muchos	Muchísimos
¿Le ha causado su epilepsia o medicación antiepiléptica problemas para desplazarse?						
		1	2	3	4	5
		Ninguno	Pocos	Algunos	Muchos	Muchísimos
¿Durante las últimas 4 semanas cuántas veces ha tenido problemas relacionados con...						
		1	2	3	4	5
¿Dificultades de memoria?						
		1	2	3	4	5
¿Limitaciones en el trabajo?						
		1	2	3	4	5
¿Limitaciones en su vida social?						
		1	2	3	4	5
¿Efectos físicos de la medicación antiepiléptica?						
		1	2	3	4	5
¿Efectos mentales de la medicación antiepiléptica?						
		1	2	3	4	5
		Nada de miedo	No mucho miedo	Bastante miedo	Mucho miedo	Muchísimo miedo
¿Le da miedo sufrir un ataque durante las próximas 4 semanas?						
		1	2	3	4	5
¿Qué tal ha sido su calidad de vida durante las últimas 4 semanas? (es decir, ¿cómo le han ido las cosas?) (Rodee con un círculo un solo número)						
		Muy bien; difícilmente hubiera podido irme mejor				1
		Bastante bien				2
		Bien y mal a partes iguales				3
		Bastante mal				4
		Muy mal; difícilmente hubiera podido irme peor				5

Protocolo: EFECTO DE LA INFORMACION IMPARTIDA EN EL GRUPO “ACEPTACION” DE EPILÉPTICOS (GADEP) EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON EPILEPSIA ATENDIDOS EN EL CMN 20 DE NOVIEMBRE

El presente protocolo tiene como finalidad conocer el efecto de la información que proporciona el Grupo de Apoyo (GADEP) sobre la calidad de vida de pacientes con Epilepsia que son atendidos en el servicio de Neurología del CMN 20 de Noviembre.

Entiendo que al ser paciente con diagnóstico de Epilepsia, en un consultorio de la Consulta externa de Neurología o en el Auditorio del hospital durante la sesión de GADEP, se me solicitará contestar un cuestionario que posteriormente será entregado al médico investigador. Durante la participación no será necesario el contacto físico entre el investigador y mi persona.

Entiendo que NO existe ningún riesgo potencial directamente relacionado con mi persona y no modificaré el tratamiento que actualmente estoy recibiendo.

Los beneficios que se esperan del presente protocolo se centran en obtener un mayor conocimiento sobre el entorno de los pacientes con Epilepsia en el Servicio de Neurología del CMN “20 de Noviembre”, lo cual a su vez servirá para brindar una mejor atención al derechohabiente.

Entiendo que mi decisión de participar en el estudio es libre y en caso de negarme no tendré ninguna repercusión negativa en mi tratamiento ni en la atención que actualmente recibo en el servicio de Neurología del CMN 20 de Noviembre, además de que no recibiré ningún tipo de pago económico ni en especie por mi participación en el estudio.

Los investigadores se comprometen a salvaguardar la privacidad y el anonimato de los datos obtenidos y para asegurar esto se referirán a mi persona unicamente utilizando el número del expediente clínico y siglas de mi nombre.

Ciudad de México, Distrito Federal, a los _____ días del mes de _____ de año dos mil catorce.

Nombre, firma, dirección y teléfono

Testigo 1 (Nombre, parentesco, firma, dirección y teléfono) Testigo 2 (Nombre, parentesco, firma, dirección y teléfono)

Investigadores Dra. Yokary Amor Mellado Ortiz y Dra. Lilia Núñez Orozco. Servicio de Neurología localizado en el cuarto piso del edificio A. Av. Félix Cuevas 540 Col Del Valle, Delegación Benito Juárez, CP 03100 Teléfono: 52-00-50-03 Ext. 14292

Dr. Abel Archundia García.- Presidente del Comité de Ética. Teléfono 52-00-50-03 Ext. 14629

Bibliografía

1. Asturias, C. Grupos de apoyo para el paciente epiléptico. Organización Funcional y combativa de la epilepsia. España; 1988.
2. Epilepsia hoy [sede web]. México: Núñez Orozco L. 2000 [01 Marzo 2014/24 Marzo 2014] Introducción [1] <http://www.epilepsiahoy.com/>.
3. García-Albea Ristol E. Historia de la epilepsia. Barcelona: Masson; 1999.
4. Gonzales S, Quintana J, Fabelo R. Epilepsia y sociedad: una mirada hacia el siglo XXI. Revista Electrónica de Psicología. 1999; 3(3): 1-12.
5. Hurtado R, Ramírez G, Lamas F, Gallegos R. Calidad de vida en pacientes adultos con epilepsia. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo. ISSN 2007-2619. 2013; Publicación #10.
6. Ivanovic-Zuvic F. Calidad de vida en la Epilepsia. Revista Chilena de Epilepsia. 2003 Mar; 4(1): 29-35.
7. Knobel H, Escobar I, Polo R, Ortega L, Martín-Conde MT, Casado JL, et al. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para manejar la adherencia en el tratamiento antiretroviral en el año 2004. Enferm Infecc Microbiol Clin 2005;23 (4):221-31.
8. López-Meraz ML, Rocha L, Miquel M, Hernández ME, Toledo CR, Coria-Ávila GA et al. Conceptos básicos de la epilepsia. Rev Med UV. 2009; 9 (2): 31-37.
9. Organización Mundial de la Salud, Buró Internacional para la Epilepsia y La Liga Internacional contra la Epilepsia. Informe sobre la epilepsia en latinoamerica. Panamá; 2008.
10. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre epilepsia. Estados Unidos; 2011.
11. Programa Prioritario de Epilepsia. Epilepsia. México. Programa Prioritario de Epilepsia. Sector Salud. 2013.
12. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la practica clínica. Aten Primaria. 2008;40 (8):413-7.
13. Viteri C, Codina M, Cobaleda S, Lahuerta A, Barriga J, Barrera S, et al. Validación de la versión española del cuestionario de calidad de vida en epilepsia QOLIE-10. Neuropsicología 2008; 23: 157-67.
14. Wright M. The old problem of adherence: research on treatment adherence and its relevance for HIV/AIDS. Revista Puestaldia en psicología clínica y de la salud. 2000; 11:703 –710.
15. Enríquez-Cáceres M, Soto-Santillana M. Incumplimiento farmacológico en pacientes con epilepsia. Rev Neurol. 2006; 42: 647-54.

16. Rivera TE, Troncoso SV, Silva CM. Factores pronósticos de la calidad de vida en pacientes con epilepsia. *Rev Chilena Epilepsia* 2005; 6(1):1-7
17. Miranda G, Arceo ME. La calidad de vida de los pacientes epilépticos determinada por la aplicación de la escala QOLIE 31. *Hospital Central Militar* 2005. *Rev. Sanid. Milit. Mex* 2006; 60(2): 76-81.
18. Perez Galdos, P. Estudio de calidad de vida y factores pronósticos de los pacientes con epilepsia refractaria del Hospital Miguel Grau de EsSalud, Lima - Perú. *Acta méd. peruana [online]*. 2010, vol.27, n.4, pp. 244-249
19. Cramer JA, Arrigo C, Van Hammee G, Gauer LJ, Cereghino JJ. Effect of levetiracetam on epilepsy related quality of life. N132 study Group. *Epilepsia* 2000; 41(7): 868-74.
20. Cramer JA, Arrigo C, Van Hammé G, Bromfield EB. Comparison between the QOLIE-31 and derived QOLIE-10 in a clinical trial of levetiracetam. *Epilepsy Res.* 2000 Aug; 41 (1):29-38
21. Rosslinol A, Molina I, Rosslinol T, García-Mas A. Calidad de vida y percepción de salud general de personas con epilepsia en función de las crisis, la afectación neurocognitiva, la electroencefalografía, su respuesta al tratamiento y los efectos secundarios. *Rev Neurol* 2013; 57:17-24.
22. Pérez Galdós Proel. Estudio de calidad de vida y factores pronósticos de los pacientes con epilepsia refractaria del Hospital Miguel Grau de EsSalud, Lima-Perú. *Acta Med Per* 2010;27(4): 244- 249.