

La calidad de vida de los pacientes epilépticos determinada por la aplicación de la escala QOLIE-31

Dr. Gabriel Miranda Nava,* Dra. Fernanda Nallely Martínez Tenorio,**
Ph. D. In. Mario Enrique Arceo Guzmán***

Hospital Central Militar.
Escuela Militar de Graduados de Sanidad.

* Egresado del Curso de Neurología del Hospital Central Militar-Escuela Militar de Graduados de Sanidad.
** Egresado del Curso de Psiquiatría General del Hospital Central Militar-Escuela Militar de Graduados de Sanidad.
*** Maestro en Ciencias y Jefe de Enseñanza de la Universidad Autónoma del Estado de México.

RESUMEN

Introducción. La incidencia de la epilepsia en la población económicamente activa es alta, lo cual conlleva a una pérdida de días laborales y a un rezago social de estos pacientes. En el Hospital Central Militar se atiende a un gran número de pacientes epilépticos y es, junto con la enfermedad cerebrovascular, la causa más frecuente de Consulta Externa neurológica, independientemente de que los pacientes militares en activo son dados de baja del servicio activo, aumentando la carga social y económica al país.

Objetivos. Determinar la calidad de vida de los pacientes epilépticos con el uso de la escala Qolie-31 y aplicar la escala Qolie-31.

Tipo de trabajo. Descriptivo, observacional.

Se realizará una descripción subjetiva de la calidad de vida a través de la aplicación de la escala Qolie-31 para conocer: Preocupación por las crisis, valoración global de la calidad de vida, bienestar emocional, sensaciones de energía o fatiga, funciones cognoscitivas, efecto de la medicación, relaciones sociales.

Resultados. De los 36 pacientes estudiados 50% de los mismos observó una mala calidad de vida de acuerdo con el uso de la escala QOLIE-31 y sólo 3% de los pacientes tuvo como resultado una excelente calidad de vida. Aunque estos datos concordaron con los estudios nacionales e internacionales, cabe destacar que este estudio fue el primero de este tipo realizado en los integrantes del Ejército Mexicano.

Palabras clave: Epilepsia, calidad de vida.

The quality of life in epileptic patients determinated using the scale QOLIE-31. Hospital Central Militar 2005

ABSTRACT

Introduction. The incidence of epilepsy in the economically active population is high, it leads into lost days and a social delay. At Hospital Central Militar, we attend a great number of patients with epilepsy and joined to the cerebro-vascular disease it is the most frequent cause at neurology service. Independently that the military patients go out of the active services so it produces a social and economic assaults.

Objectives. To determine the quality of life in patients with epilepsy by using the Qolie-31 test and to apply the test.

Type of work. Descriptive and observational study. To describe the quality of life by using the Qolie-31 test by knowing the following items: Worry about the crisis, complete valuation of the quality of life, emotional well-being, fatigue, cognitive functions, pharmacological effects, social relationships.

Results. Of the 36 patients, the half percent presented a bad quality of life according to the Qolie-31 test and three percent presented a good quality of life as in other studies in Mexico and in many other countries. Finally, it is important to say that this one is the first study at the army.

Key words: Epilepsy, quality of life.

INTRODUCCIÓN

No es una corriente nueva la preocupación por los aspectos psicosociales de los pacientes epilépticos. En décadas anteriores han sido muchas las publicaciones, conferencias e incluso entidades dedicadas a este aspecto de la enfermedad.¹⁻⁴

La calidad de vida es una moda social en la vida cotidiana y es una expresión de uso común en la valoración del impacto personal de las cosas. Es una dimensión personal y social inherente al ser humano, pero ha sido revalorizada y elevada a la categoría de primera exigencia en los países desarrollados en las últimas décadas. Podría decirse que llegar a valorar la calidad de vida en relación con todas las circunstancias personales es una especie de meta del desarrollo social que no está al alcance de muchas colectividades, incluso de continentes enteros.^{2,5-7}

Este aspecto posibilista del planteamiento de la calidad de vida también se relaciona con las enfermedades y, desde luego, ha sido muy evidente en la evolución histórica del tratamiento de la epilepsia. En la medida en que se ha logrado disminuir el número de crisis en epilépticos y han surgido nuevas opciones terapéuticas, ha sido también oportuno y posible plantear que, además del número de crisis, deben ser tomados en cuenta otros factores como intensidad de la crisis, momento de aparición, la percepción del paciente hacia las mismas crisis, efectos secundarios de los medicamentos y el estado psicosocial acompañante. Se ha introducido progresivamente la valoración de la llamada calidad de vida, buscando un mejor modo de reflejar sus condiciones inducidas por la epilepsia. Planteada de este modo, la valoración de la calidad de vida adquiere categoría de aspecto clínico de primer orden, que ha modificado, dándole más amplitud y rigor práctico a los criterios de valoración de eficacia de fármacos antiepilepticos. Más allá de la reducción de la crisis, la consideración de la calidad de vida ha conducido a la valoración más amplia y significativa del beneficio terapéutico.^{7,9,11}

El fundamento de la mayoría de los métodos de medida de la calidad de vida ha sido claramente postulado por Devinsky y Cramer: "la calidad de vida es un concepto subjetivo", y sobre esta base, rápidamente admitida por muchos autores. También se han elaborado cuestionarios autoadministrados destinados a reflejar, con la mayor fidelidad posible, el punto de vista del enfermo con su propia calidad de vida. Este planteamiento ha recibido el poderoso refrendo del llamado World Health Organization Quality of Life Group, el cual basa la calidad de vida en la percepción individual. Los tra-

bajos iniciales fueron orientados hacia el diseño de las escalas de valoración de la calidad de vida aplicadas a la valoración de resultados de la administración o supresión de fármacos, o de los efectos de la cirugía. Posteriormente se han realizado, casi siempre en importantes muestras de la población, estudios observacionales de aspectos relacionados con la calidad de vida, diseñados para definir un perfil multifactorial del enfermo, que han aportado una mejor referencia del estado de los pacientes epilépticos.^{1-3,17,24,28}

El concepto de calidad de vida ha venido cobrando importancia ya que la mayor sobrevida de la población ha mejorado a expensas de un mayor número de personas con algún grado de discapacidad y de personas con enfermedades crónicas que padecen los efectos de su enfermedad y del mismo tratamiento. Debido a que la calidad de vida se basa en mediciones blandas con una carga variable de subjetividad, se requiere de métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables. El mejor conocimiento de las

evaluaciones para medir la calidad de vida permitirá incorporar estos instrumentos en la evaluación integral de individuos, en la conducción de ensayos clínicos y en la investigación de servicios de salud. Existen múltiples instrumentos que se han diseñado para evaluar las dimensiones que integran las mediciones de salud y de calidad de vida. Se deben considerar conceptos básicos al evaluar calidad de vida ya que, siendo un concepto multidimensional, es difícil decidir qué variables deben incluirse y ello depende de la finalidad del estudio.^{1,3,7,8,11,21}

La epilepsia es una condición neurológica clínica crónica debilitante que se ha considerado como un síndrome de origen multifactorial. Tanto las convulsiones como la epilepsia son fenómenos clínicos que resultan de la hiperexcitabilidad de las neuronas de los hemisferios cerebrales y que pueden ser definidas en términos fisiológicos y clínicos.¹⁰

Definición fisiológica

Epilepsia es el nombre que se le da a las descargas ocasionales, repentinas, recurrentes, hipersíncrónicas, excesivamente rápidas y autolimitadas en la materia gris.¹⁰

Definición clínica

Un ataque epiléptico, es el resultado de una descarga neural cortical que se manifiesta clínicamente por una alteración intermitente y estereotipada de la conciencia, del comportamiento, de las emociones, de la función motora y de la percepción o sensación.¹⁰

La crisis epiléptica es una alteración súbita e involuntaria, limitada en tiempo, que se manifiesta con cambios en la actividad motora, autonómica, sensitiva y de conciencia, con carácter repetitivo y un patrón estereotipado que se acompaña de una descarga cerebral anormal.

Las características principales que la diferencian de otros síndromes clínicos como sonambulismos, migraña, sícope, pseudocrisis o ataques isquémicos transitorios, son la duración generalmente limitada con inicio y final identificables, con una manifestación clínica predecible de inicio a fin y la espontaneidad de las crisis en el sentido de que no se provocan por un problema causal agudo, pero se pueden precipitar por desvelos, alcohol, fiebre, supresión del medicamento anticonvulsivo, estrés o la presencia de un proceso mórbido concomitante.^{10,12,14}

Los trastornos convulsivos son muy frecuentes, ya que entre el 1 al 2% de las personas sufren convulsiones recurrentes el resto de su vida y cerca del 10% experimenta un ataque a lo largo de su vida.

Por edad la incidencia de la epilepsia es alta en jóvenes, observándose las tasas más altas en los primeros meses de vida, alcanzando una meseta en la vida adulta y volviendo a aumentar en los ancianos.

Muchos estudios han demostrado que la prevalencia de epilepsia es considerablemente más alta en los países en vías de desarrollo que los industrializados y se concluye que la incidencia de epilepsia en los países en vías de desarrollo es de 25 a 50 casos por 100,000 habitantes por año, presentándose en dos picos, uno en la primera década de la vida y otro en la séptima década de la vida. La mortalidad relacionada con la epilepsia se debe al riesgo de sufrir estados de mal convulsivo, accidentes o asfixia durante una crisis, llegando a tasas de mortalidad de 0.4 a 4 por 100,000.¹⁰

Entre 1996 y 2001, se revisaron 1030 expedientes de pacientes con epilepsia, encontrándose que 66% correspondieron al sexo masculino y el 34% al femenino. También el promedio de edad fue de 25 años de edad, con predominancia en el grupo de pacientes de 21 a 30 años, seguidos por los pacientes de 0 a 10 años y el tercer grupo de 11 a 20 años.¹⁰ De la etiología se encontró más frecuentemente la epilepsia de origen idiopático (58.45%), seguido por los casos de neurocisticercosis (10.68%) y en tercer lugar la epilepsia posttraumática (7.77%).¹⁰

Con respecto al tipo de crisis, las generalizadas ocuparon 74.4%, seguidas de las crisis parciales complejas con 7.44% y luego las crisis de ausencia con 5.92%.¹⁰ El control absoluto de las crisis corresponde a 429 pacientes, siendo el 41.65 % del total, luego 316 pacientes con el control parcial y al final

aquellos con control nulo, siendo de 27.38% con 282 casos. En este estudio la tomografía axial de cráneo, la punción lumbar y el electroencefalograma siguen siendo los estudios más importantes para el abordaje de los pacientes con epilepsia.¹⁰

Las escalas QOLIE, desarrolladas principalmente por Devinsky y Cramer, han pretendido ser la síntesis simplificada de una serie de escalas para el conocimiento de la epilepsia, incluyendo entre éstas a la Epilepsy Surgery Inventory (ESI-55). Estas escalas QOLIE tienen tres orígenes diferentes:

1. Escala Qolie 89, que comprende 17 áreas para evaluación de los pacientes y efecto de los fármacos en ellos, dedicado sólo a investigación.
2. Escala Qolie 31, que incluye siete escalas, para expertos en epilepsia y seguimiento de pacientes, pero puede adecuarse a la investigación.
3. Escala Qolie 10, simple, de fácil uso, para personas no especializadas que pretenden tener una referencia rápida, pero inespecífica.

Los sistemas de interpretación de estas escalas, a pesar de ser el mejor instrumento de referencia para la calidad de vida de los pacientes, se presta a interpretaciones muy dependientes en situaciones anímicas, o son muy vulnerables a factores ajenos a la enfermedad, como el nivel cultural, la confianza con el personal sanitario o la familiaridad con el hospital e incluso los acontecimientos vividos en días previos por el paciente.^{1-4,6-8,11,12,14,16}

La escala QOLIE-31 valora siete aspectos:

- Preocupación por las crisis.
- Valoración global de la calidad de vida.
- Bienestar emocional.
- Sensaciones de energía o fatiga.
- Funciones cognoscitivas.
- Efectos de la medicación.
- Relaciones sociales.

Estos valores se convierten en una escala del 1 a 100 puntos, con ayuda de unas tablas y la realización de operaciones aritmética alcanzables, pero trabajosas, que incluyen la multiplicación del puntaje final obtenido por un índice de ponderación de cada área asignada.

La valorización de estos pacientes se realiza de la siguiente manera:

- 91-100 con excelente calidad de vida.
- 81-90 con muy buena calidad de vida.
- 71-80 con buena calidad de vida.
- 61-70 con regular calidad de vida.
- Menor o igual a 60 mala calidad de vida.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**Argumentación**

La incidencia de la epilepsia en la población económicamente activa es alta, lo que conlleva a una pérdida de días laborales y a un rezago social de estos pacientes. En el Hospital Central Militar se atiende a un gran número de pacientes epilépticos independientemente de que los pacientes militares en activo son dados de baja del servicio activo, aumentando la carga social y económica al país.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la calidad de vida, determinada por la Escala Qolie-31, en pacientes epilépticos que acuden al Hospital Central Militar?

JUSTIFICACIONES

Debido que en nuestro medio no contamos con escalas que gradúen la calidad de vida de un enfermo, sobre todo hablando del paciente epiléptico, que es un individuo con deterioro importante en sus funciones personales y sociales, es necesario entonces contar con un instrumento que nos ayude a determinar la calidad de vida de nuestros pacientes epilépticos y poder ayudarlos a tratar de optimizar su visión de sí mismos y de la sociedad para que afronten los retos de su vida como pacientes epilépticos.

HIPÓTESIS**Ho**

La calidad de vida de los pacientes epilépticos que acuden al servicio de Neurología del Hospital Central Militar es mala según la escala QOLIE-31.

Hi

La calidad de vida de los pacientes epilépticos que acuden al servicio de Neurología del Hospital Central Militar es buena según la escala QOLIE-31.

OBJETIVOS**General**

- Determinar la calidad de vida de los pacientes epilépticos con el uso de la escala Qolie-31.

Específicos

- Aplicar la escala Qolie-31.

- Determinar la calidad de vida de los pacientes epilépticos a través del uso de dicha escala.

Pacientes

Todos los pacientes con diagnóstico de epilepsia que demandaron atención en el servicio de Consulta Externa de Neurología del Hospital Central Militar entre el periodo del 1 de noviembre del año 2004 al 30 de mayo del 2005.

Criterios de inclusión

1. Pacientes diagnosticados con epilepsia en el Hospital Central Militar.
2. Por lo menos un mes de diagnóstico de Epilepsia (requisito de la escala QOLIE-31).
3. Pacientes que reciben antiepilepticos al momento de la aplicación de la escala.
4. Pacientes mayores de 18 años.

Criterios de exclusión

1. Diagnóstico dudoso de epilepsia.
2. Diagnóstico de menos de un mes (requisito de la escala QOLIE-31).
3. Aquellos pacientes que no aceptan firmar la carta de consentimiento informado.
4. Pacientes considerados como epilépticos pero que no se sometan a tratamiento con medicación antiepileptica.

METODOLOGÍA

Una vez que se aprobó el protocolo de investigación por el comité revisor, el trabajo tuvo las siguientes características:

Tipo de trabajo

Descriptivo, observacional. Se realizó una descripción subjetiva de la calidad de vida a través de la aplicación de la escala Qolie-31 para conocer:

- Preocupación por las crisis.
- Valoración global de la calidad de vida.
- Bienestar emocional.
- Sensaciones de energía o fatiga.
- Funciones cognoscitivas.
- Efecto de la medicación.
- Relaciones sociales.

FASES DE TRABAJO

Este trabajo se realizó en dos fases:

Fase 1

Se aplicará la Escala Qolie-31 en la consulta externa de Neurología y pacientes encamados en sala, durante un periodo de seis meses.

Fase 2

Se realizó la obtención de todos los datos y todos los resultados se expresan con promedios, desviación estándar y porcentajes. Se elaboraron gráficas cuantitativas para su presentación.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN O APLICACIÓN

1. Escala QOLIE-31.
2. Hoja de datos epidemiológicos.
3. Hoja de consentimiento informado.

Procedimiento

Se incluyeron en el estudio a todos los pacientes de la Consulta Externa y encamados en el Hospital Central Militar que reunieron los criterios de inclusión. Se les administró un ejemplar de la escala QOLIE-31 y un cuestionario clínico.

RESULTADOS

Durante el periodo del estudio se captaron 36 pacientes de la consulta externa de Neurología con diagnóstico clínico y electroencefalográfico de epilepsia, donde se les aplicó el test QOLIE-31 con previa aceptación y consentimiento informado y, finalmente, se calificó conforme el manual de evaluación de dicho test.

De los 36 pacientes que se sometieron a la aplicación de dicho test QOLIE-31, las edades comprendieron entre los 18 y los 42 años, con una moda de 20 años, una mediana de 25.5 años y una media de 24.35 años. De estos pacientes seis fueron del sexo femenino (17%) y 30 del sexo masculino (83%). La escolaridad comprendió primaria con tres pacientes (8%), secundaria fue la mayoría con 28 pacientes (78%), cuatro con escolaridad preparatoria (11%) y solamente un paciente con carrera técnica (3%).

También se investigó el estado civil de los pacientes siendo 16 pacientes solteros (44%) y 12 casados (33%), dos divorciados (6%) y seis en unión libre (17%). Por estos resultados también se investigó su vida sexual en tres rubros: vida sexual activa, nula y esporádica. Del primer grupo 16 pacientes fueron con vida sexual activa (44%), 11 pacientes con vida sexual nula (31%) y nueve pacientes con vida sexual esporádica (25%). De estos pacientes 34 conservaban aún

su actividad laboral (94%) y dos ya no lo manifestaban (6%).

Respecto al tipo de crisis que los pacientes presentaban, la gran mayoría de los pacientes sufrían crisis convulsivas tónico clónico generalizadas con 28 pacientes (78%), siete pacientes presentaban crisis parciales complejas (19%) y sólo un paciente presentaba crisis de ausencia (3%). De la etiología la gran mayoría de las crisis fueron idiopáticas, con 31 pacientes (86%), cuatro de origen criptogénica (11%) y un paciente de origen sintomático (3%). Otro punto que se investigó fue el hecho de que al conocer su diagnóstico, los pacientes asistieron a consulta psiquiátrica, de los cuales sí lo han hecho 10 pacientes (28%) y 26 no han asistido a dicha consulta (72%). También se investigaron los medicamentos antiepilepticos, viniendo en primer lugar la fenitoína, usada como monoterapia en 18 pacientes (50%), posteriormente en segundo lugar el valproato, con ocho pacientes (23%) usado como monoterapia, seis pacientes usando carbamazepina (17%), dos pacientes con la combinación carbamazepina con fenitoína (5%) y dos pacientes utilizando carbamazepina con valproato (5%).

Ya para la utilización de la escala QOLIE-31 de los 36 pacientes se realizaron gráficos de los siete subgrupos de la escala: preocupación por las crisis, calidad general de vida, estado emocional, fatiga/energía, aspecto cognitivo, efecto del medicamento y la función social, ubicándose en excelente, muy buena, buena, regular y mala. También se realizó una escala final global de la calidad de vida de los pacientes. Al ir depurando esta escala, los siete subgrupos coincidieron con la escala final global en la mala calidad de

Cuadro 1. Pacientes a quienes se aplicó el test QOLIE-31 por calidad general de vida.

Calidad general de vida	Número	%
Excelente	1	3
Muy buena	3	8
Buena	11	8
Regular	11	31
Mala	18	50

Fuente: Concentrado de cuestionarios.

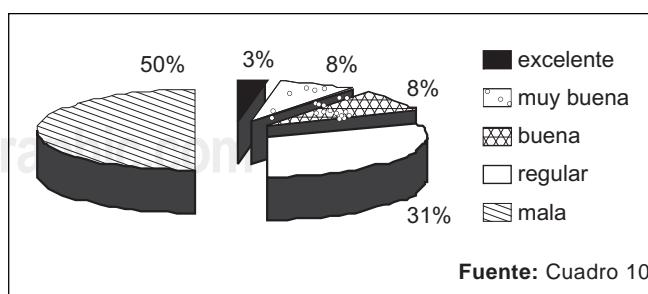


Figura 1. Calificación global.

vida de los pacientes, con puntuaciones menores a 60, con apabullante mayoría, y el resto de las categorías repartidas de manera más homogénea.

En la escala final se encontró que solamente un paciente presentaba una excelente calidad de vida (3%), tres pacientes con una muy buena calidad de vida (8%), tres pacientes se catalogaba como buena calidad de vida (8%), 11 pacientes con regular calidad de vida (31%) y 18 pacientes en mala calidad de vida (50%) (Cuadro 1, Figura 1).

CONCLUSIONES

En general con este compilado de pacientes vemos que sus características demográficas no varían con la población general y, sobre todo, visto en la población militar como lo es la predominancia de afectación del sexo masculino, la predominancia de la escolaridad secundaria y pocos pacientes con mayor escolaridad, coincidiendo con las estadísticas generales de la epilepsia.

Con respecto a la etiología de las crisis predomina el origen idiomático, así como las tonicoclónicas generalizadas, ambos datos coincidentes con las estadísticas generales.

Importante notar la baja cantidad de pacientes que asisten a consulta psiquiátrica después de conocer el diagnóstico de epilepsia, ya que sólo 10 pacientes acuden al servicio de Psiquiatría.

La gran mayoría de los pacientes conservan aún su trabajo, pero es de notar que muchos se encuentran en espera de su trámite para ser dados de baja del ejército mexicano, por lo que la conservación de su empleo era transitoria.

La fenitoína continúa predominando en la medición antiepileptica.

La calidad de vida es ubicada de regular a mala, siendo predominante esta última opción como se ha descrito en otras publicaciones con respecto al uso de la escala QOLIE-31, ya que las principales poblaciones que juntan 29 pacientes se ubican en rangos menores a la calidad de vida considerada como buena, esto es, regular y mala.

REFERENCIAS

1. Devinsky O, Cramer A. Introduction: Quality of Life in Epilepsy. *Epilepsia* 1993; 34 (supl 4): S1-S3.
2. Kuyken W, Orley J, Power M, et al. The World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): position paper from de World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41:1373-82.
3. Suurmeijer TPBM, Reuvekamp MF, Aldekamp BP. Social Functioning, Psychosocial Functioning and Quality of Life in Epilepsy. *Epilepsia* 2001; 42: 1160-8.
4. Baker GA, Jacoby A, Buck D, Staigis C, Monnet D. Quality of Life of People with epilepsy: A European Study. *Epilepsia* 1997; 38: 353-62.
5. Cramer JA. A clinimetric approach to assessing quality of life in epilepsy. *Epilepsia* 1993; 34 (Supl.): S8-S13.
6. Oliveros-Juste A. Aplicación de la escala de calidad de vida del adulto con epilepsia (FEGEA). *Rev Neurol* 1997; 25: 422-8.
7. Baker GA, Nashef L, Van Hout BA. Current Issues in the management of Epilepsy: The Impact of Frequent Seizures on Cost of Illness, Quality of Life and Mortality. *Epilepsia*, 1997; 38(Supl. 1): S1-S8.
8. Bombardier C, Tugwell P. Methodologic considerations in functional assessment. *J Rheumatol* 1987; 14(Suppl. 15): 6-12.
9. Villeneuve, M. *Rev Neurol* 2004; 160(Hs1): 415-28.
10. Sillampa M. Perceived Impact of Childhood-onset Epilepsy on Quality of Life as an Adult. *Epilepsia* 2004; 45(8): 971-7.
11. Mrabet H, Mrabet A, Zouari B, Ghachem R. Health-related quality of life of people with epilepsy compared with a general reference population: a Tunisian study. *Epilepsia* 2004; 45(7): 838-43.
12. Devinsky O. Therapy for neurobehavioral disorders in epilepsy. *Epilepsia* 2004; 45(Suppl. 2): 34-40.
13. Gilliam FG, Santos J, Vahle V, Carter J, Brown K, Hecimovic H. Depression in epilepsy: ignoring clinical expression of neuronal network dysfunction?. *Epilepsia* 2004; 45(Suppl. 2): 28-33.
14. Panayides S, Goldstein LH, Mouratoglou V, Papacostas S. Patient-validated content of a Greek version of the Quality of Life in Epilepsy Inventory (QOLIE-89) combined with individualized measures. *Epilepsy Behav* 2004; 5(3): 367-79.
15. Pirio RS, Farias ST, Lima AR 3rd, Alsaadi TM. Improvement in seizure control and quality of life in medically refractory epilepsy patients converted from polypharmacy to monotherapy. *Epilepsy Behav* 2004; 5(3): 343-7.
16. Cramer JA, Hammer AE, Kustra RP. Quality of life improvement with conversion to lamotrigine monotherapy. *Epilepsy Behav* 2004; 5(2): 224-30.
17. Fargo JD, Scheff JP, Szaflarski JP, Dulay MF, Testa SM, Privitera MD, Yeh HS. Accuracy of self-reported neuropsychological functioning in individuals with epileptic or psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav* 2004; 5(2):143-50.
18. Johnson EK, Jones JE, Seidenberg M, Hermann BP. The relative impact of anxiety, depression, and clinical seizure features on health-related quality of life in epilepsy. *Epilepsia* 2004; 45(5): 544-50.
19. Argyriou AA, Papapetropoulos S, Polychronopoulos P, Corcondilas M, Argyriou K, Heras P. Psychosocial effects and evaluation of the health-related quality of life in patients suffering from well-controlled epilepsy. *J Neurol* 2004 Mar; 251(3): 310-3.
20. Gill T, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of life measurements. *JAMA* 1994; 272: 619-25.
21. Zalazar ZA. Ramos DEE, Aguilar HR. Incidencia de Epilepsia en el Hospital Central Militar de 1996-2001. Estudio retrospectivo de revisión. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría* 2004; 37(1): 19-24.
22. Bazil C. Comprehensive care of the epilepsy patient-control, comorbidity and cost. *Epilepsia* 2004; 45(Suppl 6): 3-12.
23. Imam I. The quality of life of chronic epileptic patients in Ibadan, Nigeria. *Afr J Med Sci* 2003; 32(4): 367-9.
24. Sperling MR. The consequences of uncontrolled epilepsy. *J Neurol* 2004; 251(3): 310-3.
25. Engel J Jr. The goal of epilepsy therapy: no seizures, no side effects, as soon as possible. *CNS Spectr* 2004; 9(2): 95-7.
26. Szaflarski JP, Szaflarski M. Seizure disorders, depression, and health-related. *Epilepsy Behav* 2004; 5(1): 50-7.
27. Boylan LS, Flint LA, Labovitz DL, Jackson SC, Starner K, Devinsky O. Depression but not seizure frequency predicts quality of life in treatment-resistant epilepsy. *Neurology* 2004; 62(2): 258-61.
28. McEwan MJ, Espie CA, Metcalfe J, Brodie MJ, Wilson MT. Quality of life and psychosocial development in adolescents with epilepsy: a qualitative investigation using focus group methods. *Seizure* 2004; 13(1): 15-31.
29. McEwan MJ, Espie CA, Metcalfe J. A systematic review of the contribution of qualitative research to the study of quality of life in children and adolescents with epilepsy. *Seizure*.2004; 13(1): 3-14.
30. Langfitt J, Meador K. Want to improve epilepsy care?: Ask the patient. *Neurology* 2004; 62(1): 6-7.

Recibido: Agosto 10, 2006.
Aceptado: Octubre 4, 2006.