

Efectos de un Programa de Psicoterapia Breve sobre la Sintomatología Depresiva y el Ajuste Psicosocial en Pacientes Epilépticos

Mag. Steve F. Pedraza V.¹ y Mag. Karina Monsalve.²

Fecha de recepción: Octubre 24 de 2006 - Fecha de aceptación: Junio 15 de 2007

¹ Psicólogo, Universidad Central de Venezuela (UCV), Especialista en Psicología Clínica (mención neuropsicología clínica), Magíster en Psicología Clínica y de Familia, Universidad Santo Tomás, Investigador Líder del Grupo de Investigación en Neurociencias, Universidad Manuela Beltrán.

² Psicólogo, Universidad Central de Venezuela (UCV), Especialista en Psicología Clínica (mención psicología de la salud), Magíster en Psicología Clínica, Universidad Simón Bolívar, Coordinadora del Servicio de Atención al Adulto mayor, Alcaldía de Baruta - Caracas, Venezuela.

RESUMEN

Cuando un individuo se enferma se afectan todas las esferas que lo conforman, no sólo la física sino también la psicológica, social, laboral y familiar. El objetivo principal de esta investigación fue determinar los efectos de un programa de intervención psicológica basado en la psicoterapia breve e intensiva de Bellak, y centrado en reducir los síntomas depresivos y en mejorar el ajuste psicosocial de 8 pacientes epilépticos del lóbulo temporal. El programa consistía en siete sesiones individuales de psicoterapia y una sesión de observación. El análisis de los resultados se hizo con medidas de tendencia central y pruebas no paramétricas de estadística. Los resultados finales señalan una diferencia significativa antes y después de la aplicación del programa, evidenciándose reducción en los síntomas depresivos y mejora en el ajuste psicosocial frente a la enfermedad.

Palabras Claves: Programa de Intervención Psicológica, Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia, Ajuste Psicosocial, Depresión, Epilepsia.

ABSTRACT

When an individual falls ill they affect all the spheres that shape it, not only the physics but also psychological, social, labor and familiar. The principal main of this investigation was to determine the effects of a program of psychological intervention based on Bellak's brief and intensive psychotherapy, and centered in reducing the depressive symptoms and in improving the adjustment psychosocial of 8 epileptic patients of the temporary lobe. The program was consisting of seven individual meetings of psychotherapy and a session of observation. The analysis of the results was done by measurements of central trend and you try not parametrical statistics. The final results indicate a significant difference before and after the application of the program, reduction being demonstrated in the depressive symptoms and it improves in the adjustment psychosocial opposite to the disease.

Keys Words: Psychological Intervention Programmed, Brief Psychotherapy, Psychosocial Adjustment, Depression, Epilepsy.

INTRODUCCIÓN.

Etimológicamente el término epilepsia deriva de una proposición y de un verbo irregular griego, *epilambein*, que significa: "ser sobrecogido bruscamente". Es un desorden neurológico caracterizado por ataques repentinos breves, que pueden alterar la actividad motora, la conciencia y las experiencias sensitivas (Snyder, 1998; Hoppe, 2006). Los ataques convulsivos son los más frecuentes tipos de eventos paroxísticos; así, un patrón de ataques recurrentes es considerado epilepsia.

Fisiológicamente el término epilepsia se define como: "La descarga en masa de un grupo de neuronas cerebrales o de su totalidad, momentáneamente afectadas por un grupo de sincronía excesiva" (Ey, Bernard y Brisset, 1980, p. 294). A nivel neurológico el término indica "cualquier trastorno caracterizado por convulsiones recurrentes. Una convulsión es un trastorno pasajero de la función cerebral por una descarga neuronal paroxística anormal en el cerebro" (Krupp, Schroeder, Tierney y McPhee, 1990, p. 616).

Méndez Quijada (1999) refiere que se trata de un grupo de desórdenes en los cuales hay episodios recurrentes de funcionamiento cerebral alterado asociados a descargas anormales, paroxísticas e hipersincrónicas de las neuronas.

Desde la perspectiva neuropsicológica, las epilepsias son ataques recurrentes, o eventos paroxísticos de origen cerebral que tienen una amplia variedad de manifestaciones e implicaciones en cuanto a las funciones cognitivas (Dodrill, 1986).

La definición psiquiátrica expone que las crisis epilépticas "pueden consistir en un alto deterioro de las funciones mentales o en una alteración de la conciencia, movimientos involuntarios, experiencias sensoriales, físicas y movimientos automáticos, que ocurren como una combinación de disfunciones y una progresión de síntomas que pueden desarrollar una alteración brusca del funcionamiento de la conducta" (Kaplan y Sadock, 1987).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (1.997) define epilepsia como una condición crónica de etiología diversa, caracterizada por crisis recurrentes debidas a descarga excesiva de las neuronas cerebrales, asociada eventualmente con diversas manifestaciones clínicas o paraclínicas.

La epilepsia es uno de los problemas neurológicos serios más frecuentes, según Méndez Quijada (1999) pues afecta cerca del 1% de la población general. Según este autor la incidencia varía entre 20 y 70 casos por 100.000 por año y tiene una prevalencia que varía entre 0,4% y 0,8% de la población en general. De acuerdo con el Centro para el Control de las Enfermedades (Centers for Disease Control, CDC) en 1995, aproximadamente 2.3 millones de personas residenciadas en los Estados Unidos tenían epilepsia.

Debido a las innumerables maneras de clasificar el complejo fenómeno, caracterizado por un amplio rango de síntomas motores, sensoriales, psicológicos y conductuales, se hace difícil el diagnóstico específico del mismo. En este sentido, la Comisión de Clasificación y Terminología de la Liga Internacional Contra la Epilepsia (LICE), introdujo en 1970 un sistema de clasificación formal para las crisis epilépticas y las epilepsias, que ha sido revisado durante los últimos años.

Clasificación.

La epilepsia ha sido clasificada tanto por el tipo de crisis como por su etiología. La *clasificación de las crisis epilépticas* basada en considerar cada crisis individual como acontecimiento primordial, y la *clasificación de epilepsias* o síndromes epilépticos en la que se tiene en cuenta la crisis dentro de un contexto más global:

Tabla 1. Clasificación de las Crisis Epilépticas revisada por la LICE

- I. Crisis Parciales (Focales, locales):
 - A. Crisis Parciales Simples (Sin afectación de la conciencia):
 1. Con signos motores:
 - Focal motora sin marcha
 - Focal motora con marcha jacksoniana
 - Versiva
 - Posstural
 - Fonatoria (vocalización o bloqueo del lenguaje)
 2. Con síntomas somatosensoriales especiales (alucinaciones simples):
 - Somatosensoriales
 - Visuales
 - Olfatorias
 - Gustativas
 - Vertiginosas
 3. Con síntomas o signos autonómicos (sensación epigástrica, palidez, sudoración, enrojecimiento, piloerección y dilatación pupilar).
 4. Con síntomas psíquicos (alteraciones de funciones cerebrales superiores):
 - Disfásicos
 - Dismnésicos (alteración de la memoria)
 - Cognitivos (despersonalización, alteración del sentido del tiempo)
 - Afetivos (miedo, cólera, etc)
 - Ilusiones (macropsia)
 - Alucinaciones estructurales (música, escenas).
 - B. Crisis Parciales Complejas (Con afectación de la conciencia):
 1. Comienzo parcial simple seguido de afectación de conciencia:
 - Con crisis parciales simples (A1 – A4)
 - Con automatismos
 2. Con afectación de la conciencia desde el comienzo:
 - Exclusivamente afectación de la conciencia
 - Con automatismos
 - C. Crisis Parciales que evolucionan a crisis secundariamente generalizadas (tónicas, clónicas, tónico-clónicas).
 1. Crisis parciales simples (A) secundariamente generalizadas
 2. Crisis parciales complejas (B) secundariamente generalizadas
Crisis parciales simples (A) que evolucionan a complejas (B) y a secundariamente generalizadas.

- II. Crisis Generalizadas (Convulsivas o no convulsivas):
 - A. Ausencias
 - 1. Ausencias Típicas:
 - Con afectación de la conciencia exclusivamente
 - Con componente clónico ligero
 - Con componente atónico
 - Con automatismos
 - Con componente autonómico
 - 2. Ausencias Atípicas:
 - Cambios en el tono muscular más pronunciados que en ausencias típicas
 - Comienzo y/o final menos brusco
 - B. Crisis micolónicas simples o múltiples.
 - C. Crisis clónicas
 - D. Crisis tónicas
 - E. Crisis tónico – clónicas
Crisis atónicas (astáticas)
- III. Crisis Epilépticas Inclasificables

Fuente: LICE. (1981). Proporsal for revised Clinica and Encefalografic Classification of Epileptic Seizures. *Epilepsia*. 22: 489-501.

Tabla 2 Clasificación Internacional de las Epilepsias

- I. Epilepsias Generalizadas
 - A. Primarias (Funcional o Benigna). Niño/Adolescente
 - P.M – Ausencia
 - P.M – Mioclónico
 - G.M
 - P.M = GM
 - B. Secundarias (lesional o Maligna). Infancia/Niño/Adolescencia
 - Encefalopatía específica
 - Encefalopatía no específica
 - Síndrome de West
 - Síndrome de Lennox Gastaut
 - Síndromes relacionados
- II. Epilepsias Parciales
 - A. Primarias (Funcional o Benigna). Niño/Adolescencia
 - Motora con paroxismos C-TM
 - Afectiva con paroxismos TM
 - Sensori motora con Paroxismos P
 - Visual con paroxismos O
 - B. Secundarias (Lesional o Severa). Cualquier edad
 - Sintomatología Elemental
 - Sintomatología Compleja

Fuente: Commission on Clasification and terminology of the International League against epilepsy. (1989). Proporsal for revised Classification of Epilepsies and Epileptic Syndromes. *Epilepsia*. 30: 389-399.

Alteraciones psicológicas en pacientes epilépticos.

La complejidad del cerebro humano se pone de relieve en la variedad que tienen las manifestaciones convulsivas, sin embargo, existen

aspectos comunes producidos por esta enfermedad a nivel psicológico y conductual.

La necesidad de inclusión de la psicoterapia en el tratamiento de este tipo de pacientes, tiene sus bases en las *alteraciones psicológicas* generadas en estas personas debido a las características de la enfermedad.

Al respecto, Amarista y Vallenilla (1999) señalan dentro de los aspectos psicológicos de la epilepsia lo siguiente: afectan de forma fortuita; acarrear inconvenientes en el ámbito social, ya que en muchos casos hay incompreensión sobre las crisis, lo que oscurece la adaptación del paciente; en los casos de niños epilépticos, los padres pueden mostrarse abatidos y aprehensivos, culpables y /o sobreprotectores; puede haber discriminación laboral, entre otros.

El diagnóstico de la epilepsia, al cual se le suma la prescripción de medicación diaria, y generalmente de por vida, pareciera generar con frecuencia ansiedad y depresión en los pacientes. A ello subyace sentimientos de miedo ante la ocurrencia de crisis, sensación de pérdida de control sobre el cuerpo, inseguridad, percepción negativa de sí mismo y sentimientos asociados que implica la enfermedad crónica (Marín, 1994).

En este sentido, Alvarez y Carozza (1995) plantean que uno de los aspectos más importantes es el proceso de toma de conciencia del paciente ante su enfermedad, pues este proceso se complica por el hecho de que el paciente desconoce lo sucedido durante las crisis.

De acuerdo con Méndez Quijada (1999), las manifestaciones psiquiátricas de las epilepsias se pueden dividir en tres categorías:

- 1) Fenómenos debidos a la lesión cerebral que causa los ataques. Serie de síntomas causados por lesiones cerebrales de diverso tipo que producen entre sus manifestaciones clínicas convulsiones generalmente de tipo focal, en relación con la localización de la lesión. Se evidencian entonces síntomas cognitivos, emocionales, cambios de conducta y, en el peor de los casos, demencia por multi-infartos.
- 2) Fenómenos directamente relacionados con los ataques. Entre estos se encuentran las manifestaciones experimentadas por los pacientes antes de la aparición de la crisis, es decir, pre-ictales, las cuales hacen que éste tenga la sensación de que pronto las crisis sobrevendrán. Por ejemplo puede sentir cambios en su humor, sentirse irritables, sensación afectiva desagradable, entre otros. Los fenómenos ictales son los síntomas de corta o mediana duración que están asociados con algún grado de deterioro de la conciencia, alteraciones de memoria, síntomas afectivos o psicosenoriales. Los fenómenos post ictales, pueden producir estados crepusculares, o estados confusos oníricos.
- 3) Fenómenos interictales sin relación temporal con los ataques. Aquí se han incluido las psicosis epilépticas crónicas y han tratado de definir si los epilépticos tienen con mayor frecuencia problemas de personalidad atribuibles a la enfermedad; es decir, han estudiado la personalidad epiléptica.

Entre las alteraciones de la conducta durante estas crisis, Harrison (1991) señala que se suelen encontrar modificaciones de la personalidad, sensación de muerte, de miedo inexplicable o sensaciones corporales anómalas. A nivel emocional, se plantean problemas graves, por lo general, en respuesta a restricciones del ambiente produciéndose de esta forma una conducta neurótica de inadaptación, junto con preocupaciones obsesivas.

Como es evidente, las personas con epilepsia presentan un amplio rango de alteraciones en la personalidad y en el funcionamiento emocional, cognitivo, intelectual, sensitivo y motor, como resultado de sus crisis. Además de ello, pueden enfrentar problemas o dificultades en sus comunidades, debido a que; todo paciente epiléptico tiene el riesgo de sufrir ataques de estigma social, prejuicios, hostilidad, los cuales típicamente resultan de la carencia de información y entendimiento de la problemática.

Los hallazgos sugieren en relación con las evaluaciones de personalidad, que los trastornos psiquiátricos son un efecto secundario y atípico del proceso neurológico.

De acuerdo con Snyder (1998), si un paciente epiléptico sufre de un incremento de alguna psicopatología, este podría ser atribuido a otros factores (por ejemplo, eventos anóxicos, lesiones cerebrales, complicaciones en el desarrollo) que sólo están indirectamente asociados a la epilepsia.

Toda esta diversidad de variables implicadas en este proceso, complican el ajuste de las personas con epilepsia tanto consigo misma como con su entorno. Al respecto, las características psicológicas de estos pacientes variarán un tanto, dependiendo del tipo de crisis, frecuencia, tipo de epilepsia, y aspectos socioculturales de los pacientes.

Un alto porcentaje de la población con epilepsia tienen crisis parciales simples o parciales complejas de origen en el lóbulo temporal; según las estimaciones de Snyder (1998) se encuentran aproximadamente en un 25% en niños y un 50% en adultos con epilepsia.

Debido a que las epilepsias del lóbulo temporal son el tipo más frecuente de crisis y el más asociado a las alteraciones cognitivas, emocionales, conductuales y de personalidad, este estudio se concentra en este tipo de pacientes.

Constantemente se publican trabajos a favor y en contra del planteamiento según el cual las epilepsias y particularmente las del lóbulo temporal, con frecuencia se asocian a psicopatología. Los más opuestos según Méndez Quijada (1999) señalan que por ser las epilepsias parciales más frecuentes, cerca del 70 % de todos los epilépticos adultos, la observación está influida por este hecho.

Alteraciones psicológicas en pacientes epilépticos con origen en el lóbulo temporal.

Muchas investigaciones han reportado déficit cognitivos, tales como problemas con la memoria, que diferencian a los pacientes con epilepsia

del lóbulo temporal (ELT) de aquellos con otros tipos de epilepsia. De acuerdo con Reynolds, Elwes y Shorvon, (1983), los pacientes con ELT se presentan con estas características:

- Una larga historia de crisis.
- Crisis febriles en la infancia.
- Episodios anóxicos tempranos en la infancia.
- Historia familiar de epilepsia.

Los pacientes con ELT presentan pobres respuestas para los tratamientos y la más alta incidencia de dificultades psiquiátricas que pacientes con otros tipos de epilepsia (Bear y Fedio 1977; Marín, 1994; Méndez, 1988 y Pernía, 2000).

Las crisis parciales con foco en el lóbulo temporal pueden empezar en cualquier momento de la vida, pero generalmente lo hacen en el lapso comprendido entre la infancia tardía y la adultez temprana (Mikati y Holmes, 1993).

En cuanto a las crisis parecen predominar las parciales complejas, frecuentemente con automatismo y en el 50% de los casos las crisis se secundariamente generalizadas. En las crisis parciales complejas, los tipos de automatismos más frecuentes son los oroalimentarios, automatismo de las manos, movimientos en todo el cuerpo, vocalizaciones, gestos complejos (Mikati y Holmes, 1993).

Bear y Fedio (1977) intentaron determinar los efectos del foco del lóbulo temporal sobre aspectos específicos de las conductas psicosociales. Estos autores identificaron 18 rasgos asociados previamente a la conducta interictal. Los rasgos de personalidad evaluados por ellos, no ocurren en todos los pacientes epilépticos ni en todos aquellos de epilepsia del lóbulo temporal, pero en correspondencia con Mendez (1988), hay suficiente evidencia para indicar que un subgrupo desarrolla rasgos tales como: circunstancialidad y viscosidad en sus interacciones, excesiva seriedad en sus afectos, preocupaciones e intereses.

De acuerdo con una investigación sobre rasgos de personalidad en pacientes epilépticos del lóbulo temporal (Marín, 1994), se señala que en relación a los trastornos por ansiedad, los estudios parecen ser escasos y poco concluyentes. Según la autora, se piensa que una gran dificultad se plantea al intentar distinguir la ansiedad patológica de aquella que pudiera considerarse situacional en una enfermedad crónica.

De acuerdo con Marín (1994) la epilepsia del lóbulo temporal ha despertado gran interés, ya que la mayoría de los trastornos de personalidad han sido identificados en sujetos con foco de descarga en el sistema límbico. Estos hallazgos parecen sustentar la idea de que las alteraciones metabólicas, neuroquímicas o anatómicas en el sistema límbico pueden dar lugar a cambios conductuales o síntomas psiquiátricos (Stagno, 1993).

Según Pernía (2000), los lóbulos temporales y las estructuras límbicas anatómicamente asociadas están relacionadas con la conducta y con las emociones. En ese sentido, se ha sugerido que la estimulación del lóbulo temporal puede alterar la función del sistema límbico y que el proceso epiléptico con origen temporal puede dar lugar a un incremento en la

afectividad (Bear y Fedio, 1997).

El área del ajuste emocional y el fenómeno del lóbulo temporal es una de las más llamativas entre los investigadores, tal como lo señala, Dodrill (1986), además de ser uno de los aspectos de estudio más importantes a nivel clínico. Los estudios al respecto no han sido concluyentes. Así mismo aun se discute si los trastornos psiquiátricos son más frecuentes en epilepsias del lóbulo temporal; y por otro lado, si existe un síndrome conductual interictal que le sea propio (Stagno, 1993).

No obstante, en cuanto a las alteraciones del estado de ánimo, la depresión, tal y como lo afirma Pernía (2000) parece ser la más frecuente en las personas con epilepsia. Tal afirmación está sustentada por Vázquez y Sanz (1998), Mohr (1990), Stagno (1993), Marín (1.994), Abuchaibe (1995), y Kanner y Rivas (1999), entre otros.

Ajuste Psicosocial a la Enfermedad.

Las alteraciones emocionales que sufre un paciente epiléptico implican a su vez un desajuste en su funcionamiento global, en las distintas áreas de su vida. De tal manera que su entorno social, laboral, familiar, sexual, entre otros, se verán afectados por los cambios producidos por la enfermedad. En un estudio llevado a cabo por Dodrill (1986) sobre la evaluación del funcionamiento psicosocial de 100 pacientes epilépticos, encontraron que de estos el 20% habían perdido sus trabajos en menos de un año. Solo en pocos casos las crisis fueron reportadas como la causa relevante del abandono del mismo. Los otros aspectos tales como: social, psicológico, emocional, entre otros, fueron factores que representaron la razón principal para la pérdida del trabajo. Estos resultados no niegan la posibilidad de que las crisis puedan contribuir a los problemas sociales y psicológicos de estos pacientes, sin embargo, el autor cree que tales dificultades representan la razón principal de la ineficacia en el funcionamiento, en lugar de, los factores relacionados con el descontrol de las crisis.

Estos resultados llevaron a Dodrill y su equipo a diseñar un inventario para evaluar específicamente la importancia del problema psicosocial en personas que sufrían de desordenes epilépticos. El inventario llamado "Washington Psychosocial Seizure Inventory" (WPSI), determinó siete áreas de problemas psicosociales: familia, ajuste emocional, capacidades interpersonales, ajuste vocacional, estatus social, aceptación de la enfermedad y manejo médico. La aplicación de este instrumento a 127 personas arrojó los siguientes resultados: la mayoría de los pacientes tuvieron dificultades notorias en el área emocional, seguida por la dificultad de aceptación de la enfermedad, área interpersonal, vocacional, económica y familiar en niveles jerárquicos. El menor de los puntajes en el grupo lo generó el área del manejo del tratamiento médico y físico, lo cual pareciera no tener mayores implicaciones en su adaptación.

Un estudio reciente realizado por Kobau (2001) en Texas, sobre la relación de la salud y la calidad de vida de personas con epilepsia, destaca el impacto sobre la salud de la persona que tiene esta enfermedad, de tal manera que estos pacientes se encuentran con dificultades físicas y psicosociales debidas a los efectos de la terapia anticonvulsiva, las restricciones en el estilo de vida y la estigmatización percibida. El estudio indicó que

personas con epilepsia reportaron sustancialmente peor calidad de vida que las personas sin epilepsia. Igualmente concluyó que el alto porcentaje de días que las personas reportaron sentirse con depresión y ansiedad, sugieren que esta población tiene altos niveles de depresión y ansiedad y bajos niveles de satisfacción con la vida.

El tratamiento de los síntomas emocionales, especialmente la depresión, forman parte del ajuste y adaptación necesarios para que un paciente epiléptico continúe su desarrollo psicosocial, a pesar de la enfermedad. Ya se ha hablado del impacto que una enfermedad crónica, como lo es la epilepsia, genera en las personas que la sufren. A continuación se señalan las áreas psicosociales más afectadas y sobre las cuales está dirigida esta investigación:

Orientación hacia el cuidado de la salud: Está relacionada con la naturaleza de la actitud hacia el cuidado de la salud del paciente y si ésta conduce a un ajuste positivo o negativo a la enfermedad y tratamiento. Las actitudes del paciente acerca del cuidado de la salud, la calidad de la información, las percepciones de los profesionales del cuidado de la salud y la naturaleza de las expectativas del paciente en relación a su enfermedad y tratamiento, son percibidas en esta área.

Entorno Vocacional: Refleja el impacto que la enfermedad puede tener en el ajuste vocacional (trabajo, escuela, hogar etc.). Evalúa el deterioro en la satisfacción y desempeño laboral. En esta área se percibe la calidad de la ejecución vocacional, pérdida de tiempo, interés vocacional, entre otras variables asociadas con la calidad de ajuste en el entorno laboral y académico.

El **Entorno Doméstico:** Orientada hacia las dificultades que surgen en el hogar o en el entorno familiar, inducidas por la enfermedad, y refleja los problemas de adaptación del paciente y su familia en relación a la enfermedad. Evalúa además la manera de vivir de la familia incluyendo el impacto económico de la enfermedad, la calidad de las relaciones, la comunicación familiar y los efectos de la incapacidad física.

Relaciones Sexuales: Provee un estimado cuantitativo de los cambios producidos en la calidad del funcionamiento sexual, es decir, el interés, el desempeño y satisfacción en las relaciones sexuales. Se enfoca a la calidad de las relaciones interpersonales y se dirige hacia asuntos más específicos del funcionamiento sexual.

Relaciones con la Familia Extendida: Está enfocada a la medición de cualquier interrupción o desmejoramiento en las relaciones con la constelación familiar y con aquellos familiares que no viven con el paciente. El marco de trabajo de las interacciones típicas con la familia extendida se utiliza para determinar cualquier impacto negativo de la enfermedad sobre la comunicación, calidad de las relaciones e interés en interactuar con la familia después de la enfermedad.

El Entorno Social: Refleja las actividades sociales y recreativas del paciente, así como el grado en que el interés y la participación disminuyen como consecuencia de la enfermedad o de las secuelas de ésta. Las actividades están divididas en tres categorías: individual, familiar y

social, enfocadas en los intereses y su actual comportamiento en cada categoría.

Malestar Emocional: Mide los pensamientos y sentimientos disfóricos asociados con la enfermedad del paciente. Los indicadores afectivos principales del malestar psicosocial tales como ansiedad, depresión y hostilidad, así como la reducción de la autoestima; problemas de imagen corporal y culpa son evaluados en esta área.

Es por todo lo anterior, es que cobra importancia el tratamiento *psicoterapéutico* a estos pacientes, el cual puede favorecer la adaptación a la enfermedad y la reducción de los síntomas depresivos presentes.

METODOLOGÍA.

La presente es una investigación de tipo evaluativa. Su objetivo es medir los efectos de un programa, precisar en qué grado éste está cumpliendo los objetivos para los que se estableció, si debería continuar, ampliarse, reducirse, cambiar o desechar (Weiss, 1975).

El diseño de investigación utilizado es el Diseño Cuasi – Experimental de un grupo con medida pre y post. Implica que la conducta de los sujetos se mide antes y después de la administración del tratamiento. De este modo se puede establecer una comparación entre una medida que estaba a la influencia del tratamiento y una medida comparable que no lo estaba. (Zinser, 1987).

A un grupo homogéneo, se administró el tratamiento experimental (Programa de Psicoterapia Breve) y se observaron los cambios posteriores en las variables dependientes (Depresión inter-ictal y Ajuste Psicosocial a la enfermedad). Si cada paciente a quien se le aplicó el programa, presenta una depresión inter-ictal menor y un mejor ajuste psicosocial, que los puntajes obtenidos inicialmente y esta diferencia es significativa y si se han controlado las diversas variables, entonces, se puede inferir que el programa o tratamiento experimental es efectivo.

POBLACIÓN.

La población estuvo conformada por 8 pacientes con epilepsia del lóbulo temporal (3 hombres y 5 mujeres, con edades comprendidas entre los 20 y 40 años), que fueron evaluados por el Servicio de Neurología del Hospital Clínico Universitario durante el período comprendido entre 2002 a febrero del 2004. La muestra es de tipo no probabilístico, ya que los sujetos son homogéneos en las variables que los criterios de selección exigen, cuyos efectos o resultados no obedecieron a diferencias individuales sino a las condiciones a las cuales fueron sometidos.

INSTRUMENTOS.

Los instrumentos estimados a utilizar en esta investigación en forma de pretest y postest fueron:

- *Entrevista Estructural.*
- *Escala de Graffar Modificado 1994.*
- *Escala de autoevaluación de la depresión de Zung (SDS).*
- *Instrumento de seguimiento: PAIS. Inventario para evaluar el ajuste*

*psicosocial del paciente a la enfermedad de Derogatis.***Programa.**

El Programa de Psicoterapia Breve aplicado buscaba proporcionar asistencia psicológica a los pacientes epilépticos del lóbulo temporal del Hospital Universitario de Caracas, para reducir los síntomas depresivos inter - ictal y mejorar el ajuste psicosocial a la enfermedad, a través del empleo de diferentes estrategias psicoterapéuticas de orientación psicodinámica, entre ellas: Regulación de la autoestima, Elaboración del duelo, Integración, Intellectualización, Interpretación, Reflejo, Catarsis, Información, Seguridad y Apoyo.

A continuación se mencionan las temáticas abordadas en cada sesión terapéutica:

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

- Los valores de la sintomatología depresiva (pre y post) medidos a través de la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung se muestran en el cuadro # 1.

Cuadro 1. Sintomatología depresiva antes y después del programa

Condición	N	Mínimo	Máximo	Media	Wilcoxon	Significativo
Pretest	8	66.00	79.00	74.00	Diferencia:	
Postest	8	36.00	50.00	45.50	0.011	SI

Como se observa en el cuadro 1, la condición del pretest señala un puntaje mínimo de 66, el cual se ubica como una depresión moderada y un puntaje máximo de 79, ubicada dentro de una depresión severa, para obtener una media inicial de 74.00. Estos resultados señalan que el promedio de los pacientes evaluados (8) presentaron inicialmente síntomas depresivos entre moderados y severos.

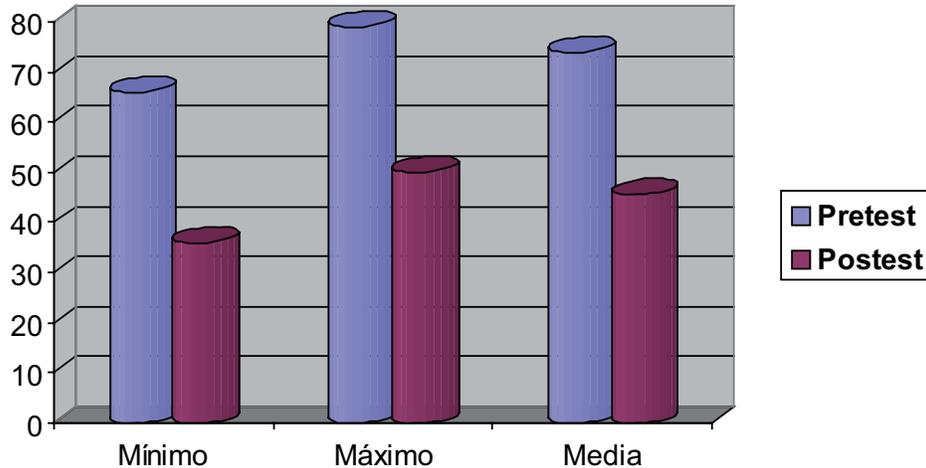
Por su parte, la condición del postest señala que el puntaje mínimo de la muestra fue de 36 y el máximo de 50, lo cual indica que no estaban presentes síntomas depresivos, sustentado con una media final de 45.50. Estos resultados señalan que el promedio de los pacientes evaluados no presentaron síntomas depresivos luego de la aplicación del programa.

Tal y como se puede apreciar en el cuadro, con un nivel de significación de 0.05, el valor de la diferencia estadística obtenida (0.011) ente el pretest y el postest del grupo, señala que existen diferencias significativas entre las dos condiciones. Esto indica que existen diferencias estadísticas entre la media de la sintomatología depresiva del pretest y la media de la sintomatología depresiva del postest. Los resultados apuntan hacia la reducción significativa de los síntomas depresivos luego de la aplicación del programa de intervención psicológica.

Gráfico 1.

Mediante la observación y comparación de las medias del pretest y del postest, a través del gráfico 1, se puede apreciar que la diferencia en bruto de ambas es de 29.00 puntos, lo que permite observar una reducción notable en los síntomas depresivos finales.

Sintomatología Depresiva Antes y Después del Programa



- Los valores totales del ajuste psicosocial a la enfermedad (pre y post) medidos a través de la Escala de Ajuste psicosocial a la Enfermedad PAIS se muestran en el cuadro # 2.

Cuadro 2.

Ajuste psicosocial a la enfermedad antes y después del programa

Condición	N	Mínimo	Máximo	Media	Wilcoxon	Significativo
Pretest	8	60.00	88.00	72.25	Diferencia:	
Postest	8	33.00	51.00	41.75	0.012	SI

Como se observa en el cuadro 2, la condición del pretest señala un puntaje mínimo de 60, la cual se ubica en el límite de un desajuste psicosocial del paciente ante la enfermedad y un puntaje máximo de 88, que se considera como un significativo desajuste en las áreas psicosociales, para obtener una media inicial de 72.25. Estos resultados señalan que el promedio de los pacientes evaluados (8) presentaban inicialmente un nivel de desajuste psicosocial importante.

Por su parte, la condición del postest señala que el puntaje mínimo de la muestra fue de 33 y el máximo de 51, lo cual indica que su nivel de ajuste estaba dentro del promedio, sustentado con una media final de 41.75. Estos resultados señalan que el promedio de los pacientes evaluados

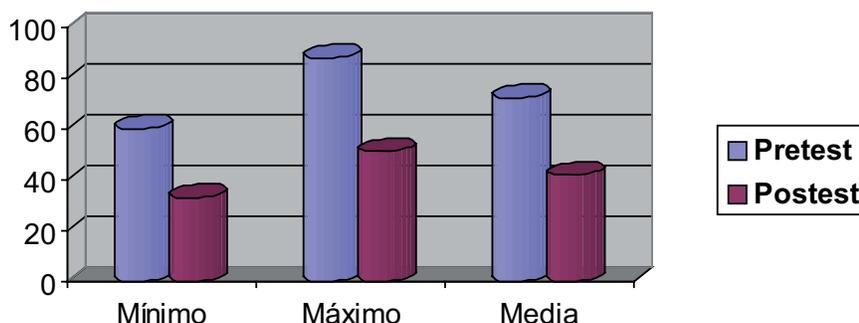
presentaron un ajuste psicosocial adecuado luego de la aplicación del Programa.

Tal y como se puede apreciar en el presente cuadro, con un nivel de significación del 0.05, el valor de la diferencia estadística obtenida (0.012) ente el pre y el post del grupo, señala que existen diferencias significativas entre las dos condiciones. Esto indica que existen diferencias estadísticas entre la media del ajuste psicosocial del pretest y la media del ajuste del postest. Los resultados apuntan hacia un aumento en el nivel de adecuación del ajuste psicosocial del paciente ante la enfermedad luego de la aplicación del programa de intervención psicológica.

Gráfico 2.

Mediante la observación y comparación de las medias del pretest y del postest, a través del gráfico 2, se puede apreciar que la diferencia en bruto de ambas es de 28.5 puntos, lo que permite observar un mejoramiento en sus niveles de ajuste psicosocial ante la enfermedad en su condición final.

Ajuste Psicosocial a la Enfermedad Antes y Después del Programa



- A continuación se presenta en el cuadro N° 3, la comparación de las medias obtenidas en cada una de las áreas del PAIS tanto en la condición del pretest como en la del postest.

Cuadro 3.

Comparación por áreas del ajuste psicosocial a la enfermedad

Area Psicosocial	Media Pretest	Media Postest	Diferencia
Cuidado hacia la salud	16.00	9.75	6.25
Entorno vocacional	11.25	7.63	3.62
Entorno doméstico	8.63	4.00	4.63
Relaciones Sexuales	10.00	4.00	6.00
Relaciones con la familia extendida	3.00	1.00	2.00
Entorno Social	9.37	6.00	3.37
Malestar Emocional	14.38	7.75	6.63

Tal y como se aprecia en el cuadro 3, todos los puntajes iniciales de las áreas evaluadas, reflejados en el pretest, disminuyeron en comparación con los resultados arrojados en el postest. Esto indica un mejoramiento en el ajuste psicosocial de los pacientes.

En cuanto al cuidado de la salud (área 1), se observa una media inicial de 16 y una media final de 9.75, lo que arroja una diferencia de 6.25. Esto señala una disminución clara del puntaje inicial e indica que los pacientes tenían una actitud más positiva hacia el cuidado de su salud en términos de sus expectativas en relación a la enfermedad y su tratamiento.

En el entorno vocacional (área 2), hubo una disminución menos marcada que el área anterior, con una diferencia de 3,62 entre el pretest y el postest, lo cual puede sugerir que en el aspecto laboral hay una mayor dificultad de adaptación que el programa de psicoterapia no llega a trabajar.

En el entorno doméstico (área 3), la diferencia entre el pretest y el postest fue de 4.63. Lo llamativo de los puntajes de esta área es que la media inicial (8.63) representa un puntaje mínimo de desajuste, ya que su valor máximo o de más alto nivel de desajuste es 24 puntos. Esto sugiere que inicialmente el entorno familiar cercano y las actividades y funciones del paciente en su hogar, no se vieron tan afectadas por la enfermedad.

En cuanto a las relaciones sexuales (área 4), la media del pretest fue de 10 y la del postest de 4, lo que arroja una diferencia de 6 puntos entre dichas condiciones. Así, hay una importante disminución de las ideas erróneas del paciente en relación al funcionamiento, el interés y la satisfacción de las relaciones en función de su enfermedad.

En el área de las relaciones con la familia extendida (área 5), se evidencia a través de los resultados que desde el inicio no hubo un nivel de desajuste en este ámbito, ya que la media del pretest fue de 3.00 siendo un nivel alto de desajuste 15, y una media final de 1.00, lo que indica que la enfermedad no tiene al parecer implicaciones importantes en relación a la comunicación y la calidad de las relaciones con su familia menos cercana, como si se aprecia en otras alteraciones neurológicas (Demencias, ACV, TC, etc.).

En relación al entorno social (área 6) la media mostrada en el pretest fue de 9.37 y la media del post fue de 6, esto señala una disminución de las dificultades en relación a las actividades sociales y recreativas del paciente. En cuanto al área de malestar emocional (área 7), hubo una disminución de 6.63 puntos en la comparación entre el pretest y el postest, lo que habla de un mejoramiento en la adaptación del paciente al malestar causado por la enfermedad a nivel emocional.

CONCLUSIONES

Cuando un individuo se enferma se afectan todas las esferas que lo conforman, no sólo la física sino también la psicológica, social, laboral y familiar. El impacto de la enfermedad física estará en relación a su gravedad, carácter incapacitante o cronicidad. Ahora bien, esta situación se hace compleja si la persona carece de herramientas personales que lo ayuden a comprender y adaptarse a su padecimiento.

En el caso de las alteraciones neurológicas, la situación crónica que puede tener la enfermedad genera en la persona que la padece una serie de desajustes en su funcionamiento psicosocial, que la limitan y en algunos casos le impiden un desenvolvimiento regular en su contexto; esto, entre otras razones, se debe a los prejuicios que existen en la sociedad sobre su afección, los cuales pueden afectar su estado emocional y como consecuencia su ajuste psicosocial.

En este sentido, Kobau (2001), Martínez B. y otros (2002) y Sanz A. y otros (2006), afirman que las intervenciones basadas en programas educativos sobre el manejo de la automedicación, los aspectos psicosociales y otras áreas pueden mejorar la calidad de vida de estas personas y con ella el ajuste de ésta a su enfermedad.

Un programa de psicoterapia breve para pacientes epilépticos con sintomatología depresiva y problemas en su ajuste psicosocial, debe ser:

1. El programa debe ser individualizado ya que se debe tener en cuenta el nivel de conciencia que tiene el paciente sobre la enfermedad, la capacidad de autorregulación de su propia conducta, el grado de afectación de las funciones cognitivas y el rol de la familia frente a la enfermedad del paciente
2. El trabajo debe hacerse en equipo con la participación del paciente, la familia y el terapeuta.
3. El programa debe centrarse en alcanzar los objetivos relevantes, con respecto a las capacidades funcionales del paciente.
4. El programa debe presentar varias perspectivas y diversas aproximaciones.
5. El programa debe tener un método de evaluación constante.

De tal manera, se hace evidente, la necesidad del abordaje interdisciplinario para estos pacientes, pues la rehabilitación trata no sólo de alcanzar la restitución de la función fisiológica o neurológica, sino también la asistencia y apoyo psicológico, para así lograr, la reinserción del paciente a sus actividades y roles habituales, en el replanteamiento de su propio concepto y de las metas trazadas a nivel personal o profesional, todo ello con el fin de lograr una mejor adaptación.

Además de hacer un buen diagnóstico y una buena prescripción farmacológica, la meta en el manejo del paciente epiléptico debe ser el lograr la aceptación de la epilepsia como una enfermedad sin estigma que le permita tener una calidad de vida digna, sin discriminación ni rechazo por parte de la sociedad.

Si bien es cierto que existen investigaciones exploratorias y descriptivas sobre los pacientes epilépticos, en cuanto a su personalidad, funcionamiento neuropsicológico, calidad de vida e imagen corporal, entre otros; es reconocido que aún hay carencia de programas de intervención psicológica que provean de herramientas eficaces para afrontar la enfermedad. Se espera que con el programa de psicoterapia breve presentado en esta investigación se contribuya a revertir esta situación.

BIBLIOGRAFÍA

- ABUCHAIBE, N. Ajuste a la Enfermedad y Niveles de Satisfacción con la Vida en Pacientes Epilépticas (Estudio de Casos). Universidad Central de Venezuela. Escuela de Psicología. (Trabajo de Grado); 1995.
- ALVAREZ, L. y CAROZZA, M. Imagen Corporal y Epilepsia. Universidad Central de Venezuela. Escuela de Psicología. (Trabajo de Grado); 1995.
- AMARISTA, F. y VALLENILLA, J. Psiquiatría Clínica. Caracas: Ed. Ateproca; 1999.
- BEAR, D. y FEDIO, P. Quantitative Analysis of Interictal Behavior in Temporal Lobe Epilepsy. *Archives of Neurology* 1977; 34: 454-467.
- BELLAK, L. y SMALL, L. Psicoterapia Breve y de Emergencia. México: Ed. Pax- México; 1986.
- BELLAK, L. Manual de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia. México: Ed. Manual Moderno; 1993.
- Commission on Clasification and terminology of the International League against epilepsy. Proporsal for revised Clinica and Encefalografic Clasification of Epileptic Seizures. *Epilepsia* 1981; 22: 489-501.
- Commission on Clasification and terminology of the International League against epilepsy. Proporsal for revised Classification of Epilepsies and Epileptic Syndromes. *Epilepsia* 1989; 30: 389-399.
- DODRILL, C. Interictal Behavioral Features of Patiens with Epilepsy. *Epilepsy* 1986; 27: 64-76.
- EY, H, BERNARD, P y BRISSET, C. Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Masson; 1980.
- HARRISON, R. Principios de Medicina Interna. Vol II. México: Mc Graw-Hill; 1991.
- HOPPE, C. Epilepsia. *Revista Mente y Cerebro* 2006; 16, p.59-64.
- KANNER, A y RIVAS, J. Depressive Disorders in Epilepsy. *Neurology* 1999; 53, 2: 26-32.
- KAPLAN, H. y SADOCK, B. Compendio de Psiquiatría. Barcelona: Ed. Salvat; 1987.
- KOBAU, R. *Health-Related Quality of Life Among Persons with Epilepsy. Texas.* <http://www.medscape.com/govmt/CDC/MMWR/2001/01.01/mmwr500../mmwr5002.02.htm>. [01. 03. 2001].
- KRUPP, M., SCHROEDER, S., TIERNEY, L. y MCPHEE, S. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. México: Manual Moderno; 1990.
- MARÍN L. Rasgos de Personalidad en Pacientes Epilépticos del Lóbulo Temporal. Estudio de Casos. Universidad Central de Venezuela. Escuela de Psicología. (Trabajo de Grado); 1994.
- MARTÍNEZ, B., GONZÁLEZ, E. y MAURI, J. Depresión y Epilepsia. *Revista de Neurología* 2002; 35: 0580
- MÉNDEZ, H. y DE MÉNDEZ, M. Sociedad y Estratificación: Método Graffar Méndez Castellano. Caracas: Fundacredesa; 1994.
- MÉNDEZ M. Psychopathology in Epilepsy: Prevalence, Phenomenology and Management. *Psychiatric in Medicine* 1988; 18: 193-209.
- MÉNDEZ QUIJADA, J. Manifestaciones Psiquiátricas de las epilepsias. En Amarista y Vallenilla. *Psiquiatría Clínica*. Caracas: Ed. Ateproca; 1999.
- MIKATI, M. y HOLMES, G. Temporal lobe epilepsy. En E., Wyllie. *The treatment of epilepsy*. Lea and Febirger, Philadelphia; 1993.
- MOHR J. Manual de Problemas Clínicos en Neurología. 2da Ed. Caracas: Salvat; 1990.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. CIE-10 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud.(1992). Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1997.
- PERNÍA E. Comunicación Personal. Caracas: Hospital Clínico Universitario. Enero del 2000.
- REYNOLDS, E., ELWES, R. y SHORVON, S. (1983). Why does epilepsy become intractable? Prevention of chronic epilepsy. *Lancet*. En P, Snyder. *Epilepsy*. Clinical Neuropsychology 1998; Washington, DC: APA
- SANZ, A., GUEVARA, M., CORSI, M., ONDARZA, R. y RAMOS, J. Efecto diferencial de la lobectomía temporal izquierda y derecha sobre el reconocimiento y la experiencia emocional en pacientes con epilepsia. *Revista de Neurología* 2006; 42: 0391.
- SNYDER, P. *Epilepsy*. Clinical Neuropsychology. Washington, DC: APA; 1998.
- STAGNO, D. Psychiatric Aspects of Epilepsy. En E., Wyllie. *The treatment of epilepsy*. P. 1129-1132. Lea and Febirger, Philadelphia; 1993.
- VÁZQUEZ, C. y SANZ, J. Trastorno del Estado de Animo: aspectos clínicos. Manual de Psicopatología. (2). España: Mc Graw-Hill; 1998.
- WEISS, C. Investigación Evaluativa. México: Ed. Trillas; 1975.
- ZINSER, O. *Psicología Experimental*. Bogota: Mc Graw-Hill; 1987.