



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“PERFIL DE PERSONALIDAD Y
FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL EN
ADULTOS CON EPILEPSIA”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

EMILY MARINA SÁNCHEZ PAQUINI

DIRECTORA:

MTRA. KARINA BEATRIZ TORRES MALDONADO

REVISORES:

LIC. JOSÉ MANUEL MARTÍNEZ

DRA. MARÍA DEL CARMEN MONTENEGRO NÚÑEZ

SINODALES:

DRA. MARÍA DEL CARMEN MONTENEGRO NÚÑEZ

DRA. ARACELI LAMBARRI RODRÍGUEZ

MTRA. INDA GUADALPE SÁENZ ROMERO

LIC. JOSÉ MANUEL MARTÍNEZ

MTRA. KARINA BEATRIZ TORRES MALDONADO

ASESOR ESTADÍSTICO:

LIC. MARCOS VERDEJO MANZANO

MÉXICO, D.F.

2013





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.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

“Si esperas las condiciones perfectas nunca realizarás nada. Persevera en la siembra, pues no sabes cuál semilla germinará; quizá germinen todas.”

Eclesiastés 11:4,6 BD.

Gracias Dios, porque me diste la determinación y la persistencia para terminar este proyecto.

Gracias Marina, Gerardo y Kevin, porque son mi motivación y habría sido imposible dar cada paso sin su paciencia y amor.

Gracias Griselda, Jorge, Maribel, Mayra, Guillermo, Ángel, Daniel, e Iván, por su apoyo incondicional en los momentos más oportunos.

Gracias maestra Karina, porque su sabiduría fue la mejor señal en el camino: éste logro es tan suyo como mío.

Gracias a mis maestros María del Carmen, Araceli, Inda, José Manuel y Marcos, por su valiosa guía, que enriqueció en gran manera este trabajo.

PERFIL DE PERSONALIDAD Y FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL EN ADULTOS CON EPILEPSIA

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO 1	
1 Epilepsia	6
1.1 Antecedentes	6
1.2 Definición y clasificación.....	9
1.3 Epidemiología.....	21
1.4 Tratamiento	24
CAPÍTULO 2	
2 Adaptación psicosocial del adulto con epilepsia	29
2.1 Modelo multietiológico de la disfunción psicológica y social en la epilepsia	30
2.2 Medición de la adaptación psicosocial	34
CAPÍTULO 3	
3 Trastornos de la personalidad.....	49
3.1 Modelos explicativos de la patología de la personalidad.....	50
3.2 Psicopatología.....	55
3.3 Medición de la personalidad.....	58
3.4 Aspectos psicológicos en pacientes con epilepsia	97
3.5 Valoración de los trastornos de la personalidad en adultos con epilepsia	111

CAPÍTULO 4

4 Método	117
4.1 Justificación	117
4.2 Pregunta de investigación	118
4.3 Objetivos	118
4.4 Hipótesis de investigación	118
4.5 Definición conceptual y operacional de las variables	119
4.6 Criterios de inclusión de los sujetos	127
4.7 Sujetos	127
4.8 Tipo y diseño de investigación	128
4.9 Escenario	128
4.10 Instrumentos.....	128
4.11 Procedimiento	136
4.12 Análisis de datos	137

CAPÍTULO 5

5 Resultados	138
5.1 Descripción de la muestra	140
5.2 Descripción por rasgos de la personalidad.....	150
5.3 Perfil general de la muestra del MMPI-2	165
5.4 Descripción de las escalas de funcionamiento psicosocial	168
5.5 Perfil general de la muestra del WPSI.....	179
5.6 Correlaciones	181

CAPÍTULO 6

6 Discusión	203
6.1 Características generales de la muestra	203

6.2	Variables neurobiológicas y farmacológicas.....	205
6.3	Psicopatología de los sujetos epilépticos	208
6.4	Funcionamiento psicosocial de los sujetos epilépticos.....	213
6.5	Relaciones entre las características generales de los sujetos y las escalas del MMPI-2 y del WPSI	218
6.6	Relaciones entre los rasgos de la personalidad y los factores psicosociales de los sujetos con epilepsia	226
CONCLUSIONES		237
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS		240
ANEXOS		243
REFERENCIAS.....		249

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar las relaciones que existen entre los factores que componen la adaptación psicosocial tales como la historia familiar, la adaptación emocional, la adaptación vocacional, la situación económica, la adaptación a las crisis, la medicación y el tratamiento médico, y los rasgos de personalidad que manifiestan los pacientes de edad adulta con epilepsia del Hospital General de México.

Se utilizó un diseño transversal de tipo correlacional y los instrumentos que se utilizaron fueron el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota II (MMPI-2) y el Inventario Psicosocial de Washington (WPSI). La muestra total se conformó de 53 pacientes adultos voluntarios diagnosticados con epilepsia, y se controlaron las variables de género, edad, escolaridad, tipo de actividad, estado civil, tipo de crisis, edad de inicio, duración de la epilepsia y tipo de tratamiento farmacológico.

Se elaboró un perfil grupal de personalidad y de funcionamiento psicosocial; se examinaron las diferencias de acuerdo a las variables controladas, además de un análisis de correlaciones entre las escalas de personalidad y de funcionamiento psicosocial.

Los resultados mostraron diferencias significativas en la escala de introversión de acuerdo a la edad; en la escala masculino/femenino con respecto al tipo de actividad; así como en la escala de validez F del MMPI-2 de acuerdo a la escolaridad de los pacientes con epilepsia.

Se observaron diferencias significativas en la escala de adaptación económica y social en relación al sexo; en la escala de historia familiar y adaptación económica con respecto al tipo de actividad realizada; además de diferencias en la adaptación interpersonal en relación al tipo de crisis de los sujetos.

Los perfiles de personalidad revelaron la presencia de rasgos psicopatológicos en las escalas de esquizofrenia, psicastenia y paranoia de la muestra. Se observó un claro y grave impacto del trastorno en las escalas de adaptación interpersonal, adaptación a

las crisis, medicación y tratamiento médico, adaptación emocional, vocacional e historia familiar, factores que repercuten en una mayor disfunción psicológica y social.

La desadaptación psicosocial en los sujetos con epilepsia se relaciona con la presencia de rasgos psicopatológicos en su personalidad y la actitud que la persona tiene al contestar el MMPI-2 constituye un indicador del funcionamiento psicosocial de los sujetos con epilepsia.

Estos hallazgos permiten observar una perspectiva del estado psicológico y de las áreas de desadaptación de los sujetos epilépticos en México, identificar las áreas psicosociales que se requieren rehabilitar y así diseñar planes de intervención para estos pacientes.

INTRODUCCIÓN

La epilepsia es un trastorno neurológico con una prevalencia elevada, en México existen estudios que registran de 18.3 hasta 43 personas por cada 1000 habitantes y tiene tal impacto en la sociedad que ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud como un problema de salud pública que merece ser atendido y comprendido desde una visión multidisciplinaria. La medicina ha aportado especial atención al estudio clínico y funcional del trastorno por medio de la neurología, la neurocirugía y la epileptología, disciplinas que ofrecen una visión suficientemente extensa para entender lo que hasta ahora define y caracteriza a los síndromes epilépticos desde un enfoque orgánico.

Es así como actualmente se define que la epilepsia es una afección crónica que afecta al Sistema Nervioso Central y es producida por diferentes etiologías; está caracterizada por la repetición de crisis originadas por una descarga excesiva en las neuronas cerebrales, asociadas eventualmente a síntomas clínicos o paraclínicos (Gastaut, 1973). Las crisis epilépticas son eventos anormales, bruscos, con un patrón estereotipado de duración breve que pueden incluir alteraciones de la conciencia, de la motricidad, variaciones sensoriales, autonómicas y psicológicas (Acevedo, 2008). Debido al impacto que tiene la manifestación de crisis epilépticas tanto en el individuo como en la familia, la epilepsia es una enfermedad que no puede ser abordada únicamente desde una perspectiva médica, aunque el manejo neurológico es esencial para el control sintomático, ya que provee a los individuos que la padecen la posibilidad de recibir tratamiento farmacológico e incluso quirúrgico, que bien puede controlar las consecuencias directas en la salud de los pacientes, sin embargo no alcanza a resolver las dificultades en la adaptación psicosocial del paciente, del impacto en la familia y en la comunidad.

El abordaje multidisciplinario en donde se incluye la psicología, ha ayudado a explicar que el impacto de la epilepsia depende de factores neurobiológicos, farmacológicos y psicosociales (Herman, Whitman y Anton, 1992). La epilepsia repercute a tal grado en las personas que la padecen, que requerirá de un largo periodo de adaptación, en el

que deberán redefinir sus valores, convicciones, plan de vida y hasta su propia identidad; sin embargo es común que se presenten disfunciones psicosociales y de personalidad debido a las múltiples áreas de la vida que se afectan a partir del diagnóstico.

El funcionamiento psicosocial hace referencia a la percepción que tiene una persona con epilepsia acerca de la forma en cómo se desempeña a nivel psicológico y social, como producto del impacto de la enfermedad y de las limitaciones que trae consigo. El funcionamiento psicosocial es afectado por tres grupos de factores potenciales de acuerdo a Hermann, Whitman y Anton (1992): neurobiológicos, psicosociales y farmacológicos; además Dodrill (1980), precisó un conjunto de factores que determinan el impacto: el ámbito familiar, el estado emocional, las relaciones sociales, el desarrollo vocacional, la situación económica, la adaptación a las crisis y la medicación junto con el tratamiento médico; en cada una de éstas áreas se aprecian repercusiones que resultan a menudo más invalidantes que la presencia de crisis epilépticas (Alvarado et al., 1992).

El proceso de adaptación que enfrentan las personas con epilepsia, las obliga a redefinir su pensamiento y su conducta, es por ello que se ha intentado definir el perfil de personalidad que está determinado por las características predominantes en la conducta de la persona con epilepsia, así como la psicopatología que se presenta de manera común en esta población, identificada por la aparición de depresión, psicosis, trastornos disociativos, ansiedad, trastorno de pánico y alteraciones de la personalidad (Dodrill, Batzel, Queisser y Temkin, 1980; Dodrill, Beier, Kasparick, Tacke, Tacke, y Tan, 1984; Martínez, 1992; Holzer y Bear, 1997, González-Pal, Quintana, Fabelo, González y Yopis, 2001).

Dado que la epilepsia implica un importante riesgo de desajuste psicosocial y una alteración en la estructura de la personalidad, se reconoce la necesidad de conocer cómo se presentan ambos aspectos, y cómo se relaciona la presencia de psicopatología con el funcionamiento psicosocial de adultos con el trastorno.

Para lograr lo anterior se recurrió a los instrumentos: Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, versión 2 (MMPI-2) y el Inventario Psicosocial de Washington (WPSI). Estos inventarios se utilizaron para evaluar a una muestra constituida por 53 adultos diagnosticado son epilepsia residentes del Distrito Federal o Zona Metropolitana provenientes de un estrato socioeconómico bajo y que son pacientes de la Unidad de Neurología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, que se encuentra ubicado en la Delegación Cuauhtémoc en el Distrito Federal.

CAPÍTULO 1

Epilepsia

1.1 Antecedentes

La epilepsia cuenta con una vasta historia de descripciones y registros, es tan antigua como el hombre y las sociedades más remotas, las cuales ya relataban su presencia; su nombre describe la naturaleza sorpresiva de esta enfermedad del sistema nervioso, ya que “epilepsia” significa “tomar por sorpresa” o “sobrecogido bruscamente”, esencia expresada en la palabra griega *epilambaneim* (Rufo, 2005). Esta enfermedad se encuentra envuelta en un complejo entrelazado mágico-religioso, donde el hombre, en su afán por encontrar respuestas a un fenómeno que no podía controlar, le dio una definición sobrenatural, que expone el rechazo y estigma social que trae consigo.

Se tiene registro por primera vez de la epilepsia en el tratado médico babilónico conocido como “*Sakikku*”, donde se habla de la “*Antashubba*” descrita como “la enfermedad de caer”, además de que se describen procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

Las referencias a la epilepsia que hoy conocemos provenientes de civilizaciones antiguas se remontan a la cultura egipcia, la hebrea o la mesopotámica, por ejemplo una tablilla escrita en lengua arcadia que fue encontrada en Mesopotamia donde se hace referencia a lo que hoy se conoce como epilepsia focal con generalización secundaria. El Código de Hamurabi tenía normas sobre la disciplina médica, registro en el que se califica a la epilepsia como un estigma degradante y maligno. Y en la Biblia se hace mención a las reglas higiénicas que la cultura hebrea seguía para preservar la salud del pueblo, entre las que aparecen referencias a las relaciones con personas con epilepsia (Medina, 2004).

Los griegos de la época prehipocrática relacionaron a la epilepsia con posesiones demoniacas, o males de origen divino, donde los dioses eran los únicos capaces de arrojar a las personas al suelo, privarlas de sus sentidos, producirles convulsiones y

regresarlas a su estado normal sin que fueran afectadas por lo ocurrido previamente (Calva, 2004; Hopkins y Appleton, 1996; Medina, 2004).

Babilonia es el precursor del concepto griego de “el mal sagrado” o la “enfermedad sagrada”, como es descrito en el tratado de Hipócrates en el 400 a.C. “*Corpus Hipocraticum*”. El término “*seleniazetai*” se utiliza comúnmente para describir a las personas con epilepsia que se pensaba que eran afectados por las fases de la luna o por Selene, el dios de la luna, donde la noción de lunático tiene su origen. Hipócrates ya creía que la epilepsia era una enfermedad del cerebro, en este escrito él recomendó tratamientos físicos y en caso de volverse crónica, específica que era incurable (World Health Organization, 2001; Medina, 2004). En *De Morbo Sacro* (sobre la enfermedad sagrada), Hipócrates le da a la epilepsia un carácter natural, como otras enfermedades.

Para el año 70 d.C. la Biblia en el Nuevo Testamento hace referencia a personas poseídas por el demonio, que por sus descripciones quizá éstas padecían epilepsia; por ejemplo en Marcos 9:9-17, Mateo 17:14-20 y Lucas 9:37-43.

Los romanos le asignaron a la epilepsia características contagiosas, el trabajo en patología de Galeno (129-199 a.C.) se destacó por mencionar que el origen de esta enfermedad se encontraba en el cerebro, aunque pensaba que el estómago y otros órganos también se encontraban implicados (Medina, 2004).

Para la Edad Media, se produjo un retroceso en el estudio de la epilepsia, pues de haberse considerado como una enfermedad originada en el sistema nervioso, se le asignó nuevamente un carácter mágico y contagioso, de hecho fue en ésta época donde surgen la mayor parte de las concepciones erradas que forman un estigma social alrededor de los enfermos con epilepsia, la inquisición persiguió a las personas que padecían esta enfermedad por la caza de brujas, llevando a la hoguera a miles de personas; e incluso llegaron a torturar y a asesinar a los pacientes con la justificación de que eran posesos (Medina, 2004).

Durante todo este tiempo las personas con epilepsia eran vistas con temor, sospecha e incomprensión y fueron sometidos a un estigma social enorme. Las personas con

epilepsia eran castigadas y tratadas como parias. En esta época surgen los Nosocomios, en los que las personas que padecían alguna enfermedad percibida como molesta, entre ellas la epilepsia, eran aislados de la sociedad, como la Abadía de San Valentín en Alsacia o el Monasterio de Santa Bibiana en Roma (Medina, 2004). Sin embargo, algunas de éstas personas tuvieron éxito y se afamaron en todo el mundo, como Julio César, el Zar Pedro el Grande de Rusia, el Papa Pío IX, el escritor Fedor Dostoievski y el poeta Lord Byron (Galindo, 2004; World Health Organization, 2001).

En este periodo, hubo sitios que se mantuvieron aislados del resto de Europa, como España en donde la medicina árabe y la ciencia siguieron su progreso, alcanzando el Medio Oriente. En Bagdad el médico Hunain Ibn Ushaq tradujo más de cien tratados griegos al árabe, garantizando la supervivencia de estos escritos médicos y su posterior transcripción al latín (Medina, 2004).

En el Renacimiento el estudio de las ciencias fueron retomadas, y con ello el interés por las enfermedades y su explicación; las ideas religiosas con respecto a la epilepsia luchaban por subsistir contra los resultados de las nuevas observaciones médicas, aún era difícil decir si la epilepsia era producto de una posesión demoniaca o el resultado de la irritación del cerebro a consecuencia de alguna sustancia venenosa (siglo XVII y XVIII).

La neurología apareció en el siglo XVIII, y con ello, una difusión mayormente aceptada de la epilepsia como una enfermedad cerebral, especialmente en Europa y en los Estados Unidos, ayudando a reducir el estigma social asociado a la epilepsia. Posteriormente surge en 1791 la electrofisiología con los descubrimientos de Luigi Galvani sobre la relación de la electricidad y el sistema nervioso, Hans Oersted inventó el galvanómetro para medir la “electricidad animal” de los experimentos que realizaba Galvani (Medina, 2004).

Con el despegue de la ciencia en el siglo XIX, el desarrollo de los conocimientos sobre la actividad epiléptica logró afirmarse, en 1836 Gabriel Valentin descubre la neurona utilizando un microscopio acromático, en 1844 Robert Remak, Albrecht von Kollicker

describieron los procesos neuronales, Otto Deiters diferenció el axón neuronal de los otros procesos de la célula (Medina, 2004).

La patofisiología de la epilepsia como es vista en la actualidad apareció en 1873 con John Hugglings Jackson, quien propuso que los ataques eran el resultado de una descarga eléctrica anormal en forma ocasional, súbita e intensa, rápida y repetida de materia gris, y que el carácter de los ataques dependían de la localización y la función de los signos de las descargas. EN 1929, el psiquiatra alemán Hans Berger desarrolló el electroencefalograma (EEG) humano, resultando una ayuda para el diagnóstico y localización de las descargas cerebrales anormales, describiendo diferentes patrones de descargas de las ondas cerebrales asociadas con los diferentes tipos de ataque. Esta información ayudó a identificar el sitio de las descargas y las posibilidades quirúrgicas para combatir la epilepsia, haciéndose posible en los años 50's en Londres, Montreal y Paris (Galindo, 2004).

En 1973 la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization) publicó un diccionario en el que se da una definición de la epilepsia que es la manejada actualmente y en 1981 y 1989 la Liga Internacional Contra la epilepsia (ILAE) publicó un glosario de terminología y clasificación clínica de la epilepsia (Galindo, 2004).

1.2 Definición y clasificación

La epilepsia es una afección crónica que afecta el Sistema Nervioso Central que tiene diferentes etiologías, está caracterizada por la repetición de crisis originadas por una descarga excesiva en las neuronas cerebrales, asociadas eventualmente a síntomas clínicos o paraclínicos (Gastaut, 1973).

Las crisis epilépticas son fenómenos anormales, bruscos y transitorios que pueden incluir alteraciones de la conciencia, de la motricidad, variaciones sensoriales, autonómicas y psicológicas que son percibidos por el paciente o por un observador (Acevedo, 2008). Hopkins y Appleton (1996) mencionan que las crisis epilépticas son eventos paroxísticos, autolimitados, con un patrón estereotipado de duración breve, que se manifiestan por alteraciones motoras, sensoriales, autonómicas y/o psíquicas

que pueden precipitarse por factores como agotamiento físico, desvelo, estrés, abuso de alcohol, fiebre o suspensión de algún medicamento anticonvulsivo.

1.2.1 Crisis epilépticas

La epilepsia se clasifica por tipos de crisis y en síndromes epilépticos definidos que engloban por lo general, varios tipos de crisis. De acuerdo a la Liga Internacional Contra la epilepsia (1981) se distinguen dos grupos principales de crisis epilépticas: las crisis parciales y las generalizadas (Tabla 1.1).

Tabla 1.1. Clasificación de las crisis epilépticas de acuerdo a la Liga Internacional contra la epilepsia (1989).

1. Crisis parciales (Focales):

- a. **Simple**s (sin alteración de la conciencia)
 - i. Motoras
 - ii. Somatosensitivas o de los sentidos especiales
 - iii. Autonómicas
 - iv. Psíquicas
- b. **Complejas** (con alteración de la conciencia)
 - i. Con comienzo como una crisis parcial simple
 - ii. Con alteración de la conciencia desde el comienzo
- c. Secundariamente generalizadas tónico-clónicas

2. Crisis generalizadas

- a. No convulsivas
- b. Ausencias
- c. Atónicas
- d. Mioclónicas
- e. Clónicas
- f. Tónicas
- g. Tónico-clónicas

1.2.1.1 Crisis parciales

Las descargas se originan en un grupo más o menos localizado de neuronas corticales, al que se le llama foco epiléptico o zona epileptógena (Micheli y Fernández, 2010), son de origen temporal, frontal, occipital o parietal (Galindo, 2004). Hay dos tipos de crisis parciales: simples, que no se asocian a pérdida del contacto con el medio externo, o complejas, si hay una alteración de la conciencia con pérdida de la capacidad de respuesta durante las crisis. Las crisis parciales simples consisten en sensaciones o percepciones anormales de tipo visual, sensitivo, psíquico u olfatorio, o una actividad motora. En las crisis parciales complejas la mirada se encuentra ausente y la realización de actos más o menos complejos (automatismos manuales desorganizados u organizados, movimientos de deglución o chupeteo, etc.) y amnesia de lo sucedido durante el periodo que dura la crisis y el inmediato periodo poscrítico.

Si el nivel de conciencia durante la crisis permanece intacto, la crisis es parcial simple, si la conciencia se altera de manera parcial o completa es una crisis parcial compleja.

Las crisis parciales son el tipo de crisis epiléptica más frecuente en los adultos (Matson, 1998), y además de presentarse como parciales simples y complejas, pueden evolucionar hacia las secundariamente generalizadas tónico-clónicas (Tabla I).

Las manifestaciones clínicas de las crisis parciales se determinan principalmente por la localización cortical de la zona epileptógena y por el grado y dirección de la propagación de la descarga eléctrica. Los síntomas más importantes para localizar el foco epileptógeno son los que se presentan al inicio de la crisis. La propagación de la descarga ictal puede producirse en zonas vecinas o por vías anatómicas de conducción produciendo activación en zonas cerebrales alejadas. Esta propagación es muy similar en un mismo paciente de una crisis a otra, por lo que crea signos y síntomas estereotipados, su estudio minucioso permitirá localizar el origen de las crisis.

Cuando la descarga epiléptica se localiza en un hemisferio cerebral y no se propaga al otro, el estado de conciencia se conserva y el paciente es capaz de interactuar con su medio e incluso recordar los detalles de la crisis. Pero cuando la propagación de la

descarga se ubica en los dos hemisferios, en especial las estructuras del sistema límbico, se produce una alteración o pérdida de la conciencia junto con una amnesia total o parcial de la crisis.

Cuando la conciencia se altera es común observar automatismos, que son conductas primitivas, aberrantes, repetitivas y relativamente coordinadas, producidas de forma inconsciente y automática, sin un fin determinado, estas conductas son por ejemplo de tipo oroalimentario, con movimientos de masticación, deglución o chupeteo.

Cuando los pacientes pueden anticipar una crisis epiléptica es debido a la presencia de síntomas característicos, se le llama aura epiléptica y constituye el comienzo de una crisis epiléptica en la forma de una crisis parcial simple.

1.2.1.1.1 Crisis parciales simples

De acuerdo a su localización, las crisis parciales simples pueden presentar diferente sintomatología e incluso con frecuencia una combinación de las distintas categorías.

Las crisis parciales simples con sintomatología motora afectan cualquier zona corporal, más frecuentemente en regiones corticales extensas, como los músculos faciales o la porción distal de las extremidades. Los movimientos clónicos son sacudidas irregulares, arrítmicas o semiarrítmicas, afectando las zonas correspondientes. La actividad tónica es la contractura muscular sostenida de grupos agonistas y antagonistas, observándose posturas forzadas de las extremidades afectadas sin sacudidas evidentes.

Las crisis parciales simples con sintomatología somatosensitiva presentan sensaciones subjetivas, en el área sensitiva primaria, producen parestesias, hormigueo, cosquilleo, sensaciones eléctricas, de frío o calor en el lado opuesto del cuerpo.

Las crisis parciales simples se suelen presentar con sintomatología referida a los sentidos especiales, por ejemplo si son originadas en la corteza visual primaria del lóbulo occipital, se presentaran alucinaciones o ilusiones poco estructuradas (luces, discos luminosos, destellos o escotomas centellantes); cuando existen alucinaciones

más estructuradas son originadas en las áreas visuales secundarias en la zona temporo-parieto-occipital. La pérdida de la visión también es frecuente.

Las crisis con sensaciones auditivas, como acúfenos, zumbidos o distorsión de los sonidos, son originados en el área auditiva en la circunvolución temporal superior. Crisis con sintomatología olfatoria, se caracterizan por olores desagradables, aunque no son comunes, y se originan generalmente en el uncus del hipocampo (crisis uncinadas), o en la región orbitofrontal.

Los síntomas autonómicos por lo regular no se presentan de forma aislada, son generados en estructuras límbicas e hipotalámicas y son sensaciones epigástricas, midriasis, rubor o palidez, piloerección, sudoración, arritmias cardíacas, urgencia miccional, sensaciones genitales u orgasmo.

Los síntomas psíquicos en las crisis parciales (presentes por lo general en crisis parciales complejas) son producidos en el lóbulo temporal y complican el diagnóstico debido a que pueden confundirse con manifestaciones psiquiátricas. Para facilitar el diagnóstico debe considerarse su carácter paroxístico (comienzo y terminación brusca y duración de segundos o minutos), estereotipia de las crisis y el hecho de que el fenómeno epiléptico es percibido como externo y anormal por el paciente.

Los síntomas psíquicos son diversos: disfásicos (se afectan las áreas corticales del hemisferio dominante); dismnésicos (sensaciones de familiaridad inapropiada), fenómeno de *déjà vu*, o *jamais vu* (sensaciones de extrañeza en situaciones conocidas). Se pueden presentar también distorsión de memoria del pasado, panorámica (recolección de largos periodos de su vida en cuestión de pocos segundos). Alteraciones cognitivas como estados crepusculares, sensaciones de irrealidad, despersonalización o sensación de estar en un sueño. Los síntomas emocionales son principalmente sensaciones de miedo o manifestaciones como furia, depresión o vergüenza, la risa es una manifestación de la epilepsia gelástica; o sensaciones en las que la persona se observa proyectada fuera de su cuerpo.

1.2.1.1.2 Crisis parciales complejas

Es el tipo de crisis más frecuente, representando el 36% de todos los tipos, aquí es donde la epilepsia originada en el lóbulo temporal constituye la epilepsia más común con un 70 %, le sigue la generada en el lóbulo frontal con un 20% y el 10% restante en los lóbulos parietal y occipital. Tienen una duración de entre uno y dos minutos, posteriormente el paciente comienza a recuperarse de forma gradual permaneciendo en un periodo de confusión y desorientación, a esto se le conoce como periodo postictal, la gravedad del cual es proporcional a la severidad de la crisis.

La crisis parcial compleja del lóbulo temporal medial, focalizada en la amígdala o hipocampo comienza con una sensación epigástrica ascendente, seguida de la alteración de la conciencia e interrupción de la actividad motora; al inicio la persona no puede reaccionar a los estímulos, permanece inmóvil en una postura, segundos después hay automatismos de tipo oroalimentario, con el progreso de la crisis se observa que continúa con la actividad previa a la crisis (automatismos reactivos) o una nueva acción (automatismos de *novo*), en este momento el paciente puede presentar automatismos más complejos y tener cierta reacción a los estímulos.

1.2.1.2 Crisis generalizadas

Las crisis generalizadas se caracterizan por una activación simultánea y sincrónica de ambos hemisferios cerebrales, especialmente de la corteza frontocentral, con participación de estructuras diencefálicas, sobre todo ciertos núcleos talámicos y conexiones tálamocorticales. Este tipo de crisis pueden ser convulsivas o no convulsivas y la alteración de la conciencia puede ser el síntoma inicial. El 50% de los pacientes con crisis parciales presentan generalización secundaria con frecuencia variable.

1.2.1.3 Pseudocrisis

Las pseudocrisis o crisis psicógenas se refieren a crisis ficticias pretendidas por personas que padecen cualquier tipo de epilepsia o que no tienen el trastorno, son ante todo una respuesta aprendida a ciertas situaciones y responsabilidades, una técnica en

la que el control de la situación se encuentra bajo la persona que tiene el ataque. La epilepsia refractaria se refiere a los casos en donde no se logra un control satisfactorio de las crisis por medio de los medicamentos potencialmente útiles en mono o politerapia que corresponde del 17 al 25% del total de las epilepsias tratadas (Zárate et al., 2004), de los cuales entre el 8 y el 20% tienen crisis verdaderas y pseudocrisis. Las crisis ficticias ocurren en niños, adultos, en las mujeres ligeramente en mayor grado que en los hombres y se inician entre los 22 y los 32 años. Tienen además mayor incidencia de enfermedades psiquiátricas, problemas sexuales como impotencia o exhibicionismo; a pesar de que las crisis ficticias se les llama también crisis histéricas o reacciones de conversión, no implican un trastorno emocional o del pensamiento o causadas por un problema psiquiátrico (Lechtenberg, 1989).

La aparición de pseudocrisis en el paciente, implica una necesidad de controlar y favorecerse con la finalidad de ganarse simpatías, poder o liberarse de responsabilidades. Al principio del diagnóstico, especialmente cuando no ha sido aceptado por la familia, la persona epiléptica puede sentirse obligada a convencerles de su existencia o severidad, esto sucede a menudo debido a que la epilepsia es una enfermedad muy distinta a otras enfermedades crónicas y puede llevar a que la familia sospeche que se padece algún trastorno psiquiátrico. Mucha de la resistencia a reconocer la incapacidad de algún miembro de la familia es causada por una mala disposición de la familia a admitir que ha ocurrido una tragedia, por lo que pueden considerar al enfermo como un oportunista, pues es una forma de obtener beneficios por la incapacidad para trabajar o realizar otras actividades y la familia puede incluso recurrir a ofensas y maltratos, por lo que el enfermo podría recurrir a las crisis ficticias para demostrar que se encuentran realmente incapacitados (Lechtenberg, 1989).

Otra de las razones por las que las pseudocrisis aparecen es el beneficio que el paciente pueda obtener de las simulaciones, aunque cabe mencionar que el hecho de que algún paciente obtenga ventajas de la enfermedad no significa que las crisis sean inventadas. Los beneficios secundarios pueden ser atenciones especiales, estar exentos de responsabilidades, conseguir ciertos fines o librarse de situaciones desagradables. En ciertos casos, los enfermos aprenden a reproducir crisis

epileptiformes que en realidad son causadas por razones inconscientes y pueden considerarse como ataques histéricos, o bien descubren mecanismos para inducir crisis haciendo uso de ellos cuando desean satisfacer alguna necesidad consciente o inconsciente. Tal situación es el caso de olvidar tomar su medicamento; en ocasiones esto puede representar impulsos autodestructivos, o bien un deseo inconsciente de castigar a algún miembro de la familia típicamente al que representa un papel de sobreprotección como la madre o la esposa, ya la solicitud de cuidado y protección impide que el enfermo desarrolle sus propios mecanismos de autoprotección generando en la persona sentimientos de hostilidad de forma inconsciente. En éstos casos, la dinámica de toda la familia es fuente de psicopatología, rebasando el plano individual (González, 1981).

En personas que no padecen epilepsia, las pseudocrisis se presentan comúnmente entre los familiares que han presenciado auténticas crisis logrando imitarlas de forma convincente. En el caso de los niños que imitan a padres o hermanos, lo convierten en un juego o en una forma de atraer la atención; los adultos en raras ocasiones imitan a un niño con epilepsia. Pero cualquier actividad epiléptica especialmente si se tienen antecedentes de epilepsia en la familia deben considerarse como auténticas crisis.

Las pseudocrisis representan también algunas desventajas para el enfermo, pues se expone de forma innecesaria a los riesgos muy considerables de exámenes diagnósticos, como los que son altamente invasivos e incluso llegar a someterse a neurocirugía; así también corren el riesgo de padecer los efectos secundarios de los anticonvulsivos en la sangre, el hígado, los riñones y el sistema nervioso.

1.2.1.3.1 Distinción entre pseudocrisis y crisis reales

Para identificar las crisis psicógenas debe analizarse la información obtenida de diversos medios incluidos evaluaciones clínicas, EEG y otros medios de diagnóstico como estudios de laboratorio y respuestas a la medicación (Holzer y Bear, 1997), los neurólogos experimentados únicamente pueden identificar las pseudocrisis en tres de cada cuatro casos (Lechtenberg, 1989).

En el caso de que todas las crisis que presenta una persona sean simuladas, un EEG obtenido durante un ataque puede esclarecerlo, donde el trazado será normal mostrando la actividad muscular cuando el paciente se mueve. La monitorización continua del paciente (especialmente si es acompañada de video), hará posible analizar varios episodios de crisis y obtener resultados más fiables.

Sin embargo, detectar pseudocrisis en pacientes que padecen epilepsia resulta más complicado, pues el 90% de los que tienen el trastorno mostrarán un EEG con ondas cerebrales anormales en el periodo interictal, sin embargo podría levantar sospechas de simulación si se presentan trazados normales inmediatamente después de que el paciente presente una crisis (Lechtenberg, 1989). Un EEG normal puede sugerir una crisis psicógena no epiléptica, pero también puede ocurrir con una crisis parcial simple que no sea detectada por los cables de la superficie. Sin embargo, un EEG normal durante un ataque en el que el paciente está mostrando movimientos generalizados no parecería de epilepsia verdadera. La respuesta del paciente a las intervenciones de los medicamentos, no puede ayudar a hacer una distinción entre un epiléptico y un ataque psicógeno. Sin embargo, si se disminuye la dosis de los medicamentos, la frecuencia de las convulsiones psicógenas no debe cambiar, pero pueden exacerbarse las crisis epilépticas (Holzer y Bear, 1997).

En comparación con las convulsiones epilépticas, las crisis psicógenas no epilépticas también pueden presentar un patrón típico, algunos de los signos que pueden insinuar que son pseudocrisis se explican a continuación. El inicio puede ser gradual y la duración de la convulsión prolongada, si los movimientos están presentes, la persona puede estar descoordinada, agitándose o luchando. Si hay ausencia de movimientos, puede indicar crisis psicógenas no epilépticas o convulsiones epilépticas parciales con síntomas sensoriales y alteración de la conciencia. Morder es atípico, pero cuando se presenta tiende a realizarse en los brazos o las otras áreas del cuerpo más que la lengua. La incontinencia de vejiga y del intestino tiende a ser rara, así como las autolesiones. Durante la fase de peri-ictal, la conciencia puede estar preservada y la confusión postictal por lo regular permanece ausente. La intervención verbal y la

sugestión, por lo regular inician y detienen las crisis psicógenas no epilépticas (Holzer y Bear, 1997).

Las pseudocrisis son utilizadas para obtener un trato especial o merecer atención, por lo que constituyen en realidad un mayor problema para la familia que para la persona que las presenta, y por ello es más complicado suprimirlas. La medicación no tendrá ningún efecto en la persona sino hasta que sea sedado, y confrontar a paciente acerca de que sus crisis no son reales puede detener las crisis pero afectará la relación médico-paciente.

Es necesario determinar cuál es el beneficio que obtiene el paciente por medio de las crisis ficticias, para lo cual se debe analizar el papel que toma cada miembro de la familia cuando estas suceden, ya sean reales o pseudocrisis, se puede recurrir a métodos de actuación para hacer más aparente el beneficio y el rol que juegan. De esta forma deberá animarse a cambiar la función de cada miembro.

1.2.2 Etiología

Tanto las crisis parciales como las generalizadas, se clasifican también de acuerdo a su localización sintomática en idiopáticas, sintomáticas y criptogénicas; dentro de esta división, la epilepsia del lóbulo temporal ocupa un lugar preponderante.

Las idiopáticas o primarias no cuentan con una etiología conocida; en estos tipos de epilepsias los factores genéticos tienen un papel relativamente más importante que en las demás formas.

En las epilepsias sintomáticas se ubican las personas con historia de daño neurológico previo que potencialmente aumenta el riesgo de epilepsia (por ejemplo traumatismo craneoencefálico, accidente cerebrovascular, meningitis, encefalitis o encefalopatía estática pre o perinatal, o encefalopatía evolutiva). En las epilepsias sintomáticas se presenta un mayor deterioro cognitivo porque se origina a partir de un trastorno orgánico, a diferencia de las idiopáticas o primarias (Rojas, 2009).

Por último, en las criptogénicas se encuentran las epilepsias en las que no se encuentra un factor de riesgo que la origine, pero se sospecha de una etiología.

Las diferentes etiologías de epilepsia se caracterizan por aparecer en determinada etapa vital del individuo, ya que tienen diferentes causas. Así se tiene que en la infancia, la adolescencia y la edad adulta temprana los factores que originan el trastorno se relacionan con condiciones congénitas, genéticas y del desarrollo; en edades seniles el desarrollo del trastorno se asocia a la enfermedad vascular cerebral; los traumatismos craneoencefálicos, las infecciones del sistema nervioso central y los tumores pueden desencadenar una epilepsia a cualquier edad; particularmente para los países en desarrollo la neurocisticercosis y la toxocariasis representan una importante causa de la epilepsia parcial (García, Millán y Peñaloza, 2010).

En la Tabla 1.2 se presentan los distintos tipos de epilepsia y síndromes epilépticos de acuerdo a cada una de las categorías mencionadas anteriormente.

Tabla 1.2. Clasificación de las epilepsias y de los síndromes epilépticos

I. Epilepsias Localizadas (focales, parciales)

A) Idiopáticas

- a. Epilepsia benigna de la infancia con puntas centrotemporales.
- b. Epilepsia de la infancia con paroxismos occipitales.
- c. Epilepsia primaria de la lectura.

B) Sintomáticas

- a. Epilepsia parcial continua progresiva de la infancia (síndrome de Kojevnikov)
- b. Síndromes caracterizados por crisis con modos específicos de precipitación
- c. Epilepsia del lóbulo temporal
- d. Epilepsia del lóbulo frontal
- e. Epilepsia del lóbulo parietal
- f. Epilepsia del lóbulo occipital

c) Criptogénicas

- a. Epilepsia del lóbulo temporal

- b. Epilepsia del lóbulo frontal
- c. Epilepsia del lóbulo parietal
- d. Epilepsia del lóbulo occipital

II. Epilepsias o síndromes generalizados

A) Idiopáticos

- a. Convulsiones neonatales benignas familiares
- b. Convulsiones neonatales benignas
- c. Epilepsia mioclónica benigna de la infancia
- d. Ausencia infantil
- e. Ausencia juvenil
- f. Epilepsia con crisis de gran mal al despertar
- g. Otras epilepsias generalizadas idiopáticas
- h. Epilepsia con crisis precipitadas por modos de activación específicos

B) Criptogénicos o sintomáticos

- a. Síndrome de West o espasmos infantiles
- b. Síndrome de Lennox-Gastaut
- c. Epilepsia con crisis mioclónicas estáticas
- d. Epilepsia con ausencias mioclónicas

C) Sintomáticos

- a. Etiología no especificada
- b. Encefalopatía mioclónica temprana
- c. Encefalopatía infantil temprana con brotes de supresión
- d. Otras
- e. Síndromes específicos

III. Epilepsias o síndromes sin determinar si son generalizados o focales.

A) Con crisis generalizadas o focales

- a. Crisis neonatales
- b. Epilepsia mioclónica severa de la infancia
- c. Epilepsia con punta-onda continua durante el sueño lento
- d. Afasia epiléptica adquirida (Síndrome de Landau-Kleffner)
- e. Otras

B) Sin claras crisis generalizadas o focales

IV. Síndromes especiales

- a. Convulsiones febriles
- b. Crisis aisladas o estado de mal epiléptico aislado
- c. Crisis en el seno de una alteración metabólica o tóxica

1.3 Epidemiología

De acuerdo al informe de la Liga Internacional Contra la epilepsia (Acevedo, 2008), la epilepsia constituye el trastorno neurológico crónico más común en el mundo, se estima que la padecen 50 millones de personas, de las cuales cerca de 5 millones viven en Latinoamérica y el Caribe. La prevalencia de la epilepsia en Latinoamérica y el Caribe es mayor que la existente en los países desarrollados. Entre los factores que podrían influir para que existan estas diferencias podemos mencionar: desnutrición, infecciones del sistema nervioso central, complicaciones del embarazo, parto y accidentes.

Existen diversas dificultades relacionadas a la epilepsia: alrededor del 60 % de los pacientes que la padecen, no obtienen un diagnóstico o tratamiento, los médicos generales pueden no tener los conocimientos suficientes para identificarla, los medicamentos son caros o no están siempre disponibles, y a ellos se añan las dificultades por la geografía, cultura y economía de cada lugar.

La epilepsia es universal y provoca graves consecuencias psicológicas, sociales y económicas, pues la discriminación y el estigma de las personas que lo padecen, les impide desarrollarse normalmente. Existen grupos más vulnerables entre los cuales podemos incluir al niño, la mujer en edad fértil y el anciano.

La mortalidad en el adulto con epilepsia es de 3 a 4 veces mayor comparada con la población general en Latinoamérica. La brecha existente entre ricos y pobres es muy amplia y así solo alrededor de un 20% de la población tiene acceso a un diagnóstico y tratamiento adecuado.

1.3.1 La epilepsia en América Latina y en México

En la década de los años 80, se llevaron a cabo diversas investigaciones en todo el mundo con respecto a la epidemiología de la epilepsia, sin embargo, resultaron poco definitivos por las diferencias metodológicas. En la actualidad ya se ha definido el objeto de estudio, y la epilepsia es la ocurrencia de dos o más crisis no provocadas y excluye a las crisis sintomáticas agudas, crisis única y crisis febriles agudas del niño. Se considera activa cuando el paciente presenta crisis en el tiempo del estudio o dentro de los cinco años previos, pero también cuando no las presenta, pero está bajo tratamiento antiepiléptico. Se considera inactiva cuando el paciente no ha tenido crisis en los cinco años anteriores al estudio y además no ha recibido farmacoterapia en ese lapso.

El plano ideal sería referirse a la prevalencia de la epilepsia en grupos específicos como la infancia, ancianos, hombres y mujeres, sin embargo es una tasa difícil de obtener, es información que sólo en países desarrollados se ha recolectado, en México como en otros países de América Latina, se ha tratado de identificar anamnésicamente la época de inicio y otras variables sociodemográficas, por ejemplo con respecto a variables demográficas edad y sexo, se ha encontrado un leve predominio del sexo masculino 53.57% sobre el 46.43% para el femenino, siendo en promedio adultos jóvenes con una media de 31 años, de una población de 140 pacientes hospitalizados en un periodo de cuatro años, donde el rango de edad oscilaba de 15 a 52 años (Lara, 2002).

1.3.2 Incidencia

Se trata de la probabilidad de que una población sana desarrolle la enfermedad, la incidencia nos permite implementar medidas de prevención y revisar su efectividad en el control. Hasta hace sólo dos décadas, se comenzó a calcular la incidencia en encuestas comunitarias de epilepsia en América Latina identificando el inicio de la enfermedad, y el primer cálculo se publicó hace diez años.

La población de México como la gran parte de América Latina, está sometida a patógenos cerebrales en proporciones mayores que en el mundo desarrollado que varían en distintas etapas de la vida y pueden ser responsables de tasas más elevadas de epilepsia. Las altas tasas de mortalidad materna e infantil hasta los cinco años, que se debe a la situación sanitaria y a otros factores de riesgo son un ejemplo de los factores que pueden causar secuelas cerebrales infantiles, potencialmente epileptógenas, debidas a las múltiples patologías asociadas como lesión cerebral perinatal, infecciones repetidas y otras (Acevedo, 2008).

Sobre la incidencia cruda en toda la población ajustada por edad, varía de 24 a 53 por 100.000 personas/año y que va de 26 a 70 por 100.000 personas/año cuando se contabilizan como casos también a los que tienen una sola crisis sin provocación (Hauser, 1999). Los estudios en México refieren datos de 18.3 hasta 43 personas por cada 1000 habitantes (Garza, 2004).

Otro de los factores que favorecen la incidencia en países en desarrollo es la cisticercosis cerebral, ante lo que la población está expuesta durante buena parte de la vida y principalmente en la adultez, e incluso los traumas craneoencefálicos, que pueden ocurrir en cualquier edad y los niños se encuentran en importante vulnerabilidad (Acevedo, 2008).

Existe una enorme diferencia entre la cantidad de personas que padecen epilepsia, y las que se encuentran bajo un tratamiento, esta brecha se debe a aspectos de diagnóstico, tratamiento, sociales, económicos, etc. Todos los factores que afectan esta diferencia hacen que el tratamiento adecuado y oportuno para la epilepsia sea muy desigual. Las causas de esta brecha hay que encontrarlas en la falta de desarrollo de los Sistemas de Salud. En muchos de los países de la región, la epilepsia no constituye una prioridad en los programas de salud de los gobiernos y los fondos disponibles son priorizados hacia otras patologías o programas que no son menos importantes, pero el presupuesto por desgracia no es suficiente (Acevedo, 2008).

1.4 Tratamiento

Debido a que la epilepsia es una enfermedad neurológica que trae consigo consecuencias psicosociales además de las evidentes crisis, es necesario que el tratamiento se enfoque desde un plan de acción completo, incluyendo las esferas biológica, psicológica y social. Reconocer los factores que desencadenan las crisis dependerá de cada caso particular, sin embargo existen ya identificados factores que disminuyen el umbral de las crisis, los comunes son la falta de sueño, abstinencia de alcohol, deshidratación, malnutrición, infección sistémica y traumatismos. Los factores ocasionales son la interrupción de barbitúricos, hiperventilación y las luces centellantes. Los desencadenantes que raramente ocasionarán una crisis pero pueden hacerlo son ciertos ruidos, la lectura, la actividad sexual y la ingestión de comida (Lechtenberg, 1989). El reconocimiento de estos factores de parte del médico, de la familia y del paciente, ayudará a evitarlos en la conducta para contribuir al control de las crisis. Es entonces donde puede encontrarse que en el tratamiento existe la parte farmacológica y quirúrgica fundamentalmente, aunque las hay también alternativas como la estimulación vagal y la dieta cetogénica.

1.4.1 Inicio del tratamiento al presentarse la primera crisis epiléptica

La epilepsia por definición, requiere que las crisis convulsivas sean repetidas de forma espontánea, si la persona no tiene crisis no puede ser diagnosticado con epilepsia ni en el caso de que las crisis no sean espontáneas. El diagnóstico de esta enfermedad es principalmente clínico y no se puede hablar de epilepsia si no se ha presentado como mínimo una crisis, así como no es suficiente que manifieste un único episodio para que sea diagnosticada. Existen diversas causas que pueden producir crisis convulsivas, pero no todas son de naturaleza epiléptica, el diagnóstico debe basarse en el análisis del conjunto de síntomas y signos en curso de la crisis, considerando su secuencia y ocurrencia, por lo cual deben conjugarse un grupo de elementos clínicos como edad de aparición, sexo, antecedentes personales, familiares, signos neurológicos, tipo de crisis epilépticas y el uso de exámenes médicos para determinar hallazgos significativos, tales como estudios de sangre de rutina para identificar causas metabólicas,

Electroencefalogramas (EEG), Resonancia Magnética Cerebral (IRM) y Escáner Cerebral (TAC) (Ministerio de Salud, 2009).

El diagnóstico definitivo debe ser dictado por el neurólogo quien debe intentar clasificar el trastorno de acuerdo a la semiología de las crisis, es decir si estas se presentan de forma parcial o generalizada y con respecto a la etiología de la enfermedad, debe especificar si es idiopática, generalizada o criptogénica; en caso de que los datos existentes sean insuficientes, si aparecen características atípicas en un paciente o que no se obtenga respuesta con los fármacos, el neurólogo deberá referirlo al epileptólogo (Ministerio de Salud, 2009).

La recurrencia tras una primera crisis generalizada tónico clónica sin que se detecte una causa aparente en adultos va desde el 34% y el 71%, y los que presentan una segunda crisis tienen un riesgo mayor al 90% de que continúen, por lo que el tratamiento debe iniciarse en la mayoría de los casos (Asconapé, 2010).

La decisión de tratar farmacológicamente al paciente dependerá de que el médico tome en cuenta al paciente psicológica, social y laboralmente, así también los factores biológicos (como en caso de una lesión estructural cerebral, antecedentes familiares, mal epiléptico, actividad epileptiforme en el EEG, antecedentes de una convulsión provocada, etc.), que formarán una idea de la posibilidad de recurrencia en el caso de que estas variables se encuentren presentes en mayor medida deberá iniciarse un tratamiento. Si los factores biológicos no apoyan la idea de que se trate de una afección crónica por ejemplo que la crisis convulsiva suceda después de un traumatismo, abstinencia de alcohol, abuso de drogas, supresión de sueño o enfermedad aguda (como deshidratación o hipoglucemia por ejemplo), en estos casos el tratamiento puede ser necesario durante el lapso agudo, pero no como si fuese epilepsia de manera crónica (Asconapé, 2010).

1.4.2 Tratamiento farmacológico

El primer medicamento eficaz antiepiléptico fueron los bromuros, introducidos en 1938, pero fueron desartados debido a sus efectos tóxicos y sedantes. En 1912 el

fenobarbital y en 1938 la fenitoína, hasta la década de los años 70 se comenzó a usar el valproato y la carbamazepina, son estos cuatro fármacos los que han constituido la base del tratamiento epiléptico por muchos años, hasta temporadas recientes que se han introducido una mayor cantidad de drogas como la lamotrigina, el levetiracetam, la gabapentina, la oxcarbazepina, la pregabalina, el topiramato, la vigabatrina, la tigabina, la zonisamida y la fosfenitoína.

El tratamiento comienza con la monoterapia, es decir un fármaco, pues entre el 50% y el 70% de los pacientes responderán de forma favorable al fármaco que se elige como primera instancia, pero si las crisis continúan a pesar de que la dosis sea administrada en mayor medida sin rebasar la toxicidad, debe reemplazarse paulatinamente por el de segunda elección, esta disposición es llamada monoterapia secuencial. Pero si el paciente continúa con las crisis puede intentarse la politerapia, las drogas se combinan para aportar un beneficio agregado, para ello es importante considerar que tres o más fármacos rara vez van a proporcionar un mejor control. El médico deberá procurar la politerapia racional, en la que se combinan fármacos con diferente mecanismo de acción.

La selección de la droga antiepiléptica dependerá de su eficacia, su toxicidad, su facilidad de uso, la familiaridad del médico con el fármaco y del costo, así como el tipo de crisis epiléptica pues drogas como el valproato y el topiramato cuentan con un espectro de acción más amplio, por lo que pueden ser eficaces para todo tipo de crisis; la carbamazepina, la fenitoína, el fenobarbital, la gabapentina y la pregabalina son de un espectro medio para crisis parciales y generalizadas tónico-clónicas (Asconapé, 2010).

1.4.3 Tratamiento quirúrgico

La cirugía es una alternativa segura y eficaz para pacientes refractarios, en donde el tratamiento farmacológico ha fracasado. Se trata de una alternativa de tratamiento confiable para los pacientes que son candidatos adecuados, ya que los estudios que se realizan actualmente de neuroimagen estructural y funcional, así como la monitorización electroencefalográfica, han permitido que las técnicas quirúrgicas

resulten eficaces y seguras. En la actualidad, cerca del 80% de los pacientes no requieren de electrodos intracraneales para determinar los focos de su epilepsia, reduciendo así la morbilidad y la mortalidad del procedimiento (Asconapé, 2010).

Los factores que deben considerarse para seleccionar al paciente tienen que ver con la severidad y frecuencia de las crisis, las características clínicas de las crisis, el impacto de estas en su vida diaria y las alternativas quirúrgicas que existan y se encuentren disponibles para cada caso particular. La opinión generalizada de los especialistas es que cuando el paciente ha permanecido por más de dos años en tratamiento farmacológico y que el control de las crisis no se ha alcanzado, aun habiéndose utilizado de dos a cuatro drogas de forma adecuada ya sea en monoterapia o politerapia, se clasifica como epilepsia de difícil control, en la cual la cirugía se convierte en un posible tratamiento.

La cirugía de epilepsia se encuentra contraindicada en el caso de epilepsias idiopáticas generalizadas, donde existe un componente genético importante y en pacientes con enfermedades neurológicas metabólicas o degenerativas progresivas; y los resultados son alentadores para las epilepsias secundarias a lesiones focales ubicadas en zonas corticales no elocuentes o epilepsia del lóbulo temporal con atrofia hipocámpica, entre otras.

Las técnicas quirúrgicas se basan en dos objetivos, uno curativo y el otro paliativo. La resección de la zona epileptógena se realiza con el objeto del control completo de las crisis epilépticas, y el método paliativo corresponde a los procedimientos funcionales que implica el aislamiento de la zona para interrumpir o evitar la propagación de la descarga epiléptica, pero rara vez contemplan un control completo. El procedimiento más utilizado es la lobectomía temporal, con el que el 70% de los pacientes obtiene un control completo y del 10 al 20% reducen sus crisis en cuanto a frecuencia y severidad (Asconapé, 2010).

Una vez revisados los aspectos clínicos generales de la epilepsia y sabiendo que la sintomatología constituye una manifestación evidente tanto para el individuo como para su contexto, es posible partir de un marco suficiente para comenzar a tratar los

aspectos psicosociales que interfieren en la calidad de vida tanto del paciente como de su familia, lo cual se comentará en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 2

Adaptación psicosocial del adulto con epilepsia

La epilepsia puede causar dificultades de diversa índole en la vida de la persona que la padece y de su familia, estos problemas pueden distinguirse desde imperceptibles, hasta serios y devastadores. La función del tratamiento farmacológico puede lograr grandes beneficios cuando es eficaz, con un buen apego muchos adultos con epilepsia no presentan actividad epiléptica aparente, logrando continuar con sus vidas sin limitaciones significativas. Por desgracia, este panorama representa un ideal difícil de alcanzar debido a que el control de las crisis se obtiene raramente, la tolerancia a los medicamentos es frágil y aun cuando exista el control de las crisis la persona es consciente de su trastorno neurológico afectando su vida en muchos aspectos. Los pacientes con crisis más frecuentes son los que encuentran más difícil adaptarse a su enfermedad, pero incluso los adultos con crisis infrecuentes o que se han logrado controlar con facilidad pueden verse afectados de manera profunda por la necesidad de enfrentarse con la epilepsia como una preocupación cotidiana. Las reacciones emocionales más comunes a la enfermedad son los sentimientos de culpa y angustia, los cuales pueden provocar el aislamiento de las amistades y la familia.

De acuerdo a Lechtenberg (1989): “la adaptación a la epilepsia significa trabajar, sosegar y esforzarse por conseguir los objetivos personales con tanto éxito como el promedio de las personas que no sufren trastornos epilépticos”. Él menciona que dicha adaptación o ajuste a la enfermedad se encuentra relacionado con el grado de control de las crisis epilépticas, por lo cual aquellas personas que tienen un pobre control de su enfermedad se verán agobiadas por temor y pesimismo, condiciones psicológicas que no son tratadas con la medicación. Es entonces como el tipo de crisis que presente una persona influirá sustancialmente su adaptación psicosocial, pero ésta también es influida por problemas intelectuales y alteraciones de la personalidad reflejadas en cambios de pensamiento, sentimientos o acciones que bien pueden ser resultado directo del trastorno epiléptico, de algún tipo particular de epilepsia o incluso que no

estén causados directamente por el trastorno, es decir que sean manifestaciones de alguna enfermedad o de una lesión del sistema nervioso central.

2.1. Modelo multietiológico de la disfunción psicológica y social en la epilepsia

En el caso de personas con epilepsia, puede presentarse disfunción psicosocial proveniente de tres grupos de factores potenciales de acuerdo a Hermann, Whitman y Anton (1992): los neurobiológicos, psicosociales y farmacológicos.

2.1.1. Factores neurobiológicos

Se han considerado como factores neurobiológicos en el estudio del ajuste psicosocial en la epilepsia la etiología, la edad de aparición, los años que el paciente ha padecido el trastorno, el tipo de crisis y el grado de control que se ha ganado con el tratamiento a lo largo del tiempo. Además es importante tener en cuenta los datos que provienen del EEG de las crisis durante la descarga ictal e interictal (donde no presenta ninguna crisis), los estudios de imagen, las características fenomenológicas de las crisis, las alteraciones neuropsicológicas así como en los mecanismos neurobiológicos.

Rojas (2009), enumera cinco factores neurobiológicos principales cuyos efectos se mencionan a continuación:

- a. **Edad de inicio de las crisis:** Cuando la epilepsia aparece a edades más tempranas, puede producirse un mayor deterioro del funcionamiento cognitivo, a diferencia de la aparición a una edad tardía donde el pronóstico es más favorable.
- b. **Duración de la enfermedad:** Cuando existe un periodo más largo en la duración de la epilepsia, suele aparecer un mayor déficit cognitivo, este riesgo se incrementa a medida que el trastorno aparezca a una edad más temprana.
- c. **Frecuencia de las crisis:** A pesar de que no hay un acuerdo acerca del riesgo en el estado intelectual que implica una mayor frecuencia en la aparición de las crisis, existen estudios que afirman que la frecuencia se relaciona positivamente

con el deterioro intelectual (Seidengerg, 1987; McNellis, Jonson, Huberty y Austin, 2005; Oostrom, van Teeseling y Smeets-Schouten, 2005; citados en Rojas, 2009).

- d. **Tipos de crisis:** En el caso de las crisis parciales y en las ausencias típicas hay probabilidades de que exista un mejor estado mental que cuando se presentan crisis generalizadas o secundariamente generalizadas; los efectos pueden verse por medio de mejores resultados en las evaluaciones psicológicas y menor presencia de trastornos del aprendizaje para las crisis focalizadas.
- e. **Lesión cerebral:** Si existe alguna lesión neurológica además de la epilepsia, se aprecia una alteración en el rendimiento neuropsicológico.

2.1.2. Factores psicosociales

Hermann (1992) menciona que el ámbito “psicosocial” se asocia a una idea genérica de lo que representa el concepto, es por ello que distingue entre factores de origen interpersonal y extrapersonal, entendiendo que la diferencia entre ellos radica en que los interpersonales no dependerán de la relación que el individuo tenga con los demás, al contrario de los extrapersonales en los que las acciones del círculo social afectarán directamente al desajuste de la persona que padece la epilepsia.

Entre los factores interpersonales se encuentra el locus de control del individuo, pues la epilepsia al ser una enfermedad crónica con manifestaciones episódicas, cuando una crisis se presenta genera una respuesta de estrés en el enfermo y al existir la posibilidad de ocurrencia en cualquier momento y lugar sin aviso previo favorecerá un temor persistente. De acuerdo a Hermann (1992), las crisis pueden asociarse a un sentimiento de vergüenza y pérdida de la dignidad, afectando el locus de control percibido por el paciente, que es la forma en como el paciente se explica la ocurrencia de alguna situación, ya sea por su propia acción, por la de otros o por el azar. Otro factor interpersonal es el temor a las crisis, pues la epilepsia genera tristeza y ansiedad, sentimientos de miedo, una sensación de pérdida de control sobre el cuerpo e inseguridad.

Dentro de los factores extrapersonales, Hermann (1992), se refiere a la sobreprotección parental, el estigma y la discriminación percibida por los pacientes, los eventos de vida estresantes, el estrés económico, estatus laboral y el apoyo social del que se disponga, son estos los que proporcionarán una idea clara del riesgo potencial del desajuste psicosocial de los individuos con epilepsia al enfrentarse a situaciones de vida que no dependen de ellos mismos de forma directa. Las personas con epilepsia son tratadas de manera diferente por amistades, su familia y el círculo social, este trato especial puede ser hostil o gentil, pero de cualquier forma afectará la adaptación de la persona. Por ejemplo es común que los padres con hijos con epilepsia puedan tener menores expectativas cuando se les da mayor consideración de la requerida; o pueden ser objeto de burlas, hostigamiento y exclusión social.

2.1.3. Factores farmacológicos

Este aspecto es otro que debe tomarse en cuenta seriamente de acuerdo a Hermann (1991), uno de los principales problemas es el manejo inapropiado de la politerapia que puede presentarse de manera común y además afecta las habilidades interpersonales, el estado emocional y cognitivo. Tal es el caso de los barbitúricos, que predisponen a la depresión principalmente a los sujetos susceptibles de manifestarla o que los fármacos antiepilépticos afectan el metabolismo de la glucosa cerebral favoreciendo alteraciones en el desempeño cognitivo.

2.1.4. El “espectro” de la epilepsia

Además de que la epilepsia es descrita por tipo, severidad o síndrome epiléptico, también se han nombrado una serie de categorías que van desde “sin complicaciones”, “comprometida” hasta “devastadora” (Santilli, 1997). Una misma persona puede encontrarse en una de estas categorías y en otro momento de su vida cambiar a un nivel de mayor o menor complicación, pues esta clasificación dependerá de cambios en las crisis, medicación, niveles de desarrollo o factores psicosociales. En la Tabla 2.1 se enlistan estas categorías operacionales que pueden ser usadas en la práctica clínica y que reflejan las necesidades especiales y problemas de las personas con epilepsia.

Tabla 2.1 El Espectro de la epilepsia

Categoría Operacional	Descripción
Sin complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis controladas • Medicación: efectos adversos mínimos • Sin problemas neurológicos concomitantes • Problemas psicosociales y/o funcionales raros, usualmente no significativos • Red de apoyo: buena • Tratamiento: proveedores de atención primaria
Comprometida	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis controladas; crisis ocasionales • Medicación: efectos adversos ocasionales • Problemas o déficits neurológicos sin seriedad • Problemas psicosociales y/o funcionales que afectan la calidad de vida • Red de apoyo: variable • Tratamiento: reevaluación médica requerida, se necesita un incremento de la red de apoyo, intervenciones psicosociales y educativas.
Devastadora	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis descontroladas • Medicación: politerapia, efectos adversos se presentan a menudo pero son tolerados • Problemas o déficits neurológicos concomitantes • Problemas psicosociales y/o funcionales que afectan la calidad de vida • Red de apoyo: limitada o forzada • Tratamiento: Equipo de tratamiento integral en crisis, problemas psicosociales y educativos; es necesario una reevaluación frecuente, se debe considerar cirugía y otras opciones de terapias alternativas.

Adaptado de Santilli, N. The spectrum of epilepsy. *Clin Nurs Pract Epilepsy*. 1993; 1:4-7. En Shafer y Salmanson (1997).

La complejidad de la epilepsia no se ve limitada a las manifestaciones clínicas, sino que va mucho más allá de las evidentes crisis epilépticas y del tratamiento médico, es un fenómeno que afecta al individuo y a su entorno familiar, cambiando la manera en que se enfrenta a la vida. Sin embargo las consecuencias que los factores pueden provocar pueden ser congruentes con las limitaciones que la epilepsia trae consigo, o

bien provocar una desadaptación psicosocial que se identifica en mayor o menor medida en los ámbitos en los que el paciente se desarrolla. Para lograr un manejo adecuado de las personas debe identificarse primero las deficiencias que ellos manifiestan y que son causadas por los factores mencionados anteriormente. A continuación se hablará acerca de la medición de la adaptación psicosocial en la población de interés.

2.2. Medición de la adaptación psicosocial

El término “*adjustment*” que significa ajuste o adaptación adecuada al medio, significa que una persona no presenta trastornos afectivos ni síntomas de desequilibrios, el conductismo utiliza el concepto de adaptación para referirse al perfecto funcionamiento entre organismo y ambiente. Esta dimensión comenzó a valorarse en la Primera Guerra Mundial, cuando el ejército de los Estados Unidos requería un instrumento que les ayudara a identificar a los reclutas que pudiesen desestabilizarse emocionalmente ante situaciones difíciles, y lo hicieron por medio de un cuestionario que resultaba rápido y práctico desarrollado por Robert Woodworth en 1918, quien redactó una serie de preguntas que resultaban similares a la información que un psiquiatra realiza para detectar síntomas patológicos. A partir de ese primer cuestionario, el cual se intentó funcionara como un sustituto de la observación externa de la conducta utilizando el autoinforme de los sujetos, se desarrollaron cuestionarios de personalidad basados en la manipulación estadística de los datos y definiendo factores concretos para definir con mayor eficacia el ajuste ante determinadas variables. Desde entonces han ido apareciendo una infinidad de cuestionarios de autoinforme factorialistas diseñados en base a diferentes teorías de ajuste (Zabalegui, 1990).

El funcionamiento psicosocial de las personas con epilepsia se ha medido con el Inventario Psicosocial de Crisis de Washington (WPSI), presentado por Dodrill, Batzel, Henne, Queisser y Temkin en 1980, construido de manera empírica para pacientes con epilepsia exclusivamente. Es un cuestionario de autoevaluación que consta de 132 ítems con opciones de respuestas dicotómicas (sí, no), que incluye un conjunto de factores que afectan a estos pacientes generalmente: historia familiar, ajuste

emocional, adaptación interpersonal, adaptación profesional, situación económica, adaptación de los ataques y tratamiento médico, el inventario evalúa la satisfacción de éstas áreas e incluye un índice global de funcionamiento psicosocial, que se considera un nivel general resultante del resto de las escalas del test.

El WPSI logra identificar claros impactos en el ajuste psicosocial de los pacientes con epilepsia de una manera rápida y económica como producto de un autoconcepto distorsionado (probablemente asociado al estigma que la enfermedad trae consigo), a una elevada dependencia que causa incapacidad para vivir de forma autónoma, a una alta prevalencia de trastornos depresivos y ansiosos y a repercusiones económico-sociales causadas por las limitaciones con las que se perciben así como a la discriminación en sus relaciones interpersonales y laborales (Fabelo, 2010).

En la siguiente sección se presenta la descripción de los principales factores que influyen en el ajuste psicosocial de las personas con epilepsia de acuerdo a Dodrill, Batzel, Quisser, y Temkin (1980).

2.2.1. Historia familiar

La familia es un grupo natural que funciona por medio de pautas de interacción que se forman en el tiempo, es un sistema que tiende a la evolución y a la conservación, sus funciones son la crianza, la supervivencia y la unidad de los miembros que la conforman y se encuentra inmersa en sistema sociocultural en continua transformación, por lo que a lo largo de las etapas por las que atraviesa se ve obligado a reestructurarse y a fomentar la adaptación y el crecimiento psicosocial de cada miembro (Minuchin y Fishman, 1997).

En la historia familiar es posible detectar problemas en la educación y crianza que son de carácter interpersonal y que pueden producir dificultades psicosociales más adelante en la vida. Las áreas en cuestión se refieren principalmente a los padres, para la adaptación escolar y las interacciones con sus compañeros durante la infancia y es necesario identificarlas cuando se toma en cuenta que son posibles factores que

producen desadaptación en una persona que padece epilepsia (Dodrill, Batzel, Henne, Queisser y Temkin, 1980).

Si se parte del modelo de familia contemplado como un sistema, cuando alguno de los miembros es diagnosticado con epilepsia la familia comenzará a enfrentarse a los cuidados específicos que el trastorno demanda además de los problemas que existen de manera intrínseca en la estructura. La organización previa de los miembros será una base sobre la cual cada uno se adaptará a la situación y activará su sistema de apoyo, además de acuerdo a este rol inicial es que se interpretará y se formará temor en torno ella.

Los problemas a los que se enfrente la familia dependerán directamente de la severidad de la enfermedad y del funcionamiento del sistema, a pesar de que las crisis se encuentren controladas. En ocasiones la idea de la enfermedad puede magnificarse, creando problemas que son atribuidos al trastorno a pesar de que ésta razón es injustificada. Por eso es importante que la familia esté consciente de las dificultades específicas de la enfermedad, así como las capacidades, limitaciones y cuidados necesarios de forma realista.

Cuando la estructura de la familia es rígida, cohesiva o aglutinada, favorecerá la dependencia del enfermo hacia los padres o cuidadores, pues esta dinámica responde a la necesidad del niño de ser protegido y supervisado, además crea una sensación de cuidado para evitar que el problema se salga de control. Esta dinámica persiste por más tiempo del normal que en cualquier familia, prolongando la jerarquía generacional aun cuando ya no es necesaria, pues el funcionamiento es eficiente. Así por ejemplo, la dependencia de un niño es reforzada por la sobreprotección de la madre y viceversa (Lechtengerg, 1989).

La familia funciona como una fuente amortiguadora del estrés originado por la epilepsia, lo cual le permite a los miembros soportar la tensión y fortalecerse, el problema de adaptación llega en el momento en el que ocurre un cambio natural en uno de los miembros de la familia o en la evolución de la enfermedad que requiere de una reestructuración y el sistema no lo permite; por ejemplo si se produce una remisión

de las crisis y la sobreprotección persiste, puede impedir alcanzar la autonomía y el desarrollo de una vida normal del individuo, y como respuesta, decidirá rebelarse contra el sistema o tomar una acción pasiva aceptando su dependencia. O bien, puede suceder que la epilepsia sea de difícil control, en ese caso, los padres suelen extender su cuidado sobre otras áreas de la vida del hijo, pues lo justifican asumiendo que el cuidado constante es necesario; esta actitud funciona como un atenuante de la impotencia que experimentan los padres, provocando en el enfermo una actitud pasiva y pérdida de la autoconfianza. Si al enfermo no se le permite adquirir las herramientas para enfrentar, aceptar y participar de su enfermedad, imposibilitando que asuma su responsabilidad de acuerdo a la etapa de vida en que se encuentre y futura.

Existen casos en los que los padres sienten haber sido causantes de la enfermedad, quienes además actuarán imponiendo límites excesivos al individuo con epilepsia; sin embargo, en el momento en que los hijos noten los sentimientos de culpa de los padres, los utilizarán para manipular la situación familiar, llegando a amenazar con el desencadenamiento de crisis epilépticas y satisfacer sus caprichos.

En otros casos, puede ser que el hijo enfermo sea el elemento que permite la unión de la familia, pues las actividades familiares se encuentran centrados en el miembro enfermo, lo cual motiva a ignorar cualquier posibilidad de mejoría del enfermo, así como sus habilidades y posibilidades de autonomía para tratar de mantener el equilibrio de la familia de forma constante.

Con respecto a las relaciones fraternas, puede ser que se desarrolle una empatía por el enfermo que facilitará una dinámica de apoyo y comprensión; por otra lado en el caso de las estructuras rígidas pueden generarse sentimientos negativos de culpa y amargura por parte de los hermanos, pues son ellos quienes se encuentran sanos, o bien, sentir rencor por no recibir la atención que obtiene el hermano con epilepsia.

El ambiente escolar es otro sistema que puede tener dos acciones principales y opuestas a su vez, la primera es similar al funcionamiento de la familia, es decir que si la familia es rígida, sin adecuadas habilidades de comunicación, lo más probable es que los maestros también adopten esta actitud reforzando los sentimientos de

dependencia, pasividad y aislamiento del niño o adolescente; por el contrario, si la familia se trata de un sistema flexible y adaptado, la escuela puede adoptar esta misma actitud evitando una actitud prejuiciosa, para ello es necesario que la familia informe, eduque y transmita un sentido de aceptación hacia el enfermo bajo un enfoque realista de sus habilidades y limitaciones. La segunda acción que puede tomar la escuela, es ser una fuente de estrés debido a la desinformación y prejuicio hacia las personas epilépticas, en donde la familia puede funcionar como amortiguadora del estrés generado en ese ambiente (Lechtenberg, 1989; Claros y Luizaga, 2006).

Por lo tanto, la familia es el principal lugar en donde el individuo con epilepsia se relaciona afectivamente, por lo cual la dinámica existente en este entorno definirá la autonomía y equilibrio psicológico que pueda desarrollar la persona.

2.2.2. Ajuste Emocional

Se refiere a la presencia de dificultades emocionales como depresión, tensión, ansiedad, preocupación, incapacidad para pensar con claridad, preocupaciones somáticas, hipersensibilidad, rasgos psicóticos, pobre autoimagen y la insatisfacción generalizada con la vida que son los aspectos que afectan con mayor frecuencia a las personas con epilepsia (Dodrill, Batzel, Henne, Queisser y Temkin, 1980).

La depresión es el síntoma afectivo que se manifiesta a nivel patológico con mayor frecuencia en las personas que padecen epilepsia, se cree que es un factor que favorece la aparición de una desmoralización en el paciente a causa de conocer que padece una enfermedad crónica y que en muchos casos no puede controlar, una de las causas principales se encuentra en los factores psicosociales, pues las actitudes discriminatorias que el entorno social pueda manifestar hacia el enfermo pueden causar emociones negativas, y en muchos casos el impacto es mayor que las mismas crisis epilépticas.

La psicosis también es una alteración emocional frecuente en las personas con epilepsia, aunque su presencia se ve más relacionada con factores neurobiológicos inherentes a las alteraciones provocadas por la epilepsia.

Además de la depresión, la ansiedad es otra alteración psíquica que influye de manera significativa en la calidad de vida del paciente epiléptico, ambas se encuentran exteriorizadas en las alteraciones de conducta y son influidas por las condiciones psicosociales en las que el paciente se desenvuelva. La ansiedad, también es vista como una manifestación de procesos de tensión o estrés en la vida de un individuo, pues funciona como una respuesta de evaluación y afrontamiento de los estímulos o situaciones amenazadoras que ponen en riesgo el equilibrio interno frente a los cambios externos, el entorno es evaluado por el individuo de acuerdo a sus propios recursos, así determinará si podrá manejar los cambios o representa un verdadero peligro, por lo que este proceso es determinante para alcanzar una adaptación emocional y la calidad de vida adecuada para los que padecen epilepsia (Fabelo, 2010).

2.2.3. Adaptación interpersonal

Se refiere a la dimensión social que incluye la interacción de la persona con epilepsia y su medio interpersonal como familia, el trabajo, el sistema de salud, entre otros (Medina, 2004). La capacidad de una persona para relacionarse de manera efectiva con los demás se considera esencial para el ajuste psicosocial (Dodrill, Batzel, Henne, Queisser y Temkin, 1980).

Las limitaciones con las que se perciben las personas con epilepsia son originadas en gran parte durante una historia familiar de sobreprotección; el aislamiento al que recurren por causa de sentimientos de desconcierto, culpabilidad y hastío por tener que explicar la razón de sus crisis, los lleva a evitar el contacto con su familia, amigos y compañeros. El aislamiento es reforzado por los mismos grupos de relación debido a que sienten incomodidad con la presencia de las crisis y como consecuencia el desarrollo en el área laboral, social y de pareja se hace cada vez más complicado.

Las relaciones que perduran a pesar de las dificultades con frecuencia cambian en su dinámica y son frágiles, pues el enfermo puede conservar enojo o manifestar agresividad. En cuanto a la relación de pareja, es muy frecuente que se mantengan solteros o bien sin formar ningún tipo de relación sentimental; muchas personas han

experimentado el rechazo a causa de la epilepsia proveniente de alguna persona emocionalmente vinculada y el temor a volver a experimentar esta situación hace eviten la posibilidad de relacionarse (Lechtengerg, 1989).

Otro importante origen de las dificultades interpersonales además de la sobreprotección proviene de los prejuicios y creencias erróneas que se construyen alrededor de la epilepsia, para ello se necesita conocer la magnitud del estigma que debe cargar una persona epiléptica.

De acuerdo a Carrizosa (2009), el estigma en la epilepsia se refiere a la magnitud y alcance de la exclusión social padecida por las personas que tienen el trastorno, que es debida a la percepción y el desconocimiento con respecto a la enfermedad. El estigma se puede estudiar como percibido o sentido y el promovido o ejecutado. En el primero se parte de lo que el individuo concibe acerca de su enfermedad, y de acuerdo a ello la persona genera sentimientos y expectativas de determinadas situaciones. En el caso del estigma percibido se relaciona con la vergüenza de ser portador de un trastorno que puede ser juzgado como una imperfección humana, o como un castigo por la transgresión de normas sociales. Además también se relaciona con el temor a ser estigmatizado lo que generará angustia, llevando a la persona a ocultar su padecimiento y evitar las actividades en las que pueda verse develado, por lo que su potencial no se desarrollará o se verá claramente limitado. El miedo que se genera al ser etiquetado o excluido hará que la estigmatización promovida o ejecutada socialmente sea más hiriente.

El estigma promovido o ejecutado parte de la concepción social, que refleja un conocimiento o creencia que determina las actitudes tomadas hacia las personas que tienen epilepsia. Es común que estas posturas partan de conceptos erróneos sobre la enfermedad, como que se considere contagiosa o ser hereditaria, esto se reflejó en las medidas eugenésicas que se realizaron en Estados Unidos con la esterilización de personas epilépticas entre 1907 y 1964.

La estigmatización es generada por la formación de reglas en los grupos sociales, las personas que transgreden estas normas constituyen una anomalía, catalogándolos

como perturbados o perturbadores; sin embargo, esta anomalía no se debe a lo que la persona haya hecho, sino a la aplicación de estas normas sociales en situaciones sociales diversas. Además de la generación de estigma y discriminación, esta puede verse favorecida por actitudes negativas y afirmaciones promovidas por la familia, amigos, medios de comunicación e incluso profesionales de la salud. Dentro de la familia, se determina en gran parte las actitudes que predispongan a la persona que padece epilepsia a padecer estigmatización o discriminación percibida o ejecutada, por ejemplo si los padres sienten que es una vergüenza para la familia, una carga moral o una distinción indeseable, se generará esta imagen en el individuo y extenderán estas mismas actitudes entre las personas que se tenga algún contacto (Carrizosa, 2009).

El estigma y la discriminación son los factores de riesgo psicosocial extrapersonal más evidentes, por un lado la exclusión social de los individuos con epilepsia, la renuencia a contratarlos e incluso la dificultad para encontrar oportunidades para desempeñarse en ciertas ocupaciones. Por otra parte, Hermann (1992) menciona que algunos individuos pueden percibir el estigma y la discriminación sin ser capaces de especificar las instancias o los comportamientos explícitos que les aportan esta sensación, sin embargo, sea real o imaginario, la persona con epilepsia se ve afectada por el estigma social y es de la misma importancia ya que los efectos en su vida se reflejarán indiscriminadamente.

En los países subdesarrollados es mayor la discriminación efectiva que la percibida, esto es debido principalmente a la desinformación, pues se atribuyen la enfermedad a circunstancias no neurológicas como brujería, maleficios, pecados, violación de reglas, etc. (Carrizosa, 2009). De acuerdo a la investigación de Baker (2002), que incluyó a más de 6000 adultos de diez países europeos que se relacionan con la epilepsia de alguna manera importante, el predictor más consistente del estigma es la frecuencia de las crisis: a mayor frecuencia existe mayor estigma; además del conocimiento que las personas tienen acerca del trastorno, pues este último puede cambiar positivamente las actitudes que las personas sin epilepsia tienen hacia los individuos que la padecen.

2.2.4. Adaptación vocacional

La adaptación vocacional se refiere al grado de satisfacción personal alcanzado en el área laboral y en los estudios en el caso de los adultos, así como requerir de orientación en esta área (Dodrill, Batzel, Henne, Queisser y Temkin, 1980).

Los adultos con epilepsia en edad productiva encuentran con mucha dificultad desarrollarse en el área laboral, en ocasiones cuando llegan a desempeñarse en alguna actividad lo hacen en negocios familiares percibiendo un apoyo económico que no les es equivalente a un salario ni suficiente para ser independientes económicamente. Las personas que logran obtener un empleo, permanecen amenazadas ante la posible ocurrencia de una crisis o que su enfermedad sea revelada y que como consecuencia sean despedidos.

De acuerdo a la revisión de investigaciones norteamericanas que hace Lechtenberg (1989), más del 40% de las personas que padecen epilepsia han sido rechazadas por admitir que tienen el trastorno, es un número alarmante, a pesar de que no se tienen datos en México puede dar una idea de lo que estas personas deben enfrentar. El 21% de los adultos con epilepsia, perciben como problemática principal el conseguir un empleo y mantenerlo. Y en realidad, esta complejidad si es más grande para personas con epilepsia, especialmente si no está bajo control, incrementando esta problemática junto con la frecuencia y la severidad de las crisis. Una persona que tiene su epilepsia controlada, y que no presenta alguna incapacidad, tiene tantas posibilidades de encontrar un empleo como la normalidad de personas, aunque por desgracia esto se ve determinado por los prejuicios, pues si se informa al empleador acerca de la epilepsia puede afectar la opinión del mismo. Es por ello, que aproximadamente el 62% niegan el trastorno neurológico, haciéndolos vulnerables al despido en caso de que sea descubierto más adelante.

La opinión que los empleadores pueden tener de las personas con epilepsia en general está llena de prejuicios, piensan que son proclives a sufrir accidentes, que el exceso de trabajo constituye un riesgo para ellos, que cuando se presente una crisis deben ser recluidos en alguna institución y además que cuando una crisis se presenta en el

trabajo afecta al rendimiento de la persona epiléptica, a sus compañeros y los pone en peligro. Es evidente que la epilepsia determina ciertas restricciones en algún tipo de empleos, pero por ejemplo en algunas industrias como las manufacturas las personas con epilepsia se desarrollan un poco mejor en este tipo de tareas que la población sin problemas crónicos de salud (Lechtenberg, 1989).

2.2.5. Situación económica

Una de las dificultades a las que debe enfrentarse un individuo y su familia al presentar una enfermedad crónica, es el costo del tratamiento farmacológico, pues se tiene la necesidad de adquirir medicamentos de forma permanente o por un largo periodo de vida. En México, el sistema de Seguridad Social beneficia a un porcentaje limitado de la población y los pacientes que son atendidos por las instituciones de Salud Pública deben enfrentar costos de traslado debido a que los centros especializados de atención se concentran en ciudades grandes, factores que resultan ser gravosos. El análisis de los costos contempla los costos directos, indirectos e intangibles (Acevedo, 2008).

Los costos directos son los que deben pagarse directamente como consecuencia de la enfermedad, es decir los gastos médicos desde la atención especializada, exámenes de sangre, EEG o neuroimagen, también los costos de desplazamiento y de los fármacos antiepilépticos.

Los costos indirectos son producidos por el efecto de la enfermedad y del tratamiento en los pacientes en la productividad del lugar de trabajo. La epilepsia podría disminuir la productividad de una persona debido a que no realizan bien su trabajo, piden permisos para asistir a sus revisiones médicas o pueden quedar desempleados. El ausentismo laboral o escolar en el caso de que se presente una crisis también constituye una pérdida, de la misma forma que el tiempo que los familiares invierten en las gestiones médicas del paciente.

A pesar de que son menos evidentes, los costos intangibles son también gravosos para los pacientes y sus familias, pues son difíciles de estimar y resultan ser los más

penosos. Por ejemplo el aislamiento social, la alteración de la imagen, del autoconcepto o la inseguridad.

2.2.6. Adaptación a las crisis

Se refiere a la capacidad del individuo para adaptarse a la presencia de las crisis, lo cual dependerá de la existencia de resentimiento por su condición, vergüenza por presentar convulsiones, encontrarse a disgusto por los posibles ataques repentinos, sentir que su valor es menor a causa de la epilepsia y creer que son menos aceptados por otros a causa de sus convulsiones (Dodrill, Batzel, Henne, Queisser y Temkin, 1980).

Cuando la epilepsia es diagnosticada, comienza a generarse en la persona tristeza y ansiedad, a ello subyace sentimientos de miedo ante la ocurrencia de crisis, una sensación de pérdida de control sobre el cuerpo e inseguridad. El proceso de toma de conciencia del paciente ante su enfermedad que constituye un paso esencial para aceptar la enfermedad y adaptarse a ella, puede complicarse por el hecho de que el paciente desconoce lo sucedido durante las crisis (Pedraza y Monsalve, 2007).

El temor a las crisis, dependerá de la percepción y el entendimiento que la persona con epilepsia tiene acerca de su enfermedad. Por ejemplo el mantener ideas erradas acerca de que puedan morir durante un ataque, puede llevarlos a evitar las situaciones que atribuyan como el desencadenante de alguna crisis, por lo que para evadir este peligro percibido llegarán a aislarse de cualquier estrés o riesgo limitando sus actividades o recluyéndose en sus casas afectando directamente su calidad de vida. La muerte prematura causada por la epilepsia es un temor común, la tasa de mortalidad para las personas con epilepsia es de 2.3; lo cual indica que una persona con el trastorno tiene dos veces más probabilidades de morir que una persona idéntica en edad pero sin epilepsia; sin embargo en esta cifra las muertes tomadas en cuenta no son causadas por la actividad epiléptica en sí, pues se incluyen individuos que tienen crisis a causa de tumores incurables, traumatismos masivos, ictus fatales, se contemplan también niños que mueren a causa de lesiones neurológicas congénitas, traumatismos accidentales en la cabeza o tumores cerebrales infantiles que ocasionan

trastornos epilépticos, por lo que si se excluyen estas causas de muerte, en realidad la mortalidad para personas con epilepsia idiopática es muy semejante a la población general, observándose un ligero incremento en los que padecen crisis de ausencia generalizada o crisis parciales complejas. El estatus epiléptico es en ocasiones letal cuando no se obtiene atención médica y un tratamiento anticonvulsivo efectivo (Lechtenberg, 1989).

El temor a las crisis es un factor que depende en gran medida de la información que el paciente tenga acerca de su enfermedad, de lo que sucede durante las crisis y de los factores que las desencadenan. Se ha observado que el miedo es un potente predictor del desajuste a la epilepsia en adultos, pues se han encontrado relaciones significativas entre el miedo a las crisis que reportan los pacientes y la medición de la adaptación (Goldstein, Seidenberg, y Peterson, 1990; Pedraza y Monsalve, 2007), la asociación entre el temor a las crisis y la adaptación se determina por el control de la enfermedad, por la sensación de seguridad que aporta el aceptar la enfermedad como un hecho innegable y la confianza que se alcanza al hacer uso de los recursos propios (Fabelo, 2010).

2.2.7. Medicación y tratamiento médico

En el tratamiento de la epilepsia resulta de vital importancia la terapia farmacológica. Existen actualmente medicamentos específicos que son especialmente efectivos para cada tipo de crisis, así como aquellos que producen menores efectos secundarios. Una mejor apreciación de las dimensiones cognitivas y conductuales de las consecuencias que los fármacos producen podrían permitir que los pacientes tuviesen un mejor control y manejo de su enfermedad, pues además de la evidente neuropatía que trae consigo, las personas pueden tener afectaciones cognitivas y de comportamiento, algunas de las discapacidades que puedan generarse pueden incluso llegar a ser acumulativas y aún irreversibles. Incluso los pacientes con una larga historia como epilépticos que se han sometido a cirugía y han eliminado con éxito las convulsiones, siguen sin obtener un empleo, casarse o tener hijos, dependiendo aún de la familia y del bienestar del sistema que los mantenía previamente. Este fenómeno también puede verse en

pacientes que padecieron epilepsia en la infancia, pues sufren inconvenientes sociales y educativos aun entrando en remisión en la edad adulta (Kwan y Brodie, 2001).

Los efectos secundarios no se limitan al ámbito neuropsicológico o psicosocial, también a nivel orgánico las consecuencias a largo plazo de la ingesta de medicamentos tiene una gran importancia en la calidad de vida en el individuo. A nivel gastrointestinal es posible que se presenten diversos efectos adversos pues la metabolización de los antiepilépticos es realizada en su mayoría por oxidación enzimática del hígado, por lo que puede presentarse daño hepático dependiendo de la respuesta de los anticuerpos y de las características del tejido de la persona; clínicamente la manifestación de falla hepática incluye anorexia, fatigabilidad, diarrea, con ictericia tardíamente, cuando existe falla hepática severa. Los efectos hematológicos severos que pueden presentarse son la respuesta adversa idiosincrásica, anemia hemolítica y anemia aplásica. Las reacciones dermatológicas incluyen el *rush*, dermatitis exfoliativa, bulas máculo pápulas o de tipo morbiliforme de variada distribución y severidad (Borgeaud, León, David y Otárola, 2005).

Los efectos adversos en el Sistema Nervioso Central se relacionan con las estructuras y sus funciones y cada estructura anatómica puede reflejarlos, a nivel cognitivo y conductual, Borgeaud, León, David y Otárola (2005), los enumeran de la siguiente manera:

- a) **Cognición.** Con FNB (fenobarbital) y FNT (fenitoína) producen cambios en la función intelectual, alteraciones de personalidad, con efectos psiquiátricos y alteración del Coeficiente Intelectual en pacientes tratados con primidona (PMD) y FNT, con niveles plasmáticos altos se ha detectado trastornos de lenguaje, ejecución motora y atención.
- b) **Conducta.** En adultos los fármacos anti epilépticos aumentan los trastornos de conducta.
- c) **Depresión.** En niños no es predecible, pero barbitúricos producen hiperactividad y depresión o psicosis, psicosis que sigue al control de crisis, normalización

forzada, relacionada a la aparición de normalidad del electroencefalograma (EEG). La CBZ (carbamazepina) puede producir ansiedad, agitación e insomnio.

El problema más común es el uso inapropiado de anticonvulsivos (Hermann, Whitman y Anton, 1992). La monoterapia tiene múltiples ventajas, por ejemplo que existe una menor incidencia de los efectos colaterales, se evitan las interacciones medicamentosas y es más económica (Asconapé, 2010).

Los efectos adversos que se han encontrado son especialmente para pacientes que se encuentran recibiendo politerapia. Se ha visto que la monoterapia con carbamazepina puede provocar un efecto en la cognición y en las funciones psicomotoras, pero un deterioro significativo cuando esta se agrega a una monoterapia ya existente (Gillham, Williams, Wiedmann, Butler y Larkin, 1988).

Los cuatro agentes de primera elección en el tratamiento farmacológico siguen siendo fenitoína, fenobarbital, carbamazepina y valproato, para epilepsias focales (fenitoína y carbamazepina) y generalizadas (valproato), el fenobarbital se utiliza para politerapia asociada a carbamazepina en síndromes focales, o bien como alternativa al valproato en monoterapia en síndromes generalizados. Sin embargo, algunos de los compuestos nuevos están disponibles en el sector público, particularmente en México incluyendo fármacos como lamotrigina, gabapentina, oxcarbamazepina y topiramato. Los medicamentos de nueva generación no proporcionan un beneficio significativamente superior a comparación de los clásicos en cuanto a eficacia en monoterapia, pero se ha encontrado que sí existen ventajas en relación a calidad de vida puesto que los efectos contraproducentes se presentan en menor frecuencia (Acevedo, 2008).

Además de los aspectos concernientes a los efectos adversos se encuentra el costo de los medicamentos, que representa una importante fuente de estrés principalmente para las personas que no cuentan con seguro social que pueda facilitar su tratamiento; en este sentido es cierto que existe una enorme diferencia en el costo de los fármacos de primera generación y los nuevos antiepilépticos, dicho contraste puede llegar a ser hasta cien veces mayor el costo (Acevedo, 2008).

Una vez expuestos los principales factores que determinan la adaptación de una persona con epilepsia, es posible tener una visión más clara del riesgo potencial que tiene cada aspecto en mayor o menor medida de acuerdo a la situación particular de cada individuo, además de que se enfrentan a situaciones de vida que no dependen de ellos mismos de forma directa, sino del entorno en el que ellos se desenvuelvan y de la información que a nivel social se tenga acerca de la enfermedad y sus implicaciones reales. Las personas con epilepsia son tratadas de manera diferente por amistades, familia y el círculo social, este trato especial puede ser hostil o gentil, pero de cualquier forma afectará la adaptación de la persona. Por ejemplo es común que los padres de hijos con epilepsia se hagan menores expectativas de lo que será su vida cuando se les da mayor consideración de la requerida, favoreciendo las dificultades para vivir independientemente y las repercusiones económicas, o pueden ser objeto de burlas, hostigamiento y exclusión social producto del estigma asociado a la epilepsia; lo anterior lleva a pensar que aun cuando puedan estar mejor adaptados en un área, es prácticamente inevitable que se tengan que enfrentar a dificultades en otro aspecto, pues el vivir con epilepsia implica al ser humano en relación con el entorno y con cuestiones biológicas que pueden estar fuera de su control. Sin embargo, siguen siendo personas con una personalidad que los distingue, que les permite interactuar en su contexto y que así como presentan repercusiones psicosociales, a continuación se analizarán los rasgos psicopatológicos más frecuentes, lo cual se tratará en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 3

Trastornos de la personalidad

La personalidad se define como un patrón complejo de características psicológicas profundamente enraizadas, que se expresan de forma automática en casi todas las áreas de la actividad psicológica y que configura la constelación completa de la persona (Millon, 2006). La personalidad de los individuos puede clasificarse en grupos diagnósticos de acuerdo a las características que los distinguen, esta identificación respeta el criterio científico para cumplir requerimientos meramente sociales. La categorización parte de la comparación de los criterios que son cumplidos por la mayoría de los integrantes de una población que comparten rasgos característicos, por lo que la normalidad hace referencia a esta conformidad de comportamientos y costumbres típicos del grupo o cultura, además hace referencia a la capacidad para desempeñarse de una forma independiente y competente que permita obtener una sensación de satisfacción y contento. Por el contrario, la patología se define como malestar, enfermedad o trastorno, y se ve influenciada por el contexto sociocultural del que se trate; la distinción entre ésta y la normalidad van en una línea continua que va transformándose la una en la otra de forma lenta, sin que un punto particular las separe.

En cuanto a la personalidad, la patología está definida por rasgos desadaptativos que pueden dirigirse en dos direcciones: la primera cuando algún rasgo intensifica su expresión, o bien, cuando las características desadaptativas se incrementan en número. De acuerdo a Millon (2006), un trastorno de la personalidad se distingue por una carencia en la capacidad de adaptación ante circunstancias estresantes, pues no se cuenta con suficientes estrategias de afrontamiento para resolver un conflicto o no hacen variaciones en las mismas, provocando una resolución inadecuada y un incremento en el estrés, lo cual también ocasionará que la persona perciba la realidad social en una forma distorsionada.

Otra implicación de los trastornos de personalidad es que el individuo no tendrá flexibilidad para adaptarse al papel que desempeñe en su entorno, es decir que no logrará modificarlo o modificarse a sí mismo. Esta situación lo colocará en dificultades cuando deba actuar de manera distinta a lo usual, pues no cuenta con alternativas de conducta adecuadas a la situación en que se encuentra. Una persona con algún trastorno de la personalidad será incapaz de adaptarse en situaciones estresantes y será inflexible ante las circunstancias ambientales, por lo tanto, al ser incapaces de cambiar, los repertorios patológicos presentes en su conducta se repiten una y otra vez, originando la misma problemática que las causa repetidamente.

La comprensión de la personalidad y sus características particulares, puede ser analizada desde distintas perspectivas que aportarán una explicación a cada aspecto particular de la conducta humana, pues cada una es una visión parcial de una totalidad intrínseca. Las perspectivas dominantes en el estudio de la personalidad son la biológica, la psicodinámica y la cognitiva.

3.1 Modelos explicativos de la patología de la personalidad

Debido a la enorme complejidad al tratar de explicar la conducta humana, se ha abordado desde distintas perspectivas de acuerdo al área en donde las variables estén implicadas, cada modelo ha intentado representar una orientación para exponer la naturaleza de las variaciones en la personalidad, y las principales debido a su influencia son la biológica, psicodinámica, conductual y cognitiva, expuestas de manera general a continuación.

3.1.1 Perspectiva Biológica

Esta perspectiva estudia a la personalidad desde los aspectos biológicos del tipo genético, bioquímico, neurológico, etcétera. Parte de la concepción de que los seres humanos somos por naturaleza criaturas biológicas, por lo cual implícitamente tenemos determinantes que afectarán nuestra forma de vivir, y con ello nuestro comportamiento. Las influencias biológicas sobre la personalidad pueden ser proximales o distales, es decir, cercanas o lejanas. Las influencias distales son características heredadas que se

transmiten de generación en generación en nuestro código genético. Las causas proximales de la personalidad corresponden a los cambios que se presentan cuando las estructuras que se encuentran previamente a la conducta, tales como el temperamento y la constitución, discrepan entre sí de tal forma que afectarán el comportamiento de una persona.

El temperamento se conforma por los patrones vitales de comportamiento característicos de una persona que son impuestos por la biología, es decir, la suma total de las influencias biológicas heredadas sobre la personalidad que muestran una continuidad a lo largo de la actividad vital. El componente genético analiza la existencia de patologías dentro de las relaciones consanguíneas. Esta relación es más evidente en el trastorno esquizotípico y antisocial, así también hay evidencias de que los trastornos esquizoide y paranoide están vinculados genéticamente con la esquizofrenia, y de los trastornos afectivos como la depresión y el trastorno bipolar, con el trastorno límite de la personalidad.

La concepción de este modelo tiene varias aportaciones principales, inicialmente permite comprender a la conducta desde un panorama biológico más amplio, además de que introduce en mayor medida el método científico-natural para estudiar a la psicopatología; los criterios bajo los cuales se clasifican los trastornos han permitido un entendimiento generalizado entre la comunidad científica para diagnosticar y tratar, pues los fármacos se han consolidado como una alternativa de tratamiento para muchos trastornos que cumplen con las sintomatologías que maneja esta perspectiva. Sin embargo, las teorías que maneja en ocasiones son poco concluyentes e incompletas, además de que los tratamientos están muchas veces enfocados a los aspectos sintomáticos de los trastornos (Jarne, Talarn, Armayones, Horta y Requena, 2006).

3.1.2 Perspectiva psicodinámica

Es el primer modelo que toma en cuenta la importancia de los factores psíquicos en la conducta, fue desarrollada por Sigmund Freud quien llegó a la conclusión de que la personalidad se desarrolla en la infancia a través de etapas psicosexuales, en las que

la libido se centra en zonas erógenas del cuerpo que proporcionan placer, pasando del autoerotismo a la sexualidad reproductora hasta desarrollar su personalidad adulta:

1. **Etapas Oral:** Desde el nacimiento hasta el primer año de vida, los bebés exploran su entorno por medio de la cavidad oral, la ingestión y el morder son los primeros comportamientos que desarrollarán rasgos de carácter posteriores, en donde la madre puede desalentar el chuparse el dedo o el morder el seno favoreciendo la existencia de una fuente de placer-conflicto en la boca.
2. **Etapas anal:** Transcurre en el segundo año de vida, y representa en el niño el primer intento de regular sus impulsos instintivos, por lo que el control de esfínteres permite una forma de expresión reteniendo o expulsando, provocando un choque de voluntades con el cuidador y en sí mismos una fuente de dolor o placer.
3. **Etapas fálica:** Se desarrolla de los tres a los seis años, en donde la fuente de placer y de conflicto se proviene de los órganos genitales, con respecto a su función placentera y su significación para distinguir entre los sexos. En este momento, comienza a aparecer un deseo libidinal hacia el progenitor del sexo opuesto, compitiendo con el otro padre o madre por la atención, el llamado complejo de Edipo.
4. **Periodo de latencia:** Es el periodo en donde los hábitos de las etapas anteriores se solidifican, las pulsiones se hacen latentes y la satisfacción ahora es redireccionada a nuevas actividades aceptadas por el entorno social.
5. **Fase genital:** De los doce años hasta que el desarrollo psicosexual culmina, en donde el área central se encuentra en los genitales, la energía pulsional es expresada desde la sexualidad adulta, además logra la individualidad y con ello el desapego de los padres. En este último estadio la persona logra identificar un objeto para la satisfacción de los deseos instintivos, que forman la base de la naturaleza humana y el individuo se conduce en la búsqueda de los objetos que servirán como una herramienta para satisfacer sus necesidades.

El psicoanálisis menciona que hay fuerzas internas conscientes e inconscientes, la conciencia es el dato inmediato y accesible de la psique, y detrás de un conflicto

neurótico existe un recuerdo que se ha reprimido en el inconsciente para mantener el funcionamiento psíquico, que está estructurado por el *yo* quien actúa siguiendo el principio de la realidad sirviendo como mediador entre el *súper yo* que representa a los valores morales interiorizados, y el *ello* que actúa siguiendo el principio del placer.

Ante algún conflicto emocional que provoca ansiedad, el aparato psíquico reacciona por medio de mecanismos de defensa, cada trastorno de la personalidad parece preferir uno de ellos en particular para procurar la estabilidad emocional de fuentes externas de amenaza. Con el paso del tiempo, algunos teóricos han tratado de complementar la obra extensa de Freud, relacionando la etapa psicosexual con alguna fijación, es decir un trastorno psicodinámico del carácter, con el trastorno de la personalidad contemporáneo, así el trastorno por dependencia se relaciona con el oral, el obsesivo compulsivo con el anal, el narcisista con el fálico, el antisocial con el trastorno psicodinámico impulsivo, el trastorno por evitación con el fóbico, el autodestructivo con el masoquista, el histriónico con el histérico y el erótico, y el paranoide con el del mismo nombre (Millon, 2006).

Las principales aportaciones del enfoque psicodinámico giran en torno a la percepción de la historia biográfica como un factor importante para la psicopatología, al funcionamiento psíquico en el plano consciente e inconsciente y a el papel de las emociones en la vida psíquica y en el origen de los trastornos psicopatológicos. Se le ha criticado su carácter científico debido a que es difícil replicar los resultados debido a que las investigaciones que se realizan a partir de ésta perspectiva son estudios de caso generalmente (Jarne, Talarn, Armayones, Horta y Requena, 2006).

3.1.3 Perspectiva cognitiva

De acuerdo a esta perspectiva, el ser humano actúa de acuerdo a los procesos cognitivos, que son los determinantes principales del comportamiento. El término latino *cognoscere* significa poseer conocimiento, la manera en cómo el ser humano utiliza esta importante capacidad permitirá desde satisfacer la curiosidad humana en el vivir diario, hasta llegar a conocimientos que puedan generalizarse por medio de la metodología científica. Gracias a la cognición los humanos podemos percibir estímulos

que provienen de nuestro medio ambiente, seleccionar la información que para cada uno es relevante, almacenarla en la memoria, realizar operaciones con ella, generar ideas a partir de otras ideas y alterar nuestro conocimiento previo. Aunque las ideas no forman parte de la realidad, constituyen la base de nuestro pensamiento y es todo lo que la mente conoce del mundo exterior, es por ello que la psicología cognitiva ofrece un modelo por medio del que es posible explicar la personalidad y la conducta.

Hoy en día, la ciencia cognitiva es una disciplina que toma sus bases de la psicología cognitiva, la lingüística, la neurociencia, la inteligencia artificial y varias ramas de la filosofía, para seguir revolucionando el pensamiento acerca de la personalidad, y seguir modificando la antigua idea que pone al hombre con un papel importante en los asuntos cósmicos. Las ciencias cognitivas afirman que las bases biológicas del pensamiento no son más que casos especiales de principios más generales que, una vez decodificados, pueden permitir la creación de inteligencia y autoconsciencia en cualquier matriz física, ya sea un ser vivo o artificial.

La mente funciona captando y seleccionando la información importante para el sistema, tanto del exterior, como de sí mismo y de otros seres humanos, este mecanismo funciona tanto a nivel consciente como inconsciente. Este inicio permitirá que el ser humano trace planes para alcanzar sus objetivos, para lo cual la mente toma en cuenta las probabilidades de éxito en base a las experiencias previas y las circunstancias futuras que se visualizan para asegurar el alcance del objetivo. Además la mente se encuentra realizando de forma activa construcciones del mundo, de sí mismo, de otros y del futuro gracias a la memoria, es entonces que a partir de sucesos repetidos en el pasado, el ser humano formará ideas más consistentes que van a ayudar a determinar su conducta en el futuro.

La mente utilizará la atención selectiva para elegir estímulos que estén de acuerdo con el conocimiento previo que almacena, es por ello que cada persona le dará relevancia a distintos elementos, dando como resultado una percepción única de la realidad. El registro de esta realidad será distinto porque la mente distorsiona lo que percibe, las distintas personalidades procesan la realidad de forma diferente. Cuando las

percepciones cognitivas forman un patrón coherente, pueden ser consideradas un estilo cognitivo, y cuanto ellas son irreales y distorsionadas, la conducta probablemente será desadaptada.

Beck y Freeman (1990, citados en Millon, 2006) en su modelo de terapia cognitiva vinculan los trastornos de personalidad con ciertas estrategias evolutivas primitivas, que llevadas al extremo conducirán al desarrollo de una patología de la personalidad. Por ejemplo la personalidad antisocial utiliza una estrategia depredadora, la personalidad narcisista es competitiva y el obsesivo compulsivo empleará una estrategia ritualista, entre otras.

Esta perspectiva permite concebir al individuo como un ser activo, al contrario de la percepción pasiva por estar sometido a estímulos y demandas ambientales fuera de su control, pues logra seleccionar, elaborar, procesar y recuperar la información de su entorno y de sus recursos internos, con todas esas posibilidades se logran emplear otras técnicas de modificación de conducta; sin embargo es una configuración que requiere una mejor estructura de los fundamentos teóricos que la sustentan. Se continuará ahora a explicar la concepción de psicopatología de manera más específica, así como los criterios que suelen utilizarse para delimitarla y medirla.

3.2 Psicopatología

La medición de la psicopatología es el término utilizado por la psicología para referirse a la conducta anormal. La psicología anormal se orienta a describir, explicar, predecir y controlar conductas que se consideran extrañas o inusuales. La descripción de la psicopatología debe realizarse por la observación sistemática de un profesional de la conducta y la historia psicológica de una persona; para ello, se deberá identificar las causas del comportamiento anormal y determinar cómo éstas han producido la aparición de una psicopatología. Ésta es la base para predecir la conducta, aportar un pronóstico del futuro de la persona y además diseñar un tratamiento o plan de intervención (Sue, Wing y Sue, 2010).

Para lograr lo anterior, se requiere diferenciar entre lo que es normal y lo que resulta patológico, sin embargo no se ha llegado a una definición satisfactoria de lo que es anormalidad en la conducta, la tendencia actual es interpretar las dimensiones de normalidad y anormalidad desde una perspectiva que las ubica en los polos de una línea continua. Existen diversos criterios que permiten ubicar estos límites, entre los cuales están los estadísticos, los clínicos, los sociales o interpersonales, los subjetivos o intrapsíquicos y los biológicos, mismos que se explican brevemente a continuación.

3.2.1 Criterios de anormalidad

Cada uno de los siguientes criterios, son utilizados comúnmente para definir los límites entre la normalidad y la anormalidad (Jarne, Talarn, Armayones, Horta y Requena, 2006).

3.2.1.1 Criterios estadísticos:

De acuerdo a este criterio la diferencia entre lo anormal y lo patológico son de naturaleza cuantitativa. Se parte del supuesto de que la distribución de las características de una población se conforma con respecto a la curva normal, por lo que el valor de la variable de una persona se ubicará en algún punto de la curva, calificándose como normal o anormal de acuerdo al lugar que ocupe: si su conducta es muy frecuente será normal y si no lo es, se clasifica como desadaptada. La psicopatología corresponde a la falta o a la exacerbación de una conducta, rasgo o característica que se encuentra en toda la población pero los extremos de esta variable conducirían a un comportamiento poco habitual. Sin embargo lo anormal no necesariamente indica patología, únicamente que es poco habitual, tal como un elevado nivel de inteligencia.

3.2.1.2 Criterios clínicos:

Estos criterios definen la anormalidad de acuerdo a la presencia de síntomas que conforman un trastorno o síndrome. Los criterios que se utilizan para diagnosticar un trastorno son consensuados por la comunidad científica, respaldados por organizaciones internacionales de salud que proponen sistemas de clasificación para

los trastornos mentales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) con la Clasificación Internacional de las Enfermedades que se actualizan periódicamente (CIE-10), y la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

Bajo este criterio, desafortunadamente los trastornos que se reconocen formalmente son limitados; además está el inconveniente de que los signos que son observables objetivamente son pocos, por lo que regularmente interfiere la subjetividad del profesional que valora al paciente; y finalmente es determinante el contexto en el que se observa la conducta, pues en un ambiente sociocultural son normales ciertas conductas que en otros sitios no sean esperadas, tal como se explica en el siguiente criterio de psicopatología.

3.2.1.3 Criterios sociales e interpersonales:

Estas normas señalan a la anormalidad de acuerdo a convergencia social determinada por el momento y lugar precisos. Estos criterios se basan en la investigación transcultural que ha determinado que lo que es normal en un contexto histórico o cultural, en otro momento y circunstancias puede llegar a ser psicopatológico. Una persona funciona en un contexto adaptándose a las características particulares que lo distinguen, cuando no logra funcionar adecuadamente entonces se habla de una inadaptación al medio, conformando su conducta como anormal.

3.2.1.4 Criterios subjetivos o intrapsíquicos:

La anormalidad definida bajo esta perspectiva se identifica por el mismo individuo, pues él es el único que puede dictaminar su situación de acuerdo a la presencia de sentimientos de sufrimiento o malestar. Otra forma de identificar si una persona tiene una psicopatología de acuerdo a los criterios subjetivos es por medio de la petición de ayuda, en la cual la persona extiende una solicitud de intervención de un profesional.

Estos criterios tienen muy poca fundamentación científica, primero que nada porque se ha observado que diversas patologías se viven sin que la persona pueda estar consciente de padecerla, llegando a rechazar la ayuda que se le ofrezca. Además

debido a que su detección depende de lo que la persona exprese, no todos tienen la misma capacidad de expresión, además de que lo hacen de diferentes formas o quizá no sepan hacerlo.

3.2.1.5 Criterios biológicos:

Toman como punto de partida los procesos biológicos como origen de las disfunciones, sin embargo existen dificultades para aislar esas alteraciones y encontrar su origen, la ciencia hasta ahora no ha identificado la causa de muchas patologías a pesar de los grandes avances. El punto de vista biológico es determinante para muchas conductas anormales, sin embargo tomarlo como criterio exclusivo es ignorar los factores psicosociales tan evidentes en el origen de los trastornos.

Como es evidente, la adopción de un solo criterio restringiría en gran manera la capacidad de diagnóstico y explicación de las causas que originan la anormalidad en la personalidad, es por ello que debe tomarse en cuenta al ser humano como un ser vivo que se desarrolla desde distintos componentes, tales como el biológico, social y personal; por lo tanto adoptar una perspectiva de unicidad en la explicación de la psicopatología limitaría su comprensión y su abordaje.

De acuerdo a los criterios teóricos más aceptados, existen técnicas que llevan a una definición operacional de los rasgos de personalidad y diagnóstico de la psicopatología, de lo cual se habla en el siguiente apartado.

3.3 Medición de la personalidad

Con el objetivo de medir el comportamiento, los profesionales de la salud mental han tratado de medir las características de los sujetos utilizando instrumentos para detectar la presencia de rasgos o dimensiones personales. Para este fin se han implementado distintas técnicas que aportan información acerca del comportamiento ante ciertas situaciones identificando variables que reflejan la interacción entre ambiente, personalidad y respuesta (Zabalegui, 1990). Estas técnicas entre las que se encuentran los cuestionarios de autoinforme, escalas de evaluación, listas de síntomas, la

entrevista clínica, técnicas proyectivas y perfiles normalizados, tienen sus ventajas y limitaciones, así mismo pueden utilizarse por separado y aportarán incluso mayor información si se combinan entre ellas, su uso dependerá del objetivo que se busque cumplir, de las características del sujeto, la accesibilidad del instrumento y de la orientación del profesional. A continuación se especifican algunos de ellos.

1. **Entrevista Clínica:** La entrevista clínica es un instrumento de valoración utilizado de manera estándar para comprobar la validez de otro tipo de instrumentos. Van desde entrevistas estructuradas o semiestructuradas, las primeras requieren de personal calificado y por lo regular se aplican en situaciones de investigación ya que implican recabar información de manera exhaustiva y de la misma manera a todos los individuos, facilitando la comparación de datos, ya que se especifican preguntas de las que el entrevistador no puede desviarse en ningún caso. Las entrevistas semiestructuradas se utilizan de manera común en el ámbito clínico y toman como base la experiencia y los conocimientos del profesional que se encuentra entrevistando, por lo que éste se encuentra en control de agregar y direccionar al paciente en cuanto a la información que se desea conocer agregando más preguntas a la entrevista y ahondar en aspectos que resulten de principal interés para el diagnóstico.
2. **Escalas de evaluación y listas de síntomas:** Se trata de una serie de ítems cuyo objetivo es detectar la presencia de criterios que determinarán un trastorno de acuerdo a los manejados de manera estándar como en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Estas escalas pueden ser contestadas por personas que sean cercanas a los evaluados, ya que proporcionarán una perspectiva única del problema, de su gravedad y de sus causas.
3. **Técnicas proyectivas:** Las técnicas proyectivas permiten liberarse de la influencia que la sociedad ejerce sobre la conducta para poder expresar la individualidad de los factores internos que motivan su comportamiento, de externar influencias inconscientes ante situaciones desestructuradas, vagas y ambiguas. Dada la particularidad de cada sujeto, las técnicas proyectivas

requieren de un tiempo amplio para ser completadas, se considera que su interpretación puede no ser tan objetiva como los cuestionarios o las entrevistas e incluso requiere de profesionales preparados en la interpretación a causa de la dificultad que conlleva, por lo que su utilización ha disminuido.

4. **Cuestionarios de autoinforme:** Se refieren a instrumentos de medida compuestos por una serie de preguntas que deberán ser contestadas por el sujeto a evaluar y van desde ocho ítems hasta cientos de ellos. Las respuestas pueden ser dicotómicas con opciones como sí y no, o falso, verdadero, o de varias opciones como nunca, a veces, casi siempre o siempre. En los test más extensos por lo regular miden varios factores y los resultados constituirán un perfil de acuerdo a la puntuación de cada escala. Su ventaja es que fácilmente es posible identificar problemas clínicos por medio de las respuestas del sujeto, además de que la supervisión para contestarlos es mínima y es posible utilizarlos para comparar los perfiles antes y después de alguna intervención terapéutica, debido a éstas ventajas, ésta técnica de medición de la personalidad es utilizada usualmente en el ámbito de la investigación.

Los cuestionarios de personalidad que han sido administrados a un gran número de sujetos hasta constituir una muestra normalizada, permiten determinar las características que son esperadas y lo que se encuentra lejos de esta normalidad, es decir lo estadísticamente desviado. Cuando una persona es evaluada por medio de estos cuestionarios, sus puntuaciones son ubicadas en una gráfica para constituir su perfil, en el cual se verán comparados sus resultados con los rangos que presentó la muestra normalizada. Millon (2006) dice que las escalas de un cuestionario de personalidad reflejarán la personalidad en su globalidad, las escalas deben tener validez de contenido y para ello se someten a pruebas teóricas y metodológicas que aseguran la evaluación de las dimensiones esenciales de la personalidad.

3.3.1 El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI)

Existen diversos cuestionarios de autoinforme que se han construido con el fin de evaluar la personalidad. El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota 2

(MMPI), es un test estandarizado que fue construido en base a un enfoque empírico. Se le puede considerar el más importante de los cuestionarios de personalidad debido a la difusión que ha tenido en diferentes poblaciones y el número de investigaciones en el que se ha empleado. Se ha utilizado también en el ámbito clínico con el fin de diagnosticar trastornos de la personalidad siguiendo los criterios psiquiátricos tradicionales propuestos a finales del siglo XIX por el Alemán Emil Kraepelin (Zabalegui, 1990).

El cuestionario está compuesto por 567 ítems, que el sujeto debe especificar si son verdaderos (V) o falsos (F), o en caso de encontrar algún reactivo que le resulte imposible contestar, podrá dejarlo en blanco. Las frases se refieren a aspectos de la vida diaria, con temas como salud, actitudes, relaciones familiares y miedos. El MMPI sirve para diagnosticar la personalidad patológica, así como establecer un perfil que nos indique los rasgos predominantes de un individuo, por lo que es posible diferenciar entre la personalidad patológica y la normal. La información puede resultar relevante para que el profesional tome decisiones con respecto a consejo, orientación, selección de personal, entre otros.

El cuestionario del MMPI está diseñado para medir aspectos de la personalidad que se expresan en diez escalas clínicas y otras que se han adicionado con el paso del tiempo. Dichas escalas corresponden a la nosología kraepeliana, identificando los síntomas característicos de las patologías más importantes en armonía con la clasificación que se tenía en la época (Zabalegui, 1990). Las escalas clínicas son Hipocondriasis (Hs), Depresión (d), Histeria (Hi), Desviación psicopática (Dp), Masculinidad-feminidad (Mf), Paranoia (Pa), Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (Es), Hipomanía (Ma) e Introversión Social (Is).

Además de las escalas clínicas, existen las escalas de validación, que están construidas para conocer la actitud del sujeto a la hora de contestar la prueba, el grado de confianza que se puede tener de su perfil y algunos rasgos de personalidad del sujeto sobre sus conductas fuera de la situación de evaluación. Estas escalas son las primeras que se presentan en el perfil, ya que en base a ellas se sentarán las bases de

la interpretación cualitativa de las demás escalas, son la escala de respuesta (?), escala de sinceridad (L), escala de validez (F) y el factor corrector (K).

Para interpretar un perfil de personalidad, el MMPI ofrece una gráfica que permite ubicar las puntuaciones naturales que una persona obtiene en su valoración, éstas a su vez son plasmadas en el perfil y de esta forma se obtienen los equivalentes de las puntuaciones T. Aunque un perfil alto en las escalas clínicas sugiere problemas psicológicos graves, es necesario identificar los rasgos con niveles altos que se encuentren presentes en todo el perfil para determinar un trastorno de la personalidad, es decir que en lugar de basarse en una sola calificación para diagnosticar alguna patología o análisis de la personalidad, se debe elaborar en base al grupo de calificaciones que formarán un patrón (Aiken, 2003).

En la estructura del MMPI no se identifican escalas que definan un diagnóstico con la nosología psiquiátrica actual a pesar de haberse diseñado con ese propósito inicialmente; sin embargo durante su uso posterior, se ha comprobado que definir un trastorno mental con una prueba de personalidad no resulta tan útil a comparación de lo que significa diagnosticar en el ejercicio de la medicina. Este aspecto se deja claro cuando algún paciente es diagnosticado con esquizofrenia por ejemplo, pues esta información en una historia psiquiátrica no nos dirá mucho acerca de su etiología, lo que es significativo para determinar el tratamiento terapéutico recomendado. Desde entonces, el MMPI utiliza cada escala como una entidad desconocida y por medio de la experiencia clínica e investigación empírica se identifican los correlatos de cada escala; de ésta manera cuando una persona es evaluada con el cuestionario, se le atribuyen las características que se han identificado para individuos con calificaciones similares en esas escalas. Este proceso se repite con las calificaciones bajas y para diversas combinaciones de puntuaciones. Por lo tanto, a pesar de que el MMPI no tuvo éxito al diagnosticar diferencialmente los grupos clínicos de la década de 1930 como era su objetivo original, es posible generar descripciones e inferencias sobre individuos con base a sus propios perfiles MMPI, siendo el enfoque que lo ha hecho tan popular en la práctica clínica (Graham, 1987).

En seguida se expondrán las denominaciones clínicas utilizadas en conjunto para determinar el perfil de personalidad de una persona.

3.3.1.1 Hipocondriasis

La hipocondría es un término que actualmente alude a un trastorno somatomorfo, el cual se caracteriza por la preocupación excesiva por la salud, con preferencia por síntomas abdominales o gastrointestinales, que se presentan asociados a síntomas depresivos o a un tono emotivo bajo. Esta preocupación es explicada por el sujeto como provocado por un problema orgánico a pesar de que médicamente no se encuentren signos de organicidad.

Existen dos características principales: primero, la presencia de síntomas físicos diversos y el segundo, el miedo y la preocupación sobre lo que ellos puedan significar y traer consigo. La preocupación por su cuerpo los llevará incluso a estar completamente convencidos de estar enfermos y en muchos casos cerca de la muerte, a pesar de que los estudios médicos realizados no muestren datos que respalden ninguna explicación orgánica, ellos lo justificarán buscando confusiones en sus análisis clínicos, existencia de errores en el diagnóstico, por incompetencia de los médicos, como que la familia les está ocultado información, o que padecen alguna enfermedad nueva y grave que no ha podido ser identificada, a ese temor desproporcionado se le denomina nosofobia. Las personas hipocondriacas se encuentran pensando constantemente en sus enfermedades, sienten sufrimiento y se muestran en contra de cualquier alternativa que alguien les ofrezca.

El DSM-IV define al trastorno hipocondriaco como la preocupación y el miedo de tener, o la idea de padecer, una enfermedad grave a partir de la mala interpretación de los síntomas o funciones corporales. Barsky, Wyshak y Klerman (1986, citados por Avia, 2000), han enumerado ocho características para distinguir la forma más grave del trastorno hipocondriaco:

1. Existencia de síntomas físicos. El paciente experimenta dolores o sensaciones diversas, variables y vagas, pero no son fingidas, comúnmente son molestias

gastrointestinales, musculoesqueletales y del sistema nervioso central, específicamente manifestados en el abdomen, pecho, cuello y cabeza.

2. Temor a la enfermedad. El paciente se muestra sumamente preocupado por la posibilidad de tener alguna enfermedad grave, y ante esto reacciona con gran angustia.
3. Convicción de la enfermedad. Los pacientes a pesar de no encontrar signos de enfermedad demostrables, creen firmemente estar enfermos.
4. Preocupación general del cuerpo. El hipocondriaco lleva una autoobservación constante y rigurosa de sus funciones, capacidades, limitaciones físicas, salud y apariencia.
5. Realización de conductas propias de enfermos. Tales como acudir y buscar atención médica, autodiagnosticarse y automedicarse, y actitudes que ellos consideran adecuadas para una persona con sus malestares.
6. Interferencia del problema en el área laboral, social y personal del paciente.
7. Que no exista una lesión orgánica o enfermedad física que justifique los síntomas experimentados.
8. Que no exista una condición psiquiátrica previa que pueda producir los síntomas, como una depresión mayor o esquizofrenia.

Para poder diagnosticar adecuadamente la hipocondría, deberá tomarse en cuenta además de los criterios diagnósticos, que haya existido un periodo de educación e información adecuada para el paciente, en donde el médico haya ofrecido una explicación precisa acerca de la enfermedad, basándose en la edad, el nivel educativo y sociocultural del individuo, pues antes de etiquetar como anormal la conducta, deberá descartarse que se encuentre desinformado (Avia, 2000).

3.3.1.2 Depresión

La depresión patológica se refiere a un estado de ánimo de tristeza profunda, aunque a diferencia de la tristeza, es de mayor intensidad, duración y evidente irracionalidad, así como los efectos devastadores en la vida de la persona que la padece. Los síntomas de la depresión son la tristeza, el pesimismo, el descontento de sí mismo, sentimientos

de apatía, cansancio, fatiga o abatimiento por la vida. Estos síntomas pueden presentarse a diferentes intensidades y combinaciones, a continuación se presentan las características clínicas del trastorno de acuerdo a Mendels (1982):

Estado de ánimo

La característica esencial de la depresión es el estado de ánimo triste y abatido, dejan de reaccionar con alegría ante lo que comúnmente les producía felicidad. La explicación que ellos dan a su estado de ánimo puede atribuirse a situaciones concretas de vida, o bien a periodos largos en los que no pueden distinguir el inicio de su tristeza e incluso pueden crear completas y desarrolladas ideas de tipo delirante que explican su estado anímico.

El llanto suele presentarse de manera frecuente, ya sea por eventos específicos, momentos de enojo, por sentimientos de frustración o sin motivos aparentes. Cuando el cuadro de depresión es agudo, los enfermos son incapaces de llorar.

Pensamiento

Las personas con depresión manifiestan pérdida de interés, disminución de energías, dificultad de concentrarse y ausencia de motivación, lo cual producirá que su funcionamiento en todas las áreas se vea afectado seriamente, pues no será capaz de llevar a cabo sus tareas y responsabilidades.

El pensamiento se ve contaminado de ideas de insuficiencia, ineficacia y culpabilidad, a pesar de que la realidad ofrezca un panorama distinto y que sus habilidades y recursos pasados hayan sido evidentes. Las ideas de incompetencia pueden ser específicas a un área o bien pueden generalizarse, a tal grado de que no creerá la autenticidad de las experiencias exitosas pasadas, devaluando su propio trabajo.

Sus ideas de culpabilidad pueden ir desde acontecimientos reales, que sin embargo, van a distorsionar o exagerar a tal punto que ya no son capaces de distinguir entre la realidad y la fantasía, por lo que se pueden sentir culpables de situaciones imaginarias, creyéndose merecedores de castigos completamente justificados.

Conducta y aspecto

El aspecto de una persona deprimida es evidente, pues su rostro es triste, su actitud está decaída, su postura inclinada y hablarán en un tono típico del desánimo. Algunos depresivos tratan de dar una imagen más agradable falseando la expresión de su rostro, imitando sonrisas, pero será evidente la melancolía y la falta de profundidad de tales emociones. A medida de una mayor intensidad en la depresión, la persona dejará de preocuparse por su aspecto exterior y cuidado personal.

La conducta motora de la persona mostrará una inhibición y decaimiento de los movimientos corporales y mentales, así como de los movimientos espontáneos y de los gestos expresivos. Su comunicación disminuye, pues se limita a interactuar en momentos únicamente necesarios, empeorando a medida de la severidad del trastorno, pudiendo llegar a parecer mudo y pasmado. Por otra parte, existen personas que ante la depresión actúan con gran agitación, muestran gran inquietud física y psicológica.

Síntomas somáticos

Estos síntomas tienden a agruparse, se presentan en distintas combinaciones en un mismo paciente, enlistándose los siguientes:

1. Pérdida de apetito y de peso
2. Estreñimiento
3. Perturbaciones del sueño
4. Dolores físicos
5. Alteraciones menstruales
6. Pérdida de la libido

Rasgos de ansiedad

El estado anímico principal es la tristeza, pero en ocasiones se combina con tensión, indecisión, temores vagos e inespecíficos y preocupaciones; todo ello aunado a los síntomas clásicos de la ansiedad como temblor y sudoración.

Clasificación de la depresión

EL DSM-IV contempla dos síndromes depresivos dentro de los trastornos del estado de ánimo, en donde se encuentran el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico y los que son causados por una enfermedad médica, abuso de sustancias o los no especificados:

- a. **Trastorno depresivo mayor:** Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores. La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.
- b. **Trastorno distímico:** Su característica esencial es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años. Los sujetos con trastorno distímico describen su estado de ánimo como triste o “desanimado”.

3.3.1.3 Histeria

La personalidad histérica se refiere a una conformación de los rasgos, forma de ser y de reaccionar que puede ser construida o cristalizada en una estructura permanente formada por deseos inconscientes no cumplidos, anhelos que han sido reprimidos y traídos a la vida consciente por medio del síntoma. El síntoma expresará la pulsión sexual, la sexualidad reprimida y al igual que un sueño, la realización de los deseos reprimidos (Capellá, 1996).

Existen una serie de rasgos que son particulares de las personas que tienen una personalidad histérica, o también llamada neurosis del deseo, comenzando por la sugestionabilidad, el histrionismo, la disociación sexual, los cuales constituyen los más arquetípicos del carácter histérico, se adicionan además el perfeccionismo y la insatisfacción, el infantilismo y la perversidad, todos ellos explicados a continuación de acuerdo a Capellá (1996).

La sugestión

Se refiere a la capacidad que el histérico tiene de ser influenciado por otra persona, tal como se aprecia en el pitiatismo, en el que una persona puede reproducir determinadas

afecciones por medio de la sugestión. Por lo tanto, una persona histérica es susceptible a identificar en otros un ideal, alguien que simboliza algo que desea inconscientemente, y será capaz de imitar y modelarse a sí mismo a partir del otro. Es la relación que se tiene con el otro, con lo otro, lo que conforma la estructura en la histeria, pues la persona va a dirigir, amar, odiar, desear, seducir, engañar, conquistar, etc., para la persona histérica la búsqueda del deseo del otro será su motivación, no tanto por su posesión, sino por la búsqueda de atención del otro.

Histrionismo o teatralidad

Otro rasgo característico de la histeria, es que en esa búsqueda del deseo del otro, la persona creará con su conducta una forma de representar, actuar y organizar todo un espectáculo de sí misma. Pero esta faceta no se limita a producir personajes que ellos no son en realidad, pues la histeria se asocia al engaño, a la falsedad, a la fabulación y a la mitomanía. A veces la persona se separa del personaje que representa y de los síntomas asociados a este, pareciendo indiferente, ésta es otra cara de la histeria.

Disociación sexual

Al igual que una persona histérica crea una realidad fantástica, su sexualidad comparte esta característica, pues se disocia en una sexualidad imaginaria, donde a nivel de sus fantasías, es seductora, hipererótica, funcionando particularmente bien, y esta es la imagen que aportan, cuando la realidad dista de ser así. A nivel genital aparece el síntoma de la frigidez relativa o absoluta, o de la impotencia. El comportamiento va a llevar nuevamente a buscar el deseo del otro, seduciendo para luego frustrar, castigándolo.

Perfeccionismo e insatisfacción

La persona histérica se encuentra en una búsqueda de la satisfacción de sus deseos inconscientes, sin embargo el anhelo que origina esta persecución incesante se encuentra reprimido. La histérica trata de satisfacer su avidez sin llegar a una saciedad completa, pues se procura remedios inadecuados. En su afán, intentará llegar a la

perfección de sí mismo y del otro, por tratar de encontrar algún ideal, pero se enfrentará únicamente con una frustración tras otra.

Infantilismo

La personalidad histérica manifiesta una fijación de su desarrollo en ciertos momentos de la infancia, incluso se ha identificado una estrecha relación con la inadecuada resolución del Edipo, lo que resultará en un adulto con rasgos infantiles en su comportamiento, con egocentrismo, avidez afectiva, ambivalencia de sus deseos. Incapacidad para soportar las frustraciones, dependencia afectiva en sus relaciones interpersonales, e incluso matices incestuosos.

Perversidad

Es la última de las características que distinguen a la histeria, y se habla de perversidad desde un punto de vista moral, pues la persona se enfrentará a las normas y reglas desafiándolas y transgrediéndolas.

Los rasgos histéricos pueden identificarse en terminología psiquiátrica más actual, apareciendo en diversos cuadros patológicos de tipo neurótico, tales como el trastorno por estrés postraumático, trastornos somatomorfes, trastornos disociativos, trastorno histriónico de la personalidad y el trastorno narcisista de la personalidad, definidos brevemente a continuación:

1. **Trastornos por estrés postraumático:** Es un trastorno de ansiedad que aparece tras haber sufrido u observado un acontecimiento altamente traumático en el que estuvo en riesgo la propia vida o de otras personas. Todo ello genera una gran activación fisiológica, manteniéndose la reacción de estrés, como si volviera a repetirse la situación traumática, o pudiera repetirse en cualquier momento (DSM-IV, 2004).
2. **Trastornos somatomorfes:** Son un conjunto de enfermedades psiquiátricas que tienen como característica principal presentar síntomas fisiológicos que podrían sugerir la presencia de algún patología de origen orgánico, pero no se encuentra una causa o mecanismo fisiopatológico que demuestre su existencia

o los explique completamente, por lo que su aparición se asocia en gran medida a factores psicológicos o al estrés (Rubio, López-Muñoz, Álamo y Santo-Domingo, 2002).

3. **Trastornos disociativos:** Son trastornos que experimentan personas que han atravesado alguna experiencia traumática y experimentan un estado alterado de la consciencia separándose de la realidad en la que se encuentran, es un mecanismo de enfrentamiento que ayuda a disminuir la angustia y el conflicto, pero a su vez interfiere con el afrontamiento activo y congruente con la realidad. Dentro de estos trastornos se contemplan la amnesia disociativa, la fuga disociativa, el trastorno de identidad disociativo y la despersonalización. En todas estas patologías se presentan grandes lagunas mentales y cambios drásticos en los roles sociales, pues alteran la identidad, la memoria y la conciencia, y aparecen de repente o de manera gradual, con una corta duración o de manera crónica y persistente (Sarason y Sarason, 2006).

4. **Trastorno histriónico de la personalidad:** Tiene como rasgo distintivo la superficialidad, cristalizada en una emotividad generalizada y excesiva y el comportamiento de búsqueda de atención. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

Las personas que tienen estos rasgos de personalidad, suelen mostrar una forma de expresarse muy ostentosa y dramática con el fin de controlar e impresionar, esto lo hacen porque esperan que los demás los hagan sentir únicos y especiales, y en caso de no ser así sentirán ira, celos o depresión, pues pondrán en duda su valor como persona.

Éste tipo de personas desarrollan un sentido de observación muy sensible, capaces de detectar en las personas que desean impresionar sus estados de ánimo y pensamientos. Debido a la necesidad constante de atención y estimulación, sus relaciones interpersonales se distinguirán por ser seductoras, exageradas y caprichosas, tienden a la hiperactividad pues suelen dejarse llevar más por los sentimientos que por el raciocinio e incluso piensan que son más íntimas de lo que en realidad son para los demás y suelen comportarse de esta forma en situaciones inapropiadas. Las relaciones personales que ellos tienen,

suelen parecer como profundas e intensas, sin embargo carecen de autenticidad. Cuando hablan parecen ser fluidos y opinar sobre cualquier tema, aunque en realidad suelen hacerlo de manera superficial evitando los temas serios, careciendo de trasfondo y detalle (Millon, 2006).

La apariencia física de los histriónicos tiende a ser llamativa, buscarán mostrar cualidades que creen les ayudarán a hacer amigos e influir sobre la gente. Son poco conscientes de sus características internas, de la misma forma en que no conciben el mundo interno de los demás, esto provoca que sus relaciones sean poco superficiales, y que confundan la atracción con la intimidad (Millon, 2006).

5. **Trastorno narcisista de la personalidad:** Está caracterizado por un patrón general de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía que empieza al comienzo de la edad adulta y que se da en diversos contextos. La personalidad narcisista es característica de las personas arrogantes, con una concepción personal de superioridad, viven fantasías de poder, riquezas e inteligencia superdotada, quienes además de sentirse superiores, creen en la inferioridad o mediocridad de los demás y los tratan con desprecio, por lo tanto esperan que los demás también correspondan al papel de honrarlos por su valor, trabajar y ser dirigidos por ellos, además de que esperan sean excusados de los trabajos rutinarios, explotando a los demás que se supone son inferiores a ellos. Su egocentrismo hace que sean incapaces de darse cuenta de los derechos de los demás y mucho menos respetarlos, elaborando justificaciones para su falta de consideración. En caso de que sea puesta en duda su forma de actuar se reafirma llegando a enfurecerse (Millon, 2006).

Comentado lo anterior, es posible observar que el término de histeria cuenta con distintos elementos que son consecuencia y reflejo de su propia naturaleza, son distintas perspectivas sobre la misma característica que se determina de acuerdo a las relaciones en las que un ser humano se ve sometido en la dimensión de la socialización (Capellá, 1996).

3.3.1.4 Psicopatía

De acuerdo a Hare (1974), la psicopatía se refiere a la conducta que se caracteriza esencialmente por ser antisocial, los psicópatas se muestran inquietos, guiados por sus impulsos y necesidades circunstanciales, no cuentan con capacidad para aprender de las experiencias anteriores o de los castigos y recompensas recibidos, son desleales a cualquier contraparte. Se comportan sin sensibilidad y son hedonistas, con inmadurez emocional, carecen de responsabilidad y de sentido común, aunque parecen ser racionales para explicar su comportamiento a fin de que luzca sensato y justificado, a pesar de que su discernimiento sea pobre.

Socialmente su conducta está definida por el egocentrismo y la falta de empatía, muestran cierto encanto e inteligencia en sus relaciones, pero son incapaces de amar, además se desenvuelven irresponsablemente en sus relaciones habituales, las relaciones sociales y sexuales son superficiales, pero exigentes y complicadas.

La inexistencia de alucinaciones o de pensamiento irracional, así como la ausencia de alguna manifestación neurótica, constituyen síntomas positivos y muestran que el comportamiento psicopático no corresponde a un funcionamiento mental alterado.

El componente emocional de la conducta personal e interpersonal está ausente en el psicópata, por lo que es capaz de simular estados emocionales, pero no mostrará simpatía o genuino interés por los demás, únicamente los manipulará para su conveniencia. Las ocasiones en las que reaccionará de forma emotiva serán de manera simple, inmadura y carente de profundidad en ocasiones donde se sienta frustrado o en situaciones incómodas. Fisiológicamente las respuestas ante la activación están ausentes.

Para diagnosticar la psicopatía, se requiere señalar los rasgos principales de forma específica, de acuerdo a una selección realizada por psiquiatras canadienses, dirigida en 1964 por Gray y Hutchison (Hare, 1974), quienes destacaron diez rasgos característicos:

1. No saber aprovechar las enseñanzas de la experiencia pasada.

2. Falta de un sentido de la propia responsabilidad.
3. Incapacidad para establecer relaciones interpersonales.
4. Fallos en el control de los impulsos.
5. Fallos en el sentido moral.
6. Actitud crónica o reiteradamente antisocial.
7. Ineficacia de los castigos para hacerles cambiar de conducta.
8. Inmadurez emocional
9. Incapacidad para experimentar sentimientos de culpabilidad.
10. Egocentrismo

La Décima Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), contempla el trastorno disocial de la personalidad, o bien el DSM-IV le llama trastorno antisocial de la personalidad, nombres por los que se conoce actualmente a la personalidad psicopática, la descripción de los síntomas que se contemplan para identificar a un adulto que tenga este trastorno se explica en seguida.

Trastorno antisocial de la personalidad: En el trastorno de personalidad antisocial, se presenta un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, que comienza en la infancia o el principio de la adolescencia y continúa en la edad adulta, también se le conoce como psicopatía, sociopatía o trastorno disocial de la personalidad.

Las características de comportamiento con rasgos antisociales pueden agruparse en cuatro categorías: agresión a la gente o a los animales, destrucción de la propiedad, fraudes o hurtos, o violación grave de las normas. Las agresiones incluyen un desprecio por los deseos, derechos o sentimientos de los demás, sus relaciones personales están construidas con manipulaciones con el fin de obtener beneficios de éstas tal como dinero, sexo o poder, es posible que finjan enfermedades para conseguir un trato especial. Su comportamiento es continuamente agresivo, dirigiendo actos de violencia hacia el cónyuge y los hijos, tienden a ser irritables y pueden tener peleas físicas repetidas. Las decisiones que toman son impulsivas, sin tomar en cuenta las consecuencias para sí mismo o para los demás originando inestabilidad en su

trabajo, residencia o amistades. La falta de conciencia de sus actos los llevan a actuar despreocupadamente acerca de su seguridad o la de los demás e incluso a practicar actividades de alto riesgo, como conducir a exceso de velocidad, estando intoxicados o llevar a cabo comportamientos sexuales con consecuencias perjudiciales. La falta de responsabilidad puede ir desde el descuido de los hijos hasta abandono del empleo.

Otra característica de su comportamiento es que a pesar de realizar acciones que puedan hacer daño a los demás o transgredir las normas, las personas con este trastorno no muestran signos de remordimiento, se comportan con indiferencia o minimizan las consecuencias de sus actos, llegando a culpar a sus propias víctimas por los daños diciendo que son tontos o débiles o por merecer mala suerte (Millon, 2006).

De acuerdo al DSM-IV, el trastorno disocial de la personalidad se presenta asociado a un estatus socioeconómico bajo y al medio urbano, pero esto no deberá confundirse en el caso de personas que viven en algún lugar con circunstancias hostiles en el que su comportamiento agresivo pueda deberse a una adaptación para la supervivencia. Además se ha visto que se presenta con mayor frecuencia en hombres que en mujeres.

La personalidad psicopática o trastorno disocial de la personalidad ha tratado de explicarse de acuerdo a distintos enfoques que buscan identificar su origen. Psicosocialmente está ligada a un proceso fallido de adaptación social, el ambiente familiar constituye un marco muy importante, tomando en cuenta si durante la infancia temprana tuvo un ambiente caótico junto con una privación afectiva precoz, existió separación o rechazo de los padres y anomalías en la estructura familiar. Otro aspecto señalado como significativo es la herencia, pues las personas que tienen lazos consanguíneos con quién ha sido diagnosticado con trastorno antisocial de la personalidad en situaciones de adopción, parecen tener una presencia mayor de psicopatías. En cuanto al factor psicofisiológico que parece contribuir a la presencia de este trastorno es la falta de ansiedad manifiesta y a la reacción de miedo, esto se ha visto en EEG que han resultado anormales ante una alta presencia de ritmos lentos, es decir que cuentan con una capacidad disminuida de desarrollar respuestas autónomas

del sistema nervioso ante estímulos adversos tales como el castigo (Alarcón, Mazzotti y Nicolini, 2005).

3.3.1.5 Masculinidad-Feminidad

El temperamento incluye una predisposición hereditaria cuyas características permitirán interactuar con el medio, ésta predisposición se cree que es distinta para los hombres y para las mujeres, y si no fuese distinta, al menos el medio social afectará a una persona a actuar de acuerdo a su rol de género (Jayme y Sau, 2004). La medida Mf de la personalidad (Masculinidad-Feminidad) es una valoración del ajuste psicosexual de una persona, o al menos de la imagen que el medio percibe de ella misma en una cultura determinada (Zabalegui, 1990).

Jayme y Sau (2004), mencionan que las principales características de la personalidad determinadas por el sexo y el género de una persona corresponden a una serie de dimensiones clásicas diferenciadas por géneros. En el femenino se distinguen la pasividad, sumisión, labilidad, inhibición, e intuición; en el masculino está la actividad, dominancia, control emocional, agresividad e inteligencia lógica. Estas dimensiones pueden distinguirse además porque están en función de otros parámetros, los del espacio exterior/interior y actividad pública/privada socialmente asignados a cada uno de los sexos, es decir, los rasgos de personalidad predominantes en el hombre lo describen como activo, dominante, estable emocionalmente, agresivo y de inteligencia lógica, mientras que la mujer es pasiva, sumisa, inestable emocionalmente, inhibida e intuitiva, pero éstas características de personalidad se mantienen en el espacio público, es ahí donde el aspecto social juega un importante papel determinando cómo se mostrará una persona de acuerdo a su rol, pues en lo privado, en el espacio interior, éstas características se permutan, el género masculino se permite actuar con pasividad, sumisión, labilidad e inhibición, al contrario del femenino que en su espacio interior es activa, dominante, controlada y agresiva.

Además de las dimensiones anteriores Ortega, Centeno y Castillo (2005), mencionan que socioculturalmente el hombre juega un rol económico en la familia, pues especialmente se asocia con la idea de ser padres, ya que el trabajo parece ser una

condición para ejercer la paternidad, y es entonces como la carencia de empleo y las dificultades económicas que son percibidas por los hombres con un rol tradicional, son impedimentos para que cumplan con su responsabilidad en la familia.

A continuación se presentan algunas de las dimensiones de la personalidad que se han identificado como relevantes en la psicología diferencial del sexo y el género de acuerdo a Jayme y Sau (2004).

Control emocional vs. Labilidad emocional

En cuanto a la dimensión emocional, tradicionalmente se le ha atribuido a la mujer una mayor emocionalidad que al hombre. En cuanto al afecto, a las mujeres se les ha permitido expresar sus emociones con mayor libertad que a los hombres, pues éstos están educados culturalmente para reprimir sus afectos en situaciones sociales.

Otro estereotipo de la emocionalidad es lo irracional, los hombres están educados a atribuir racionalidad como explicación de su conducta, no así con las mujeres, pues para ellas existe una permisividad que las exime de la razón permitiendo ser guiadas por la intuición, esto puede ser manipulado, pues bien podrían muchas mujeres adoptar el papel tradicional para obtener el beneficio del mundo masculino ocultando su racionalidad de manera consciente a conveniencia de la situación.

Las expresiones de ira y enojo, son comprendidas como afectos negativos socialmente, así que una mujer con “carácter fuerte” sería calificada como poco femenina y rechazadas por el género masculino debido a que significaría someterse a humillaciones, socialmente a estas mujeres se les castiga con la negación de los recursos y una retirada del afecto.

En cuanto a la ansiedad, la mujer se presupone como la parte que debe ceder, incluso fisiológicamente se asume que existe una mayor predisposición a la inestabilidad emocional, por ejemplo los cambios de estado de ánimo durante el síndrome premenstrual, en cambio a un hombre socialmente se le permite rebelarse y expresar libremente su enojo, ante una amenaza deberá enfrentarla, al contrario de la mujer que se le atribuye la huida, una actitud pasiva dependiente, apta para evocar la ansiedad al

no contar con los recursos suficientes que le permitirían actuar. Sin embargo esto también podría explicarse por la tendencia que las mujeres tienen para admitir sus sentimientos de ansiedad y miedo con respecto a los hombres, pues hacerlo implicaría reconocer públicamente emociones que resultan incongruentes con el rol tradicional masculino.

Sociabilidad

Convencionalmente se le atribuye en mayor medida a las mujeres la capacidad de socializar, Buss y Plomin (citados en Jayma y Sau, 2004) lo explican de acuerdo a las fuerzas de transformación social, pues los roles estarían sujetos a estas acciones, en el caso de los hombres su rol los inclina hacia el individualismo, la independencia y el éxito en su competencia, está orientado hacia el logro, pero también hacia la funcionalidad del grupo, utilizando la sociabilidad en favor de lograr un equilibrio entre ambas premisas.

En el rol femenino tradicional se tiene por relevante la búsqueda de la dependencia y la orientación hacia relaciones interpersonales que puedan desarrollarse en los grupos, por lo que resultan ser más afectuosas, simpáticas y comprensivas, siendo fundamental cumplir una necesidad de gustar y ser admirada por su apariencia y agradable comportamiento, por lo que el rol femenino necesita de la sociabilidad para cumplir con su papel social.

Actividad vs. Pasividad

Jayma y Sau (2004) mencionan que el identificar a la mujer con un rol pasivo y al hombre con el activo es un valor multicultural. En la búsqueda de la explicación de esta característica en el desarrollo humano, se ha atribuido esta diferencia a que probablemente los niños a medida que crecen aprenden a controlar sus niveles de actividad hasta convertirlos en socialmente adecuados, sin embargo, las niñas maduran físicamente antes que los niños, así que aprenden a controlar su nivel de actividad también antes. En la revisión de las investigaciones que realizaron Jayma y Sau (2004), comentan que se han encontrado diferencias en la actividad con mayor

frecuencia en los niños que en las niñas, esta desigualdad está presente en la infancia y aumenta con la edad. Aunque las variables que afectan estos valores son sociales, como la presencia de los padres, o de otros niños; de hecho los juegos de los niños son más activos que los de las niñas. Por lo tanto las diferencias posiblemente se deban a los roles de género transmitidos.

Dominancia

Las conductas relacionadas con la dominancia están orientadas a la imposición de los propios deseos sobre los de otros, al control y a la influencia de sus conductas, estableciéndose la dirección de las interacciones sociales como superior e inferior y además permitiendo que se establezca un estatus social. El estereotipo de género dicta que el hombre es el dominante y la mujer la sumisa o dominada. La revisión de estudios sobre la diferencia de género en liderazgo es prácticamente nula, sin embargo constituye un estereotipo sobre el cual se ha sustentado la estructuración de muchas funciones sociales y refleja el estatus diferencial de hombres y mujeres, pudiéndose contribuir al mantenimiento de estas diferencias (Jayma y Sau, 2004).

Dependencia

La dependencia vista como una forma de establecer relaciones con el medio, con las personas, que se manifiesta por medio de conductas que requieren de la intervención de otras personas. Se considera que las mujeres son más dependientes que los hombres, durante el desarrollo de una persona, los niños y las niñas comienzan a distinguirse por acciones más independientes de manera progresiva. En las niñas en el contexto de la socialización se considera habitual, normal y adaptativo que muestren comportamientos más dependientes, y aunque a medida que crezcan se irán haciendo más independientes para enfrentarse al mundo como los niños, las mujeres se valorarán de acuerdo a la aceptación de los demás, dependiendo de la opinión de los otros, por lo que prefieren portarse de forma dependiente por el refuerzo de la sociedad. A los hombres desde la infancia se les refuerzan las conductas independientes, incluso se les presiona para romper lazos como con la figura materna y

además se le insta a mantener relaciones competitivas con sus iguales para ejercitar su capacidad de dominancia.

Es importante hacer notar que a pesar de que la supuesta dependencia femenina es un rasgo socialmente deseable, el hecho de asumir por completo este rol no conlleva a una personalidad saludable y adaptada, pues corresponde a una fuente de inadecuación.

Agresividad

La agresividad implica la necesidad de actuar coercitivamente sobre los demás con inclinación a la violencia, es el término con el que se califica la conducta agresiva cuando ésta se convierte en un hábito. La agresividad es un rasgo que diferencia a los hombres y a las mujeres y es posible identificar esta diferencia a nivel multicultural. Estas diferencias aparecen a los dos años manteniéndose consistentes a lo largo de la vida, incluso existe mayor criminalidad en el sexo masculino que en el femenino, se observa también en distintos comportamientos individuales y colectivos. Sin embargo, la agresividad en la especie humana es una más de las expresiones que al igual que la afectividad, constituye el resultado del aprendizaje social.

Motivación de logro

La motivación de logro es el deseo de lograr algo de valor o importancia a través del propio esfuerzo, para destacar en ello. Las mujeres tienen por lo general una motivación de logro menor que los hombres, esta diferencia surge desde la infancia cuando a los niños encuentran una estimulación interna para alcanzar sus objetivos, a comparación de las niñas que lo obtienen por influencias externas, pues el modelo masculino propone la independencia, la dominancia, y una elevada necesidad de éxito, a comparación de las niñas en donde se procura la dependencia, la pasividad y la vulnerabilidad ante el rechazo social, contribuyendo socialmente a mantener el miedo al éxito generado en las mujeres. Éste modelo tuvo una importancia principal en los años setenta, incluso se ha identificado que los hombres también actúan en base a la búsqueda de la aprobación y reconocimiento de los otros. En la actualidad no tiene

tanta resonancia este modelo, aunque las mujeres contemporáneas tienen que enfrentarse a la enorme barrera de prejuicios por los estereotipos sexuales.

Autoestima

La autoestima depende del yo de cada persona, el cual constituye una identidad primaria, se forma a partir de la idea que tenemos de nosotros mismos. La autoestima dependerá del yo y de la forma en que llevamos a la práctica los roles en que participamos a lo largo de nuestra existencia social que nos aportarán identidades. Cuanto más valor tenga el yo, más autoestima tendrá permitiéndole desarrollar todas sus capacidades, por lo que podría decirse que es una cuestión de confianza en sí mismo.

De acuerdo al estereotipo, la mujer tiene menor autoestima que los hombres, reflejándose en las expectativas del éxito que pueda alcanzar en alguna tarea, aunque ésta expectativa dependerá del tipo de tarea de acuerdo a su género, del feedback que reciba respecto al rendimiento y a la presencia o ausencia de comparaciones o evaluaciones sociales. Los hombres y las mujeres tienen una opinión similar al verse a sí mismos como individuos, sin embargo al percibirse de manera conjunta, las mujeres establecen un concepto menos favorable de su sexo.

Finalmente, existen diferencias en la personalidad determinadas por el rol asignado al sexo, de manera más marcada en las dimensiones que son generadas y promovidas por los estereotipos de género, pues la influencia social determinará la orientación en que la personalidad de un hombre o mujer sea dirigida hacia determinados intereses. Los hombres por lo general se dirigen hacia los logros individuales y la solidaridad de grupo, mientras que el sexo femenino hacia las relaciones personales (Jayme y Sau, 2004).

3.3.1.6 Paranoia

Los fenómenos paranoides pueden verse reflejados en las conductas de personas que han dejado una influencia memorable en la historia, sus acciones van desde situaciones dramáticas e inhumanas, las que son fuera de la ley como asesinatos y

genocidios, hasta el otro extremo donde sus conductas pueden tener efectos constructivos y podrían hacerse pasar por actitudes funcionales, hasta adaptativas; y es que es necesario tomar en consideración el marco de referencia de un paranoide para comprender el impacto, que puede ser nefasto, sutil o positivo.

El concepto de paranoide significa un modo de adaptación surgido como medio para hacer frente al mundo, y de esta forma la persona no se aísla autísticamente, por lo cual es un mecanismo restitutivo. La condición paranoide se ha considerado como un síndrome, constituyendo un cuadro de síntomas que comúnmente aparecen en conjunto, pero la etiología no necesariamente es la misma, pues incluso la constelación de síntomas puede aparecer a consecuencia de algún trastorno orgánico como una asociación secundaria, o bien a raíz de psicopatologías de naturaleza emocional (Swanson, 1974).

Para caracterizar adecuadamente la fenomenología paranoide, debe entenderse la dinámica del pensamiento paranoide, implicando que la persona tiene introyectada una opinión total sobre la vida, lo que determinará por completo el modo de vivirla, de conducirse por el medio, y esta esencia impregna su existencia. El modo paranoide de pensar tiene como característica principal la proyección, le siguen la hostilidad, la suspicacia, las ideas de autorreferencia, las delirantes, el temor de la pérdida de autonomía y sentimientos de grandeza, los cuales se explican a continuación de acuerdo a Swanson (1974).

Pensamiento proyectivo

Se trata de la característica más frecuente, donde el paranoide utilizará a la proyección como el proceso natural en virtud del cual se atribuyen a los demás impulsos o fantasías que no son aceptables para sí mismo, en particular en el paranoide se habla del sentimiento de culpa. En situaciones concretas, por ejemplo cuando el paranoide se siente atrapado, en realidad está exteriorizando su impulso de atrapar a los demás y éste pensamiento se origina a partir del miedo que tiene al enfrentarse a alguna situación o persona perturbadora y sentirse desamparado, éste estado es llevado a tal

punto que la tensión impide que diferencie entre las presiones internas y las de su medio, confundiendo el origen de la amenaza atribuyéndolo a un peligro externo.

El mecanismo de proyección se activa cuando la persona se encuentra en un estado de tensión aguda, lo cual hace que esté predispuesto a recibir alguna forma concreta de agresión o desaprobación, por lo que pondrá sus expectativas en detectar indicios de motivos o intenciones de hacerle daño; la persona intentará prever circunstancias desagradables, pudiendo malinterpretar las intenciones de los demás.

Este mecanismo se puede repetir en personas que tienen notables sentimientos de autodepreciación, pues anticipan las opiniones de los demás como desfavorables, llegando a convencerse de que los demás se encuentran de hecho hablando o pensando mal de él.

Para identificar si el pensamiento se trata de un síntoma patológico y no una reacción adecuada a situaciones reales de amenaza, deberá notarse si la persona puede diferenciar entre lo que es real y lo que es proyectado, pues si esto no es posible significa que no logra definir los límites del sí mismo, impidiendo encontrar la causa del trastorno, ésta es la esencia de la proyección, pues el pensamiento paranoide es inflexible y no permite la corrección, sino que ignorará lo aparente y buscará los signos que confirmen sus sospechas.

La dinámica del pensamiento paranoide parte de la percepción de autodesprecio de la persona, llevándolo a transferir la culpa a otros, interpretando erróneamente los acontecimientos. El paranoide se siente incapaz de ser importante por sí mismo, por lo que busca sentirse relevante por medio de las acciones de los demás.

Hostilidad

Otro rasgo importante en el pensamiento paranoide, aunque en menor grado que la proyección es la sensación de que los demás sostienen sentimientos contrarios hacia uno mismo. Este sentimiento se basa en sus propias sensaciones de enojo y desconfianza, pues su propia ira provocará un rechazo, el mundo que lo rodea

reacciona negativamente como respuesta a sus propias acciones y actitudes del paranoide.

La conducta hostil tiene una función que en cierto grado podría considerarse adaptativa, pues el grado de cólera manifiesta es proporcional a la vulnerabilidad defensiva del paranoide, la ira mantiene a distancia a los posibles agresores, protegiéndose de amenazas atemorizantes.

Susplicacia

La persona paranoide buscará cualquier indicio que apoye su desconfianza, por lo que escudriñará cada detalle de su ambiente, cada acción de otros para detectar alguna amenaza. Esta condición parece evidente por medio de las miradas de soslayo o por su preocupación excesiva de la confidencialidad cuando se le entrevista.

El pensamiento suspicaz se caracteriza por ser rígido, la atención está dirigida hacia las actividades indagatorias, hipervigilancia e hipersensitividad, se encuentran en un estado de continua y cautelosa alerta, reflejándose su constante experiencia proyectiva. La sospecha funciona como una manera de proceder para elegir los datos de un mundo complejo y desconcertante para el individuo.

Autorreferencia

El paranoide se ve a sí mismo como el centro del interés del mundo, los demás discuten sobre él, se refieren a sus actos y opiniones, es el tema de las conversaciones, es el centro de la atención persecutoria o aclamatoria.

Ideas delirantes

El pensamiento delirante se encuentra ausente en los síndromes paranoides de mediana intensidad, únicamente se presenta en los estados graves. Las ideas paranoides a diferencia de los esquizofrénicos, tienen cierta base verdadera, su pensamiento está estructurado más lógicamente, es casi convincente. El paranoide cree que puede conocer los procesos inconscientes de los demás, por lo que su pensamiento distorsionado resulta en ocasiones muy desagradable para los demás.

Pérdida de autonomía

El paranoide mostrará un especial interés por los principios de dominancia y sumisión, superioridad e inferioridad; cuando se relaciona lo hará en términos de ganancia o pérdida, como si se tratara de una batalla continua. Tienen un interés intenso en la pérdida de autonomía, por lo que viven preparados para actuar en cualquier situación de emergencia, siempre hipervigilantes, dispuestos para atacar, cada movimiento tiene la finalidad de mantener el control para no revelar su estado permanente de contraataque, no se permiten la jovialidad, la espontaneidad o la expresión de sus afectos.

En el paranoide, el sentido de la autonomía es muy débil, por ello se obliga a mantenerse rígido, pues así corre menor riesgo de entregarse al dominio externo o a sus impulsos internos.

Sentimientos de grandeza

La grandiosidad aparece en paranoides con mayor gravedad psicopatológica, pues esos sentimientos parecen contrarios a los de inutilidad. Cuando surgen ideas de superioridad, cree que ha logrado la perfección y que es universalmente admirado.

Anteriormente se han definido los rasgos esenciales del pensamiento paranoide, finalmente la afirmación de la presencia de una personalidad paranoica no dependerá de una única característica presente, sino que deberán valorarse todas las particularidades del pensamiento del individuo. Los rasgos paranoicos pueden presentarse en innumerables cuadros clínicos, desde los síndromes paranoides provocados por el sometimiento a grandes tensiones, hasta los que son secundarios a causas psicógenas u orgánicas.

3.3.1.7 Psicastenia

Aunque actualmente es inutilizado el término de psicastenia, fue introducido en *Les Obsessions et la Psychasthinie* (Janet, 1903), refiriéndose a psicopatologías neuróticas producidas por estados de angustia que llevan a la persona a un estado de inactividad

o bloqueo como reacciones de defensa. En el modelo de Janet, los sentimientos eran estados mentales secundarios de la conducta que la guiaban hacia su expresión y terminación, y para que cumplieran su objetivo dependían de la cantidad de energía (fuerza) y de su capacidad integrativa (tensión). Esta idea era enfocada desde un aspecto económico, así una energía exagerada o una tensión reducida llevaban a un fracaso de los sentimientos y como consecuencia a la liberación de conductas primitivas, manifestándose en ansiedad y angustia ligadas a la presencia de síntomas somáticos (Vallejo, Sánchez, Díez y Menchón, 2004).

Los síntomas de la psicastenia como las ideas obsesivas, fobias, ideas fijas, alucinaciones, depresiones, conductas compulsivas, se deben a que por una falta de energía o tensión psíquica, aparece una incapacidad defensiva para realizar determinadas actividades, es entonces que la persona entra en un periodo de agitación por no lograr una satisfacción completa de tales acciones, y con ello la fatiga y agotamiento profundo. Cuando la persona se encuentra en este punto, llega a un bloqueo que lo único que le permitirá es volverse compulsiva (Ackerknecht, 1993).

La angustia

La angustia es una emoción compleja, difusa y desagradable, que conlleva repercusiones intrapsíquicas y orgánicas e implica el presentimiento de la resolución del yo o la conciencia de la nada. Las manifestaciones del miedo pueden confundirse con la angustia, sin embargo la diferencia se centra en que el miedo es un sentimiento producido en respuesta a una situación de peligro que está asociada a un objeto concreto, y por otro lado la angustia es una respuesta anticipada a una amenaza futura y no se acompaña de un objeto concreto (Ayuso, 2000).

La angustia puede desarrollarse como una respuesta adaptativa, la cual será menos acentuada, más ligera y le permitirá a la persona actuar libremente, pero la patológica es desproporcionada con respecto al suceso que se encuentra viviéndose, se manifiesta aunque no exista una amenaza real y el sujeto se verá paralizado sin lograr actuar para defenderse. Los episodios de ansiedad o angustia severa y persistente son

dañinos, llevando a la aparición de enfermedades físicas y a síndromes clínicos debido a su impacto.

De acuerdo a la manifestación clínica, la angustia se caracteriza por cuatro síntomas principales según Ayuso (2000), mismos que se mencionan en seguida:

1. **Síntomas subjetivos:** Se refieren a la angustia como una experiencia displacentera, sin causa aparente y dirigida hacia lo que se vivirá en el futuro, es decir la posible ocurrencia de una situación grave como la muerte, volverse loco o perder el control de sí mismo. Puede experimentarse por la despersonalización o por la desrealización, que suceden cuando la angustia llega a niveles muy intensos. En la despersonalización la persona se siente extraña con respecto a sí mismo, se siente vacío, en la desrealización se tiene la sensación de que el mundo exterior no es real. Los síntomas subjetivos afectan a las funciones mentales, pues la memoria y la atención son limitadas, el pensamiento lento, llegando a bloquearse o desorganizarse.
2. **Alteraciones de la conducta:** Una persona angustiada puede identificarse por la presencia en algunos casos de inhibición motriz y del lenguaje, o bien por inquietud, temblor y movimientos incesantes. Buscará la protección y comprensión de su percepción por otras personas.
3. **Manifestaciones somáticas:** La angustia puede manifestarse como una sensación displacentera generalizada, o bien puede fijarse en algún órgano corporal, estos síntomas somáticos que la persona percibe como reales, no son explicables médicamente, pueden ser síntomas cardiovasculares, respiratorios, digestivos, genitourinarios, neuromusculares o neurovegetativos.
4. **Correlatos fisiológicos:** Fisiológicamente puede advertirse un estado de activación del sistema nervioso central y periférico, y esta sintomatología puede medirse por medio de diversos parámetros fisiológicos. La frecuencia cardíaca elevada puede medirse por un pletismógrafo, la sudoración se incrementa, el electroencefalograma revela una disminución del voltaje y un aumento del ritmo beta, y el nivel de cortisol en la sangre es mayor, así como de adrenalina y en menor grado, de noradrenalina.

Clasificación

Sigmund Freud realizó una categorización diagnóstica para diversos tipos de neurosis, en las que la angustia constituye el elemento básico y que se caracterizan por presentarse sin una justificación orgánica, él explicó que su desarrollo fue producto de un conflicto psíquico inconsciente. De acuerdo a la forma de manifestación en el sujeto y a sus mecanismos de defensa, pueden distinguirse distintos síndromes que fueron explicados desde una perspectiva psicodinámica y que aún siguen vigentes (Ayuso, 2000):

1. **Neurosis de angustia:** En la que todos los componentes se agrupan en torno a la angustia como síntoma principal, donde el conflicto psíquico no se encuentra disfrazado, desplazado o simbolizado.
2. **Histeria de conversión:** En donde la angustia se controla de manera inconsciente por mecanismos de conversión o desplazamiento y la energía psíquica se convierte en sintomatología orgánica como parálisis, anestesia, temblor o ceguera.
3. **Histeria de angustia o neurosis fóbica:** Donde la persona presenta temores desproporcionados e irracionales.
4. **Neurosis obsesiva:** En la que en la conciencia entra un pensamiento, una imagen parasitaria que se impone al yo, la persona luchará contra este fenómeno intenso u permanente que aparece contra su voluntad. Las conductas compulsivas y ritos de conjuro funcionan como estrategias que adopta el sujeto de manera repetitiva para luchar contra las ideas obsesivas (Cohen, A., Marinov, V. y Ménéchal, J., 2000).

A partir de la década de los 60, comienzan a diferenciarse los trastornos de angustia en cuadros clínicos de acuerdo a características clínicas y distinta causalidad, además de contemplar la acción farmacológica que en ese entonces empezaba a distinguirse haciendo notar distintos efectos. La clasificación de la APA abandona el término de neurosis para enfocarse a agrupar a los trastornos en base a síntomas comunes, nombrando cinco categorías básicas (DSM-IV):

1. **Trastorno de ansiedad generalizada:** La característica esencial de este trastorno es la ansiedad y la preocupación excesiva (expectación aprensiva) que se observan durante un período superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones.
2. **Crisis de angustia:** Se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a “volverse loco” o perder el control.
3. **Trastornos fóbicos:**
 - a. La fobia específica se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
 - b. La fobia social se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
 - c. La agorafobia se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.
4. **Trastorno obsesivo compulsivo:** Su característica esencial es la presencia de obsesiones o compulsiones de carácter recurrente lo suficientemente graves como para provocar pérdidas de tiempo significativas o un acusado deterioro de la actividad general o un malestar clínicamente significativo. En algún momento del curso del trastorno el individuo reconoce que estas obsesiones o compulsiones son exageradas o irracionales.
5. **Trastorno postraumático:** Se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la

activación (arousal) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.

Esta clasificación tiene como ventaja que se han especificado una serie de criterios para diagnosticar con mayor sencillez a los pacientes que cuenten con cuadros de angustia, además permite predecir su evolución clínica y la respuesta al tratamiento.

3.3.1.8 Esquizofrenia

El término esquizofrenia fue propuesto por Bleuer en 1911, proviene del griego *schizo* (dividido) y *frenia* (mente) y él la consideraba como un grupo de esquizofrenias, comprendiendo los trastornos fundamentales del afecto y pensamiento. Actualmente la esquizofrenia se entiende como un proceso neurológico degenerativo en el que la sintomatología es muy variada, se divide entre síntomas negativos y positivos, además de los afectivos y cognitivos denominados “accesorios” que también son relevantes (Alarcón, Mazzotti y Nicolini, 2005). Otra clasificación la coloca como un trastorno psicótico, lo cual indica que es acompañada de sensaciones extrañas, ideas fuera de lo común, percepciones anormales y pérdida del contacto con la realidad (Garnica, 1998).

Los síntomas cognitivos son aquellos que se relacionan con la forma en que la persona procesa la información, en este conjunto se incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica o la búsqueda del placer, la voluntad y la motivación y la atención. Todos ellos son previos a que se presenten los síntomas positivos y resultan relevantes para determinar el pronóstico del paciente. Los síntomas positivos se manifiestan por alucinaciones o delirios y reflejan una actividad mental excesiva, mismos que se definen a continuación de acuerdo a Alarcón, Mazzotti y Nicolini (2005):

- a. **Delirio:** Las ideas delirantes se refieren a una alteración del pensamiento en el que el paciente tiene creencias extrañas y absurdas, pero cree firmemente y no logran ser modificadas por medio de la demostración contraria o el razonamiento lógico. Estas ideas salen de toda posibilidad de ser comprobadas, y para

cualquier otra persona carecen de un sentido lógico y posible, tienen sentido únicamente para su originador.

- b. **Alucinaciones:** Son fenómenos cerebrales o psicológicos que ocurren sin que exista un objeto externo que estimule los sentidos y su causa proviene de distintas alteraciones. Para cada órgano sensorial existen alucinaciones específicas, las que ocurren con más frecuencia son las auditivas, pueden ir desde sonidos sin sentido hasta voces o música; las alucinaciones visuales pueden ser elementales, parciales u organizadas, aunque únicamente el 20% de los esquizofrénicos tienen alucinaciones visuales. Las alucinaciones olfativas también son poco frecuentes, pero cuando se presentan pueden hacerlo mediante un fenómeno llamado halitosis, que es la sensación de un mal olor bucal. Las alucinaciones gustativas son comunes en la esquizofrenia y las llamadas cinestésicas que son infrecuentes, pero muy dramáticas pues la persona tiene la sensación de presentar desplazamientos de órganos dentro del cuerpo y los pacientes les dan un significado fatalista.

La sintomatología positiva reacciona positivamente a la medicación, a diferencia de los síntomas negativos que son el embotamiento afectivo, falta de interés social y ausencia de la motivación. Durante el tiempo en el que se presenta la alteración, las áreas de desarrollo de la persona se ven sumamente afectadas (como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de sí mismo).

Los síntomas de la esquizofrenia se presentan por lo regular en todos los pacientes que la padecen, sin embargo cada uno adquiere características o manifestaciones particulares de acuerdo al contenido, por lo cual existe una variedad de tipos de esquizofrenia, el DSM-IV especifica los siguientes:

1. **Tipo paranoide:** La característica principal del tipo paranoide de esquizofrenia consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad.

2. **Tipo desorganizado:** Las características principales del tipo desorganizado de esquizofrenia son el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada.
3. **Tipo catatónico:** La característica principal del tipo catatónico de esquizofrenia es una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia.
4. **Tipo indiferenciado:** La característica esencial del tipo indiferenciado de esquizofrenia es la presencia de síntomas como ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado o síntomas negativos, pero en el cuadro clínico no se cumplen los criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico.
5. **Tipo residual:** El tipo residual de esquizofrenia debe utilizarse cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es patente la existencia de síntomas psicóticos positivos.

Existe también un tipo de personalidad que se cuenta con tipologías parecidas a la esquizofrenia, pero no presenta el cuadro clínico característico de un trastorno psicótico con síntomas psicóticos persistentes como las alucinaciones y los delirios. El DSM-IV especifica el trastorno esquizoide y el trastorno esquizotípico de la personalidad:

1. **Trastorno esquizoide de la personalidad:** La característica esencial de este trastorno es un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal.
2. **Trastorno esquizotípico de la personalidad:** Su característica esencial es un patrón general de déficit sociales e interpersonales caracterizados por un malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como por distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento.

El trastorno esquizoide de la personalidad se diferencia del esquizotípico en que las personas tienen distorsiones perceptivas; y aunque en el esquizoide también se

caracteriza por el distanciamiento social y la efectividad restringida, el trastorno esquizotípico cuenta con la presencia de distorsiones cognoscitivas o perceptivas y por una cargada excentricidad o rarezas.

3.3.1.9 Hipomanía

Se le llama manía al conjunto de manifestaciones o formas de euforia o alegría patológica, que es un estado de excitación de los procesos psíquicos y motores expresados por una exaltación del humor. La manía se presenta en distintos cuadros clínicos pudiendo clasificarse en base a tres criterios: la organicidad, de origen psíquico o constitucional, tal como lo menciona Monedero (1975):

1. **Cuadros clínicos preferentemente somáticos.** Se refieren a aquellos que pueden clasificarse en base a su origen orgánico, llamados también somáticos. Las manifestaciones psicopatológicas tienen un origen como consecuencia de una lesión en el sistema nervioso. Se caracterizan porque se presenta una psicosis en donde aparece la obnubilación de la conciencia y sólo se puede manifestar euforia o alegría de forma facultativa. Estos cuadros también aparecen típicamente tras algunas intoxicaciones y cuando suceden debidos a alguna causa orgánica crónica, van asociados al desarrollo de una demencia.
2. **Cuadros clínicos preferentemente psíquicos:** Aparecen siendo el resultado de experiencias que han afectado psicológicamente al sujeto. Su conducta deberá analizarse de acuerdo a si es congruente con la circunstancia o si por el contrario, resulta psicopatológica. El análisis de estos datos únicamente nos dará información acerca del terreno en el que se desarrolló el cuadro, sin aclarar la psicodinamia específica que lo originó.

La manía reactiva se manifiesta comúnmente en ciertas circunstancias sobre todo en la infancia, cuando el niño enfrenta una situación muy angustiante y llega a reaccionar con euforia o alegría a pesar de que no sea una actitud esperada de acuerdo a la naturaleza negativa del percance; esta reacción no es más que una forma de evitar enfrentarse al aspecto negativo de las consecuencias. Cuando tales reacciones se despliegan a una edad mayor, habla de que se tiene una personalidad

inadecuadamente constituida, lo que les impide enfrentar la angustia y consecuentemente actúan de forma evasiva.

3. Cuadros clínicos preferentemente constitucionales. Dentro de esta clasificación, entran los trastornos maniacos cuyas causas de origen son explicadas por las primeras vivencias de la vida, estos son la psicosis maniaco depresiva y la esquizofrenia. En la psicosis maniaco depresiva, se presentan fases que van desde la profunda tristeza hasta el otro extremo, una intensa alegría. En la esquizofrenia entre su cuadro de síntomas, pueden presentarse manifestaciones de felicidad excesiva, esto también se observa en cierto tipo de psicópatas. En la mayoría de los casos anteriores se trata de sujetos que tienen personalidades conflictivas y que utilizan estos rasgos como una evasión.

Se ha expuesto entonces la clasificación de los diversos cuadros clínicos que muestran alguna forma de expresión eufórica, la manía como tal tiene un cuadro característico que puede identificarse tomando en cuenta el comportamiento de la persona y los rasgos clásicos, sin embargo la psiquiatría moderna tiene diversos cuadros clínicos para diagnóstico de un trastorno específico en el que la manía se presenta, pero distinto a su vez de acuerdo a las demás características que lo acompañen. Se procederá ahora a describir los comportamientos que distinguen a una fase maniaca.

Características maniacas

La conducta en la fase maniaca se caracteriza por una elevación de la actividad, la persona no permanece pasiva en ningún momento, sus actividades las realiza incluso de forma simultánea, sin terminar una cuando ya está empezando otra, su apariencia exterior exhibe un estado de salud adecuado, sin cansancio ni mal humor.

En cuanto a las relaciones sociales, la persona es desinhibida, pone su completa confianza en las demás personas, aunque cuando alguien se opone a sus proyectos exagerados reacciona con agresividad y llega a ser incluso tan intensa su reacción, que pueden necesitar ingresar a un hospital psiquiátrico porque resultan un verdadero riesgo para sí mismos o para los demás. Les produce placer emprender cualquier tipo

de actividad, no se consideran incapaces de llevarlas a cabo a pesar de la dificultad, pues sienten que tienen toda clase de conocimientos y virtudes, son omnipotentes. Debido al tipo de empresas que inician tan disparatadas, fracasan como consecuencia, y es por ello que antiguamente se le conocía a la manía como locura.

Con respecto a su pensamiento, se presenta la fuga de ideas, su lenguaje es verborreico, sucede lo mismo que con sus actividades, que los temas quedan sin terminar pues inicia el siguiente antes de concluir el anterior, esta dinámica hace complicado seguirles en las conversaciones, pues se repite constantemente y a menudo regresa a la idea original después de haber repasado diversos temas.

La fase maniaca es una etapa de desequilibrio o crisis que cuando llega a su fin, el desarrollo psicológico regresa a su normalidad. En algunos otros cuadros, el estado de euforia no se presenta en un intervalo definido, sino que se vive habitualmente, sigue integrado a la sociedad aunque inadaptado y desequilibrado, estos son las clásicamente llamadas personalidades hipomaniacas que presentan los síntomas de la fase maniaca, pero atenuada y crónicamente.

La manía es una de las dos formas de reaccionar ante las pérdidas o sucesos negativos, ante la pérdida del objeto se puede entonces tomar la otra alternativa y reaccionar en forma depresiva, cuando estas reacciones se presentan en una misma persona una seguida de la otra, constituye el fundamento del concepto de ciclotimia o psicosis maniaco depresiva. En la ciclotimia el paciente atraviesa una situación de crisis y en vez de deprimirse utiliza la manía como una forma de evasión y de evitar afrontarlo; esta primera fase es seguida de una etapa de depresión o duelo, la psicodinamia de esta patología define a la manía como una reacción y no como una fase endógena.

Finalmente cuando una persona se encuentra en fase maniaca, puede distinguirse por la alegría, la excitación psicomotriz y la fuga de ideas, justamente un cuadro contrario a la depresión, de estos tres, el síntoma fundamental y básico es la alegría patológica (Monedero, 1975).

3.3.1.10 Introversión y extroversión social

La introversión y la extroversión social, es una definición de las actitudes de una persona de acuerdo a la orientación de su conducta social, ya sea hacia el interior o hacia el exterior. Son conceptos introducidos por Carl Jung y actualmente se encuentran todavía vigentes. La introversión social es una actitud en la que un individuo se siente más cómodo en el mundo interior de la reflexión y los sentimientos, ven el mundo de acuerdo al modo en que se ven afectados por él. La actitud de extroversión social será tomada por una persona que prefiere el mundo de los objetos y la sociedad, ellos se ocupan en mayor medida del impacto de su persona sobre el mundo.

De acuerdo a la teoría de Jung, estas conductas no se presentan puras en una persona, pues en ocasiones actuarán de una u otra forma, sin embargo existe una tendencia predominante y de acuerdo a ella es cómo se desenvuelve; en ocasiones pareciera que una conducta es más adecuada que la otra, pero ambas se excluyen entre sí, pues es imposible actuar de ambas formas en un mismo momento. Ninguna es mejor que la otra, pues lo ideal es tener flexibilidad de acuerdo a las situaciones en que se encuentre cada persona y adoptar la que sea más conveniente para su beneficio, por lo tanto se busca establecer un equilibrio dinámico entre ambas actitudes para no mostrarse rígido e inadaptado ante el mundo.

A los introvertidos les interesan en gran medida sus propios sentimientos y pensamientos, disfrutan de vivir en su mundo interior, son analíticos, reflexivos e introspectivos. Sin embargo al llegar a adentrarse en sus propios pensamientos e ideas, corren el riesgo de perder el contacto con su entorno (Frager y Fadiman, 2010).

Los extrovertidos participan en el mundo de las personas y de las cosas, por lo que se encuentran alerta de cualquier cosa que pase en su exterior, sus conductas los llevan a socializar fácilmente. Cuando una persona toma este tipo de actitudes, puede correr el riesgo de que los sucesos externos los dominen, dejando de lado su identidad propia.

Se observa además que un sujeto procurará mantener el equilibrio utilizando acciones conscientes e inconscientes, por lo que un extrovertido por ejemplo, su contenido a nivel inconsciente presentará rasgos de introversión, pues todas las características manifiestas se encuentran identificadas con un rol extrovertido, de manera equivalente para las personas introvertidas.

A nivel psicopatológico, la característica más sobresaliente de la introversión social es el sentimiento de inseguridad e incomodidad ante las situaciones sociales, tienden a ser tímidos, reservados, asustadizos y retraídos. Se sienten más cómodos en situaciones donde no deban convivir con muchas personas o bien en absoluta soledad, las situaciones en donde deban relacionarse con el sexo opuesto puede representarles un verdadero problema. Carecen de confianza en sí mismos, son difíciles de conocer, muy controlados y exhiben raramente sus sentimientos. Tienen gran dificultad para tomar decisiones y para resolver los problemas actúan cautelosa y convencionalmente (Graham, 1987).

Una persona desadaptada que tiene actitudes extrovertidas, tiene problemas con el control de impulsos, por lo que sus actos los llevarán a cabo sin tomar en cuenta las repercusiones que tengan consigo. Sus relaciones interpersonales pueden ser abundantes, pero manifiestan falta de profundidad y poca sinceridad, incluso pueden utilizar la manipulación y el oportunismo (Graham, 1987).

Para concluir este apartado, es importante aclarar que los rasgos de personalidad son patrones persistentes en la forma de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Todas las personas cuentan con estos rasgos en mayor o menor grado. De acuerdo al DSM-IV, serán clasificados como trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos, cuando causen un deterioro funcional significativo en el área cognoscitiva, afectiva, interpersonal o de control de impulsos, además este patrón hará que la persona se aparte del comportamiento esperado de acuerdo a su cultura, por lo que una persona bien puede presentar en mayor o menor medida un rasgo y a su vez una combinación de ellos, formando así una personalidad

individual y única. A continuación se presentan los rasgos de personalidad que se han identificado en las personas que fueron diagnosticadas con epilepsia a lo largo del estudio de este trastorno neurológico.

3.4 Aspectos psicológicos en pacientes con epilepsia

A inicios del siglo XX las crisis convulsivas eran consideradas una forma de psicopatología y los pacientes eran aislados en asilos, esta falsa creencia y práctica extrema, ha llevado a que algunos defensores de la comunidad epiléptica argumenten que en realidad esta población no tiene un riesgo de presentar síntomas psicológicos o psiquiátricos, sin embargo los datos obtenidos en diversos estudios han concluido que la epilepsia predispone a que exista un riesgo más elevado de ciertos tipos de síntomas psiquiátricos y conductuales. A pesar de este riesgo, no en todos los pacientes se desarrolla alguna patología o desadaptación, es importante tenerlo en cuenta en el manejo de pacientes epilépticos (Holzer y Bear, 1997).

Entre las condiciones psiquiátricas que prevalecen entre las personas con epilepsia está la depresión y otros desórdenes del estado de ánimo, psicosis, trastornos disociativos, ansiedad, trastorno de pánico, cambios de comportamiento en el periodo interictal y problemas relacionados con la personalidad. Pero existen otros aspectos psicosociales que incluso pueden jugar un rol mayor en el desarrollo o severidad de los trastornos psiquiátricos, tales como la sobreprotección parental, estigma social, restricciones y prejuicios que afectarán la autoestima y limitarán la participación en actividades escolares, laborales y sociales.

3.4.1 Diferencias de comportamiento entre el periodo ictal e interictal

La conducta de las personas con epilepsia presentará distintas alteraciones que dependerán principalmente del periodo en el que su epilepsia se manifiesta, el periodo peri-ictal incluye el estado preictal, ictal y postictal, son de corta duración ya que en ellos el paciente se ve involucrado en un periodo de crisis epilépticas, y los síntomas psiquiátricos que se presentan se encuentran relacionados con el foco de las crisis ya sea en el lóbulo temporal o frontal; así como pérdida de la conciencia e incapacidad de

interactuar con su ambiente si se trata de crisis complejas. En el caso de las crisis parciales el paciente mantiene la conciencia del ambiente y la memoria de los eventos que suceden durante la crisis y se observan síntomas motores; fenómenos sensoriales como alucinaciones y cambios perceptuales; cambios autonómicos como diaforesis (excesiva sudoración) y palpitaciones; sensaciones abdominales y síntomas emocionales y cognitivos como miedo, ansiedad, depresión, enojo, disociación, *déjà vu* y alucinaciones más complejas (Holzer y Bear, 1997). Lara (2002) menciona que el 82.73% de una muestra de pacientes hospitalizados fueron internados por presentar diversas clases de alteraciones psicóticas, siendo poco más del 60% relacionadas directamente con la presentación de crisis convulsivas, con psicosis ictales o postictales, así como delirium post ictal y el 14.28% presentaron algún trastorno orgánico de la personalidad.

La conducta violenta puede presentarse durante el ictus de las crisis en algunas ocasiones, aunque por lo general sucede en la confusión postictal. Durante el comportamiento destructivo y agresivo de una persona que está atravesando una crisis puede causar daños a la propiedad o lesiones a las personas que intentan sujetarles mientras están convulsionando o confusos, sin embargo esta conducta no es intencionada. Esta conducta no es la más común durante el periodo postictal pero llega a presentarse (Lechtenberg, 1989).

En contraste, el intervalo en el que no se presentan las crisis se le denomina interictal, el cual es más prolongado y pueden existir cambios en la disposición, el humor, y el pensamiento de la persona, mayormente si se trata de una epilepsia de Lóbulo Temporal como se tratará más adelante.

3.4.2 Cambios de comportamiento Interictales en adultos con epilepsia

Las manifestaciones de conducta interictales son las que más interesan a la psicología en relación a los pacientes epilépticos debido a que no guardan una relación tan directa con las crisis epilépticas, sino con variables emocionales; debe tenerse claro que esto no implica que se nieguen las relaciones existentes entre los factores biológicos que afecten a la conducta. Muchas personas no experimentan cambios de pensamiento,

sentimientos y de comportamiento debido al efecto directo de la epilepsia, por lo que la psicopatología, trastornos del ánimo o del comportamiento se presentan en la misma frecuencia que en las personas con alguna enfermedad crónica.

El margen de pacientes con epilepsia que se encuentran libres de padecer alguna dificultad intelectual, de conducta o alguna otra afectación neurológica es realmente reducido, Dodrill, Batzel, Queisser y Temkin (1980), encontraron que este grupo representa sólo el 25% de la totalidad, y que el 50% presentan dificultades psicosociales que afectan su vida diaria cuando son persistentes.

Dodrill, Beier, Kasparick, Tacke, Tacke, y Tan (1984, citados en Martínez, 1992) al examinar a cientos de pacientes con epilepsia de Canadá, Finlandia, Alemania y Estados Unidos por medio del Inventario Psicosocial Washington de Ataques Epilépticos encontraron que existe una tendencia clara en cuanto a la preocupación principal de estos pacientes y esta reside en el área emocional, pues argumentaban presentar síntomas de ansiedad, depresión y otras complicaciones emocionales; resultados similares se han obtenido en diversas investigaciones (véase, por ejemplo, González-Pal, Quintana, Fabelo, González y Yopis, 2001; Mishra, Alreja, Jahan, y Singh, 2010).

3.4.2.1 Rasgos de la personalidad

El padecer una enfermedad crónica trae una serie de cuestionamientos por parte del paciente tratando de comprender la razón por la que tienen el trastorno, muchos de ellos se sienten avergonzados, con resentimiento y su valoración propia disminuye, percibiendo que son menos aceptados por los demás debido a su condición. Estos sentimientos son normales y esperados posteriormente a que la epilepsia es diagnosticada; a partir de ese momento la persona y su familia enfrentarán un proceso de cambio en el que pueden o no adaptarse a las circunstancias, consiguiendo desencadenar desajustes emocionales y trastornos psiquiátricos.

Durante mucho tiempo se ha discutido si la epilepsia causa una personalidad típica del trastorno en las personas que la padecen, sin embargo Redlich (1909, citado en

González, 1981) apoyando la idea de que con el paso del tiempo se clasificarían ciertas epilepsias como idiopáticas debido al desconocimiento de su etiología, argumentó que las crisis epilépticas son una respuesta cerebral a diversos estímulos, y que el cambio patológico de la personalidad no se debía directamente a este mismo fenómeno, sino que es característico de todas las epilepsias. González (1981), explica que esta idea conduciría a pensar que la psicopatología es secundaria a la epilepsia, es decir adquirida y no heredada. Sin embargo, la idea de que la personalidad epiléptica es característica de la epilepsia idiopática y rara en la sintomática impuesta por Kraepelin (1913, citado en González, 1981) fue la que perduró por varias décadas y desencadenó estudios diversos, tal como el de Minkowsa (1932, citado en González, 1981), en el que comienza a describir el temperamento epiléptico como “*glischroide*”, haciendo referencia a la viscosidad afectiva como una característica de estos pacientes, los que presentan una tendencia a ser pegajosos en sus relaciones interpersonales, además de mostrar una dificultad a ajustarse a ambientes distintos a los que están acostumbrados; así como un retraso en la respuesta adecuada o esperada de sus emociones de acuerdo a la situación que están enfrentando. Esta característica está acompañada de la bradpsiquia que es la lentitud psíquica, mental o del pensamiento, es decir existe un retraso de la formación de ideas o asociaciones y en la comprensión intelectual de la información que se les trasmite. La viscosidad puede resultar de una combinación de déficit lingüístico, lentitud mental, dependencia psicológica, y una tendencia a la cohesión social (Devinsky, 1991; González, 1981). Con el paso del tiempo las investigaciones se dirigieron a demostrar que la personalidad epiléptica característica aparentemente de la epilepsia idiopática también se presentaba en la sintomática, hasta que en 1938, Gibbs y Lennox demostraron finalmente que la llamada personalidad epiléptica es frecuente entre personas que presentan crisis psicomotoras que muestran en el EEG ondas agudas o en punta de la región temporal (González, 1981).

Se considera que la psicopatología de las personas epilépticas no está determinada por el trastorno neurológico, sino que en realidad puede estar causada por diversos orígenes, ya sea secundaria a una lesión cerebral, por daño neurológico ocasionado por las crisis epilépticas sin control, o bien por un desajuste psicológico o social

motivado a mayor o menor medida por diversos factores. Sin embargo, el alto porcentaje de pacientes epilépticos que requieren hospitalización psiquiátrica, así como diversas investigaciones ponen de manifiesto la prevalencia de la psicopatología en esta población, con datos que van desde el 24 al 29% para todo tipo de epilepsias y del 43 al 76% para la epilepsia de Lóbulo Temporal (ELT), de acuerdo a Devinsky (1991); estas cifras hacen evidente una incidencia mucho mayor en la población con ELT que en cualquier otro tipo de epilépticos, por ejemplo Gibbs (1951) evaluó a 275 casos de epilepsia con el foco de las crisis identificado, y encontró que estos desajustes fueron tres veces más comunes en la epilepsia de Lóbulo Temporal (ELT), que en casos con el foco epiléptico en alguna otra área cortical; Preston y Attack (1964) encuentran estos mismos hallazgos y mencionan que las desviaciones de personalidad que más frecuentemente encontraron son irritabilidad, agresividad, depresión, tendencias paranoicas y exhibicionismo.

Lechtenberg (1989) también enlista una serie de características de los problemas psicológicos de las personas con crisis psicomotoras, tales como hiperactividad, violencia, disfunción sexual y la hipocondría. La esquizofrenia y la depresión psicótica son raras pero llegan a aparecer en pacientes con crisis parciales complejas; por lo que se refuerza la impresión de que los pacientes con ELT son más vulnerables a los trastornos psiquiátricos. Además de acuerdo a la edad de aparición de la epilepsia se desarrollan ciertas tendencias o trastornos de personalidad, la adolescencia representa una etapa crucial para ello, el que su inicio sea antes o después da como resultado una tasa global más baja de trastornos de la personalidad, Hermann (1980, citado por Lechtenberg, 1989) explica que puede presentarse este fenómeno debido a una vulnerabilidad especial en los adolescentes cuando la imagen se encuentra definiéndose. En la ELT los rasgos obsesivos y paranoicos tienden a presentarse cuando la epilepsia se originó en la infancia, sus ideas paranoicas se relacionan con un carácter místico o religioso, por lo que la explicación que le darán a los sucesos de su vida tendrán relación con un locus de control externo.

3.4.2.1.1 Depresión

La depresión es una enfermedad prevalente en la epilepsia, se encuentra asociada con el aumento de la morbilidad y la posibilidad de la autolesión o suicidio. Para poder comprender su influencia es necesario conocer que la variedad de síndromes depresivos en la epilepsia dependerá del momento en que los síntomas anímicos se ven manifestados en relación con el ictus. Si la depresión es preictal, puede tener sus horas de comienzo de días antes de un ataque y suele mejorar con una convulsión generalizada. Durante la fase ictal, el cambio de estado de ánimo se produce de repente y no está relacionado a un evento ambiental o precipitante, el miedo y la depresión se presentan como auras en las crisis parciales simples. Durante la fase postictal, la depresión es un evento común pero que pasa inadvertido en muchas ocasiones, debido a que suele presentarse junto con alteraciones cognitivas que pueden ser más trascendentes para el paciente, aunque puede estar presente durante días o semanas (Holzer y Bear, 1997).

La depresión interictal, es probablemente la asociación psiquiátrica más común en la epilepsia, no cuenta con una base neurológica para su aparición, por lo que al considerar otras etiologías es muy posible encontrar su origen, tales como los factores psicosociales o los fármacos. Sin embargo se conoce que independientemente del control de las crisis, la depresión se manifiesta en pacientes que requieren hospitalizarse por crisis frecuentes hasta los que tienen un mejor control. Del 17 al 25% de pacientes que no son hospitalizados presentan problemas psicológicos que interfieren en sus funciones diarias y al menos 10% necesitan intervención psiquiátrica u hospitalización en algún momento de su vida (Lechtenberg, 1989).

La depresión inicia con sentimientos de culpabilidad, y en las personas con epilepsia se ve manifestada porque se sienten responsables de su situación, este fenómeno puede identificarse principalmente cuando el origen de su epilepsia se debe a un accidente. Cuando se combinan sentimientos de inutilidad o limitación por las crisis y el sentido de la responsabilidad las personas pueden desarrollar un trastorno depresivo y conductas autodestructivas.

Otra fuente de culpa para el enfermo, proviene del impacto de la epilepsia en la familia, el sentirse preocupados por lo que su propia enfermedad causa entre los otros miembros de la familia, especialmente cuando el paciente no tiene un adecuado control de las crisis, es una situación común. E incluso los amigos y los familiares son responsables de reforzar tales sentimientos, por ejemplo cuando estos insisten en que el paciente no toma las medidas necesarias para evitar las crisis, a pesar de que estos comentarios son bien intencionados. La vergüenza que se produce al sufrir un ataque en público agravará la culpabilidad del paciente.

Como parte de los posibles efectos traumáticos de la epilepsia sobre la vida psíquica de los pacientes en relación a padecer una enfermedad crónica y socialmente inaceptable, suele generarse un tipo de psicopatología reaccional. Como parte de este fenómeno puede observarse la depresión aguda frecuentemente con personas jóvenes que se muestran bien integrados, raras crisis y bajas dosis de medicamentos; y después de que sufren una crisis se genera este tipo de depresión que es desencadenada por un suceso que representa una aversión negativa para el paciente; afortunadamente cede rápidamente con psicoterapia o incluso de forma espontánea en pocos meses, y bien posteriormente a ello se puede generar un periodo de angustia en relación al miedo de que una nueva crisis se produzca (González, 1981).

Tanto el paciente como la familia, deben hacerse conscientes de que la persona que presenta crisis epilépticas se compara con una que tuvo un infarto, por lo que no tiene por qué sentirse culpable o avergonzarse. En la intervención médica a menudo es limitada en el sentido del contacto con la familia y la red de apoyo del paciente, por lo que situaciones como las causas y dinámica que se origina a partir de la enfermedad son tocadas de forma muy superficial, por lo es necesaria la intervención de otros profesionales de la salud mental como psiquiatras o psicólogos.

Conducta autodestructiva, suicidio y desapego al tratamiento

La conducta autodestructiva es común en personas con cualquier tipo de epilepsia, que van desde tomar riesgos innecesarios hasta el intento de suicidio, que figura entre las

principales causas de muerte en personas que padecen el trastorno junto con el status epiléptico y los accidentes relacionados con las crisis.

Cuando los pacientes dejan de tomar su medicamento, se enfrentan a un riesgo inminente de padecer un estatus epiléptico, y esta conducta autodestructiva puede representar un importante componente de tanta mortalidad y morbilidad como los suicidios. Otras conductas de riesgo son negarse a restringir ciertas actividades como nadar, conducir autos, escalar montañas y viajar en metro si se trata de una persona sin control de crisis.

Los individuos que argumentan el olvido de tomar su medicación, en realidad cuentan a menudo con la existencia de impulsos autodestructivos, así como un deseo inconsciente de castigar a un miembro de la familia como la madre o esposa sobreprotectora; ya que al tratarse de una solicitud del familiar, puede generar hostilidades inconscientes, ya que se impide el desarrollo de la personalidad del enfermo y de los mecanismos individuales de autoprotección. En estos casos, la dinámica productora de problemas es la familia en conjunto, generando múltiples y diversas transacciones patológicas (González, 1981).

El riesgo de suicidio al que se enfrentan los pacientes al padecer una enfermedad crónica que se asocia a la depresión, aumenta debido a que se tiene acceso a instrumentos de suicidio no violentos en sus medicamentos anticonvulsivos, a pesar de que la persona no haya intentado suicidarse pueden llegar a la muerte por su ingesta debido a los efectos que producen como enlentecimiento o por el mal control de las crisis. De los que intentan el suicidio, el 84% tratan de envenenarse o tomar sobredosis ellos mismos y el 64% utiliza anticonvulsivos. Cuando la medicación es supervisada, la tasa de suicidios es más baja, así como en los pacientes que se encuentran en alguna institución hospitalizados o internados. Existe una serie de características que se aprecian en las personas con intento de suicidio, de acuerdo al género existen más hombres que mujeres, el no tener empleo es un factor importante, el 60% de las personas que tienen menos de 30 años intentan suicidarse. Los tratos repetidos son

dos veces más comunes en las personas que tienen epilepsia en comparación a los que no tienen, pues el 74% lo intentan de nuevo (Lechtenberg, 1989).

Se aprecia una incidencia mayor de suicidios en los epilépticos con algún trastorno de la personalidad, quienes se enfrentan a problemas especiales debido a su trastorno crónico y que en ocasiones también padecen algún trastorno de la personalidad, pues su capacidad de enfrentar situaciones que no son comunes en su vida se ve alterada, generando angustia y frustración con riesgo de convertirse en una persona autodestructiva.

Para evitar consecuencias negativas a raíz de las conductas autodestructivas, es necesario que la familia y el mismo paciente acepten que los riesgos de autolesión son posibles y reales, éstos comportamientos son permitidos en muchos casos por el círculo familiar; por ejemplo en el caso del manejo de auto, se recomienda que a partir de un año libre de crisis el enfermo pueda manejar. En el caso de que exista un ánimo deprimido, la familia deberá apoyar al enfermo sin dejar que salga adelante por sí mismo, sino proporcionándole la atención psicológica necesaria. La conducta autodestructiva y los riesgos de suicidio no deben ignorarse, deben ser puestos a la luz y tratados de forma enérgica e inteligente por profesionales, ya que no se trata de situaciones que puedan solucionarse con una simple conversación.

3.4.2.1.2 Ansiedad

La ansiedad es una condición común en la epilepsia y puede tener varias causas; además de la producida por un ataque durante la fase ictal, los síntomas de ansiedad se pueden desarrollar durante los períodos post-ictal e interictal. Las convulsiones pueden producir efectos autonómicos que son similares a la ansiedad o el pánico, como aumento del ritmo cardíaco, aumento de la presión arterial, y el rubor. En los pacientes con epilepsia, la ansiedad también puede desarrollarse como una respuesta a la previsión de un ataque, lo cual podría resultar en el desarrollo de la fobia secundaria. Ciertos medicamentos como estimulantes o el retiro de anticonvulsivos como barbitúricos o benzodiazepinas, así como consumo de alcohol y el abuso de algunas otras sustancias pueden producir episodios de ansiedad.

El miedo se presenta en la etapa ictal comúnmente en las crisis parciales, su intensidad puede variar desde nerviosismo hasta extremo horror y pánico, su duración es usualmente de medio minuto a dos minutos, pero si se presenta en la fase postictal la ansiedad o el miedo pueden durar por horas o incluso días.

En el caso de ansiedad generalizada y trastorno de pánico, se ve con mayor frecuencia en la población con epilepsia en comparación a la población normal, y el tratamiento para la ansiedad interictal debe incluir ansiolíticos y antidepresivos, así como psicoterapia además de continuar con su tratamiento antiepiléptico (Holzer y Bear, 1997).

En ocasiones, los ataques epilépticos que se producen en situaciones de estrés son reales y se explican como secundarios al efecto específico de la ansiedad o como mecanismo psicosomático (González, 1981). Muchas personas con epilepsia han reportado que el estrés puede precipitar crisis epilépticas, ellos han identificado que las crisis por sí mismas, el régimen de tratamiento o el efecto del trastorno, así como ciertos eventos de la vida son factores que provocan estrés que es capaz de inducir o exacerbar las crisis (Shafer y Salmanson, 1997).

En cuanto al tratamiento del estrés, se considera que la terapia de grupo es adecuada puesto que les ayuda a enfrentar los factores que desencadenan el estrés asociado a la presencia de crisis epilépticas, si el estrés se genera por la interacción entre aspectos individuales y del entorno, implica que debe evaluarse la amenaza ante la cual se encuentra vulnerable debido a la falta de recursos. La terapia se puede enfocar también a la reducción de los niveles de estrés y la mejora de los estilos de afrontamiento por medio de intervenciones flexibles y polifacéticas para establecer procesos correctivos (Fabelo, 2010).

3.4.2.1.3 Psicosis

Se contemplan aquí los trastornos globales del pensamiento, afecto y percepción, que interfieren con la vida de relación e interpretación de la realidad suficiente como para ser calificados de psicóticos y que se presentan en pacientes con epilepsia. Como se

mencionó anteriormente los síntomas psicóticos que pueden presentarse a causa de la actividad de las crisis durante la etapa peri-ictal, que pueden identificarse como cognitivos, afectivos y alteraciones psicosensores; tales como distorsión de la memoria (déjà vu o jamais vu), pensamientos forzados o intrusivos, bloqueo de pensamiento, alucinaciones en diferentes modalidades, enojo, irritabilidad, paranoia, ansiedad, confusión y automatismos complejos.

La relación entre psicosis y epilepsia de acuerdo a Bear y Slater (1961) no es casual por cuatro razones, primero, porque la asociación es demasiado frecuente para que sea explicada por casualidad, esa es la razón más importante; además la psicosis aparece y continúa durante toda la vida, de la misma forma que la epilepsia en la mayoría de sus tipos especialmente en la ELT, y si fuese casual se limitaría a aparecer durante los primeros años; el cuadro clínico no resulta normal cuando se asocia a la epilepsia y la cuarta razón es que parece existir una falta de predisposición genética en los casos.

Las psicosis afectivas corresponden únicamente a un número reducido del total de psicosis epilépticas, por lo que el interés que han despertado en la literatura es mucho menor que las psicosis esquizofreniformes.

La psicosis interictal se puede asociar con un trastorno afectivo como la esquizofrenia que afecta de un 10 a 30% de pacientes con crisis parciales complejas con antecedentes, lo que se ha asociado con la epilepsia de lóbulo temporal principalmente, estos síntomas son similares a los de la esquizofrenia idiopática, aunque existen diferencias claras. La esquizofrenia que se presenta como estados en la epilepsia tiene un afecto más reactivo, a diferencia de la idiopática donde el afecto es más restringido, existen rasgos más obsesivos, ausencia de psicosis en la familia y la psicosis está marcada por ideas de referencia, ilusiones paranoides y alucinaciones (Beard y Slater, 1961).

La psicosis esquizofreniforme en la epilepsia es equiparable a la fenomenología de la esquizofrenia donde hay un cambio indudable de la personalidad, acentuación de previos rasgos esquizoides, autismo, trastorno de pensamiento, superficialidad o

incongruencia afectiva, presencia de alucinaciones o delirios y anomalías del comportamiento. Existe una predominancia de la epilepsia psicomotora con alteraciones circunscritas al lóbulo temporal, y la incidencia de la esquizofrenia con formas de epilepsia focal no temporal es muy baja; así también la literatura refiere que por lo general primero se presenta la epilepsia y después las manifestaciones esquizofrénicas con una media de intervalo de aparición de catorce años, lo cual induce a pensar que existe una relación causal entre las crisis epilépticas y el comienzo posterior de una psicosis esquizofreniforme, o que tanto la epilepsia como la esquizofrenia tienen un origen común en alguna disfunción cerebral básica pero que por alguna razón se manifiesta primero la epilepsia (González, 1981).

Psicológicamente, la psicosis se ha tratado de explicar de diferentes formas, por ejemplo la teoría del stress inespecífico, donde la psicosis resulta como una reacción psicológica mórbida al sufrimiento psicosocial a consecuencia de ser epiléptico, especialmente si la epilepsia tiene su comienzo durante la niñez. Otra teoría explicada por Horowitz, (1970, citado por González, 1981) dice que el origen de los síntomas psicóticos se explica cuando el paciente se encuentra entre vivencias anormales, estados de confusión y ataques psíquicos que deben ser organizados de alguna forma en la conciencia y esto se logra con delirios explícitos y confusión de la realidad generada por las experiencias oniroides de las crisis. La teoría neurofisiológica explica al proceso epiléptico como un trastorno básico cerebral, en el cual las alteraciones electroencefalográficas y los síntomas psicóticos son fenómenos epilépticos.

3.4.2.1.4 Conducta violenta

La conducta agresiva no es común entre pacientes con epilepsia; Lechtenberg (1989), menciona que la violencia aparece asociada a los pacientes que tienen crisis parciales complejas, en mayor medida en la ELT, donde el miedo y la agresión son dos características comunes de la personalidad durante el periodo postictal (mientras la persona se encuentra confundida), y más raramente en el ictal manifestado por movimientos estereotipados (De Felipe Oroquieta, 2002).

Los datos que apoyan la relación entre la agresión en los pacientes con ELT son por ejemplo los efectos beneficiosos de las intervenciones neuroquirúrgicas (amigdalectomía); además, se han hallado episodios de descontrol y agresividad en pacientes con ELT farmacorresistentes, candidatos a una intervención quirúrgica. Se ha observado que las personas que presentan comportamiento agresivo anormal con ELT, su epilepsia comenzó en la infancia, pueden presentar psicosis, dificultades psicosociales y educacionales, bajo nivel intelectual dificultades socioeconómicas, pobre dinámica familiar con abuso físico, etc. La violencia y la agresión interictal se han visto asociadas a personas de menor edad, uso de fenobarbital en niños, crisis de inicio temprano, estado socioeconómico más bajo y focos epilépticos temporales izquierdos (De Felipe Oroquieta, 2002).

El comportamiento violento puede presentarse durante las crisis o después de ellas, por lo que se encuentra asociado a la epilepsia y la persona no obtendrá ninguna satisfacción o ganancia. En la fase postictal la destructividad por inadvertencia es muy frecuente; sin embargo para los familiares es difícil aclarar si el daño ha sido intencionado o no, pues el paciente puede parecer totalmente alerta y consciente, así como elaborar amenazas que resultan ser muy elaboradas para que sean entendidas como efecto de una mente confusa. Además la amnesia o el recuerdo parcial de lo que sucedió en el periodo de violencia es difícil de asimilar para los testigos debido a que el cambio de la confusión y la irritabilidad del periodo postictal a la claridad y el remordimiento de la fase interictal es muy sutil para detectarla. Por lo regular durante este periodo de violencia la angustia puede parecer muy real, pero las justificaciones de esta conducta resultan ilógicas. Las personas que logran recordar fragmentos de las crisis, se ven invadidos por sentimientos de vergüenza y remordimiento.

Cuando una persona está en crisis y su conducta se torna agresiva o violenta, se debe a una reacción a las alucinaciones o delirios que pueda estar presentando, pero estas pueden ser producto también de lesiones estructurales en o sobre el cerebro. Los pacientes pueden reaccionar ante la situación que ellos perciban como amenazante durante la alucinación con explosiones de ira hacia las personas reales que les rodean, o bien distorsionan los objetos y los diálogos con los que están interactuando pudiendo

actuar con terror o violencia, la cual en realidad resulta ser demasiado accidental o desorganizada para causar un daño real a cualquier persona, excepto al propio enfermo.

La neurobiología del comportamiento agresivo interictal puede involucrar una activación patológica del complejo amigdalóide, se desarrolla por lo general en un contexto donde existen otros cambios de conducta que dependen del estado emocional, así como de elevadas preocupaciones morales o religiosas que puedan alimentar sentimientos de indignación; en general este patrón de comportamiento antecede a la aparición de la epilepsia. La conducta agresiva es más común en pacientes que atravesaron una ruptura familiar o abuso físico, así como en los que tienen una historia de piromanía, maltrato a animales, trastorno de comportamiento o abuso de sustancias. Los pacientes con agresión interictal tienden a ser diferenciados del trastorno antisocial de la personalidad porque los primeros por lo regular asumen la responsabilidad por sus acciones, defienden sus convicciones morales o religiosas y sienten sincero remordimiento por las consecuencias de su comportamiento violento (Holzer y Bear, 1997).

Reacciones de la familia

Generalmente la familia es la que está cerca del paciente cuando le sucede una crisis y es común que resulten heridos si la persona presenta un episodio de violencia, puesto que ellos intentan relacionarse con el enfermo como si fuese racional y coherente en ese periodo.

Algunos pacientes muestran una conducta agresiva que no parece explicarse por la epilepsia, pero cuando este comportamiento no se debe a una provocación puede deberse a la falta de control de las crisis. Este factor es el antecedente que se tomará para explicar la conducta violenta si se presenta alrededor del ictus, y el primer objetivo debe ser el control de la epilepsia. Sin embargo la conducta insultante no siempre se presenta durante la crisis para estar relacionada con la epilepsia, los pacientes pueden pasar por periodos antes de las crisis donde están deprimidos, irritables e insultantes de manera progresiva hasta que se presenta la crisis, posteriormente muestran

remordimiento pero los familiares pueden dudar de que esta conducta se relacione con la epilepsia. El control de las crisis ocasiona una disminución de la violencia, pero también depende de las características específicas del trastorno de cada persona (Lechtenberg, 1989).

Es importante que la familia sepa que si son maltratados o amenazados durante una explosión de ira en el periodo ictal, postictal o entre las crisis es irracional y potencialmente peligroso para ellos, pues al intentar controlar a una persona violenta implica el riesgo de lesiones importantes tanto para el enfermo como para el que intenta ayudar, por lo que deben mantener el mínimo contacto con la persona.

Los episodios de violencia ponen en riesgo al paciente y a los que lo rodean, por lo que es responsabilidad de todos evitar situaciones de riesgo, dejando en segundo término la vergüenza o sentimientos negativos, por lo que se debe evitar tener al alcance armas de fuego e incluso si es necesaria en determinado momento la búsqueda de ayuda externa como paramédicos y la policía si la situación se torna más complicada de manejar.

3.5 Valoración de los trastornos de la personalidad en adultos con epilepsia.

El estudio de la personalidad en la epilepsia consiste principalmente en reportes anecdóticos, estudios de caso y los resultados cuantitativos observados en inventarios de personalidad tradicionales como el MMPI, sin embargo no se ha logrado establecer características particulares en cuanto a la personalidad, únicamente se ha detectado que la ELT produce cambios *sui generis* con características ambivalentes, por un lado está la profundidad emocional, fuertes cualidades éticas y espirituales, cortesía y servicialidad, y por otro lado resentimiento reprimido, irritabilidad y cólera excesiva.

Desde el comienzo del estudio de los trastornos de la personalidad en la epilepsia, se identificaron síntomas como la tristeza, dependencia, obsesividad, circunstancialidad y emotividad más característicos en la ELT; posteriormente llegaron a formar parte de la llamada personalidad epiléptica junto con la violencia y la irritabilidad; sin embargo actualmente se sabe que son presentes en cualquier padecimiento con alteraciones del

sistema nervioso central, por lo que no son particulares de la epilepsia. Se realizan también estudios clínicos que incluyen pruebas como la escala de Beck para la depresión y escalas de ansiedad rasgo-estado debido a la alta prevalencia de dichos trastornos en la población epiléptica (Fabelo, 2010).

3.5.1.1 MMPI como instrumento de medición de la psicopatología en epilépticos

La personalidad del paciente con epilepsia ha sido objeto de estudio dentro de la evaluación psicológica, para lo que se ha utilizado diversas pruebas de personalidad y psicopatología como el Inventario Neuroconductual para detectar trastornos emocionales, o más usuales como el Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota (MMPI) que es relativamente aceptado en el diagnóstico psiquiátrico de poblaciones con epilepsia, pero que ha ofrecido resultados contradictorios. Una posible fuente de confusión puede originarse en la suposición previa de que la conducta alterada en la epilepsia debe ser desadaptativa o se debe ajustar a las categorías tradicionales de diagnóstico psiquiátrico; sin embargo la epilepsia se ha asociado con muchos atributos positivos, incluyendo la escritura profunda filosófica o religiosa, la creatividad artística, y el genio militar, por lo que se desarrolló el inventario Bear-Fedio para cuantificar este tipo de características, y se ha logrado documentar los cambios de comportamiento en muchas personas con ELT; por desgracia las investigaciones basadas en este inventario tampoco han resuelto las controversias subyacentes (Fabelo, 2010 y Devinski, 1991).

El MMPI se ha utilizado con frecuencia para evaluar la psicopatología de los pacientes con epilepsia, en los que se ha encontrado un aumento significativo en la patología mental a comparación con los grupos control de población normal, aunque al compararse con pacientes con enfermedades médicas crónicas o neurológicas la incidencia de la psicopatología, se ve un ligero aumento o ninguna diferencia.

Se han comparado grupos de pacientes con ELT y epilepsia focal, generalizada o no temporal, pero no se han encontrado diferencias consistentes en los resultados en las escalas del MMPI y otras escalas de psicopatología; sin embargo si se ha determinado

que la prevalencia de la psicopatología entre los epilépticos es alta, incluso en estudios con grupos reducidos. Por ejemplo en una población no seleccionada de adultos con epilepsia, Pond y Bidwell (1959, citados por Devinski, 1991) encontraron que el 29% de pacientes con epilepsia tuvo problemas psicológicos, de ellos el 51% tenía ELT, y el 21% de este subgrupo había sido hospitalizado por alguna enfermedad psiquiátrica. En una encuesta realizada en Islandia por Gundmundsson (1982, citado por Devinski, 1991) reveló trastornos de la personalidad en el 69% de pacientes con ELT, el 58% con epilepsia generalizada y 24% en otros tipos de epilepsia. Guerrant (1962, citado por Devinski, 1991) reportó trastornos de la personalidad en el 43% con ELT y el 72% de epilepsia generalizada y la psicosis en el 23% de ELT y el 16% de epilepsia generalizada. Por lo tanto, la psicopatología es común entre los pacientes con epilepsia, y de acuerdo con los estudios se asocia en mayor medida a la ELT. El aumento de la psicopatología se ha relacionado con muchos y distintos factores tanto del paciente como del tipo de ataques, tales como las convulsiones de aparición temprana, los zurdos, la focalización temporal de alguno de los hemisferios y bilateral, presentar varios tipos de crisis, el sexo masculino en algunos estudios y femenino en otros, la presencia de lesiones focales atróficas en la cabeza y el miedo ictal (Devinski, 1991).

Existe entonces una mezcla de factores farmacológicos, biológicos y sociales que contribuyen a los cambios de comportamiento interictal en la epilepsia, pero la definición de estos factores es obstaculizada por una falta de consenso en la definición de los cambios de conducta, su prevalencia y en qué grupos se producen.

En el caso de las investigaciones realizadas con el MMPI, no soportan una idea de un patrón de psicopatología epiléptica única; sin embargo, sí se coincide en que algunos pacientes desarrollan cambios de comportamiento después de la aparición de la epilepsia y analizándose como grupo sí existen diferencias con respecto a la normalidad. Al analizar los rasgos de comportamiento con respecto a la media de los puntajes obtenidos con el MMPI, puede encontrarse generalmente que los extremos de conducta se acentúan en ocasiones hacia una dirección, pero en los casos de psicopatología en epilepsia por lo general estos extremos se dirigen hacia ambos

lados, en lugar de aparecer un patrón específico. La dirección y la magnitud de la variación puede estar influenciada por razones biológicas (localización, lateralización, y el patrón de descarga de la extensión de crisis, la presencia de lesión estructural, la duración de la epilepsia, frecuencia de las convulsiones, la edad, sexo), los medicamentos y los factores ambientales socioeconómicos y de otro tipo (Devinski, 1991).

En la tabla 2.3 se presentan los rasgos de conducta que son atribuidos a los pacientes con epilepsia de acuerdo a la revisión realizada por Devinski (1991).

Tabla 2.3 Rasgos de conducta interictales de pacientes con epilepsia

Rasgo	Observaciones clínicas
Agresión	Hostilidad manifiesta, ataques de rabia, crímenes violentos, asesinato.
Deseo sexual alterado	Disminución de la libido, hiposexualismo, fetichismo, travestismo, exhibicionismo, episodios hipersexuales.
Circunstancialidad	Locuacidad, pedantería; detalles excesivos; fuera de lugar.
Emotividad disminuida	Indiferencia emocional, falta de iniciativa, monotonía, hiperexcitabilidad.
Dependencia, pasividad	Inseguridad
Euforia	Grandiosidad, ánimo eufórico, diagnóstico de trastorno bipolar.
Labilidad emocional	Cambios de humor prominentes con un mínimo o con un estímulo inexistente.
Culpa	Tendencia a escrutinio personal y auto recriminación.
Disminución del humor, sobriedad	Importantes preocupaciones sobregeneralizadas, falta de humor o excentricidad.
Hipergrafía	Mantener la escritura de diarios extensos, notas detalladas, escribir una autobiografía o novela.
Hipermoralismo	Atención a las reglas sin poder distinguir lo muy significativo de las infracciones menores, deseos de castigo.

Hipomoralismo	Falta de atención a las reglas, falta de atención o de preocupación hacia lo bueno y lo malo.
Emotividad incrementada	Emociones profundas, afecto intenso mantenido, sensibilidad incrementada.
Irritabilidad	Incremento del enojo, mal temperamento.
Obsesividad	Rituales, orden excesivo, atención compulsiva a los detalles.
Paranoia, celotipia	Susplicacia, malinterpretación de motivos y eventos, diagnóstico de esquizofrenia paranoide.
Interés filosófico	Aparición de especulaciones metafísicas o morales, teorías cosmológicas.
Religiosidad	Creencias religiosas profundas a menudo idiosincráticas.
Tristeza	Pérdida de la esperanza, desprecio de sí mismo, diagnóstico de depresión, intentos de suicidio.
Sentido del destino personal	Egocentrismo, guía divina asociada a muchos aspectos de la vida del paciente.
Viscosidad	Adhesividad, tendencia a la repetición.

Alvarado, et al. (1992) evaluó la psicopatología de un grupo de pacientes con epilepsia en Chile utilizando el MMPI, con el que obtuvo el perfil de personalidad grupal tomando las medias de las puntuaciones T. Los resultados reportados muestran que los puntajes medios T se sitúan bajo el nivel crítico de 70 puntos, a excepción de la escala de Depresión que obtuvo 71.4, explicando que esta elevación corresponde a la teoría del desamparo aprendido que predice una elevada presencia de síntomas depresivos y ansiosos en personas que se encuentran bajo la influencia de sucesos incontrolables o indeseables de manera crónica, tal como sucede con las crisis epilépticas; también se aprecia una elevación en la escala de Paranoia y Esquizofrenia. Con población mexicana, Herrera (1999) evaluó a tres grupos de pacientes con epilepsia idiopática de acuerdo a su tipo de crisis: crisis parciales (CP), crisis parciales secundariamente generalizadas (CPSG) y crisis generalizadas (CG), encontrando que los perfiles de cada grupo no tienen diferencias significativas en su personalidad, los tres grupos

resultaron con elevación en la escala de Depresión y Esquizofrenia por arriba de los 70 puntos T. En la Tabla 2.2 se muestran las medias de las puntuaciones T de ambos estudios:

Tabla 2.2 Puntajes medios por escalas del MMPI

Escala	Puntuación T media (n=37) de Alvarado et al. (1992).	Puntuación T media de Herrera (1999).		
		CP (n=30)	CPSG (n=30)	CG (n=30)
L	57.1	52.37	58.27	54.53
F	75.3	71.20	72.80	74.17
K	47.7	49.97	50.90	48.60
Hs	53.0	67.33	70.40	63.17
D	71.4	78.83	76.03	72.63
Hi	61.9	63.87	65.10	61.90
Dp	53.9	68.93	68.20	68.50
Mf	Sin datos	60.03	61.67	64.37
Pa	67.8	66.60	65.37	63.77
Pt	46.4	69.63	68.30	66.83
Es	63.0	78.37	80.67	77.77
Ma	50.4	64.53	66.63	65.97
Is	56.3	59.60	62.30	58.93

Finalmente, la evidencia que hasta ahora reporta la literatura, deja claro que las personas con epilepsia cursan por situaciones de vida determinadas por los mismos factores que trascienden el origen geográfico, sin embargo hasta ahora en México resulta difícil precisar el impacto que la enfermedad tiene en el contexto sociocultural, pues no existen estudios que describan con precisión las características de personalidad o del funcionamiento psicosocial, ni cómo se relacionan entre sí en la población adulta con epilepsia, por lo cual se continuará explicando el método elegido en la presente investigación.

CAPÍTULO 4

Método

4.1 Justificación

La epilepsia ha sido reconocida por la OMS como un problema de salud pública, esto se debe a que presenta una prevalencia muy alta, los estudios en México refieren datos desde 18.3 hasta 43 personas por cada 1000 habitantes (Garza, 2004). La atención de la epilepsia se ha enfocado a dos áreas: la clínica, que ha mostrado importantes avances en los últimos años con el desarrollo de medicamentos antiepilépticos con menores efectos secundarios; y la intervención psicosocial, que en comparación con la primera, se observa un desarrollo escaso, pero con un lugar más relevante del que se le ha otorgado, pues el amplio espectro de desadaptaciones psicosociales que comprende el ámbito familiar, el estado emocional, las relaciones sociales, el desarrollo vocacional, la situación económica, y la adaptación a las crisis y al tratamiento médico, resultan a menudo más invalidantes que la presencia de crisis epilépticas (Alvarado et al., 1992).

Actualmente se conoce que el impacto de la enfermedad depende de factores neurobiológicos, farmacológicos y psicosociales (Herman, Whitman y Anton, 1992). La epilepsia impacta a tal grado a las personas que la padecen, que necesitarán de un largo periodo de adaptación, donde deberán redefinir sus valores, convicciones, plan de vida y hasta su propia identidad.

Entre las condiciones psicológicas y psiquiátricas que prevalecen entre las personas con epilepsia, se encuentra depresión, psicosis, trastornos disociativos, ansiedad, trastorno de pánico y alteraciones de la personalidad (Dodrill, Batzel, Queisser y Temkin, 1980; Dodrill, Beier, Kasparick, Tacke, Tacke, y Tan, 1984; Martínez, 1992; Holzer y Bear, 1997, González-Pal, Quintana, Fabelo, González y Yopis, 2001). Los factores psicosociales como la sobreprotección parental, el estigma social, las restricciones y prejuicios, afectarán la autoestima y limitarán la participación en

actividades escolares, laborales y sociales, además de que podrían jugar un rol importante en el desarrollo o severidad de los trastornos psiquiátricos.

Dado que la epilepsia implica un importante riesgo de desajuste psicosocial y una alteración en la estructura de la personalidad, se plantea la siguiente pregunta de investigación.

4.2 Pregunta de investigación

¿Existe alguna relación entre los factores que componen la adaptación psicosocial tales como la historia familiar, la adaptación emocional, la adaptación vocacional, la situación económica, la adaptación a las crisis, el medicamento y tratamiento médico, y las características de personalidad que manifiestan los pacientes de edad adulta con epilepsia del Hospital General de México?

4.3 Objetivos:

- Conocer las características de personalidad de los adultos con epilepsia.
- Conocer la adaptación psicosocial de los adultos con epilepsia.
- Conocer si existen diferencias estadísticamente significativas por edad, género, escolaridad, ocupación, tipo de crisis, edad de inicio, duración de la epilepsia y tipo de farmacoterapia, en los factores que integran la adaptación psicosocial y en los rasgos de personalidad que presentan los adultos con epilepsia.
- Conocer si existe alguna relación entre la historia familiar, la adaptación emocional, la adaptación interpersonal, la adaptación vocacional, la situación económica, la adaptación a las crisis, la adaptación al medicamento y tratamiento médico, y las características personalidad que presentan los adultos con epilepsia.

4.4 Hipótesis de investigación:

1. Existen diferencias estadísticamente significativas por edad, en la adaptación psicosocial y la personalidad que presentan los adultos con epilepsia.
2. Existen diferencias estadísticamente significativas por género, en la adaptación psicosocial y la personalidad que presentan los adultos con epilepsia.

3. Existen diferencias estadísticamente significativas por escolaridad, en la adaptación psicosocial y la personalidad que presentan los adultos con epilepsia.
4. Existen diferencias estadísticamente significativas por la condición de ocupación, en la adaptación psicosocial y la personalidad que presentan los adultos con epilepsia.
5. Existen diferencias estadísticamente significativas por los tipos de crisis, en la adaptación psicosocial y la personalidad que presentan los adultos con epilepsia.
6. Existen diferencias estadísticamente significativas por la edad de inicio de la epilepsia, en la adaptación psicosocial y la personalidad que presentan los adultos con el trastorno neurológico.
7. Existen diferencias estadísticamente significativas por la duración de la epilepsia, en la adaptación psicosocial y la personalidad que presentan los adultos con el trastorno neurológico.
8. Existen diferencias estadísticamente significativas por el tipo de farmacoterapia, en la adaptación psicosocial y la personalidad que presentan los adultos con el trastorno neurológico.
9. Existe relación entre la historia biográfica y las características de personalidad que presentan los adultos con epilepsia.
10. Existe relación entre la adaptación emocional y las características de personalidad que presentan los adultos con epilepsia.
11. Existe relación entre la adaptación interpersonal y las características de personalidad que presentan los adultos con epilepsia.
12. Existe relación entre la adaptación vocacional y las características de personalidad que presentan los adultos con epilepsia.
13. Existe relación entre la situación económica y las características de personalidad que presentan los adultos con epilepsia.
14. Existe relación entre la adaptación a las crisis y las características de personalidad que presentan los adultos con epilepsia.
15. Existe relación entre la adaptación al medicamento y tratamiento médico, y las características de personalidad que presentan los adultos con epilepsia.

4.5 Definición conceptual y operacional de las variables:

Variables de clasificación:

Edad:

Definición conceptual: Tiempo que la persona ha vivido desde su nacimiento hasta el momento de la evaluación, expresado en años cumplidos (INEGI, 2011).

Definición operacional: Es la respuesta dada por el sujeto de los años cumplidos desde su nacimiento hasta el momento de la evaluación.

Género:

Definición conceptual: Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres (INEGI, 2011).

Definición operacional: Clasificación como hombre o mujer de acuerdo a la condición biológica del sujeto.

Escolaridad:

Definición conceptual: Son los años de estudio completados por el sujeto, correspondientes a los niveles de educación primaria, secundaria, preparatoria, estudios universitarios o posteriores (INEGI, 2011).

Definición operacional: Es la respuesta dada por el sujeto acerca del nivel de educación primaria, secundaria, preparatoria, estudios universitarios o posteriores, que son expresados en años equivalentes a los niveles de educación completados.

Actividad Económica:

Definición conceptual: Actividad que realiza una persona diferenciándose por la retribución que recibe a cambio, se clasifica como remunerada o no remunerada.

- **Actividad remunerada:** Acción realizada por una persona con la finalidad de producir bienes y servicios para el mercado (INEGI, 2011).
- **Actividad no remunerada:** Acción destinada a satisfacer necesidades personales o familiares para el funcionamiento de los habitantes de la vivienda, sin que signifique la obtención de algún pago ni la producción de bienes y servicios para el mercado (INEGI, 2011).

Definición operacional: Es la respuesta ofrecida por el sujeto clasificada como remunerada, si se encuentra realizando alguna actividad económica; o bien, no remunerada, si no desempeña alguna actividad económicamente gratificada.

Tipos de crisis:

Definición conceptual: Se refiere al tipo de crisis que el sujeto presenta, clasificadas de acuerdo a la Liga Internacional Contra la epilepsia (1981), en donde se distinguen dos grupos principales de crisis epilépticas: las crisis parciales y las generalizadas.

- **Crisis parciales:** Son aquellas crisis en donde las descargas se originan en un grupo más o menos localizado de neuronas corticales, son de origen temporal, frontal, occipital o parietal (Galindo, 2004). Hay dos tipos de crisis parciales: simples, o complejas, en las que si hay una alteración de la conciencia con pérdida de la capacidad de respuesta durante las crisis.
Las crisis parciales simples son aquellas en las que el nivel de conciencia durante la misma permanece intacto, consisten en sensaciones o percepciones anormales de tipo visual, sensitivo, psíquico u olfatorio, o una actividad motora.
Las crisis parciales complejas son aquellas en las que la conciencia se altera de manera parcial o completa, se caracterizan porque la mirada se encuentra ausente, la persona realiza actos más o menos complejos y ocurre amnesia de lo sucedido durante el periodo que dura la crisis y el inmediato periodo poscrítico.
- **Crisis generalizadas:** Las crisis generalizadas se caracterizan por una activación simultánea y sincrónica de ambos hemisferios cerebrales,

especialmente de la corteza frontocentral, con participación de estructuras diencefálicas, sobre todo ciertos núcleos talámicos y conexiones talamocorticales. Este tipo de crisis pueden ser convulsivas o no convulsivas y la alteración de la conciencia puede ser el síntoma inicial.

Definición operacional: Se refiere al tipo de crisis que el sujeto presenta, el cual es especificado por su médico tratante en el expediente clínico, las crisis son clasificadas como crisis parciales o crisis generalizadas.

Edad de inicio de la epilepsia:

Definición conceptual: Es la edad en que inició el trastorno epiléptico, determinado por la aparición de la primera crisis.

Definición operacional: Es la edad en que la epilepsia apareció de acuerdo a lo reportado en el expediente médico.

Duración de la epilepsia:

Definición conceptual: Es el tiempo transcurrido entre el inicio del trastorno epiléptico (la aparición de la primera crisis), hasta el momento de la evaluación, de acuerdo a lo reportado por el paciente o los familiares en la entrevista.

Definición operacional: Es la respuesta ofrecida por el sujeto o familiares del mismo, acerca del tiempo ocurrido entre el inicio de la epilepsia (la aparición de la primera crisis) y el momento de la evaluación, expresado en años transcurridos.

Farmacoterapia:

Definición conceptual: El tratamiento farmacológico que es prescrito para cada sujeto, de acuerdo a Asconapé (2010), se clasifica en:

- **Monoterapia:** Un fármaco antiepiléptico
- **Politerapia:** Dos o más fármacos antiepilépticos combinados.

Definición operacional: Es la respuesta dada por el sujeto acerca de los medicamentos que conforman su tratamiento antiepiléptico: un medicamento es monoterapia; dos o más medicamentos son politerapia.

Variable independiente:

Epilepsia:

Definición conceptual: Es una afección crónica que afecta el Sistema Nervioso Central producida por diferentes etiologías, caracterizada por la repetición de crisis debidas a una descarga excesiva de las neuronas cerebrales asociadas eventualmente a síntomas clínicos o paraclínicos (Gastaut, 1973).

Definición operacional: Se trata del diagnóstico de epilepsia en cualquiera de sus etiologías y tipos de crisis, determinado por el neurólogo tratante de la Clínica de epilepsia de la Unidad de Neurología del Hospital General de México.

Variables dependientes:

Adaptación psicosocial:

Definición conceptual: Se refiere a la percepción que tiene una persona con epilepsia acerca de la forma en cómo funciona a nivel psicológico y social, como producto del impacto de la enfermedad y de las limitaciones que trae consigo. El funcionamiento psicosocial es afectado por tres grupos de factores potenciales de acuerdo a Hermann, Whitman y Anton (1992): neurobiológicos, psicosociales y farmacológicos, y Dodrill (1980), precisó un conjunto de factores que generalmente los afectan: historia familiar, ajuste emocional, adaptación interpersonal, adaptación profesional, situación económica, adaptación a las crisis, a la medicación y al tratamiento médico.

Definición operacional: La adaptación psicosocial será medida con las escalas del Inventario Psicosocial Washington de Ataques Epilépticos (*Washington Psychosocial Seizure Inventory*, WPSI). Se trata de un instrumento de autoevaluación que consta de

132 reactivos que evalúa los factores que afectan a los pacientes con epilepsia, las escalas que contempla son:

Historia familiar: Se refiere a los problemas de carácter interpersonal en la historia del sujeto, que bien podrían dar lugar a dificultades psicosociales más adelante en la vida. Las áreas en cuestión se refieren principalmente a los padres, para la adaptación escolar y las interacciones con sus compañeros durante la infancia.

Adaptación emocional: Es la presencia de dificultades emocionales como depresión, tensión, ansiedad, preocupación, incapacidad para pensar con claridad, preocupaciones somáticas, hipersensibilidad, rasgos psicóticos, pobre autoimagen y la insatisfacción generalizada de la vida, que son los aspectos que afectan con mayor frecuencia a las personas con epilepsia.

Adaptación interpersonal: La capacidad de una persona para relacionarse de manera efectiva con los demás, lo que contempla la comodidad en situaciones sociales, la capacidad de conocer a otras personas, la existencia de amigos íntimos, con un número suficiente de contactos sociales y su capacidad para lidiar con el sexo opuesto, son elementos que determinan la adaptación interpersonal.

Adaptación vocacional: Se refiere al grado de satisfacción personal alcanzado en el área laboral y escolar de las personas adultas, o bien si requiere de orientación en esta área.

Situación económica: Es el grado en que ha repercutido la epilepsia en el aspecto económico, así como la sensación de seguridad del sujeto al respecto.

Adaptación a las crisis: Se refiere a la capacidad del sujeto para adaptarse a la presencia de las crisis, lo cual dependerá de la existencia de sentimientos de resentimiento por su condición, de que se sientan avergonzados cuando se presentan convulsiones, que se encuentren a disgusto debido a posibles ataques repentinos, sentir que su valor es menor a causa de la epilepsia y creer que son menos aceptados por otros a causa de las convulsiones.

Medicamentos y tratamiento médico: Es la percepción del paciente con respecto al tratamiento recibido, su apego a la terapia farmacológica y la valoración de la relación médico-paciente.

Personalidad:

Definición conceptual: El perfil de personalidad está determinado por características predominantes en la conducta de una persona.

Definición operacional: La medición de las características de personalidad se obtendrá por medio de las escalas clínicas del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, segunda versión (MMPI-2) que es un instrumento de autoevaluación de 567 reactivos y que contempla las siguientes escalas clínicas:

Escala 1: Hipocondría (Hs): Se clasificada como un trastorno somatomorfo que es caracterizado por la preocupación y el miedo a padecer, o la convicción de tener una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de uno o más signos o síntomas somáticos; esto sucede sin que se identifique clínicamente alguna enfermedad que explique esta preocupación y a pesar de las explicaciones médicas (APA, 1995).

Escala 2: Depresión (D): Es un tono afectivo caracterizado por la tristeza que puede ir desde el abatimiento ligero hasta una desesperanza en grado extremo (Kolb, 1972).

Escala 3: Histeria (Hi): Es el trastorno mental donde se produce un estrechamiento del campo de la conciencia o una alteración de la función motriz y/o sensorial por cuyo motivo la persona no tiene conciencia, y que parecen tener valor simbólico o ventaja psicológica. En la forma de conversión, el síntoma principal o único consiste en la alteración psicógena de alguna función corporal; en la variedad disociativa, es la restricción del campo de la conciencia, seguida de una amnesia selectiva (OMS, 1975).

Escala 4: Desviación Psicopática (Dp): La personalidad psicopática tiene como característica principal la manifestación de manera abierta y sin control las descargas impulsivas del individuo. Este tipo de personas muestran una conducta asocial, caracterizados por cuadros patológicos de la estructura de personalidad, con mínima angustia y poco o ningún sentido de malestar (Lucio y León, 2003).

Escala 5: Masculino – Femenino (Mf): Se refiere a las características propias de hombres o mujeres que un grupo social asigna al papel que desempeña el hombre o la mujer de manera convencional, son las actitudes de ajuste hacia aspectos sociales y de intentos por ofrecer una apariencia, en relación a la vivencia de un papel psicosexual (Rivera, 1986).

Escala 6: Paranoia (Pa): Término clínico que designa actitudes de desconfianza, cautela excesiva, suspicacia y tendencia a la sobre-interpretación de los estímulos con consecuentes descargas agresivas que pueden entenderse como una forma de defensa anticipada a posibles situaciones de ataque que son percibidas por el sujeto como amenazantes para su seguridad y estas actitudes al incrementar pueden dificultar el establecimiento de las relaciones interpersonales (Rivera, 1986).

Escala 7: Psicastenia (Pt): Trastorno de la personalidad caracterizado por reacciones fóbicas y obsesivo-compulsivas. Las personas dentro de esta categoría presentan demasiadas dudas, dificultad para lograr decisiones, gran variedad de temores, excesiva preocupación obsesiva, actos compulsivos y ritualistas, perfeccionistas en sus exigencias hacia sí mismos como hacia otras personas. La tendencia a la conducta obsesivo-compulsiva se manifiesta por medio de angustia, inseguridad, desconfianza en sí mismos y por un panorama del mundo generalmente amenazador, hostil y angustiante. Les caracterizan sentimientos de culpa constantes (Lucio y León, 2003).

Escala 8: Esquizofrenia (Es): Trastorno de la personalidad caracterizado por la incongruencia de afecto, el fraccionamiento en el proceso del pensamiento y lo extraño del contenido de éste. Además, el esquizofrénico no tiene interés por el

medio, generalmente da la impresión de encerrarse en sí mismo y se mantiene o puede mantenerse, fuera de todo contacto con el mundo (Lucio y León, 2003).

Escala 9: Hipomanía (Ma): Este cuadro clínico se caracteriza por una actividad intensa, gran distracción, elación inestable, incansable, insomnio, hipertiroidismo, actitud de desconfianza y, además, megalomanía. El lenguaje es generalmente rápido reflejando pensamiento bajo gran tensión (Lucio y León, 2003).

Escala 0: Introversión social (Is): Rasgo de la personalidad que describe al individuo como apartado, autorreflexivo, con capacidad para lograr un buen insight y ocasionalmente modesto, sin indicar tendencias al aislamiento o problemas severos en las relaciones interpersonales (Rivera, 1986).

4.6 Criterios de inclusión de los sujetos:

Para formar parte de la muestra, se seleccionarán los sujetos que cumplan los siguientes criterios:

- Pacientes mayores de 18 años de sexo masculino o femenino diagnosticados con epilepsia de cualquier tipo, con un año de evolución como mínimo.
- Que se encuentren en tratamiento farmacológico para la epilepsia por más de tres meses, ya sea que se encuentren en un programa de monoterapia o politerapia y presencia o ausencia de medicamentos barbitúricos en su medicación.
- Pacientes que sepan leer y escribir.
- Que no se sospeche de algún déficit neurológico severo o moderado y/o sensorial de acuerdo al informe médico.

4.7 Sujetos

Se trata de una muestra de tipo no probabilístico intencional ya que fueron elegidos de acuerdo a los criterios enunciados anteriormente. Está constituida por 53 sujetos residentes del Distrito Federal o Zona Metropolitana provenientes de un estrato

socioeconómico bajo y que son pacientes de la Unidad de Neurología del Hospital General de México O.D.

4.8 Tipo y diseño de investigación

La investigación es de tipo correlacional multivariada, ya que se pretende observar si las variables se encuentran o no relacionadas en los mismos sujetos, para posteriormente analizar la correlación. El diseño utilizado para el estudio es transversal, ya que se realizó una sola medición y los sujetos no fueron seleccionados al azar (Hernández, 1991).

4.9 Escenario

Los sujetos fueron evaluados en el consultorio de Psicología, de la Unidad de Neurología y Neurocirugía del Hospital General de México.

4.10 Instrumentos

1. Hoja de recolección de datos (Anexo 1)
2. Inventario Psicosocial de Washington (WPSI) (Anexo 2)
3. Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, versión 2 (MMPI-2)

Inventario Psicosocial de Washington (WPSI)

Se trata de un instrumento de autoevaluación ampliamente utilizado para evaluar el ajuste psicosocial en la epilepsia. Fue diseñado por Carl B. Dodrill en la Universidad de Washington, específicamente para sujetos con epilepsia, en su construcción se precisó un conjunto de factores que generalmente afectan a esta población. Para la presente investigación se utilizó la versión española del WPSI, la cual fue normalizada en una población bilingüe de Estados Unidos (Tiberia & Froman, 1986). Este cuestionario cuenta con 132 preguntas breves con sencilla formulación, las cuales deberán ser contestadas con una afirmación o negación en un lapso aproximado de 30 a 40 minutos.

El inventario cuenta con tres escalas de validez, referentes a las preguntas dejadas de responder, las falsedades evidentes y los asuntos poco frecuentes, que cuando exceden los valores máximos permitidos se recomienda invalidar los resultados de la aplicación. A continuación se presentan las escalas de validez.

Preguntas dejadas sin responder: Escala de validez que contempla todas las preguntas del inventario, es el número de ítems que el paciente no respondió o lo hizo de una forma en que no puede ser medida. Resultados válidos: Entre 0 y 13 puntos.

Escala de falsedades: Contempla 10 reactivos. Resultados válidos: Entre 0 y 6 puntos.

Asuntos poco frecuentes: Contempla 17 reactivos. La intención de esta escala es identificar a los sujetos que contesten de forma aleatoria a las preguntas. Resultados válidos: Entre 0 y 5 puntos.

El WPSI utiliza cuatro niveles de adaptación para clasificar los puntajes naturales en cada factor de ajuste psicosocial, de los cuales, los dos primeros niveles corresponden a una adaptación aceptable. Corresponden como sigue:

Nivel 1 → Buena adaptación: Sin problemas significativos

Nivel 2 → Adaptación media: Con problemas de significado limitado

Nivel 3 → Adaptación mala: Con problemas de claro impacto

Nivel 4 → Adaptación muy mala: Con problemas de grave impacto

Historia familiar: Se refiere Contempla 11 reactivos.

Nivel 1 → Entre 0 y 2 puntos

Nivel 2 → Entre 3 y 4 puntos

Nivel 3 → Entre 5 y 8 puntos

Nivel 4 → Entre 9 Y 11 puntos

Adaptación emocional: Contempla 34 reactivos.

Nivel 1 → Entre 0 y 3 puntos
Nivel 2 → Entre 4 y 9 puntos
Nivel 3 → Entre 10 y 23 puntos
Nivel 4 → Entre 24 y 34 puntos

Adaptación interpersonal: 22 preguntas.

Nivel 1 → Entre 0 y 2 puntos
Nivel 2 → Entre 3 y 6 puntos
Nivel 3 → Entre 7 y 15 puntos
Nivel 4 → Entre 16 y 22 puntos

Adaptación vocacional: 13 reactivos.

Nivel 1 → Entre 0 y 3 puntos
Nivel 2 → Entre 4 y 5 puntos
Nivel 3 → Entre 6 y 10 puntos
Nivel 4 → Entre 11 y 13 puntos

Situación económica: 7 preguntas.

Nivel 1 → Entre 0 y 1 puntos
Nivel 2 → 2 puntos
Nivel 3 → Entre 3 y 6 puntos
Nivel 4 → 7 puntos

Adaptación a las crisis: Contempla 15 preguntas.

Nivel 1 → Entre 0 y 1 puntos
Nivel 2 → Entre 2 y 5 puntos
Nivel 3 → Entre 6 y 12 puntos
Nivel 4 → Entre 13 y 15 puntos

Medicación y tratamiento médico: 8 reactivos.

Nivel 1 → Entre 0 y 1 puntos

Nivel 2 → Entre 2 y 3 puntos

Nivel 3 → Entre 4 y 6 puntos

Nivel 4 → Entre 7 y 8 puntos

Funcionamiento psicosocial global: Contempla 57 reactivos.

Nivel 1 → Entre 0 y 10 puntos

Nivel 2 → Entre 11 y 20 puntos

Nivel 3 → Entre 21 y 42 puntos

Nivel 4 → Entre 43 y 57 puntos

En la siguiente tabla, se muestran los factores que integran al WPSI, así como su confiabilidad de acuerdo a la aplicación Test-Retest reportada por Tiberia y Froman (1986) de la versión en español.

Tabla 4.1 Factores que integran el Inventario Psicosocial de Washington (WPSI), versión en español de Tiberia y Froman (1986).

Escalas WPSI	Confiabilidad (test-retest)	Coefficientes de validez: correlación entre la versión en inglés y en español.
Historia familiar	0.78	0.79
Adaptación emocional	0.84	0.88
Adaptación interpersonal	0.82	0.89
Adaptación vocacional	0.74	0.63
Situación económica	0.55	0.66
Adaptación a las crisis	0.84	0.77
Medicamento y tratamiento médico	0.71	0.51
Funcionamiento psicosocial global	0.86	0.91
Preguntas dejadas sin responder	0.65	0.45
Escala de falsedades	0.70	0.73
Asuntos poco frecuentes	0.50	0.76

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2)

Se trata de un instrumento de autoevaluación que permite una valoración cualitativa y psicodinámica de la personalidad. Fue desarrollado por Starke R. Hathaway y J. Charley McKinley, adaptada al español por Rafael Núñez en 1967, y para la presente investigación se utilizó la segunda versión estandarizada para la población mexicana por Emilia Lucio (1995). En cuanto a los coeficientes de confiabilidad α para la población mexicana (Lucio, 1995), resultaron de 0.66 para las escalas básicas que son las utilizadas en esta investigación.

Para la obtención de los perfiles de personalidad, se emplearon únicamente las escalas de validez: L, F y K, que tienen por objeto señalar el grado de confianza que es posible alcanzar para realizar inferencias del perfil, y las escalas clínicas que tienen por objeto determinar el tipo de personalidad del sujeto. A continuación se mencionan las características que contemplan dichas escalas de acuerdo a Lucio y León (2003).

Escala de Frases Omitidas: Es el número de reactivos inválidos en la prueba, ya sea porque fueron omitidos o porque fueron contestados como cierto y falso a la vez.

Escala L: Consta de 15 reactivos. Está diseñada para evaluar la distorsión que se hace de la prueba al contestar con actitudes convencionales (Rivera, 1986). Cuando la puntuación es alta, el sujeto muestra una tendencia a cubrir sus faltas personales socialmente inaceptables. Si la puntuación es baja, se trata de personas que tienden a ofrecer respuestas socialmente aprobadas en relación a los valores morales y control de sí mismos.

Escala F: Formada de 60 reactivos con el propósito de detectar elementos severos de alteraciones psicológicas. Cuando la puntuación es elevada, denota una fuerte tensión interna, tendencia a exagerar la propia problemática, con motivaciones especiales para aparecer como personas inadecuadas, incompetentes, mentalmente enfermas o que buscan formas para evitar responsabilidades.

Escala K: Se conforma de 30 reactivos y funciona como una medida de corrección en ciertas escalas clínicas que pueden ser distorsionadas (Hs, Dp, Pt, Es y Ma), y como indicador de ciertas características de la personalidad. Funciona también como una tendencia al auto engaño y la negación de problemas. La elevación en esta escala se asocia a personas emprendedoras, ingeniosas, dinámicas, enérgicas, racionales, con mucha iniciativa, versátiles, con facilidad para mantener y manejar situaciones sociales. Si la puntuación es baja, la persona tiene un concepto inadecuado de sí misma, sentimientos de inseguridad e incapacidad para resolver sus problemas por deficiencia del sistema defensivo y de control de sus impulsos.

Escala 1: Hipocondría (Hs): Esta escala consta de 33 frases para describir problemas somáticos como pueden ser la fatiga, el cansancio y las molestias físicas vagas. Los pacientes con puntuación alta expresan de manera constante sus conflictos psicológicos y emocionales por medio de una canalización somática, manifestando de manera persistente y/o extrema preocupaciones relacionadas con su salud física. La puntuación baja se da en personas que ofrecen muy poca o ninguna preocupación somática.

Escala 2: Depresión (D): Es la escala que consta de 57 frases, con la que se encuentran estados emocionales momentáneos y transitorios. Con puntuaciones altas se observan personas que pueden describirse como serias, modestas, individualistas, con intereses estéticos, insatisfechas con el medio y con ellas mismas, tienden a preocuparse demasiado, emotivas, de temperamento nervioso, generosas y sentimentales. A nivel patológico pueden ser apáticas, evasivas, indiferentes, aisladas, sumisas, tímidas. Son controlados, pesimistas y tienden a evitar involucrarse en situaciones interpersonales.

En el caso de puntuaciones bajas es característico de las personas sin depresión, con entusiasmo, confiadas en sí mismas, activas, enérgicas, estables, con buen sentido del humor, inquietas, impulsivas, comunicativas y espontáneas.

Escala 3: Histeria (Hi): Escala que consta de 60 reactivos, elaborada para detectar pacientes con histeria de conversión. En personas normales, las calificaciones altas son idealistas, ingenuos, sociales, perseverantes, comunicativos, afectuosos, sentimentales, individualistas, infantiles, impacientes, inhibidos, entusiastas, accesibles y colaboradores en situaciones sociales. Los pacientes psiquiátricos con puntuaciones altas padecen frecuentemente de cefaleas y taquicardia, en sus relaciones familiares pueden tener problemas matrimoniales o con otros miembros. Las puntuaciones bajas caracterizan a las personas con estabilidad, intereses estéticos, convencionales, controladas, pacíficas y restringidas, no participan en situaciones sociales ni les interesa la vida agitada.

Escala 4: Desviación Psicopática (Dp): Escala que consta de 50 frases que tratan de identificar desviaciones psicopáticas en las que los individuos descargan sus impulsos de una forma abierta y sin control. Las personas normales con puntuaciones altas, son rebeldes, cínicos, ignoran las reglas establecidas en su grupo social, egoístas, entusiastas, francos, individualistas, se preocupan demasiado y son muy sensibles. En pacientes psiquiátricos se encuentra el cuadro clásico de personalidad psicopática, reacción antisocial, perversión sexual o alcoholismo. En el caso de puntuaciones bajas, se encuentran personas convencionales y de pocos intereses, son sumisas, complacientes, aceptan la autoridad, con buen temperamento, persistentes y con metas adecuadas, son agradables, tímidas, sinceras y confiables.

Escala 5: Masculino – Femenino (Mf): Escala que consta de 60 reactivos, tiene por objeto obtener respuestas relacionadas con intereses que puedan definirse como propios de varones y mujeres, es decir, pertinentes a características propias de uno u otro sexo. Para cualquiera de los dos sexos una puntuación elevada en esta escala implica una orientación en dirección al sexo opuesto. En hombres indica sensibilidad, idealismo, sociabilidad, intereses estéticos, filosóficos, socialmente perceptivos y capaces de darse cuenta y reaccionar entre las sutilezas involucradas en las relaciones interpersonales, ofreciendo inferencias prácticas y

valiosas; además indica buen juicio, sentido común y buen razonamiento. En mujeres con puntuaciones altas son amantes del peligro, tienen mucha fortaleza física, se enfrentan adecuadamente a la vida, se relacionan con gran facilidad con la gente, dan apariencia de tranquilidad estabilidad. Tienen un sistema de valores que les conduce a favorecer carrera, propias de varones y la característica principal está en función de la agresividad que manifiestan. La puntuación baja en esta escala en los sujetos masculinos indica que son activos, atrevidos, vulgares, obscenos, rudos, repulsivos, poco caballerosos, toscos. La mujer, por otra parte, es sensible e idealista, modesta y con buen sentido común.

Escala 6: Paranoia (Pa): Consta de 40 frases orientadas a encontrar pensamientos o ideas paranoides. Los sujetos normales puntuación alta son perfeccionistas, difíciles de llegar a conocer realmente, tercos, emotivos, sensibles en sus relaciones interpersonales, y dados a preocuparse por lo que otros puedan pensar o decir de ellos. Son personas amables, afectuosas, generosas. Cuando la escala 6 es baja, los sujetos son equilibrados, serios, maduros en su manera de enfrentar la vida, razonables, confiables e íntegros.

Escala 7: Psicastenia (Pt): Se compone de 48 frases que identifican características fóbicas y obsesivo-compulsivas. El sujeto normal con puntuación elevada en esta escala es sentimental, dependiente, deseoso de agradar, con sentimientos de inferioridad, indeciso, compulsivo, tranquilo y de buen temperamento aunque individualista e insatisfecho. Una puntuación baja indica capacidad adecuada para organizar trabajo, sin tener dudas en las actitudes o preocupaciones indebidas.

Escala 8: Esquizofrenia (Es): Consta de 78 reactivos que buscan identificar características asociadas clásicamente con la esquizofrenia, como lo es también el contenido que implica aislamiento emocional, relaciones inadecuadas con los familiares, apatía e indiferencia. Muchos sujetos pueden ofrecer una puntuación muy alta sin ser esquizofrénicos, como los neuróticos excitados, o sujetos con personalidad esquizoide que dan la impresión de ser extraños, raros,

individualistas, poco convencionales con sus amistades pero que son aún capaces de mantener una adaptación social adecuada y una actitud favorable hacia el trabajo que realizan. Cuando es la escala más alta del perfil indica apatía, aislamiento y excentricidad. Una puntuación baja se observa en personas equilibradas, quienes buscan poder y reconocimiento por medio de la productividad, pero tienden a ser sumisos y al reconocimiento casi incondicional de figuras autoritarias, son personas convencionales, responsables, conservadoras, amistosas y honestas.

Escala 9: Hipomanía (Ma): Se compone de 46 reactivos orientados a identificar características de personalidad maniaco depresivas, cuando se obtienen puntuaciones altas en el sujeto normal, es optimista, decidido, expansivo y no se encuentra atado a las costumbres sociales que lo rodean. Las personas con puntuación más baja en esta escala son modestas, convencionales, aisladas, y humildes, si la puntuación no es la más baja los sujetos son prácticos confiables, adaptables y ordenados.

Escala 0: Introversión social (Is): Compuesta por 69 frases que buscan identificar la tendencia a la introversión o extraversión sociales. Las puntuaciones elevadas apuntan hacia la introversión y las puntuaciones bajas señalan la extroversión.

4.11 Procedimiento

Las entrevistas y evaluación de los sujetos se realizaron en el Hospital General de México en la Unidad de Neurología, los cuales forman parte de los pacientes ambulatorios que acuden a consulta debido a la epilepsia. Se les solicitó participar en la investigación de manera voluntaria y se les explicó que la investigación no comprendía ningún riesgo para ellos. Además se les expresó que el objetivo de la investigación es conocer el funcionamiento psicológico y social de las personas que diagnosticadas con epilepsia y que con su participación estarían colaborando en el estudio de los pacientes que se ven afectados por dicho padecimiento.

Como primer paso, se llevó a cabo una entrevista inicial con el paciente y su familiar acompañante (si este era el caso) y una evaluación psicológica de manera individual, con el fin de obtener la historia clínica, su perfil psicológico con la aplicación del MMPI-2 y el funcionamiento psicosocial con la aplicación del WPSI. En promedio la evaluación se llevó a cabo en dos sesiones: la primera de 50 minutos para elaborar la historia clínica y la aplicación del WPSI, y la segunda sesión para la aplicación del MMPI-2 de 120 minutos de duración aproximadamente. A cada sujeto se le dio una explicación acerca de las instrucciones para contestar las autoevaluaciones y en caso de requerirse, algunas preguntas eran leídas y explicadas por el aplicador.

4.12 Análisis de datos

Para el análisis estadístico de resultados, se utilizó el programa estadístico informático para las ciencias sociales, IBM SPSS Statistics 19.0.

Inicialmente se llevó a cabo un análisis de frecuencias para obtener la descripción de la muestra. Para la formación de perfiles de personalidad y de funcionamiento psicosocial se obtuvieron las medias de cada una de las escalas, con el fin de poder comparar cada una y construir un perfil general del grupo.

Con el fin de comparar las diferencias entre edad, género, escolaridad, ocupación, tipo de crisis y tiempo de evolución con los factores que integran la adaptación psicosocial y con los rasgos de personalidad, se utilizaron las pruebas de correlación de Pearson, Rho de Spearman y Tau de Kendall de acuerdo al nivel de medición de las variables a relacionar.

Finalmente se utilizó la prueba de correlación de Pearson (r), para determinar la relación entre los factores de adaptación psicosocial y las características de personalidad. En el siguiente capítulo se presentan los resultados obtenidos.

CAPÍTULO 5

Resultados

La epilepsia es un trastorno neurológico de origen orgánico provocado por una actividad eléctrica anormal en las células cerebrales, estas descargas pueden originar crisis convulsivas caracterizadas por distintas manifestaciones clínicas de acuerdo al área cerebral en que se originen las descargas eléctricas excesivas, bien puede ser en una zona limitada o en la totalidad del cerebro. Además de las manifestaciones clínicas de la enfermedad, suelen aparecer alteraciones psíquicas de diferente magnitud en la vida de las personas que la padecen, que van desde no tener complicaciones hasta ser una enfermedad devastadora (Santilli, 1997).

Existen tres principales grupos de factores de riesgo que confluyen para provocar un desajuste, estos son los componentes neurobiológicos (edad de aparición, duración, tipo de crisis, control de las crisis, presencia de daño cerebral, metabolismo cerebral y neurotransmisores), los factores medicamentosos (si es mono o politerapia, tratamiento con barbitúricos y efecto hormonal) y los factores psicosociales (temor a las crisis, calidad de vida deficiente, problemas financieros, escasa disponibilidad de apoyo social y estigmas sociales y familiares), la inclusión de estos últimos en el desarrollo del modelo conceptual que explica la disfunción en áreas específicas de la vida de una persona de acuerdo a la presencia de los elementos de riesgo, ha resultado ser de suma importancia (Fabelo, 2010; Hermann, Whitman y Anton, 1992).

Los factores psicosociales pueden estimarse por la detección de problemas en la educación y la crianza en la historia familiar, el ajuste emocional, la adaptación interpersonal, la adaptación vocacional, la situación económica, la adaptación a los ataques y la adaptación a la medicación y al tratamiento médico; si se identifican problemas en alguna de estas áreas significará en mayor o menor medida un inadecuado funcionamiento psicosocial global. Además se encuentran los factores de personalidad que también pueden aparecer a un nivel patológico en las personas con epilepsia como la literatura reporta, pues ésta población tiene una prevalencia más alta

de trastornos psicopatológicos o psiquiátricos tales como depresión, ansiedad y psicosis que la población general, aunque a pesar de este riesgo, no en todos los pacientes se desarrolla una psicopatología o una desadaptación psicosocial (Dodrill, Batzel, Quisser, y Temkin, 1980; Holzer y Bear, 1997; Fabelo, 2010).

Con el objetivo de identificar la existencia de rasgos psicopatológicos y evaluar el funcionamiento psicosocial de sujetos con epilepsia, así como medir la relación existente entre los factores que los componen, se recurrió a la aplicación de los siguientes instrumentos: la segunda versión del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2) y el Inventario Psicosocial Washington de Ataques Epilépticos (WPSI). La muestra evaluada estuvo compuesta por 53 sujetos adultos con epilepsia pacientes de la Unidad de Neurología y Neurocirugía del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

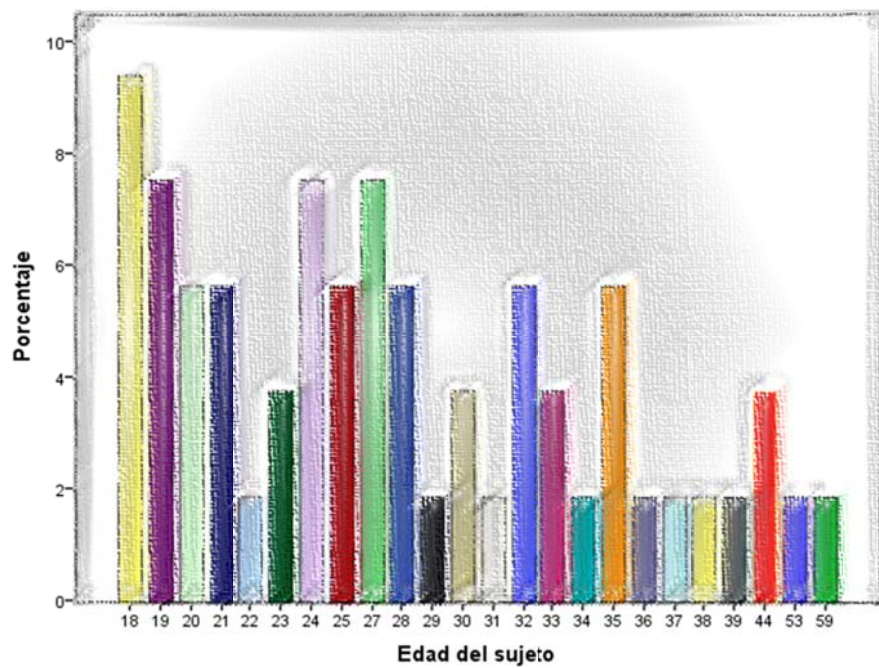
Para realizar el análisis de los resultados se utilizó el paquete estadístico informático IBM SPSS Statistics versión 19.0 (Statistical Package for the Social Sciences) y se utilizó un análisis de correlación de Pearson, Spearman y Kendall, de acuerdo al nivel de medición de las variables. Los resultados presentados a continuación comienzan con una descripción de la muestra a nivel general, posteriormente la descripción de la presencia de las variables psicosociales y psicopatológicas en la muestra y posteriormente un análisis de correlación para determinar las relaciones existentes entre las características de los sujetos participantes y los factores psicosociales y de personalidad que se tomaron en cuenta para la investigación.

5.1 Descripción de la muestra

5.1.1 Edad

La muestra total estuvo compuesta por un total de 53 adultos con epilepsia, con un intervalo de edad de 18 a 59 años, donde la media resultó de 28 años. La distribución de los sujetos se observa en la Gráfica 5.1.

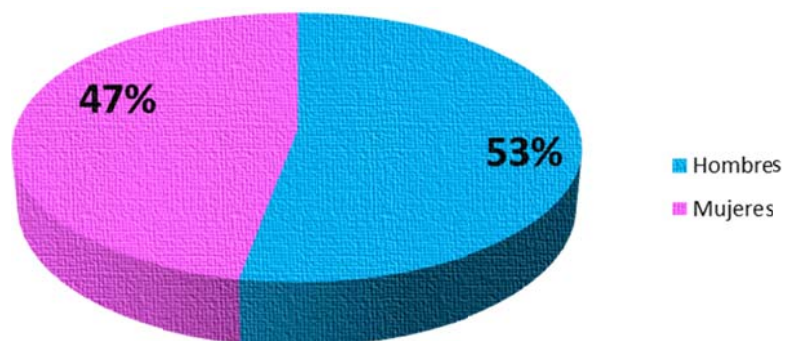
Gráfica 5.1 *Edad de los sujetos*



5.1.2 Sexo

De acuerdo a la Gráfica 5.2, en la muestra se encuentran representados ambos sexos a proporciones comparables, 28 sujetos de sexo masculino (52.8%) y 25 femenino (47.2%).

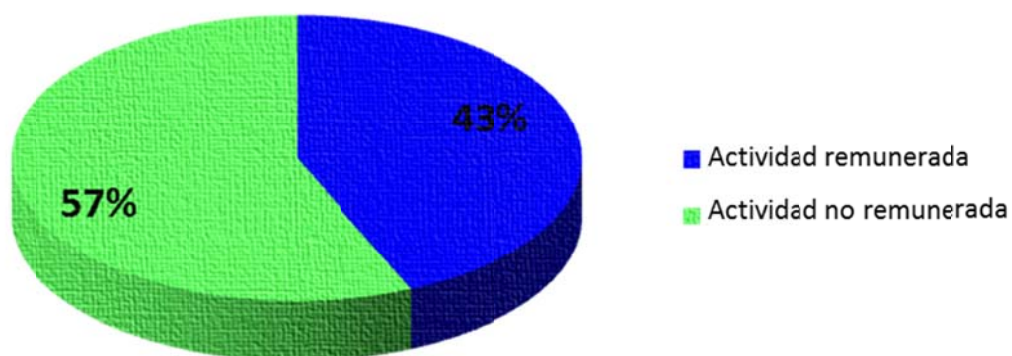
Gráfica 5.2 Sexo de los sujetos



5.1.3 Tipo de actividad

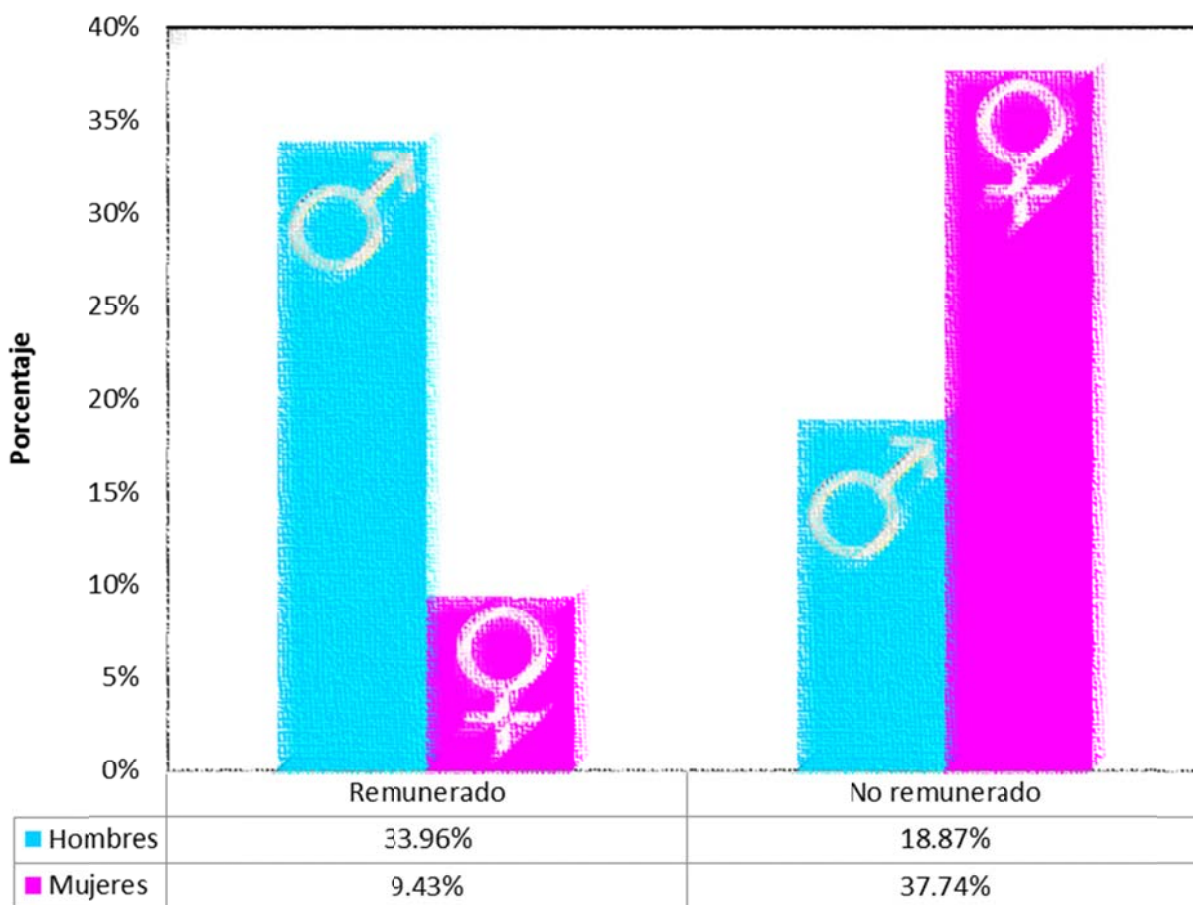
La muestra se clasificó de acuerdo a la realización de alguna actividad económicamente remunerada o no remunerada, como se aprecia en la Gráfica 5.3, de la totalidad de sujetos el 57% realiza alguna actividad económica y el 43% realiza actividades que no le traen beneficios remunerados, es decir se trata de una actividad no económica.

Gráfica 5.3 Tipo de actividad de los sujetos



De los 23 sujetos que realizan una actividad remunerada (43%), el 33.96% son hombres y el 9.43% son mujeres; y de los 30 sujetos que se clasifican en una actividad no económica (57%), el 18.87% son hombres, en contraste con el 37.74% de mujeres. En la Gráfica 5.4 es posible observar ésta comparación.

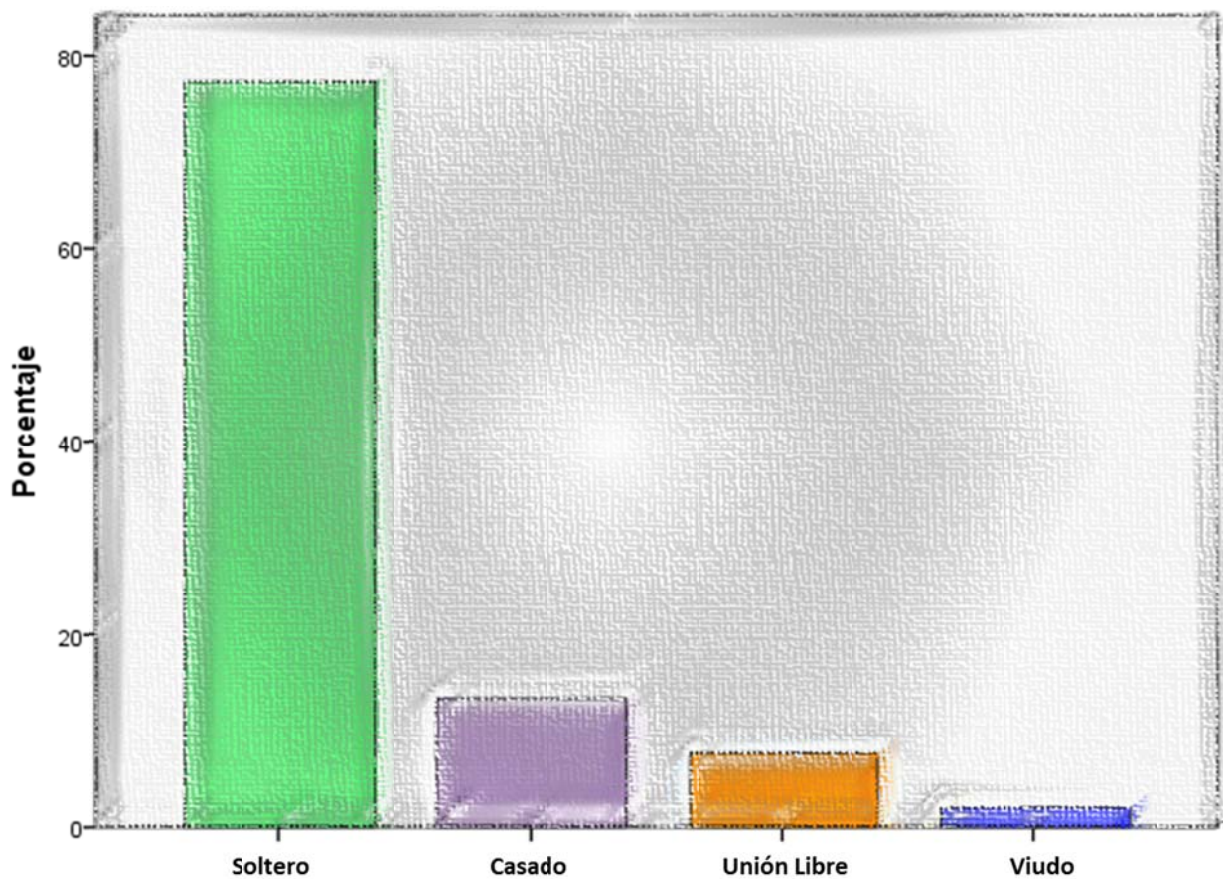
Gráfica 5.4 Tipo de Actividad de los sujetos de la muestra por Género



5.1.4 Estado Civil

Para describir el estado civil se consideraron las categorías de soltero, casado, unión libre, viudo y divorciado, para ésta última categoría no se presentaron casos; la moda para muestra fue soltero con 77.4%, seguido por el 13.2% de sujetos casados, el 7.5% se encuentran en unión libre, y el 1.9% son viudos, la media de edad de los sujetos solteros es de 26.71 años. A continuación se muestra la distribución en la Gráfica 5.5:

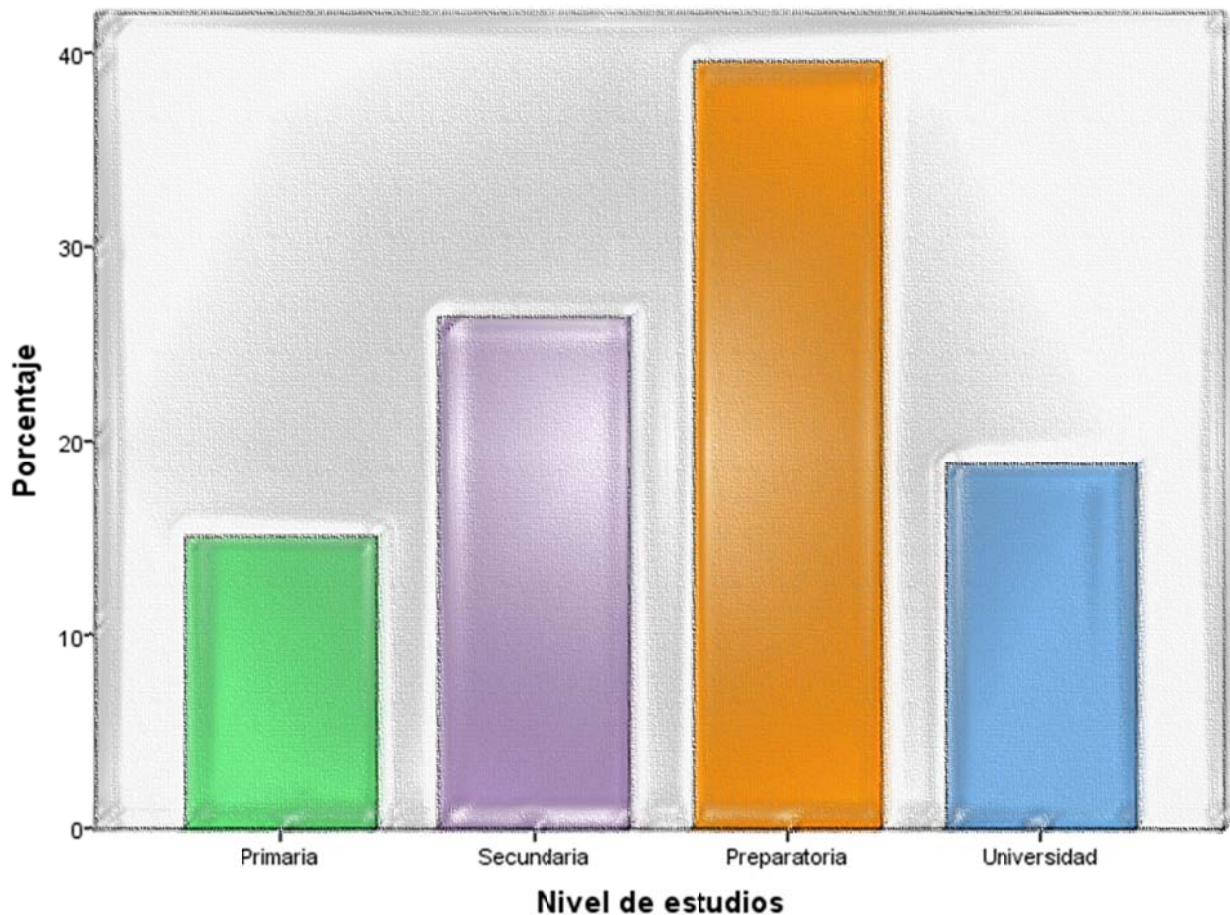
Gráfica 5.5 Estado civil de los sujetos



5.1.5 Escolaridad

Con respecto al nivel de estudios, los sujetos fueron clasificados en cuatro categorías de acuerdo al nivel de estudios cursados, la moda y la mediana fue preparatoria o equivalente con 39.6%, le sigue secundaria con 26.4%, universidad con 18.9% y finalmente primaria con 15.1%, comparados en la Gráfica 5.6:

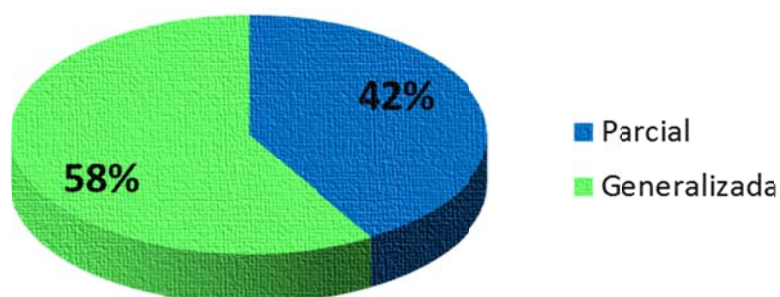
Gráfica 5.6 Nivel de estudio de los sujetos



5.1.6 Tipo de crisis

De acuerdo a los tipos de crisis que reportan los expedientes médicos de los 53 sujetos que componen la muestra, la moda fue la categoría de crisis generalizada correspondiente a 31 personas (58.5%), y las 22 restantes presentan crisis parciales (41.5%), tal como se muestra en la Gráfica 5.7:

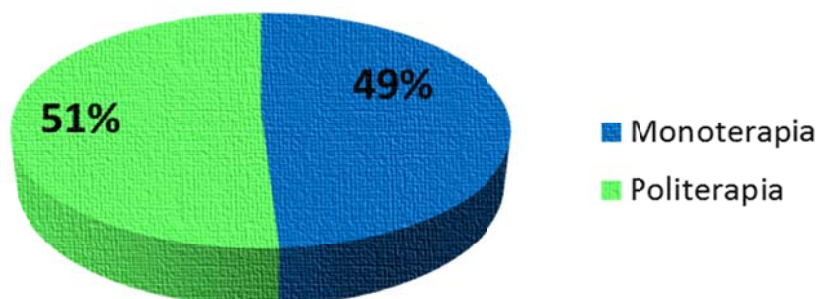
Gráfica 5.7 Tipo de Crisis que presentan los sujetos



5.1.7 Tratamiento Farmacológico

El tratamiento farmacológico de los sujetos se clasificó en monoterapia en caso de que se tratara de un solo medicamento antiepiléptico o politerapia en caso de ser dos o más. En la muestra la distribución de ambas categorías se comportó de manera equilibrada, ya que la diferencia entre ellas es de un sujeto. De acuerdo a la Gráfica 5.8, a la politerapia le corresponde el 50.9% y a la monoterapia el 49.1% del total de los 53 participantes.

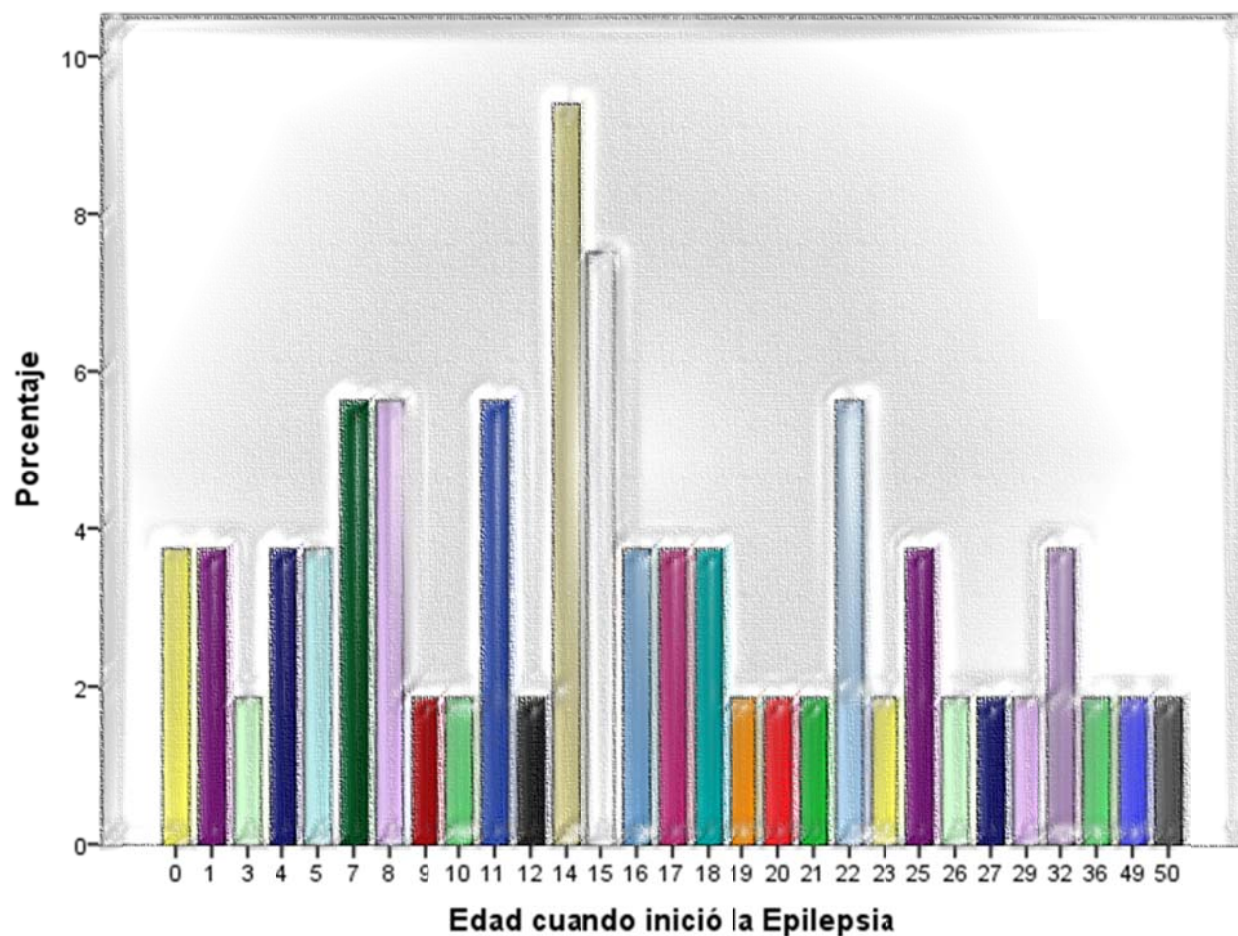
Gráfica 5.8 Tratamiento Farmacológico de los sujetos



5.1.8 Edad de inicio de la epilepsia

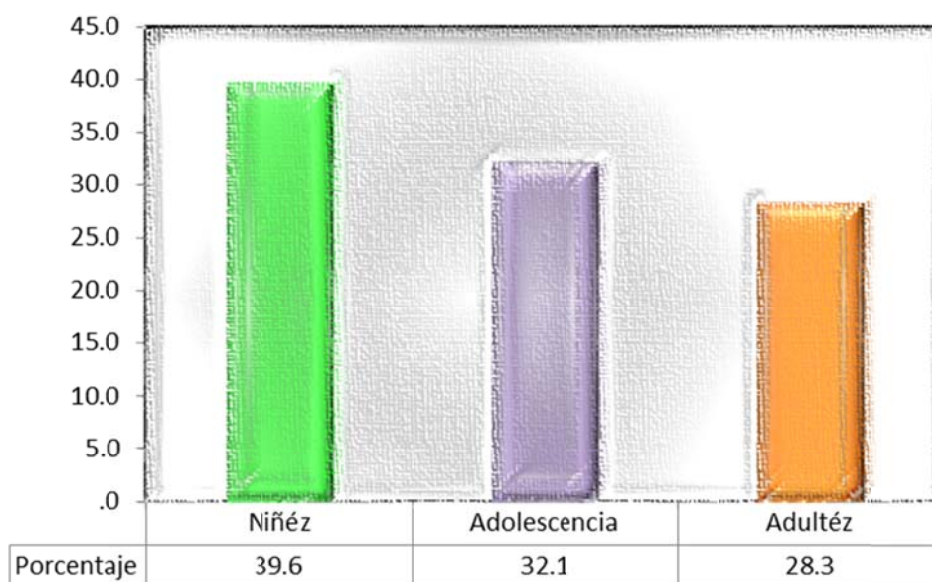
La edad de inicio de la epilepsia de acuerdo a los expedientes clínicos de los sujetos, se ubica en un intervalo que va desde los primeros meses de vida hasta los 50 años de edad, la media de la muestra es de 15.92. La gráfica 5.9 muestra las proporciones de la población de acuerdo a la edad de inicio.

Gráfica 5.9 *Edad de inicio de la epilepsia*



Al agrupar las edades de acuerdo a la etapa de vida en que apareció la epilepsia: niñez (0 a 13 años), adolescencia (14 a 20) y adultez (20 a 60) como se aprecia en la Gráfica 5.10, se aprecia que la mayoría de los sujetos comenzó con el trastorno durante la niñez con el 39.6%, sin embargo tanto para la adolescencia como para la adultez también se encuentra una proporción representativa de sujetos con 32.1% y 28.3% respectivamente.

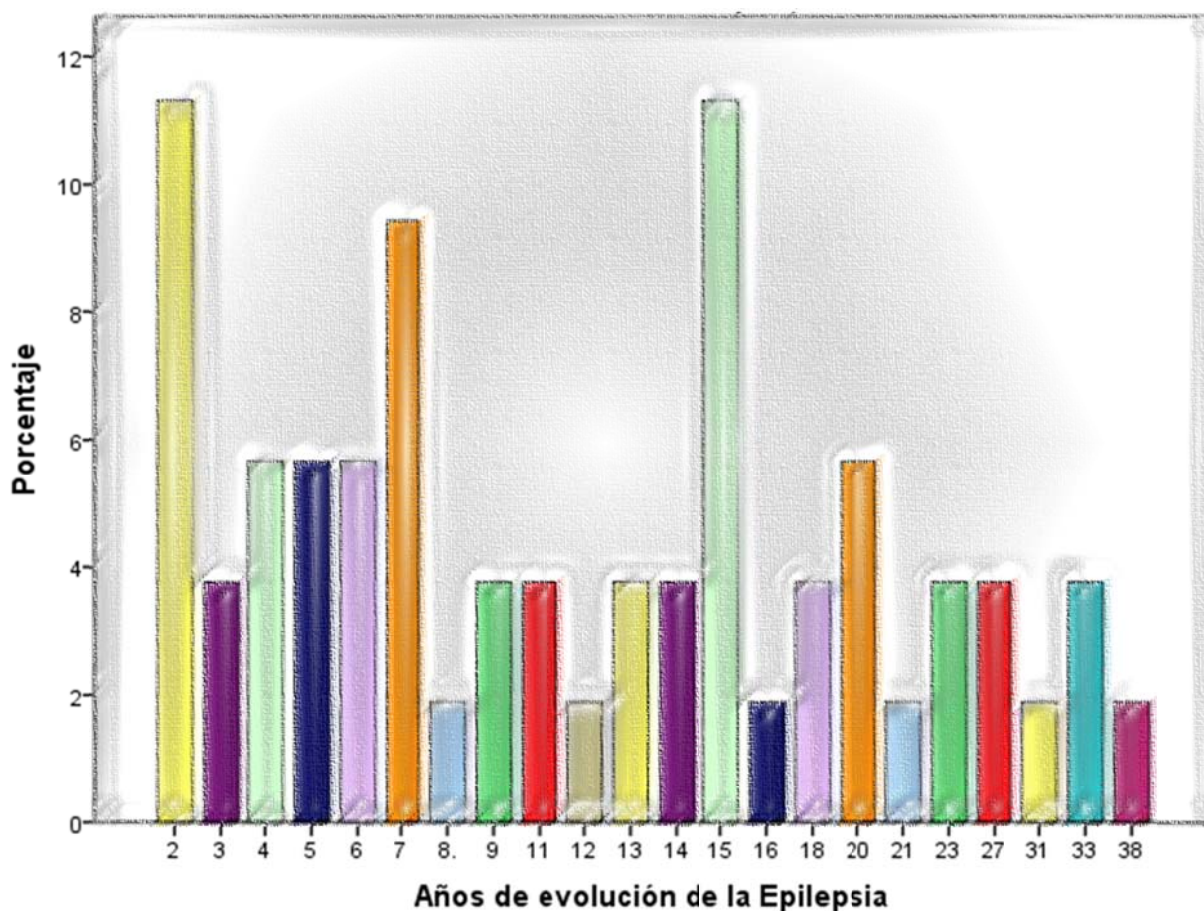
Gráfica 5.10 *Etapa de vida de inicio de la epilepsia*



5.1.9 Años de Evolución de la epilepsia

Los sujetos de la muestra presentan un intervalo de duración de la epilepsia de dos a 38 años, la media de 12.64 años de duración. La distribución se aprecia en la Gráfica 5.11 y en el Anexo 3, se muestran las frecuencias de los años de evolución de la epilepsia presentes en los sujetos, es posible notar que en la muestra están representados sujetos que tienen poco tiempo de padecer epilepsia, así como los que tienen una gran parte de su vida diagnosticados.

Gráfica 5.11 *Años de Evolución de la epilepsia*



5.2 Descripción por rasgos de la personalidad

En esta fase del análisis se describe la dispersión de las puntuaciones del MMPI-2, para ello se tomaron las escalas de validez L, F y K como descriptores de la actitud de los sujetos ante la prueba y las escalas clínicas básicas (Hipocondría, Depresión, Histeria, Desviación Psicopática, Masculinidad-Feminidad, Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia, Hipomanía e Introversión Social) debido a que proporcionan los principales rasgos y la posibilidad de constituir un perfil de personalidad, además de que estas escalas son suficientes para evaluar un número importante de tipos de personalidad y de desórdenes emocionales.

Los perfiles de personalidad fueron obtenidos por medio de las puntuaciones naturales y su correspondiente corrección con el factor K para considerar la defensividad en las escalas en las que fue requerido. Las puntuaciones brutas se ubican en el perfil masculino o femenino, una vez trazado el perfil es posible transformar el valor de cada escala en unidades de puntuación T, que son medidas estándar propuestas en el MMPI tradicional, con una media de 50 y una desviación estándar de 10, basadas en las distribuciones de puntuaciones de la muestra en la población normal de Minnesota (Buela-Casal y Sierra, 1997).

Inicialmente para reconocer los datos más destacables, las puntuaciones T fueron analizadas de acuerdo a los intervalos de corte usados por la distribución de puntuaciones de la muestra normativa que maneja el perfil del MMPI-2, los niveles de elevación de la escala originalmente fueron asignados en base al desempeño de muestras de pacientes que ya ha sido diagnosticados con alguna psicopatología; los intervalos que se tomaron en cuenta son los siguientes:

Nivel Bajo → Puntuación T de 30 a 50

Nivel Medio → Puntuación T de 51 a 65

Nivel Alto → Puntuación T de 66 a 120

A continuación se describirán las dispersiones de las puntuaciones en las escalas de validez que se tomaron en cuenta para esta investigación y posteriormente los resultados observados en las escalas clínicas, para finalmente presentar el perfil general del grupo, en el que se obtuvieron las medias de cada una de las escalas, con el fin de poder comparar cada una y construir un perfil general (Tabla 5.1).

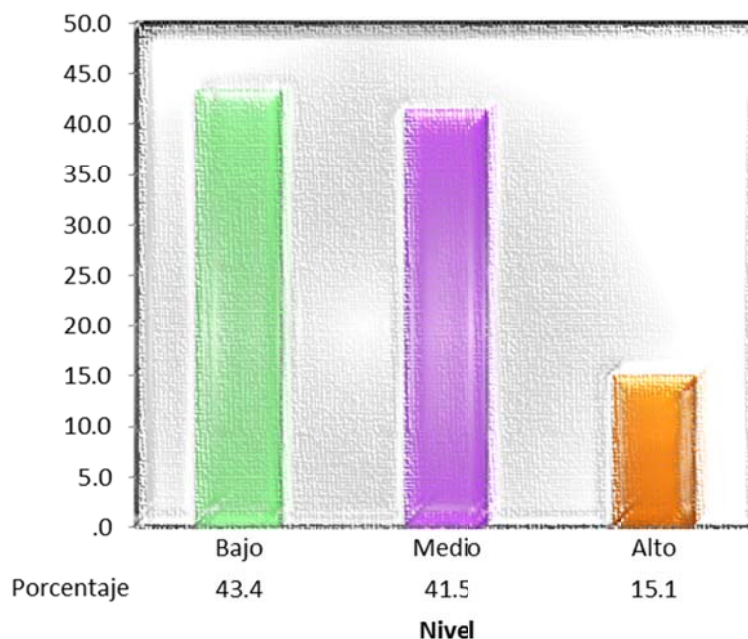
5.2.1 Escala L (Mentira)

La escala L de mentira tiene una media de 51.94 tal como se aprecia en la Tabla 5.1, la puntuación se ubica en el rango medio. La muestra tiene una mayor proporción en el nivel bajo y medio: el 43.4% de los sujetos resultaron con un nivel bajo, indicando que trataron de mostrar problemas emocionales o graves, lo que equivale a manifestar patología exagerada.

El nivel medio que corresponde al 41.5 de la muestra indica que se trata de perfiles válidos de personas que se sienten conformes con la propia autoimagen, también es típico de personas que son convencionales y conformistas.

El 84.9% de la muestra se concentra en niveles bajos y medios de la escala, lo cual sugiere que son perfiles válidos ya que se mostraron de manera sincera ante la prueba. El 15.1% restante pertenece a puntuaciones altas, lo que indica desde una visión fuertemente moralista y rígida, hasta falta de insight, represión y resistencia a la evaluación. Las proporciones se observan en la Gráfica 5.12.

Gráfica 5.12 *Dispersión de la muestra en la escala L (mentira)*



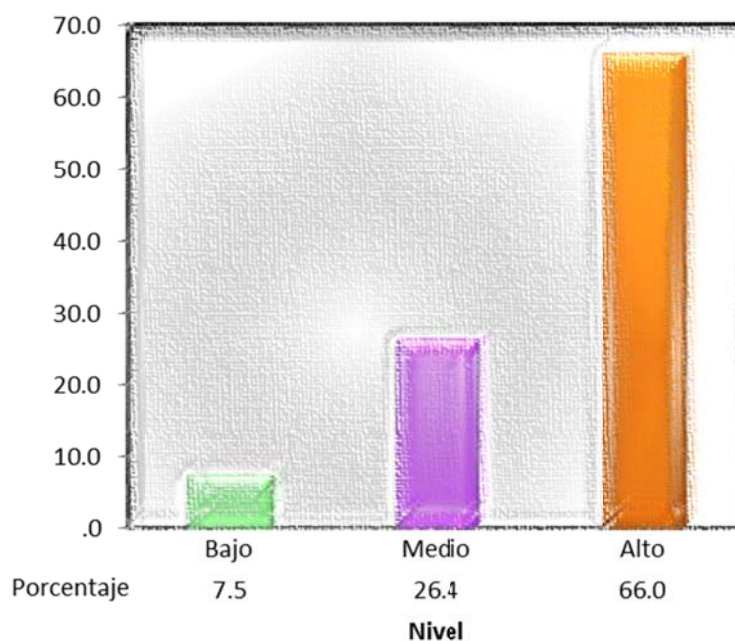
5.2.2 Escala F (Infrecuencia)

La media de las puntuaciones T en la escala F de infrecuencia que detecta elementos que indiquen alteraciones psicológicas es de 76.85 (Tabla 5.1), la cual es una puntuación alta. Esta escala muestra una mayor proporción en el nivel alto con el 66% de los sujetos, lo cual caracteriza a personas que se sienten con una gran tensión interna o están inestables emocionalmente, por lo que pueden manifestar una súplica de ayuda en la prueba, debido a reflejan problemas emocionales de importancia.

El 26.4% de la muestra resultó con un nivel medio en la escala F, en donde se ubican las respuestas comunes ante la prueba y un buen funcionamiento.

El nivel bajo de la escala F lo presentó únicamente el 7.5 de los sujetos, los cuales son socialmente adaptados, sinceros y convencionales que tienen la percepción de sentirse bien.

Gráfica 5.13 *Dispersión de la muestra en la escala F (infrecuencia)*



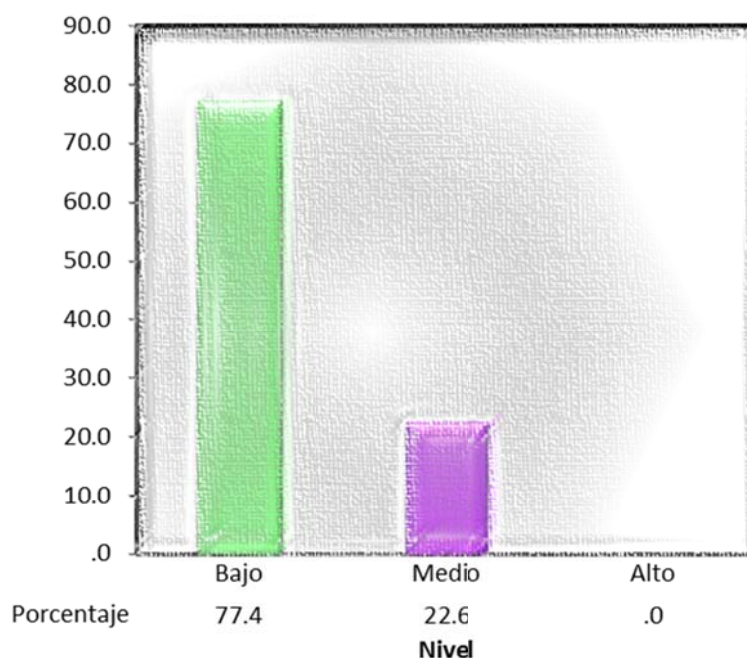
5.2.3 Escala K (Corrección)

La media de las puntuaciones T en la escala K de corrección es de 42,30 (Tabla 5.1), ubicándose como una puntuación en el nivel bajo; de la misma forma, el 77.4% de los sujetos se ubicaron en este nivel, lo cual puede indicar una súplica de ayuda por parte de los sujetos, además de la carencia de defensas adecuadas para enfrentar sus problemáticas y un pobre autoconcepto.

La proporción restante de la muestra (22.6%) se ubicó en el nivel medio, los cuales cuentan con suficientes recursos para autoprotegerse y descubrir mecanismos nuevos que los ayuden a enfrentarse a problemáticas que amenacen su equilibrio.

Ningún sujeto resultó en el nivel alto de la escala, la comparación se aprecia en la Gráfica 5.14.

Gráfica 5.14 *Dispersión de la muestra en la escala K (corrección)*

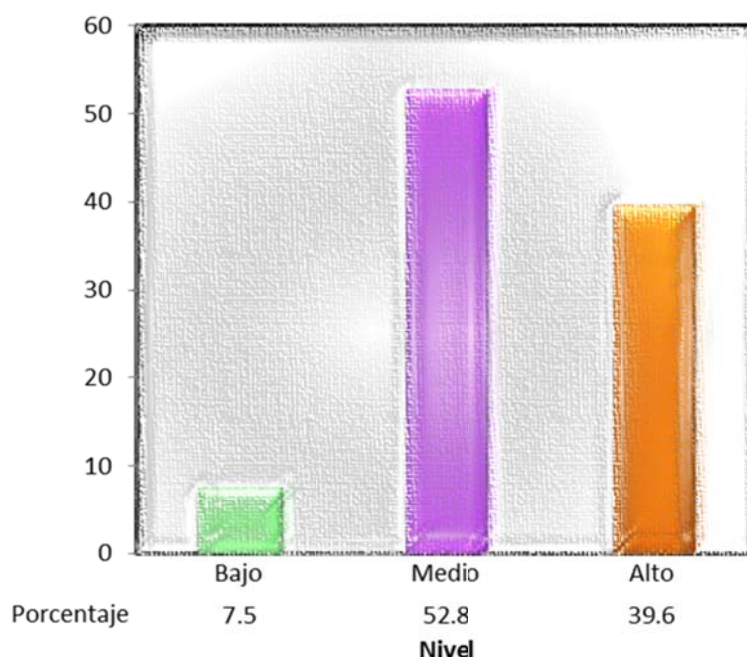


5.2.4 Escala 1 (Hs)

La escala de hipocondriasis que detecta síntomas o quejas que reflejan preocupación corporal general o la tendencia de un individuo a centrarse en él mismo, tuvo una media de 63.79 (Tabla 5.1), que corresponde a un nivel de puntuación medio. En esta elevación se concentró el 52.8% de la muestra, lo cual indica que estos sujetos se preocupan por su cuerpo y su salud, se caracterizan por quejarse constantemente, irritarse, sentirse inmaduros emocionalmente y pueden llegar a llorar fácilmente; esta elevación es característica de personas que presentan algún desorden orgánico específico.

Por otro lado, el nivel alto lo presentaron el 39.6% de lo sujetos, también es una proporción considerable comparado con el 7.5% del nivel bajo. La puntuación alta en esta escala identifica a personas que manifiestan quejas continuas de sus problemas de salud e inestabilidad, se encuentran centrados en sí mismos, son pesimistas y demandantes, en las puntuaciones más elevadas se observan sujetos que se sienten impotentes ante sus múltiples síntomas y acuden a la fantasía como una forma de enfrentamiento.

Gráfica 5.15 *Dispersión de la de la muestra en la escala 1 (Hs)*



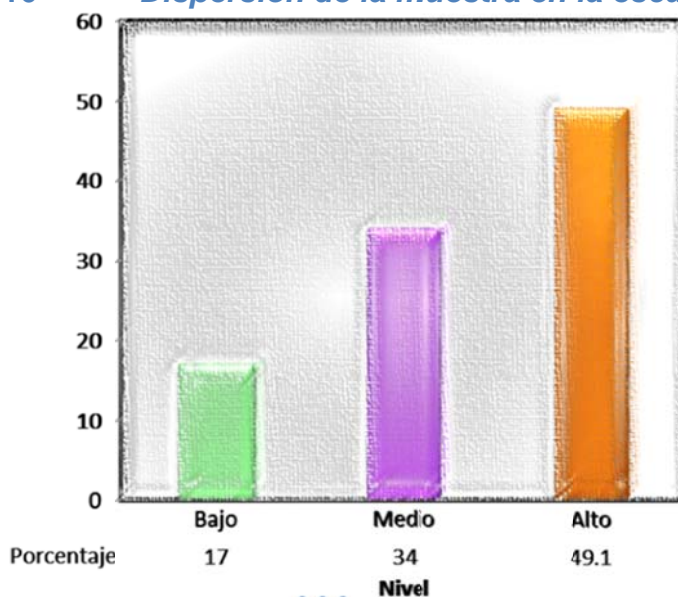
5.2.5 Escala 2 (D)

La escala 2 identifica a individuos con características clínicas de la depresión tales como sentimientos de desesperanza, pesimismo y desesperación, también detecta rasgos de personalidad como responsabilidad excesiva, normas personales estrictas, y tendencia a sentirse culpable con frecuencia resultó con una media de 64.68 que se ubica en el límite superior del nivel medio, sin embargo la mayor proporción de sujetos tiene un nivel alto en la escala de depresión (49.1%), casi la mitad de los sujetos de la muestra son retraídos y cautelosos, tienden a permanecer distantes de los demás, parecen ser poco confiados en sí mismos y tienen sentimientos de inadecuación, tristeza, falta de energía y angustia.

El 34% de la muestra se ubica en la puntuación media consistente con el promedio general, esta elevación puede identificar a individuos que se sientan conformes consigo mismos y tengan una visión realista del mundo que les rodea, pero en su límite superior puede indicar algunos síntomas de preocupación e infelicidad sin que señale una patología como tal, son sujetos que se comportan de manera inhibida e introvertida y que pueden irritarse fácilmente.

Las puntuaciones bajas se concentraron en el 17% de la muestra, indicando características más activas y entusiastas que llegan a mostrar confianza y optimismo, así como una estabilidad emocional contundente.

Gráfica 5.16 *Dispersión de la muestra en la escala 2 (D)*



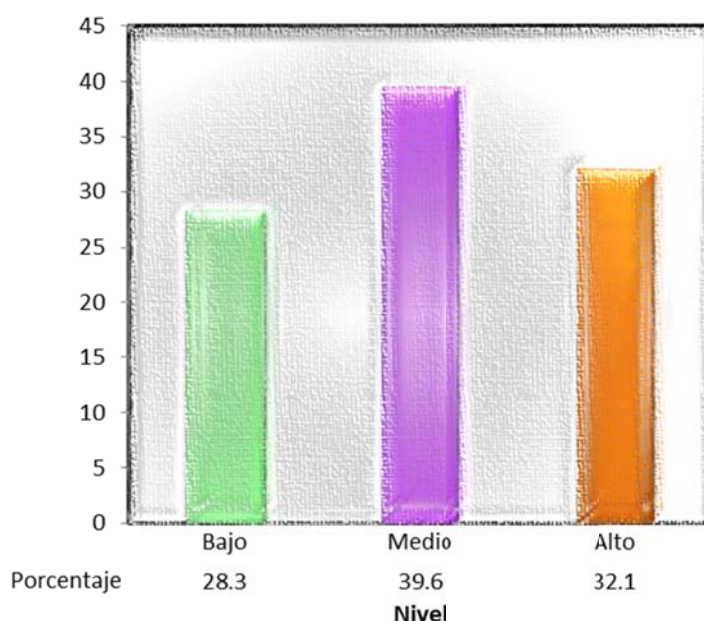
5.2.6 Escala 3 (Hi)

La media de la escala 3 es la puntuación T 60.58, corresponde a un nivel medio de la escala. La escala 3 que se orienta a identificar quejas físicas o desórdenes específicos, así como signos de negación de problemas en la vida personal o la falta de ansiedad social, los resultados muestran una dispersión heterogénea, con proporciones similares para cada uno de los niveles. La mayor proporción la tiene la elevación de puntajes medios (39.6%), quienes son sujetos con tendencia a ser realistas y sensibles, que mantienen el equilibrio entre la emoción y la razón.

Los puntajes altos con el 32.1% de la muestra indican que son personas ingenuas con poca capacidad de insight, son demandantes e histriónicos utilizando como defensas la negación y la disociación, llegando a utilizar manifestaciones físicas como reacción a problemas emocionales.

Las puntuaciones bajas se concentraron en el otro tercio de la muestra, características de personas que tienen pocos intereses en la vida y tienden a aislarse del entorno social. Es evidente que en esta escala no se manifiesta una tendencia mayoritaria en los sujetos tal como se observa en la Gráfica 5.17.

Gráfica 5.17 *Dispersión de la muestra en la escala 3 (Hi)*



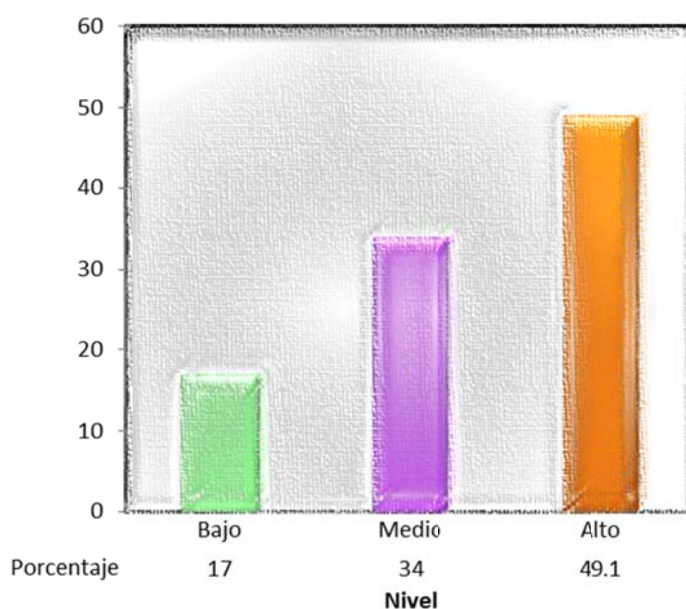
5.2.7 Escala 4 (Dp)

La escala de desviación psicopática identifica actitudes que muestran una falta de interés por cumplir las normas sociales y morales de conducta. Dentro de la muestra observamos que el nivel alto de la escala es el que presentó una mayor proporción entre los sujetos con un 46.1, lo cual indica que aproximadamente la mitad de la muestra cuenta con conductas problemáticas hacia las figuras de autoridad, así como comportamiento rebelde y hostil, que son las características que identifican a esta escala, sin embargo también esta elevación señala personas con poca tolerancia, problemas en sus relaciones interpersonales y se asocia a antecedentes de pocos logros en el individuo.

La elevación de puntuaciones medias se presentó en una proporción del 34%, lo que caracteriza a personas con una capacidad de sociabilidad adaptada, capaces de expresar sus sentimientos y pensamientos de una forma adecuada, además son confiables, tenaces y responsables.

En menor medida con el 17% se encuentran los sujetos con puntuaciones bajas, con poca confianza en sí mismos moralistas, convencionales y rígidos.

Gráfica 5.18 *Dispersión de la muestra en la escala 4 (Dp)*



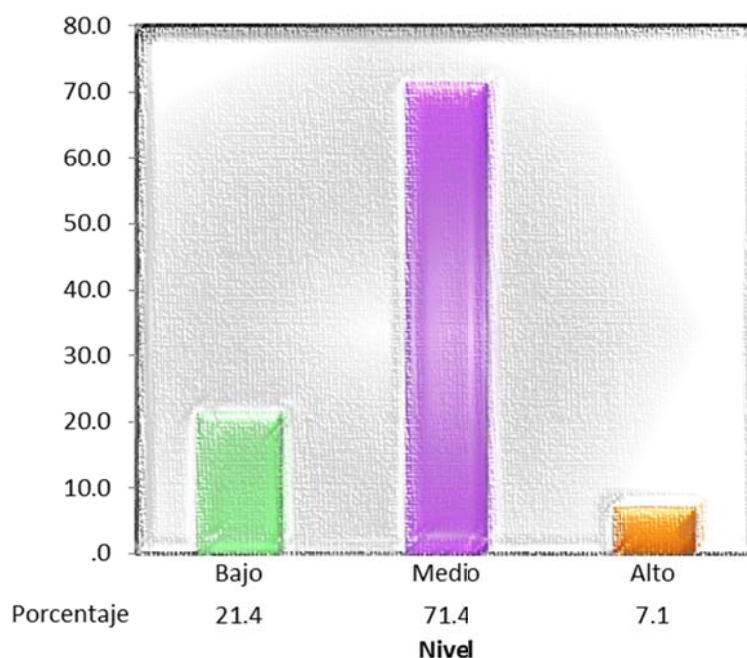
5.2.8 Escala 5 (Mf) perfil masculino

La escala de masculinidad detecta rasgos típicos en los hombres en sus reacciones emocionales, intereses, actitudes y sentimientos acerca del trabajo, relaciones sociales y pasatiempos, en la que se encontró una media de 56.54 correspondiente a un nivel de elevación media, y en esta misma puntuación se encuentra la mayor proporción de la muestra de 71.4%, lo cual indica que la mayor parte de la población de sujetos hombres es homogénea en éste sentido, pues se trata de individuos prácticos con sentido común, que mantienen una visión realista y convencional de su entorno.

En menor medida encontramos a hombres con puntuaciones bajas (21.4%) que tienen intereses tradicional y culturalmente masculinos, en cuyos comportamientos puede manifestarse a manera de rudeza y agresividad, se orientan a la acción y confían en sí mismos. Además pueden mostrar actitudes de desprecio o machismo hacia la mujer.

En último lugar se encontraron a los hombres con puntuaciones altas en la escala 5, con un 7.1% de presencia, que son tolerantes, con capacidad de empatía y creatividad.

Gráfica 5.19 *Dispersión de la muestra en la escala 5 (Mf) perfil masculino*



5.2.9 Escala 5 (Mf) perfil femenino

La escala 5 en el perfil femenino identifica características tradicionalmente femeninas, en la medición de la muestra a diferencia del perfil masculino, se encuentra una dispersión heterogénea en los niveles; sin embargo la puntuación T media de 57.52 con variación de un punto con respecto a la media de la escala 5 en los hombres (ver Tabla 5.1).

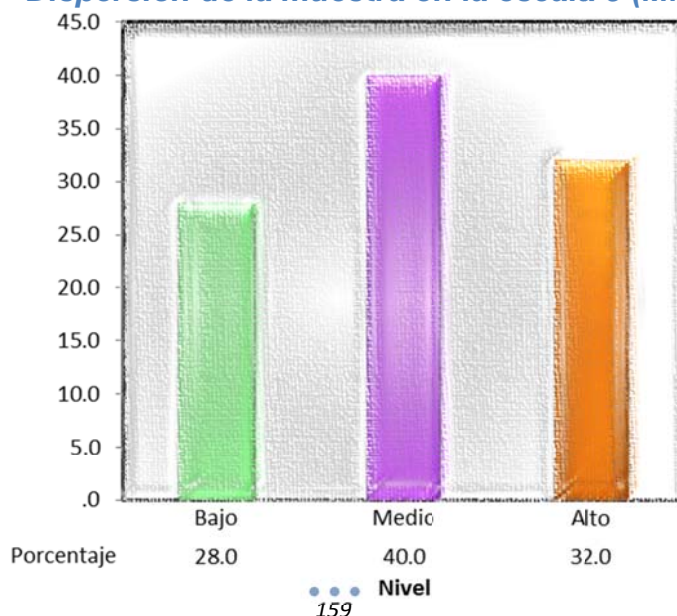
El nivel medio es particular de mujeres idealistas, empáticas y consideradas en sus relaciones sociales, capaces de expresar con claridad sus sentimientos y puntos de vista, a estos sujetos les corresponde una proporción del 40% como se aprecia en la gráfica 5.20.

Ligeramente en menor porcentaje (32%) se encuentran las mujeres con niveles altos de ésta escala, que se comportan con confianza en sí mismas, son competitivas y enérgicas, además de que emocionalmente tienen un mayor control inclinándose a actuar bajo la lógica.

Con el 28% se encuentran las mujeres con puntuaciones bajas, que muestran intereses tradicionalmente femeninos, que se sienten inseguras y se sienten incapaces de enfrentarse solas a la vida, por lo que también muestran rasgos de dependencia y sumisión.

Gráfica 5.20

Dispersión de la muestra en la escala 5 (Mf) perfil femenino



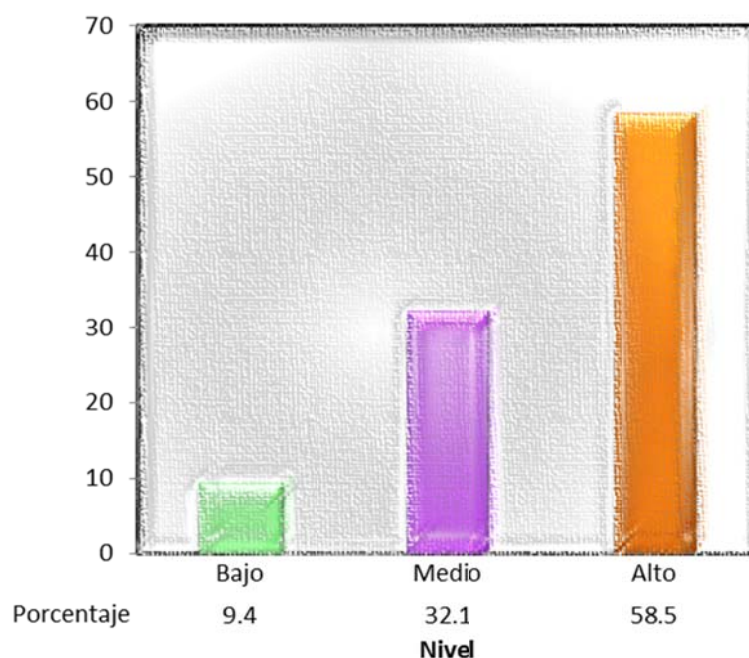
5.2.10 Escala 6 (Pa)

La escala 6 identifica personas con suspicacia marcada y tendencia a malinterpretar los motivos e intenciones de los demás. Los resultados muestran una media de 67.47, puntuación T ubicada en el nivel alto de la escala, en donde se encuentra el 58.5% de los sujetos de la muestra, lo que indica individuos resentidos, rígidos y obstinados, que interpretan los sentimientos de culpa y odio internos como provenientes del exterior, por lo que interpretan erróneamente las situaciones sociales y reaccionan con hostilidad y suspicacia.

En el nivel medio con el 32.1% se ubican los sujetos que pueden presentar un pensamiento un poco más claro, por lo que confían en los demás hasta el momento en que lo traicionan, es por ello que se pueden mostrar precavidos y son sensibles ante desaires y rechazos.

En el nivel bajo con menor proporción en la muestra (9.4%), se ubican los individuos que son flexibles, equilibrados y joviales.

Gráfica 5.21 *Dispersión de la muestra en la escala 6 (Pa)*



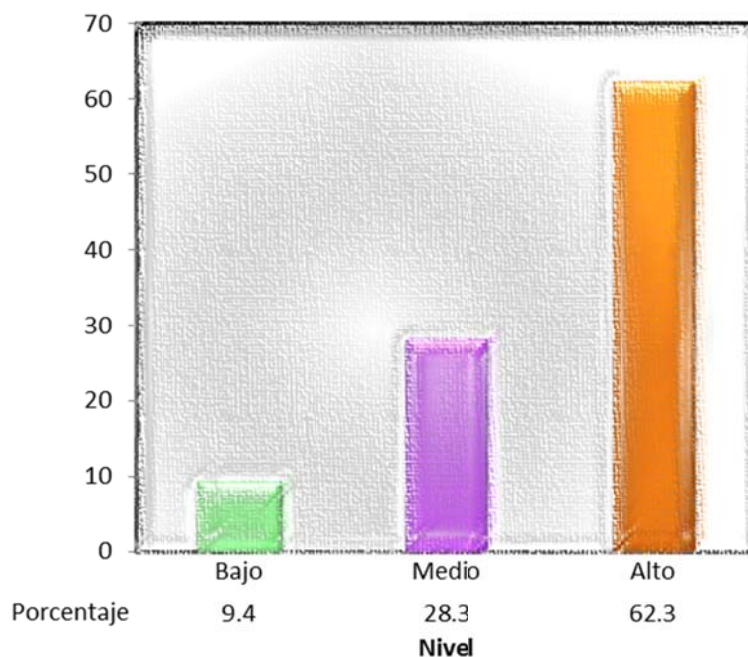
5.2.11 Escala 7 (Pt) Psicastenia

La psicastenia que es la escala que detecta ansiedad y angustia en los individuos, se encuentra de manera predominante en los sujetos con un 62.3% en el nivel alto, a lo que corresponde con una media muestral de 71.38, estos resultados sugieren la presencia de rasgos obsesivos, síntomas de tensión, ansiedad e incluso puede acompañarse de síntomas depresivos, se trata de personas inseguras y se muestran preocupadas la mayor parte del tiempo, son aprehensivas, tienen miedo al fracaso e inclinaciones morales, se sienten culpables y suelen tener acciones meticulosas y rígidas.

Con el 28.3% de los sujetos ubicados en el nivel medio, están los sujetos que son introspectivos, ordenados y responsables que tienden a intelectualizar, son personas que les gusta trabajar y muestran inclinaciones perfeccionistas.

Finalmente el nivel bajo corresponde únicamente al 9.4% de la muestra, en el que se encuentran personas relajadas y tranquilas, con una adecuada confianza en sí mismos y que logran desarrollarse eficientemente en sus labores.

Gráfica 5.22 *Dispersión de la muestra en la escala 7 (Pt)*



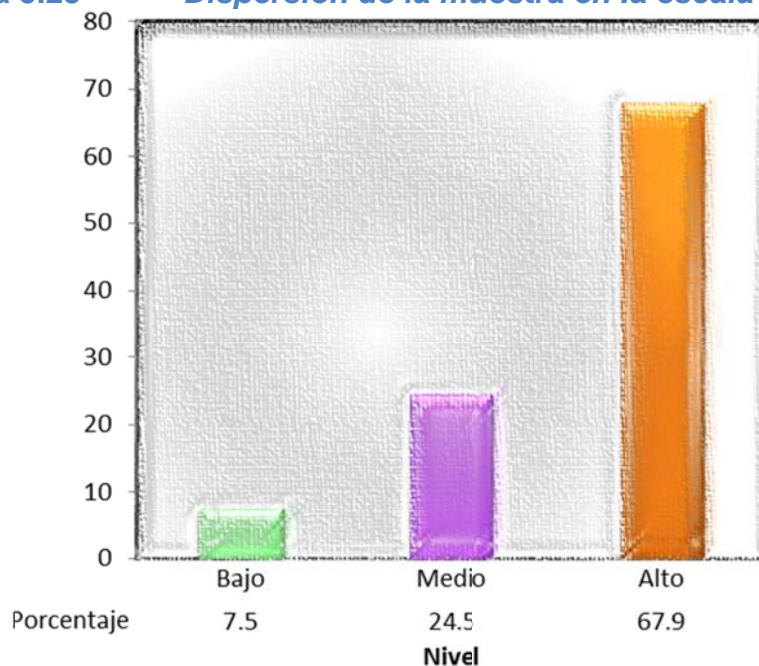
5.2.12 Escala 8 (Es) Esquizofrenia

Los reactivos de la escala 8 identifican sujetos que manifiestan síntomas de esquizofrenia, tales como conductas excéntricas, experiencias raras y susceptibilidad marcada. De acuerdo a los resultados de la muestra, la media es de 75.89, corresponde a una puntuación T alta, mismo nivel donde se ubica la mayor proporción de los sujetos con un 67.9%, estos individuos manifiestan creencias raras, conflictos de identidad, así como dificultad para concentrarse y pensar con claridad, son vistos como poco convencionales y retraídos socialmente, cuando las puntuaciones llegan a ser muy elevadas el sujeto puede perder contacto con la realidad, presentar alteraciones del pensamiento y alucinaciones.

Para el caso del 24.5% de la muestra que obtuvo puntajes medios, puede tratarse de personas que se irritan con facilidad y con poco interés en la gente, pero son muy creativos e imaginativos.

El 7.5% de la muestra obtuvo un nivel bajo en esta escala, son personas adaptables y confiables, e incluso puede tratarse de personas conservadoras y con gran autocontrol en el caso de las puntuaciones más bajas.

Gráfica 5.23 *Dispersión de la muestra en la escala 8 (Es)*

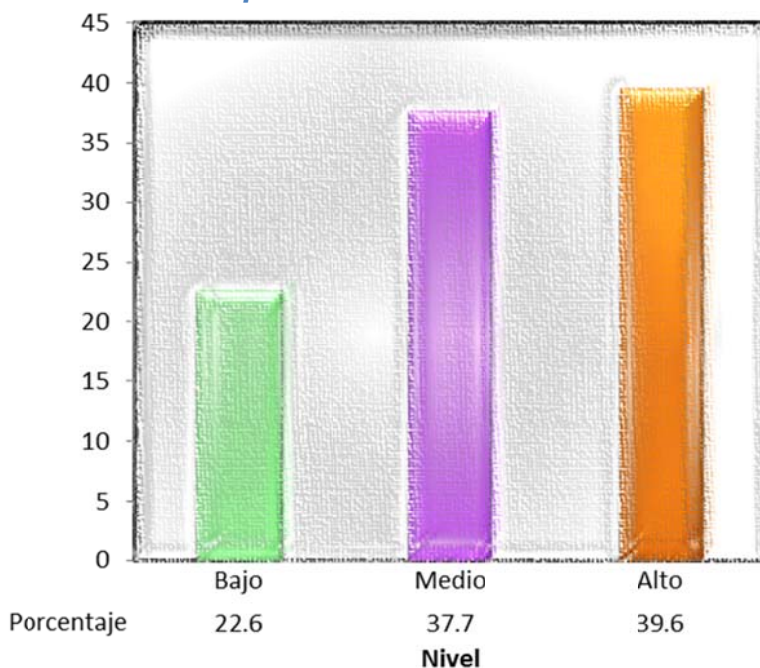


5.2.13 Escala 9 (Ma) Manía

La escala de manía detecta síntomas asociados a esta condición, tales como la ambición exagerada, extraversión y aspiraciones elevadas. Los resultados en la muestra se presentan dispersos en los tres niveles de la escala, la media resultante es de 59.26 y la proporción mayoritaria se aprecia en los puntajes altos con el 39.6%, éstos sujetos se caracterizan por ser excesivamente activos, aunque se comportan de manera abierta y extrovertida sus relaciones sociales son superficiales, su estado de ánimo puede ser eufórico, agitado y presentar labilidad emocional. Otro porcentaje considerable es el observado con puntuaciones medias, el 37.7% de la muestra corresponde a sujetos sociables y amigables, son personas dóciles y tolerantes, con un adecuado sentido de la responsabilidad y una visión realista del entorno.

En menor proporción se encuentran los sujetos apáticos y pesimistas, con poca energía que puede estar asociado a síntomas depresivos, a éste grupo le corresponde el 22.6% de la muestra, que aunque en menor porcentaje, es una cantidad considerable de sujetos que presentan estas características, pues como se observa en la siguiente gráfica la dispersión de los participantes se encuentra a proporciones similares en los tres niveles.

Gráfica 5.24 *Dispersión de la muestra en la escala 9 (Ma)*

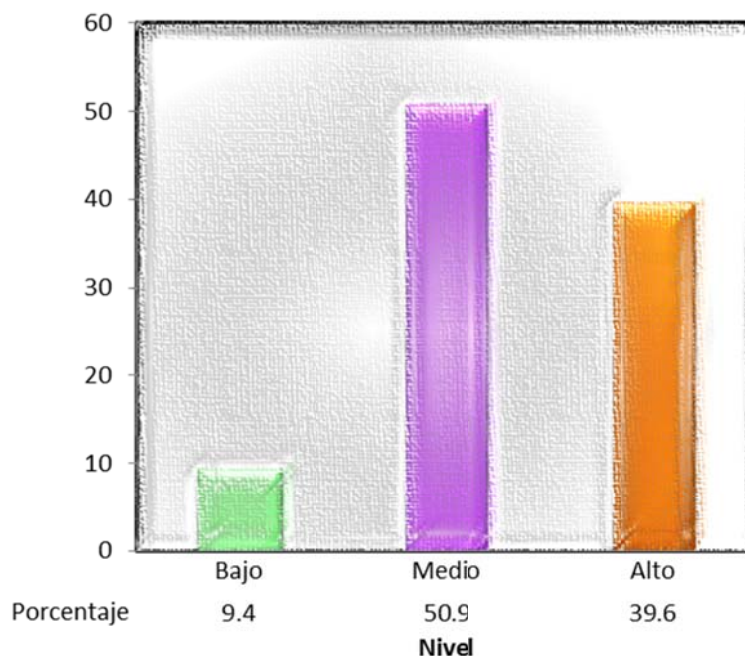


5.2.14 Escala 0 (Is) Introversión Social

La escala de Introversión social identifica a sujetos que son tímidos, prefieren permanecer en soledad y tienen carencia de autoafirmación social. En la muestra la media resultó con una puntuación T de 61.94, que corresponde a un nivel medio, el 50.9% de los sujetos participantes tienen puntuaciones medias, lo cual indica que se trata de sujetos reservados y serios, se sienten autodevaluados y actúan cautelosamente para controlar sus emociones e impulsos, en el límite inferior de este nivel se encuentran personas más equilibradas socialmente. Las puntuaciones bajas son las que manifiestan características extrovertidas, son confiados en ellos mismos y autoafirmativos, e incluso llegan a ser exhibicionistas y manipuladores, la muestra resultó con el 9.4% de este tipo de sujetos.

El 39.6% de la muestra pertenece a puntuaciones elevadas, lo cual les caracteriza por ser introvertidos, tímidos y cautelosos con poca confianza en sí mismos, llegando a manifestar irritabilidad en su estado de ánimo.

Gráfica 5.25 *Dispersión de la muestra en la escala 0 (Is)*



5.3 Perfil general de la muestra del MMPI-2

Con respecto a la aplicación de la evaluación es notable el tiempo en que los sujetos tardaron en contestar el MMPI-2, que fue desde dos hasta tres horas aproximadamente, el manual indica que el tiempo promedio que tarda una persona con inteligencia normal sin dificultades para leer ni para concentrarse es de una o dos horas, por lo que el largo tiempo de respuesta al inventario puede ser debido a distintas causas entre las que pueden ser de naturaleza psicológica tales como indecisión obsesiva, depresión, preocupación o pensamientos intrusivos que interfieren en la concentración, también se ha visto relacionado a personas que tienen deficiencia mental superficial o que su capacidad intelectual es normal-baja.

La elaboración del perfil se realizó con las normas para población mexicana en adultos, ya sea para hombres o mujeres respectivamente, y posteriormente se determinaron las puntuaciones T correspondientes a cada sujeto para el llenado de la base de datos, mismos puntajes que sirvieron para calcular los promedios y el perfil general de la muestra.

En el perfil general, las escalas de validez L, F y K muestran una configuración de “V invertida” que se encuentra generalmente en perfiles con trastornos de personalidad y en los pacientes psicóticos, pudiendo indicar condiciones sintomáticas. Además indica que se trata de una población que en promedio se encuentra en una situación de necesidad de ayuda, pues reconoce las problemáticas que manifiesta en su vida y se perciben como personas que tienen demasiados conflictos a los que no pueden hacer frente, pues los recursos defensivos con los que cuentan no son funcionales ni suficientes para llevarlos a una adecuada resolución, debido a lo cual su ejecución expresa una solicitud de ayuda.

En el perfil de escalas clínicas destacan la 8, la 7 y la 6, mismas que se observan con una elevación superior a la normalidad como puede apreciarse en la gráfica 5.26, lo cual indica la presencia de rasgos de personalidad de depresión o introversión, ansiedad, apatía y aislamiento. A los sujetos que tienen estas características les es complicado tomar actitudes adecuadas en situaciones de interacción social, son

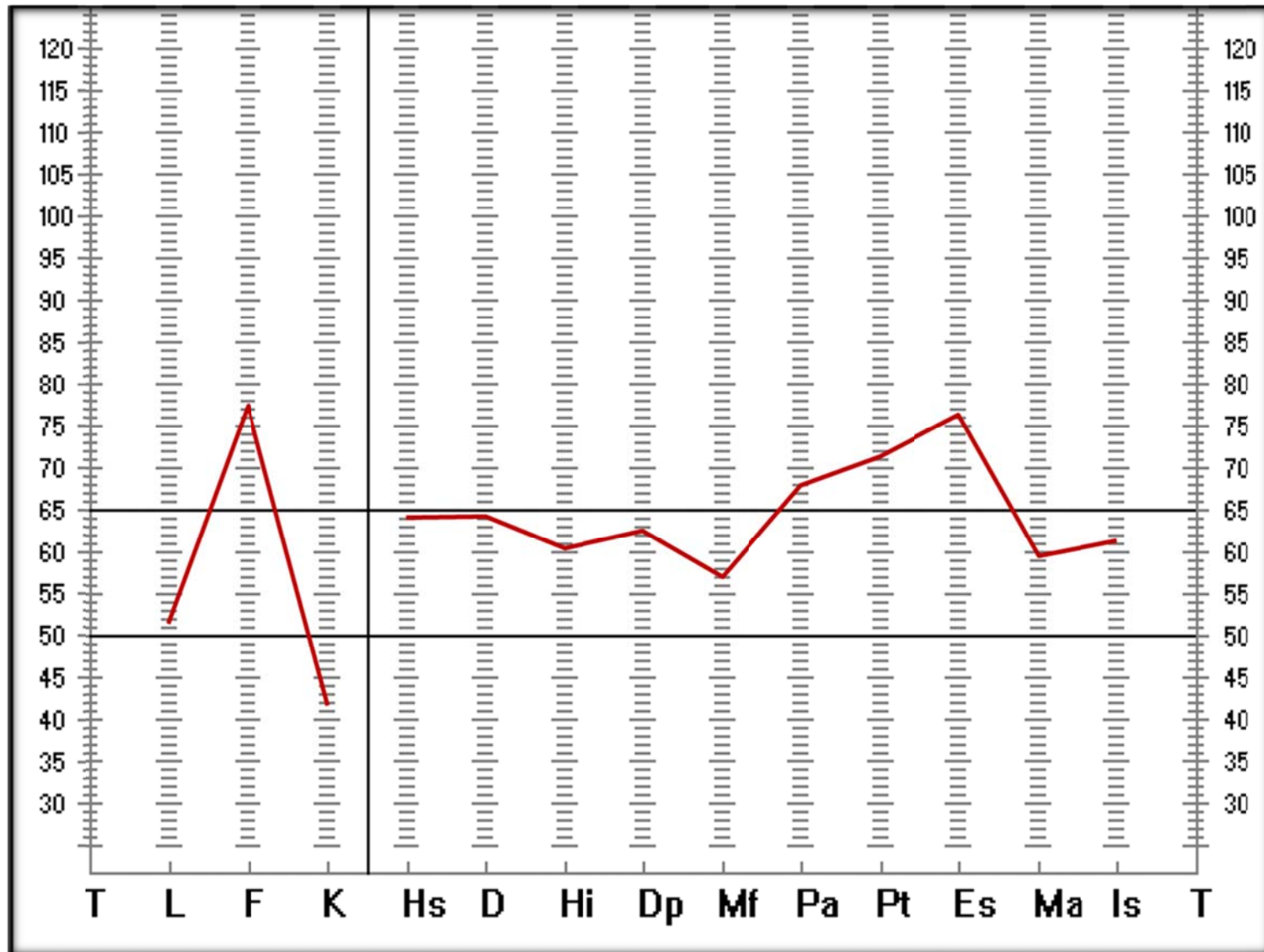
pesimistas, tienen preocupaciones con regularidad incluyendo de índole sexual y no logran enfrentarse a sus problemas cotidianos utilizando el sentido común. El perfil sugiere además que las dificultades que presentan son crónicas, debido a ello se desarrollan como individuos dependientes de los demás, ya sea de sus padres o de la pareja. Las dificultades sociales son provenientes de la sensación de inseguridad e inferioridad, por lo que su vida cuenta con pocas experiencias sociales satisfactorias. El hecho de que a nivel social no logren relacionarse provoca un aislamiento que enfrentarán por medio del refugio encontrado en un rico mundo fantasioso, por lo que pasan la mayor parte del tiempo en sus ilusiones o fantasías.

Finalmente cabe señalar que se trata de sujetos con dificultad de establecer relaciones interpersonales estables y afectivas, además de contar con pobres recursos racionales que los lleven a alcanzar insight, lo que sugiere que no se trata de candidatos adecuados a la psicoterapia.

Tabla 5.1 *Puntuaciones medias de las escalas del MMPI*

Escala	N	Media
L	53	51.94
F	53	76.85
K	53	42.30
Hipocondriasis	53	63.79
Depresión	53	64.68
Histeria	53	60.58
Desviación Psicopática	53	61.98
Masculino/Femenino (H)	28	56.54
Masculino/Femenino (M)	25	57.52
Paranoia	53	67.47
Psicastenia	53	71.38
Esquizofrenia	53	75.89
Manía	53	59.26
Introversión Social	53	61.94
N válido	53	

Gráfica 5.26 Perfil general de la muestra en las Escalas Clínicas



5.4 Descripción de las escalas de funcionamiento psicosocial

En este apartado se describen los resultados obtenidos en las escalas que componen el WPSI, para lo cual se tomó como unidad de medida el número de reactivos correspondientes a cada escala, a partir de ellos se obtuvo la media de la muestra y se conformó el perfil general grupal conforme a la distribución que define los niveles de adaptación y permite comparar entre sí cada rubro, la clasificación de los niveles de adaptación son los siguientes:

Adaptación aceptable:

Nivel 1 → Buena adaptación: Sin problemas significativos

Nivel 2 → Adaptación media: Con problemas de significado limitado

Desadaptación:

Nivel 3 → Con problemas de claro impacto

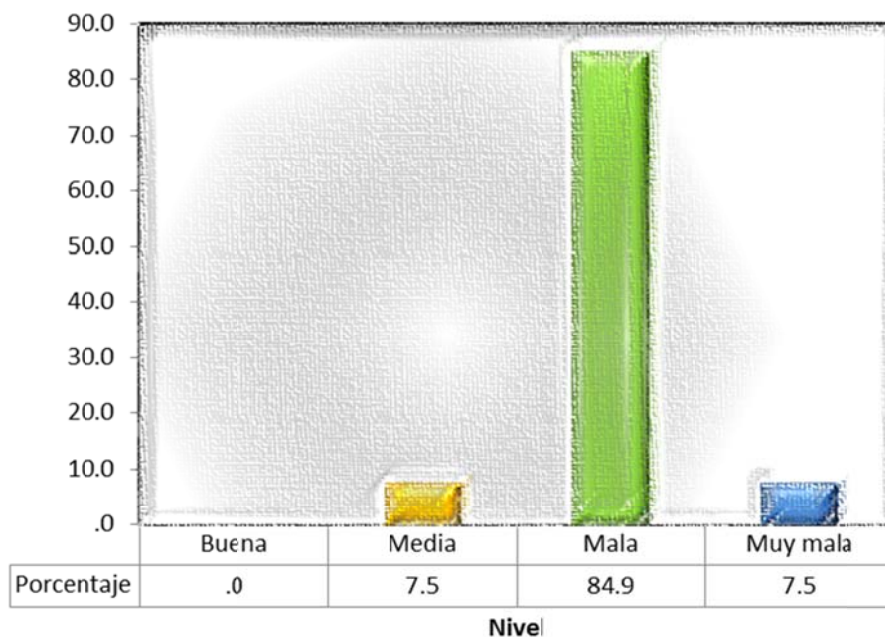
Nivel 4 → Con problemas de grave impacto

Se iniciará describiendo los resultados grupales para cada escala de funcionamiento psicosocial y posteriormente la descripción del perfil general grupal.

5.4.1 Escala de historia familiar

La valoración de ésta área hace referencia a las características de las relaciones interpersonales con los padres, en el ámbito escolar y las interacciones con sus compañeros durante la infancia. La media de esta escala se ubicó en la puntuación 6.23 (Tabla 5.2), que corresponde a un nivel de adaptación malo como se observa en el perfil mostrado en la gráfica 5.35. El 84.9% de la muestra se concentró en el nivel 3 de claro impacto, lo cual es característico de personas con una adaptación familiar con dificultades, pues los problemas que refiere en este ámbito revelan un claro impacto de la enfermedad, lo que facilita la aparición de dificultades psicosociales a lo largo de la vida.

Gráfica 5.27 *Dispersión de la muestra en la escala de historia familiar*

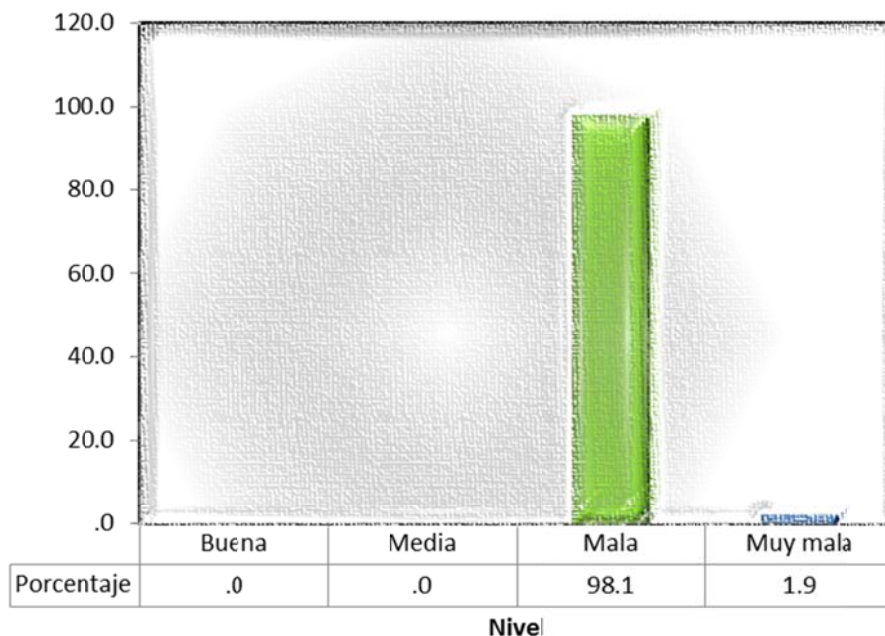


5.4.2 Escala de adaptación emocional

Los resultados en esta escala revelan que ninguno de los sujetos que participaron en el estudio cuenta con una adaptación aceptable, en la Tabla 5.2 se observa que la media resultó de 17.23, puntaje que equivale a un nivel malo de adaptación, la proporción de la muestra que se encuentra en este intervalo es de 98.1% y únicamente un 1.9% se ubica en el siguiente nivel de desajuste (Gráfica 5.28).

Estos resultados indican una desadaptación emocional en el 100% de la muestra, lo cual significa que cuentan con dificultades emocionales como depresión, tensión, ansiedad, preocupación, incapacidad para pensar con claridad, preocupaciones somáticas, hipersensibilidad, rasgos psicóticos, pobre autoimagen e insatisfacción generalizada con la vida que son los aspectos emocionales que se ven afectados con mayor frecuencia en las personas con epilepsia.

Gráfica 5.28 *Dispersión de la muestra en la escala de adaptación emocional*

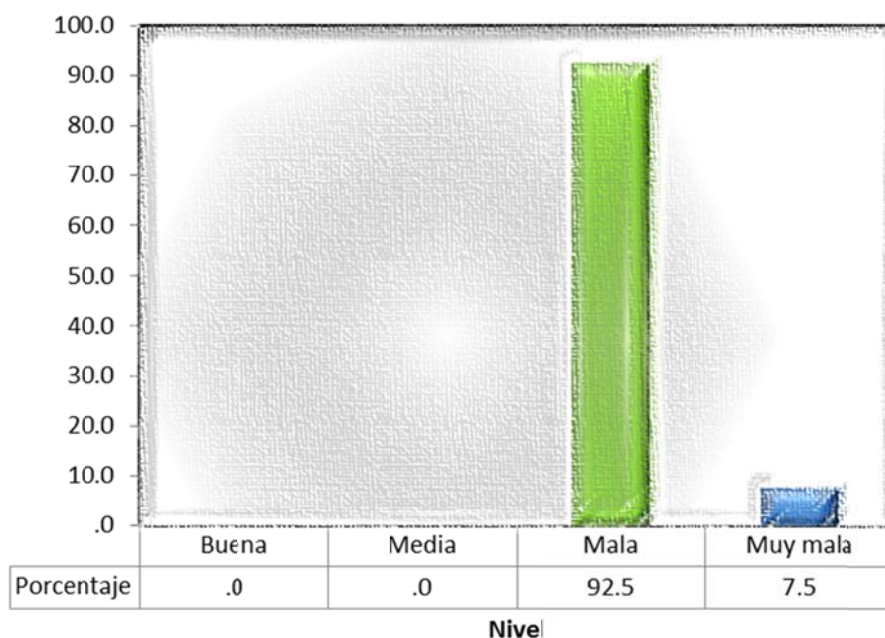


5.4.3 Escala de adaptación interpersonal

La adaptación social en los sujetos de la muestra es disfuncional, ya que el 100% resultó con niveles altos de desajuste: 92.5% tiene problemas de claro impacto, mientras que el 7.5% debe afrontar los efectos de una mayor desadaptación a nivel interpersonal.

La media de la muestra es de 12.19 (Tabla 5.2), puntuación que se ubica en el nivel 3 del perfil (Gráfica 5.35). La totalidad de los sujetos carecen de habilidades para relacionarse de manera efectiva con los demás, lo que le producirá dificultades para adaptarse interpersonalmente, esto significa que puede ser que no se sienta cómodo en situaciones de interacción, ocasionando problemas para conocer a otras personas, formar relaciones sociales íntimas y lidiar con el sexo opuesto.

Gráfica 5.29 *Dispersión de la muestra en la escala de adaptación interpersonal*

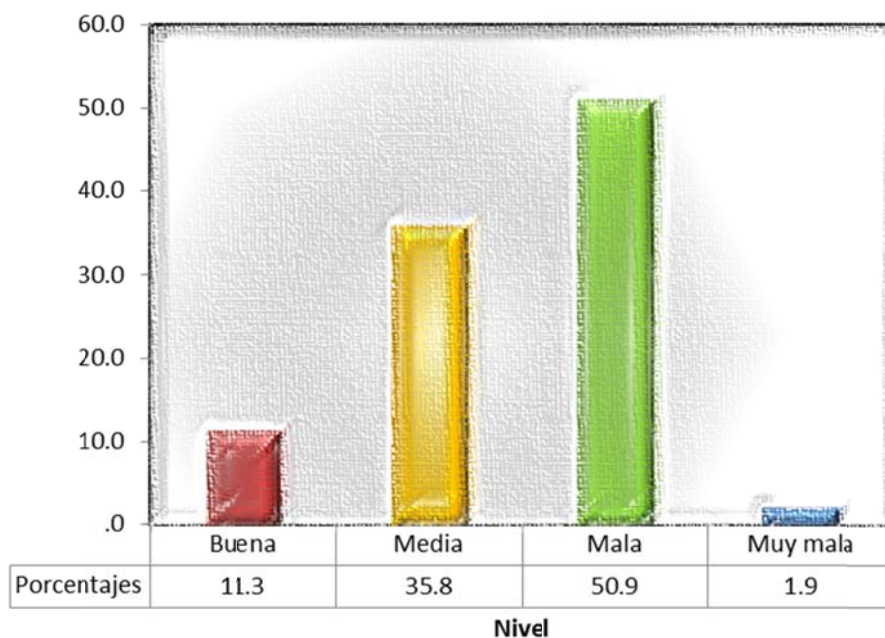


5.4.4 Escala de adaptación vocacional

Los resultados de la escala de adaptación vocacional permitieron obtener una media de 5.96 (Tabla 5.2), que es un puntaje límite entre el nivel 2 (adaptación media) y 3 (claro impacto). La proporción es ligeramente mayor para aquellos que tienen un nivel 3 y 4 (grave impacto), lo cual indica que poco más de la mitad de la muestra tiene desajuste en ésta área, y son quienes cuentan con una satisfacción personal limitada o muy deficiente en el área laboral y en los estudios a causa de las limitaciones que la epilepsia ha traído en sus vidas.

La proporción de participantes que muestran un ajuste aceptable debido a que se perciben sin dificultades vocacionales y laborales son el 47.1%, distribuido en el nivel 1 (buena adaptación) y 2 (media) con 11.3% y 35.8% respectivamente, como puede observarse en la gráfica 5.30. Al comparar la dispersión de los niveles se observa que existe una tendencia a dispersarse de manera normal con respecto al área vocacional.

Gráfica 5.30 *Dispersión de la muestra en la escala de adaptación vocacional*



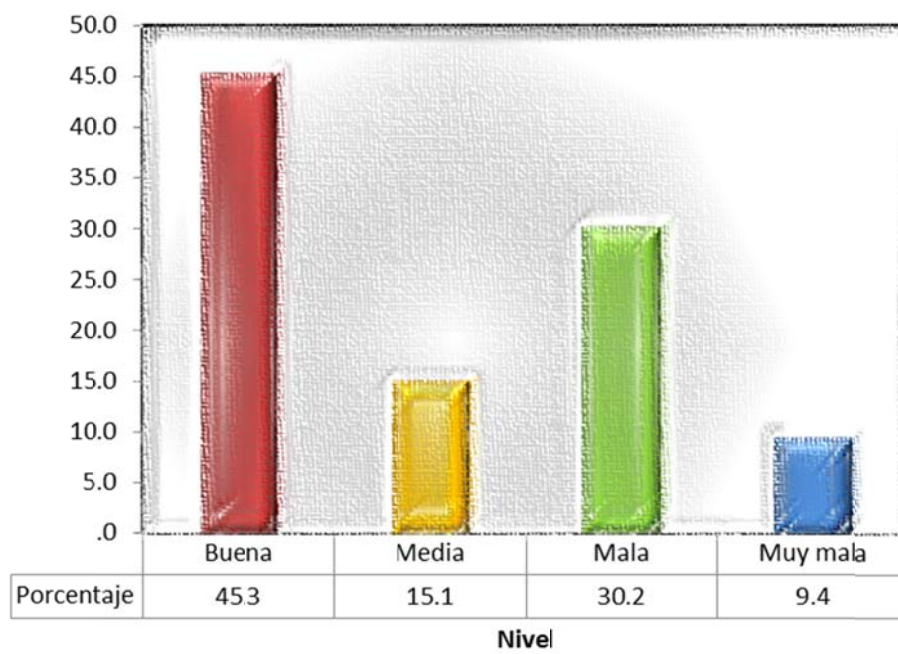
5.4.5 Escala de situación económica

Con respecto a la escala que estima la percepción del ajuste económico, los resultados arrojan una media de 2.36 (Tabla 5.2), correspondiente al nivel 2 de adaptación media. Al observar la gráfica 5.31 donde se comparan los niveles, es evidente que la mayor proporción se sitúa en una buena adaptación económica, afirmando que la epilepsia no ha repercutido económicamente en su calidad de vida, por lo que mantienen una percepción de seguridad y estabilidad al respecto; el 15.1% de la muestra se encuentran en un nivel 2, con el que perciben que ha repercutido moderadamente en su economía.

El 30.2% de la muestra se ubica en un nivel 3, y el 9.4% en el nivel 4, ésta es la proporción de sujetos que tienen dificultades económicas percibidas a partir de las consecuencias de la enfermedad, lo cual impide que alcancen una estabilidad debido a la constante incertidumbre e inseguridad en la que se encuentran para satisfacer sus necesidades básicas, ya sea que dependan económicamente de ellos mismos o de algún cuidador responsable.

Es importante destacar que los resultados revelan que la muestra está dividida de manera similar entre los sujetos que tienen un ajuste aceptable (nivel 1 y 2) y los que se encuentran desadaptados en ésta área (nivel 3 y 4), con mayor proporción para los participantes mejor adaptados.

Gráfica 5.31 *Dispersión de la muestra en la escala de situación económica*

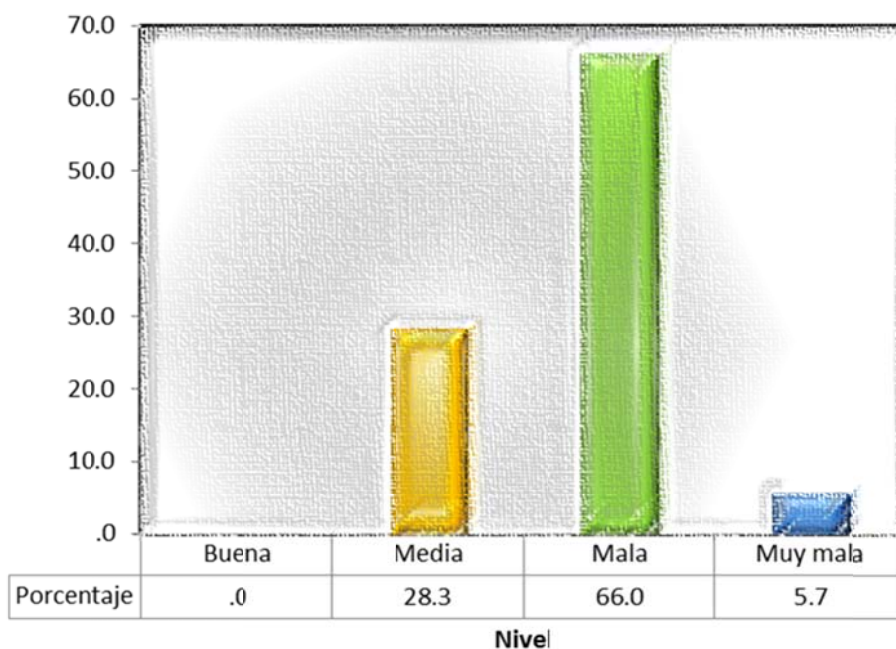


5.4.6 Escala de adaptación a las crisis

La adaptación a las crisis resultó con una media de 7.72 (Tabla 5.2), equivalente al nivel de claro impacto. En el nivel 3 también se focaliza la mayor proporción de los sujetos con en 66%, lo que habla de que la capacidad del paciente para adaptarse a la presencia de las crisis se encuentra afectada, por lo que existen sentimientos de vergüenza cuando se presentan convulsiones y resentimiento contra la causa que le parezca responsable de su condición; a estos pacientes les es muy difícil aceptar la posibilidad de experimentar ataques repentinos, y su valor como persona ha sido deteriorado a causa de su epilepsia, incluso pueden percibirse menos aceptados por los demás cuando éstos saben del trastorno. Para el 5.7% de la muestra las crisis epilépticas han resultado devastadoras para su calidad de vida, pues se perciben seriamente desadaptados en esta escala.

El 28.3% de los sujetos participantes no cuentan con problemas significativos debidos a la presencia de crisis, esto les permite sentirse con un mayor control de la enfermedad y tener una percepción de seguridad, enfrentándose al temor y la vergüenza que pueda originarse al presentar una crisis epiléptica de una manera más adaptada.

Gráfica 5.32 *Dispersión de la muestra de la escala de adaptación a las crisis*

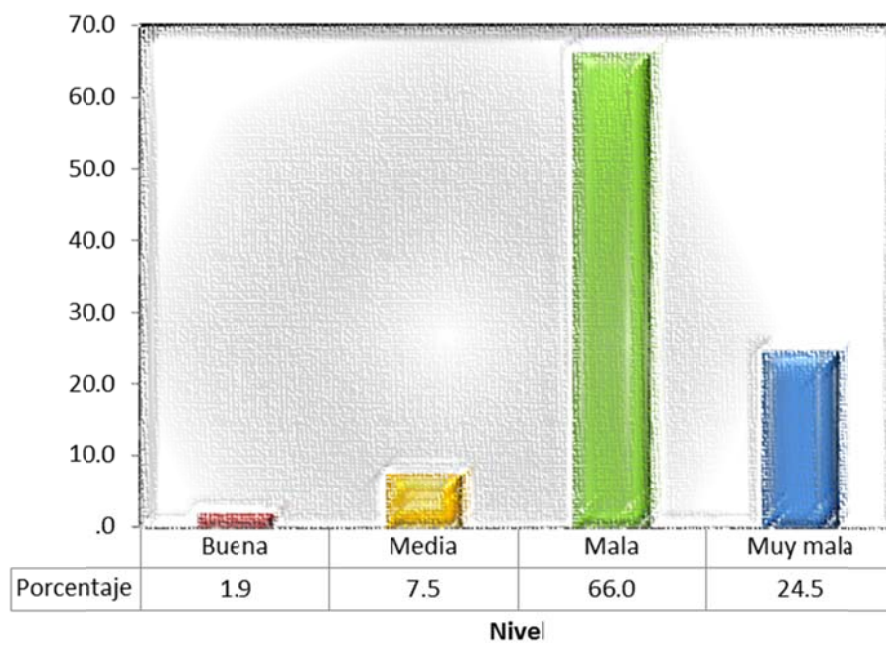


5.4.7 Escala de adaptación a la medicación y tratamiento médico

La escala de adaptación a la medicación y al tratamiento médico que estima la percepción del tratamiento farmacológico recibido, el apego al tratamiento y el grado de satisfacción de la relación médico-paciente, resultó con una media de 5.55 (Tabla 5.2), esta puntuación se ubica en el nivel 3 correspondiente a un claro impacto. En la gráfica 5.33, se aprecia que la mayor proporción de la muestra se encuentra con problemas en esta área, pues el 66% se concentró en el nivel de claro impacto, siguiendo al nivel 4 (grave impacto) con el 24.5%, lo que revela que los pacientes sienten que el tratamiento farmacológico no es lo suficientemente adecuado para las manifestaciones de su enfermedad y pueden existir distintas razones para ello, como que el medicamento no controle totalmente las crisis, sea demasiado costoso o tengan efectos secundarios afectando su funcionamiento normal, aspectos que se ven incrementados cuando se trata de politerapia. Si los pacientes no se sienten cómodos con su tratamiento o con la relación con su médico, impedirá el establecimiento del apego a la terapia farmacológica y a las medidas de comportamiento que deban procurar para controlar sus crisis, pues la confianza que se genera es mínima o se encuentra deteriorada.

Únicamente el 9.4% de los pacientes reportan una adaptación aceptable, es decir que perciben positivamente el tratamiento farmacológico recibido, su apego al tratamiento es adecuado y se encuentra satisfecho de la relación médico-paciente, o bien las dificultades encontradas en estos aspectos son mínimas.

Gráfica 5.33 *Dispersión de la muestra en la escala de medicación y tratamiento médico*



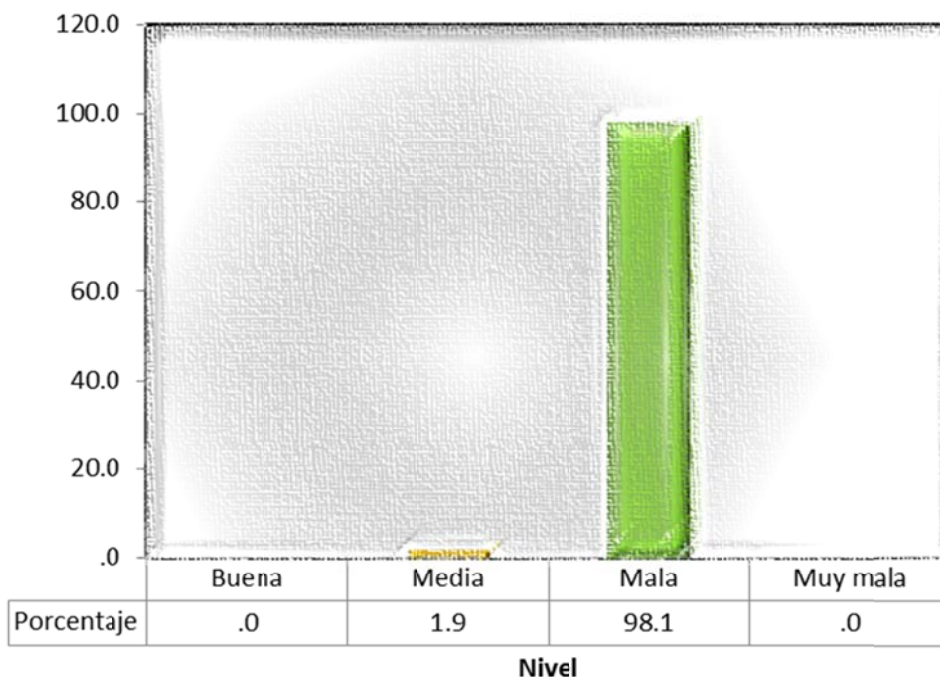
5.4.8 Escala de funcionamiento psicosocial global

En esta escala refleja la percepción global del impacto que ha tenido la epilepsia en su calidad de vida y cómo se ha adaptado a las consecuencias del trastorno a nivel general, y los resultados revelan que el 98.1% de la muestra cuenta con un mal funcionamiento psíquico global. La media es una puntuación de 28.91, ubicada en el nivel 3 (Tabla 5.2).

Únicamente el 1.9% de los sujetos resultaron con un funcionamiento medianamente adecuado en el nivel 2, ningún sujeto resultó en el nivel 1 y 4.

Estos resultados indican que la mayoría de los sujetos de la muestra cuentan con una percepción global negativa acerca de la forma en cómo funcionan a nivel psicológico y social como producto del impacto de la epilepsia en su vida y de las limitaciones que trae consigo.

Gráfica 5.34 *Dispersión de la muestra en la escala de funcionamiento psíquico global*



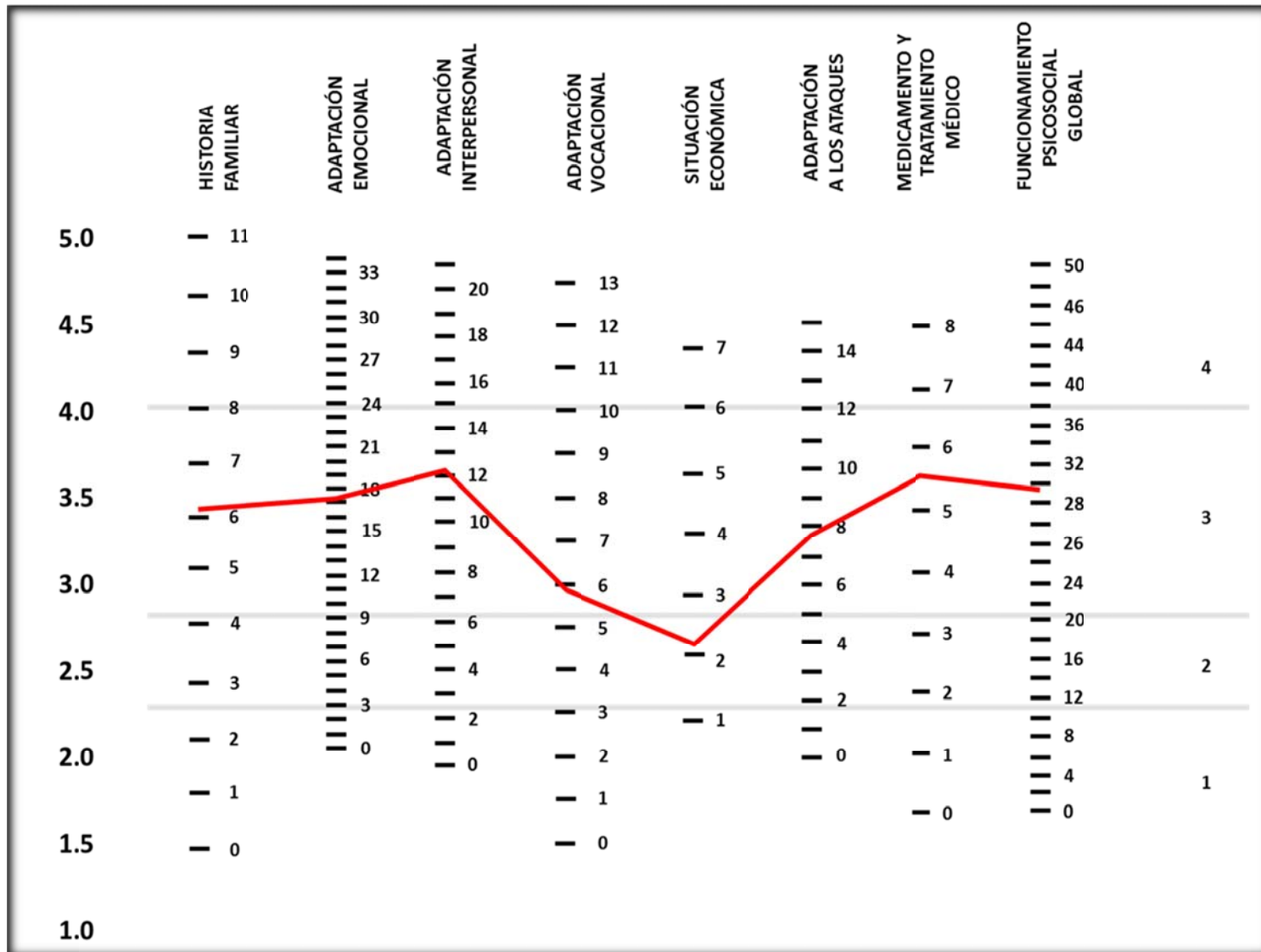
5.5 Perfil general de la muestra del WPSI

La Tabla 5.2 muestra las puntuaciones medias que se obtuvieron en la muestra, mismas que se utilizaron para construir el perfil general de la muestra y que permite comparar entre sí cada una de las escalas.

Como primer indicador, en el perfil de la gráfica 5.35 se observa que en las escalas de historia familiar, adaptación emocional, adaptación interpersonal, adaptación vocacional, adaptación a los ataques, medicación y tratamiento médico y funcionamiento psíquico global mostraron un nivel de inadaptación en el nivel 3, mientras que la escala de adaptación económica fue la única que aparece con un funcionamiento aceptable. La escala que expresa mayor desajuste es la adaptación interpersonal, seguida de la medicación y el tratamiento médico.

Tabla 5.2 Medias de las escalas del WPSI			
Escala	N	Media	Rango
Historia familiar	53	6.23	0-11
Adaptación emocional	53	17.23	0-34
Adaptación interpersonal	53	12.19	0-22
Adaptación vocacional	53	5.96	0-13
Situación económica	53	2.36	0-7
Adaptación a las crisis	53	7.72	0-15
Medicación y tratamiento médico	53	5.55	0-8
Funcionamiento psicosocial global	53	28.91	0-57
N válido	53		

Gráfica 5.35 Perfil general de la muestra en las escalas del WPSI



5.6 Correlaciones

5.6.1 Diferencias por edad de los sujetos

Se realizó un análisis de correlación de Spearman para determinar las relaciones existentes entre la edad de los sujetos de la muestra y los rasgos de personalidad determinados por las escalas básicas del MMPI. Los resultados se muestran en la Tabla 5.3, donde se encontró una correlación lineal estadísticamente significativa, positiva y débil entre la edad y la escala de introversión social ($r_s= 0.304$, $p=0.027$), lo cual indica que a mayor edad de los sujetos de la muestra, presentan más características introvertidas en su personalidad. Para las demás escalas clínicas no se encontraron relaciones estadísticamente significativas.

Tabla 5.3 *Correlación de Spearman para la edad y las escalas clínicas del MMPI*

		EDAD	L	F	K	1 Hs	2 D	3 Hi	4 Dp	5 Mf	6 Pa	7 Pt	8 Es	9 Ma	0 Is
EDAD	r_s	1.000	.145	-.032	.080	-.048	.207	-.031	.138	-.016	.104	.031	.065	-.062	.304
	p	.	.299	.817	.567	.731	.136	.826	.323	.909	.460	.827	.646	.659	.027
L	r_s	.145	1.000	-.345	.447	-.090	.075	.069	-.106	-.239	-.549	-.261	-.405	-.341	.065
	p	.299	.	.011	.001	.524	.593	.625	.451	.085	.000	.059	.003	.013	.645
F	r_s	-.032	-.345	1.000	-.500	-.086	.038	-.176	.240	.042	.652	.430	.671	.439	.160
	p	.817	.011	.	.000	.542	.786	.206	.083	.763	.000	.001	.000	.001	.252
K	r_s	.080	.447	-.500	1.000	.352	.128	.436	.213	.033	-.369	.002	-.234	-.307	-.269
	p	.567	.001	.000	.	.010	.360	.001	.125	.813	.006	.988	.091	.025	.051
1 Hs	r_s	-.048	-.090	-.086	.352	1.000	.455	.659	.467	.185	.081	.574	.321	-.142	.023
	p	.731	.524	.542	.010	.	.001	.000	.000	.186	.563	.000	.019	.309	.869
2 D	r_s	.207	.075	.038	.128	.455	1.000	.457	.177	.130	.157	.540	.250	-.346	.540
	p	.136	.593	.786	.360	.001	.	.001	.204	.354	.263	.000	.071	.011	.000
3 Hi	r_s	-.031	.069	-.176	.436	.659	.457	1.000	.322	.016	.029	.358	.060	-.217	-.080
	p	.826	.625	.206	.001	.000	.001	.	.019	.912	.834	.009	.672	.119	.568
4 Dp	r_s	.138	-.106	.240	.213	.467	.177	.322	1.000	.260	.300	.526	.504	.008	-.075
	p	.323	.451	.083	.125	.000	.204	.019	.	.060	.029	.000	.000	.954	.594
5 Mf	r_s	-.016	-.239	.042	.033	.185	.130	.016	.260	1.000	.125	.269	.280	.169	-.056
	p	.909	.085	.763	.813	.186	.354	.912	.060	.	.373	.052	.042	.227	.688
6 Pa	r_s	.104	-.549	.652	-.369	.081	.157	.029	.300	.125	1.000	.396	.595	.337	.020
	p	.460	.000	.000	.006	.563	.263	.834	.029	.373	.	.003	.000	.014	.887
7 Pt	r_s	.031	-.261	.430	.002	.574	.540	.358	.526	.269	.396	1.000	.779	-.010	.323
	p	.827	.059	.001	.988	.000	.000	.009	.000	.052	.003	.	.000	.941	.018
8 Es	r_s	.065	-.405	.671	-.234	.321	.250	.060	.504	.280	.595	.779	1.000	.279	.263
	p	.646	.003	.000	.091	.019	.071	.672	.000	.042	.000	.000	.	.043	.057
9 Ma	r_s	-.062	-.341	.439	-.307	-.142	-.346	-.217	.008	.169	.337	-.010	.279	1.000	-.379
	p	.659	.013	.001	.025	.309	.011	.119	.954	.227	.014	.941	.043	.	.005
0 Is	r_s	.304	.065	.160	-.269	.023	.540	-.080	-.075	-.056	.020	.323	.263	-.379	1.000
	p	.027	.645	.252	.051	.869	.000	.568	.594	.688	.887	.018	.057	.005	.

Los resultados de las correlaciones entre la edad de los sujetos y las escalas de funcionamiento psicosocial se muestran en la Tabla 5.4, en la que ninguna relación resultó estadísticamente significativa.

Tabla 5.4 *Correlación de Spearman para edad y las escalas de funcionamiento psicosocial del WPSI*

		EDAD	HISTORIA FAMILIAR	ADAPTACION EMOCIONAL	ADAPTACION INTERPERSONAL	ADAPTACION VOCACIONAL	SITUACION ECONOMICA	ADAPTACION A LAS CRISIS	MEDICACION Y TRATAMIENTO MEDICO	FUNCIONAMIENTO PSIQUICO GLOBAL
EDAD DEL SUJETO	r_s	1.000	-.046	.036	.133	.112	.049	-.018	-.122	.134
	p	.	.742	.799	.341	.423	.728	.901	.386	.338
HISTORIA FAMILIAR	r_s	-.046	1.000	.340	.172	.051	.302	-.164	.010	.243
	p	.742	.	.013	.218	.719	.028	.241	.944	.079
ADAPTACION EMOCIONAL	r_s	.036	.340	1.000	.126	.317	.170	.198	.183	.529
	p	.799	.013	.	.368	.021	.223	.155	.191	.000
ADAPTACION INTERPERSONAL	r_s	.133	.172	.126	1.000	.032	.329	-.166	.016	.491
	p	.341	.218	.368	.	.821	.016	.235	.908	.000
ADAPTACION VOCACIONAL	r_s	.112	.051	.317	.032	1.000	-.231	.474	.133	.607
	p	.423	.719	.021	.821	.	.097	.000	.341	.000
SITUACION ECONOMICA	r_s	.049	.302	.170	.329	-.231	1.000	-.466	-.201	.020
	p	.728	.028	.223	.016	.097	.	.000	.148	.886
ADAPTACION A LAS CRISIS	r_s	-.018	-.164	.198	-.166	.474	-.466	1.000	.379	.369
	p	.901	.241	.155	.235	.000	.000	.	.005	.007
MEDICACION Y TRATAMIENTO MEDICO	r_s	-.122	.010	.183	.016	.133	-.201	.379	1.000	.363
	p	.386	.944	.191	.908	.341	.148	.005	.	.008
FUNCIONAMIENTO PSIQUICO GLOBAL	r_s	.134	.243	.529	.491	.607	.020	.369	.363	1.000
	p	.338	.079	.000	.000	.000	.886	.007	.008	.

5.6.2 Diferencias por sexo

Se realizó un análisis de correlación de Pearson para determinar las relaciones existentes entre el sexo de los sujetos de la muestra y los rasgos de personalidad determinados por las escalas básicas del MMPI. Los resultados se muestran en la Tabla 5.5, sin embargo, de acuerdo al análisis utilizado no se encontraron relaciones estadísticamente significativas.

Tabla 5.5 *Correlación de Pearson para el sexo y las escalas clínicas del MMPI*

	SEXO	L	F	K	1 Hs	2 D	3 Hi	4 Dp	5 Mf	6 Pa	7 Pt	8 Es	9 Ma	0 Is	
SEXO	r_p	1	-.083	.022	-.234	-.100	-.014	-.128	.016	.045	-.002	-.013	.066	-.091	.074
	p		.555	.877	.092	.475	.920	.359	.912	.748	.988	.925	.637	.516	.597
L	r_p	-.083	1	-.413	.472	.091	.036	.147	-.079	-.206	-.573	-.232	-.439	-.301	-.071
	p	.555		.002	.000	.517	.800	.294	.573	.140	.000	.095	.001	.029	.614
F	r_p	.022	-.413	1	-.492	-.086	.057	-.098	.228	-.008	.652	.399	.677	.479	.167
	p	.877	.002		.000	.541	.684	.483	.101	.956	.000	.003	.000	.000	.231
K	r_p	-.234	.472	-.492	1	.398	.093	.379	.266	.006	-.343	.018	-.203	-.304	-.308
	p	.092	.000	.000		.003	.508	.005	.054	.966	.012	.897	.144	.027	.025
1 Hs	r_p	-.100	.091	-.086	.398	1	.487	.662	.505	.147	.028	.629	.335	-.183	.038
	p	.475	.517	.541	.003		.000	.000	.000	.295	.843	.000	.014	.189	.788
2 D	r_p	-.014	.036	.057	.093	.487	1	.475	.201	.095	.150	.526	.287	-.323	.567
	p	.920	.800	.684	.508	.000		.000	.149	.497	.285	.000	.037	.018	.000
3 Hi	r_p	-.128	.147	-.098	.379	.662	.475	1	.373	.007	.092	.368	.101	-.261	-.084
	p	.359	.294	.483	.005	.000	.000		.006	.959	.511	.007	.471	.059	.550
4 Dp	r_p	.016	-.079	.228	.266	.505	.201	.373	1	.228	.319	.591	.534	.034	-.064
	p	.912	.573	.101	.054	.000	.149	.006		.101	.020	.000	.000	.812	.649
5 Mf	r_p	.045	-.206	-.008	.006	.147	.095	.007	.228	1	.181	.188	.202	.211	-.072
	p	.748	.140	.956	.966	.295	.497	.959	.101		.194	.179	.147	.129	.611
6 Pa	r_p	-.002	-.573	.652	-.343	.028	.150	.092	.319	.181	1	.344	.565	.399	.019
	p	.988	.000	.000	.012	.843	.285	.511	.020	.194		.012	.000	.003	.894
7 Pt	r_p	-.013	-.232	.399	.018	.629	.526	.368	.591	.188	.344	1	.763	-.015	.335
	p	.925	.095	.003	.897	.000	.000	.007	.000	.179	.012		.000	.914	.014
8 Es	r_p	.066	-.439	.677	-.203	.335	.287	.101	.534	.202	.565	.763	1	.308	.260
	p	.637	.001	.000	.144	.014	.037	.471	.000	.147	.000	.000		.025	.060
9 Ma	r_p	-.091	-.301	.479	-.304	-.183	-.323	-.261	.034	.211	.399	-.015	.308	1	-.331
	p	.516	.029	.000	.027	.189	.018	.059	.812	.129	.003	.914	.025		.015
0 Is	r_p	.074	-.071	.167	-.308	.038	.567	-.084	-.064	-.072	.019	.335	.260	-.331	1
	p	.597	.614	.231	.025	.788	.000	.550	.649	.611	.894	.014	.060	.015	

En cuanto al análisis de las correlaciones entre el sexo y las escalas de Funcionamiento Psicosocial se muestran los resultados en la Tabla 5.6.

Los resultados revelan que existe una asociación lineal estadísticamente significativa, negativa y débil entre la adaptación interpersonal y el sexo de los sujetos de la muestra ($r_p = -0.362$, $p = 0.008$), esto significa que los hombres suelen tener mayores dificultades para relacionarse socialmente.

También se observa una correlación lineal estadísticamente significativa, débil e inversamente proporcional entre la situación económica y el sexo de los sujetos ($r_p = -0.390$, $p = 0.004$), estos resultados sugieren que los hombres tienen una percepción de mayores dificultades en el aspecto económico. Para las demás escalas no se aprecian relaciones significativas.

Tabla 5.6 *Correlación de Pearson para el sexo y las escalas de funcionamiento psicosocial del WPSI*

	SEXO	HISTORIA FAMILIAR	ADAPTACION EMOCIONAL	ADAPTACION INTERPERSONAL	ADAPTACION VOCACIONAL	SITUACION ECONOMICA	ADAPTACION A LAS CRISIS	MEDICACION Y TRATAMIENTO MEDICO	FUNCIONAMIENTO PSIQUICO GLOBAL	
SEXO	r_p	1	-.069	-.126	-.362	.031	-.390	.162	.195	-.184
	p		.621	.368	.008	.825	.004	.247	.163	.188
HISTORIA FAMILIAR	r_p	-.069	1	.242	.227	.036	.347	-.143	.013	.286
	p	.621		.081	.102	.800	.011	.306	.926	.038
ADAPTACION EMOCIONAL	r_p	-.126	.242	1	.258	.273	.156	.165	.283	.594
	p	.368	.081		.062	.048	.265	.238	.040	.000
ADAPTACION INTERPERSONAL	r_p	-.362	.227	.258	1	.001	.280	-.143	.046	.524
	p	.008	.102	.062		.992	.042	.306	.743	.000
ADAPTACION VOCACIONAL	r_p	.031	.036	.273	.001	1	-.231	.455	.096	.587
	p	.825	.800	.048	.992		.097	.001	.493	.000
SITUACION ECONOMICA	r_p	-.390	.347	.156	.280	-.231	1	-.492	-.133	.008
	p	.004	.011	.265	.042	.097		.000	.341	.955
ADAPTACION A LAS CRISIS	r_p	.162	-.143	.165	-.143	.455	-.492	1	.361	.366
	p	.247	.306	.238	.306	.001	.000		.008	.007
MEDICACION Y TRATAMIENTO MEDICO	r_p	.195	.013	.283	.046	.096	-.133	.361	1	.371
	p	.163	.926	.040	.743	.493	.341	.008		.006
FUNCIONAMIENTO PSIQUICO GLOBAL	r_p	-.184	.286	.594	.524	.587	.008	.366	.371	1
	p	.188	.038	.000	.000	.000	.955	.007	.006	

5.6.3 Diferencias por tipo de actividad

Para obtener las relaciones entre el tipo de actividad y los rasgos de personalidad se llevó a cabo un análisis de correlación de Spearman. Los resultados se expresan en la Tabla 5.7, en los que se encontró una relación estadísticamente significativa para la escala 5: se trata de una relación lineal, débil e inversamente proporcional entre el tipo de actividad y las características femeninas o masculinas de los sujetos de la muestra ($r_s = -0.314$, $p = 0.022$), lo cual significa que para las mujeres que tienen intereses característicos de su sexo, no suelen practicar alguna actividad remunerada; por el contrario, para los hombres que tienen características socialmente clasificadas como masculinas, tienden a realizar alguna actividad que les retribuya económicamente. En las otras escalas de personalidad no se encontraron más correlaciones relevantes.

Tabla 5.7 Correlación de Spearman para el tipo de actividad y las escalas clínicas del MMPI

TIPO DE ACTIVIDAD		L	F	K	1 Hs	2 D	3 Hi	4 Dp	5 Mf	6 Pa	7 Pt	8 Es	9 Ma	0 Is	
TIPO DE ACTIVIDAD	r_s	1.000	-.096	-.166	-.185	.024	.052	.040	-.037	-.314	.009	-.134	-.144	-.267	.080
	p	.	.494	.236	.186	.866	.710	.777	.790	.022	.951	.337	.302	.054	.570
L	r_s	-.096	1.000	-.345	.447	-.090	.075	.069	-.106	-.239	-.549	-.261	-.405	-.341	.065
	p	.494	.	.011	.001	.524	.593	.625	.451	.085	.000	.059	.003	.013	.645
F	r_s	-.166	-.345	1.000	-.500	-.086	.038	-.176	.240	.042	.652	.430	.671	.439	.160
	p	.236	.011	.	.000	.542	.786	.206	.083	.763	.000	.001	.000	.001	.252
K	r_s	-.185	.447	-.500	1.000	.352	.128	.436	.213	.033	-.369	.002	-.234	-.307	-.269
	p	.186	.001	.000	.	.010	.360	.001	.125	.813	.006	.988	.091	.025	.051
1 Hs	r_s	.024	-.090	-.086	.352	1.000	.455	.659	.467	.185	.081	.574	.321	-.142	.023
	p	.866	.524	.542	.010	.	.001	.000	.000	.186	.563	.000	.019	.309	.869
2 D	r_s	.052	.075	.038	.128	.455	1.000	.457	.177	.130	.157	.540	.250	-.346	.540
	p	.710	.593	.786	.360	.001	.	.001	.204	.354	.263	.000	.071	.011	.000
3 Hi	r_s	.040	.069	-.176	.436	.659	.457	1.000	.322	.016	.029	.358	.060	-.217	-.080
	p	.777	.625	.206	.001	.000	.001	.	.019	.912	.834	.009	.672	.119	.568
4 Dp	r_s	-.037	-.106	.240	.213	.467	.177	.322	1.000	.260	.300	.526	.504	.008	-.075
	p	.790	.451	.083	.125	.000	.204	.019	.	.060	.029	.000	.000	.954	.594
5 Mf	r_s	-.314	-.239	.042	.033	.185	.130	.016	.260	1.000	.125	.269	.280	.169	-.056
	p	.022	.085	.763	.813	.186	.354	.912	.060	.	.373	.052	.042	.227	.688
6 Pa	r_s	.009	-.549	.652	-.369	.081	.157	.029	.300	.125	1.000	.396	.595	.337	.020
	p	.951	.000	.000	.006	.563	.263	.834	.029	.373	.	.003	.000	.014	.887
7 Pt	r_s	-.134	-.261	.430	.002	.574	.540	.358	.526	.269	.396	1.000	.779	-.010	.323
	p	.337	.059	.001	.988	.000	.000	.009	.000	.052	.003	.	.000	.941	.018
8 Es	r_s	-.144	-.405	.671	-.234	.321	.250	.060	.504	.280	.595	.779	1.000	.279	.263
	p	.302	.003	.000	.091	.019	.071	.672	.000	.042	.000	.000	.	.043	.057
9 Ma	r_s	-.267	-.341	.439	-.307	-.142	-.346	-.217	.008	.169	.337	-.010	.279	1.000	-.379
	p	.054	.013	.001	.025	.309	.011	.119	.954	.227	.014	.941	.043	.	.005
0 Is	r_s	.080	.065	.160	-.269	.023	.540	-.080	-.075	-.056	.020	.323	.263	-.379	1.000
	p	.570	.645	.252	.051	.869	.000	.568	.594	.688	.887	.018	.057	.005	.

Para las escalas de funcionamiento psicosocial los resultados se presentan en la Tabla 5.8, inicialmente se aprecia una relación lineal estadísticamente significativa entre el tipo de actividad y la historia familiar, la relación es positiva y débil ($r_s=0.282$, $p= 0.041$), estos resultados indican que existe una tendencia a que los sujetos que presentaron dificultades en sus relaciones interpersonales con los padres, en el ámbito escolar y las interacciones con sus compañeros durante la infancia, no realicen actividades remuneradas económicamente.

También resultó una relación lineal estadísticamente significativa entre la adaptación interpersonal y el tipo de actividad, la cual es negativa y moderada ($r_s=-0.480$, $p= 0.00$), esto indica que los sujetos que presentan mayores conflictos de adaptación en sus relaciones sociales, suelen realizar alguna actividad remunerada, y viceversa.

Y finalmente en el caso de la situación económica y el tipo de actividad, se encontró una relación estadísticamente significativa, débil e inversamente proporcional ($r_s=-0.331$, $p= 0.015$), esto significa que los sujetos que tienen una percepción de tener dificultades económicas, son los que realizan alguna actividad remunerada.

Tabla 5.8 *Correlación de Spearman para el tipo de actividad y las escalas del WPSI*

	TIPO DE ACTIVIDAD	HISTORIA FAMILIAR	A. EMOCIONAL	A. INTERPERSONAL	A. VOCACIONAL	S. ECONOMICA	A. A LAS CRISIS	MEDICACION Y TX. MEDICO	F. PSIQUICO GLOBAL	
TIPO DE ACTIVIDAD	r_s	1.000	.282	.125	-.480	.207	-.331	.197	.162	-.011
	p	.	.041	.374	.000	.138	.015	.158	.247	.936
HISTORIA FAMILIAR	r_s	.282	1.000	.340	.172	.051	.302	-.164	.010	.243
	p	.041	.	.013	.218	.719	.028	.241	.944	.079
ADAPTACION EMOCIONAL	r_s	.125	.340	1.000	.126	.317	.170	.198	.183	.529
	p	.374	.013	.	.368	.021	.223	.155	.191	.000
ADAPTACION INTERPERSONAL	r_s	-.480	.172	.126	1.000	.032	.329	-.166	.016	.491
	p	.000	.218	.368	.	.821	.016	.235	.908	.000
ADAPTACION VOCACIONAL	r_s	.207	.051	.317	.032	1.000	-.231	.474	.133	.607
	p	.138	.719	.021	.821	.	.097	.000	.341	.000
SITUACION ECONOMICA	r_s	-.331	.302	.170	.329	-.231	1.000	-.466	-.201	.020
	p	.015	.028	.223	.016	.097	.	.000	.148	.886
ADAPTACION A LAS CRISIS	r_s	.197	-.164	.198	-.166	.474	-.466	1.000	.379	.369
	p	.158	.241	.155	.235	.000	.000	.	.005	.007
MEDICACION Y TRATAMIENTO MEDICO	r_s	.162	.010	.183	.016	.133	-.201	.379	1.000	.363
	p	.247	.944	.191	.908	.341	.148	.005	.	.008
FUNCIONAMIENTO PSIQUICO GLOBAL	r_s	-.011	.243	.529	.491	.607	.020	.369	.363	1.000
	p	.936	.079	.000	.000	.000	.886	.007	.008	.

5.6.4 Diferencias por estado civil

Para analizar las correlaciones entre el estado civil de los sujetos de la muestra y las escalas del MMPI y del WPSI se utilizó la correlación de Kendall y los resultados se observan en la Tabla 5.9. Sin embargo de acuerdo al análisis utilizado no se encuentran relaciones significativas con respecto a los rasgos de personalidad.

Tabla 5.9 *Correlación de Kendall para el estado civil y las escalas clínicas del MMPI*

	ESTADO CIVIL	L	F	K	1 Hs	2 D	3 Hi	4 Dp	5 Mf	6 Pa	7 Pt	8 Es	9 Ma	0 Is	
ESTADO CIVIL	T	1.000	-.075	-.057	.056	.143	.086	.170	.130	-.114	.066	.057	-.020	-.015	-.009
	p	.	.506	.613	.620	.206	.448	.131	.250	.311	.561	.613	.858	.891	.933
L	T	-.075	1.000	-.243	.323	-.081	.051	.064	-.096	-.159	-.392	-.179	-.272	-.249	.027
	p	.506	.	.013	.001	.405	.600	.513	.328	.104	.000	.066	.005	.011	.782
F	T	-.057	-.243	1.000	-.362	-.058	.019	-.117	.158	.038	.483	.311	.483	.319	.116
	p	.613	.013	.	.000	.548	.847	.227	.104	.695	.000	.001	.000	.001	.230
K	T	.056	.323	-.362	1.000	.249	.103	.300	.157	.023	-.276	-.004	-.165	-.229	-.187
	p	.620	.001	.000	.	.011	.294	.002	.109	.811	.005	.969	.090	.019	.056
1 Hs	T	.143	-.081	-.058	.249	1.000	.313	.496	.344	.128	.060	.416	.226	-.098	.022
	p	.206	.405	.548	.011	.	.001	.000	.000	.188	.542	.000	.020	.317	.823
2 D	T	.086	.051	.019	.103	.313	1.000	.322	.117	.100	.097	.395	.169	-.245	.393
	p	.448	.600	.847	.294	.001	.	.001	.230	.302	.320	.000	.081	.012	.000
3 Hi	T	.170	.064	-.117	.300	.496	.322	1.000	.226	.016	.026	.253	.036	-.148	-.049
	p	.131	.513	.227	.002	.000	.001	.	.020	.872	.793	.009	.706	.129	.617
4 Dp	T	.130	-.096	.158	.157	.344	.117	.226	1.000	.169	.202	.400	.368	-.001	-.036
	p	.250	.328	.104	.109	.000	.230	.020	.	.082	.039	.000	.000	.994	.712
5 Mf	T	-.114	-.159	.038	.023	.128	.100	.016	.169	1.000	.069	.176	.207	.126	-.042
	p	.311	.104	.695	.811	.188	.302	.872	.082	.	.478	.068	.033	.196	.667
6 Pa	T	.066	-.392	.483	-.276	.060	.097	.026	.202	.069	1.000	.289	.434	.248	.012
	p	.561	.000	.000	.005	.542	.320	.793	.039	.478	.	.003	.000	.011	.902
7 Pt	T	.057	-.179	.311	-.004	.416	.395	.253	.400	.176	.289	1.000	.587	-.006	.234
	p	.613	.066	.001	.969	.000	.000	.009	.000	.068	.003	.	.000	.951	.015
8 Es	T	-.020	-.272	.483	-.165	.226	.169	.036	.368	.207	.434	.587	1.000	.192	.182
	p	.858	.005	.000	.090	.020	.081	.706	.000	.033	.000	.000	.	.047	.060
9 Ma	T	-.015	-.249	.319	-.229	-.098	-.245	-.148	-.001	.126	.248	-.006	.192	1.000	-.253
	p	.891	.011	.001	.019	.317	.012	.129	.994	.196	.011	.951	.047	.	.009
0 Is	T	-.009	.027	.116	-.187	.022	.393	-.049	-.036	-.042	.012	.234	.182	-.253	1.000
	p	.933	.782	.230	.056	.823	.000	.617	.712	.667	.902	.015	.060	.009	.

En la Tabla 5.10 se concentran los resultados del análisis al relacionar el estado civil y las escalas de funcionamiento psicosocial, en donde se observa que no existen relaciones estadísticamente significativas.

Tabla 5.10 Correlación de Kendall para el estado civil y las escalas de funcionamiento psicosocial del WPSI

		ESTADO CIVIL	HISTORIA FAMILIAR	ADAPTACION EMOCIONAL	ADAPTACION INTERPERSONAL	ADAPTACION VOCACIONAL	SITUACION ECONOMICA	ADAPTACION A LAS CRISIS	MEDICACION Y TRATAMIENTO MEDICO	FUNCIONAMIENTO PSIQUICO GLOBAL
ESTADO CIVIL	T	1.000	-.016	-.060	-.208	-.067	-.100	.067	-.007	-.016
	p	.	.896	.609	.077	.565	.398	.560	.957	.891
HISTORIA FAMILIAR	T	-.016	1.000	.262	.139	.048	.241	-.130	.006	.189
	p	.896	.	.015	.202	.659	.028	.223	.961	.074
ADAPTACION EMOCIONAL	T	-.060	.262	1.000	.096	.233	.139	.132	.148	.409
	p	.609	.015	.	.361	.026	.190	.200	.172	.000
ADAPTACION INTERPERSONAL	T	-.208	.139	.096	1.000	.026	.255	-.124	.009	.376
	p	.077	.202	.361	.	.807	.017	.231	.936	.000
ADAPTACION VOCACIONAL	T	-.067	.048	.233	.026	1.000	-.174	.374	.110	.493
	p	.565	.659	.026	.807	.	.101	.000	.311	.000
SITUACION ECONOMICA	T	-.100	.241	.139	.255	-.174	1.000	-.369	-.161	.013
	p	.398	.028	.190	.017	.101	.	.000	.144	.900
ADAPTACION A LAS CRISIS	T	.067	-.130	.132	-.124	.374	-.369	1.000	.295	.254
	p	.560	.223	.200	.231	.000	.000	.	.006	.012
MEDICACION Y TRATAMIENTO MEDICO	T	-.007	.006	.148	.009	.110	-.161	.295	1.000	.282
	p	.957	.961	.172	.936	.311	.144	.006	.	.008
FUNCIONAMIENTO PSIQUICO GLOBAL	T	-.016	.189	.409	.376	.493	.013	.254	.282	1.000
	p	.891	.074	.000	.000	.000	.900	.012	.008	.

5.6.5 Diferencias por escolaridad

Para analizar si existen relaciones de acuerdo a la escolaridad se utilizó la correlación de Spearman, los resultados al relacionar las escalas clínicas con el nivel educativo se obtuvieron los resultados reflejados en la Tabla 5.11.

La primera relación estadísticamente significativa de acuerdo a la escolaridad se encontró en la escala F, se trata de una relación débil, inversamente proporcional ($r_p=-0.315$, $p=0.021$), esto indica que las personas con menor nivel educativo cuentan con una mayor percepción de problemáticas en su vida.

También los resultados revelan una relación lineal estadísticamente significativa, positiva y débil entre la escala 3 y la escolaridad de los sujetos ($r_s=0.294$, $p=0.032$), lo que sugiere que las personas que tienen mayor escolaridad resultaron con un nivel más alto en la escala de histeria, indicando que son personas con rasgos histriónicos, infantiles y son fácilmente sugestionables.

Los resultados revelan una correlación entre el nivel educativo y la escala de introversión social, dicha relación es significativa, débil e inversamente proporcional ($r_s=-0.323$, $p=0.018$), esto indica que las personas que tienen mayor preparación educativa tienen una personalidad más extrovertida.

Tabla 5.11 Correlación de Spearman para la escolaridad y las escalas clínicas del MMPI

	NIVEL DE ESTUDIOS	L	F	K	1 Hs	2 D	3 Hi	4 Dp	5 Mf	6 Pa	7 Pt	8 Es	9 Ma	0 Is	
NIVEL DE ESTUDIOS	r_s	1.000	.018	-.315	.239	.217	.051	.294	-.149	-.123	.015	-.125	-.135	.018	-.323
	p	.	.899	.021	.084	.119	.716	.032	.286	.381	.915	.371	.337	.896	.018
L	r_s	.018	1.000	-.345	.447	-.090	.075	.069	-.106	-.239	-.549	-.261	-.405	-.341	.065
	p	.899	.	.011	.001	.524	.593	.625	.451	.085	.000	.059	.003	.013	.645
F	r_s	-.315	-.345	1.000	-.500	-.086	.038	-.176	.240	.042	.652	.430	.671	.439	.160
	p	.021	.011	.	.000	.542	.786	.206	.083	.763	.000	.001	.000	.001	.252
K	r_s	.239	.447	-.500	1.000	.352	.128	.436	.213	.033	-.369	.002	-.234	-.307	-.269
	p	.084	.001	.000	.	.010	.360	.001	.125	.813	.006	.988	.091	.025	.051
1 Hs	r_s	.217	-.090	-.086	.352	1.000	.455	.659	.467	.185	.081	.574	.321	-.142	.023
	p	.119	.524	.542	.010	.	.001	.000	.000	.186	.563	.000	.019	.309	.869
2 D	r_s	.051	.075	.038	.128	.455	1.000	.457	.177	.130	.157	.540	.250	-.346	.540
	p	.716	.593	.786	.360	.001	.	.001	.204	.354	.263	.000	.071	.011	.000
3 Hi	r_s	.294	.069	-.176	.436	.659	.457	1.000	.322	.016	.029	.358	.060	-.217	-.080
	p	.032	.625	.206	.001	.000	.001	.	.019	.912	.834	.009	.672	.119	.568
4 Dp	r_s	-.149	-.106	.240	.213	.467	.177	.322	1.000	.260	.300	.526	.504	.008	-.075
	p	.286	.451	.083	.125	.000	.204	.019	.	.060	.029	.000	.000	.954	.594
5 Mf	r_s	-.123	-.239	.042	.033	.185	.130	.016	.260	1.000	.125	.269	.280	.169	-.056
	p	.381	.085	.763	.813	.186	.354	.912	.060	.	.373	.052	.042	.227	.688
6 Pa	r_s	.015	-.549	.652	-.369	.081	.157	.029	.300	.125	1.000	.396	.595	.337	.020
	p	.915	.000	.000	.006	.563	.263	.834	.029	.373	.	.003	.000	.014	.887
7 Pt	r_s	-.125	-.261	.430	.002	.574	.540	.358	.526	.269	.396	1.000	.779	-.010	.323
	p	.371	.059	.001	.988	.000	.000	.009	.000	.052	.003	.	.000	.941	.018
8 Es	r_s	-.135	-.405	.671	-.234	.321	.250	.060	.504	.280	.595	.779	1.000	.279	.263
	p	.337	.003	.000	.091	.019	.071	.672	.000	.042	.000	.000	.	.043	.057
9 Ma	r_s	.018	-.341	.439	-.307	-.142	-.346	-.217	.008	.169	.337	-.010	.279	1.000	-.379
	p	.896	.013	.001	.025	.309	.011	.119	.954	.227	.014	.941	.043	.	.005
0 Is	r_s	-.323	.065	.160	-.269	.023	.540	-.080	-.075	-.056	.020	.323	.263	-.379	1.000
	p	.018	.645	.252	.051	.869	.000	.568	.594	.688	.887	.018	.057	.005	.

Con respecto a las correlaciones entre la escolaridad y las escalas del WPSI, los resultados se encuentran en la Tabla 5.12, en la que se aprecia una relación lineal significativa estadísticamente para la escala de adaptación emocional, la cual es negativa y débil ($r_s = -0.277$, $p = 0.045$), esto sugiere que los sujetos con un nivel educativo menor, tienen un mayor desajuste emocional.

Tabla 5.12 *Correlación de Spearman para la escolaridad y las escalas de funcionamiento psicosocial del WPSI*

		NIVEL DE ESTUDIOS	HISTORIA FAMILIAR	ADAPTACION EMOCIONAL	ADAPTACION INTERPERSONAL	ADAPTACION VOCACIONAL	SITUACION ECONOMICA	ADAPTACION A LAS CRISIS	MEDICACION Y TRATAMIENTO MEDICO	FUNCIONAMIENTO PSIQUICO GLOBAL
NIVEL DE ESTUDIOS	r_s	1.000	-.052	-.277	-.141	-.115	-.056	-.018	-.024	-.197
	p	.	.710	.045	.314	.413	.690	.899	.867	.157
HISTORIA FAMILIAR	r_s	-.052	1.000	.340	.172	.051	.302	-.164	.010	.243
	p	.710	.	.013	.218	.719	.028	.241	.944	.079
ADAPTACION EMOCIONAL	r_s	-.277	.340	1.000	.126	.317	.170	.198	.183	.529
	p	.045	.013	.	.368	.021	.223	.155	.191	.000
ADAPTACION INTER-PERSONAL	r_s	-.141	.172	.126	1.000	.032	.329	-.166	.016	.491
	p	.314	.218	.368	.	.821	.016	.235	.908	.000
ADAPTACION VOCACIONAL	r_s	-.115	.051	.317	.032	1.000	-.231	.474	.133	.607
	p	.413	.719	.021	.821	.	.097	.000	.341	.000
SITUACION ECONOMICA	r_s	-.056	.302	.170	.329	-.231	1.000	-.466	-.201	.020
	p	.690	.028	.223	.016	.097	.	.000	.148	.886
ADAPTACION A LAS CRISIS	r_s	-.018	-.164	.198	-.166	.474	-.466	1.000	.379	.369
	p	.899	.241	.155	.235	.000	.000	.	.005	.007
MEDICACION Y TRATAMIENTO MEDICO	r_s	-.024	.010	.183	.016	.133	-.201	.379	1.000	.363
	p	.867	.944	.191	.908	.341	.148	.005	.	.008
FUNCIONAMIENTO PSIQUICO GLOBAL	r_s	-.197	.243	.529	.491	.607	.020	.369	.363	1.000
	p	.157	.079	.000	.000	.000	.886	.007	.008	.

5.6.6 Diferencias por tipo de crisis

Se utilizó la correlación de Pearson para relacionar los rasgos de personalidad y el funcionamiento psicosocial con el tipo de crisis de los sujetos y los resultados de las escalas clínicas del MMPI aparecen en la Tabla 5.13, en la que no se observa ningún resultado estadísticamente significativo.

Tabla 5.13 *Correlación de Pearson para el tipo de crisis y las escalas clínicas del MMPI*

TIPO DE CRISIS		L	F	K	1 Hs	2 D	3 Hi	4 Dp	5 Mf	6 Pa	7 Pt	8 Es	9 Ma	0 Is	
TIPO DE CRISIS	r_p	1	-.054	.118	-.056	-.021	-.176	-.186	-.108	-.169	-.021	.035	.106	.104	.109
	p		.703	.401	.691	.881	.209	.182	.444	.227	.879	.803	.450	.458	.436
L	r_p	-.054	1	-.413	.472	.091	.036	.147	-.079	-.206	-.573	-.232	-.439	-.301	-.071
	p		.703	.002	.000	.517	.800	.294	.573	.140	.000	.095	.001	.029	.614
F	r_p	.118	-.413	1	-.492	-.086	.057	-.098	.228	-.008	.652	.399	.677	.479	.167
	p		.401	.002	.000	.541	.684	.483	.101	.956	.000	.003	.000	.000	.231
K	r_p	-.056	.472	-.492	1	.398	.093	.379	.266	.006	-.343	.018	-.203	-.304	-.308
	p		.691	.000	.000	.003	.508	.005	.054	.966	.012	.897	.144	.027	.025
1Hs	r_p	-.021	.091	-.086	.398	1	.487	.662	.505	.147	.028	.629	.335	-.183	.038
	p		.881	.517	.541	.003	.000	.000	.000	.295	.843	.000	.014	.189	.788
2D	r_p	-.176	.036	.057	.093	.487	1	.475	.201	.095	.150	.526	.287	-.323	.567
	p		.209	.800	.684	.508	.000	.000	.149	.497	.285	.000	.037	.018	.000
3Hi	r_p	-.186	.147	-.098	.379	.662	.475	1	.373	.007	.092	.368	.101	-.261	-.084
	p		.182	.294	.483	.005	.000	.000	.006	.959	.511	.007	.471	.059	.550
4Dp	r_p	-.108	-.079	.228	.266	.505	.201	.373	1	.228	.319	.591	.534	.034	-.064
	p		.444	.573	.101	.054	.000	.149	.006	.101	.020	.000	.000	.812	.649
5Mf	r_p	-.169	-.206	-.008	.006	.147	.095	.007	.228	1	.181	.188	.202	.211	-.072
	p		.227	.140	.956	.966	.295	.497	.959	.101	.194	.179	.147	.129	.611
6Pa	r_p	-.021	-.573	.652	-.343	.028	.150	.092	.319	.181	1	.344	.565	.399	.019
	p		.879	.000	.000	.012	.843	.285	.511	.020	.194	.012	.000	.003	.894
7Ps	r_p	.035	-.232	.399	.018	.629	.526	.368	.591	.188	.344	1	.763	-.015	.335
	p		.803	.095	.003	.897	.000	.000	.007	.000	.179	.012	.000	.914	.014
8Es	r_p	.106	-.439	.677	-.203	.335	.287	.101	.534	.202	.565	.763	1	.308	.260
	p		.450	.001	.000	.144	.014	.037	.471	.000	.147	.000	.000	.025	.060
9Ma	r_p	.104	-.301	.479	-.304	-.183	-.323	-.261	.034	.211	.399	-.015	.308	1	-.331
	p		.458	.029	.000	.027	.189	.018	.059	.812	.129	.003	.914	.025	.015
0Is	r_p	.109	-.071	.167	-.308	.038	.567	-.084	-.064	-.072	.019	.335	.260	-.331	1
	p		.436	.614	.231	.025	.788	.000	.550	.649	.611	.894	.014	.060	.015

En el caso de las escalas del funcionamiento psicosocial resultó significativa la relación entre la adaptación interpersonal y el tipo de crisis, la correlación lineal es positiva y débil ($r_p=0.339$, $p=0.013$), estos resultados indican que los sujetos que tienen crisis parciales tienen un menor nivel de desajuste interpersonal, a comparación de los que presentan crisis generalizadas que tienden a presentar mayores dificultades sociales.

Para las demás escalas del WPSI no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas, los resultados se encuentran en la Tabla 5.14.

Tabla 5.14 *Correlación de Pearson para el tipo de crisis y las escalas de funcionamiento psicosocial del WPSI*

		TIPO DE CRISIS	HISTORIA FAMILIAR	ADAPTACION EMOCIONAL	ADAPTACION INTERPERSONAL	ADAPTACION VOCACIONAL	SITUACION ECONOMICA	ADAPTACION A LAS CRISIS	MEDICACION Y TRATAMIENTO MEDICO	FUNCIONAMIENTO PSIQUICO GLOBAL
TIPO DE CRISIS	r_p	1	.158	.250	.339	.165	.124	-.028	.136	.153
	p		.258	.070	.013	.237	.377	.843	.333	.275
HISTORIA FAMILIAR	r_p	.158	1	.242	.227	.036	.347	-.143	.013	.286
	p	.258		.081	.102	.800	.011	.306	.926	.038
ADAPTACION EMOCIONAL	r_p	.250	.242	1	.258	.273	.156	.165	.283	.594
	p	.070	.081		.062	.048	.265	.238	.040	.000
ADAPTACION INTERPERSONAL	r_p	.339	.227	.258	1	.001	.280	-.143	.046	.524
	p	.013	.102	.062		.992	.042	.306	.743	.000
ADAPTACION VOCACIONAL	r_p	.165	.036	.273	.001	1	-.231	.455	.096	.587
	p	.237	.800	.048	.992		.097	.001	.493	.000
SITUACION ECONOMICA	r_p	.124	.347	.156	.280	-.231	1	-.492	-.133	.008
	p	.377	.011	.265	.042	.097		.000	.341	.955
ADAPTACION A LAS CRISIS	r_p	-.028	-.143	.165	-.143	.455	-.492	1	.361	.366
	p	.843	.306	.238	.306	.001	.000		.008	.007
MEDICACION Y TRATAMIENTO MEDICO	r_p	.136	.013	.283	.046	.096	-.133	.361	1	.371
	p	.333	.926	.040	.743	.493	.341	.008		.006
FUNCIONAMIENTO PSIQUICO GLOBAL	r_p	.153	.286	.594	.524	.587	.008	.366	.371	1
	p	.275	.038	.000	.000	.000	.955	.007	.006	

5.6.7 Diferencias por tratamiento farmacológico

Se utilizó el análisis de correlación de Pearson para determinar relaciones entre el tipo de farmacología y las escalas del MMPI (Tabla 5.15) y del WPSI (Tabla 5.16).

En el caso de los rasgos de personalidad no existen relaciones significativas.

Tabla 5.15 *Correlación de Pearson para el tratamiento farmacológico y las escalas clínicas del MMPI*

		TX	L	F	K	1 Hs	2 D	3 Hi	4 Dp	5 Mf	6 Pa	7 Pt	8 Es	9 Ma	0 Is
TX	r_p	1	.164	-.042	.226	.087	.087	.124	.137	.208	.189	.053	.129	-.006	-.179
	p		.241	.765	.103	.536	.536	.375	.327	.135	.174	.707	.358	.967	.200
L	r_p	.164	1	-.413	.472	.091	.036	.147	-.079	-.206	-.573	-.232	-.439	-.301	-.071
	p	.241		.002	.000	.517	.800	.294	.573	.140	.000	.095	.001	.029	.614
F	r_p	-.042	-.413	1	-.492	-.086	.057	-.098	.228	-.008	.652	.399	.677	.479	.167
	p	.765	.002		.000	.541	.684	.483	.101	.956	.000	.003	.000	.000	.231
K	r_p	.226	.472	-.492	1	.398	.093	.379	.266	.006	-.343	.018	-.203	-.304	-.308
	p	.103	.000	.000		.003	.508	.005	.054	.966	.012	.897	.144	.027	.025
1 Hs	r_p	.087	.091	-.086	.398	1	.487	.662	.505	.147	.028	.629	.335	-.183	.038
	p	.536	.517	.541	.003		.000	.000	.000	.295	.843	.000	.014	.189	.788
2 D	r_p	.087	.036	.057	.093	.487	1	.475	.201	.095	.150	.526	.287	-.323	.567
	p	.536	.800	.684	.508	.000		.000	.149	.497	.285	.000	.037	.018	.000
3 Hi	r_p	.124	.147	-.098	.379	.662	.475	1	.373	.007	.092	.368	.101	-.261	-.084
	p	.375	.294	.483	.005	.000	.000		.006	.959	.511	.007	.471	.059	.550
4 Dp	r_p	.137	-.079	.228	.266	.505	.201	.373	1	.228	.319	.591	.534	.034	-.064
	p	.327	.573	.101	.054	.000	.149	.006		.101	.020	.000	.000	.812	.649
5 Mf	r_p	.208	-.206	-.008	.006	.147	.095	.007	.228	1	.181	.188	.202	.211	-.072
	p	.135	.140	.956	.966	.295	.497	.959	.101		.194	.179	.147	.129	.611
6 Pa	r_p	.189	-.573	.652	-.343	.028	.150	.092	.319	.181	1	.344	.565	.399	.019
	p	.174	.000	.000	.012	.843	.285	.511	.020	.194		.012	.000	.003	.894
7 Pt	r_p	.053	-.232	.399	.018	.629	.526	.368	.591	.188	.344	1	.763	-.015	.335
	p	.707	.095	.003	.897	.000	.000	.007	.000	.179	.012		.000	.914	.014
8 Es	r_p	.129	-.439	.677	-.203	.335	.287	.101	.534	.202	.565	.763	1	.308	.260
	p	.358	.001	.000	.144	.014	.037	.471	.000	.147	.000	.000		.025	.060
9 Ma	r_p	-.006	-.301	.479	-.304	-.183	-.323	-.261	.034	.211	.399	-.015	.308	1	-.331
	p	.967	.029	.000	.027	.189	.018	.059	.812	.129	.003	.914	.025		.015
0 Is	r_p	-.179	-.071	.167	-.308	.038	.567	-.084	-.064	-.072	.019	.335	.260	-.331	1
	p	.200	.614	.231	.025	.788	.000	.550	.649	.611	.894	.014	.060	.015	

En la Tabla 5.16 se muestran los coeficientes de Pearson para las escalas del funcionamiento psicosocial, en la que no resultaron relaciones estadísticamente significativas.

Tabla 5.16 *Correlación de Pearson para el tratamiento farmacológico y las escalas de funcionamiento psicosocial del WPSI*

		TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	HISTORIA FAMILIAR	ADAPTACION EMOCIONAL	ADAPTACION INTERPERSONAL	ADAPTACION VOCACIONAL	SITUACION ECONOMICA	ADAPTACION A LAS CRISIS	MEDICACION Y TRATAMIENTO MEDICO	FUNCIONAMIENTO O PSIQUICO GLOBAL
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	r_p	1	-.081	-.234	-.106	-.064	.006	.033	-.206	-.182
	p		.564	.091	.449	.650	.968	.817	.138	.192
HISTORIA FAMILIAR	r_p	-.081	1	.242	.227	.036	.347	-.143	.013	.286
	p	.564		.081	.102	.800	.011	.306	.926	.038
ADAPTACION EMOCIONAL	r_p	-.234	.242	1	.258	.273	.156	.165	.283	.594
	p	.091	.081		.062	.048	.265	.238	.040	.000
ADAPTACION INTERPERSONAL	r_p	-.106	.227	.258	1	.001	.280	-.143	.046	.524
	p	.449	.102	.062		.992	.042	.306	.743	.000
ADAPTACION VOCACIONAL	r_p	-.064	.036	.273	.001	1	-.231	.455	.096	.587
	p	.650	.800	.048	.992		.097	.001	.493	.000
SITUACION ECONOMICA	r_p	.006	.347	.156	.280	-.231	1	-.492	-.133	.008
	p	.968	.011	.265	.042	.097		.000	.341	.955
ADAPTACION A LAS CRISIS	r_p	.033	-.143	.165	-.143	.455	-.492	1	.361	.366
	p	.817	.306	.238	.306	.001	.000		.008	.007
MEDICACION Y TRATAMIENTO MEDICO	r_p	-.206	.013	.283	.046	.096	-.133	.361	1	.371
	p	.138	.926	.040	.743	.493	.341	.008		.006
FUNCIONAMIENTO PSIQUICO GLOBAL	r_p	-.182	.286	.594	.524	.587	.008	.366	.371	1
	p	.192	.038	.000	.000	.000	.955	.007	.006	

5.6.8 Diferencias por edad de inicio de la epilepsia

De acuerdo al análisis de correlación de Spearman cuyos resultados se encuentran en la Tabla 5.17, no se observa ninguna correlación significativa entre la edad de inicio de la epilepsia y los rasgos de personalidad de los sujetos de la muestra.

Tabla 5.17 *Correlación de Spearman para la etapa de vida en que apareció la epilepsia y las escalas clínicas del MMPI*

	ETAPA DE INICIO	L	F	K	1 Hs	2 D	3 Hi	4 Dp	5 Mf	6 Pa	7 Pt	8 Es	9 Ma	0 Is	
ETAPA DE INICIO	r_s	1.000	-.017	-.068	.071	.081	.124	.167	.021	.052	.004	.123	-.007	-.046	.103
	p	.	.902	.628	.612	.564	.378	.231	.879	.709	.976	.380	.958	.741	.461
L	r_s	-.017	1.000	-.345	.447	-.090	.075	.069	-.106	-.239	-.549	-.261	-.405	-.341	.065
	p	.902	.	.011	.001	.524	.593	.625	.451	.085	.000	.059	.003	.013	.645
F	r_s	-.068	-.345	1.000	-.500	-.086	.038	-.176	.240	.042	.652	.430	.671	.439	.160
	p	.628	.011	.	.000	.542	.786	.206	.083	.763	.000	.001	.000	.001	.252
K	r_s	.071	.447	-.500	1.000	.352	.128	.436	.213	.033	-.369	.002	-.234	-.307	-.269
	p	.612	.001	.000	.	.010	.360	.001	.125	.813	.006	.988	.091	.025	.051
1 Hs	r_s	.081	-.090	-.086	.352	1.000	.455	.659	.467	.185	.081	.574	.321	-.142	.023
	p	.564	.524	.542	.010	.	.001	.000	.000	.186	.563	.000	.019	.309	.869
2 D	r_s	.124	.075	.038	.128	.455	1.000	.457	.177	.130	.157	.540	.250	-.346	.540
	p	.378	.593	.786	.360	.001	.	.001	.204	.354	.263	.000	.071	.011	.000
3 Hi	r_s	.167	.069	-.176	.436	.659	.457	1.000	.322	.016	.029	.358	.060	-.217	-.080
	p	.231	.625	.206	.001	.000	.001	.	.019	.912	.834	.009	.672	.119	.568
4 Dp	r_s	.021	-.106	.240	.213	.467	.177	.322	1.000	.260	.300	.526	.504	.008	-.075
	p	.879	.451	.083	.125	.000	.204	.019	.	.060	.029	.000	.000	.954	.594
5 Mf	r_s	.052	-.239	.042	.033	.185	.130	.016	.260	1.000	.125	.269	.280	.169	-.056
	p	.709	.085	.763	.813	.186	.354	.912	.060	.	.373	.052	.042	.227	.688
6 Pa	r_s	.004	-.549	.652	-.369	.081	.157	.029	.300	.125	1.000	.396	.595	.337	.020
	p	.976	.000	.000	.006	.563	.263	.834	.029	.373	.	.003	.000	.014	.887
7 Pt	r_s	.123	-.261	.430	.002	.574	.540	.358	.526	.269	.396	1.000	.779	-.010	.323
	p	.380	.059	.001	.988	.000	.000	.009	.000	.052	.003	.	.000	.941	.018
8 Es	r_s	-.007	-.405	.671	-.234	.321	.250	.060	.504	.280	.595	.779	1.000	.279	.263
	p	.958	.003	.000	.091	.019	.071	.672	.000	.042	.000	.000	.	.043	.057
9 Ma	r_s	-.046	-.341	.439	-.307	-.142	-.346	-.217	.008	.169	.337	-.010	.279	1.000	-.379
	p	.741	.013	.001	.025	.309	.011	.119	.954	.227	.014	.941	.043	.	.005
0 Is	r_s	.103	.065	.160	-.269	.023	.540	-.080	-.075	-.056	.020	.323	.263	-.379	1.000
	p	.461	.645	.252	.051	.869	.000	.568	.594	.688	.887	.018	.057	.005	.

Se utilizó el mismo tipo de análisis para determinar relaciones entre la etapa de vida en que apareció la epilepsia y las escalas del WPSI, sin embargo tampoco se aprecian resultados significativos como se muestra en la Tabla 5.18.

Tabla 5.18 *Correlación de Spearman para la etapa de vida en que apareció la epilepsia y las escalas de funcionamiento psicosocial del WPSI*

		ETAPA DE INICIO	HISTORIA FAMILIAR	ADAPTACION EMOCIONAL	ADAPTACION INTERPERSONAL	ADAPTACION VOCACIONAL	SITUACION ECONOMICA	ADAPTACION A LAS CRISIS	MEDICACION Y TRATAMIENTO MEDICO	FUNCIONAMIENTO O PSIQUICO GLOBAL
ETAPA DE INICIO	r_s	1.000	-.003	.170	.016	-.027	.112	.002	.175	.168
	p	.	.985	.223	.907	.851	.425	.990	.209	.230
HISTORIA FAMILIAR	r_s	-.003	1.000	.340	.172	.051	.302	-.164	.010	.243
	p	.985	.	.013	.218	.719	.028	.241	.944	.079
ADAPTACION EMOCIONAL	r_s	.170	.340	1.000	.126	.317	.170	.198	.183	.529
	p	.223	.013	.	.368	.021	.223	.155	.191	.000
ADAPTACION INTERPERSONAL	r_s	.016	.172	.126	1.000	.032	.329	-.166	.016	.491
	p	.907	.218	.368	.	.821	.016	.235	.908	.000
ADAPTACION VOCACIONAL	r_s	-.027	.051	.317	.032	1.000	-.231	.474	.133	.607
	p	.851	.719	.021	.821	.	.097	.000	.341	.000
SITUACION ECONOMICA	r_s	.112	.302	.170	.329	-.231	1.000	-.466	-.201	.020
	p	.425	.028	.223	.016	.097	.	.000	.148	.886
ADAPTACION A LAS CRISIS	r_s	.002	-.164	.198	-.166	.474	-.466	1.000	.379	.369
	p	.990	.241	.155	.235	.000	.000	.	.005	.007
MEDICACION Y TRATAMIENTO MEDICO	r_s	.175	.010	.183	.016	.133	-.201	.379	1.000	.363
	p	.209	.944	.191	.908	.341	.148	.005	.	.008
FUNCIONAMIENTO PSIQUICO GLOBAL	r_s	.168	.243	.529	.491	.607	.020	.369	.363	1.000
	p	.230	.079	.000	.000	.000	.886	.007	.008	.

5.6.9 Diferencias por duración de la epilepsia

Para determinar si existen relaciones entre los años de evolución de la epilepsia y las escalas clínicas del MMPI se recurrió al análisis de correlación de Pearson, sin embargo tal como se muestra en la Tabla 5.19 no aparecen resultados estadísticamente relevantes.

Tabla 5.19 *Correlación de Pearson para la duración de la epilepsia y las escalas clínicas del MMPI*

AÑOS DE EVOLUCION		L	F	K	1 Hs	2 D	3 Hi	4 Dp	5 Mf	6 Pa	7 Pt	8 Es	9 Ma	0 Is	
AÑOS DE EVOLUCION	r _p	1	-.080	.135	-.055	-.238	.072	-.216	-.005	-.063	.076	-.167	.097	.014	.094
	p		.567	.335	.694	.086	.610	.120	.973	.653	.590	.233	.491	.918	.505
L	r _p	-.080	1	-.413	.472	.091	.036	.147	-.079	-.206	-.573	-.232	-.439	-.301	-.071
	p	.567		.002	.000	.517	.800	.294	.573	.140	.000	.095	.001	.029	.614
F	r _p	.135	-.413	1	-.492	-.086	.057	-.098	.228	-.008	.652	.399	.677	.479	.167
	p	.335	.002		.000	.541	.684	.483	.101	.956	.000	.003	.000	.000	.231
K	r _p	-.055	.472	-.492	1	.398	.093	.379	.266	.006	-.343	.018	-.203	-.304	-.308
	p	.694	.000	.000		.003	.508	.005	.054	.966	.012	.897	.144	.027	.025
1 Hs	r _p	-.238	.091	-.086	.398	1	.487	.662	.505	.147	.028	.629	.335	-.183	.038
	p	.086	.517	.541	.003		.000	.000	.000	.295	.843	.000	.014	.189	.788
2 D	r _p	.072	.036	.057	.093	.487	1	.475	.201	.095	.150	.526	.287	-.323	.567
	p	.610	.800	.684	.508	.000		.000	.149	.497	.285	.000	.037	.018	.000
3 Hi	r _p	-.216	.147	-.098	.379	.662	.475	1	.373	.007	.092	.368	.101	-.261	-.084
	p	.120	.294	.483	.005	.000	.000		.006	.959	.511	.007	.471	.059	.550
4 Dp	r _p	-.005	-.079	.228	.266	.505	.201	.373	1	.228	.319	.591	.534	.034	-.064
	p	.973	.573	.101	.054	.000	.149	.006		.101	.020	.000	.000	.812	.649
5 Mf	r _p	-.063	-.206	-.008	.006	.147	.095	.007	.228	1	.181	.188	.202	.211	-.072
	p	.653	.140	.956	.966	.295	.497	.959	.101		.194	.179	.147	.129	.611
6 Pa	r _p	.076	-.573	.652	-.343	.028	.150	.092	.319	.181	1	.344	.565	.399	.019
	p	.590	.000	.000	.012	.843	.285	.511	.020	.194		.012	.000	.003	.894
7 Pt	r _p	-.167	-.232	.399	.018	.629	.526	.368	.591	.188	.344	1	.763	-.015	.335
	p	.233	.095	.003	.897	.000	.000	.007	.000	.179	.012		.000	.914	.014
8 Es	r _p	.097	-.439	.677	-.203	.335	.287	.101	.534	.202	.565	.763	1	.308	.260
	p	.491	.001	.000	.144	.014	.037	.471	.000	.147	.000	.000		.025	.060
9 Ma	r _p	.014	-.301	.479	-.304	-.183	-.323	-.261	.034	.211	.399	-.015	.308	1	-.331
	p	.918	.029	.000	.027	.189	.018	.059	.812	.129	.003	.914	.025		.015
0 Is	r _p	.094	-.071	.167	-.308	.038	.567	-.084	-.064	-.072	.019	.335	.260	-.331	1
	p	.505	.614	.231	.025	.788	.000	.550	.649	.611	.894	.014	.060	.015	

Al correlacionar las escalas de funcionamiento psicosocial con los años de evolución de la epilepsia de los sujetos, no se observan relaciones significativas (Tabla 5.20).

Tabla 5.20 *Correlación de Pearson para la duración de la epilepsia y las escalas de funcionamiento psicosocial del WPSI*

		AÑOS DE EVOLUCION DE LA EPILEPSIA	HISTORIA FAMILIAR	ADAPTACION EMOCIONAL	ADAPTACION INTERPERSONAL	ADAPTACION VOCACIONAL	SITUACION ECONOMICA	ADAPTACION A LAS CRISIS	MEDICACION Y TRATAMIENTO MEDICO	FUNCIONAMIENTO PSIQUICO GLOBAL
AÑOS DE EVOLUCION DE LA EPILEPSIA	r_p	1	.022	-.037	.022	.119	-.203	.044	-.154	-.018
	p		.876	.791	.878	.395	.145	.755	.271	.898
HISTORIA FAMILIAR	r_p	.022	1	.242	.227	.036	.347	-.143	.013	.286
	p	.876		.081	.102	.800	.011	.306	.926	.038
ADAPTACION EMOCIONAL	r_p	-.037	.242	1	.258	.273	.156	.165	.283	.594
	p	.791	.081		.062	.048	.265	.238	.040	.000
ADAPTACION INTERPERSONAL	r_p	.022	.227	.258	1	.001	.280	-.143	.046	.524
	p	.878	.102	.062		.992	.042	.306	.743	.000
ADAPTACION VOCACIONAL	r_p	.119	.036	.273	.001	1	-.231	.455	.096	.587
	p	.395	.800	.048	.992		.097	.001	.493	.000
SITUACION ECONOMICA	r_p	-.203	.347	.156	.280	-.231	1	-.492	-.133	.008
	p	.145	.011	.265	.042	.097		.000	.341	.955
ADAPTACION A LAS CRISIS	r_p	.044	-.143	.165	-.143	.455	-.492	1	.361	.366
	p	.755	.306	.238	.306	.001	.000		.008	.007
MEDICACION Y TRATAMIENTO MEDICO	r_p	-.154	.013	.283	.046	.096	-.133	.361	1	.371
	p	.271	.926	.040	.743	.493	.341	.008		.006
FUNCIONAMIENTO PSIQUICO GLOBAL	r_p	-.018	.286	.594	.524	.587	.008	.366	.371	1
	p	.898	.038	.000	.000	.000	.955	.007	.006	

5.6.10 Correlaciones entre las escalas clínicas del MMPI-2 y el WPSI

Para determinar las correlaciones entre las escalas de personalidad y del funcionamiento psicosocial se utilizó la correlación de Pearson, los resultados se muestran en la Tabla 5.21.

En los resultados se observa que la depresión se asocia a la situación económica, esta relación es estadísticamente significativa, débil e inversamente proporcional ($r_p=-0.405$, $p=0.003$), lo que sugiere que las personas que tienen problemas económicos suelen resultar con mayor puntuación en depresión.

Se encontró una correlación entre la escala 6 y la adaptación vocacional, esta relación es débil y positiva ($r_p=-0.300$, $p=0.029$), por lo tanto los sujetos que tienen rasgos paranoides, suelen enfrentarse a mayores dificultades en el ámbito laboral y escolar.

La escala 6 también se correlaciona significativamente con la situación económica de forma débil y negativa ($r_p=-0.311$, $p=0.023$), por lo que los sujetos que tienen una mejor percepción de su situación económica, resultaron con rasgos paranoides.

La escala 6 resultó correlacionada con la adaptación a las crisis de forma media y positiva ($r_p=-0.559$, $p=0.000$), es decir que los sujetos con rasgos paranoides tienen un mayor desajuste ante la presencia de crisis epilépticas.

La escala 7 se relaciona significativamente con la escala de medicación y tratamiento médico de forma débil y positiva ($r_p=0.365$, $p=0.007$), lo cual indica que a mayor presencia de dificultades en la adaptación a la medicación y al tratamiento médico, los sujetos tienen más angustia.

La escala 8 resultó correlacionada débil y positivamente con la escala de adaptación a las crisis, ($r_p=0.365$, $p=0.009$), esto significa que los sujetos que

resultaron con puntuaciones más altas en esquizofrenia, tienen mayores dificultades al adaptarse a la presencia de crisis epilépticas.

La escala 8 se relaciona significativamente con la escala de medicación y tratamiento médico de forma positiva y débil ($r_p=0.314$, $p=0.022$), estos resultados sugieren que cuando los sujetos tienen un alto nivel de rasgos esquizofrénicos pueden presentar mayores dificultades para adaptarse al tratamiento médico y la percepción que tienen de la atención médica es más negativa.

La escala 9 se relaciona significativamente con la escala de adaptación vocacional, esta relación es débil y positiva ($r_p=0.238$, $p=0.037$), estos resultados muestran que a menor presencia de rasgos maniacos, los sujetos presentan menor desajuste vocacional.

La escala 9 también se relaciona significativamente con la escala de adaptación a las crisis, esta relación resultó débil y positiva ($r_p=0.320$, $p=0.019$), por lo tanto a los sujetos que presentaron mayor nivel de manía tuvieron más dificultades al adaptarse a la presencia de crisis.

El funcionamiento psíquico global se relacionó significativa y positivamente de forma débil con la escala 9 ($r_p=0.292$, $p=0.034$), esto significa que los sujetos de la muestra a mayor desajuste psíquico global, presentaron un mayor nivel de manía.

La escala 0 se relacionó significativamente con la situación económica, esta correlación resultó débil e inversamente proporcional ($r_p=-0.302$, $p=0.028$), lo que indica que cuando los sujetos presentan una percepción de mayores dificultades económicas, tienen rasgos de personalidad extrovertida.

Finalmente la escala 0 también resultó correlacionada significativamente de forma débil y positiva con la escala de funcionamiento psíquico global ($r_p=0.302$, $p=0.028$), por lo que los sujetos que presentaron un mayor nivel de desajuste psicosocial global tienen rasgos de introversión en su personalidad.

Tabla 5.21 *Correlación de Pearson para las escalas clínicas del MMPI-2 y del WPSI*

		L	F	K	1 Hs	2 D	3 Hi	4 Dp	5 Mf	6 Pa	7 Pt	8 Es	9 Ma	0 Is
Historia familiar	r_p	-.011	.076	.129	-.172	-.174	-.213	-.020	-.159	-.076	-.054	-.065	.024	-.041
	P	.936	.591	.358	.218	.212	.126	.885	.255	.587	.701	.646	.864	.772
Adaptación emocional	r_p	-.246	.361	-.358	-.209	-.100	-.122	-.148	-.100	.110	-.016	.038	.163	.069
	P	.076	.008	.008	.132	.474	.383	.290	.478	.434	.909	.786	.244	.625
Adaptación interpersonal	r_p	-.146	.215	-.192	-.089	-.076	-.227	-.122	.130	.030	.123	.171	.252	.213
	P	.296	.122	.169	.524	.590	.102	.383	.354	.833	.381	.220	.069	.125
Adaptación vocacional	r_p	-.166	.291	-.326	-.075	.198	-.155	-.029	-.018	.300	.047	.101	.288	.167
	P	.234	.034	.017	.593	.155	.267	.834	.896	.029	.737	.471	.037	.231
Situación económica	r_p	.282	-.237	.406	-.101	-.405	-.257	-.015	-.172	-.311	-.117	-.205	.001	-.302
	P	.041	.088	.003	.470	.003	.063	.915	.219	.023	.403	.140	.996	.028
Adaptación a las crisis	r_p	-.381	.480	-.393	.127	.240	.147	.045	-.002	.559	.233	.356	.320	.123
	P	.005	.000	.004	.364	.084	.295	.750	.987	.000	.094	.009	.019	.379
Medicación y tratamiento médico	r_p	-.218	.184	-.159	.189	.207	.059	.063	.185	.003	.365	.314	.124	.240
	P	.116	.186	.255	.174	.138	.676	.653	.184	.982	.007	.022	.375	.083
Funcionamiento Psicosocial Global	r_p	-.349	.384	-.380	-.050	.141	-.087	-.107	.019	.214	.197	.231	.292	.302
	P	.011	.005	.005	.722	.313	.537	.447	.894	.125	.157	.096	.034	.028

Una vez descritos los resultados descriptivos e inferenciales que se obtuvieron en la valoración de la muestra de sujetos epilépticos, en la sección siguiente se presenta la discusión de los mismos.

CAPÍTULO 6

Discusión

El objetivo principal de esta investigación fue conocer si existe alguna relación entre los rasgos de personalidad y los factores psicosociales de un grupo de adultos con epilepsia, para lo cual se estudió a una muestra constituida por 53 adultos diagnosticados con el trastorno y se elaboró un perfil de personalidad y de funcionamiento psicosocial general; además con los datos obtenidos se lograron describir las características sociodemográficas y clínicas de los sujetos participantes con el fin de determinar si estos aspectos producen alguna diferencia en los perfiles de personalidad y del funcionamiento psicosocial, lo que permitirá identificar los factores de riesgo sociodemográficos, farmacológicos, neurobiológicos y psicosociales para desarrollar una psicopatología en los pacientes epilépticos del Hospital General de México, así como explorar la utilidad del WPSI y del MMPI-2 como instrumentos en la evaluación psicológica y social de adultos con epilepsia. A continuación se expone la discusión de los hallazgos encontrados.

6.1 Características generales de la muestra

La muestra estuvo compuesta por sujetos con edades a partir de los 18 hasta los 59 años, se incluyeron a todos aquellos que hubiesen cumplido 18 años debido a que en la edad adulta la estructura de personalidad y los signos de psicopatología se encuentran definidos; además de que en ésta etapa los individuos pueden integrarse a la participación social, de tal manera que es posible detectar los efectos de la epilepsia en la adaptación en distintas áreas de desarrollo. La cantidad de hombres y mujeres que participaron en la investigación son comparables entre sí (Gráfica 5.2), esto permitió tener una proporción representativa de cada sexo y evitar sesgos de acuerdo al género, esta distribución fue consistente con la revisión anamnésica realizada por Lara (2002), en la que se aprecia un predominio del sexo masculino sobre el femenino en la

muestra, con porcentajes equivalentes para cada género; de la misma forma la edad predominante fue de sujetos jóvenes con una media de 28 años, comparado con los 31 años en promedio del estudio de Lara.

Conforme al tipo de actividad realizada por los pacientes epilépticos, la mayor parte de la muestra se trató de personas que no realizan alguna actividad económicamente remunerada, es decir que dependen del ingreso familiar, ya sea provisto por los padres o por su pareja, ésta condición se observó con mayor frecuencia en las mujeres; en los hombres la condición económica que predominó fue la de contar con un empleo que les proporcione un ingreso y cierta estabilidad financiera y las mujeres que trabajan fueron menos frecuentes en la muestra que cualquier otra condición (Gráfica 5.4). Los resultados apoyan lo mencionado por Lechtenberg (1989), quien dice que los adultos con epilepsia que se encuentran en edad productiva, se ven limitados en el área laboral debido a que viven con la amenaza de presentar alguna crisis mientras trabajan lo que hará evidente su padecimiento y sean despedidos, el encontrar trabajo y mantenerlo es una preocupación común entre las personas en edad adulta. En la muestra se observa que a pesar de tratarse de sujetos en edad productiva, la mayor proporción se constituyó con personas que no tienen un empleo que les permita ser independientes económicamente, convirtiéndose en una dificultad para la economía familiar y un impedimento para el desarrollo personal de los pacientes.

Otro aspecto que se hizo evidente en los sujetos con epilepsia, es que la mayor parte de los que trabajan fueron hombres; los hombres tienen como características la motivación de logro y un rol activo en la participación social, estos rasgos pueden encontrarse reflejados en la muestra debido a que fungen con este papel en mayor medida que las mujeres, quienes por lo general tienen una motivación de logro menor que los hombres y el rol social transmitido procura la dependencia y la pasividad (Jayme y Sau, 2004), causando una diferencia entre ambos géneros observada en una mayor participación económica de los hombres.

En cuanto al estado civil, la condición más común entre las personas con epilepsia fue la de soltero (Gráfica 5.5), sin embargo, aún no es posible determinar si existe

una tendencia a permanecer solteros, pues la edad media de la muestra fue de 27 años, y en el Distrito Federal la edad media al contraer matrimonio o de la primera unión es de 29 años para los hombres y 26 para las mujeres (Censo de Población y Vivienda, 2010); debido a que la muestra se compone en gran medida por sujetos jóvenes que se encuentran en el rango de edad que menciona el INEGI, no se puede concluir si existe algún aplazamiento en la edad en que contraen matrimonio. Sin embargo Lechtenberg (1989), menciona que es frecuente que las personas con epilepsia se mantengan solteras o sin formar algún tipo de relación sentimental debido a que han experimentado el rechazo de alguna persona a causa de la epilepsia, con la que establecieron algún vínculo sentimental y el temor a ser nuevamente rechazados los conducirá a aislarse socialmente, impidiendo la posibilidad de establecer vínculos afectivos.

Los sujetos de la muestra fueron elegidos de acuerdo a su alfabetización, ya que las pruebas utilizadas en la investigación son adecuadas para aquellos que puedan leer y escribir sin dificultades, de tal forma que lograran comprender los reactivos de los cuestionarios, y en la muestra están representados los cuatro niveles de escolaridad (primaria, secundaria, preparatoria y universidad). La escolaridad de los sujetos epilépticos se mostró distribuida en mayor proporción a nivel preparatoria o equivalente (Gráfica 5.6), una menor cantidad de sujetos tienen el nivel escolar de primaria, lo cual indica que cuentan con un nivel adecuado de escolarización para comprender los reactivos de las pruebas aplicadas.

6.2 Variables neurobiológicas y farmacológicas

Las variables neurobiológicas y farmacológicas que se tomaron en cuenta para este estudio fueron el tipo de crisis, el tratamiento farmacológico, la edad de inicio de la epilepsia y los años de duración de la enfermedad, éstas variables fueron tomadas en cuenta ya que teóricamente la literatura reporta que son factores que pueden tener algún efecto cognitivo, emocional o conductual (Acevedo, 2008; Borgeaud, León, David y Otárola, 2005; Hermann, 1991 y Rojas, 2009), los datos

clínicos se recopilaron de los expedientes médicos de cada paciente, ya que se trata de información confiable proporcionada por los especialistas. La mayor parte de la muestra presentó crisis generalizadas y en menor medida sujetos con crisis parciales, existen estudios que afirman que el tipo de crisis más frecuentes en los adultos son las parciales (Matson, 1998), sin embargo en la revisión realizada en México por Zalazar, Ramos, y Aguilar (2004), encontraron que las crisis generalizadas son más comunes.

El tratamiento antiepiléptico tiene relevancia por sus efectos cognitivos y emocionales en el paciente, el cual se observó en proporciones similares para monoterapia y politerapia; de acuerdo a Asconapé (2010), la decisión del tipo de tratamiento que se le asigna a un paciente con epilepsia depende de factores biológicos, psicológicos, sociales y laborales que serán valorados por el médico tratante, sin embargo la primera opción de tratamiento es la monoterapia, ya que entre el 50 y el 70% de los pacientes responden favorablemente al control de las crisis, si no son controladas se recurre a la monoterapia secuencial y como última opción la politerapia, en la cual las drogas antiepilépticas se combinan para obtener un beneficio adicional, esto indica que más de la mitad de los sujetos de la muestra tienen epilepsia de difícil control, lo cual produce mayores efectos secundarios que se ven reflejados a nivel orgánico por la ingesta de medicamentos en el sistema gastrointestinal, efectos hematológicos, reacciones dermatológicas, disfunciones cognitivas y conductuales como síntomas depresivos, ansiedad, agitación e insomnio, alteraciones de la personalidad y trastornos de la conducta (Borgeaud, León, David y Otárola, 2005; Gillham, Williams, Wiedmann, Butler y Larkin, 1988); además de un mayor impacto económico debido al costo de la variedad de medicamentos antiepilépticos que necesitan (Asconapé, 2010). La literatura reporta que el porcentaje de personas que requieren de más de un medicamento para controlar sus crisis puede ir del 30 al 50%, sin embargo la proporción de sujetos que está siendo tratada con politerapia es mayor a esta cifra, por lo que es posible que no se encuentren siendo tratados con la farmacoterapia adaptada a su condición; con respecto a

este punto Hermann (1991), menciona que el manejo inapropiado de la politerapia es uno de los problemas que se presentan con frecuencia.

Por otra parte, uno de los factores en los que los médicos se basan para elegir el tratamiento de los pacientes con epilepsia es la situación escolar o laboral actual, en la muestra se encontró que la mayor parte de los participantes no realizan alguna actividad remunerada, y el tratarse con politerapia, asociada a los efectos adversos cognitivos y conductuales que conlleva, estaría desfavoreciendo la rehabilitación psicosocial de los mismos.

En cuanto a la etapa de vida en que apareció la epilepsia, se observó una mayor proporción en la niñez, seguida por la adolescencia (Gráfica 5.9); ambas etapas se caracterizan por manifestarse la epilepsia idiopática que se relaciona con condiciones congénitas, genéticas y del desarrollo; los sujetos que comenzaron a padecer el trastorno durante la adultez se presentaron de forma menos común, y son los que están asociados a una epilepsia sintomática causada por traumatismos craneoencefálicos, infecciones del sistema nervioso central y tumores, lo que implica la posibilidad de un mayor deterioro cognitivo (Rojas, 2009). En la muestra no se registró ningún sujeto cuya edad de inicio haya sido en la vejez, lo que se asociaría a accidentes cerebrovasculares (García, Millán y Peñaloza, 2010).

De acuerdo a lo observado, la mayoría de los pacientes tuvieron un inicio de la epilepsia antes o durante la adolescencia, por lo que son más proclives a desarrollar tendencias psicopatológicas, pues son vulnerables debido a que la personalidad y la identidad se encuentran definiéndose en estas etapas (Hermann, 1980 y Lechtenberg, 1989).

La última variable neurobiológica a considerar es el tiempo de padecer el trastorno, en la muestra se observaron personas que han tenido más de diez años con el trastorno y en proporción similar los que tienen menos tiempo con la enfermedad, en este sentido, las personas que tienen mayor tiempo con epilepsia tienen un riesgo más elevado de enfrentarse a dificultades cognitivas y biológicas

a causa del efecto de los medicamentos a largo plazo (Rojas, 2009). Una vez descritos los factores neurobiológicos, farmacológicos y psicosociales que son determinantes para que el paciente logre adaptarse a las circunstancias de vida que el trastorno impone; la adaptación de las personas con epilepsia se reflejará en su comportamiento, modificando las características psicológicas con las que el individuo estructura su personalidad: con rasgos adaptados o psicopatológicos, elementos que se abordan a continuación.

6.3 Psicopatología de los sujetos epilépticos

La relación entre la epilepsia y la psicopatología ha sido documentada ampliamente, a pesar de ello no se han identificado con claridad los factores que la producen, ya que se ha relacionado con lesiones cerebrales, daño neurológico, crisis epilépticas sin control o bien causada por un desajuste psicosocial que se presenta en un alto porcentaje, mayor para la epilepsia de lóbulo temporal (Devinsky, 1991).

Para obtener los rasgos de personalidad de los sujetos que participaron en el estudio y detectar si existe una psicopatología predominante en la muestra se utilizó el MMPI-2 como instrumento para medir la personalidad. Las escalas de validez L, F y K muestran un patrón de “V invertida” (Gráfica 5.26); esta configuración es distinta a la esperada en el caso de personas sin epilepsia, ya que identifica a sujetos con trastornos de la personalidad, condición que se relaciona con la presencia de epilepsia, pues se ha determinado que la prevalencia de la psicopatología entre los epilépticos es alta incluso en muestras reducidas (Devinsky, 1991). Este patrón indica que los sujetos están expresando una necesidad de ayuda profesional, debido a que se reconocen atravesando por una gran cantidad de dificultades para las que no cuentan con suficientes recursos con los que puedan llegar a una resolución; este patrón de V invertida es muy similar al encontrado por Alvarado et al. (1991) y al de Herrera (1999). Las personas con epilepsia han crecido en un ambiente de sobreprotección en el que no se les permitió desarrollar habilidades para alcanzar logros por sí mismos, sino

que la familia funcionó como medio para satisfacer todas sus necesidades, es por ello que al enfrentarse a las demandas sociales se ven inhabilitados en comparación a las personas que no han tenido éstas limitaciones y al asistir a consulta médica o psicológica lo hacen con la intención de obtener ayuda profesional.

Los resultados en el perfil de personalidad de los sujetos participantes no muestran un patrón de psicopatología única, sin embargo existen escalas que son predominantemente altas en la muestra, por lo que al analizarse como grupo sí es posible encontrar diferencias con respecto a las personas que no tienen epilepsia, estos resultados son congruentes con lo expuesto por Devinski (1991), quien además explica que es común encontrar perfiles con puntuaciones en los extremos del perfil. En el presente estudio se observó que las escalas clínicas del MMPI-2 que muestran elevaciones son la esquizofrenia, seguida por la psicastenia y finalmente la paranoia, estas tres escalas se ubican en el nivel alto del perfil, indicando rasgos psicopatológicos.

La escala de esquizofrenia es el rasgo de personalidad que indica signos de mayor patología (Gráfica 5.26), pues identifica que los pacientes epilépticos son aislados, dependientes, pueden manifestar creencias e ideas poco convencionales, así como confusión con respecto a su identidad y pensamiento, éstas alteraciones aunadas a la dificultad que presentan para concentrarse en las actividades que realizan pueden llegar a ser tan intensas que pierdan el contacto con la realidad. Con respecto a la interacción social, tienden a evitar las relaciones sociales íntimas, posiblemente a causa de experiencias anteriores desafortunadas. Estos rasgos son congruentes con los resultados de la investigación de Alvarado et al. (1991), en los que la escala de esquizofrenia resultó muy elevada y es la tercera dentro de las escalas con mayor elevación del perfil después de la puntuación de depresión y paranoia; en la investigación de Herrera (1999), en la que comparó pacientes epilépticos por grupos de acuerdo a las crisis que presentan (crisis parciales, crisis generalizadas y crisis parciales secundariamente generalizadas) sin encontrar diferencias significativas entre los

grupos, la esquizofrenia se observa como la escala más alta del perfil. Por lo tanto, las personas con epilepsia cuentan con rasgos de esquizofrenia, el cual es un trastorno psicótico, que se acompaña de sensaciones extrañas, ideas fuera de lo común, percepciones anormales y pérdida del contacto con la realidad, en el que se presentan síntomas negativos tales como alteraciones en la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la búsqueda de actividades y estímulos placenteros, la voluntad y la motivación y la atención, todos ellos previos a los síntomas positivos a los que corresponden alucinaciones y delirios (Alarcón, Mazzotti y Nicolini, 2005, y Garnica, 1998). Los resultados en este estudio son congruentes con lo que la literatura reporta, de acuerdo a Bear y Slater (1961), la esquizofrenia se presenta asociada frecuentemente a la epilepsia y ambas se manifiestan en el transcurso de la vida del individuo apareciendo y desapareciendo, además su cuadro clínico es distinto al que se observa en una persona que no padece epilepsia. La psicosis asociada a la epilepsia en periodos interictales afecta de un 10 a 30% de pacientes con crisis parciales complejas y se asocia a la epilepsia de lóbulo temporal principalmente (Beard y Slater, 1961); se caracteriza por aparecer de manera episódica, es decir que se desencadena por factores ambientales y no por cambios orgánicos, los episodios tienen un inicio rápido, los síntomas duran poco tiempo y el individuo regresa a la normalidad rápidamente. Los síntomas de la psicosis se manifiestan por un cambio indudable de la personalidad, acentuación de previos rasgos esquizoides, autismo, trastorno de pensamiento, superficialidad o incongruencia afectiva, presencia de alucinaciones o delirios y anomalías del comportamiento (González, 1981).

La escala de psicastenia es la segunda que presenta signos de psicopatología en el perfil general de los sujetos con epilepsia (Gráfica 5.26), lo cual indica la aparición de una sensación de inseguridad, preocupación y ansiedad, son personas que se comportan de una manera meticulosa y aprehensiva, por lo que les es difícil tomar decisiones a causa del temor a que puedan fracasar. Resultados similares se encontraron en Herrera (1999), a diferencia de lo

observado en Alvarado et al. (1991) con resultados que refieren características de personas que son más adaptadas y confiadas, sin embargo este puntaje se encuentra por debajo del margen esperado para los sujetos sin epilepsia.

Los resultados en este trabajo apoyan la teoría de que la ansiedad y la angustia son comunes entre los individuos diagnosticados con epilepsia especialmente en los periodos postictales e interictales como es el caso de la valoración realizada a los sujetos de la muestra. La ansiedad es una condición que actúa de diferentes maneras en la epilepsia, puede ser una respuesta a la anticipación de un ataque, o bien como los pacientes reportan, que las crisis por sí mismas, el régimen de tratamiento o el impacto del trastorno, así como ciertos eventos de la vida son factores que provocan estrés que es capaz de inducir o exacerbar las crisis (Holzer y Bear, 1997; Shafer y Salmanson, 1997; Herrera, 1999 y Fabelo, 2010). El desarrollo de la angustia como una respuesta reactiva, se manifiesta a nivel patológico debido a que aparece a pesar de no existir una amenaza real y el sujeto se verá paralizado sin lograr actuar para defenderse (Ayuso, 2000), por lo que desarrolla un estado continuo de angustia, llegando incluso a evolucionar en un trastorno de ansiedad a nivel psiquiátrico, como el trastorno de pánico y de ansiedad generalizada, los que aparecen con mayor frecuencia en la población con epilepsia en comparación a la población sin el trastorno (Holzer y Bear, 1997).

La angustia en los pacientes epilépticos también puede manifestarse por medio de rasgos obsesivos, mediante la aparición de pensamientos recurrentes que son exagerados o irracionales y que pueden estar relacionados con la posibilidad de que ocurra una crisis epiléptica. Los trastornos fóbicos son otra manifestación de la angustia en los pacientes epilépticos, pues la ansiedad se presenta como una respuesta ante ciertas situaciones sociales que pongan en evidencia el trastorno neurológico o los coloquen en una situación embarazosa; en otros casos la ansiedad es desencadenada por lugares específicos que se relacionen con la idea de presentar una crisis epiléptica o no tener ayuda disponible en ese lugar en caso de que suceda, lo que los llevará a evitar estar solos, acudir a ciertos lugares o circunstancias de interacción social.

La escala de paranoia es la tercera puntuación más alta en el perfil de personalidad de personas epilépticas a una elevación superior a lo esperado en la población normal, lo que sugiere la presencia de actitudes violentas, hostiles y suspicaces, tendiendo a interpretar incorrectamente las situaciones sociales, de tal forma que ven al entorno como una fuente de continuas amenazas hacia su persona debido a que utilizan el mecanismo de proyección para manejar la culpa y las autocríticas. Estos resultados son congruentes con los obtenidos por Herrera (1999) y Alvarado et al. (1991), apoyando la teoría de que en los pacientes epilépticos es común la presencia de rasgos de suspicacia, malinterpretación de motivos y eventos e incluso su asociación con la esquizofrenia, encontrándose diagnósticos de esquizofrenia tipo paranoide (Devinski, 1991). Swanson (1974) explica que la paranoia es modo de adaptación surgido como medio para hacer frente al mundo, y que de ésta forma la persona no se aísla, por lo cual es un mecanismo repositivo. El pensamiento paranoide tiene como característica principal la proyección, le siguen la hostilidad, la suspicacia, las ideas de autorreferencia, las delirantes, el temor de la pérdida de autonomía y sentimientos de grandeza. La proyección es un mecanismo de defensa que se origina a partir de sentimientos de autodepreciación, pues anticipan las opiniones de los demás como desfavorables, llegando a convencerse de que los demás se encuentran hablando o pensando mal de él, por lo que se atribuyen a los demás impulsos o fantasías que no son aceptables para sí mismo, que se activan cuando la persona se encuentra en un estado de tensión aguda, lo cual hace que exista una predisposición a recibir alguna forma concreta de agresión o desaprobación. Las personas con epilepsia deben enfrentarse a situaciones de tensión cuando presentan crisis epilépticas, en las que se ven expuestos y vulnerables a recibir valoraciones negativas por quienes se encuentren observando, y debido a que el miedo a presentar crisis se manifiesta constantemente, desarrollan este mecanismo defensivo como un recurso al que acuden para prevenir las evaluaciones desfavorables de su entorno social actuando suspicazmente de manera continua.

Por lo tanto, la constelación del perfil de personalidad de sujetos epilépticos refiere que son inseguros, suspicaces, introvertidos, con sentimientos crónicos de inadecuación o inferioridad, preocupaciones y niveles altos de ansiedad, que tienen escasa habilidad para el contacto social, no llegan a comprometerse emocionalmente con otras personas y tienden a utilizar la evasión de sus conflictos como recurso defensivo resultándoles difícil diferenciar entre la fantasía y la realidad. Estas características se presentan de manera crónica e inflexible (Lucio y León, 2003), por lo que la estructura de personalidad se ha desarrollado durante un amplio margen de tiempo, llegando a comportarse como individuos dependientes de sus padres o de la pareja. Las dificultades sociales se originan a partir de una sensación de inseguridad que puede ser causada por el trastorno epiléptico y debido a que no logran adaptarse, recurren a un aislamiento en un mundo fantasioso, por lo que pasan la mayor parte del tiempo en sus ensoñaciones. La complicación que presentan para establecer relaciones interpersonales profundas, además de contar con pobres recursos racionales que los lleven a alcanzar insight, sugiere que no se trata de candidatos adecuados para psicoterapia.

6.4 Funcionamiento psicosocial de los sujetos epilépticos

El funcionamiento psicosocial de las personas con epilepsia, es afectado por tres grupos de factores potenciales: los neurobiológicos, psicosociales y farmacológicos. La evaluación de la muestra valoró los factores psicosociales por medio del WPSI y los resultados dejan ver que se presenta un claro y grave impacto a nivel individual y grupal en las escalas de historia familiar, adaptación emocional, adaptación vocacional, situación económica, adaptación a las crisis y la escala de medicamento y tratamiento médico. La única escala en la que no se observa disfunción es la de adaptación económica (Gráfica 5.35); la discusión de éstos resultados se expone a continuación.

La escala de adaptación interpersonal se observó con problemas de claro y grave impacto a causa de la epilepsia, pues apareció en el 100% de los sujetos

evaluados, indicando una evidente dificultad para relacionarse de manera efectiva con el entorno social en los sujetos participantes (Gráfica 5.29). Estos resultados apoyan el modelo de Hermann, Whitman y Anton (1992) en el que explican que la sobreprotección parental, el estigma y la discriminación percibida por los pacientes, así como el apoyo social del que se disponga, forman parte de los factores psicosociales extrapersonales que proporcionarán una clara idea del desajuste de las personas con epilepsia, lo anterior conforma un contexto del que los pacientes no son directamente responsables, ya que son tratados de manera diferente por amistades, familia y el círculo social, este trato especial puede ser hostil o gentil, pero de cualquier forma afectará la adaptación de la persona.

Estos resultados también hacen referencia al aislamiento social que es frecuente entre los pacientes con epilepsia debido a los sentimientos de carencia o disminución de la autoestima provocada por la estigmatización que reciben de las personas por temor e ignorancia, y por los problemas familiares y escolares que vivieron durante etapas tempranas de vida. Los sujetos de la muestra se perciben como inseguros, temerosos y rechazados por los demás, lo que los dirige a no establecer relaciones estables ya sea de amistad o de pareja y problemas en su vida sexual, piensan que no encontrarán a una persona que desee estar con ellos a causa de su enfermedad y que no podrán tener hijos por la posibilidad de presentar crisis durante el embarazo o por que los hijos hereden el trastorno. El inadecuado funcionamiento en esta área, deja de manifiesto que el apoyo social que reciben de la familia, el vecindario, las amistades, los compañeros de trabajo y otros grupos con los que se relacionan es muy limitado y en ocasiones inexistente, y se trata de un componente necesario para alcanzar una adaptación adecuada, recuperarse y rehabilitarse.

La escala de medicación y tratamiento médico de la epilepsia que estima la percepción del tratamiento farmacológico recibido, el apego al tratamiento y el grado de satisfacción de la relación médico-paciente, es la segunda con mayor disfunción en el perfil de funcionamiento psicosocial, pues se encontró en la mayor parte de la muestra, indicando problemas de claro y grave impacto (Gráfica 5.33).

De acuerdo al modelo de Hermann, Whitman y Anton (1992), los factores farmacológicos se deben tomar en cuenta seriamente para determinar el impacto que la epilepsia tiene en la vida de una persona, identificando el inadecuado manejo de la politerapia como uno de los principales problemas ya que se presenta de forma común afectando las habilidades interpersonales, el estado emocional y el desempeño cognitivo debido a los efectos secundarios; también Borgeaud, León, David y Otárola (2005) identifican que la ingesta de medicamentos a largo plazo tiene efectos a nivel orgánico (los efectos se reflejan a nivel gastrointestinal, hematológico y dermatológico), por lo que ejerce gran importancia en la calidad de vida en el individuo; Acevedo (2008), menciona el alto costo de los medicamentos antiepilépticos, elevándose cuando se trata de politerapia. El papel decisivo de los factores farmacológicos en la adaptación psicosocial es destacado también por Santilli (1993), ya que ubica a la medicación (en especial al tratarse de politerapia) como un elemento que determinará que la epilepsia tenga un efecto devastador en la vida del paciente.

Los resultados de la escala de medicación y tratamiento médico ponen en evidencia que la accesibilidad de los pacientes a los servicios de la salud parece ser un asunto conflictivo que no favorece a su funcionamiento psicosocial, el hospital recibe pacientes provenientes de la zona metropolitana e incluso del interior de la República debido a la falta de servicios especializados cerca de su lugar de origen. Además, la falta de capacitación profesional del personal de salud y a su vez a la sobrecarga de trabajo que deben enfrentar debido a la cantidad de pacientes atendidos por la insuficiencia de servicios públicos son otros problemas importantes, pues tienen consecuencias directas sobre la calidad de la atención recibida por el paciente y en el funcionamiento psicosocial. Por otra parte, la adherencia terapéutica en los sujetos de la muestra se aprecia insuficiente, lo que implica un comportamiento inactivo de parte del enfermo, y dificultades para tomar decisiones con respecto a las situaciones que afectan su propia salud, pues señala un desacuerdo con el plan propuesto por el médico que puede contribuir a mejorar su salud, esto se debe a una falta de comprensión de la importancia de realizar acciones concretas como la toma de su medicamento, mantener una dieta

o la modificación de hábitos de vida y que por lo general provienen de una adecuada educación al respecto, la información que se le proporciona al paciente y a su familia se aprecia limitada e insuficiente, el médico debe ofrecerla con un lenguaje claro y sencillo, así como alertarlo de los riesgos que implica suspender el tratamiento farmacológico y los factores de riesgo que precipitan las crisis teniendo cuidado de exageraciones para no desarrollar ideas erróneas ni pensamientos de anormalidad en los pacientes. Los resultados en esta escala también hablan de que el control de las crisis es deficiente sin indicar necesariamente que el tratamiento prescrito sea inadecuado, sino que los pacientes no participan pertinentemente con conductas que favorezcan el control y evolución de la enfermedad, y con ello incrementar su calidad de vida.

En el tercer lugar se encontró la escala de adaptación emocional, donde la totalidad de la muestra resultó con problemas de claro y grave impacto por la presencia de signos de depresión, tensión, ansiedad, preocupación, incapacidad para pensar con claridad, preocupaciones somáticas, hipersensibilidad, rasgos psicóticos, pobre autoimagen e insatisfacción generalizada con la vida, componentes emocionales frecuentemente afectados en personas con epilepsia (Gráfica 5.28). Estos resultados son congruentes con los mencionados por diferentes fuentes (Dodrill, Batzel, Henne, Queisser y Temkin, 1980; Fabelo, 2010 y por el modelo de adaptación psicosocial en la epilepsia de Hermann, Whitman y Anton (1992), los que consideran que el aspecto emocional es un factor interpersonal que aumenta la probabilidad de que se presente un desajuste psicosocial, los autores mencionan que las personas que padecen epilepsia se ven en riesgo de presentar crisis en cualquier momento o lugar, provocando un temor y estrés constante que afectará la imagen de sí mismos, lo cual generará sentimientos de tristeza, vergüenza y pérdida de la dignidad debido a que el fenómeno epiléptico se percibe como una pérdida del control sobre su propio cuerpo y a su vez, se sienten inseguros ante la amenaza constante que proviene de su propia enfermedad y de la vulnerabilidad al verse expuestos como personas diferentes a los demás.

La escala de historia familiar que ayuda a detectar antecedentes de la historia de vida que indiquen dificultades en las relaciones interpersonales con los padres, en el ámbito escolar y las interacciones con los compañeros durante la infancia (Dodrill, Batzel, Henne, Queisser y Temkin, 1980), es el cuarto factor que muestra un inadecuado funcionamiento por la presencia de problemas en la historia personal (Gráfica 5.27). Las problemáticas en la vida del individuo en el ámbito familiar, escolar y social durante la infancia son factores que producen desadaptación en una persona, ya que desarrolla pautas de interacción que se forman en el tiempo y que el individuo pondrá en práctica en situaciones sociales a las que se enfrentará en el futuro de manera automática e inconsciente, la familia funciona como una estructura que puede fomentar la adaptación ante situaciones críticas, como el diagnóstico de la epilepsia, o ser un sistema rígido, cohesivo o aglutinado que favorece la dependencia y la sobreprotección del individuo (Minuchin y Fishman, 1997). Los sujetos de la muestra resultaron con una condición vulnerable de padecer conflictos de adaptación debido a que se identificaron situaciones problemáticas durante la infancia como es mencionado por Lechtenberg (1989) y Claros y Luizaga (2006).

La escala de adaptación a las crisis resultó elevada en los resultados de la muestra en gran parte de los sujetos, reflejando problemas de claro y grave impacto psicosocial (Gráfica 5.32). La escala de adaptación a las crisis se enfoca en detectar sentimientos de vergüenza y resentimiento por tener crisis epilépticas, por lo que no han aceptado la enfermedad debido a sus características de descontrol y su valor como persona ha sido deteriorado, incluso pueden percibirse menos aceptados por los demás cuando éstos saben del trastorno, éstos resultados son congruentes a las características que presentan las personas con epilepsia conforme a Hermann, Whitman y Anton (1992) y a la clasificación que propone Santilli (1997) de la epilepsia como comprometida o devastadora de acuerdo a las categorías de impacto en la vida del paciente. Goldstein, Seidenberg, y Peterson (1990) y Pedraza y Monsalve (2007), explican que el temor a las crisis es un factor que depende en gran medida de la información que el paciente tenga acerca de su enfermedad, de lo que sucede durante las crisis y

de los factores que las desencadenan, también se reconoce el papel que juega el control que se haya alcanzado de las crisis y la percepción de seguridad al aceptar la enfermedad y recurrir a los recursos personales para enfrentarse a un fenómeno inesperado como lo son las crisis y a la pérdida del control de su propio cuerpo. Por lo tanto, es común que las personas con epilepsia tienen dificultades para aceptar su enfermedad y las consecuencias que se presentan, lo que les impide hacer uso de sus recursos individuales, tal como lo mencionan Goldstein, Seidenberg, y Peterson (1990), Pedraza y Monsalve (2007) y Fabelo (2010) y el presente estudio.

La escala de adaptación vocacional detectó un nivel de claro y grave impacto en más de la mitad de los sujetos participantes, indicando que se sienten insatisfechos en el área laboral y/o en los estudios a causa de las limitaciones o las consecuencias de la epilepsia en su vida (Gráfica 5.30). Estos resultados son congruentes con lo que reporta la literatura (Lechtenberg, 1989), pues las dificultades en el área vocacional son comunes en las personas con epilepsia especialmente en los adultos en edad productiva, debido a que los empleadores son renuentes a contratar personas con el trastorno y los trabajadores encuentran con dificultad obtener o mantener su empleo una vez que los jefes se han enterado de su condición, este riesgo es mayor cuando la epilepsia no está controlada, pero sucede a pesar de ello debido a los prejuicios sociales.

En la siguiente sección se expondrá la discusión de los hallazgos encontrados en las correlaciones entre las características generales y farmacológicas de la muestra y los rasgos de personalidad y de funcionamiento psicosocial que se encontraron en el análisis.

6.5 Relaciones entre las características generales de los sujetos y las escalas del MMPI-2 y del WPSI

Inicialmente se observó que la variable edad se encuentra relacionada con la escala de introversión/extroversión Social del MMPI-2, esta relación resultó positiva (Anexo 3), es decir que mientras mayor edad tenga una persona con

epilepsia, es probable que tenga más características de introversión social, es decir que se inclinen por sus propios sentimientos y pensamientos, prefieran vivir en su mundo interior, sean analíticos, reflexivos e introspectivos; sin embargo en la medida en que se concentren en sí mismos, corren el riesgo de perder el contacto con su entorno (Frager y Fadiman, 2010). Las personas con epilepsia suelen recurrir al aislamiento a causa de sentimientos de desconcierto, culpabilidad y hastío por tener que explicar la razón de sus crisis, debido al temor de ser rechazados socialmente y a sus sentimientos de inseguridad, por lo que no implica únicamente una predisposición personal, sino una exclusión social real provocada por la percepción y el desconocimiento con respecto a la enfermedad (Carrizosa, 2009). El no contar con redes de apoyo o círculos ajenos a la familia que permitan establecer lazos emocionales, así como las experiencias de rechazo de personas emocionalmente vinculadas, trae como consecuencia que el individuo se aíse cada vez más porque sus habilidades de interacción y adaptación a circunstancias sociales se van debilitando con el paso del tiempo; estas condiciones los colocan en un aislamiento que los limitará en recursos, quedándoles únicamente su mundo interior y finalmente correr el riesgo de perder el contacto con su entorno.

Una característica que se asocia al sexo de los sujetos con epilepsia, es que las mujeres tienden a mostrar un mejor ajuste social que los hombres, quienes se aprecian con mayores dificultades, la relación entre el sexo y la adaptación interpersonal se observa en la Tabla 5.6. Estos resultados pueden ser explicados por lo mencionado por Jayma y Sau (2004), quienes expresan que de manera convencional se le atribuye a la mujer una mayor capacidad de socialización, lo que las llevará a funcionar de acuerdo al rol tradicional impuesto, formando relaciones con mayor dependencia y buscando las interacciones grupales. Socioculturalmente a la mujer se le impone la consigna de agradar a los demás por su apariencia física y buen comportamiento, por lo que se muestran más afectuosas, simpáticas y comprensivas, a diferencia de los hombres que se orientan en mayor medida hacia el individualismo y la independencia, sin sentir la necesidad de ser aceptados por su conducta agradable al mismo grado que las

mujeres. Esta diferencia en el comportamiento de acuerdo al género, favorecerá que exista una mejor adaptación en las mujeres que en los hombres, ya que son ellas quienes se esfuerzan más para interactuar.

Además del ajuste interpersonal, los resultados revelan que existe una relación entre el sexo y la escala de situación económica, esta correlación indica que los hombres tienen una percepción de mayores dificultades en el aspecto económico que las mujeres (Tabla 5.6). Es interesante notar que hay más hombres con epilepsia que realizan alguna actividad remunerada que mujeres (Gráfica 5.4), lo cual indica que a pesar de que los sujetos que trabajan son en su mayoría hombres, también son quienes tienen una mayor percepción de insatisfacción económica, pues la mayoría de las mujeres no reconocen tener dificultades notables en ésta área, pero hay que recordar que la mayor parte de ellas son dependientes económicamente de sus familias debido a que no realizan una actividad remunerada. Por lo que ser dependientes económicamente de la familia, no permite que perciban como un requerimiento el satisfacer sus necesidades materiales, ya que éste rol no es realizado por ellas. Esta explicación se reafirma al observar la relación existente entre el tipo de actividad y la escala de la situación económica (Tabla 5.8), refiriendo que los sujetos epilépticos con una percepción de dificultades económicas, son los que realizan alguna actividad remunerada, lo cual confirma la teoría acerca de las diferencias socioculturales entre hombres y mujeres con respecto a que el rol masculino es más activo, independiente y con una mayor motivación de logro que las mujeres, quienes se comportan de forma más pasiva, dependiente y una menor necesidad de éxito (Jayme y Sau, 2004); la presión social sobre el género masculino es mayor si se toma en cuenta el rol principal asignado socialmente a los hombres de ser proveedores, en el que la carencia de empleo y las dificultades económicas son percibidas por ellos como impedimentos para cumplir con su responsabilidad de ser padres y jefes de familia (Ortega, Centeno y Castillo, 2005). Esta explicación da pauta para entender la asociación observada entre el tipo de actividad con la escala de masculinidad-feminidad (Anexo 7), que es la que identifica las características masculinas y femeninas de los sujetos; los resultados indican que

las mujeres con epilepsia con intereses característicos de su sexo, no suelen practicar alguna actividad remunerada y por el contrario, para los hombres que tienen características socialmente clasificadas como masculinas, tienden a realizar alguna actividad que les retribuya económicamente.

De acuerdo a lo anterior, se destaca que el género y el rol social adoptado conforme al sexo, es un factor que influye en la participación económica de los sujetos y que determina la búsqueda de recursos económicos de manera independiente para cumplir con la responsabilidad de mantener a una familia.

Además de lo mencionado, la historia de vida fue otro de los factores que influyeron en la participación económica de los sujetos participantes, ya que se encontró una relación entre la escala de historia familiar y el tipo de actividad (Tabla 5.8), esta asociación indica que existe una tendencia de que los sujetos epilépticos que presentaron dificultades en sus relaciones interpersonales con los padres, en el ámbito escolar y/o en las interacciones con sus compañeros durante la infancia, no realicen actividades remuneradas económicamente. La escala de historia familiar detecta problemas en la educación y crianza que son de carácter interpersonal y que pueden producir dificultades psicosociales más adelante en la vida; de acuerdo a Minuchin y Fishman (1997), una familia con pautas de interacción flexibles, podrá dotar de herramientas a sus miembros que faciliten la adaptación y el crecimiento psicosocial de ante un sistema sociocultural en continua transformación, condición que se pone a prueba al diagnosticarse la epilepsia, pues es cuando la familia se enfrenta a los cuidados específicos que el trastorno demanda, además de los problemas que existen de manera intrínseca en la estructura. Cuando la familia es rígida, cohesiva, aglutinada y con un estilo de crianza basado en la sobreprotección, tendrá como consecuencia una dependencia del enfermo hacia los padres o cuidadores (Lechtenberg, 1989), limitando el desarrollo individual del enfermo con epilepsia y con ello la participación dentro de la economía familiar o la búsqueda de la independencia financiera.

Los resultados revelaron una asociación entre el tipo de actividad que realizan y la escala de adaptación interpersonal (Tabla 5.8), lo que indica que los sujetos de la muestra que obtuvieron un nivel de claro y grave impacto de la epilepsia en sus relaciones interpersonales tienden a realizar una actividad remunerada; sin embargo no existe hasta ahora ninguna teoría que afirme esta relación, por lo que se recurre a analizar las posibles explicaciones para estos resultados. Una explicación es que se trate de una correlación espuria y en ese caso es necesario identificar algún otro factor que esté interactuando con alguna de las dos variables en cuestión. Para ello nos referimos a la relación entre el sexo y la adaptación interpersonal mencionada previamente, pues los hombres encuentran con mayor dificultad adaptarse en el área interpersonal, a diferencia de las mujeres; además se debe recordar la relación entre la actividad económica y el sexo, en donde se observó que los hombres realizan actividades remuneradas en mayor grado que las mujeres, por lo tanto, los sujetos de la muestra que tienen mayores dificultades en sus relaciones interpersonales tienden a realizar actividades remuneradas, no es porque sea una relación directa o causal, sino porque los hombres que obtienen alguna remuneración (motivados por el rol impuesto socioculturalmente de ser proveedores e independientes económicamente), son quienes muestran mayores dificultades para interactuar socialmente de manera adaptada, a diferencia de las mujeres, quienes tienen mayor capacidad de socialización (Jayma y Sau, 2004).

Otra posible explicación para entender la razón por la cual los sujetos con epilepsia con dificultades interpersonales, tienden a realizar una actividad remunerada, se encuentra al contemplar que la adaptación interpersonal es una dimensión que indica la capacidad de una persona para relacionarse de manera efectiva con distintos entornos sociales, entre ellos la familia (Medina, 2004; Dodrill, Batzel, Henne, Queisser y Temkin, 1980). Las relaciones familiares pueden verse afectadas por la epilepsia debido a que es un trastorno que impacta la dinámica de todos los miembros: puede generarse sobreprotección, sentimientos de desconcierto, culpabilidad, hastío al tener que dar explicaciones por la enfermedad, o dificultades en el núcleo familiar debido a alteraciones

emocionales o manifestaciones violentas que pueden aparecer durante las crisis o después de ellas (De Felipe Oroquieta, 2002; Lechtenberg, 1989), y que ni la familia ni el paciente pueden explicar o entender si no hay suficiente información, ya que no son estimuladas por el entorno, lo cual generará sentimientos de culpa en la persona y en los demás miembros provocará sentimientos de resentimiento y desconcierto. Cuando las relaciones familiares se ven afectadas, el apoyo económico que el paciente pueda obtener de su familia también puede estar limitado, lo que los dirigirá a trabajar para satisfacer sus necesidades materiales.

En la Tabla 5.8 también se aprecia una relación entre la escala de situación económica y el tipo de actividad, lo que indica que los sujetos epilépticos que tienen una percepción de tener dificultades económicas son los que realizan alguna actividad remunerada, ésta afirmación hace referencia a que los participantes que trabajan logran identificar su satisfacción económica como una necesidad. El tipo de población que es atendida en el Hospital General de México (HGM) se trata de personas con escasos recursos que no cuentan con seguro social, por lo tanto la escala de situación económica no es un indicador de la situación económica real, sino de la percepción que tiene el individuo de su economía, en este sentido, parece ser que las personas que no dependen económicamente de la familia y que trabajan teniendo una vida más independiente, son las que tienen una percepción más clara de su situación y necesidades, pues en realidad dadas las características de la población que atiende el HGM, provienen de un estrato socioeconómico bajo.

Los resultados mostraron que la escolaridad es una variable que afecta la elevación de dos escalas de personalidad: la histeria y la introversión social, el nivel de la escala F (Tabla 5.11) y la adaptación emocional del WPSI (Tabla 5.12). La preparación escolar es una variable que provee de herramientas para satisfacer las necesidades sociales, resolver problemas y permite adquirir y desarrollar habilidades individuales para participar en la comunidad como un miembro productivo; en la muestra participaron sujetos de entre 18 y 59 años, y se observó que es un factor influyente en la elevación de la escala de validez F que

detecta la presencia de signos que indican alteraciones psicológicas (Lucio y León, 2003), pues las personas con epilepsia que tienen menor nivel educativo cuentan con una mayor percepción de problemáticas en su vida debido a que se encuentran más limitados en recursos emocionales, sociales e intelectuales que los que contaron con mayores posibilidades educativas, pues como menciona Alcántara (2009), la educación a nivel social permite colocar a un individuo como competente en una posición de igualdad de oportunidades. La escala de adaptación emocional también aporta una medida de la presencia de alteraciones psicológicas, y los resultados muestran una asociación entre la escolaridad y el nivel de ajuste emocional de los sujetos, pues a mayor preparación escolar, se aprecia un mejor funcionamiento. Estos argumentos ayudan a comprender la relación observada entre la escolaridad y la escala de adaptación emocional del WPSI (Tabla 5.12), ya que ésta escala también detecta la presencia de alteraciones emocionales.

Una relación interesante se encuentra al observar el efecto de la escolaridad en la elevación de la escala de histeria (Tabla 5.11). La personalidad histérica se refiere a la aparición de un conjunto de rasgos tales como la sugestión, el histrionismo, la disociación sexual, el perfeccionismo y la insatisfacción, el infantilismo y la perversidad, todos ellos motivados por deseos inconscientes no cumplidos, anhelos que han sido reprimidos y traídos a la conciencia por medio del síntoma (Capellá, 1996). Devinski (1991), menciona que se han encontrado en personas con epilepsia rasgos de histeria tales como deseo sexual alterado, sugestión asociada a creencias religiosas e interés filosófico, perfeccionismo o rasgos obsesivos, tendencia a escrutinio personal y auto recriminación y estas características son más evidentes a mayor escolaridad.

La introversión social es otro rasgo que se observó relacionado con la escolaridad (Tabla 5.11), los resultados sugieren que las personas con epilepsia con una mayor preparación educativa tienen una personalidad más extrovertida. La extroversión social es la actitud que toma una persona orientada al exterior, hacia el mundo de los objetos y la sociedad, de tal forma que se encuentra más

interesado en el impacto que tiene su propia conducta en el entorno (Frager y Fadiman, 2010). A las personas con epilepsia que tienen mayor preparación escolar, les es más fácil adaptarse al entorno social, pues participan en el mundo social y material, por lo que se encuentran alerta en mayor medida de lo que sucede a su alrededor, las educaciones proporcionan una oportunidad de desarrollar habilidades de socialización como lo menciona Alcántara (2009).

El tipo de crisis que presentan las personas con epilepsia fue el único de los factores farmacológicos que resultaron relacionados al funcionamiento psicosocial, y el efecto se observa en la escala de adaptación interpersonal, los resultados indicaron que los sujetos que reportaron crisis parciales tuvieron un menor nivel de desajuste interpersonal, a comparación de los que presentaron crisis generalizadas que tendieron a presentar mayores dificultades sociales (Tabla 5.14). Cuando se produce una crisis epiléptica generalizada, la alteración de la conciencia es el principal síntoma, la conciencia es la condición que permite mantener un contacto con el mundo exterior, y al perderlo, se produce una desconexión que puede acompañarse de movimientos tónico clónicos generalizados o no ser convulsivos, pero en ambos casos la persona que las padece pierde por completo el control de su cuerpo encontrándose totalmente vulnerable a sufrir algún daño físico o moral mientras se recupera de la crisis. En una crisis parcial puede presentar diferente sintomatología e incluso con frecuencia una combinación de las distintas síntomas de acuerdo al área de focalización, sin embargo la conciencia se conserva y el paciente es capaz de interactuar con su medio e incluso recordar los detalles de la crisis, por lo cual mantiene cierto control de lo que le sucede, al menos puede tener recuerdos posteriores a la crisis y sabe lo que le está sucediendo en mayor o menor medida, situación ajena a las personas que padecen crisis generalizadas porque se produce una alteración o pérdida de la conciencia junto con una amnesia total o parcial de la crisis (Asconapé, 2010). Posiblemente este efecto tenga un impacto a nivel interpersonal en el individuo con epilepsia, pues la asociación entre el temor a las crisis y la adaptación se determina por el control de la enfermedad (Fabelo, 2010) y si existe una mayor percepción de vulnerabilidad, pues se ha encontrado

relación entre el miedo a las crisis que reportan los pacientes y la medición de la adaptación (Goldstein, Seidenberg, y Peterson, 1990; Pedraza y Monsalve, 2007).

A continuación discutiremos los hallazgos encontrados con respecto a la relación de las variables psicosociales y los rasgos de personalidad que se obtuvieron por medio de las escalas del MMPI-2 y del WPSI, comenzando con las escalas de validez, para posteriormente hablar de las escalas clínicas.

6.6 Relaciones entre los rasgos de personalidad y los factores psicosociales de los sujetos con epilepsia

Las escalas de validez L, F y K del MMPI, resultaron correlacionadas con múltiples escalas del WPSI (situación económica, adaptación a las crisis, adaptación emocional, adaptación vocacional y funcionamiento psicosocial global), lo que significa que la actitud que la persona tiene al contestar la prueba constituye un indicador del funcionamiento psicosocial de los sujetos con epilepsia; esto se debe a que las escalas de validez están diseñadas para detectar disfunción en el proceso de socialización, en el estado de salud mental y el grado de conformidad de los examinados, con respecto a la actitud de los sujetos sin epilepsia (Lucio y León, 2003).

La escala L que evalúa el grado de franqueza del sujeto al contestar la prueba, se relaciona con la situación económica, la adaptación a las crisis y al funcionamiento psicosocial global. La escala F que revela las perturbaciones emocionales a las cuales se enfrentan los sujetos, y la escala K que hace referencia a las defensas psicológicas con las que cuenta para hacer frente a sus dificultades, se encontraron asociadas a la adaptación emocional, vocacional, la adaptación a las crisis y al funcionamiento psicosocial global. Además de que la escala K también se asocia con la situación económica. A continuación se discuten los resultados de éstas correlaciones.

Los pacientes epilépticos que contestaron con honestidad la evaluación, resultaron con una mejor percepción de su situación económica (Tabla 5.21), es decir que

tienen una sensación de seguridad, por lo que los costos materiales que la epilepsia ejerce en su vida, no son gravosos para sí mismo, esto puede indicar dos aspectos: el primero es que los costos de la enfermedad no son una fuente de estrés financiero debido a que cuenta con recursos económicos para afrontarlos; o bien que el individuo no es quien se hace cargo de sus necesidades económicas, es decir que depende materialmente de alguien más y por esta razón se siente seguro económicamente. Una persona que se siente sin las capacidades necesarias para hacerse responsable de sus necesidades materiales, lo resolverá buscando una relación de dependencia económica con su familia, por lo que esto sugiere que se trata de personas que no cuentan con suficientes recursos defensivos para solucionar sus propias problemáticas; éste punto ayuda a comprender la asociación entre la falta de recursos (escala K) y la percepción de seguridad financiera que perciben los pacientes (escala de situación económica), pues a menores habilidades defensivas, se observó una mayor seguridad económica (Tabla 5.21).

A medida que los sujetos participantes expresaron que atraviesan por mayores situaciones problemáticas en su vida y además reconocieron que no son capaces de resolverlas con los mecanismos defensivos con los que cuentan, resultaron con un mayor impacto en el área emocional y vocacional (Tabla 5.21), es decir que la epilepsia ha repercutido en su estado afectivo provocando una ansiedad patológica que se manifiesta por medio de emociones negativas, como experimentar un miedo injustificado y la expectación ante un peligro inminente, afectando la estabilidad de su conducta; por otra parte se aprecian cuadros depresivos en los que la persona con epilepsia siente tristeza, desagrado, lentitud psíquica y motora, sentimientos de inseguridad, poca valoración por su persona e ideas pesimistas (Fabelo, 2010). La poca funcionalidad de sus defensas psicológicas también limitan su desarrollo educativo y laboral, pues se manifestaron poco satisfechos de lo que han logrado en éstas áreas ya que la amenaza continua de la ocurrencia de una crisis, la opinión desvalorada de sí mismos y el estigma social que provoca que los empleadores tomen medidas discriminatorias y amenazantes debidas a la desinformación de la enfermedad.

A medida que los sujetos tuvieron más dificultades para adaptarse a la presencia de las crisis debido a que enfrentan resentimiento por su condición, vergüenza por presentar convulsiones, están a disgusto por los posibles ataques repentinos, sienten que su valor es menor a causa de la epilepsia, y creen que son menos aceptados por otros a causa de sus convulsiones, trataron de ser más honestos en la valoración, refirieron mayores perturbaciones emocionales y resultaron sin suficientes recursos para hacerles frente (Tabla 5.21), por lo que la configuración de las escalas de validez en forma de V invertida (Gráfica 5.26), como la encontrada por Herrera (1999) y Alvarado et al. (1992), es un indicador de que los sujetos con epilepsia tienen un claro y grave impacto psicosocial a causa de las crisis epilépticas.

La configuración de V invertida en las escalas de validez también es un predictor del funcionamiento psicosocial global (Tabla 5.21), ésta combinación se observa en los sujetos que están conscientes de las problemáticas que enfrentan, los cuales son más de lo que pueden manejar o solucionar con sus propios recursos, por lo cual por medio de la actitud que tuvieron ante la valoración, expresan una solicitud de ayuda. Esta asociación es la esperada entre los sujetos con epilepsia, pues de acuerdo a lo que la literatura reporta (Devinsky, 1991; Lechtenberg, 1989), la disposición de las escalas de L, F y K se asocia a un perfil con psicopatología (Lucio y León, 2003), lo cual no significa que la epilepsia sea la causante de éstas alteraciones, sino que el desajuste psicosocial en mayor o menor grado debido a la epilepsia que es originado por factores como la historia familiar, adaptación emocional, interpersonal, vocacional, situación económica, adaptación a las crisis, a la medicación y al tratamiento médico, afectarán las características predominantes de la conducta de una persona con epilepsia.

Ahora se discutirán los resultados de las relaciones entre las escalas clínicas y los factores psicosociales. La elevación de la puntuación de Depresión se encontró asociada a la escala de situación económica (Tabla 5.21), la cual indica que las personas que se perciben con dificultades económicas resultaron con mayores signos de depresión. De acuerdo al estudio realizado por Alvarado et al. (1992), no

se encontró una asociación entre estas dos escalas, sin embargo la literatura revela que la depresión es probablemente la asociación psiquiátrica más común en la epilepsia sin que exista una base neurológica que la produzca, sino que puede ser originada por factores psicosociales (Lechtenberg, 1989; Devinski, 1991 y Herrera, 1999), tal como también revelaron los resultados de ésta investigación. Las consecuencias en el área económica implican costos que pueden percibirse directamente o bien ser una consecuencia no tan clara, pero existente. Los costos directos contemplan el elevado precio del tratamiento farmacológico para una enfermedad crónica, que se incrementa en caso de ser politerapia y los gastos médicos; los costos indirectos son producidos por el efecto de la enfermedad y del tratamiento en los pacientes en la productividad del lugar de trabajo, el estrés económico es un problema común en las personas con epilepsia, pues un gran porcentaje de ellos no son autosustentables debido a que dependen directamente de sus familiares, trabajan de manera intermitente, percibiendo un apoyo económico que no es equivalente a un salario ni suficiente para ser independientes económicamente, en muchos casos cuando cuentan con un empleo formal el ausentismo se presenta por acudir a sus revisiones médicas o debido a la ocurrencia de crisis. En el aspecto emocional, existen repercusiones que son más difíciles de estimar pero resultan ser las más difíciles, tales como el aislamiento social, la alteración de la imagen, del autoconcepto o la inseguridad (Acevedo, 2008), situaciones que sin duda pueden ser causantes de un estado emocional depresivo.

La escala de paranoia se presentó asociada a tres escalas de funcionamiento psicosocial: adaptación vocacional, situación económica y adaptación a las crisis (Tabla 5.21). La primera relación indicó que los sujetos con epilepsia que tienen rasgos paranoides, suelen enfrentarse a mayores dificultades en el ámbito laboral y escolar, estos resultados también se encontraron por Alvarado y sus colaboradores (1992). De acuerdo a la revisión de literatura, la paranoia en los sujetos epilépticos se manifiesta principalmente por suspicacia y malinterpretación de motivos y eventos; pero pueden presentarse características de hostilidad, ideas de autorreferencia, delirantes, el temor de la pérdida de autonomía y sentimientos

de grandeza (Swanson, 1974), estas actitudes dificultan en gran medida la participación en un entorno laboral o escolar ya que para lograr funcionar a nivel laboral es necesario contar con habilidades para interactuar socialmente, y el pensamiento paranoide obstaculiza el establecimiento de redes sociales.

La situación económica de los sujetos participantes se encontró relacionada con la escala de paranoia (Tabla 5.21), la asociación indica que las personas que tienen una mejor percepción de su situación económica, resultaron con rasgos paranoides. En la investigación realizada por Alvarado et al. (1992), no se encontró ésta asociación, sin embargo para explicar éstos resultados es necesario tomar en cuenta las características de las personas que expresaron tener dificultades económicas, que como anteriormente se describió se trata de personas que suelen realizar alguna actividad remunerada y que en gran medida su participación laboral es motivada por el rol sociocultural de ser proveedores, son ellos quienes logran identificar con mayor importancia la necesidad de mantener un ingreso económico ya sea para ser independientes, apoyar al gasto o ser la principal fuente de ingreso familiar. Por lo tanto, las personas que no identifican como necesaria su participación económica y que son dependientes del gasto familiar, es decir quienes tienen mejor percepción de su situación económica, tienen mayores dificultades para relacionarse socialmente, como se observa en los resultados de éste estudio, sus altas puntuaciones en la escala de paranoia proporcionan un mayor entendimiento de la razón de sus dificultades, ya que los rasgos paranoides es adoptado como un modo de adaptación para protegerse de las posibles agresiones, desaprobaciones y el rechazo al que pueden ser expuestos debido a su condición epiléptica, éste estigma bien puede ser real o percibido por los individuos, pero la amenaza a la que ellos se enfrentan existe, y es resuelta por medio de la proyección, la suspicacia, la hostilidad y en ocasiones sentimientos de grandeza (Swanson, 1974).

En la adaptación a las crisis sucede algo similar, los resultados revelaron que se encontró asociada a la escala de paranoia (Tabla 5.21), lo significa que los sujetos con rasgos paranoides tuvieron un mayor desajuste ante la presencia de crisis

epilépticas, éste punto es congruente con lo que se encontró en Alvarado et al. (1992). La escala de adaptación a las crisis está diseñada para identificar si existen emociones y sentimientos que impidan aceptar la enfermedad y las consecuencias que conlleva tener crisis epilépticas, por ejemplo resentimientos, vergüenza por presentar convulsiones, sentirse a disgusto por los ataques repentinos, sentir que su valor es menor a causa de la epilepsia y si creen que son menos aceptados por otros a causa de sus convulsiones; como puede notarse, cada uno de los indicadores que señalan desajuste a las crisis pueden ser afectados por ideas paranoides, ya que provienen de cómo interprete el sujeto las amenazas que de un inicio se originan en su pensamiento al saberse epiléptico, y el principio del pensamiento proyectivo es no lograr identificar si las amenazas provienen del interior del individuo o del exterior, confundiendo el origen de la amenaza atribuyéndolo a un peligro externo, que en el caso de la epilepsia en cierto grado pueden presentarse ambos, pero que si se lograra identificar y separar el que proviene de sus propios pensamientos, las amenazas exteriores serían enfrentadas de una manera más adaptada (Swanson, 1974).

Los resultados de la presente investigación mostraron una asociación entre la escala de psicastenia y la adaptación a la medicación o el tratamiento médico (Tabla 5.21), y aunque la relación no resultó suficientemente significativa en el estudio de Alvarado et al. (1992), la asociación entre la ansiedad y la medicación es congruente con lo que la literatura reporta, ya que la ansiedad es una condición común en la epilepsia, y su origen proviene de diversas causas que ya se han identificado de acuerdo a la fase ictal en donde se presente, ya que si es posterior a una crisis epiléptica es debida a éstas pueden producir efectos en el sistema autónomo similares a los que se producen por ansiedad o pánico, como aumento del ritmo cardíaco, aumento de la presión arterial, y el rubor, o bien ciertos medicamentos como estimulantes o el retiro de anticonvulsivos como barbitúricos o benzodiazepinas, así como consumo de alcohol y el abuso de algunas otras sustancias pueden producir episodios de ansiedad; en el periodo interictal puede presentarse como una respuesta a la previsión de un ataque, en ocasiones puede evolucionar hasta un trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico,

ambos aparecen con mayor frecuencia en personas con epilepsia que en la población normal (Lechtenberg, 1989; Holzer y Bear, 1997).

La esquizofrenia es una de las escalas con mayor elevación en el perfil de personalidad de la muestra y su presencia se asocia a dos factores del funcionamiento psicosocial: adaptación a las crisis y a la medicación y tratamiento médico (Tabla 5.21). Haciendo referencia a lo que dice la literatura acerca de la esquizofrenia, es un trastorno del afecto y del pensamiento que se caracteriza por sensaciones extrañas, ideas fuera de lo común, percepciones anormales y pérdida del contacto con la realidad (Garnica, 1998); la escala de esquizofrenia identifica la sintomatología que revela el paciente, no al proceso neurológico degenerativo como tal. Para explicar la presencia de la esquizofrenia en la epilepsia, Horowitz (1970), menciona que los síntomas psicóticos se producen cuando el paciente se encuentra ante situaciones y vivencias anormales, que son en muchos casos difíciles de explicar y de que el individuo les encuentre un sentido, porque además no saben hasta qué punto son manifestaciones de crisis epilépticas o situaciones anormales que les suceden sin una razón; por ejemplo en las crisis parciales aparecen sensaciones o percepciones anormales de tipo visual, sensitivo, psíquico u olfatorio o una actividad motora y si la persona no tiene control de sus crisis éste tipo de sensaciones se experimentarán en cualquier momento, sin que esté consciente de su origen epiléptico, por lo que creará en ellos un estado de confusión y alteraciones en su autoconcepto. En el caso de las personas que tienen crisis generalizadas, que pierden el control total de su cuerpo por el tiempo en el que se presenta la crisis y posterior a ésta hasta alcanzar plena consciencia, puede ser que tengan alguna interacción con las personas a su alrededor, sin embargo ellos aún no tienen plena consciencia ni memoria, estas situaciones crean serios malentendidos y en los pacientes, mayor confusión; la adaptación de las crisis mejoraría si se ayudara a los pacientes y a sus familiares a entender cómo se manifiesta la epilepsia de forma personal y así puedan buscar alternativas para enfrentar funcionalmente una situación de crisis, así como darle sentido a las sensaciones que manifiestan. Debido a lo anterior, es esperado que

exista una relación entre los síntomas psicóticos y la adaptación a las crisis, éstos resultados son descritos también por Alvarado y sus colaboradores (1992).

El ajuste a la medicación y al tratamiento médico también se relaciona con la escala de esquizofrenia (Tabla 5.21), estos resultados sugieren que cuando los sujetos tienen un alto nivel de rasgos psicóticos pueden presentar mayores dificultades para adaptarse al tratamiento médico y la percepción que tienen de la atención médica es más negativa; éstos resultados son congruentes con lo encontrado por Alvarado et al. (1992). La falta de apego a la medicación y con ello el riesgo inminente de padecer un estatus epiléptico, así como la dificultad para realizar modificaciones conductuales que promoverán un mejor control de las crisis como evitar nadar, conducir autos, escalar montañas y viajar en metro si se trata de una persona sin control de crisis, se relaciona con la esquizofrenia y es una situación que se presenta de manera común de acuerdo al DSM-IV. El incumplimiento del tratamiento es debido en gran medida a una falta de conciencia de padecer una enfermedad, tal como sucede en la esquizofrenia pues la persona puede estar desorientada, confusa o presentar dificultades de memoria justo cuando la sintomatología positiva se exacerba o cuando los síntomas negativos son muy graves (APA, 2000), condiciones que se presentan de manera frecuente en las crisis epilépticas.

La adaptación vocacional, la adaptación a las crisis y el funcionamiento psicosocial general, son escalas cuyas puntuaciones se asocian a la escala de manía del MMPI (Tabla 5.21). La manía es el conjunto de manifestaciones o formas de euforia o alegría patológica, que es un estado de excitación de los procesos psíquicos y motores expresados por una exaltación del humor (Monedero, 1975); en la muestra la media de ésta escala se ubicó dentro del rango normal, sin embargo su elevación se relacionó con la adaptación vocacional, entendiendo que a menor presencia de rasgos maniacos, los sujetos presentan menor desajuste vocacional, en la investigación de Alvarado y sus colaboradores (1992), no se encontró una relación significativa entre estas dos escalas; su presencia en la epilepsia puede explicarse como un cuadro clínico psíquico como producto de

experiencias que han afectado psicológicamente al sujeto, la manía reactiva que normalmente se presenta bajo circunstancias estresantes en la infancia y cuando se observa en la edad adulta es debida a una conformación de la personalidad inadecuada y llega a reaccionar con euforia o alegría ante alguna circunstancia estresante a pesar de que no es la respuesta más adecuada, lo que les permite actuar de forma evasiva y no enfrentarse al aspecto negativo de las consecuencias (Monedero, 1975). Cada ser humano debe enfrentarse a una serie de situaciones en la vida que de una o de otra manera resultan estresantes, en la epilepsia el estrés es una condición que se presenta con frecuencia debido a la aparición de crisis epilépticas, cuando éstas suceden dentro de un entorno social, las personas alrededor reaccionan ante algo que puede provocar desconcierto, y para el individuo con epilepsia resulta difícil enfrentarse al escrutinio de los demás debido al estigma que gira en torno al concepto del trastorno, por lo cual las reacciones maniacas son una manera de evadir la amenaza, sin embargo no resulta una defensa funcional debido a que su manifestación hace que el individuo no permanezca pasivo en ningún momento, sus actividades las realiza incluso de forma simultánea, sin terminar una cuando ya está empezando otra, lo que impedirá que la atención y la concentración se sostengan lo suficiente para alcanzar objetivos, como es necesario en la escuela o el trabajo. Ésta explicación ayuda a entender la asociación entre la manía y el desajuste a las crisis epilépticas como se observa en la Tabla 5.21, pues a mayor presencia de rasgos maniacos, se los sujetos tuvieron más dificultades para adaptarse a la presencia de crisis epilépticas, éstos resultados no se encontraron por Alvarado y colaboradores (1992), sin embargo Devinski (1991), sí identifica rasgos maniacos en los epilépticos, él los define como rasgos circunstanciales, que se caracterizan por la aparición de locuacidad, pedantería, uso de detalles excesivos y actitudes fuera de lugar, además de un estado emocional eufórico, que pueden funcionar como una reacción evasiva ante el estrés que provoca la ocurrencia o la posibilidad de que se experimente una crisis epiléptica frente a las demás personas.

Otro rasgo de la personalidad que resultó asociado al funcionamiento psicosocial en la escala de situación económica fue la introversión social (Tabla 5.21), lo cual indica que cuando una persona con epilepsia tiene rasgos que se inclinen en mayor medida a participar en el ambiente social, a estar alerta de cualquier cosa que pase en su exterior y que sus conductas los lleven a socializar con facilidad, tendrán una mayor percepción de problemáticas económicas, éstos resultados también se encontraron por Alvarado et al. (1992), sin embargo es necesario hacer referencia a lo que se mencionó anteriormente acerca de las personas que resultaron con dificultades en su situación económica, pues gran parte de éstos sujetos realizan una actividad laboral remunerada (Tabla 5.8), es decir que se encuentran más conscientes de sus necesidades materiales, ya sea porque son responsables de su familia o no dependan económicamente de alguna otra persona. Éstos sujetos provienen de un estrato socioeconómico bajo, por lo tanto perciben una situación económica complicada. Lo anterior significa que la presencia de rasgos más extrovertidos en su personalidad les permite participar activamente en el entorno social.

La escala de funcionamiento psicosocial global se construyó usando ítems de todas las demás escalas del WPSI, con predominio de la adaptación emocional, que describieran la adaptación psicosocial de acuerdo al juicio de profesionales, por lo que se esperaba que estuviese relacionado significativamente con diversos rasgos del MMPI (Alvarado, et al., 1992), sin embargo los resultados únicamente se asociaron a las escalas de Manía e Introversión Social, indicando que la escala funcionamiento psicosocial global del WPSI es sensible a rasgos que indican una actividad intensa, distracción, estados de excitación emocional, insomnio y signos de que el pensamiento está bajo gran tensión. Además identifica a personas que prefieren estar solas, se sienten insatisfechas en sus relaciones interpersonales, les cuesta trabajo establecer vínculos con los demás, que son inseguras, introvertidas y sumisas (Lucio y León, 2003).

Los hallazgos encontrados en esta investigación permiten identificar las características psicológicas y sociales de la población epiléptica de un estrato

socioeconómico limitado, quienes constituyen el principal sector de demanda de atención de los servicios de salud pública a nivel nacional, por lo que resulta indispensable diseñar programas de intervención multidisciplinarios que incluyan educación, psicoterapia, orientación y reintegración para ayudar a mejorar la adaptación psicosocial de estos pacientes y así prevenir trastornos en la salud mental de los mismos, pues la epilepsia es un problema que impacta a nivel personal, familiar y social.

CONCLUSIONES

A continuación se presentan las conclusiones derivadas de éste estudio, iniciando con las características generales de los sujetos que influyeron en los rasgos de personalidad y en el funcionamiento psicosocial de los sujetos con epilepsia.

- Conforme las personas con epilepsia tienen mayor edad, tienden a manifestar rasgos de introversión.
- Las personas con epilepsia que tienen menor nivel educativo, cuentan con una mayor percepción de problemáticas en su vida debido a que se encuentran más limitados en recursos emocionales, sociales e intelectuales que los que contaron con mayores posibilidades educativas.
- A mayor grado de escolaridad, los sujetos con epilepsia muestran mayores rasgos de histeria y extroversión social.
- El género y el rol social adoptado conforme al sexo, es un factor que influye en la participación económica de los sujetos y que determina la búsqueda de recursos económicos de manera independiente.
- Las mujeres con epilepsia tienen una mejor adaptación social que los hombres.
- Los hombres con epilepsia tienen una percepción de mayores dificultades en el aspecto económico que las mujeres.
- Existe una tendencia a que los sujetos epilépticos que presentaron dificultades en sus relaciones interpersonales con los padres, en el ámbito escolar y/o en las interacciones con sus compañeros durante la infancia, no realicen actividades remuneradas económicamente.
- Los sujetos epilépticos que tienen la percepción de presentar dificultades económicas, son los que realizan alguna actividad remunerada.

De acuerdo a las variables neurobiológicas, se concluye lo siguiente:

- Los sujetos que reportaron crisis parciales tienen un menor nivel de desajuste interpersonal, a comparación de los que presentan crisis generalizadas que tienen mayores dificultades sociales.

Con respecto a la asociación entre los rasgos de personalidad y los factores psicosociales de los sujetos con epilepsia, se puede concluir que:

- Las personas que se perciben con dificultades económicas resultaron con mayores signos de depresión.
- Los sujetos con epilepsia que tienen rasgos paranoides, suelen enfrentarse a mayores dificultades en el ámbito laboral y escolar.
- Las personas epilépticas que tienen signos de paranoia, tienen una mejor percepción de su situación económica, ya que son dependientes de su familia materialmente.
- Los sujetos con rasgos paranoides tuvieron un mayor desajuste ante la presencia de crisis epilépticas.
- Las personas con epilepsia que mostraron mayor desajuste en su medicación y tratamiento médico, tienen mayores rasgos de ansiedad.
- La desadaptación a las crisis y al tratamiento médico se asocia a la presencia de mayores rasgos de esquizofrenia en personas con epilepsia.
- Cuando una persona con epilepsia tiene rasgos extrovertidos, tendrán una mayor percepción de problemáticas económicas.
- El impacto de la epilepsia en la adaptación vocacional y a la presencia de crisis, se asocia con mayores rasgos de manía en los sujetos con el trastorno.

Finalmente se puede concluir que:

- Los perfiles de personalidad de los sujetos epilépticos revelan la presencia de psicopatología.
- Los sujetos con epilepsia muestran signos de un impacto del trastorno en su adaptación interpersonal, problemas al adaptarse a la presencia de crisis epilépticas, a su medicación y tratamiento médico, en su adaptación

emocional y vocacional, y muestran indicadores de que en su infancia existieron dificultades en sus relaciones familiares, factores que repercuten en una mayor desadaptación psicológica y social.

- La actitud que la persona tiene al contestar el MMPI-2 constituye un indicador del funcionamiento psicosocial de los sujetos con epilepsia.
- No se aprecia un patrón específico de personalidad epiléptica, pero sí se observaron rasgos de esquizofrenia, psicastenia y paranoia en la mayoría de los sujetos epilépticos.
- La desadaptación psicosocial en los sujetos con epilepsia se relaciona con la presencia de rasgos psicopatológicos en su personalidad.
- El MMPI-2 funcionó adecuadamente para determinar rasgos predominantes en la personalidad de sujetos epilépticos, aunque se trata de una prueba con un tiempo de aplicación muy largo, puede ayudar a determinar si existe desadaptación psicosocial en los pacientes epilépticos y proporciona amplia información acerca de la personalidad de cada individuo.
- El WPSI ayudó a distinguir las principales áreas de desadaptación de la muestra de pacientes epilépticos, sin embargo la escala de situación económica no permitió discriminar adecuadamente el nivel de ajuste de los sujetos, ya que identifica a las personas bien adaptadas como los que son dependientes económicamente de la familia, y detecta signos de desajuste en aquellos individuos que cuentan con un ingreso económico de manera independiente.

En ésta investigación se observó que los factores psicosociales se presentan con una frecuencia muy alta entre los pacientes epilépticos, lo cual indica que la enfermedad ha repercutido de forma severa principalmente en las áreas interpersonal, medicación y tratamiento médico, y en el aspecto emocional; estas condiciones se encuentran relacionadas con la presencia de psicopatología en los pacientes, y a pesar de no presentarse un perfil epiléptico particular, sí se observan rasgos patológicos en las escalas de esquizofrenia, psicastenia y paranoia.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

A continuación se exponen las limitaciones que deberán ser tomadas en cuenta para las futuras investigaciones sobre los temas abordados:

La investigación se llevó a cabo mediante un diseño transversal, pues se realizó una sola medición con sujetos voluntarios y no se utilizó un grupo control, por lo que no es una investigación que logre controlar todas las variables que puedan afectar a los sujetos, ya que fueron seleccionados de manera intencional; sin embargo se trabajó con sujetos que cumplieron la condición real de haber sido diagnosticados con epilepsia, lo cual facilita generalizar los resultados en la población que cumpla con las características de la muestra: edad comprendida entre los 18 y 59 años, residentes del Distrito Federal y Zona Metropolitana, de estrato socioeconómico bajo y que no cuentan con seguridad social.

El número de sujetos participantes es reducido, por lo que se requiere de una muestra más grande para poder generalizar los resultados de acuerdo a una dispersión normal.

No existe una prueba validada para la población mexicana que mida la adaptación o el funcionamiento psicosocial, sin embargo el WPSI, que fue la prueba utilizada en este estudio, cuenta con pruebas de validez y confiabilidad en su versión en español.

El estudio fue retrospectivo, por lo que se utilizó la información neurobiológica de los expedientes clínicos de los pacientes, sin embargo algunos datos fueron inaccesibles, como la presencia de epilepsia de lóbulo temporal, que como la literatura reporta, es un tipo de epilepsia en la cual se ha comprobado que se presenta asociada en mayor medida a la psicopatología o a trastornos psiquiátricos (Devinsky, 1991; Gibbs, 1951 y Preston y Attack, 1964).

Para futuras investigaciones sería recomendable distinguir a aquellos sujetos que presenten epilepsia de lóbulo temporal, así como un mejor registro del tipo de

tratamiento farmacológico y de las características de sus crisis, ya que las manifestaciones observadas en algunas crisis parciales pueden confundirse con los síntomas de un estado psicótico.

Además podría abrirse una línea de investigación para determinar si los pacientes se encuentran recibiendo el tratamiento adecuado para el control de crisis o bien forman parte del porcentaje de pacientes con epilepsia refractaria los cuales podrían ser candidatos a tratamiento quirúrgico, pues el porcentaje de sujetos en la muestra que se encuentran con politerapia, fue mayor al que se esperaría tomando como referencia el reportado por la literatura, aspecto que podría investigarse por medio de una selección aleatoria de sujetos en posteriores estudios.

La información encontrada en ésta investigación, resulta de especial importancia porque ayuda a trazar objetivos específicos en el tratamiento de los pacientes con epilepsia de acuerdo a sus características de personalidad y de adaptación psicosocial. La evaluación reveló que son personas con recursos psicológicos limitados, pero con necesidades de integración social que les permitan participar en una vida funcional, productiva e independiente, por lo que una terapia enfocada a resolver los problemas particulares de adaptación social, emocional, vocacional, además de enseñarles conductas que estimulen la salud, el control de sus crisis y la aceptación de la enfermedad, será de gran beneficio.

Es indispensable mencionar que al diseñar un programa de intervención, este debe ser integral, es decir que contemple las distintas variables que promueven la desadaptación, ya que se encuentran interrelacionadas en gran medida y el enfocarse a una sola, no ofrecerá beneficios significativos para la calidad de vida de los pacientes, por ejemplo, si se inicia un entrenamiento en relajación para favorecer el control de las crisis y la disminución de estrés y ansiedad, es posible que no sea suficiente, porque también debe considerarse generar estrategias que promuevan la adaptación a la medicación y al tratamiento médico, el cual es un factor que influye en la presencia de ansiedad en los pacientes epilépticos como se observó en los hallazgos.

Es posible que la terapia con un enfoque cognitivo conductual pueda ofrecer valiosas herramientas a los pacientes, permitiéndoles trabajar sobre las cogniciones y conductas desadaptativas, ya que cuenta con intervenciones que pueden ser dirigidas a metas específicas en un lapso de tiempo reducido, tales como la reestructuración cognitiva, para identificar los pensamientos distorsionados; la terapia de resolución de problemas, para ayudarles a identificar, definir sus dificultades y generar soluciones alternas para establecer comportamientos más adaptados; el entrenamiento en habilidades sociales, asertividad y facilidad de comunicación, les ayudará a mejorar las relaciones interpersonales dañadas por el distanciamiento de los demás, en un intento por evitar las críticas o el rechazo que temen que suceda, en caso de que se relacionen con la gente; el entrenamiento en relajación, para aminorar los síntomas físicos de la ansiedad; y la terapia de aceptación y compromiso para reducir la estrechez e inflexibilidad de repertorios conductuales que surgen de los intentos de evitar pensamientos y sentimientos conflictivos y dolorosos; entre otras técnicas de acuerdo a los objetivos específicos que puedan trazarse.

ANEXOS

Anexo 1



**UNIDAD DE NEUROLOGÍA Y
NEUROLOGÍA
SERVICIO DE PSICOLOGÍA**



FICHA DE RESÚMEN

Nombre: _____	
Sexo:	F <input type="radio"/> M <input type="radio"/> Ocupación: _____
Edad: _____	L. de Origen: _____
Estado Civil: _____	L. de Res.: _____
Teléfono: _____	Expediente Neuro.: _____
Años de estudio: _____	No. Carnet: _____
FACTORES NEUROBIOLÓGICOS	
Edad de aparición:	_____
Duración:	_____
Tipo de crisis:	_____
Número de tipos:	_____
Etiología	Idiopática: _____
	Sintomática: _____
	Criptogénica: _____
MEDICACIÓN	
Monoterapia:	_____
Politerapia:	_____

WPSI	MMPI
Blank	L
Lie Scale	F
Rare Items	K
Historia Familiar	1
Adaptacion Emocional	2
Adaptacion Interpersonal	3
Adaptacion Vocacional	4
Situacion Economica	5
Adaptacion A Los Ataques	6
Medicacion Y Tx Medico	7
Func. Psiq. Global	8
	9
	0

Fecha: _____ N°: _____ INVENTARIO SICOSOCIAL WASHINGTON DE ATAQUES EPILEPTICOS Nombre: _____

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

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

Anexo 2

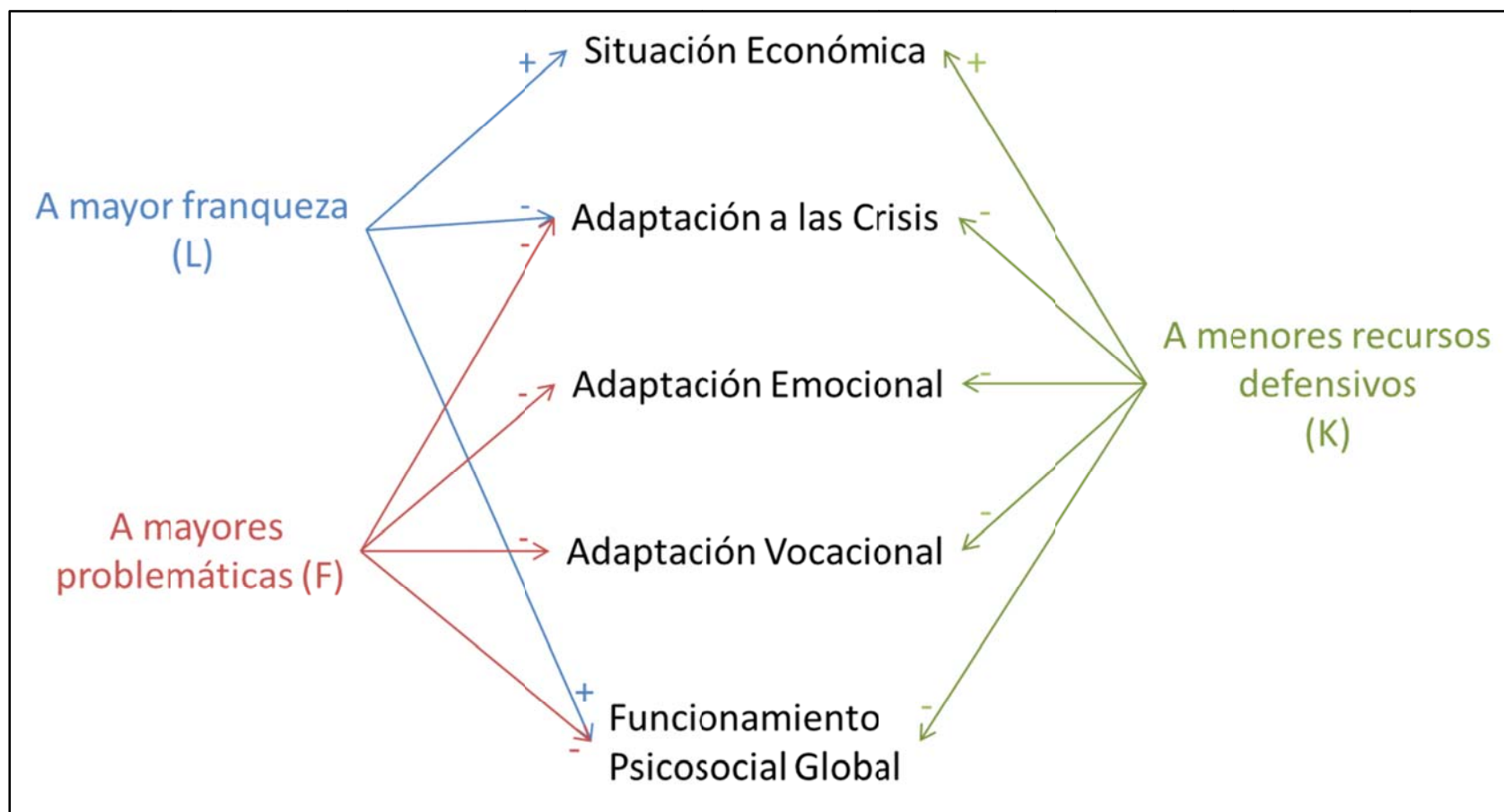
Anexo 2

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

Anexo 3 *Años de evolución de la epilepsia*

Años de duración	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
2	6	11,3	11,3
3	2	3,8	15,1
4	3	5,7	20,8
5	3	5,7	26,4
6	3	5,7	32,1
7	5	9,4	41,5
8	1	1,9	43,4
9	2	3,8	47,2
11	2	3,8	50,9
12	1	1,9	52,8
13	2	3,8	56,6
14	2	3,8	60,4
15	6	11,3	71,7
16	1	1,9	73,6
18	2	3,8	77,4
20	3	5,7	83,0
21	1	1,9	84,9
23	2	3,8	88,7
27	2	3,8	92,5
31	1	1,9	94,3
33	2	3,8	98,1
38	1	1,9	100,0
Total	53	100,0	

Anexo 4 Relaciones entre las escalas de validez y los factores de funcionamiento psicosocial.



REFERENCIAS

- Acevedo, C. (2008). *Informe sobre la epilepsia en Latinoamérica*. Panamá: AG Publicidad. Recuperado de <http://www.ibe-epilepsy.org>
- Ackerknecht, E. (1993). *Breve historia de la psiquiatría*. Buenos Aires: Eudeba.
- Aiken, L. (2003). *Test psicológicos y evaluación*. México: Pearson.
- Alarcón, R., Mazzotti, G., y Nicolini, H. (2005). *Psiquiatría*. México: Manual Moderno.
- Alcántara, M. (2009). La importancia de la Educación. *Innovación y experiencias educativas*, 16. Recuperado de <http://www.csi-f.es/es/content/revista-digital-innovacion-y-experiencias-educativas-n%C2%BA-49-diciembre-2011>
- Alvarado, L., Ivanovic-Zuvic, F., Candía, X., Ibarra, X., Doris, M., Campos, A. y Alarcón, J. (1992). Psicopatología y funcionamiento psicosocial de adultos con epilepsia: Evaluación preliminar. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 38 (1), 69-76.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Asconapé, J. (2010). Epilepsias. En Micheli, F., Fernández, M. (Eds.), *Neurología* (87-109). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Avia, M. (2000). *Hipocondría*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Ayuso, J. (2000). *Trastornos de angustia*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Baker, G. (2002). People with epilepsy: what do they know and understand, and how does this contribute to their perceived level of stigma? *Epilepsy & Behavior*, 3(6), 26-32.
- Beard, A. y Slater, E. (1961). The Schizophrenic-like Psychoses of Epilepsy. *Proceeding of the Royal Society of Medicine*, 55, 311-316.

- Borgeaud, K., León, B., David, P. y Otárola, A. (2005). Efectos adversos (EA) clínicos más frecuentes de los fármacos antiepilépticos (FAE). *Revista Chilena epilepsia* 6(1), 43-46.
- Buela-Casal, G. y Sierra, J. (1997). Manual de Evaluación Psicológica: Fundamentos, técnicas y aplicaciones. Madrid: Siglo XXI.
- Calva Rodríguez, R. (2004). *Reseña histórica del Informe Médico Moral de la penosísima y rigurosa enfermedad de la epilepsia 1754*. México: Secretaría de Salud.
- Carrizosa, J. (2009). Estigma en epilepsia. *IATREIA*, 22(3), 246-255.
- Censo de Población y Vivienda 2010. *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. México: INEGI, 2011.
- Claros, F. y Luizaga, C. (2006). Estructura familiar y epilepsia infantil. *Ajayu*, 4(2), 161-177.
- Cohen, A., Marinov, V. y Ménéchal, J. (2000). *La neurosis obsesiva*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Commission on classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. (1989). Proposal for revised clinical and encephalographic classification of epileptic seizures: Classification of epilepsies and epileptic syndromes. *epilepsia*, 30, 389-399.
- De Felipe Oroquieta, J. (2002). Aspectos psicológicos en la epilepsia. *Revista de Neurología*, 34 (9), 856-860.
- Devinsky, O., Theodore, W. (1991). *Epilepsy and behavior*. New York : Wiley-Liss.
- Dodrill, C., Batzel, L., Queisser, H., y Temkin, N. (1980). An Objective Method for the Assessment of Psychological and Social Problems Among Epileptics. *epilepsia*, 21(2), 123–135.

- Fabelo, J. (2010). *Psicología y Epileptología*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de <http://instituciones.sld.cu/psicosaludhabana/libros/>
- Frager, R. y Fadiman, J. (2010). *Teorías de la personalidad*. México: Alfaomega.
- Galindo, J. (2004). epilepsia. En Solís, J. (Ed). *PLM Diccionario de Especialidades del Sistema Nervioso Central* (pp. 71-88). México: Thomson.
- García, F., Millán, R. y Peñaloza, Y. (2010). Epidemiología Clínica de la epilepsia. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 11(1): 82-102.
- Garnica, R. (1998). *Esquizofrenia*. México: Editorial Piensa.
- Garza, S. (2004). *Atlas de síndromes epilépticos*. México: Grupo de Editores.
- Gastaut, H. (1973). *Diccionario de epilepsia*. Ginebra: OMS.
- Gibbs, F. (1951). Ictal and non ictal psychiatric disorders in temporal lobe epilepsy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 113, 522-528. Reimpreso por *Journal of Neuropsychiatry*, 9 (2), 293-296.
- Gillham, R., Williams, N., Wiedmann, K., Butler, E., Larkin, J. y Brodie, M. (1990). Cognitive function in adult epileptic patients established on anticonvulsant monotherapy. *Epilepsy Research Journal*, 7(3), 219–25.
- Goldstein, J., Seidenberg, S. y Peterson, R. (1990). Fear of Seizures and Behavioral Functioning in Adults with Epilepsy. *Journal of Epilepsy*, 3(2), 101-106.
- González, J. (1981). Psicopatología de la epilepsia. *Psiquis*, 2, 64-80.
- González-Pal, S., Quintana, J., Fabelo R., González, C. y Yopis, F. (2001). Trastornos psíquicos y psicosociales de un grupo de pacientes con epilepsia. *Psiquiatría.com*, 5(3). Recuperado de: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/view/524/>

- Graham, J. (1987). *MMPI Guía Práctica*. México: Manual Moderno.
- Hausser, W. (1999). Incidence and Prevalence. En Engel, J. y Pedley, T. *Epilepsy a Comprehensive Textbook*. New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Helgeson, V. (1992). Moderators of the Relation Between Perceived Control and Adjustment to Chronic Illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(4), 656-666.
- Herrera, A. (1999). *Índices Clínicos obtenidos en la valoración psicométrica en tres grupos de pacientes con epilepsia*. (Tesis de especialidad). Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Holzer, J. y Bear, D. (1997). Psychiatric Considerations in Patients with Epilepsy. En Schachter, S. y Schomer, D. (Eds.), *The Comprehensive Evaluation and Treatment of Epilepsy: a practical guide*. (pp. 91-110). California: Academic Press.
- Hopkins, A. y Appleton, R. (1996) *Epilepsy, the facts*. New York: Oxford Medical Publications.
- Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasthenie* (2 volúmenes). Paris: Felix Alcan. Reimpresión: Arno Press, New York, 1976.
- Jarne, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E. y Requena, E. (2006). *Psicopatología*. Barcelona: Editorial UOC.
- Jaureguizar, J. y Espina, A. (2005). *Enfermedad física crónica y familia*. Recuperado de <http://www.centrodepsicoterapia.es>
- Jayme, M. y Sau, V. (2004). *Psicología diferencial del sexo y el género*. España: Icaria Antrazyt.
- Kwan, P. y Brodie, M. (2001). Neuropsychological effects of epilepsy and antiepileptic drugs. *The Lancet*, 357(9251), 216-222.

- Lara, H. (2002). Análisis Clínico-Epidemiológico de la epilepsia en la Hospitalización Psiquiátrica del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez". Una revisión de cuatro años. *Revista Neurología, Neurocirugía, Psiquiatría*, 35(4), 177-182.
- Lechtenberg, R. (1989). *La epilepsia y la Familia*. Barcelona: Herder.
- Lucio, E. y León, M. (2003). *Uso e interpretación del MMPI-2 en español*. México: El Manual Moderno.
- Martínez, A. (1992). Contribuciones de la Psicología Clínica a la Condición de epilepsia. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 45(2), 183-190.
- Matson, R. (1998). Medical management of epilepsy in adults. *Neurology*, 51(5 Suppl 4), S15-20.
- Medina Malo, C. (2004). *epilepsia: aspectos clínicos y psicosociales*. Bogotá: Editorial Médica Internacional.
- Mendels, J. (1982). *La depresión*. Barcelona: Editorial Harder.
- Millon, T. (2006). *Trastornos de la Personalidad en la Vida Moderna*. Barcelona : Masson.
- Ministerio de Salud. *Guía Clínica epilepsia en el adulto, 2009* Santiago: Minsal.
Recuperado de:
<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/95542bbbc250eeb8e04001011f01678c.pdf>
- Minuchin, S., Fishman, C. (1997). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Mishra, D., Alreja, S., Jahan, M. y Singh, A. (2010). SIS – II Profile of Epileptic Patients. *SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 17, 187-191.
- Monedero, C. (1975). *La manía, una psicopatología de la alegría*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Olivares, J. y Méndez, F. (2005). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Ortega, M., Centeno, R. y Castillo, M. (2005). *Masculinidad y factores socioculturales asociados al comportamiento de los hombres frente a la paternidad en Centroamérica*. Managua: UNFPA- CEPAL.
- Pedraza, S y Monsalve, K. (2007). Efectos de un Programa de Psicoterapia Breve sobre la Sintomatología Depresiva y el Ajuste Psicosocial en Pacientes Epilépticos. *Umbral Científico*, 10, 117-132.
- Portellano, J., Coullaut, J., Diez, A., García, M., Rodríguez, P. y Sánchez, J. (1991). *Las epilepsias. Un estudio multidisciplinar*. Madrid: CEPE.
- Preston, D. y Atack, E. (1964). Temporal Lobe Epilepsy: A Clinical Study of 47 Cases. *Canadian Medical Association Journal*, 91, 1256-1259.
- Rubio, G., López-Muñoz, F., Álamo, C., y Santo-Domingo, J. (2002). *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Madrid: Médica Panamericana.
- Rufo, M. (2005). *Cómo afrontar la epilepsia*. Madrid: Entheos/Pfizer.
- Sarason, I., Johnson, J. y Siegel, J. (1978). Assessing the impact of life change: Development of the Life Experience Survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 932-946.
- Sarason, I. y Sarason, B. (2006). *Psicopatología: psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson.
- Shafer, P. y Salmanson, E. (1997). Psychosocial Aspects of Epilepsy. En Schachter, S. y Schomer, D. (Eds.), *The Comprehensive Evaluation and Treatment of Epilepsy: a practical guide* (91-110). California: Academic Press.

- Sue, D., Wing Sue, D., Sue, S. y Santiago, Y. (2010). *Psicopatología. Comprendiendo la conducta anormal*. México: Cengage Learning.
- Swanson, D. (1974). *El mundo paranoide*. Barcelona: Editorial Labor.
- Vallejo, J., Sánchez, L., Díez, C. y Menchón, J. (2004). *La neurosis de angustia en el siglo XXI*. Barcelona: Psiquiatría Editores.
- World Health Organization. (2001). Epilepsy: historical overview. *Fact sheet*, 168(2). Recuperado de: <http://www.greenstone.org>.
- Zabalegui, L. (1990). *La medida de la personalidad por cuestionarios. Guía Práctica*. Madrid: Editorial UPCM.
- Zalazar, A., Ramos, E. y Aguilar, R. (2004). Incidencia de epilepsia en el Hospital Central Militar de 1999-2001. Estudio retrospectivo de revisión. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 37(1): 19-24.
- Zárate, A., Cervera, U., Ramírez, V., Hernández, M., Placencia, N., Lorenzana, R. y Gil, C. (2004). Resultados a mediano plazo en epilepsia refractaria tratada mediante callosotomía. *Archivos de Neurociencias*, 9(1), 18-24.