



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISIÓN ESTUDIO DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**“FACTORES ASOCIADOS AL APEGO AL TRATAMIENTO EN
PACIENTES ADOLESCENTES CON EPILEPSIA”**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:
DRA. ALEJANDRA CASTAÑÓN GONZALEZ**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
PEDIATRÍA**

**ASESOR DE TESIS:
DRA. ALMA OLIVIA AGUILAR LUCIO**

NO DE REGISTRO DE PROTOCOLO

165.2015



MEXICO, D.F. 2015



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.

DR. DANIEL ANTONIO RODRÍGUEZ ARAIZA
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

DR. GUILIBALDO PATIÑO CARRANZA
JEFE DE ENSEÑANZA

DRA. MARTHA EUNICE RODRÍGUEZ ARELLANO
JEFE DE INVESTIGACIÓN

DR. BALTAZAR BARRAGAN HERNANDEZ

PROFESOR TITULAR

DRA. ALMA OLIVIA AGUILAR LUCIO

ASESOR DE TESIS

DR. JUAN PEDRO ESPINOZA

ASESOR DE TESIS

AGRADECIMIENTOS:

Gracias a mis papás por todo el amor que siempre me han dado, las bases y la fortaleza para lograr mis metas, gracias por el apoyo que me dieron desde que tomé la decisión de estudiar medicina y después pediatría y porque han sido hasta ahora mi más grande inspiración para seguir estudiando y desarrollando mi vida personal y profesional.

Gracias a mis hermanos Daniel y Jorge por su amor, compañía, apoyo, consejos y motivación en momentos felices y también de tristeza y cansancio.

Gracias a mi familia y amigos que siempre me han acompañado y apoyado para continuar en mi carrera profesional.

A mis colegas, Ney, Liz, David, Lemus, Toñito, Isra, y muchos otros más, gracias por darme la oportunidad de coincidir con ustedes en esta vida y de compartir lo que más nos gusta que es la pediatría.

A todos los maestros que me han sabido transmitir sus conocimientos y experiencia a través del ejemplo de empatía, vocación y amor a su trabajo.

Y gracias sobretodo a mis pacientes, porque cada bebé, niño y adolescente me ha dejado marcada para toda la vida.

INDICE

1. RESUMEN.....	1
1.1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
3. JUSTIFICACIÓN.....	6
4. HIPÓTESIS.....	7
5. OBJETIVOS.....	7
5.1. OBJETIVO GENERAL.....	7
5.2. OBJETIVO ESPECIFICO.....	7
6. MATERIAL Y MÉTODOS.....	7
6.1. DISEÑO.....	7
6.2.TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	8
6.3. DEFINICION DE LOS SUJETOS DE OBSERVACIÓN.....	8
6.4. CRITERIOS DE INCLUSION.....	8
6.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	8
6.6. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	8
7.RESULTADOS.....	8
8. DISCUSIÓN.....	10
9. CONCLUSIONES.....	11
10. ANEXOS.....	12
11. BIBLIOGRAFÍA.....	34

1 RESUMEN:

La epilepsia es el trastorno neurológico más común, y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la epilepsia es considerada el desorden neurológico más frecuente durante la adolescencia con una prevalencia estimada de 1.5 a 2%, considerando que un tercio de las epilepsias aparecen antes de los 20 años de edad y cerca del 18% de todas las epilepsias inician entre los 12 y los 18 años. (15). En el adolescente se deben tomar en cuenta las comorbilidades psicosociales de la epilepsia, ya que se ha descrito que de un 37% a 60% se acompaña de trastornos psiquiátricos. **OBJETIVO:** se determinaron las causas psicosociales más frecuentes de mal apego al tratamiento de adolescentes con epilepsia, ya que se ha observado que tiene consecuencias graves en el área cognitiva a mediano y largo plazo. **MATERIAL Y METODO:** se realizó un estudio transversal, descriptivo y analítico en el cual se incluyó a toda la población adolescente de entre 12 a 17 años 11 meses con diagnóstico de epilepsia por electroencefalograma y que se encuentran en tratamiento médico en el área de neuropediatría del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos. La información se obtuvo de dos cuestionarios que se aplicaron a todos los adolescentes con epilepsia. **RESULTADOS:** la contingencia máxima la encontramos entre las categorías de adecuado apego farmacológico e integración familiar funcional con 39 pacientes (58.2%). La siguiente contingencia fue entre el buen apego al tratamiento y adecuada autoestima con 25 pacientes (37.3%). **CONCLUSIONES:** la asociación fue positiva a la validación de la hipótesis ya que el apego farmacológico adecuado se asocia a la situación familiar presente. Se cumplió el objetivo general de determinar los factores psicosociales asociados al apego del tratamiento de pacientes adolescentes con epilepsia. Se concluye de manera estadística que el valor de p tiene una significancia perfecta de .000, por lo que nuestra hipótesis de investigación quedó validada.

Palabras Clave: epilepsia, factores psicosociales, apego farmacológico, adolescentes.

ABSTRACT:

Epilepsy is the most frecuente neurologic disease, and considered by the World Health Organization as the most frequent neurologic disease in teenagers with an estimated prevalence of 1.5-2%. (15), whereas one third of epilepsy appear before 20 years of age and about 18% of all epilepsies begin between 12 and 18 years. (15). In this age group we should consider psychosocial comorbidity of epilepsy, since it has been reported that 37% to 60% is accompanied by psychiatric disorders. **OBJECTIVE:** we determined psychosocial are the most frequent causes of poor adherence to treatment of adolescents with epilepsy, as it has been shown to have serious consequences on the cognitive area in the medium and long term. **MATERIALS AND METHODS:** A cross-sectional, descriptive and analytical study was made, in which all adolescents aged 12-17 years and 11 months were included with diagnosis of epilepsy by EEG and who are under medical treatment in the area of pediatric neurology at the Hospital Regional "Lic. Adolfo Lopez Mateos. The information was obtained from two questionnaires that were applied to all adolescents with epilepsy. **RESULTS:** The maximum contingency is found among the categories of appropriate drug adherence and functional family integration with 39 patients (58.2%). The following contingency was between good adherence to treatment and adequate self-esteem with 25 patients (37.3%). **CONCLUSIONS:** The association was positive to the validation of the hypothesis because appropriate drug adherence is associated with family situation. The overall objective of identifying psychosocial factors associated with adherence to treatment of adolescent patients with epilepsy was met. We conclude statistically that the value of p is perfectly significance of .000, so our research hypothesis was validated.

Keywords: epilepsy, psychosocial factors, drug adherence, teenage.

1.1 INTRODUCCIÓN

La epilepsia es el trastorno primario más común del cerebro, y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, es el segundo más común después de la depresión como causas de enfermedad neuropsiquiátrica alrededor del mundo. Las causas y manifestaciones de la epilepsia son tan diversas que se pueden compaginar con casi cualquier aspecto de las ciencias biomédicas modernas, desde la biología molecular hasta áreas de rehabilitación. Los mecanismos fisiopatológicos de la epilepsia involucran todos los aspectos de las neurociencias básicas, por lo que prácticamente cualquier miembro del área médica puede esperar verse involucrado en el diagnóstico y tratamiento de la epilepsia o de sus consecuencias. (4)

De acuerdo con diversos estudios se ha determinado que la epilepsia afecta del 1% al 3% de la población. El índice de epilepsia es mayor en niños por debajo de los 2 años así como en adultos mayores de 65 años, esto debido a los diferentes tipos de epilepsia y síndromes que se presentan en los extremos de la vida. Existen diversos tipos de epilepsia propios del periodo neonatal, la mayoría de ellos debido a lesiones perinatales, durante la infancia, otros tipos de epilepsias “benignas” pueden tener inicio solo para remitir durante la adolescencia una gran parte de ellas. (15)

Aproximadamente la mitad de los casos de epilepsia inician durante la infancia y adolescencia. El tratamiento farmacológico es la forma principal de manejo. La mayoría de los paciente a los que se inicia tratamiento farmacológico anticonvulsivante, deben utilizarlos mínimo 2 años, y en algunos casos por toda la vida. Ningún medicamento esta libre de efectos secundarios. Los efectos cognitivos a largo plazo en cerebros inmaduros es preocupante. Al mismo tiempo los pacientes pediátricos tienen un mayor riesgo de tener un control inadecuado o retrasado de las crisis convulsivas, por lo que un tratamiento óptimo es un gran reto. (3)(4).

Las causas y teorías de la epilepsia juvenil pueden ser diversas, una de ellas considerada como el “residuo” de algún tipo de epilepsia infantil, o tener fondo genético con inicio característico en la adolescencia o pubertad, secundaria a TCE, tumores del sistema nervioso central, trastornos metabólicos, uso de drogas, sobredosis de drogas, abuso de alcohol y síndromes de abstinencia. (1).

Se ha descrito mucho acerca del tratamiento en cada grupo particular y en las diversas poblaciones: neonatos, niños, adolescentes y adultos mayores. Existen pocos estudios clínicos controlados en adolescentes, y la mayoría de los existentes se basa en recomendaciones emitidas para adultos “jóvenes”; en otras palabras, se emiten recomendaciones que se infieren de la experiencia y estudios existentes en un tipo de población que puede diferir substancialmente del grupo en cuestión. (5)

En la última década las cifras de mala adherencia a fármacos antiepilépticos en adultos se ha reportado de 15 a 71%, sin lograr hasta el momento cifras consistentes en base a resultados provenientes de una metodología real que permita establecer cifras congruentes a la realidad en el paciente epiléptico, sin embargo dichos estudios han dejado ver una clara asociación y variación en relación a aspectos conductuales que modifican dicha adherencia. (16)

Al igual que en todos los grupos etarios, el apego a tratamiento en pacientes adolescentes es un aspecto por demás importante para el tratamiento efectivo, especialmente en el adolescente que esta típicamente predispuesto y con menor disposición a recibir órdenes médicas. (6) (7).

Hasta el momento se han realizado múltiples estudios con la finalidad de establecer factores asociados a la adherencia a fármacos antiepilépticos en el paciente adulto con epilepsia, no obstante, se han realizado muy pocos en el paciente adolescente; los modelos propuestos se han dividido en cinco grupos de acuerdo al enfoque: 1) cifras de adherencia 2) medidas de adherencia 3) correlación clínica / adherencia 4) intervenciones para mejorar apego a tratamiento y 5) estudios cualitativos acerca de las variables conductuales que interfieren con la adherencia a tratamiento.(9)

Es extremadamente importante en el adolescente tomar en cuenta los aspectos comórbidos de la epilepsia, como la depresión, ansiedad y en muchos de los casos ambos, esto es un hecho claramente descrito ya que se ha establecido que de un 37% a 60% se acompaña de trastornos psiquiátricos definidos en el DSM, de un 20 a un 30% de los adolescentes cursan con depresión y algunos de ellos llegando a realizar intentos de suicidio, lo anterior toma relevancia cuando se considera erróneamente que dichas conductas del adolescente forman parte del comportamiento, lo cual conlleva a una mala detección y falta de tratamiento hasta en la tercera parte de ellos. (5)

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años. Durante esta etapa se presentan cambios fisiológicos, hormonales, anatómicos, psicológicos y de personalidad. La epilepsia es considerada el desorden neurológico más frecuente durante la adolescencia con una prevalencia estimada de 1.5 a 2%, considerando que un tercio de las epilepsias aparecen antes de los 20 años de edad y cerca del 18% de todas las epilepsias inician entre los 12 y los 18 años. (15)

IMPACTO DE LA EPILEPSIA EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es un periodo turbulento del desarrollo caracterizado por la búsqueda de identidad y la auto definición, es el periodo en el que los individuos prestan especial atención a las normas y creencias, adquieren actividades sociales y se inician en la vida laboral, en las relaciones y en el manejar, entre otras. Todos estos son aspectos importantes que los llevan a adquirir independencia, a la vez que es un tiempo crucial en la adquisición de conocimientos y actividades sociales que les permitirán su integración natural a la sociedad de la cual son miembros. La mayoría de los individuos deberá emerger de este periodo con una autoimagen positiva, fuerte sentido de identidad y la habilidad para interactuar positivamente con amigos, familia y la sociedad como parte de un todo. (5)

La adolescencia se caracteriza por ser un periodo en el que se es difícil la negociación, esto en parte puede ser explicado desde el contexto del paciente epiléptico, por el impacto prohibitivo que esta tiene en sus actividades cotidianas, incluyendo el ambiente escolar, deportivo, de trabajo y su capacidad para manejar.

De acuerdo con Hoare P. et.al. factores como el ser varón, percepción del control de crisis, frecuencia de las mismas, politerapia/ monoterapia y estado marital de los padres pueden ser predictores del apego a tratamiento por parte del adolescente.(19)

Es importante considerar al igual que en el resto de los grupos etarios, la calidad de vida y como es afectada esta ante el diagnóstico de epilepsia, siendo este un factor que tiende a modificar, limitar e inclusive estigmatizar la vida del adolescente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como "la percepción de la propia posición de nuestra vida en el contexto de los

sistemas de valores y culturales en los cuales vivimos y su relación con las metas, expectativas y estándares que conciernen” En el adolescente dicha definición es aplicable parcialmente, debido a su necesidad imperante de encajar en dicho sistema de valores y cultural al que se refiere desde un punto de vista en el que se lucha por adquirir autoimagen, identidad en un sistema ya establecido; es por eso que lo es aun mas difícil para el paciente adolescente epiléptico que libre una doble lucha contra sí mismo y su epilepsia. (15)

Está claro que los cambios en el estado de ánimo en este grupo de edad afectan y tienen un fuerte impacto en su calidad de vida, de hecho Guillam et. Al. Ha demostrado que el tratamiento de los mismos en el adolescente con epilepsia es igual de importante que el tratamiento de la epilepsia. Algunos estudios en adolescentes con epilepsia han descrito que el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo pueden ser un predictor importante en su calidad de vida. Lo anterior toma relevante importancia dadas las características de una enfermedad y tratamiento que limita su desarrollo en todos los aspectos de su vida; físicos-psicológicos con distorsión de autoimagen, autoestima y procesos básicos como trastornos del sueño, energía, concentración y emocional. Aun mas limitación al quebrantar su independencia tanto por el rol limitante de sus padres, como por efectos adversos de los FAE. (5)

Es difícil lograr un adecuado apego a tratamiento en este grupo de edad debido a los efectos adversos plenamente identificados por los adolescentes; en el 2004 el Buró Internacional contra la Epilepsia describió que aun con el tratamiento de elección los pacientes presentaron somnolencia en un 4%, bradipsiquia 5%, ganancia ponderal 7%, depresión 8%, trastorno de atención 8%, letargia 9%, trastornos de memoria 19%, cansancio 35%. Por lo anterior podemos inferir la dificultad en abordar a un adolescente con mal apego a tratamiento sobre las bases de efectos adversos que limitan aun mas su actuación diaria y por tanto pueden ser en una gran parte justificación para suspender de forma electiva su tratamiento. (8) (17)

El adolescente conforma un grupo que requiere especial atención, ya que como hemos comentado previamente, existen diversos síndromes epilépticos iniciados en este periodo, los cuales pueden requerir tratamiento prolongado, un ejemplo lo es la epilepsia de ausencias juveniles la cual inicia después de los 10 años; sin embargo, la división entre epilepsia de la niñez y la ausencia juvenil no es siempre clara. Los adolescentes experimentan menos eventos que los niños, con convulsiones que predominan en las primeras horas del día, con menor alteración del estado de conciencia, y en algunos pacientes los ataques son tan leves que puede ser difícil el determinar si existe correlación clínica con las descargas epileptiformes. (7)

Es sumamente importante establecer el cuando se debe considerar al adolescente como tal, particularmente al establecer la dosificación de los diversos antiepilépticos; lo anterior en virtud de que la farmacocinética de los mismos difiere entre niños y adultos y esto a su vez puede contribuir con niveles subterapéuticos, particularmente en adolescentes jóvenes. Las cifras de depuración en los individuos jóvenes pueden ser substancialmente mayores que en los adultos, con la maduración las cifras de depuración de medicamento tienden a disminuir, pero a la vez hay incrementos en el volumen de distribución, de manera que la dosis diaria puede cambiar de forma impredecible. (7) (18)

Debido a que la toma de medicamento es vista como factor estigmatizante en el adolescente; aquellos fármacos con múltiples tomas al día pueden ser un factor de mal apego a tratamiento, por lo que el menor número de tomas favorece la continuación de los mismos. Afortunadamente la disponibilidad de medicamentos con mayores vidas medias, así como las diversas preparaciones

proveen mejores oportunidades (hay diferencias de apego entre los diversos fármacos por sus horarios de toma) por dosificación única por día, aun entre el mismo fármaco se han evidenciado diferencias en apego de acuerdo a su vida media Ej. Valproato de magnesio (VPA) cada 8hr y sprinkles dos por día, Carbamazepina (CBZ) de vida media prolongada, encontrándose que VPA incrementa de peso, topiramato/ felbamato bajan de peso, fenitoina con efecto cosmético adverso por hipertricosis e hiperplasia gingival, VPA/ CMZ perdida de cabello y Fenobarbital como causal de trastornos de conducta e inatención. (11)(16)

Es importante considerar que el adolescente, con plena conciencia de su entorno social, familiar e incluso emocional; ha sido hasta este momento capaz de asociar los diversos fármacos con efectos propios y particulares en su organismo siendo esto sin duda un factor más para la suspensión de los fármacos antiepilépticos. (3)(5).

Durante este periodo la estigmatización social tendrá una importancia relevante en la actitud del epiléptico tanto con sigilo mismo como en los intentos por (10) asumir la enfermedad, los requerimientos sociales y la independencia de la familia de origen, aspectos que al no ser resueltos contribuyen en la aparición de desordenes psicopatológicos y conductuales, los cuales podrán en diversa medida influir en la actitud del adolescente hacia las prescripciones médicas y de esta forma influir en la adherencia al tratamiento antiepiléptico. (14)

De acuerdo con algunos epileptólogos las dificultades propias de adaptación social son a menudo mas incapacitantes que la enfermedad en sí, esto debido a las características propias de la epilepsia, ya que esta posee características únicas en relación con otros cuadros de enfermedad de larga evolución como la diabetes mellitus, asma y/o nefropatías crónicas. El adolescente con epilepsia vive con un continuo temor ante la aparición impredecible de una crisis, lo cual causará un gran impacto en todos aquellos que la presenciaren. Este periodo es, en el paciente epiléptico, un mayor desafío puesto que los adolescentes no asumen los peligros reales de padecer esta enfermedad e intentan practicar en forma desmedida todos los deportes, a pesar de las advertencias médicas y de los familiares. Desconocen los peligros ya sea por desinformación o por la negativa del joven para llevar el tratamiento e indicaciones médicas. Existen múltiples aspectos que dificultan el adecuado apego a tratamiento en el adolescente, comenzando por el más difícil de modificar; el adolescente niega padecer de esta condición para obtener licencia de conducir, incluso rehusándose rotundamente a consumir sus medicamentos. (12).

Es importante considerar todas aquellas comorbilidades propias del adolescente con epilepsia las cuales sin duda alguna conforman un obstáculo más en su vida cotidiana, además de dificultar el apego a tratamiento antiepiléptico producto de los efectos de estos sobre aspectos preponderantes en esta etapa de la vida: estética, rendimiento académico y limitación de actividades lúdicas. La comorbilidad influirá tanto en el ajuste social como en la mantención de las crisis mismas, donde los trastornos de la alimentación, abuso de sustancias, depresiones y algunos cuadros psicóticos influirán en el pronóstico de la enfermedad. (8) (16)

Alteraciones del apetito. La obesidad puede dificultar alcanzar niveles plasmáticos adecuados de los anticonvulsivantes por aumento de la grasa corporal; por otra parte, la anorexia disminuye las proteínas plasmáticas para el transporte de los mismos, y la bulimia reduce su absorción y retención de fármacos. La anorexia y bulimia provocan severas fluctuaciones de los electrolitos plasmáticos y concentración de glucosa con el riesgo de aparición de nuevas crisis.

Abuso de sustancias. El consumo de alcohol, marihuana y otras drogas modifican los niveles plasmáticos de los anticonvulsivantes. Existe mayor probabilidad de crisis epilépticas en el

momento de dejar el alcohol o las drogas como también ante el consumo masivo de ellas. Los adolescentes con epilepsia hacen abuso de fármacos anticonvulsivantes a los que tienen libre acceso como la carbamazepina, fenitoína o ácido valproico asociándolos a alcohol u otras drogas, más aun si al interior de la familia conviven con adultos con adicciones. La ingesta de alcohol modifica los niveles plasmáticos de anticonvulsivantes además de desencadenar crisis epilépticas. (11)

Con respecto a la estigmatización social, Goffman señala que “la situación especial del individuo estigmatizado es pertenecer a la sociedad, pero diferente al resto, lo que se representa por las actitudes hacia el paciente. Existe una devaluación por esta diferencia, la que es incorporada por el individuo quién subjetivamente percibe esta actitud de descalificación que surge desde el medio que lo rodea” El proceso de discriminación puede ser iniciado por los propios profesionales que basados en prejuicios adoptan actitudes de descalificación hacia el enfermo, lo cual es transmitido a sus familiares y al entorno del paciente con medidas bastante restrictivas, así como recomendaciones injustificadas que no se ajustan a la verdadera realidad del paciente y a los naturales cuidados que tanto los pacientes como la familia deben adoptar hacia la enfermedad. Esto es particularmente valido en la adolescencia, pues durante esta etapa del ciclo vital el joven debe alcanzar su autonomía, logros en sus estudios y elección vocacional. (20)

Durante las etapas iniciales de la enfermedad, la presencia de una crisis epiléptica es un acontecimiento de vital importancia para el adolescente, más aún cuando este se ve enfrentando la posibilidad de poseer enfermedad epiléptica, con aparición de temores y prejuicios que influirán en su autopercepción. Se inicia un proceso de estigmatización producto de las ideas e imágenes que los familiares o la comunidad poseen acerca de la enfermedad. Aspectos tales como la influencia de la herencia como un estigma degenerativo junto al temor a la transmisión de la enfermedad a los hijos, la aparición de crisis frente a los otros o en el lugar de trabajo, la agresividad, la locura, configuran el trasfondo de cómo es percibido. Ante esta situación, el paciente adolescente y la familia enfrentan el dilema de hacer público, contar o decir que es poseedor de la enfermedad epiléptica. (4)

Algunos padres suelen ocultar la enfermedad, para justificar al adolescente con epilepsia, para evitar el rechazo social. No se habla con los hijos de la enfermedad o bien no se reconoce socialmente que son padres de un hijo con epilepsia. Este ocultamiento por parte de la familia influye en la actitud del paciente hacia su enfermedad la cual también oculta, y por ende causa negación al tratamiento que sin duda interfiere con la adhesión al mismo. (4)

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuáles son los factores psicosociales asociados al apego al tratamiento en adolescentes con epilepsia en el servicio de neurología pediátrica del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ya que se ha observado que en éste grupo de edad hay un mal apego lo cual tiene como consecuencia, alteraciones cognitivas a mediano y largo plazo.

3. JUSTIFICACIÓN

La epilepsia es el trastorno primario más común del cerebro, y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la epilepsia es considerada el desorden neurológico más frecuente durante la adolescencia con una prevalencia estimada de 1.5 a 2%, considerando que un tercio de las

epilepsias aparecen antes de los 20 años de edad y cerca del 18% de todas las epilepsias inician entre los 12 y los 18 años.

Se ha observado en el servicio de neurología pediátrica de éste hospital que los pacientes adolescentes con epilepsia tienen mal apego al tratamiento, sin embargo no conocemos cuáles son los factores psicosociales asociados al mismo, siendo prioritario establecer las causas de mala adhesión al tratamiento en éste grupo de edad.

Existen pocos estudios clínicos controlados en adolescentes, y la mayoría de los existentes se basa en recomendaciones emitidas para adultos "jóvenes".

En el presente estudio se determinará cuáles son las principales causas psicosociales de mal apego al tratamiento de epilepsia en pacientes adolescentes, y basándonos en los resultados de las variables que deseamos conocer, se implementarán medidas y se realizarán intervenciones eficaces para mejorar el apego y por lo tanto el control de las crisis convulsivas, y así también mejorar el pronóstico cognitivo de los pacientes a mediano y largo plazo.

4. HIPÓTESIS

Los pacientes adolescentes con epilepsia tienen factores psicosociales asociados a mal apego al tratamiento.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores psicosociales asociados al apego al tratamiento en pacientes adolescentes con epilepsia.

5.2. OBJETIVO ESPECIFICO

1. Seleccionar a los pacientes adolescentes con epilepsia en seguimiento por el servicio de neurología pediátrica del Hospital Reg. Lic. Adolfo López Mateos.
2. Realizar el estudio de las variables que se desea conocer en los pacientes seleccionados.
3. Analizar la asociación entre las variables y el apego al tratamiento en estos pacientes.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizará un estudio prospectivo, transversal, descriptivo, observacional y analítico en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, en el área de Neuropediatría.

Se estudiará el apego al tratamiento en los pacientes adolescentes con epilepsia en seguimiento por el servicio de neurología pediátrica del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos.

Se incluirá al total de la población de adolescentes con éste diagnóstico que acuden actualmente a consulta en el servicio de neuropediatría del hospital, tomando en cuenta los siguientes criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.

6.1. DISEÑO

Se estudiarán el total de pacientes epilépticos adolescentes en seguimiento por el servicio de neurología pediátrica del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos.

6.2.TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se estudiarán el total de pacientes epilépticos adolescentes en seguimiento por el servicio de neurología pediátrica del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos.

6.3. DEFINICION DE LOS SUJETOS DE OBSERVACIÓN

Los datos se tomarán del expediente clínico y las encuestas a desarrollar.

6.4. CRITERIOS DE INCLUSION

- Edades entre los 12 a 17 años 11 meses.
- Ambos sexos
- Diagnóstico de epilepsia corroborado por electroencefalograma
- Pacientes con tratamiento médico establecido
- Aceptar la aplicación de cuestionario
- Consentimiento informado por parte de los padres o tutores

6.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Deficiencia intelectual

6.6. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Fallo de consentimiento informado por parte de los padres o tutores.
- Negativa a participar en la encuesta

7.RESULTADOS

INFORME ESTADÍSTICO

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

El primer proceso estadístico al que se sometieron nuestras variables fue al cálculo de la frecuencia máxima esperada, dicho cálculo se aplicó sólo en las variables categóricas con el objetivo de obtener conocimiento sobre el comportamiento de nuestras variables y por ende de nuestra muestra. El objetivo del cálculo de la frecuencia máxima es el de facilitar la lectura de la muestra así como el de lograr un primer acercamiento a los resultados para poder generar propuestas al manejo de los datos. La primera variable que se sometió al cálculo de la frecuencia fue género (ver Fig. 1) donde encontramos que a frecuencia máxima se localiza en la categoría masculino ocupando a 37 de los 67 pacientes incluidos en nuestra muestra siendo equivalentes al 55.22% del total de la muestra mientras que el género femenino ocupa a los 30 pacientes restantes equivalentes al 44.78% (ver Graf. 1) Nuestra siguiente variable es Impresión Diagnóstica (ver Fig. 2) donde la frecuencia máxima se encuentra en la categoría generalizada conteniendo a 55 pacientes que representan el 82.09% de la muestra mientras que los 12 pacientes sobrantes los encontramos en la categoría focal equivalentes al 17.91% del total de la muestra (ver Graf. 2) Antecedentes Heredofamiliares es nuestra siguiente variable (ver Fig. 3) donde hallamos que la frecuencia máxima se localiza en la categoría si (si hay antecedentes heredofamiliares de epilepsia) conteniendo a 35 de los 67 pacientes incluidos en nuestra muestra que son equivalentes al 52.24% del total de la muestra, los 32 restantes se localizan en la categoría no (no hay antecedentes heredofamiliares de epilepsia) ocupando 32 pacientes correspondientes al 47,76% (ver Graf. 3) La variable control de la enfermedad (ver Fig. 4) presentó la frecuencia máxima en la categoría crisis aisladas con 34 pacientes (50.75%), le sigue la categoría controlada con 31

pacientes de los 67 incluidos que equivalen al 46.27%, mientras que los dos pacientes restantes se localizan en la categoría refractaria ocupando el 2.99% sobrante (ver Graf. 4) La siguiente variable sometida es comorbilidades neuropsiquiátricas (ver Fig. 5) hallando la frecuencia máxima en la categoría no (sin comorbilidades neuropsiquiátricas) conteniendo a 36 pacientes que son equivalentes al 53.73% de la muestra mientras que los 31 pacientes restantes sí presentaron comorbilidades que corresponden al 46.27% (ver Graf. 5) Otras comorbilidades es nuestra siguiente variable (ver Fig. 6) donde localizamos que la frecuencia máxima se encuentra en la categoría si (con otras comorbilidades) conteniendo a 37 pacientes que equivalen al 55.22% del total de la muestra mientras que los 30 pacientes restantes (44.78%) no presentaron otras comorbilidades (ver Graf. 6) En la variable Tratamiento (ver Fig. 7) encontramos la frecuencia máxima en la categoría politerapia con 32 pacientes equivalentes al 47.76%, le sigue la categoría avp con 23 pacientes (34.33%), lvt con 7 pacientes correspondientes al 10.45, cmz/obz con 2 pacientes (2.99%) y vgb, lmt y tpm con un paciente cada una equivalentes al 4.42% en total (ver Graf. 7) La primer variable del estudio social al paciente es Medio socioeconómico (ver Fig. 8) donde construimos dos categorías nivel socioeconómico medio y nivel socioeconómico medio-bajo, la frecuencia máxima se encuentra en la categoría medio-bajo conteniendo a 57 de los 67 pacientes que equivalen al 85.07% del total de la muestra mientras que los 10 pacientes restantes los localizamos en la categoría nivel socioeconómico medio ocupando el 14.93% restante (ver Graf. 8) sobre las adicciones tenemos dos variables Ingesta de Alcohol (ver Fig. 9) de la que consideramos dos categorías si (ingiere bebidas alcohólicas) y no (no ingiere bebidas alcohólicas) donde encontramos la frecuencia máxima en la categoría si (si ingiere bebidas alcohólicas) con 52 de los 67 pacientes equivalentes al 77.61% del total de la muestra mientras que para la categoría no (no ingiere bebidas alcohólicas) se localizan los 15 pacientes restantes que representan el 22.39% (ver Graf. 9) Para la variable Toxicomanías (ver Fig. 10) hay dos categorías si (presenta toxicomanías) no (no presenta toxicomanías) y localizamos la frecuencia máxima en la variable si (presenta toxicomanías) con 59 de los 67 pacientes incluidos en nuestra muestra equivalentes al 88.06% mientras que los 8 pacientes restantes (11.94%) se ocuparon en la categorías no, es decir, no presentan toxicomanía (ver Graf. 10) sobre el rubro de la sexualidad encontramos la categoría vida sexual activa (ver Fig. 11) donde encontramos que el 68.66% (46 pacientes) ejercen una vida sexual activa mientras que 21 pacientes aun no inician su vida sexual siendo equivalentes al 31.34% del total de nuestra muestra (ver Graf. 11) Conocimiento y uso de anticonceptivos es nuestra siguiente variable (ver Fig. 12) donde hallamos que 51 pacientes (76.12%) conocen y usan métodos anticonceptivos y 16 no usan, no conocen e incluso aun no inician su vida sexual y ocupan el 23.88% del resto de la muestra (ver Graf. 12) Para el rubro situación familiar la variable de medida es integración familiar (ver Fig. 13) donde nos presenta dos tipos de categorías funcional (familia funcional) y disfuncional (familia disfuncional) y encontramos la frecuencia máxima en la categoría funcional (familia funcional) conteniendo a 39 pacientes que equivalen al 58.21% mientras que en la categoría disfuncional encontramos a 28 pacientes que ocupan el 41.79% del total de la muestra (ver Graf. 13) En la variable apego farmacológico (ver Fig. 14) encontramos la frecuencia máxima en la categoría adecuado (adecuado apego farmacológico) conteniendo a 42 pacientes que equivalen al 62.69% del total de la población mientras que la categoría inadecuado (inadecuado apego farmacológico) contiene a 25 pacientes que son equivalentes al 37.31% del total de nuestra muestra (ver Graf. 14) Autoestima es nuestra siguiente variable (ver Fig. 15) la cual categorizamos en baja (autoestima baja) y normal (autoestima normal) donde encontramos la frecuencia máxima en la categoría autoestima normal que contuvo a 50 pacientes equivalentes al 74.63% mientras que los 17 pacientes restantes los localizamos en la categoría autoestima baja y son equivalentes al 25.37% del total de nuestra muestra (ver Graf. 15) La variable expectativa de vida es la siguiente (ver Fig. 16) donde hallamos la frecuencia máxima en la categoría expectativa de vida normal con 59 pacientes (88.06%) y 8 pacientes en expectativa de vida baja que se reflejan en el 11.94% restante en a muestra (ver Graf. 16) Nuestra penúltima variable es conocimiento de la enfermedad (ver Fig. 17) la cual categorizamos en si (conoce la enfermedad) y no (no conoce la enfermedad) encontrando la frecuencia máxima en la variable no (no conoce la enfermedad) que contiene a 63 pacientes equivalentes al 94.03% de la muestra mientras que los 4 pacientes restantes se situaron en la categoría si (si conoce la enfermedad) y corresponden solo al 5.97% (ver Graf. 17) La última variable a la cual sometimos a nuestra población fue la de Aprendizaje (ver Fig. 18) la cual categorizamos en dos inadecuado (aprendizaje

inadecuado) y adecuado (aprendizaje adecuado) hallando la frecuencia máxima en la categoría adecuado con 59 pacientes de los 67 incluidos en nuestra muestra los cuales representan el 88.06% del total mientras que los 8 pacientes restantes (11.94%) ocupan la categoría aprendizaje inadecuado (ver Graf. 18)

ANÁLISIS DE LOS DATOS

El cálculo de la contingencia es el método que optamos para el cumplimiento de los objetivos así como la validación de la hipótesis, bajo este método calcularemos el valor del coeficiente de contingencia cuadrática (χ^2) y su significancia, la asociación entre las variables sometidas, el coeficiente Phi y V de Cramer que nos permiten medir la relación que se logró al realizar la contingencia. Antes de dar paso al desarrollo descriptivo de este cálculo vale la pena recordar que nuestra hipótesis de investigación que consta de determinar si los pacientes adolescentes con epilepsia tienen factores psicosociales asociados a mal apego al tratamiento. Nuestro objetivo general pretende determinar los factores psicosociales asociados al apego al tratamiento en pacientes adolescentes con epilepsia y nuestros objetivos específicos buscan seleccionar a los pacientes adolescentes con epilepsia en seguimiento por el servicio de neurología pediátrica, realizar el estudio de las variables que se desea conocer en los pacientes seleccionados así como analizar la asociación entre las variables y el apego al tratamiento en estos pacientes.

8. DISCUSIÓN

CÁLCULO DE LAS CONTINGENCIAS

El primer cálculo de contingencia se construyó entre las variables apego farmacológico e integración familiar donde la contingencia máxima numérica la encontramos entre las categorías adecuado apego farmacológico e integración familiar funcional con 39 pacientes incluidos en esta contingencia que equivalen al 58.2% (ver Fig. 19) El cálculo de la contingencia cuadrática nos arroja un valor de 55.548 (ver Fig. 19.1) en un grado de libertad con una significancia de .000 donde la regla para este coeficiente indica que si la χ^2 calculada es mayor a la χ^2 de tablas se acepta la hipótesis de investigación H_1 ; de lo contrario, si la χ^2 calculada es menor a la χ^2 de tablas se acepta la hipótesis alternativa H_0 ; el valor de la χ^2 en tablas para los mismos grados de libertad con 95% de confianza es de 3.8415, es decir, “esta asociación fue positiva a la validación de la hipótesis, donde el apego farmacológico adecuado se asocia a la situación familiar presente en el paciente”. El cálculo de la asociación entre variables responde a la misma regla de χ^2 y presenta un valor de 54.719 en un grado de libertad con una significancia asintótica de .000, es decir, “se presenta significancia positiva entre la contingencia de las variables”, la prueba exacta de Fisher presenta, igualmente una significancia de .000, es decir, hay una relación ideal entre las variables sometidas a asociación. El coeficiente de Phi (ver Fig. 19.2) tiene la función de determinar si existe una relación lineal entre dos variables a nivel nominal con dos valores cada una (dicotómico) y que esta relación sea estadísticamente significativa, la regla de decisión de phi es Si p es menor 0.05 se acepta H_1 , si p es mayor 0.05 se acepta H_0 . El valor obtenido de Phi es de .911 y una significancia de .000, asumiendo la regla “si hay relación estadística significativa entre las variables sometidas”, de igual manera funciona el coeficiente complementario V de Cramer que, en este caso, maneja los mismos valores que Phi mientras que el coeficiente de contingencia nos marca un valor de .673 y una significancia de .000 La siguiente contingencia que nos ayudará a cumplir nuestros objetivos y respaldar nuestra pregunta de investigación es apego farmacológico y autoestima (ver Fig. 20) hallando dos contingencias numéricas máximas la primera es sobre la categoría autoestima normal y apego farmacológico adecuado y la otra es autoestima normal y apego farmacológico inadecuado ambos ocupando a 25 pacientes y un equivalente de 37.3% El cálculo de la contingencia cuadrática (ver Fig. 20.1) indica un valor de 13.560 en un grado de libertad con una significancia asintótica bilateral de .000, una prueba de Fisher exacta con .000 y el valor de asociación de 13.357 con los mismos grados de libertad y la misma significancia. Asumiendo la regla para χ^2 concluimos que el apego farmacológico muestra una relación positiva y significativa con la autoestima pero no comprueba fielmente dicha asociación ya que la

distribución de los pacientes es normal y no muestra una carga definitiva para la toma de decisiones cuantitativas. El valor obtenido de Phi es de .450 y una significancia de .000, asumiendo la regla de decisión de este coeficiente “si hay relación estadística significativa entre las variables sometidas” el coeficiente de contingencia nos marca un valor de .410 y una significancia de .000 (ver Fig. 20.2).

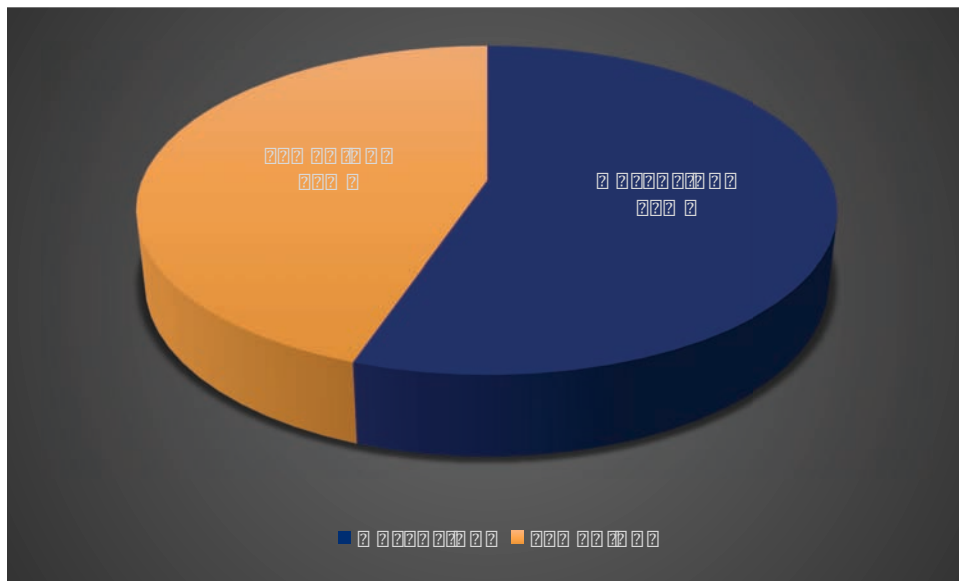
9. CONCLUSIONES

Como se mencionaba arriba, nuestra hipótesis constó de determinar si los pacientes adolescentes con epilepsia tienen factores psicosociales asociados a mal apego al tratamiento, donde encontramos, según los valores arrojados de las contingencias, la asociación fue positiva a la validación de la hipótesis, donde el apego farmacológico adecuado se asocia a la situación familiar presente en el paciente, aunque en nuestra segunda correlación mostró que el apego farmacológico obtuvo una relación positiva y significativa con la autoestima pero no comprueba fielmente dicha asociación ya que la distribución de los pacientes es normal no mostrando una carga definitiva para la toma de decisiones cuantitativas. Cumplimos el objetivo general de determinar los factores psicosociales asociados al apego del tratamiento en pacientes adolescentes con epilepsia; los factores/variables psicosociales que analizamos fueron: medio socioeconómico, ingesta de alcohol, presencia de toxicomanías, vida sexual activa, conocimiento y uso de anticonceptivos, integración familiar, autoestima, expectativa de vida y tipo de aprendizaje en el paciente. De manera estadística podemos concluir que el p valor tanto de chi2 como de phi tiene una significancia estadística perfecta de .000 comportándose de igual manera la prueba de Fisher para la significancia estadística. Nuestra hipótesis de investigación queda validada.

10. ANEXOS

2 22 222 2	33225 2 2222	21322 422222
2 2222 222 2 2		Oc2 rr 7RR2
222 22 22 2 2		OE2 FF2u2
22 2222		ec2 NEE2

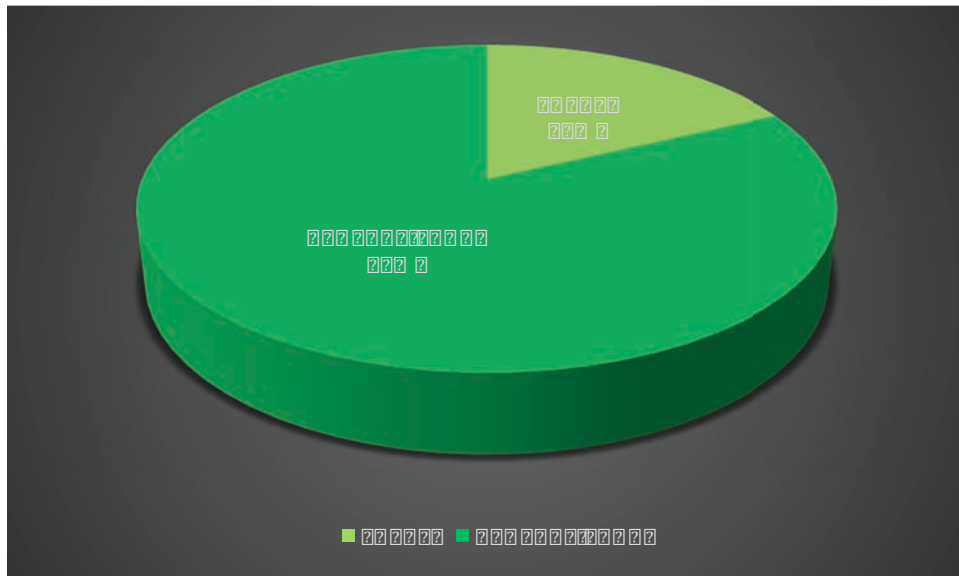
Fig. 1 Cálculo de la frecuencia máxima en la variable género



Graf. 1 Distribución de la frecuencia en la variable género

100	350 100	1300 4000
100 100		NR
100 100 100 100 100 100		urEn
100 100	ec	NEE

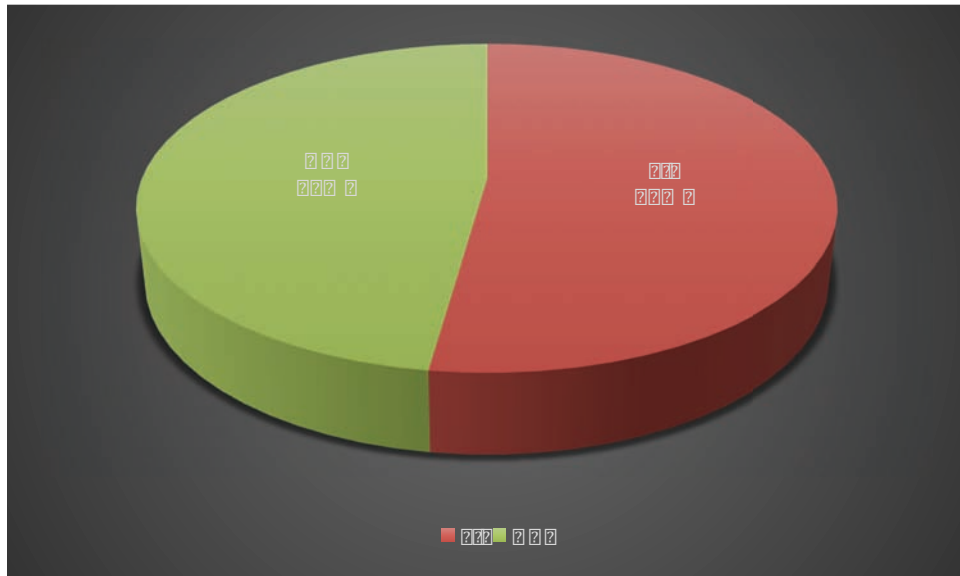
Fig. 2 Cálculo de la frecuencia máxima en la variable impresión diagnóstica



Graf. 2 Distribución de la frecuencia en la variable impresión diagnóstica

2027000	23252 2222	21322 42222
222	Or	r RRF
2 2 2	OR	Fc 2e
22 2222	ec	NEE

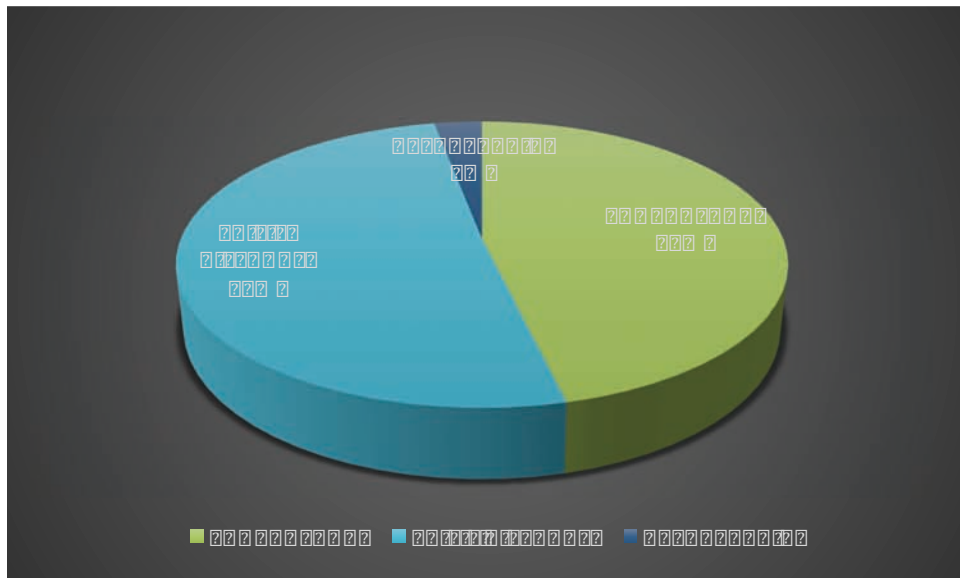
Fig. 3 Cálculo de la frecuencia máxima en la variable antecedentes heredofamiliares



Graf. 3 Distribución de la frecuencia en la variable antecedentes heredofamiliares

200 2000 200 2000	2000 2000 2000	2000 2000 2000
200 2000 200 2000	2000 2000 2000	2000 2000 2000
200 2000 200 2000	ON	FeRc
200 2000 200 2000	OF	rEzr
200 2000 200 2000	R	R7n
200 2000	ec	NEE

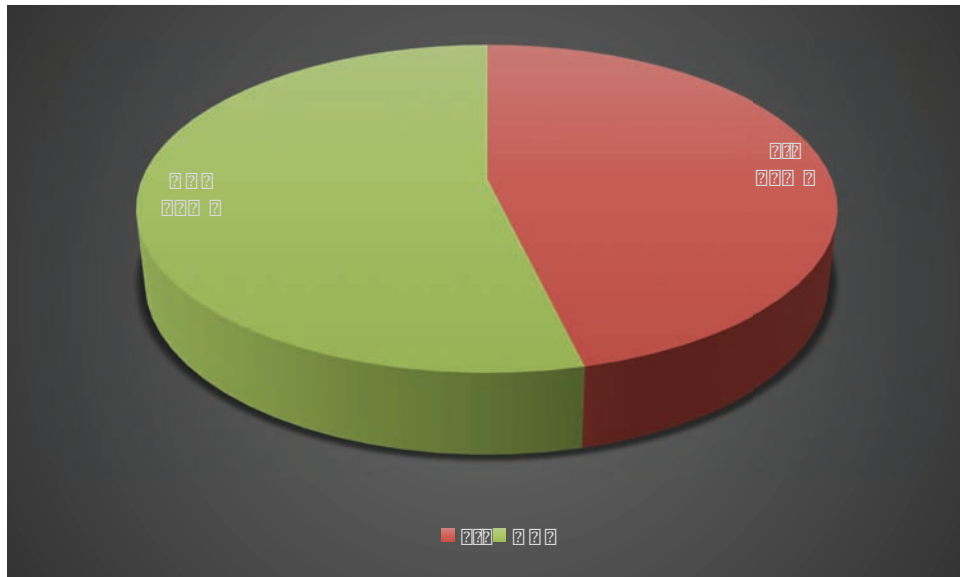
Fig. 4 Cálculo de la frecuencia máxima en la variable control de la enfermedad



Graf. 4 Distribución de la frecuencia en la variable control de la enfermedad

<p>222 2 2 22222 22 222</p> <p>2 22 22 2222 2 22 222222 22</p>	<p>2232252 2222</p>	<p>21322 42222</p>
<p>222</p>	<p>ONE</p>	<p>Fe7Rc2</p>
<p>2 2 2</p>	<p>Oe2</p>	<p>r O7c O2</p>
<p>22 2222</p>	<p>ec2</p>	<p>NEE2</p>

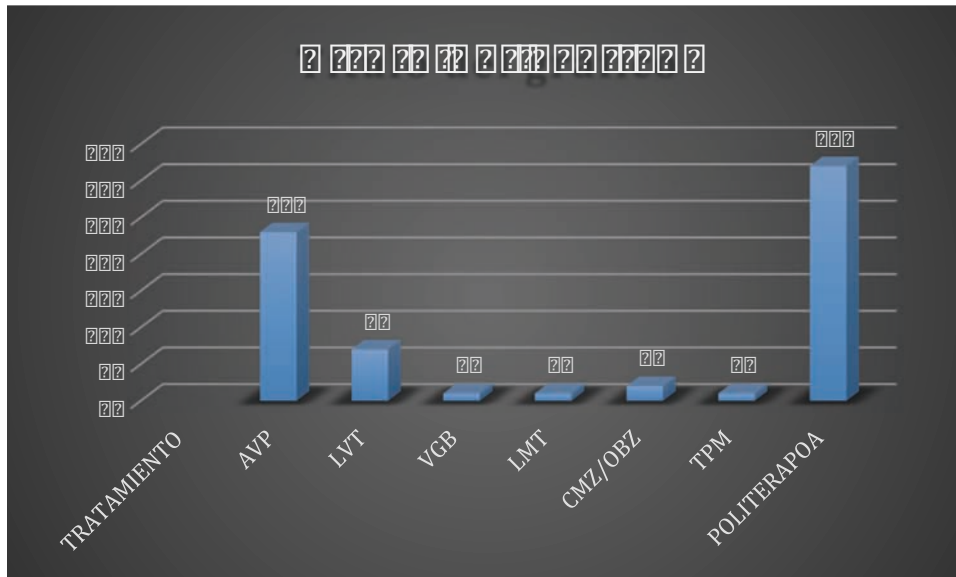
Fig. 5 Cálculo de la frecuencia máxima en la variable comorbilidades neuropsiquiátricas



Graf. 5 Distribución de la frecuencia en la variable comorbilidades neuropsiquiátricas

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
RO	13	4.33%
c	7	2.22%
N	7	2.22%
N	7	2.22%
R	7	2.22%
N	7	2.22%
OR	7	2.22%
ec	7	2.22%

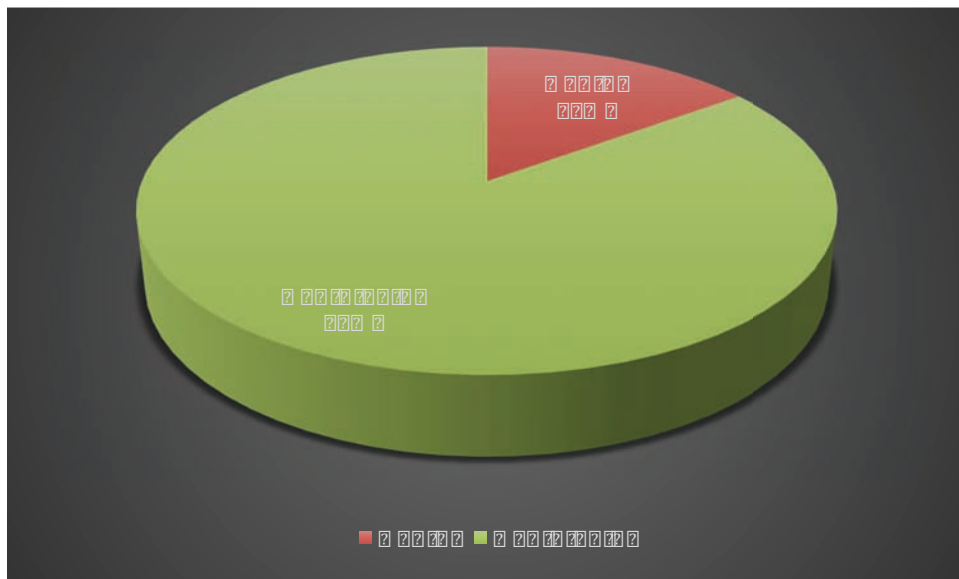
Fig. 7 Cálculo de la frecuencia máxima en la variable tratamiento



Graf. 7 Distribución de la frecuencia en la variable tratamiento

2 22 22 22 2 22 22 2 2 2 22 2	22 22 22 2 22 22	2 13 22 4 22 22
2 22 22 2	NEC	NF 70 2
2 22 22 2 22 22 2	rc 2	ur 7 2c 2
22 22 22	ec 2	NEE 2

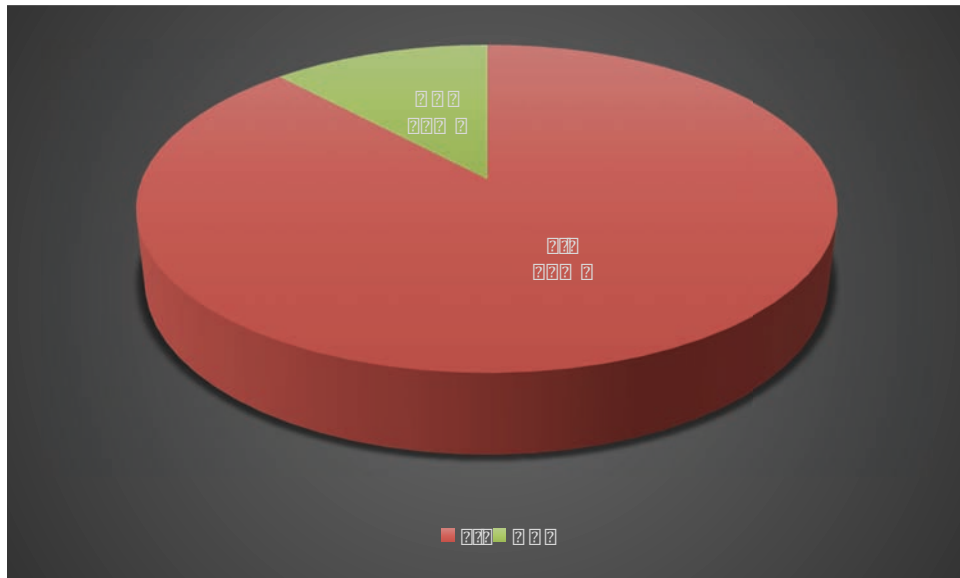
Fig. 8 Cálculo de la frecuencia máxima en la variable nivel socioeconómico



Graf. 8 Distribución de a frecuencia en la variable nivel socioeconómico

22 2222 2 22 222	232252 22222	21322 422222
222	r n2	uu7Ee2
2 2 2	u2	NN7hF2
22 22222	ec2	NEE2

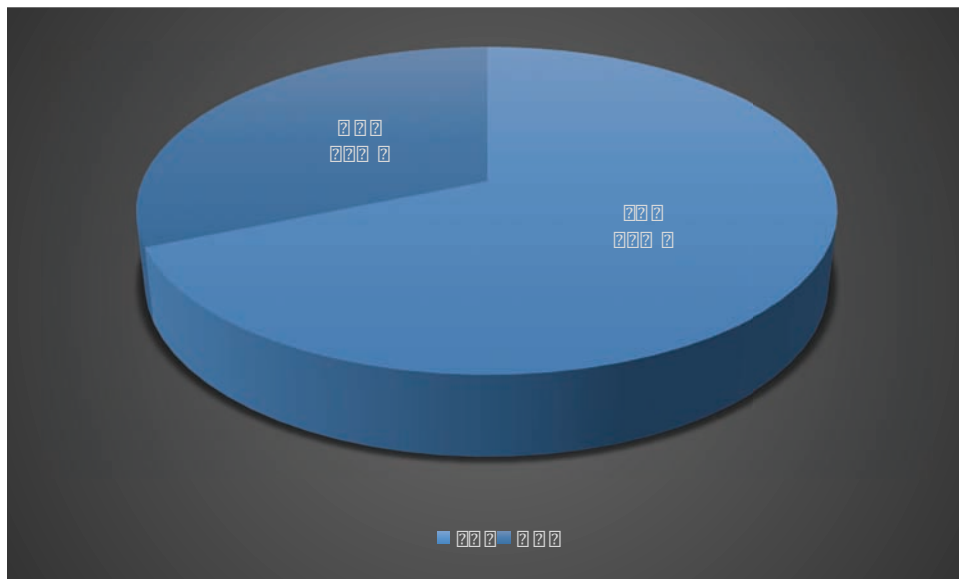
Fig. 10 Cálculo de la frecuencia máxima en la variable toxicomanía



Graf. 10 Distribución de la frecuencia en la variable presencia de toxicomanías

200 200 200 200 200 200 200 200	2325 200	2132 4200
200	Fe	eu7ee
200	RN	ONOF
200 200 200	ec	NEE

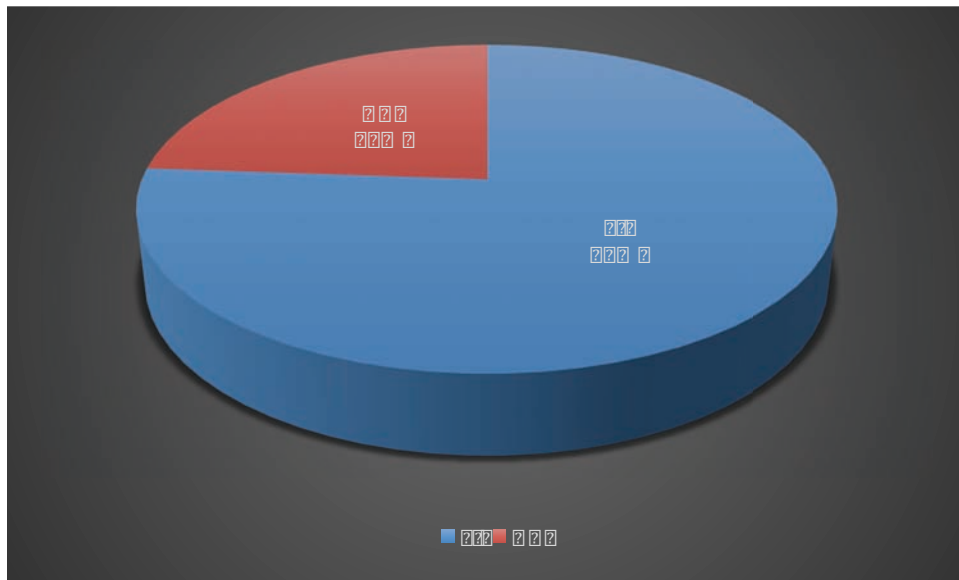
Fig. 11 Cálculo de la frecuencia máxima en la variable vida sexual activa



Graf. 11 Distribución de la frecuencia en la variable vida sexual activa

$\frac{100 \times 100}{10000} \times 10000$ $\frac{10000}{10000} \times 10000$ 10000×10000	10000×10000	10000×10000
10000	$r \times 100$	$ce \times 100$
10000	Ne	$RO \times 100$
10000×10000	ec	NEE

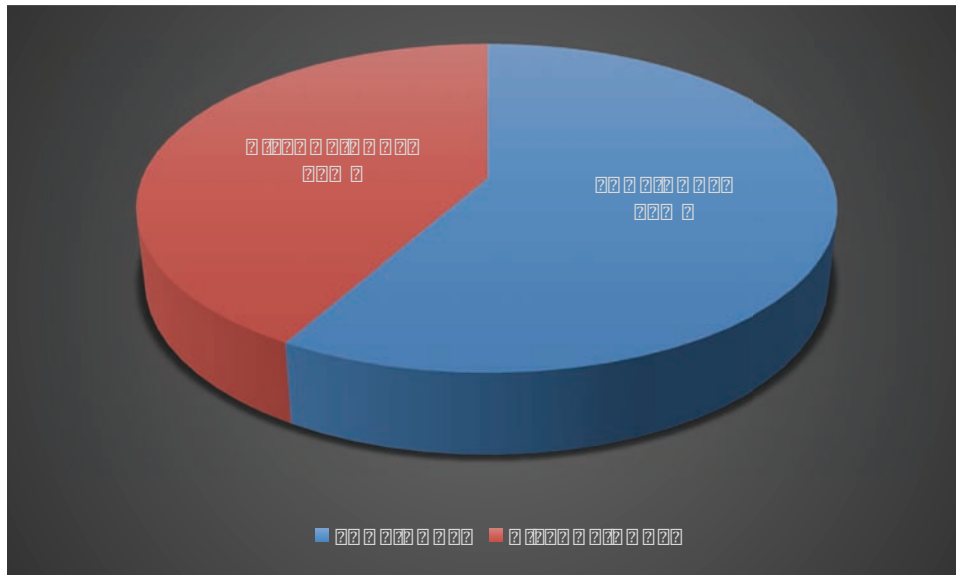
Fig. 12 Cálculo de la frecuencia máxima en la variable conocimiento sobre el uso de anticonceptivos



Graf. 12 Distribución de la frecuencia en la variable conocimiento y uso de anticonceptivos

$\frac{100 \cdot \sum_{i=1}^k n_i \cdot x_i}{\sum_{i=1}^k n_i \cdot x_i^2}$	$\frac{33,5}{100}$	$\frac{1,3}{4}$
$\frac{100 \cdot 33,5}{100}$	On	ruRN
$\frac{100 \cdot 33,5}{100}$	Ru	FNcn
$\frac{100 \cdot 33,5}{100}$	ec	NEE

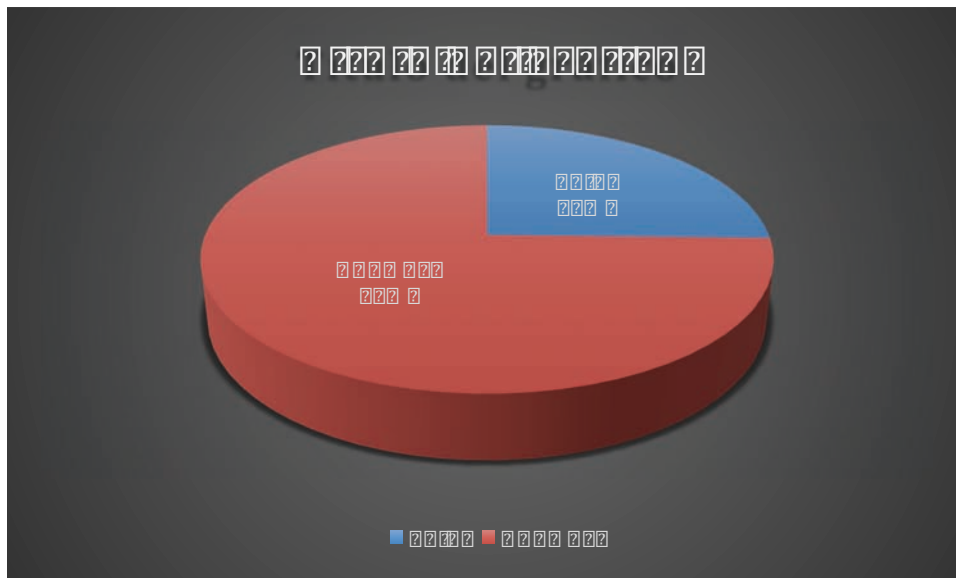
Fig. 13 Cálculo de la frecuencia máxima en la variable conocimiento sobre el uso de anticonceptivos



Graf. 13 Distribución de la frecuencia en la variable antegración familiar

$\frac{1}{n} \sum_{j=1}^k n_j \cdot x_j$	$\frac{1}{n} \sum_{j=1}^k n_j \cdot x_j^2$	$\frac{1}{n} \sum_{j=1}^k n_j \cdot x_j^3$
\bar{x}	Nc	$Rr \cdot \sigma_c$
$\frac{1}{n} \sum_{j=1}^k n_j \cdot x_j^3$	$r \cdot E$	$c \cdot F \cdot \sigma_c$
$\frac{1}{n} \sum_{j=1}^k n_j \cdot x_j^4$	ec	NEE

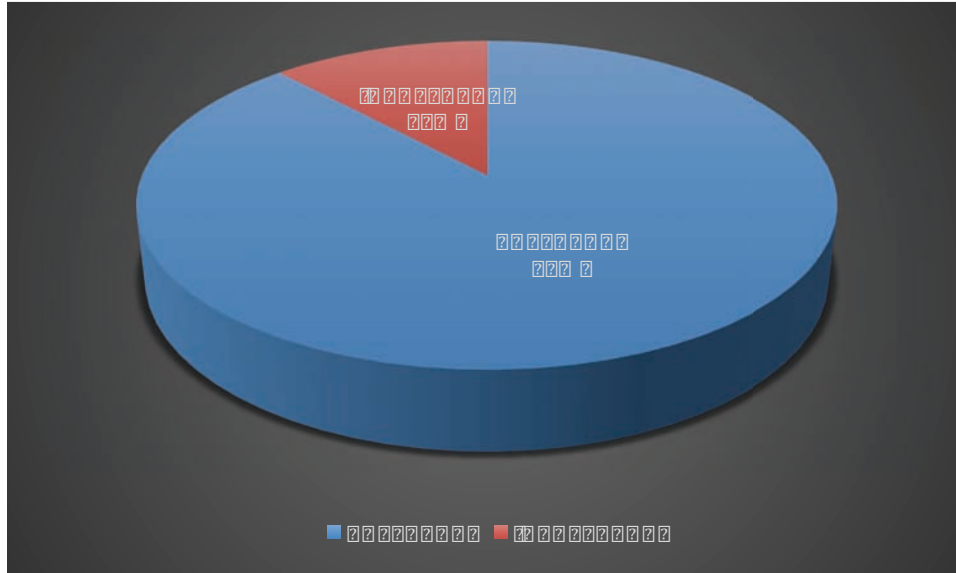
Fig. 15 Cálculo de la frecuencia máxima en la variable autoestima



Graf. 15 Distribución de la frecuencia en la variable autoestima

22222 222222	232252 2222	21322 42222
2222222222	rn2	uu7Ee2
2222222222	u2	NN7F2
22 2222	ec2	NEE2

Fig. 18 Cálculo de la frecuencia máxima en la variable aprendizaje



Graf. 18 Distribución de la frecuencia en la variable tipo de aprendizaje

		INTEGRACIÓN FAMILIAR		Total	
		FUNCIONAL	DISFUNCIONA L		
APEGO FARMACOLÓGICO	ADECUADO	Recuento	39	3	42
		% del total	58.2%	4.5%	62.7%
	INADECUADO	Recuento	0	25	25
		% del total	0.0%	37.3%	37.3%
Total		Recuento	39	28	67
		% del total	58.2%	41.8%	100.0%

Fig. 19 Cálculo de la contingencia entre las variables APEGO FARMACOLÓGICO*INTEGRACIÓN FAMILIAR

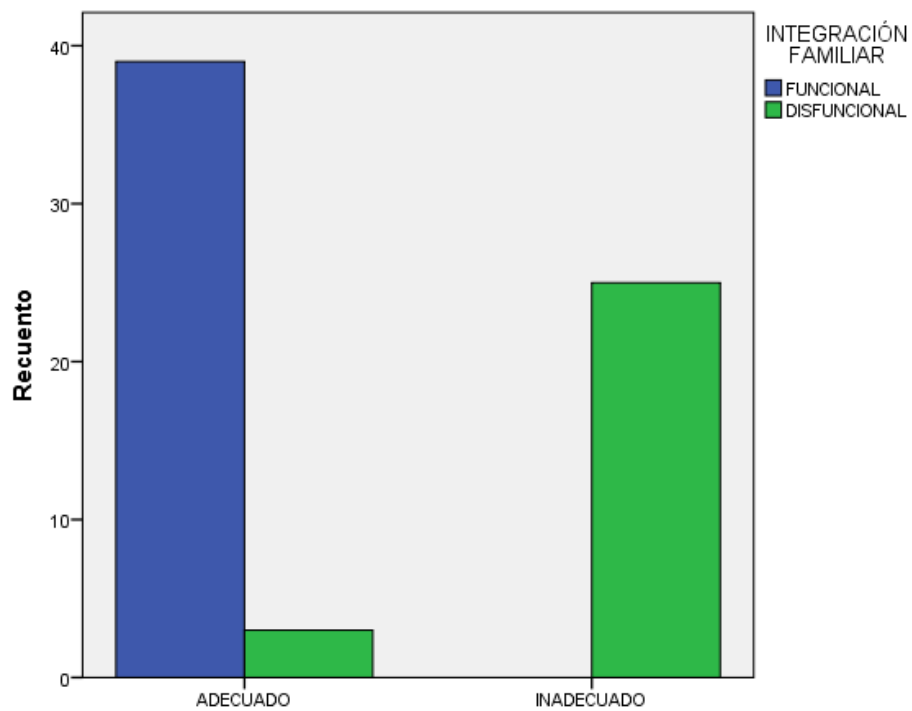
Graf. 19 Distribución de la contingencia entre las variables apego farmacológico e integración familiar

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	55.548	1	.000		
Corrección de continuidad	51.797	1	.000		
Razón de verosimilitud	69.453	1	.000		
Prueba exacta de Fisher				.000	.000
Asociación lineal por lineal	54.719	1	.000		
N de casos válidos	67				

Fig. 19.1 Pruebas de chi2 para la contingencia entre las variables APEGO FARMACOLÓGICO*INTEGRACIÓN FAMILIAR

		Valor	Aprox. Sig.
	Phi	.911	.000
Nominal por Nominal	V de Cramer	.911	.000
	Coeficiente de contingencia	.673	.000
N de casos válidos		67	

Fig. 19.2 Cálculo de las medidas simétricas para la contingencia de las variables APEGO FARMACOLÓGICO*INTEGRACIÓN FAMILIAR



			AUTOESTIMA		Total
			BAJA	NORMAL	
APEGO FARMACOLÓGICO	ADECUADO	Recuento	17	25	42
		% del total	25.4%	37.3%	62.7%
	INADECUADO	Recuento	0	25	25
		% del total	0.0%	37.3%	37.3%
Total		Recuento	17	50	67
		% del total	25.4%	74.6%	100.0%

Fig. 20 Cálculo de la contingencia entre las variables APEGO FARMACOLÓGICO*AUTOESTIMA

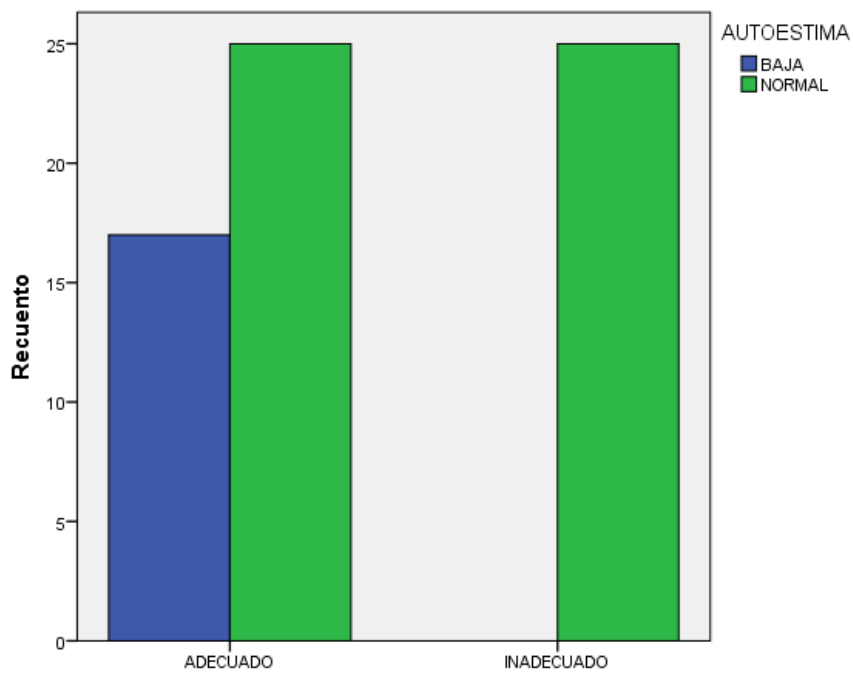
Graf. 20 Distribución de la contingencia entre las variables apego farmacológico y autoestima

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	13.560	1	.000		
Corrección de continuidad	11.506	1	.001		
Razón de verosimilitud	19.206	1	.000		
Prueba exacta de Fisher				.000	.000
Asociación lineal por lineal	13.357	1	.000		
N de casos válidos	67				

Fig. 20.1 Pruebas de chi2 para la contingencia entre las variables APEGO FARMACOLÓGICO*AUTOESTIMA

		Valor	Aprox. Sig.
Nominal por Nominal	Phi	.450	.000
	V de Cramer	.450	.000
	Coefficiente de contingencia	.410	.000
N de casos válidos		67	

Fig. 20.2 Cálculo de las medidas simétricas para la contingencia de las variables APEGO FARMACOLÓGICO*AUTOESTIMA



11. BIBLIOGRAFÍA

1. Christian Samsonsen, †Arne Reimers, *Geir Brathen, Grethe Helde, and *Eylert Brodtkorb, Nonadherence to treatment causing acute hospitalizations in people with epilepsy: An observational, prospective study, *Epilepsia*, 55(11):e125–e128, 2014 doi: 10.1111/epi.12801.
2. Natalia Shcherbakova • Karen Rascati • Carolyn Brown • Kenneth Lawson • Suzanne Novak • Kristin M. Richards • Linda Yoder, Factors Associated with Seizure Recurrence in Epilepsy Patients Treated with Antiepileptic Monotherapy: A Retrospective Observational Cohort Study using US Administrative Insurance Claims, *CNS Drugs* (2014) 28:1047–1058 DOI 10.1007/s40263-014-0191-1.
3. Avani C. Modi, PhD Yelena P. Wu, PhD Joseph R. Rausch, PhD James L. Peugh, PhD Tracy A. Glauser, MD, Antiepileptic drug
4. Yelena P. Wu, Katherine Follansbee-Junger, †Joseph Rausch, and *Avani Modi, Parent and family stress factors predict health-related quality in pediatric patients with new-onset epilepsy, *Epilepsia*, 55(6):866–877, 2014 doi: 10.1111/epi.12586
5. Guillam et. al., The relationship of depression to antiepileptic drug adherence and quality of life in epilepsy, *Epilepsy & Behavior* 36 (2014) 138–143.
6. Janelle Wagner, PhD, Antiepileptic drug nonadherence in children with epilepsy Outcomes and potential intervention, *Neurology*® 2014;82:652–653.
7. Avani C. Modi, PhD Joseph R. Rausch, PhD Tracy A. Glauser, MD, Early pediatric antiepileptic drug nonadherence is related to lower long-term seizure freedom, *Neurology* 82 February 25, 2014, p. 652.
8. S.C.E. Chapman a , R. Horne a , A. Chater a , D. Hukins c , W.H. Smithson, Patients' perspectives on antiepileptic medication: Relationships between beliefs about medicines and adherence among patients with epilepsy in UK primary care, *Epilepsy & Behavior* 31 (2014) 312–320.
9. Noraida Mohamed Shah, Ahmed F. Hawwa, “et al”, Adherence to antiepileptic medicines in children: A multiplemethods assessment involving dried blood spot sampling, *Epilepsia*, 54(6), 1020–1027, 2013 doi: 10.1111/epi.12126.
10. Fengmin Tang a , Guoxing Zhu b , Zheng Jiao a , Chunlai Ma a , Bin Wang, Self-reported adherence in patients with epilepsy who missed their medications and reasons for nonadherence in China, *Epilepsy & Behavior* 27 (2013) 85–89.
11. Avani C. Modi a , Yelena P. Wu a , Shanna M. Guilfoyle a , Tracy A. Glauser, Uninformed clinical decisions resulting from lack of adherence assessment in children with new-onset epilepsy, *Epilepsy & Behavior* 25 (2012) 481–484.
12. Determinants of Quality of Life in People with Epilepsy. Ann Jacoby PhD, *Neurologic the Clinics*. El Sevier 2009: pp 843-863.
13. Examining Health-related quality of life, adaptative skills, and psychological functioning in children and adolescents with epilepsy presenting for a neuropsychological evaluation. Lauren E. Clary, Jillon S. Vander Wal. *Epilepsy & Behavior* (19) 2010, pp 487-493.

14. Academic problems in children with seizures: Relationships with neuropsychological functioning and family variables during the 3 years after onset. David W Dunn. Et. Al. *Epilepsy & Behavior* (19) 2010: pp 455-461.

15. Strategy and plan of Action. Pan American Health Organization. 63 Reunion of the Regional Committee.

16. Medication taking Behavior of Patients with Epilepsy. Janice W Buelow Phd. US Neurological Disease 2006. Reference Section.

17. Measures of adherence to epilepsy treatment: Review of present practices and recommendation for future directions. Angelia M. Paschal et al. *Epilepsia* 49 (7) 2008 pp 1115-1122.

18. Medication compliance among Children. Omar T Dawood. *World Journal of Pediatrics*. Vol 6 No3. 2010.

19. Impact of epilepsy in adolescence: A UK controlled Study. Hoare P, et al. *Epilepsy and Behavior* 6 (2005), pp 556-562.

20. Development and Validation of the Epilepsy Medication Self-management Questionnaire. Avani C. modi, Sally Monahan et.al. *Epilepsy & Behavior* (18) 2010 pp94-99.