

Factores de riesgo de los trastornos psicosociales en pacientes adultos con epilepsia /
Risk factors of the psychosocial disorders on adult patients suffering from epilepsy.

Dr. Salvador González Pal, Lic. Yasmani Llanes Basulto, Lic. Ignacio Oliva Hernández, Dr. C. Reinaldo Fabelo Roche y MSc. Serguei Iglesias Moré

- I Doctor en Medicina. Especialista de 1.er y 2.o Grado de Neurología. Profesor Auxiliar de la Facultad Enrique Cabrera. Hospital Psiquiátrico de la Habana. La Habana, Cuba.
- II Licenciado en Psicología. Psicólogo clínico del Hospital Psiquiátrico de la Habana. La Habana, Cuba.
- III Licenciado en Psicología. Doctor en ciencias de la salud. Profesor Titular. Centro para el Desarrollo Académico sobre Drogodependencias (CEDRO). La Habana, Cuba.
- IV Licenciado en Enfermería. Máster en Psicología de la Salud. Profesor Auxiliar de la Facultad Comandante Manuel Fajardo. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la visión que tiene el paciente sobre su adaptación psicosocial y satisfacciones personales, permiten conocer un conjunto de factores de riesgo que influyen de forma directa en su calidad de vida.

Objetivo: determinar los factores de riesgo de los trastornos psicosociales en pacientes adultos con epilepsia.

Métodos: estudio observacional analítico de cohorte retrospectiva, realizado en 200 pacientes que asistieron a la consulta externa entre diciembre de 2010 y abril de 2013. Se emplearon el inventario Psicosocial de Washington, la Escala de Inteligencia para Adultos (WAIS) y un cuestionario de epilepsia para factores de riesgo. Se empleó el estadígrafo Ji Cuadrado, se calculó el Odds Ratio (OR) y se construyeron intervalos de confianza (IC) al 95 %.

Resultados: el 58 % de los pacientes refirieron un funcionamiento psicosocial bueno o aceptable y el déficit de la inteligencia apareció en el 33 % de los pacientes. El funcionamiento psicosocial, se afecta con la elevada frecuencia de las crisis ($p=0.0333$; OR 3.5) y ante la presencia de una inteligencia subnormal ($p=0.0000$; OR 3.8), la cual también influye en la adaptación al tratamiento ($p=0.0062$; OR 2.4), sin embargo, esta última característica tiende a favorecer la protección familiar y escolar ($p=0.0008$; OR 0.3).

Conclusiones: las crisis frecuentes y un CI bajo afectan el comportamiento psicosocial del paciente con epilepsia, aunque el presentar una inteligencia subnormal propicia protección

familiar.

Palabras clave: epilepsia, calidad de vida, trastornos psicosociales, factores de riesgo, coeficiente de inteligencia

ABSTRACT

Introduction: the opinion the patient has on his-her psychosocial adjustment and personal satisfactions, allows knowing a group of risk factors that influence in a direct way in his-her quality of life.

Objective: to determine the risk factors of psychosocial disorders in adult patients suffering from epilepsy.

Methods: this concern an analytic observational and retrospective cohort study, conducted in 200 patients that attended to external consultation of Joaquin Albaran Surgical Clinical Hospital between December of 2010 and April of 2013. Washington Psychosocial Seizure Inventory (WPSI), Wechsler Adults Intelligence Scale (WAIS) and an Epilepsy Questionnaire for Risk Factors were applied. The statistical **Chi-Square Distribution** was used, the Odds Ratio was calculated (OR) and confidence intervals (CI) were built to 95%.

Results: 58% of the patients referred an acceptable and good psychosocial functioning and the deficit of the intelligence appeared in 33% of the patients. The psychosocial functioning is affected by the high frequency of seizures ($p=0.0333$; OR 3.5) and because of a sub-normal intelligence ($p=0.0000$; OR 3.8), which also influences in the adjustment to treatment ($p=0.0062$; OR 2.4), however, this previous mention characteristic tends to favor family and school overprotection ($p=0.0008$; OR 0.3).

Conclusions: the frequent seizures and a low IQ (Intelligence Quotient) affect psychosocial behavior of the epileptic patient, although presenting a subnormal intelligence inspire family protection.

Key words: epilepsy, quality of life, psychosocial disorders, risk factors, intelligence Quotient

Key words: family, childhood, primary alcoholics

INTRODUCCIÓN

La visión que tiene el paciente sobre su adaptación psicosocial y satisfacciones personales, nos permite conocer un conjunto de factores de riesgo que influyen de forma directa en su calidad de vida.¹ Los factores psicosociales no son frecuentemente estudiados en los pacientes con epilepsia, en contraposición con los cuantiosos estudios que abordan el tema de aspectos

biológicos y farmacológicos.

Se considera de mucha importancia el tipo y la calidad del desempeño psicosocial del paciente con epilepsia, el mismo está en dependencia de un conjunto de factores sociales, emocionales y también biológicos relacionados con la propia epilepsia.

Entre la diversidad de instrumentos psicométricos utilizados en la evaluación del ajuste psicosocial en la epilepsia, probablemente uno de los más utilizados sea el WPSI, a partir de su diseño en 1980 por Dodrill y col.² fue traducido y estandarizado al castellano años más tarde¹ y su primera aplicación en nuestro país fue realizada en 19982 y validado para nuestra población en 2010,³ mientras que diversos trabajos en nuestro continente reflejan su importancia.⁴⁻⁶

Los resultados de los estudios psicosociales realizados están en dependencia de diferentes factores. Diversos autores hacen mención a los problemas sociales de los enfermos con epilepsia y asocian las dificultades adaptativas a los que sufren de epilepsia del lóbulo temporal,⁷ también las atribuyen a diversos tipos de epilepsia,⁸ mientras que, para algunos autores, este es un problema en relación con el estrato social del paciente con epilepsia,^{5, 6,} pero en conjunto la mayoría concuerda en que los epilépticos poseen mayores dificultades de ajuste social que el resto de la población.

Por otra parte, un grupo no despreciable de pacientes que sufren epilepsia tienen asociado muchas veces diferentes trastornos cognitivos que dificultan aún más el funcionamiento diario.^{10,11} Entre los trastornos cognitivos más frecuentes encontrados en el paciente con epilepsia, se encuentran: el déficit de la inteligencia, la disminución del proceso de información del lenguaje, la reducción del tiempo de reacción, el déficit atencional y el deterioro de la memoria.^{12,13} Las causas de estos trastornos de tipo cognitivo en los pacientes con epilepsia se encuentran en un conjunto de factores biológicos o medicamentosos, como son: la etiología o causa que provocó la epilepsia, tipos de crisis, la frecuencia de las crisis, la lateralidad del foco, las alteraciones del electroencefalograma y la medicación.

La inteligencia es definida como una condición, por lo general permanente, originada y desarrollada entre el nacimiento y los 18 años de edad. La disminución en la inteligencia, se entiende, como un estado de discapacidad que afecta la calidad de vida de quien la sufre, en mayor o menor grado (según el déficit del CI), expresándose en: la autonomía personal, la comunicación, la orientación en el entorno, el trabajo y el tiempo libre.^{14,15} El déficit en la inteligencia se considera el trastorno cognitivo más estudiado en los pacientes con epilepsia.

Objetivos:

General

Determinar los factores de riesgo de los trastornos psicosociales en pacientes adultos con epilepsia.

Específicos

Describir el comportamiento del funcionamiento psicosocial en general y según variables sociodemográficas en el grupo de pacientes con epilepsia.

Identificar los principales factores biológicos propios de la epilepsia que afectan el funcionamiento psicosocial de estos pacientes.

Determinar posibles asociaciones entre el coeficiente de inteligencia (CI) y la presencia de trastornos psicosociales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional analítico de cohorte retrospectiva, realizado en 200 pacientes adultos (+18 años) con epilepsia atendidos en consulta entre diciembre de 2010 y abril de 2013, sin ningún criterio de exclusión. El diagnóstico de epilepsia se realizó siguiendo los criterios de la Liga internacional contra la Epilepsia conocida por sus siglas en inglés ILAE.(16) La media de edad de estos enfermos fue de 32.9 (\pm 11.5 años). La media del tiempo transcurrido desde que se diagnosticó la epilepsia al momento de la investigación fue de 16.6 (\pm 12.0 años).

Mientras que la media de edad en la que comenzaron las crisis fue de 13.7 (\pm 10.1 años).

Las variables estudiadas fueron:

Como variables biológicas: noxas cerebrales, edad de inicio de las crisis, tiempo de evolución de las crisis, frecuencia elevada de las crisis (se incluyeron solo los grupos 1 y 3) y tipos de crisis de epilepsia.

Variables del funcionamiento psicosocial: historia familiar, adaptación emocional, adaptación interpersonal, adaptación vocacional, situación económica, adaptación a las crisis, medicación y tratamiento médico y funcionamiento psicosocial global. La puntuación de los 4 niveles fueron simplificado en dos, Nivel 1 adaptación normal o media, Nivel 2 adaptación mala y muy mala.

Variable de índice de inteligencia agrupado en menor de 80 (retraso mental y fronterizo); mayor de 81 Normal.

Los instrumentos empleados fueron:

- **Inventario Psicosocial de Washington:** el Inventario aplicado es el diseñado y utilizado por Dodrill⁸ y traducido por Tiberia,¹ el cual fue validado recientemente en Cuba.³ La prueba consta de 132 ítems breves y de sencilla enunciación, su carácter sencillo lo hace sensible para ser utilizado en muestras amplias de pacientes y evalúa los problemas específicos que están más asociados a la epilepsia. La respuesta tiene solo dos opciones, la afirmativa o la negativa y el tiempo máximo de respuesta del cuestionario es entre 30 y 40 minutos. La prueba consta de 8 escalas, que son las siguientes:

Historial familiar.- Pretende identificar problemas en el curso del desarrollo que pudiesen afectar la adaptación psicosocial, tales como ajuste escolar, interacción con los pares en la infancia, relación con los propios padres (contiene 11 ítems).

Adaptación emocional.- Pretende evaluar la presencia de dificultades emocionales inespecíficas tales como incapacidad de concentración, síntomas depresivos, baja autoestima y quejas somáticas (34 ítems).

Adaptación interpersonal.- Evalúa la capacidad del sujeto para relacionarse constructivamente con los otros (21 ítems).

Adaptación vocacional.- Evalúa el grado de satisfacción personal alcanzado en el trabajo o en el estudio y su relación con la epilepsia (13 ítems).

Situación económica.- Evalúa las repercusiones de la epilepsia en esta área y los sentimientos del sujeto al respecto (7 ítems).

Adaptación a las crisis.- Evalúa la capacidad del sujeto para adecuarse al trastorno convulsivo y a sus repercusiones (15 ítems).

Medicamentos y tratamiento médico.- Intenta determinar la percepción del sujeto respecto al tratamiento recibido, así como la relación médico-paciente (7 ítems).

Funcionamiento psicosocial global.- Pretende entregar un índice del ajuste psicosocial general. Los ítems provienen de las anteriores escalas, con predominio de adaptación emocional e interpersonal (56 ítems).

Los puntajes obtenidos están divididos en 4 niveles de severidad. Nivel 1 (Buena adaptación). Sin problemas significativos. Nivel 2 (Adaptación media). Problemas de gravedad limitada. Nivel 3 (Adaptación mala). Problemas definidos, con claro impacto en la adaptación psicosocial. Nivel 4 (Adaptación muy mala). Problemas severos, con fuerte impacto en el ajuste social.

Hay 3 escalas de validez; Blancos para el número de preguntas sin contestar; Falsas, el número de respuestas falsas (límite de validez 4) y asuntos extraños para evaluar respuestas al azar.

- Escala de Inteligencia para Adultos o WAIS (Weschler Adult Intelligence Scale). Este instrumento se crea en 1939 y consta de once pruebas; seis constituyen la Escala Verbal; las restantes cinco componen la Escala de Ejecución. El Índice de inteligencia fue agrupado de la siguiente manera: Retraso mental (RM) (CI menor de 67); Fronterizo (CI entre 68 y 80); Normal Bajo (CI entre 81 y 89); Normal (CI entre 90 y 109); Normal alto (CI más de 110). Para el análisis estadístico se agruparon en fronterizos y retrasados mentales (CI menor de 80) y Normal (CI mayor de 81).
- Las variables biológicas fueron estudiadas mediante el cuestionario de epilepsia para factores de riesgo. Determina lesiones causales de epilepsia (alcoholismo crónico,

lesiones en el parto, traumas craneales severos o moderados y encefalitis), edad de inicio de las crisis (menos de 10 años y más de 10 años), tiempo de evolución de las crisis (menos de 10 años y más de 10 años), frecuencia elevada de crisis desde el inicio de la enfermedad (grupo 1; pacientes con una o menos crisis por año, grupo 2 pacientes con más de una crisis por año y menos de 1 crisis por mes y el grupo 3 pacientes con más de una crisis por mes) y tipos de crisis de epilepsia.

Procedimiento y análisis de la información

La información recogida en la consulta a los pacientes fue llevada de inmediato a la base de datos de Exel 2007. Los datos primarios de esta se recogieron y agruparon utilizando dos programas informáticos el InStat y el MedCal.

Se empleó el estadígrafo Ji Cuadrado con el objetivo de identificar asociaciones entre las variables estudiadas y el funcionamiento psicosocial global. Se evaluó la fuerza de la asociación mediante la estimación de la razón de productos cruzados Odds Ratio (OR), construyéndose intervalos de confianza (IC) al 95 %. Se consideró como factor de riesgo cuando el OR fuera mayor que 1 y factor protector cuando su valor fuera inferior a 1.

RESULTADOS

1. Funcionamiento psicosocial global (FPG) en relación con las características generales de la población.

El FPG de los 200 enfermos con epilepsia es normal o medio (considerado como aceptable) en 116 (58 %) y 84 (42 %) tienen mal funcionamiento.

Edad

Se reagruparon los 200 pacientes adultos con epilepsia en tres grupos de diferentes edades: entre 18 y 30 años 55 (59.8 %) tienen buen funcionamiento psicosocial y 37 (40.2 %) no lo tienen. La asociación resultó ser no significativa ($p=0.6682$). Entre los 31 y 45 años, 47 (56.6 %) pacientes tienen buen funcionamiento psicosocial y 36 (43.4 %); tampoco se encontró una asociación estadística entre estas variables ($p=0.7725$); finalmente con más de 46 años, 14 (56 %) tenían buen funcionamiento psicosocial y 11 (44 %) no lo tienen, resultando no significativo el análisis estadístico realizado ($p=0.8319$). Como se puede ver en los resultados no se encontró relación entre la edad y el funcionamiento psicosocial.

Sexo

Pacientes masculinos 60 (30 %) tienen buen funcionamiento psicosocial y 39 (19.5 %) reportan mal funcionamiento psicosocial. Las mujeres 56 (28 %) tienen buen funcionamiento psicosocial y 45 (22.5 %) mal funcionamiento psicosocial. No resultó significativa la asociación ($p=0.4771$). Los factores biológicos y su relación con el funcionamiento psicosocial.

Se estudian 5 factores biológicos considerados los más importantes y su relación con el funcionamiento psicosocial global. Los mismos son expuestos en la siguiente tabla1.

Tabla 1. Factores biológicos de la población adulta con epilepsia

FACTORES BIOLÓGICOS	No	%
NOXAS CEREBRALES	71	35.5
EDAD DE INICIO DE LA EPILEPSIA		
Con menos de 10 años	89	44.5
Con 10 años o más	111	55.5
TIEMPO DE DURACIÓN DE LA EPILEPSIA		
Menos de 15 años	89	44.5
Con 15 o más años	111	55.5
TIPOS DE CRISIS		
Crisis Focales	154	77
Crisis Generalizadas	46	23
Total	200	100
FRECUENCIA DE LAS CRISIS		
Con más de 3 crisis/mes	30	15
Con una y menos crisis en un año	33	16.5

Fuente: Historias clínicas

La influencia de las noxas sufridas por el paciente con epilepsia y su relación con el funcionamiento psicosocial global.

Vemos que de los 200 pacientes estudiados 71 (35.5 %) reportaban noxas cerebrales de interés,

de estas 39 (54.9 %) tenían buen funcionamiento psicosocial y 32 (45.1 %) no lo presentaban. De los 129 (64.5 %) pacientes que no referían noxas cerebrales 77 (59.7 %) tenían buen funcionamiento psicosocial y 52 (40.3 %) lo referían como malo. La asociación resultó ser no significativa ($p=0.5511$).

Edad de inicio de la epilepsia

Se dividieron en dos grupos, los que habían iniciado la epilepsia por debajo de los 10 años de edad y los que habían comenzado sus crisis con 10 o más años de edad.

Del total, 89 pacientes (44.5 %) refieren que comenzaron sus crisis por debajo de los 10 años de edad, de estos 50 (56.2 %) referían buen funcionamiento psicosocial y 39 (43.8 %) tenían un mal funcionamiento psicosocial. Mientras que 111 enfermos (55.5 %) iniciaron sus crisis por encima de los 10 años de edad, de los cuales 66 (59.5 %) referían un buen funcionamiento psicosocial y 45 (40.5 %) un mal funcionamiento psicosocial. No se observó una asociación significativa entre estas variables ($p=0.6674$).

Tiempo de duración de la epilepsia

Se dividieron en dos grupos, los que tenían 15 o más años de sufrir de crisis y los que tenían menos de 15 años de evolución de las crisis.

Más de la mitad de los pacientes 106 (53 %) referían sufrir de crisis con menos de 15 años, de estos 62 (58.5 %) referían un buen funcionamiento psicosocial, mientras que 44 (41.5 %) referían un mal funcionamiento psicosocial.

De los 94 pacientes (47 %) con 15 o más años 54 (57.4 %) tenían un buen funcionamiento psicosocial y 40 (42.6 %) referían como malo su funcionamiento psicosocial. El análisis estadístico realizado no mostró una asociación significativa entre estas variables ($p=0.8870$).

Tipos de crisis

Las crisis de epilepsia fueron divididas en dos grupos, lo que tenían crisis generalizadas y los que tenían crisis parciales.

De los 200 pacientes solo 46 (23 %) tenían crisis generalizadas, de estos 28 (60.9 %) referían buen funcionamiento psicosocial y 18 (39.1 %) lo reseñaban como malo. Mientras que 154 (77 %) tenían crisis parciales, de estos 88 (57.1 %) describían buen funcionamiento psicosocial y 66 (42.9 %) lo consideraban malo. La asociación resultó ser no significativa ($p=0.5374$).

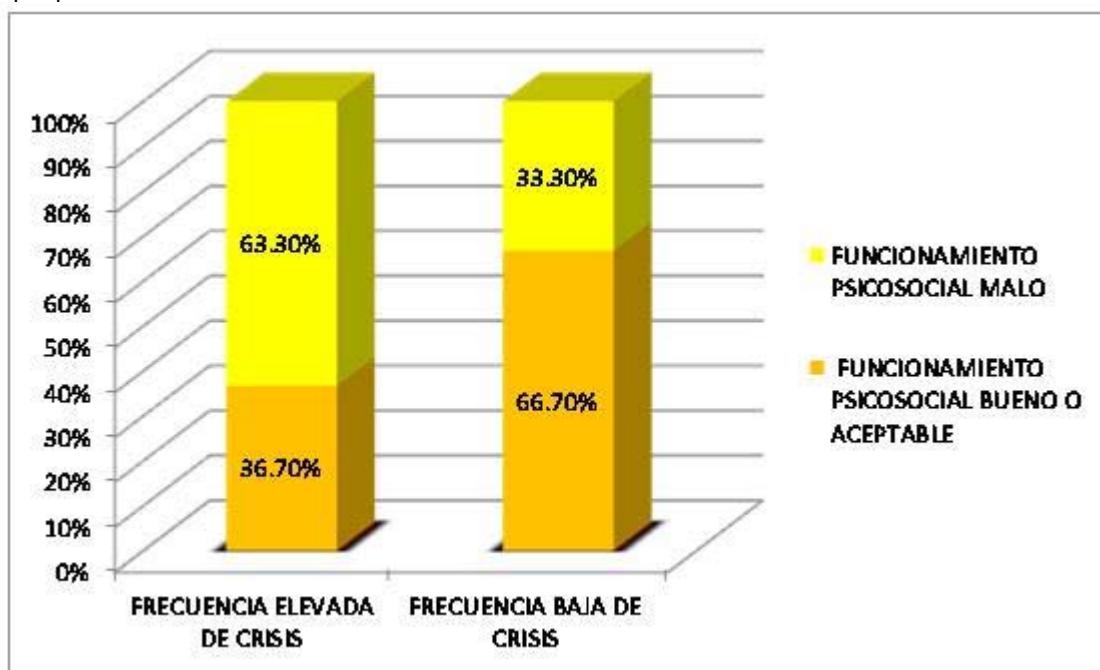
Frecuencia de las crisis

Se seleccionaron dos grupos de pacientes, los que habían tenido una frecuencia de crisis mayor a 3 por mes desde el comienzo de su enfermedad y los que reportaban una frecuencia igual o menor de una crisis al año.

Del total de pacientes, 30 (15 %) reportaban una frecuencia elevada de crisis, de estos 11 (36.7 %) relataba tener un buen funcionamiento psicosocial y 19 (63.3 %) lo describía como malo. Un grupo de 33 (16.5 %) enfermos referían una baja frecuencia de crisis, de estos 22 (66.7 %) tenían un buen funcionamiento psicosocial y 11 (33.3 %) lo consideraron malo.

La asociación fue significativa ($p=0.0333$), obteniéndose un OR de 3.5 (IC: 1.2-9.7), por lo que los pacientes con una frecuencia elevada de crisis presentaron 3.5 veces más riesgo de problemas psicosociales que aquellos con una frecuencia igual o menor a una crisis al año (Gráfico 1).

Gráfico 1. Relación del Funcionamiento Psicosocial Global con la frecuencia de las crisis de epilepsia.



1. Relación del funcionamiento psicosocial y coeficiente de inteligencia (CI)

Coeficiente de inteligencia

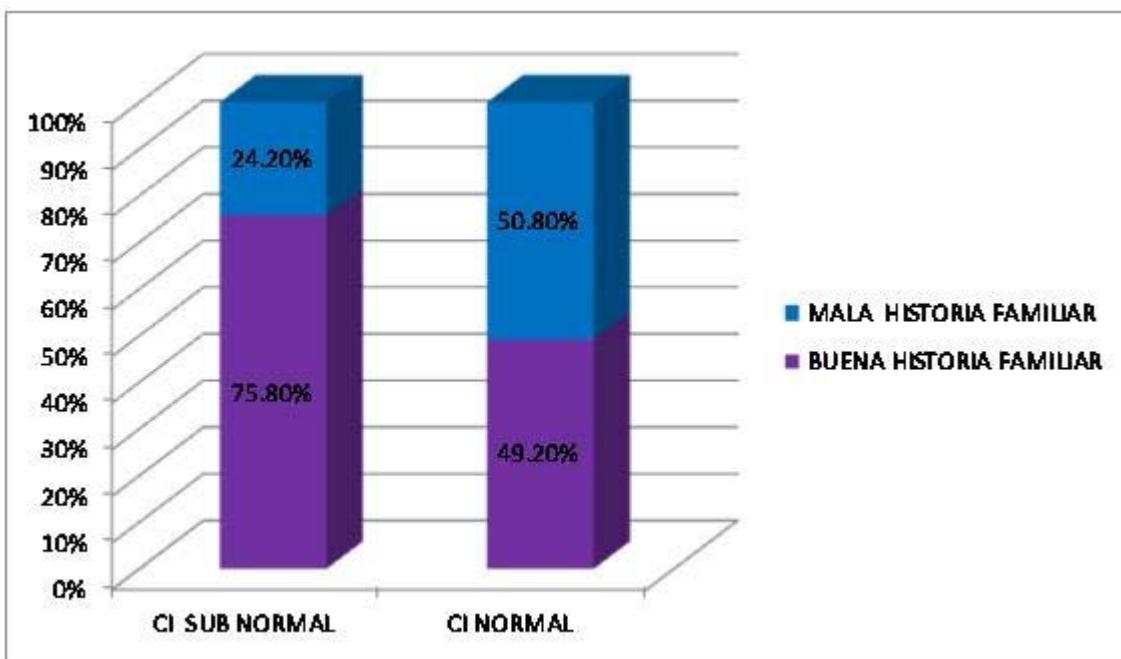
CI Menor de 68 (subnormal): 66 (33 %), CI mayor de 68 (normal) en 134 (67 %).

Historia Familiar

La historia familiar que identifica problemas en el curso del desarrollo, tales como desajuste escolar, la interacción con los padres en la infancia, relación con los propios padres muestra que de los 66 pacientes inteligencia subnormal 50 (75.8 %) refieren entre buena y aceptable historia familiar y 16 (24.2 %) la reseñan como mala. Sin embargo, sucede en los 134 que tienen inteligencia normal, donde 66 (49.2 %) refieren una historia familiar buena o media y 68 (50.8 %) la describen como mala. Se encontró que la asociación entre estas

variables (Protección familiar y Coeficiente de inteligencia bajo) fue muy significativa ($p=0.0008$, OR 0.3; IC: 0.2-0.6), por lo que los pacientes con epilepsia y una inteligencia subnormal reciben más protección familiar y escolar que aquellos pacientes epilépticos con un CI normal. (gráfico 2).

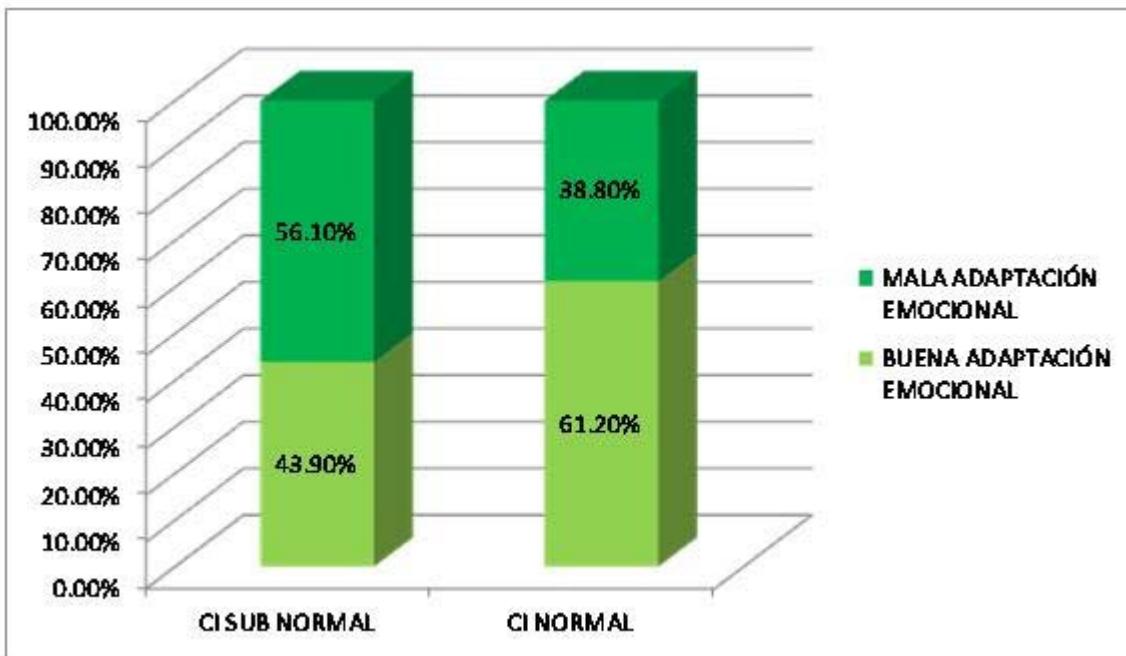
Gráfico 2. Relación del CI subnormal con la historia familiar



Adaptación emocional

La adaptación emocional evalúa la presencia de dificultades emocionales inespecíficas tales como incapacidad de concentración, síntomas depresivos, baja autoestima y quejas somáticas. De los 66 pacientes con epilepsia e inteligencia subnormal, 29 (43.9 %) reportaban una adaptación emocional buena o media y 37 (56.1 %) la referían como mala y muy mala. En contraposición de los 134 con inteligencia normal 82 (61.2 %) gozaban de una buena adaptación emocional y 52 (38.8 %) tenían mala adaptación emocional. La asociación resultó ser significativa ($p=0.0310$) con un OR de 2.0 (IC: 1.1-3.7). Por lo tanto, aquellos pacientes con una inteligencia subnormal tienen 2 veces más riesgo de presentar una mala adaptación emocional que aquellos con una inteligencia normal (gráfico 3).

Gráfico 3. Relacion de la adaptacion emocional con el CI Subnormal



Adaptación interpersonal

La capacidad del sujeto para relacionarse constructivamente con los otros fue medida en los 66 pacientes con inteligencia subnormal, de los cuales 26 (39.4 %) tienen una buena adaptación interpersonal y 40 (60.6 %) la refirieron mala. Algo similar se observó en los 134 enfermos con inteligencia normal; en ellos 47 (35.1 %) tienen una buena adaptación interpersonal y en 87 (64.9 %) de ellos es mala. La asociación entre estas variables resultó ser no significativa ($p=0.6396$).

Adaptación vocacional

Evalúa el grado de satisfacción personal alcanzado en el trabajo o en el estudio y su relación con la epilepsia.

En el subgrupo de 66 pacientes con inteligencia subnormal 39 (59.1%) tienen una adaptación vocacional buena o media, mientras que 27 (40.9%) la tienen mala o muy mala. En el de 134 enfermos con CI normal, 83 (61.9%) tienen buena o media adaptación vocacional 51(38.1%) la poseen mala o muy mala. No se constató una relación significativa entre estas variables ($p=0.8147$).

Situación económica

Comprende las repercusiones económicas en esta área y los sentimientos del sujeto al respecto. En el subgrupo de 66 enfermos con inteligencia sub normal 14 (21.3%) referían buena o media la situación económica, mientras que 52 (78.8 %) la refería mala o muy mala. De los 134 con

inteligencia normal 31 (23.1 %) confirmaba una adaptación buena o media, mientras que 103 (76.9 %) la refería mala o muy mala. La asociación no alcanzó ser significativa ($p=0.8578$).

Adaptación a las crisis

Es la capacidad del sujeto para adecuarse al trastorno convulsivo y a sus repercusiones

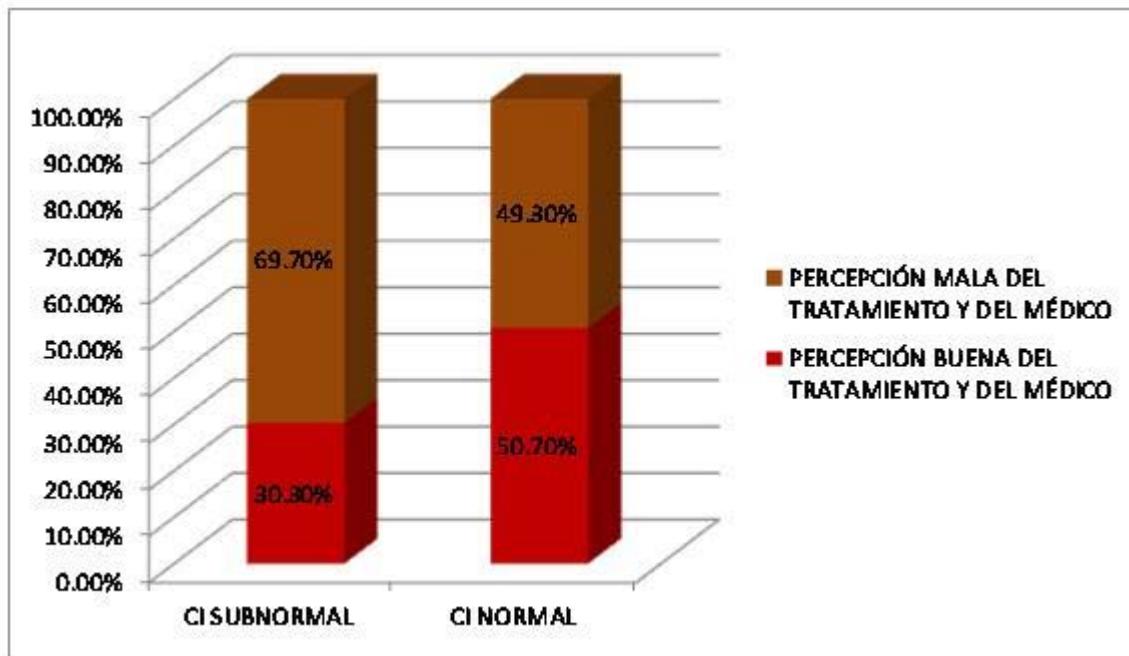
En el subgrupo de 66 pacientes con inteligencia subnormal 23 (34.8 %) tienen adaptación buena o media, entre tanto 43 (65.2 %) refieren adaptación mala. Del grupo de 134 con inteligencia normal, 35 (26.1 %) tienen buena o media adaptación a las crisis, mientras que 99 (73.9 %) la tienen mala. La asociación entre las variables no fue significativa ($p=0.2461$).

Medicamentos y tratamiento médico

Determina la percepción del sujeto respecto al tratamiento recibido, así como la relación médico-paciente.

En el subgrupo de 66 enfermos con epilepsia e inteligencia subnormal 20 (30.3 %) tienen buena o media adaptación al tratamiento, en tanto que 46 (69.7 %) tienen una mala percepción del tratamiento y la relación médico paciente. En los 134 con epilepsia e inteligencia normal 68 (50.7 %) presentan una adaptación al tratamiento entre media y buena, mientras que 66 (49.3 %) la refieren como mala. La asociación resultó ser significativa ($p=0.0062$). El OR fue de 2.4 (IC: 1.3-4.4), por lo que el hecho de ser un paciente epiléptico con CI subnormal implica 2.4 veces más riesgo de presentar una mala percepción del tratamiento que aquellos pacientes con un CI normal.

Gráfico 4. Relacion de la percepcion del tratamiento medico y el CI Subnormal

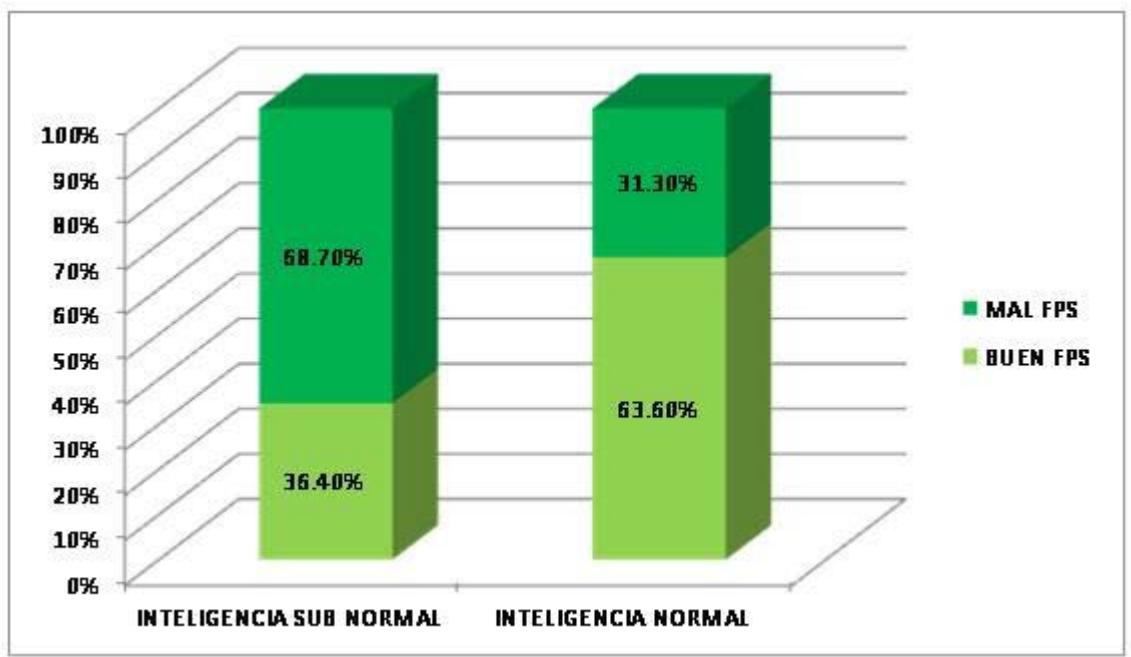


Funcionamiento psicosocial global (FPG)

De los 66 pacientes con epilepsia y CI subnormal, 24 (36.4 %) tienen un funcionamiento psicosocial bueno o aceptable, y 42 (63.6 %) tienen un funcionamiento malo.

De los 134 pacientes con epilepsia y CI normal, 92 (68.7 %) tienen un funcionamiento psicosocial aceptable y 42 la refieren mala o muy mala. La asociación entre estas variables fue muy significativa ($p=0.0000$) con un OR de 3.8 (IC: 2.1-7.1), por lo que podría expresarse que los pacientes con epilepsia y un CI subnormal tienen 3.8 veces más riesgo de presentar un funcionamiento psicosocial malo que aquellos con un CI normal.

Gráfico 5. Relacion del FPG y el CI



DISCUSIÓN

La percepción que tiene el paciente de su funcionamiento psicosocial es un indicador importante de la calidad de vida de estos, en diferentes estudios, se observa a la población de pacientes con epilepsia más comprometida psicosocialmente y con más afectación de su calidad de vida.^{2,17} Por otra parte, el coeficiente de inteligencia mayor o menor que tenga la persona produce mayor o menor grado de afectación de la autonomía personal, la comunicación, la orientación del entorno, el trabajo y el tiempo libre.^{8,15} Por lo tanto, no es nada excepcional encontrar más trastornos psicosociales o de calidad de vida en pacientes con epilepsia y déficit de la inteligencia que en la población normal o que en la población con solo epilepsia.

Se considera que en los pacientes con epilepsia, los problemas psicosociales están relacionados con diferentes factores biológicos como son: la frecuencia de las crisis y su cronicidad.^{15,18} En el presente estudio se constató relación entre la elevada frecuencia de las y más pacientes con trastornos psicosociales, no se encontró relación con otros factores biológicos como un mayor tiempo de evolución de la enfermedad.

La aparición de otras condiciones comórbidas como la ansiedad o depresión es un factor señalado¹⁷ como favorecedor de trastornos sociales, en este estudio se demuestra, en aquellos pacientes con epilepsia que tienen un CI bajo aparecen, más incapacidad de concentración, síntomas depresivos, baja autoestima y quejas somáticas que en los que tienen solo epilepsia, en comparación con los que tienen un CI normal.

Un bajo nivel educacional, una mala actitud ante las crisis y un mal soporte familiar llevan

también a más problemas sociales.¹⁷ Se evidenció una mala actitud ante las crisis tanto en paciente con solo epilepsia como en pacientes con epilepsia y bajo CI, mientras que la historia familiar se ve mejor en pacientes con epilepsia y déficit de CI que en aquellos que solo tienen epilepsia, esto se debe a una mayor sobreprotección en este grupo por parte de los padres, por último la adaptación a las crisis es predominantemente mala en los pacientes de los dos grupos estudiados. Otros factores psicosociales que se encontraron afectados fueron la percepción del sujeto respecto al tratamiento recibido, así como la relación médico-paciente, en este aspecto se observó que los pacientes con epilepsia y bajo CI percibían más mal la relación médico paciente que los que sufría solo de epilepsia. Finalmente el funcionamiento psicosocial global es predominantemente malo en los pacientes con epilepsia y déficit de CI.

Para la Liga Internacional Contra la Epilepsia en el paciente con epilepsia lo que más provoca problemas psicosociales es el desempleo,¹⁰ más que la elevada frecuencia de crisis, sin embargo en este grupo de pacientes predominó una buena adaptación vocacional dada por una adecuada satisfacción personal alcanzada en el trabajo o en el estudio por lo que no se aprecia vínculo con este aspecto con el mal funcionamiento psicosocial global predominante en los pacientes con epilepsia y bajo CI.

Evidentemente el grupo de paciente con epilepsia y déficit de la inteligencia presenta más trastornos psicosociales que empobrecen su calidad de vida que la población que solo tiene epilepsia.

Factores biológicos como la elevada frecuencia de las crisis desarrolla un mayor grupo de pacientes con mal funcionamiento psicosocial global.

En los que sufre de epilepsia y un bajo CI aparecen, más incapacidad de concentración, síntomas depresivos, baja autoestima y quejas somáticas que en aquellos que tienen un CI normal.

Se evidenció una mala actitud ante las crisis tanto en paciente con solo epilepsia como en pacientes con epilepsia y bajo CI.

La historia familiar se ve mejor en pacientes con epilepsia y déficit de CI que en aquellos que solo tienen epilepsia, debido a una mayor sobreprotección en este grupo de enfermos.

La adaptación a las crisis es predominantemente mala en los pacientes de los dos grupos estudiados.

La percepción del sujeto respecto al tratamiento recibido, así como la relación médico-paciente, era percibida peor en los pacientes con epilepsia y bajo CI.

Finalmente el funcionamiento psicosocial global es predominantemente malo en los pacientes con epilepsia y déficit de CI.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tiberia V, TFroman. The Development and Standardization of a Spanish Version of the Washington Psychosocial Seizure Inventory. *Epilepsy*. 1986; 27: 51-4.
2. González-Pal S, Dueñas-Becerra J, Fabelo-Roche JR, Quintana-Mendoza JD. Aspectos psicosociales de las epilepsias en Cuba. *Rev Hospital Psiq de la Habana*. 1998; 39: 132-7.
3. Fabelo-Roche JR, Iglesias-Moré S, González-Pal S. Validación cubana del Washington Psychosocial Seizures Inventory (WPSI) *Rev Hospital Psiq de la Habana* [Internet]. 2010 [citado 5 May 2012]; 7(1). Disponible en: http://www.psiquiatricohph.sld.cu/revista/portal_revhph.htm
4. Alvarado L, Zuvic I, Candia X, Ibarra X, Méndez M. Psicopatología y funcionamiento psicosocial de epilépticos. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*. 1992; 38(1): 69-76.
5. Zovic FI, Alvarado L. Evaluación psicosocial de los epilépticos en Chile. *Revista Chilena Neuropsiquiatría. Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. 2001; 39(4): 303-15.
6. Zovic I, Valenzuela F, Rossi V, Moreno R. Evaluación psicosocial del epiléptico en el nivel primario de atención de salud. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2006; 4(3): 187-94.
7. Henry PH. Ictal and Interictal Psychiatric Manifestations in Epilepsy: Specific or Non-Specific? A Critical Review of Some of the Evidence. *Epilepsy*. 1972; 13: 773-83.
8. Dodrill C. Correlates of Generalized Tonic-Clonic Seizures with Intellectual, Neuropsychological, Emotional, and Social Function in Patients with Epilepsy. . *Epilepsy* 1986; 27: 399-411.
9. Zovic FI. Calidad de vida en la epilepsia. *Revista Chilena de Epilepsia*. 2003; 4: 29-35.
10. International League Against Epilepsy. Living with epilepsy and employment. *Epilepsia*. 2003; 4(6): 49-50.
11. McCagh J, Fisk JE, Baker GA (2009). Epilepsy, psychosocial and cognitive functioning. *Epilepsy Res*. 2009; 86(1): 1-14.
12. Helmstaedter C, Kurthen M, Lux S, Reuber M. Chronic epilepsy and cognition: a longitudinal study in temporal lobe epilepsy. *Epilepsia*. 2003; 54: 425-32.

13. Moore P, Baker G. The neuropsychological and emotional consequences of living with intractable temporal lobe epilepsy: implications for clinical management. *Seizure*. 2002;11(4):224-30.
14. Fernández J, Calleja PB. Retraso mental desde la atención primaria. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2002;39(4):141-6.
15. López JI, Valdespino PL, Lugones BM. Retraso mental y calidad de vida. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2005;21:5-6.
16. Commission on classification and terminology of the International League Against Epilepsy (ILAE). Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia*. 1989;30:389-99.
17. Austin K, deBoer H (Eds.). Disruptions in social functioning and services facilitating adjustment for the child and adult. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997.
18. González-Pal S, Quintana-Mendoza JD, Fabelo-Roche RJ, Yopis F. Trastornos psíquicos y psicosociales de un grupo de pacientes con epilepsia. 2001 [citado 5 May 2009]; 5(5). Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/63/2286/?++interactivo>

Recibido: 15 de septiembre de 2013

Aceptado: 20 de noviembre de 2013

Salvador González Pal. Hospital Psiquiátrico de la Habana. La Habana, Cuba.

Correo electrónico: sglezpal@infomed.sld.cu