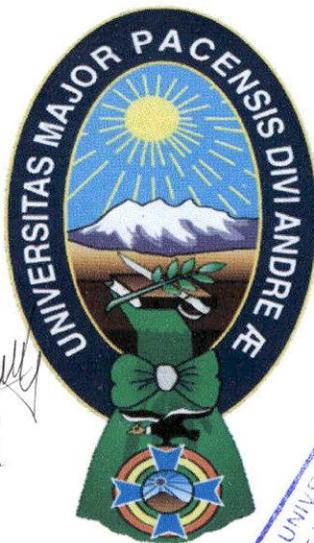


MAR C

T-3047

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA**



*Sergio Bejarano Carvajal*  
Dra. Beribanki Tribunal

*Hernando Pazandera*



*Sergio Bejarano Carvajal*  
Tutor

**TRABAJO DIRIGIDO**

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIATURA EN  
PSICOLOGÍA**

92 h.

**TEMA: "PROGRAMA DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO  
PARA PACIENTES INTERNAS CON DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA  
DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS  
DE LA CIUDAD DE LA PAZ"**

**POSTULANTE : CINDY PATRICIA HINOJOSA MURGUÍA**

**TUTOR: Dr. SERGIO BEJARANO CARVAJAL**

**LA PAZ – BOLIVIA**

*Tesis 2017*



***“Y POR SU LLAGA FUIMOS  
NOSOTROS CURADOS”***

***ISAÍAS 53: 5***

## AGRADECIMIENTOS

El presente "Programa de Estrategias de Afrontamiento para pacientes internas con Diagnostico de Epilepsia del Servicio de Neurología del Hospital de Clínicas de la Ciudad de La Paz" lo dedicó a mis tres mayores inspiraciones en esta vida: Dios, quien siempre ha estado a mi lado para brindarme aliento de vida y fortaleza ante todas las adversidades como la de mi enfermedad. A mi mamá Kathy, quien ha sido mi mas grande bendición y hoy el pilar de mis proyectos futuros. A mi papá Enrique que ya no se encuentra entre nosotros el cual con su paciencia y cariño estuvo siempre conmigo en cada uno de mis pasos. A mi mentor el Dr. Sergio Bejarano Carvajal, quien a través de su profesionalismo supo guiarme para poder brindar a la sociedad un aporte científico responsable. A la Dra. Sissi Ana Miroslava Gryzbowski Gaínza por su apoyo y asesoramiento que posibilito esta meta, una persona que con su amor incondicional y respeto profundo, pude comprender la realidad de estas personas. Al Dr. Alex Gutiérrez Rodríguez por su paciencia, dedicación al dictar sus clases, que a través de su profesionalismo supo guiarme para poder brindar a la sociedad un aporte científico responsable. A la Lic. Maruja Serrudo Ormachea quien me brindó todo el apoyo necesario para realizar este Programa. A las pacientes del Servicio de Neurología del Hospital de Clínicas las cuales participaron del Programa con el único objetivo de mejorar su calidad de vida encontrando un pequeño espacio en el cual se sientan aceptadas e identificadas ante la realidad que hoy les toca vivir. También quiero agradecer a la Carrera de Psicología por la formación recibida. A todos los Docentes los cuales siempre me dieron sus consejos y apoyo en cualquier momento que yo lo requería, amigos y compañeros.

# ÍNDICE

## INTRODUCCIÓN

### CAPÍTULO I

1. Diagnóstico de la Institución.....	5
1.1 Aspectos Institucionales Externos.....	7
1.2 Aspectos Institucionales Internos.....	9
a) Manual de Funciones.....	10
b) Procesos Económicos.....	13
c) Procesos Jurídicos.....	13
d) Procesos Políticos.....	14
e) Procesos Ideológicos.....	15
f) Procesos Culturales.....	15
2. Necesidades de Apoyo Psicológico.....	17

### CAPÍTULO II

#### OBJETIVOS

2.1 Objetivo General.....	19
2.2 Objetivos Específicos.....	19

### CAPÍTULO III

#### PROPUESTA DE TRABAJO

3. Fundamentación Teórica.....	20
3.1 Antecedentes Históricos.....	20
3.2 Definición de Estrategias de Afrontamiento.....	21
3.3 Tipos de Estrategias de Afrontamiento.....	22
3.4 Estrategias de Afrontamiento y enfermedad.....	25

3.5 Afrontamiento.....	26
3.6Epilepsia.....	27
3.6.1 Antecedentes Históricos.....	27
3.6.2 Definición.....	31
3.6.3Causas de la epilepsia.....	32
3.6.4 Medios de Diagnóstico.....	33
3.6.5. Clasificación de las Epilepsias.....	33
3.6.6 Clasificación de las Crisis Epilépticas.....	35
3.6.7 Mortalidad.....	38
3.6.8 Patología de la Epilepsia.....	39
3.6.9 Diagnóstico y Tratamiento de la Epilepsia.....	39
3.6.10 Fármacos Antiepilépticos.....	41
3.7 Aspectos Psicosociales de la Epilepsia.....	46
3.7.1 Factores de inclusión y exclusión en pacientes con epilepsia.....	47
3.8Aspectos Psicológicos de pacientes con Epilepsia.....	49
3.9 Familia y Epilepsia.....	52
3.10 Aspectos Jurídicos de la epilepsia.....	53
3.11 Psiquiatría y Epilepsia.....	54
3.12 Estudios de Epilepsia y afrontamiento.....	56
3.13Teoría de Sustento.....	57
3.13.1Modelo Cognitivo Comportamental.....	57
3.14 Definición de Hipótesis.....	60
3.15 Indicadores de cumplimiento.....	60
3.16 Estrategias de Acción.....	61

## **CAPÍTULO IV**

### **METODOLOGÍA**

4.1Diseño de Investigación.....	64
4.2 Variables.....	65
4.2.1Identificación de las Variables.....	65
4.2.2 Conceptualización de Variables.....	65
4.3 Población.....	65
4.3.1Muestra.....	65
4.3.2. Sujetos.....	65
4.4 Ambiente.....	66
4.5I Instrumentos de Investigación.....	66
4.5.1Entrevista.....	66
4.5.2 Inventario de Estrategias de Afrontamiento.....	67
4.5.3 Análisis de validez del Instrumento.....	68

## **CAPÍTULO V**

### **DESARROLLO DE LA PROPUESTA**

5.1 Secuencias de actividades.....	70
5.2 Logros iniciales.....	71
5.3 Experiencias.....	71

## **CAPÍTULO VI**

### **RESULTADOS**

6.1 Porcentajes por áreas.....	73
6.2 Frecuencias de estrategias de Afrontamiento.....	81
6.3 Prueba del Chi Cuadrado o esfericidad de Bartlet.....	83

## **CAPÍTULO VII**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

7.1 Conclusiones.....	84
7.2 Recomendaciones.....	90

Referencias Bibliográficas

Anexos

# **“PROGRAMA DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO PARA PACIENTES INTERNAS CON DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS DE LA CIUDAD DE LA PAZ”**

## **INTRODUCCIÓN**

Bolivia en referencia a la salud pública ha realizado la protección y mejora de las ciudadanas que sufren de epilepsia a través de la acción comunitaria, sobre todo por parte de los Organismos Gubernamentales, instruyendo la provisión de servicios para el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad, como también la rehabilitación de estas personas. Pese a ello no es suficiente ya que según datos obtenidos del INE 2006 el 1% a 2 % de la población sufre de epilepsia, muchos de ellos sin recibir ningún tipo de tratamiento (INE. Gov.bo).

En los países desarrollados, los nuevos casos aparecidos en la población general oscilan entre 40 y 70 por 100 000. En los países en desarrollo, la cifra suele acercarse al doble debido al mayor riesgo de sufrir afecciones que pueden producir daño cerebral permanente, cerca del 90% de los casos mundiales de epilepsia se registran en regiones en desarrollo. La proporción estimada de la población general con epilepsia activa (es decir, ataques continuos o necesidad de tratamiento) en algún momento oscila entre 4 y 10 por 1000. Sin embargo, algunos estudios realizados en países en desarrollo indican que esa proporción es de 6 a 10 por 1000. En el mundo hay aproximadamente 50 millones de pacientes con epilepsia. (O.M.S. 2008 Nota descriptiva No. 999 Revisión).

Los riesgos a los cuales se expone una persona con la enfermedad de epilepsia son altos, ya que si no tiene un adecuado tratamiento, seguimiento del mismo, puede llegar a empeorar, además de sobrellevarlos efectos sociales que pueden variar según el país, la discriminación social y la estigmatización social

que rodean a la epilepsia en todo el mundo, lo cual causa mayor sufrimiento en las pacientes.

La incidencia del número de epilépticas en nuestro país nos lleva a comprenderlas y tomar una actitud de no rechazo o discriminación hacia ellas.

Las pacientes epilépticas pueden ser víctimas de prejuicios. La estigmatización puede hacer que la paciente no busque tratamiento por temor a que se le identifique como afectada por la enfermedad.

En sí, este programa es una respuesta a esa preocupación, fomentando estrategias de afrontamiento que es fundamental en las pacientes tratando de mejorar su calidad de vida.

Con este Programa de Estrategias de Afrontamiento para pacientes internas con diagnóstico de epilepsia del servicio de Neurología del Hospital de Clínicas, se pretende disminuir las emociones que pueden producir estrés lo cual les podría llevar a perturbaciones asociadas con la amenaza, trabajando el estado emocional.

De igual forma se pretende fortalecer las relaciones interpersonales, para que la paciente adquiera habilidades que le permita no solo convivir con su enfermedad; sino también con su entorno social, lo cual proporciona los recursos vitales con los que ella puede y debe conseguir sobrevivir.

Las relaciones sociales pueden contribuir a una importante mejoría en la salud. La autovaloración es un aspecto importante ya que a través de esta, la paciente llegará a definirse, evaluarse y percibirse, conocerse a sí misma, además esto ayuda a generar pensamientos positivos sobre sí mismas para sobrellevar la enfermedad. Entonces la autovaloración es una configuración de la Personalidad, que integra de modo articulado un concepto de sí misma por parte del sujeto, en el que aparecen cualidades, capacidades, intereses y motivos, de manera precisa, generalizada y con relativa estabilidad y

dinamismo, comprometido en la realización de las aspiraciones más significativas del sujeto en las diferentes esferas de su vida. Puede contener contenidos ya sea no deseables como también otros inexistentes que constituyen un resultado de las reflexiones, valoraciones y vivencias del sujeto sobre sí mismas y sobre los contenidos esenciales de su propia Personalidad. De esta manera la concepción influirá en gran medida en la configuración de las otras formaciones psicológicas de su Personalidad y le permitirá afrontar los retos de la vida de una determinada manera.

La autovaloración puede tener ciertos grados de desarrollo en cada individuo de acuerdo con sus características psicológicas individuales, en función de la manera en que se percibe a sí misma física y subjetivamente, de acuerdo con las cualidades, aptitudes y capacidades que cree poseer, con qué sexo, género, familia y cultura se sienta identificada, hasta qué punto se conoce, y cuánto se estima. Estas características, sin lugar a dudas adquieren matices particulares, a partir de las percepciones individuales del sujeto, pero se encuentran también determinadas por las condiciones de vida y educación en las que se haya formado su personalidad.

Así la autovaloración puede ser estructurada, adecuada y efectiva, cuando el sujeto tiene un profundo conocimiento y conformidad consigo misma, reconociendo y aceptando sus cualidades y defectos, creando una clara definición de su identidad personal, manteniendo coherencia entre lo que desea, lo que hace para lograrlo y el reconocimiento de hasta qué punto puede llegar, así elementos contradictorios, sin que se destruya la estabilidad de su autovaloración. Esto se expresa a través de ricas, variadas, coherentes y profundas reflexiones del sujeto sobre sí misma y en la posibilidad que esta posea de prever adecuadamente los niveles de realización que puede alcanzar.

De igual manera que la paciente adquiera conductas adaptativas, es decir la aceptación de su enfermedad y lo que eso implica, no descuidar su tratamiento e integridad física para no desalentarse y que esta persona esté más motivada para enfrentar su situación.

El tratar de mejorar la calidad de vida de las personas epilépticas no solo involucra aspectos como el bienestar físico, también hacer que las pacientes con algún tipo de epilepsia se sientan bien con ellas mismas y en su medio ambiente que les rodea.

Por consiguiente este programa permitirá a las pacientes de epilepsia otorgar estrategias de afrontamiento para una calidad de vida adecuada, además que tengan un proyecto de vida.

## CAPÍTULO I

### 1 DIAGNÓSTICO DE LA INSTITUCIÓN

Institución: Hospital de Clínicas

Ubicación: Zona de Miraflores Av. Saavedra No. 2245

Director del Hospital de Clínicas: Dr. Félix Loza Chacón

Jefe de Unidad de Neurología: Dr. Jorge Federico Fortún de la Quintana

Psicóloga de la Unidad de Neurología: Lic. Chris Rose Sanjinés Guzmán.

Año de fundación: El Hospital General de Miraflores fue fundado en fecha 11 de enero 1905, con el Decreto 4789 del 4 de diciembre de 1957 se declara al Hospital Miraflores como Hospital de Clínicas.

La Unidad en la que se realizó el estudio es el Servicio de Neurología dependiente del Hospital de Clínicas, cuya finalidad es brindar atención neurológica a toda persona que asista al Servicio.

La Unidad de Neurología se fundó el año de 1965 por el doctor Mario Barragán Vargas, es una de las diversas unidades existentes en el Hospital de Clínicas, que presta servicios de consulta Externa, Electroencefalografías y la atención a pacientes internas, además de brindar apoyo a pacientes de otras unidades por interconsulta.

La organización del Departamento de Neurología está conformada por el Director, Médicos, Especialistas de planta, monitores, residentes de la carrera de Medicina, Jefe de Departamento de Enfermería, Licenciadas de Enfermería, internos de Medicina, Practicantes de la Carrera de Psicología y Auxiliares de Enfermería. Consta de los siguientes ambientes: 2 Unidades de Hospitalización, Unidad de varones con 14 camas, Unidad de mujeres con 12 camas y 1 pieza de Terapia Intensiva para aislamiento de pacientes internas violentas o agresivas, 2 habitaciones para los médicos residentes; además existen 2 consultorios médicos, sala de enfermería, farmacia, sala de reuniones,

sala de registro de historias clínicas, comedor, cocina, laboratorio y 2 patios para recreación.

Al inicio de sus actividades la Unidad de Neurología prestaba atención únicamente a personas que padecían el Síndrome de Epilepsia.

Si bien en la Unidad de Neurología se realiza la observación y seguimiento directo de pacientes, se precisa la profundización teórico - práctico en las áreas de Psicología Clínica. Es decir existe en las pacientes una necesidad y requerimiento de información y orientación psicológica para sobrellevar la enfermedad.

Los pacientes que asisten al Hospital de Clínicas para un tratamiento o seguimiento son de ambos sexos a partir de los 13 años de edad. Por lo general provienen de las zonas periféricas de la ciudad de La Paz, corresponden a la clase social media, baja, en algunos casos son bilingües aymara - castellano o quechua – castellano.

La identificación de las fortalezas, amenazas, debilidades y oportunidades del Hospital de Clínicas es la siguiente:

### **FORTALEZAS**

- Vocación de servicio.
- Vínculos con instituciones académicas.
- Experiencia y tradición.
- Compromiso.
- Infraestructura asistencial.

### **DEBILIDADES**

- Fragilidad de los recursos financieros.
- Escaso desarrollo informático.
- Rezago tecnológico en algunas áreas.
- Capacidad asistencial limitada.
- Insuficiente transmisión de logros.
- Déficit de recursos humanos y equipamiento.

## **AMENAZAS**

- Presupuestos insuficientes.
- Programas insuficientes de apoyo psicológico a pacientes.
- Exceso de demanda asistencial.
- Programas insuficientes de mantenimiento y modernización de equipos.
- Rápida obsolescencia tecnológica.

## **OPORTUNIDADES**

- Reconocimiento social.
- Alto prestigio institucional.
- Ser una institución con excelencia médica.
- Vínculos con más instituciones de salud y educativas para acuerdos garantizando la mejora y continuidad asistencial.

### **1.1 ASPECTOS INSTITUCIONALES EXTERNOS:**

El Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz es un establecimiento público de Tercer Nivel de Atención, y es parte integral de la Red de Servicios del Ministerio de Salud.

La historia de este centro de salud, también conocido como "Hospital de Clínicas", data de 1.905, hasta esa época solo se contaba con dos hospitales públicos: Hospital Santa Bárbara y San Juan de Dios, ambos hospitales fueron vendidos entre 1905 y 1913, para reunir dinero y comprar el terreno donde actualmente está el Complejo Hospitalario de Miraflores, esta zona se llamaba el "Valle de los Muertos" porque se cree que antes era un cementerio.

En el año de 1912 el Honorable Consejo Municipal decide realizar la construcción de un nuevo Hospital en el Valle de Miraflores. En 1913 a través de una Ordenanza Municipal se hizo la adquisición de los terrenos y se empezó a construir lo que es el pabellón central del Hospital de Clínicas.

A partir de 1913 se inician obras y progresivamente se emprenden actividades en la atención de pacientes en las diferentes especialidades, completándose hasta 1915. En 1939 pasa a depender el funcionamiento al Ministerio de

Higiene y Salubridad y ese año se declara al Hospital General de Miraflores como Hospital de Clínicas y considerando Universitario por la formación de recursos humanos en el área médica, hecho que se regulara por Decreto Supremo de 1979.

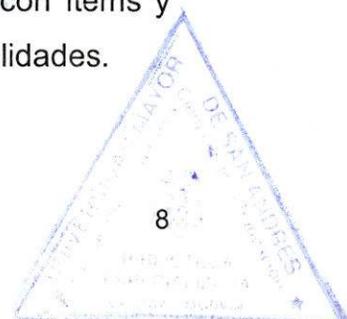
Por consiguiente de acuerdo a la Ley de creación del 11 de enero 1905 se funda el Hospital General de Miraflores, con el decreto 4789 del 4 de diciembre de 1957 se declara al Hospital Miraflores como Hospital de Clínicas, nombre con el que actualmente se lo conoce. El 20 de noviembre se establece como fecha conmemorativa.

El Congreso Nacional promulga la Ley 771 de 31 de enero de 1986, que establece y declara monumento nacional la fachada del frontis del Hospital y como máxima prioridad la construcción del Hospital de Clínicas.

Las características arquitectónicas hacen que se lo catalogue como el Hospital más grande de Bolivia, en extensión, tiene el estilo de construcción francés porque está dividido por pabellones, de tal manera que eso lo hace extenso.

Las primeras especialidades que se atendieron fueron Medicina General, Cirugía, Pediatría y Gineco - obstetricia, se contaba con 200 funcionarios. Hasta 1993 este nosocomio fue administrado por las monjas de Santa Ana que tenían una dependencia administrativa del Municipio. Actualmente cuenta con autonomía de gestión desde el año 2001, es decir que el Hospital de Clínicas se autoabastece, consta de tres dependencias. En la parte normativa depende del Ministerio de Salud, en la parte de Recursos Humanos a la Gobernación a través del SEDES y en la parte financiera administrativa del Gobierno Municipal de La Paz. La Facultad de Medicina está encargada del área académica por un convenio con el Hospital de Clínicas.

Actualmente el Centro Hospitalario cuenta con 300 médicos, 200 con ítems y 100 a contrato, cuenta con un total de 800 funcionarios y 27 especialidades.



El Hospital de Clínicas atiende actualmente a un promedio mensual de 6.600 pacientes, llegando anualmente a 74.000 en 27 especialidades. Cuenta con 400 camas de internación, el 90% está constantemente ocupado, atienden más o menos 300 pacientes por día, además de las emergencias, siendo parte importante de la atención. Presta servicios de atención de las distintas especialidades en consultorio externo, emergencias, interconsulta con otras unidades médicas y quirúrgicas, internación de pacientes (Sedes.gob.bo).

El Hospital de Clínicas genera un promedio de 24 millones de bolivianos a favor de los pacientes de escasos recursos económicos que a diario acuden a ese nosocomio, y por primera vez en el año 2010 hubo un superávit de 3 o 4 millones. Con el aumento de la recaudación se prevé que se mejorará la infraestructura.

Todavía cuenta déficit de recursos humanos y equipamiento, no obstante se implementaron equipos el año 2009 y se inauguró la Unidad de Patología Hospitalaria, que fue construida con una inversión de 2.5 millones de bolivianos, sala de refrigeración con 15 equipos de última tecnología, salas modernas de autopsias, salas de espera y un auditorio para la labor académica (boliviasol).

## **1.2 ASPECTOS INSTITUCIONALES INTERNOS:**

**HOSPITAL DE CLÍNICAS:** La misión del Hospital de Clínicas es ofrecer a la población una esmerada atención y un servicio adecuado, dirigido hacia la prevención y restablecimiento de su salud. En cuanto a la visión es establecerse como centro de salud en excelencia médica mejorando la salud de la comunidad por medio de servicios para la salud que sean accesibles. Tiene como objetivo la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y brindar una calidad de atención en salud oportuna, eficiente y así satisfacer las necesidades y expectativas sanitarias de la población.

**UNIDAD DE NEUROLOGÍA:** La unidad de Neurología fue fundada el año 1965 por el Dr. Mario Barragán Vargas, en el año 1979 se inauguraron las

instalaciones que comienza a ejercer como la Unidad de Neurología y Neurofisiología.

El Dr. Mario Barragán Vargas fue el primer Jefe de la Unidad y fue fundador de la Liga contra la Epilepsia en el año 1977.

La Unidad también atiende interconsultas en el Hospital, se atiende aproximadamente 20 pacientes de consulta externa y se realizan de 5 a 8 electroencefalogramas diarios.

La Unidad de Neurología tiene la misión de brindar tratamiento y atención neurológica, neurofisiológica y neuropsicológica a todos los pacientes que lo requieren; ya sean pacientes externos o internos del Hospital.

La visión de la Unidad es procurar la atención de cada paciente brindando un tratamiento óptimo para la recuperación del mismo.

El Objetivo General es brindar atención y tratamiento adecuado a cada paciente.

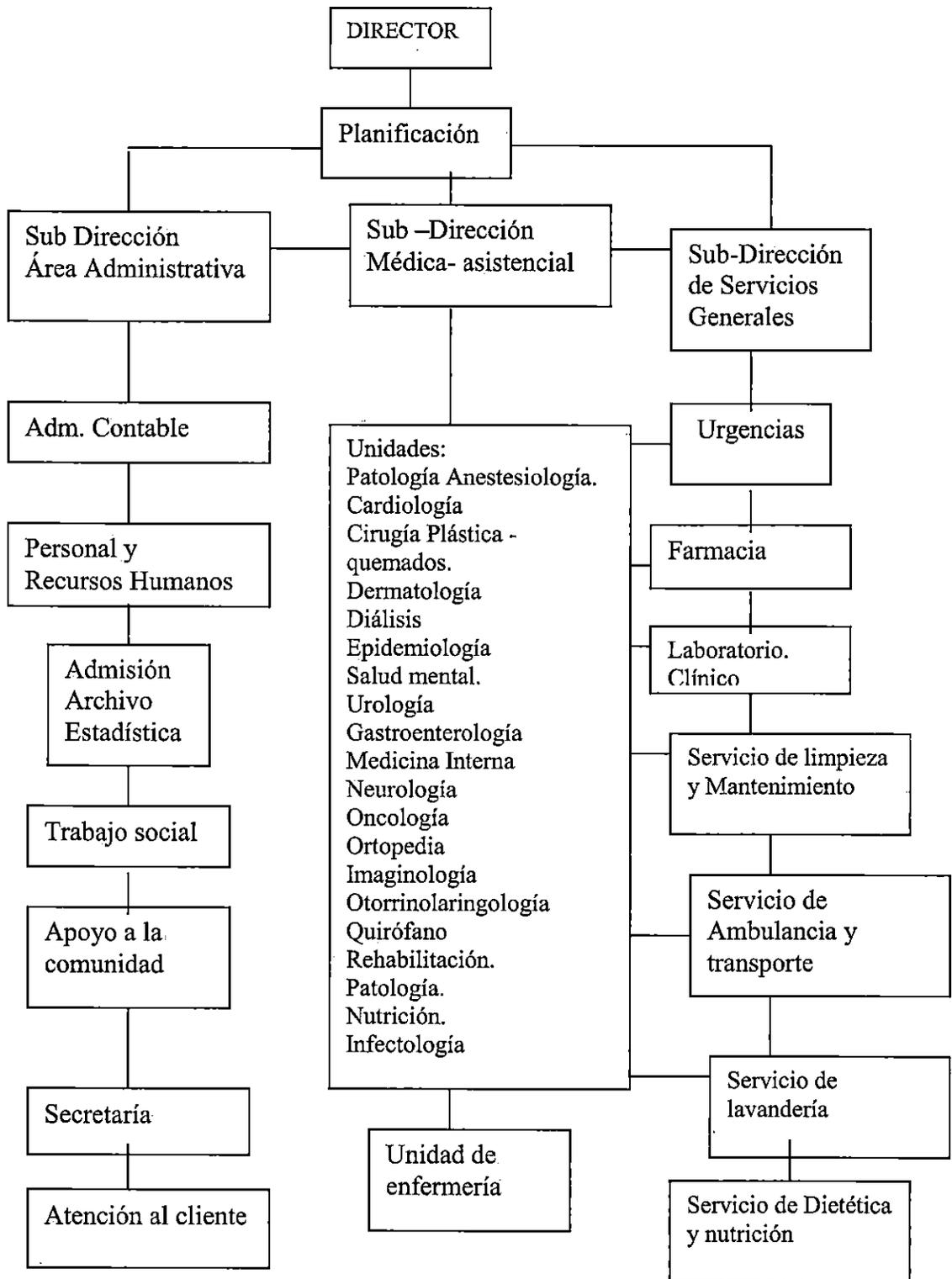
Los Objetivos Específicos son:

- Brindar atención médica de calidad a todas las personas que lo demanden.
- Asistir a pacientes con patologías terapéuticas, concernientes a los Servicios de Medicina Interna.
- Otorgar atención médica hospitalaria para pacientes que requieran ser Internados para diagnóstico y tratamiento.
- Lograr la accesibilidad del tratamiento para la paciente.

**a) Manual de Funciones:** La Dirección es la máxima responsable del Hospital, existen tres sub - direcciones: Administrativa, Médica - Asistencial y de Servicios Generales. La función del Director es la de elaborar el Plan Anual y actividades del Hospital, coordinar controlar y evaluar su ejecución cuando corresponda, asignar los cometidos y tareas a sus dependencias de acuerdo a normas del Ministerio de Salud.

El área Administrativa está encargada de los aspectos financieros, personal, datos estadísticos. La Sub - dirección médica asistencial coordina con las Unidades del Hospital que son 27, mientras que la Sub - dirección de Servicios Generales coordina los diferentes servicios del Hospital: Limpieza, Lavandería, Farmacia entre otros.

## ORGANIGRAMA - HOSPITAL DE CLÍNICAS



**b) Procesos Económicos:** El Servicio de Neurología de la Ciudad de La Paz otorga un beneficio a todas las pacientes, el cual es la venta de medicamentos como medicamentos nacionales e internacionales para tratar esta enfermedad como es la Carbamacepina, Idantina Simple y Compuesta cuenta con todos los servicios básicos, es decir, agua potable, electricidad, servicios sanitarios, teléfono.

La atención de las pacientes al Servicio de Neurología es bastante difícil debido al trámite que tienen que realizar, se debe comprar la ficha previamente en horario de las 7:00 am; son 20 fichas por día, las fichas son repartidas equitativamente a los dos consultorios, para que las pacientes sean atendidas y la atención a estas pacientes se realiza después de la visita médica.

La mayoría de las pacientes con epilepsia provienen del sector urbano que constituye la clase media, son pacientes con bajos recursos económicos.

La actividad económica de las familias que son atendidas, es el comercio, generalmente se dedican a una actividad por cuenta propia, trabajan en alguna actividad agrícola, y albañilería.

**c) Procesos Jurídicos:** El Servicio de Neurología se basa en una norma, esta se relaciona con las regulaciones internacionales de las Damas Voluntarias, quienes realizan aportes a nombre de la fundadora Sra. Yola de Callispieris, como también la Asociación de Ligas de Epilepsia.

La Unidad de Neurología proporciona a su personal otros servicios como: alojamiento, alimento cuando estos están de turno, ya que se quedan atendiendo a los pacientes las 24 horas. Una de las normas obedece a que: las pacientes cumplen con su medicación debido a que los médicos indican a sus pacientes que la toma del medicamento es a una hora determinada, se les instauro lo que es responsabilidad, ya que el daño que se ocasionarían sería de gravedad, porque con el incumplimiento de estos medicamentos podrían recaer

y el médico tendría que volver a tomar exámenes clínicos y en muchos casos aumentar las dosis.

Otras Normas que realiza la Unidad de Neurología a las pacientes epilépticas: se refieren al no consumo de sustancias alcohólicas, o bebidas de color oscuro ya que estos son psicoactivos es decir que podrían provocar que la paciente tenga una convulsión en cualquier momento; abstenerse de concurrir a determinados ambientes como discotecas, o lugares con exceso de luces de colores y exceso de personas. Todas estas normas se efectúa con el consentimiento de la paciente, en caso de que la paciente sea menor se realiza con el consentimiento de los padres y neurólogos.

**d) Procesos Políticos:** La Unidad de Neurología sigue los lineamientos estatales destinados a la prevención de la epilepsia como única posibilidad para conseguir un bienestar en las pacientes. La Unidad de Neurología se encarga del control y recuperación de estas pacientes siguiendo políticas específicas para cada una de estas áreas; sin embargo responden a las decisiones de nivel político superior, que en este caso corresponde al Dr. Félix Loza Chacón que es el Director del Hospital de Clínicas cuyo cargo responde al poder respecto al bienestar de este Hospital.

La Creación de Ligas de Epilepsia en los nueve Departamentos de Bolivia es otro de los pedidos de la Sociedad de Neurología de Bolivia para que las pacientes reciban el apoyo del médico y su familia. Existe esta organización en la Sede de Gobierno, pero se necesita reforzar su trabajo en coordinación con otros Departamentos e incluso otros países.

De esta manera para el control de la epilepsia se asumen algunas políticas las cuales consiste en ayudar a la paciente, otorgándole los beneficios para su recuperación por medio de algunos programas específicos llevados a cabo con la ayuda de otras instituciones las cuales logran un apoyo para poder controlar su enfermedad, es el caso del país de Chile.

En cuanto al trato que reciben las pacientes con epilepsia dentro del Hospital de Clínicas de la Ciudad de La Paz, es regido a políticas internas dependiendo de la crisis que presente la paciente. La política primordial es la reinserción familiar, social y laboral donde la paciente pueda desenvolverse con toda tranquilidad sin que exista el tabú de su enfermedad como es el caso del colegio o laboralmente en oficinas ya que son discriminadas por esta enfermedad.

**e) Procesos Ideológicos:** El Servicio de Neurología se basa en una ideología de apoyo a la paciente para que supere su enfermedad ya que muchas veces se encuentran adaptadas a esta, puesto que se cree que es una enfermedad contagiosa.

La Unidad de Neurología ha asumido una ideología muy similar a la posición paternalista, pues su concepto de protección está aproximado a suplir en muchos casos a la familia, brindando a las pacientes la satisfacción de sus necesidades, pero sin dejar que ellas tomen la responsabilidad, justificando incluso las actividades cuando no llegaron a cumplir su tratamiento y aminorando de esta manera su grado de responsabilidad. Promueve factores de protección a la paciente, que incluye estar a su lado cuando presenta una convulsión, lograr que tome sus pastillas a una hora determinada, evitar que se encierre en el baño o en algún lugar ya que sería peligroso, porque la paciente podría tener una convulsión dentro de este y ocasionarse daños ya que nadie podría ayudarla, algo muy importante es la posición que debe tener la paciente en el momento de su convulsión ya que lo mejor es evitar que se golpee la cabeza para ello sería muy conveniente ponerle una almohada, ponerle un pañuelo porque se podría lastimar, estas son consideradas como primordiales que se realiza para paliar los efectos del riesgo.

**f) Procesos Culturales:** La Unidad de Neurología promueve a que las pacientes de epilepsia se guíen por la opinión de médicos especializados y

sigan los tratamientos, ya que existen muchas enfermas de epilepsia que se llegan a curar con la administración de medicamentos como la Carbamacepina, Idantina Simple o Compuesta y otros.

En la mayoría de las pacientes predomina un pensamiento (especialmente en aquellas que vienen de áreas rurales), el cual se basa en que se encuentran así por algún castigo divino o porque religiosamente cierto espíritu se les entró llegando así a las costumbres propias de sus comunidades.

Algunas de las familias de estas pacientes del campo practican y reproducen, casi en general un tipo de pensamiento, y creen que un espíritu maligno se les entró y solo aquellos que practican la brujería podrían sacarlo a este a través de rituales, limpiezas e inclusive matando animales o tomando la sangre de murciélagos, todo esto para que frene de alguna manera los ataques.

La mayoría de las personas que sufren de epilepsia se apartan del mundo y de la sociedad temiendo que alguien notara algo raro cuando la enfermedad le emerja. Muchas de ellas se dirigen a curanderos por la desesperación de esta enfermedad, del no saber qué hacer, e inclusive se basan en comentarios de otras personas quienes les dicen que las curarán y estos se aprovechan, ya que llegan a cobrarles grandes cifras que van desde bolivianos hasta dólares, aumentando la superstición en torno a estas enfermas. Para mejorar el tratamiento de la epilepsia las enfermas y sus familias tienen que salir de la sombra y facilitar su acceso a una ayuda médica.

La cultura boliviana es muy variada ya que existen rituales que se realizan con el fin de lograr buena salud como sahumeros, esto para conseguir salud, por lo tanto estas tradiciones se dan más en las personas del campo porque se considera esta enfermedad como un castigo divino de manera de que se encasillen en esta idea. En nuestro país existen muchas tradiciones, muchas costumbres, se cree que la paciente que sufre de epilepsia debe buscar la ayuda de "Hechiceros"

## **2. NECESIDADES DE APOYO PSICOLÓGICO**

La epilepsia al ser una enfermedad estigmatizada, las pacientes son discriminadas o aisladas en la mayoría de los casos, necesitan más apoyo social y psicológico, si bien al interior de la familia existen factores de apoyo incondicional es decir que brinda ayuda a la paciente, le colabora y en primer lugar se las trate como "personas normales", para que se sientan orgullosas de lo que ellas hacen, además ayudarla para que se desempeñe en una actividad que le guste, estudiar una profesión o trabajar.

Sin embargo la discriminación puede darse, en la mayoría de los casos, desde el hogar y puede tener dos vertientes: sobreprotección o aislamiento. Respecto a la primera es común que, al ser impredecible el momento en que hay una crisis, "los parientes traten a la paciente sobreprotegiéndola y no la dejan desenvolverse ni desarrollar en sus actividades y habilidades, con esta actitud se le impide su desarrollo personal y se le vuelve incapaz de valerse por sí mismas".

En cuanto al aislamiento, se cree erróneamente que el esfuerzo mental puede interferir en el control de la epilepsia y por lo tanto se comente el error de impedir que las pacientes realicen las actividades de la vida cotidiana, como asistir al colegio, asistir a reuniones; es así que también es habitual que la paciente sea resguardada en casa por temor a que asuste a sus compañeras, amigas, y vecinas cuando sufre una crisis, o para evitar que ella y su familia sean señalados y rechazados.

La discriminación está presente igualmente en otras esferas, por ejemplo en el aspecto laboral, no obstante de contar con una formación académica, las enfermas tienen dificultades para obtener un empleo o se les niega la posibilidad de progresar profesionalmente cuando dicen que padecen epilepsia. Hay algunas personas que por este motivo prefieren ocultar su condición, pero al sufrir una crisis en el trabajo son aisladas o despedidas.

La inseguridad y valoración inadecuada de la paciente obstaculiza el acercamiento a otras personas, y la interacción social es limitada, incluso encontrar pareja puede resultar difícil, hay quienes no revelan su enfermedad, pero tarde o temprano son descubiertas y sufren reacciones adversas en múltiples casos.

Es muy importante que la paciente y su familia comprendan cuál es la naturaleza de la enfermedad y las posibilidades del tratamiento médico, ya que esta información es de utilidad para dejar de negar el problema, buscar culpables o sentirse víctimas de lo que ocurre, sino que acepten la enfermedad y por consiguiente lleguen a adaptarse a los cambios, desafíos que esto implica, que es un paso indispensable para que aprendan a vivir con ella y a controlarla.

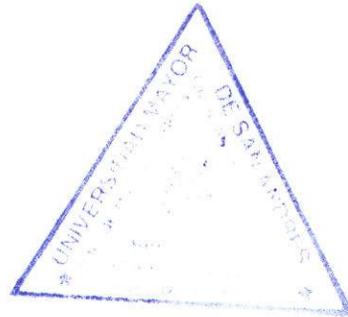
En esta labor también es de vital importancia la ayuda emocional y psicológica, ya que se suelen generar estados de inquietud, estrés; por lo impredecible de una nueva crisis, el miedo a lastimarse durante un ataque y la preocupación por los efectos secundarios de los fármacos.

Este panorama, demuestra las vicisitudes en la que se encuentran las pacientes que tienen epilepsia, dentro y fuera de su ámbito familiar, existiendo factores: aislamiento, discriminación, estigmatización que inciden en los aspectos psicológicos, sociales, elevando la probabilidad de que se inicien problemas diversos traducidos en valoración negativa, estrés, pensamientos negativos de sí mismas, descontrol emocional.

Por lo tanto se ve necesario realizar programas que ayuden a la enferma de epilepsia, debido a la ausencia de talleres que traten sobre la enfermedad causas y forma de tratamiento, y mucho menos que abarquen aspectos que tomen en cuenta la parte psicológica de la enferma, por lo es necesario implementar este tipo de programas que beneficien a estas personas tanto en el núcleo familiar, social y de sí mismas.

## **CAPÍTULO II**

### **OBJETIVOS**



#### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

- ✓ Elaborar y aplicar el Programa de Estrategias de Afrontamiento para pacientes internas con diagnóstico de epilepsia, del Servicio de Neurología del Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz.

#### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ✓ Reforzar destrezas mediante el manejo emocional adecuado frente a situaciones de estrés o conflicto para incrementar estrategias de afrontamiento a pacientes internas con diagnóstico de epilepsia del Servicio de Neurología del Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz.
- ✓ Generar pensamientos positivos mediante la autovaloración para incrementar estrategias de afrontamiento a pacientes internas con diagnóstico de epilepsia del Servicio de Neurología del Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz.
- ✓ Afianzar conductas adaptativas, para superar cambios y desafíos como consecuencias de la enfermedad a pacientes internas con diagnóstico de epilepsia del Servicio de Neurología del Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz.
- ✓ Desarrollar el comportamiento interpersonal mediante el apoyo social para incrementar estrategias de afrontamiento a pacientes internas con diagnóstico de epilepsia del Servicio de Neurología del Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz.

## **CAPÍTULO III**

### **PROPUESTA DE TRABAJO**

#### **3 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

##### **3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS**

Durante los años 1940 y 1950 el concepto de afrontamiento tuvo importancia en el campo de la psicología durante más de 50 años, en el que significó un concepto organizativo en la descripción y evaluación clínica y actualmente constituye el centro de una serie de psicoterapias y principalmente de programas educativos que tiene como objetivo desarrollar recursos de adaptabilidad.

Este concepto de afrontamiento fue utilizado en el siglo XVI en ese entonces expresaba dureza, tensión, adversidad o aflicción.

A fines del siglo XVIII Hocke utilizó la palabra en el contexto de la física. Se definió la palabra "load" como una fuerza externa: el estrés hace referencia a la fuerza externa (load), que tiende a distorsionarlo y "strain" era la deformación o distorsión sufrida por el objeto. (Hinkle 1977).

En la literatura se ha intentado identificar a la conducta de afrontamiento relacionándola con los resultados del proceso de afrontamiento (Spinetta, 1977), y los pacientes como sus padres se dividían en buenos y malos afrontadores, dependiendo de la efectividad o ineffectividad de las estrategias de afrontamiento.

Las estrategias más importantes relacionadas con los resultados positivos eran la comunicación abierta y honestidad manteniendo la esperanza y el uso efectivo de los mecanismos de defensa, en particular la negación ( Slavin, O' Malley, Koocher y Foster, 1982; Spinetta y Maloney, 1978). La investigación, que se consideró como un mecanismo de defensa destructivo en el caso de la

enfermedad ( Kagen 1976 ), se considera ahora y juega un papel crucial para afrontar la realidad diaria y mantener una perspectiva positiva para el futuro (Beisser, 1979; Detwiler, 1981; Koocher y O' Malley, 1981; Mulherrn et al., 1981; Pfefferbaum y Levenson, 1982 ).

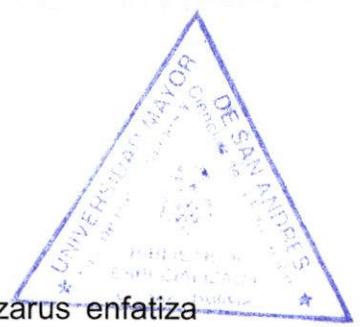
Por otra parte, como señala Mormónt (1992) cabe establecer una clasificación diferente de las estrategias de afrontamiento, centra como reacciones no específicas al conflicto provocado por la situación y analizar las reacciones del entorno de diversas maneras.

### **3.2. DEFINICIÓN DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO**

Las estrategias de afrontamiento pueden definirse como esfuerzos cognitivos y conductuales realizados para manejar el estrés psicológico o las demandas externas/ internas que son evaluadas como algo que excede los recursos propios de la persona.

Las personas pueden afrontar las demandas internas y externas de la vida de formas diferentes, a veces de manera más efectiva y otra menos funcional. Los teóricos han descrito estas formas de pensar y comportarse como estrategias de afrontamiento.

Las estrategias de afrontamiento son técnicas que permiten al individuo hacer frente a situaciones conflictivas. Según Kahn y sus colaboradores (1964) refieren que ninguna estrategia se considera inherentemente mejor que la otra. La claridad de una estrategia (su eficacia e idoneidad) viene determinada solamente por sus efectos, en una situación determinada y por sus efectos a largo plazo.



### 3.3 TIPOS DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

La teoría del afrontamiento como proceso según Folkman y Lazarus enfatiza que al menos existen dos funciones principales del afrontamiento, una focalizada en el problema y otra en la emoción. La función del afrontamiento focalizado en el problema es cambiar la relación ambiente- persona actuando sobre el ambiente o sobre sí mismo; se trata de manejar o alterar la fuente generadora de estrés.

La función del afrontamiento focalizada en la emoción es cambiar el modo en que se trata la situación generadora de estrés (por ejemplo, vigilancia, evitación) o interpreta (por ejemplo, negación, reevaluación) lo que está ocurriendo, para mitigar el estrés; se trata de regular la respuesta emocional del estrés; cambiar, por ejemplo, el significado relacional de lo que está ocurriendo es un modo para reducir el estrés y la emoción. Ambas formas de afrontamiento pueden en la práctica facilitarse mutuamente; por ejemplo, la reducción previa de estados emocionales como la ansiedad o ira suele facilitar las actividades de solución de problemas (facilita el afrontamiento focalizado en el problema) y viceversa, un afrontamiento focalizado en el problema puede llevar a la reducción de la respuesta emocional. Sin embargo, también pueden interferirse, minimizando la relevancia de un suceso (focalización emocional) puede inhibir las actividades dirigidas al afrontamiento - problema.

El afrontamiento según Belloch A., Sandin B., Ramos F (1995, p 24) depende de la evaluación respecto a que pueda o no hacerse algo para cambiar la situación. Si la valoración dice que puede hacerse algo (que la condición estresante puede ser controlable por la acción), predomina el afrontamiento focalizado en el problema. Si la valoración dice que no puede hacerse nada, entonces predomina el afrontamiento en la emoción (Aunque todos pueden usar diferentes estrategias en distintas situaciones y momentos de la vida, algunos las utilizan con más frecuencia y otros menos). Las estrategias emocionales

pueden tener diferentes grados de funcionalidad, así algunas favorecen a que los individuos puedan responder más efectivamente a las demandas internas y externas y otras que son más bien respuestas menos funcionales, las cuales son:

**a) Estrategias centradas en el problema:**

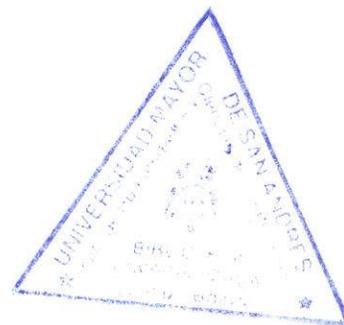
- Afrontamiento activo
- Planificación
- Supresión de actividades competitivas
- Afrontamiento demorado
- Afrontamiento social instrumental

**b) Estrategias centradas en la emoción**

- Apoyo social emocional
- Aceptación
- Apoyo en la religión
- Reinterpretación positiva y crecimiento

**c) Estrategias centradas en la emoción menos funcionales**

- Concentración y desahogo de la emoción
- Liberación conductual
- Liberación cognitiva
- Negación
- Liberación hacia las drogas



Las estrategias de afrontamiento más representativas son:

- **Resolución de problemas:** Estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce. Una respuesta habitual ante la vivencia de situaciones que nos enfadan y/o entristecen es pensar y actuar sobre el problema responsable de estos estados de ánimo

- **Reestructuración cognitiva:** Estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante. La reinterpretación o reevaluación positiva de lo ocurrido consiste en mejorar el entendimiento de lo que ha sucedido, esto es, buscar y lograr comprender la desde diferentes puntos de vista. De hecho, y considerando las circunstancias que generan emociones desagradables, esta forma de estrategia de afrontamiento es especialmente eficaz cuando los hechos son graves o prácticamente irresolubles, cuando, se enfrenta a enfermedades serias, que condicionan o amenazan la vida o la de las personas que rodean a la persona, a la pérdida del trabajo o a una separación de pareja.
- **Apoyo social:** Estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional; esto hace posible que el desahogo y el sentirse cuidados, comprendidos, valorados, estimados y reconfortados.
- **Expresión emocional:** Estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés, hablar sobre las emociones es beneficioso, e inhibir la comunicación es negativo, pero no todo consiste en expresar sistemáticamente lo que pasa de manera espontánea. Cuando se intenta expresar lo que se siente sin manifestar extremadamente los sentimientos (las reacciones que provoca la situación), y sin confrontar o herir a los demás, se está poniendo en práctica una estrategia de afrontamiento basado en la comunicación emocional regulada.
- **Evitación de problemas:** Estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante.
- **Pensamiento desiderativo:** Estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante.
- **Retirada social:** Estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante, sobre todo cuando suceden

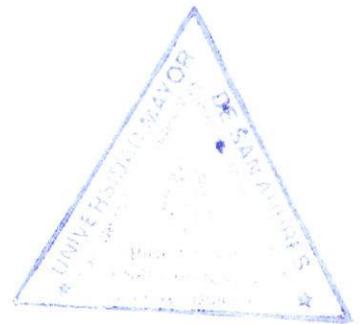
acontecimientos irremediables o situaciones sobre las que se tiene escaso control.

- **Autocrítica:** Estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.

### 3.4 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y ENFERMEDAD

Se realizaron estudios de los aspectos psicológicos en personas con diferentes diagnósticos y en algunos casos pacientes terminales, la psiquiatra Elizabeth Kubler Toss (1969) estudió las reacciones emocionales en estos pacientes y señaló que existen las siguientes:

- 1.- La negación, el sujeto rehúsa a aceptar la realidad de lo que está sucediendo.
- 2.- Enojo, ira.
- 3.- Búsqueda de tiempo extra.
- 4.- Depresión.
- 5.- Aceptación.



Otro estudio de Weissman (1998) analiza algunos rasgos presentes en personas que afrontan de manera inadecuada la enfermedad:

- 1.- Sus expectativas sobre sí mismos son exageradas, son rígidos en sus planteamientos, o inflexibles y renuentes a solicitar ayuda.
- 2.- Tienen opiniones absolutas y estrechas acerca del comportamiento humano.
- 3.- Muestra sumisión o son sugestionables en ciertas circunstancias.
- 4.- Tienden a la negación excesiva.
- 5.- Les resulta difícil valorar diferentes alternativas por se tornan pasivos y de carentes de iniciativa.

6.- Cuando la rigidez se someten a juicios aventurados o conductas atípicas e ineficaces. (Gryzbowsky y Álvarez ,2011 p 23)

### **3.5 AFRONTAMIENTO**

El afrontamiento es entendido como un esfuerzo cognitivo y conductual orientado a manejar, reducir, minimizar, dominar o tolerar las demandas externas e internas que aparecen y generan estrés (Halstead, Bennett, Cunningham 1993).

Según Lazarus y Folkman el afrontamiento no son las situaciones en sí mismas las que provocan una reacción emocional, sino la interpretación que el sujeto realiza de tales situaciones.

Se define al afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.(Lazarus R., Folkman S. 1986 p.164).

Es así que en la mayoría de los estudios caracterizan al afrontamiento como un conjunto de respuestas para manejar una situación que representa estrés, utilizando los diversos recursos de afrontamiento que posee el individuo en el caso de la enfermedad su aparición, supone siempre una situación de crisis y un deterioro de la calidad de vida y es normalmente el origen de las características fisiológicas de los síntomas que presenta el individuo, de los estados afectivos y del desequilibrio en la estructura del rol que desempeña el paciente en su enfermedad (redaly.uaemex.mx).

El afrontamiento no debería confundirse con el dominio sobre el entorno: Muchas fuentes de estrés no pueden dominarse y en tales condiciones el afrontamiento eficaz incluiría todo aquello que permita al individuo tolerar, minimizar, aceptar o incluso ignorar aquello que no puede dominar.

El planteamiento del afrontamiento como proceso según Folkman y Lazarus tiene tres aspectos principales: primero, el que hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace, en contraposición con lo que este generalmente hace, o haría en determinadas condiciones (lo cual pertenece al planteamiento de rasgo). Segundo, lo que el individuo realmente piensa o hace, es analizado dentro de un contexto específico. Tercero, hablar de un proceso de afrontamiento significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose. Por tanto, el afrontamiento es un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias, digamos defensivas, y en otros con aquellas que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno (Lazarus. R., Folkman S. 1986 p.170).

Moos, Cronkite, Billings y Finney (1986) categorizaron al afrontamiento según dos dimensiones diferentes: el método y la focalización. El afrontamiento, desde el punto de vista del método empleado puede ser activo – cognitivo (por ejemplo, redefinir la situación), activo - conductual (por ejemplo, acciones comportamentales para modificar la situación) y evitación (por ejemplo, distanciarse de la situación). La segunda clasificación se establece en términos de la focalización de las respuestas del afrontamiento, dando lugar a los tres tipos siguientes: Focalizado en la evaluación (por ejemplo, análisis lógico), focalizado en el problema (por ejemplo, acciones de solución del problema) y focalizado en la emoción (por ejemplo descarga emocional) (Belloch A, Sandin B., Ramos ,1995 p. 27).

## **3.6 EPILEPSIA**

### **3.6.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS**

Desde la era antigua se buscó explicaciones para las crisis epilépticas, atribuían a las crisis a poderes sobrenaturales que se “desprendían temporalmente de su

ser", se pensaba que en algunas personas los resplandores del torno del alfarero podían desencadenar convulsiones. Los egipcios, el pueblo caldeo y judío daban a esta enfermedad una connotación negativa, como algo malo, denigrante y que ellos debían esconder. Los griegos creían que la epilepsia provenía de la voluntad de los Dioses.

Algunos investigadores sitúan las trepanaciones en tiempos remotos como el Paleolítico Superior (10000 a C), la mayoría, entre ellos Paul Brocca, afirma en que se realizaron a partir del período neolítico (8000-5500 aC).

En Sudamérica, especialmente en Perú, a partir de 1894 se encontraron cráneos perforados correspondiendo a 3000 a 2000 aC.

Durante la época romana se suponía que el individuo al oler una piedra azabache (carbón) no sufría crisis de inmediato, no padecería la enfermedad. La cirugía craneana, en forma de trepanaciones era una de las prácticas médicas más antiguas, en opinión de algunos autores fue realizada en casos de ataques convulsivos con el fin de expulsar espíritus malignos responsables de la enfermedad. Las operaciones de cráneo, al igual que otras formas de terapias se asociaban a magia, hechicería, esoterismo y charlatanería. Solo en los últimos 150 años los procedimientos quirúrgicos comenzaron a tener una base científica, con el desarrollo de la neurofisiología y el avance tecnológico en técnicas quirúrgicas y diagnósticas.

En la Grecia antigua la interpretación de la epilepsia era variada, para algunos la enfermedad era enviada por los dioses siendo las víctimas dotadas con capacidades especiales, es decir que era una "enfermedad sagrada". Otras personas creían que las convulsiones era desencadenadas por acumulación de flema fría (uno de los cuatro humores) que obstruía las venas impidiendo que el aire alcanzara el cerebro. De tal manera que se realizaban sangrías, incisiones cruzadas en el occipicio, cauterización del cuero cabelludo con hierros

calientes o aceite hirviendo, incluso perforación del cráneo para disminuir la viscosidad.

Se señala que cerca de 400 años a. de C., Hipócrates describió la epilepsia como: "...en cuanto a la enfermedad que llamamos sagrada, he aquí lo que es: ella no me parece ni más sagrada ni más divina que las otras, ella tiene la misma naturaleza que el resto de las otras enfermedades, y por origen las mismas causas que cada una de ellas. Los hombres le han atribuido una causa divina, por ignorancia y a causa del asombro que les inspira, pues no se parece en nada a las enfermedades ordinarias". Resulta comprensible que algo tan impresionante, misterioso y sobrecogedor como las convulsiones, haya despertado tanto interés y curiosidad en el hombre, desde el momento de su inserción en el mundo biológico y que permanece hasta nuestros días. Por consiguiente Hipócrates atacó la estructura del pensamiento mágico que impedía apreciar la verdadera naturaleza de los fenómenos patológicos.

Galeno fiel seguidor de Hipócrates, concordaba con la teoría de la flema fría, recomendando procedimientos calóricos y deshidratantes.

Durante la Edad Media, se repiten las enseñanzas de Hipócrates y Galeno, la práctica médica estuvo controlada por los clérigos (doctores) y de los barberos cirujanos quienes en su mayoría ofrecían extirpar del cráneo la "piedra de la locura", en diversas afecciones en que se confundían enfermedades mentales y epilepsia. Esta época fue complicada para el desarrollo de la medicina porque debido a la influencia religiosa, no solo no se avanzó, sino que se retrocedió en los conocimientos científicos que se habían adquirido, al dejar de considerar a la epilepsia como una enfermedad producida en el sistema nervioso y devolviéndole el carácter mágico que había tenido en otras épocas.

Hasta finales del siglo XVIII se llega a la conclusión que el demonio no es el causante de la epilepsia y que se debe investigar las causas en un plano orgánico y es entonces cuando la actividad científica cambia de rumbo y

comienzan los descubrimientos que relacionan la electricidad y el sistema nervioso.

En 1824, Calmeil introdujo una clasificación basada en la gravedad de los cuadros clínicos. Para 1870, Hughlings Jackson estableció el término de "foco epileptógeno" igualmente, William Gowers desarrolló una clasificación inicial; y en 1929, Hans Berger aportó sus conocimientos resultantes de los primeros registros de la actividad eléctrica cerebral, mediante la utilización del electroencefalógrafo. Después William Lennox contribuyó a ampliar los conocimientos de este trastorno.

También, Bandelier, en 1895 realizó excavaciones en las vecindades del lago Titicaca afirmó haber encontrado cráneos trepanados de la cultura Aymara, las trepanaciones se realizaban no solamente en caso de fracturas, sino también para expulsar espíritus malignos que causaban cefalea o "ataques".

Con el advenimiento de la anestesia y la antisepsia, las técnicas de cirugía cambiaron de tal modo que en la segunda mitad del siglo XIX, la mortalidad en trepanación para la epilepsia disminuyó.

La llegada del siglo XX marcó el desarrollo de enormes progresos para el manejo de los pacientes con epilepsia, surgen los primeros medicamentos efectivos en el tratamiento en la epilepsia ya no se la consideraba a esta como una enfermedad sino como una condición, capaz de ser intervenida a nivel molecular para mejorar la calidad de vida a los pacientes. El desarrollo de la electroencefalografía y de las neuroimágenes cerebrales permite clasificar mejor a las distintas formas de la epilepsia y realizar tratamientos más adecuados.

Varios estudios epidemiológicos mostraron las primeras evidencias científicas de una predisposición genética en varias formas de epilepsia.

Con los avances recientes de la biología molecular las teorías sobre genes implicados en las epilepsias podrán ser finalmente comprobadas de forma experimental.

La genética molecular fue ganando espacio en la investigación en la epilepsia mediante la manipulación del ADN y la identificación de mutaciones en los genes. Hay cerca de 130 presuntos desórdenes por genes únicos asociados con crisis epilépticas donde se presume la presencia de defectos estructurales genéticos.

En el año 2000 Arvid Carlsson, Paul Greengard y Eric Kandel recibieron el Premio Nobel de Medicina por sus descubrimientos sobre la señal de transmutación del sistema nervioso central.

Con los avances tecnológicos es indudable que se seguirá estudiando la epilepsia.

### **3.6.2 DEFINICIÓN**

La palabra "epilepsia" deriva del griego y significa "ataque", siendo este justamente el hecho que caracteriza a la enfermedad.

La epilepsia es un trastorno provocado por el aumento de la actividad eléctrica de las neuronas (células nerviosas) en alguna zona del cerebro. La persona afectada puede sufrir una serie de convulsiones o movimientos corporales incontrolados, de forma repetitiva. A este padecimiento se le llama "ataque epiléptico", para considerar epiléptico a alguien, los ataques deben repetirse con cierta frecuencia (ataques recurrentes). La epilepsia tiene su origen en unos cambios breves y repentinos del funcionamiento del cerebro; por esta razón, se trata de una afección neurológica. Dicha afección no es contagiosa ni está causada por ningún tipo de retraso mental. Algunas personas con retraso mental pueden experimentar ataques epilépticos, pero tener estos ataques no implica necesariamente el desarrollo de una deficiencia mental. Esta

enfermedad puede darse en personas de cualquier edad y condición, aunque es más común en la infancia o adolescencia y en la vejez.

La epilepsia puede aparecer a causa de una lesión o una cicatriz cerebral, en muchos casos producidos durante el nacimiento o inmediatamente después de nacer. De cualquier forma, es posible detectar estas señales y conocer qué las ha provocado mediante diversos métodos.

### **3.6.3 CAUSAS DE LA EPILEPSIA**

La epilepsia es un trastorno con muchas causas posibles. Cualquier factor que impida o distorsione el patrón de actividad neuronal normal puede conducir a la aparición de una crisis epiléptica. Se ha observado que algunas personas epilépticas pueden tener una cantidad más alta de neurotransmisores activos.

La epilepsia sintomática es causada frecuentemente por un daño directo al cerebro que ocasiona que las células nerviosas que se encuentran alrededor de la zona dañada se vuelvan inestables y luego hiperactivas, entre las causas de daño cerebral están: las infecciones del cerebro o de las meninges, los tumores cerebrales, los golpes en la cabeza, las hemorragias cerebrales, todas estas enfermedades dejan en el cerebro lesiones a cuyo alrededor las células nerviosas parcialmente dañadas van constituyéndose en focos epilépticos causantes de ataques de diverso tipo.

En la epilepsia idiopática, no se puede encontrar una causa directa que provoque los ataques como en los casos anteriores y esto puede ser explicado por lo dicho anteriormente toda persona es capaz de presentar crisis epilépticas si hay un estímulo suficientemente intenso como para provocar una hiperactividad de las células cerebrales de un área cualquiera. Sin embargo, las células cerebrales de la mayoría de las personas tienen una resistencia activa a la hiperactividad, al contrario de las personas con epilepsia idiopática presentan una disminución marcada de esa resistencia.

### **3.6.4 MEDIOS DE DIAGNÓSTICO**

Una adecuada evaluación médica es fundamental para un diagnóstico correcto de la enfermedad, la información suministrada por el paciente y su familia basada en la observación de la crisis es de gran ayuda para el médico.

Se emplean los siguientes métodos de diagnóstico:

#### **a) *Electroencefalograma***

El Electroencefalograma (EEG): con este examen se registra la actividad eléctrica cerebral, muchas enfermedades del sistema nervioso central pueden producir alteraciones de la actividad cerebral. El EEG es útil como ayuda diagnóstica en la diferenciación de la causa de los ataques convulsivos.

#### **b) *Escanografía Cerebral***

Este es un método diagnóstico en el cual se toman secuencias radiológicas del tejido cerebral y se integran por una computadora. Es de especial importancia en el estudio de las crisis convulsivas pues ayuda para destacar o confirmar la presencia de tumores o parásitos cerebrales, cicatrices antiguas.

#### **c) *Resonancia Magnética Nuclear (RMN)***

Es un método diagnóstico radiológico que da mayor información sobre las enfermedades del sistema nervioso y se complementa con la escanografía y se utiliza en situaciones especiales, por su alto costo, no es rutinario.

### **3.6.5 CLASIFICACIÓN DE LAS EPILEPSIAS**

La clasificación de las epilepsias, publicada en 1989 por la Liga Internacional Contra la Epilepsia se basaba en dos criterios fundamentales: el topográfico y el etiológico.

Según el primero de ellos, las epilepsias se dividían en tres tipos: parciales/focales, generalizadas y de localización indeterminada, según su causa, cada uno de esos grupos se subdividía a su vez en otras tres formas: idiopática (cuando no existía etiología evidente, salvo la predisposición

genética), sintomática (cuando la epilepsia era secundaria un trastorno identificable) y criptogénica (cuando la causa no resultaba evidente). La clasificación de 2010 suprime la división de las epilepsias en focales y generalizadas por considerarla inadecuada, a pesar de haber mantenido esa forma de categorización en el caso de las crisis epilépticas.

Además, elimina los tres subtipos etiológicos vigentes desde 1989 y los sustituye por los siguientes: epilepsias genéticas, epilepsias de causa estructural/metabólica y epilepsias de causa desconocida.

Se determinó que una epilepsia es de causa genética cuando es el resultado directo de un defecto genético y las crisis constituyen el síntoma cardinal del trastorno. El reconocimiento de su base genética debe provenir de estudios genéticos moleculares (como los que relacionan el síndrome de Dravet con alteraciones del gen *SCN1A*) o de estudios familiares apropiadamente diseñados (p. ej., estudios de concordancia en gemelos). Por consiguiente, se excluyen de este grupo etiológico algunos síndromes tradicionalmente considerados como idiopáticos, como la epilepsia infantil benigna con puntas centrotemporales.

Se considera que una epilepsia es de causa estructural – metabólica cuando hay evidencia de un trastorno estructural o metabólico definido y asociado a un incremento sustancial del riesgo de sufrir una epilepsia. Además de las epilepsias secundarias a lesiones cerebrales (ictus, traumatismos craneoencefálicos), se incluyen dentro de este grupo las epilepsias debidas a enfermedades genéticas en las que hay un trastorno interpuesto entre el defecto genético y la epilepsia.

El grupo de las epilepsias de causa desconocida queda reservado para aquéllas en las que se ignora su sustrato etiológico y se citan como ejemplos la epilepsia de la lactancia con crisis focales migratorias, la epilepsia rolándica

benigna, la epilepsia occipital benigna de Gastaut y el síndrome de Panayiotopoulos.

### **3.6.6 CLASIFICACIÓN DE LAS CRISIS EPILÉPTICAS**

La clasificación internacional que se utiliza actualmente tiene en cuenta los síntomas observados durante una crisis y la localización de la descarga eléctrica que se registra en el electroencefalograma (EEG).

La clasificación de las crisis se fundamenta exclusivamente en semiología ictal, estas pueden ser descritas por el paciente o algún testigo de las crisis, u observada directamente durante la monitorización con videos- EEG.

Las crisis epilépticas son síntomas de disfunción cerebral que se producen por una descarga hipersincrónica o paroxística de un grupo de neuronas, hiperexcitables, localizadas en el córtex cerebral.

Las manifestaciones clínicas son muy variables, dependiendo del área cortical involucrada. Las crisis epilépticas son autolimitadas duran normalmente, de uno a dos minutos y puede ser seguidas de un periodo variable de depresión cerebral que se manifiesta por déficits neurológicos localizados (pérdida de fuerza en extremidades - parálisis de Toda interacciones sensitivas) o difusos (somnolencia, cansancio, agitación, delirio, cefalea).

Las crisis epilépticas pueden ser reactivas cuando son consecuencia de una respuesta cerebral a un estrés transitorio como traumatismo craneo - encefálico, fiebre, desequilibrios metabólicos, contacto con tóxicos, abstinencia o abuso de alcohol y/o drogas y lesiones permanentes cerebrales. En otras ocasiones se producirán como síntoma de un síndrome neurológico más amplio denominado síndrome epiléptico que entre sus múltiples manifestaciones neurológicas (retraso mental alteraciones en el control del movimiento), también producirá crisis epilépticas.

La Clasificación Internacional de las Crisis Epilépticas (Comisión para la Clasificación y Terminología de la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE-1981) divide las manifestaciones clínicas en crisis parciales (comienzan en un área hemisférica específica) y en crisis generalizadas (comienzan en los dos hemisferios simultáneamente).

Cuando una crisis parcial no produce alteración de la conciencia se denomina crisis parcial simple. Si la conciencia está alterada se van a llamar crisis parciales complejas. Los síntomas o signos de las crisis parciales simples dependerán del área cortical involucrada en el foco epiléptico y se dividen en: motoras, sensitivas, autonómicas y psíquicas. Las crisis parciales simples sin síntomas motores son denominadas auras.

Las descargas neuronales anormales focales pueden propagarse después de un tiempo desde su inicio y dar lugar a que la crisis parcial evolucione a una crisis parcial compleja o a una crisis generalizada, pasándose a llamar crisis parcial secundariamente generalizada.

Las crisis generalizadas pueden ser convulsivas y no convulsivas.

Las convulsivas incluyen las tónicas, clónicas y tónico-clónicas.

Las no convulsivas incluyen:

a) Las crisis de ausencia que consisten en lapsos de conciencia de segundos de duración (menos de 10 segundos), se pueden observar movimientos simples como parpadeo o muecas faciales. El comienzo y el fin son súbitos y están asociadas con un registro EEG típico como las descargas punta-onda a 3 ciclos por segundo (ausencia típica). En otras ocasiones son de mayor duración, con confusión postictal y EEG con descargas punta - onda a dos ciclos por segundo (ausencias atípicas).

b) Las crisis mioclónicas son sacudidas musculares bilaterales y simétricas, súbitas y breves, sin alteración de la conciencia.

c) Las crisis tónicas son breves contracciones musculares más prolongadas, simétricas y bilaterales, con o sin empeoramiento de la conciencia y que con frecuencia causan la caída del paciente al suelo.

d) Las crisis atónicas (astáticas) consisten en una pérdida de tono bilateral y súbito, con o sin empeoramiento del nivel de conciencia y que frecuentemente causan caídas.

Cuando cualquiera de las crisis anteriores produce caída al suelo pueden causar traumatismos graves o una incapacidad muy importante. En ocasiones, el paciente puede notar síntomas sistémicos (malestar, nerviosismo), que marcan el inicio de una crisis generalizada y que no deben de ser considerados como crisis parciales que evolucionan a crisis generalizadas.

La epilepsia es una enfermedad que se caracteriza por crisis epilépticas recurrentes. Por lo tanto, una única crisis no constituye una epilepsia. Tampoco lo son las crisis reactivas a alteraciones transitorias del SNC que se resuelven espontáneamente o son tratadas satisfactoriamente.

Las crisis epilépticas que aparecen como crisis reactivas son normalmente generalizadas (convulsiones febriles), aunque pueden ser focales si ya el cerebro tiene una lesión con anterioridad que hace que un área lesionada sea más epileptogénica que otras (antiguas lesiones cerebrales por traumatismo en alcohólicos pueden producir crisis focales durante la abstinencia alcohólica, crisis parciales por hipoglicemia en un paciente diabético con un infarto cerebral previo).

La Clasificación Internacional de Epilepsias y Síndromes Epilépticos de 1989 divide a los síndromes epilépticos en:

- 1) Disfunción cerebral epileptogénica hereditaria (epilepsia primaria o idiopática)
- 2) Anomalías estructurales específicas, que pueden ser genéticas (esclerosis tuberosa) o adquiridas (epilepsia sintomática o adquirida).

Cuando se cree que una enfermedad es una epilepsia secundaria pero todavía no se ha descubierto el sustrato anatómico patológico específico, se denomina epilepsia criptogénica.

Las epilepsias son además subclasificadas como parciales o generalizadas, dependiendo de si la causa subyacente se presume que está localizada en una parte del cerebro o difusamente distribuida por ambos hemisferios (semes.org.revista.vo1).

El siguiente cuadro muestra la versión abreviada de las clasificaciones de síndromes epilépticos por la Liga Internacional contra la Epilepsia en 1989 y la propuesta del grupo de trabajo del año 2001:

### **SÍNDROMES EPILÉPTICOS MÁS FRECUENTES**

Grupos de síndromes	Síndromes específicos
<i>Epilepsias focales idiopáticas de la niñez</i>	Epilepsia benigna de la niñez con espigas centrotemporales Epilepsia occipital benigna de la niñez
Epilepsias focales sintomáticas	Epilepsia del lóbulo temporal con esclerosis hipocámpal
Epilepsias generalizadas idiopáticas	Epilepsias frontales Otras epilepsias focales
Encefalopatías epilépticas	Síndrome de West Síndrome de Dravet Síndrome de Lennox- Gastaut Afasia epiléptica adquirida

### **3.6.7 MORTALIDAD**

Desde hace aproximadamente 150 años existe acuerdo entre los autores de que la epilepsia es un severo peligro para la vida, en la última década se ha manifestado un creciente interés sobre el tema en el ámbito académico, científico y asistencial, así también dentro de las organizaciones de autoayuda. Dicho interés conlleva a apoyar a las familias en duelo, estimular a las

sociedades y gobiernos a una activa participación en este tema y diseñar estrategias para prevenir las muertes potencialmente evitables.

Las muertes pueden ocurrir sin relación con la epilepsia, relacionadas a una enfermedad subyacente o bien relacionada con la epilepsia misma. Las primeras corresponden a muertes que, como la bronconeumonía, son la causa de muerte. Las segundas son para algunos la principal causa de muerte entre las personas con epilepsia, siendo las principales de acuerdo a un estudio de registro los cánceres, las enfermedades cerebro vasculares, digestivas y las respiratorias.

Las terceras, muertes relacionadas con la epilepsia, al compararlas con las anteriores son menos frecuentes, pero no menos importantes. Entre ellas, el estado epiléptico, que se presenta al menos una vez en el curso de la epilepsia en el 5 % de los adultos y entre el 10 a 25 % de los niños, origina una mortalidad del 10 %.

### **3.6.8 PATOLOGÍA DE LA EPILEPSIA**

Las epilepsias resultan de una amplia gama de alteraciones funcionales y morfológicas. Existe un gran avance en el entendimiento de este síndrome a partir del abordaje multidisciplinario que incluye a neurólogos, expertos en neuroimágenes, electrofisiólogos, neuropsicólogos, neurocirujanos y neuropatólogos.

El sitio y naturaleza de la anomalía estructural subyacente, daño cortical, alteración del desarrollo, atrofia del hipocampo, o tumor pueden ser actualmente identificadas "in vivo" con un alto grado de sensibilidad y especificidad.

### **3.6.9 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA**

Las epilepsias constituyen un conjunto de síndromes y enfermedades que tienen como manifestación clínica común episodios anormales de alteración

de la función cerebral de origen cortical, que ocurren de modo espontáneo y repetitivo. Estos episodios son crisis epilépticas y tienen una semiología peculiar en concordancia con el área de la corteza cerebral que descarga de modo incontrolado. Los síntomas y signos pueden ser muy variados: sensoriales, sensitivos, motores, psíquicos o vegetativos, siendo posibles múltiples combinaciones entre ellos. Esta diversidad en las manifestaciones clínicas de las crisis hace que el diagnóstico diferencial sea muy amplio.

Las crisis epilépticas son episodios limitados en el tiempo, de aparición indistintamente diurna o nocturna, con una evolución típica generalmente estereotipada. Pueden precederse o no de sintomatología prodrómica y muchas veces se siguen de confusión poscrítica. En la mayoría de los pacientes estas características permiten realizar el diagnóstico con la única ayuda de la historia clínica.

El médico llevará a cabo un examen físico, el cual comprende una evaluación detallada del cerebro y del sistema nervioso, se realizará una electroencefalografía (EEG) para verificar la actividad eléctrica en el cerebro. Las personas con epilepsia tendrán con frecuencia actividad eléctrica anormal que se observa en este examen. En algunos casos, el examen puede mostrar el lugar en el cerebro donde empiezan las convulsiones. El cerebro puede aparecer "normal" después de una convulsión o entre convulsiones.

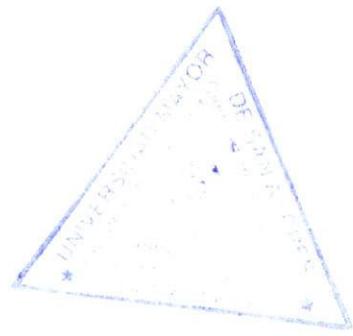
Para diagnosticar la epilepsia o planear la cirugía para la epilepsia se utiliza:

- Un aparato de registro electroencefalográfico durante días o semanas.
- EEG en video para vigilar la actividad del cerebro en cámaras de video.

Los exámenes que se hacen abarcan:

- Química sanguínea
- Glicemia
- CSC (conteo sanguíneo completo)

- Pruebas de la función renal
- Pruebas de la función hepática
- Punción lumbar (punción raquídea)



Con frecuencia, se hace una tomografía computarizada o resonancia magnética de la cabeza para encontrar la causa y localización del problema en el cerebro.

El tratamiento del paciente que sufre Epilepsia es integral, para lograr su bienestar, siendo necesaria la participación de un grupo multidisciplinario (Neurólogos, Psicólogos, Psiquiatras, Trabajadora Social), dándole al enfermo una ayuda especializada para que así tenga un desenvolvimiento eficaz en la sociedad.

Desde el punto de vista médico se utilizan varias drogas para el control de las crisis. La droga ideal sería aquella capaz de curar definitivamente al paciente, pero esto no es posible de obtenerse sino con un tratamiento prolongado de varios años.

A las personas con Epilepsia, se les prescribe una sola droga y sólo el médico está capacitado para seleccionarla. Es importante recalcar que no todos los pacientes se controlan con la misma droga y dosis y que se hace necesaria la evaluación médica periódica, cada 3, 6 ó 12 meses según el médico lo indique. La duración del tratamiento en promedio es de 4 a 5 años tomando la droga indicada, dándole al paciente una probabilidad de curación cercana al 70%, si toma la droga ininterrumpidamente.

### **3.6.10 FARMACOS ANTIEPILEPTICOS**

El tratamiento para la epilepsia puede involucrar cirugía o medicación. Si las crisis epilépticas se deben a un tumor, vasos sanguíneos anormales o sangrado en el cerebro, la cirugía para tratar estos trastornos puede detener dichas crisis.

Los medicamentos para prevenir las convulsiones, llamados anticonvulsivos, pueden reducir el número de crisis futuras, estos fármacos se toman por vía oral.

Los fármacos antiepilépticos de primera generación o clásicos, corresponden a: Fenobarbital (primidona), fenitoína (fosfenitoína), etosuximida, carbamacepina y ácido valproico (valproato). Estos se incorporan al tratamiento antiepiléptico desde el año 1912, pero solo desde el año 1993 comenzaron a ingresar en Latinoamérica y Estados Unidos nuevos mecanismos de acción.

A continuación se cita los mecanismos de acción de cada uno de ellos:

**a) Fenobarbital y Primidona.**

El Fenobarbital se ha utilizado desde 1912, al igual que otros medicamentos el Fenobarbital aumenta la conducción intracelular de cloro, el aumento de la concentración del cloro reduce la excitabilidad neuronal.

La Primidona se ha utilizado a partir del año 1952 para el tratamiento de la epilepsia. El mecanismo de acción de la Primidona no está establecido.

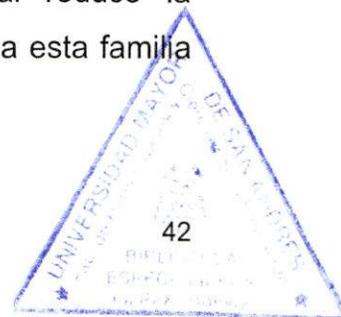
Estos medicamentos no son considerados medicamentos de primera línea en el tratamiento de la epilepsia, ambos son utilizados extensamente por su bajo costo.

**b) Fenitoína y Fosfenitoína**

En 1933, Merritt y Putman reportaron el primer estudio clínico acerca de la utilización de la Fenitoína en el tratamiento de la epilepsia. El mecanismo de acción más importante es sobre la conducción del sodio en células neuronales.

**c) Etosuximida**

La Etosuximida fue desarrollada, en 1950, como una alternativa para el tratamiento de crisis de ausencia, con menor toxicidad que la trimetadiona. El mecanismo de acción es el bloqueo de los canales de calcio del tipo - T, localizados en el tálamo, el cual reduce la comunicación tálamo- cortical. La metosuximida pertenece a esta familia de medicamentos.



#### **d) Carbamacepina**

La Carbamacepina, se constituye en el primer miembro de la familia de medicamentos tríclicos con actividad antiepiléptica, el cual incluye a la Oxcarbacepina, fue sintetizada en 1952. Se ha establecido como uno de los medicamentos más importantes en el tratamiento de la epilepsia parcial. El mecanismo de acción es la inactivación de canales de sodio, con reducción de la activación repetitiva de los potenciales de acción y la interacción con los canales del tipo- P.

#### **e) Valproato**

El Valproato presenta un espectro amplio de acción. Se utilizó por primera vez en 1964 y se ha establecido como uno de los medicamentos de elección en el tratamiento de Síndromes Epilépticos Generalizados primarios, tal como la epilepsia juvenil mioclónica. No se ha establecido el mecanismo exacto de acción del Valproato.

Sin embargo la búsqueda de fármacos antiepilépticos más eficientes y mejor tolerados ha generado la creación de nuevos medicamentos que son llamados de segunda generación y hasta de tercera generación o de reciente introducción que a continuación se detalla brevemente:

#### **f) Oxcarbacepina**

Es un medicamento con mecanismo de acción similar a la Carbamacepina, actúa en los canales de sodio, su vía de administración es oral y su absorción no se ve afectada por los alimentos. Los efectos indeseables que puede ocasionar son: la somnolencia, cefalea y fatiga, estos suelen ser leves y dependientes de la velocidad del incremento de dosis.

#### **g) Lamotrigina**

Este medicamento tiene un mecanismo de acción complejo, sobre los canales de sodio y sobre los receptores de un neurotransmisor excitatorio llamado glutamato. Se administra por vía oral y su concentración se modifica con el uso de otros fármacos antiepilépticos. Los efectos indeseables más conocidos son inestabilidad en la marcha, náusea y cefalea, estos se incrementan si se utiliza junto con la carbamacepina.

#### **h) Gabapentina**

Es un medicamento de una nueva generación llamada “de diseño” ya que su composición fue diseñada virtualmente antes de su producción y prueba. Su mecanismo de acción parece estar vinculado a la regulación de la sub-unidad alfa2delta de los canales de sodio presinápticos, regulando así la liberación de neurotransmisores excitatorios. Su vía de administración es oral, se absorbe rápidamente y no interfiere con otros medicamentos. No tiene efectos colaterales severos, sin embargo se presentan con frecuencia somnolencia, mareos, visión doble y fatiga.

#### **i) Tiagabina**

Actúa sobre los canales de sodio y aumenta la concentración de ácido gamma – amino-butírico (GABA, neurotransmisor inhibitorio), ya que impide su recaptación. Se absorbe por vía oral de forma casi completa alcanza su estado estable en 2 días. Los mareos, cefalea, confusión y temblor son los efectos indeseables más comunes.

#### **j) Topiramato**

Tiene un mecanismo de acción muy amplio, es un antagonista de los receptores de glutamato (neurotransmisor inhibitorio) y tiene efecto importante sobre los canales de sodio. Se administra por vía oral, los

efectos indeseables son mareos, somnolencia, parestesias (sensación de adormecimiento) principalmente en manos y cara.

#### **k) Zonisamida**

Es un medicamento que estabiliza la propagación de los impulsos nerviosos, actúa sobre los canales de sodio y calcio. Se toma por vía oral y los alimentos afectan su absorción, los efectos indeseables son similares a los del Topiramato.

#### **l) Vigabatrina**

Es un medicamento que aumenta la concentración de GABA (neurotransmisor inhibitorio) ya que impide su degradación. Se absorbe por vía oral, los alimentos no afectan su absorción y se estabiliza al segundo día de inicio de dosis. Tiene pocos efectos colaterales, pero el más serio es la reducción del campo visual. Otros efectos secundarios son fatiga y somnolencia.

#### **m) Levitiracetam**

No se conoce su mecanismo de acción, pero parece incrementar la actividad de GABA (neurotransmisor inhibitorio). Se administra por vía oral aunque está disponible una presentación inyectable. Sus efectos colaterales son somnolencia, mareos, pérdida de memoria y ocasionalmente depresión, suelen ser leves a moderados.

#### **n) Pregabalina**

Medicamento de administración por vía oral, de muy reciente introducción, con un amplio y riguroso programa de estudios en epilepsia y dolor neuropático, su mecanismo de acción es similar al de la gabapentina. Disminuye la hiperexcitabilidad de las neuronas produciendo un efecto inhibitorio, no tiene efectos secundarios severos conocidos sin embargo puede provocar somnolencia, mareos, inestabilidad, visión borrosa, edema, boca seca o aumento de peso.

### **3.7 ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA EPILEPSIA**

Para las personas con epilepsia, tanto su vida, como la de sus familias se ven afectadas, no solo por las crisis, sino además, por la estigmatización o rechazo del paciente por parte de quienes le rodean.

La sociedad, vecinos, amigos familiares, maestros, incluso personal médico; rechaza y margina al paciente desde el momento en que se entera de su padecimiento; le impone obstáculos en el transcurso de las diferentes etapas de su vida. Las restricciones, limitaciones y rechazo son excesivas, y continúan en las etapas posteriores de su desarrollo, de tal manera que, cuando llega a la adolescencia, se le prohíben otro tipo de actividades propias de su edad; tales como: desvelarse, hacer deporte, manejar. Asimismo, las de índole laboral, lo cual perjudica no sólo su vida emocional sino también económica.

En nuestro contexto puede ser frecuente la discriminación social en contra de estas personas, debido al temor hacia las crisis y la falta de conocimiento acerca de la misma enfermedad, que en algunos casos se cree que es contagiosa y las personas de su entorno las rechazan. Debido a esto las personas con epilepsia pueden aislarse socialmente y perder el interés de integrarse a su grupo familia de amigos.

La atribución histórica de las crisis a locura, brujería o fuerzas sobrenaturales permanece como fundamento para el estigma contemporáneo. Aunque sondeos periódicos internacionales han mostrado mejoras en las actitudes públicas hacia el conocimiento de la epilepsia, este es todavía un trastorno mal entendido y estigmatizante.

### **3.7.1 FACTORES DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN EN PACIENTES CON EPILEPSIA**

Las personas con la enfermedad de epilepsia han sufrido marginación y exclusión por parte de la sociedad, la actitud hacia ellas ha estado siempre marcada por un rechazo más o menos consciente debido a los síntomas que conlleva su enfermedad, las cuales en algunas personas pueden llegar a inspirar sentimientos y actitudes de miedo, lástima, marcando un trato diferente y "especial" que en muchos casos ha desembocado en comportamientos y prácticas de exclusión social.

No basta hablar de integración, sino de aceptación de la sociedad hacia estas personas lo cual permite avanzar hacia un nuevo rumbo con miras al compromiso real de la sociedad, a los cambios de actitud, a la cooperación y a la verdadera participación. Se trata de un cambio que debe hacer la persona, es una actitud, es una decisión: la inclusión. El término "inclusión" está siendo adoptado en el contexto internacional, con la intención de avanzar un paso más respecto a lo que ha supuesto el planteamiento hasta la actualidad de la "integración".

Esta actitud de rechazo a las personas con epilepsia tiene en parte sus orígenes en la tendencia de los seres humanos a ver como inferiores a las personas de diferentes condiciones a las propias, afectando a "otros" a lo largo de la historia. Estos "otros" se han convertido generalmente en los más débiles, pobres o necesitados. El resultado ha sido generalmente la exclusión social, la diferencia de oportunidades para el desarrollo de cada persona y la desigualdad. Ello ha generado estructuras que se han convertido en vicios y barreras que impiden el crecimiento de todos los miembros de la comunidad (Levinás, 1993; Tzvetan, 1999).

Las actitudes de exclusión se han generado a partir de estereotipos y prejuicios, que implican el rechazo del "otro", como miembro de un grupo hacia el cual se

mantienen unos sentimientos negativos. Con más precisión, Allport (1924) definió el prejuicio como una actitud negativa o una predisposición a adoptar un comportamiento negativo hacia un grupo, que descansa sobre una generalización errónea y rígida.

Si bien los prejuicios se sitúan en el nivel de los juicios cognitivos y de las reacciones afectivas, cuando se pasa a los actos estamos ya entrando en el ámbito de la discriminación. La función del prejuicio es facilitar la discriminación, es decir, la segregación del "grupo antagónico". Otros factores políticos y económicos, unidos y relacionados con estos factores psicológicos, han fomentado las actitudes segregacionistas, de discriminación y exclusión, que han dificultado el acceso de las personas con epilepsia y de otros grupos sociales a trabajos formales, vivienda digna, servicios adecuados de salud, educación de calidad, al sistema de justicia, a los créditos (Lerner, 1991).

La inclusión surgió, en la década de los ochenta, como principio de acción y cambio, ante el movimiento de integración - normalización. Apareció inicialmente en el ámbito educativo, si bien en la actualidad se ha difundido a múltiples entornos académicos y laborales, a la sociedad misma. En ella se comienza a manejar el término de forma genérica haciendo alusión a la inclusión en la comunidad, en equipos y asociaciones, o en empresas (Mank, 2000; Vlachou, 1999).

El término "Inclusión" significa que todos pertenecen y "todos" significa TODOS. La inclusión parte de la persona y asume que todos somos únicos en capacidad y valía, que toda persona puede aprender, que todos tenemos algo que aportar. La inclusión supone la responsabilidad y la oportunidad de ofrecer a cada persona la ocasión de ser conocida por los demás, de aportar algo, de relacionarse. Es un proceso inacabado y continuo, que se procesa internamente en la persona y que se transmite en sus actos y acciones. Es también una práctica que parte de personas concretas y de sus necesidades, y

se construye con ellas. Es así mismo, un proceso participativo que se construye mediante la libertad y la elección de las personas a quienes va dirigido el apoyo, esto es, mediante la autodeterminación. En definitiva, la inclusión lleva aparejada la aceptación de la diversidad (Forest y Pearpoint, 1989; Arnáiz, 1999).

Los valores de la inclusión son claros: Se basan en la cooperación, frente a la competencia; en la participación, frente a la coerción; en la relación, y no en el aislamiento; en la interdependencia, y no la dependencia; en la amistad, no en la soledad y en el diálogo, frente a la autoridad.

El concepto de inclusión comunica más claramente y con mayor exactitud que todas las personas con epilepsia necesitan estar incluidas en la vida educativa y social; y en la sociedad en general.

Es importante también crear para la persona con epilepsia un sistema de cuidado en su casa y en el lugar donde realiza sus actividades, existen personas con epilepsia que no han tenido ninguna crisis en 5 años o más, personas que no tienen asociado ningún déficit físico-intelectual o psiquiátrico, pacientes que pueden hacer todo tipo de trabajos.

La meta final es que las pacientes estén integradas a una vida normal.

### **3.8 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE PACIENTES CON EPILEPSIA**

La epilepsia es una enfermedad estigmatizante que puede conferir a quien la presenta una "marca" que lo acompañará a lo largo de su existencia, por esta razón las personas que tienen epilepsia cuando recién son diagnosticadas tienden a deprimirse, por lo que es necesario intervenir de manera preventiva.

Los trastornos depresivos constituyen los principales trastornos encontrados en pacientes con epilepsia, de hecho la depresión y epilepsia tienen una relación mucho más estrecha de los que se pensaba hasta hace unos años. En un estudio llevado a cabo en Suecia pacientes recién diagnosticadas como

epilépticas tenían una historia de depresión seis veces mayor que el grupo de control (Kanner A, Campos M, 2004, pág. 776).

Junto con los cuadros depresivos, los trastornos de ansiedad son los padecimientos de mayor frecuencia en pacientes con diagnóstico epiléptico.

Es por eso que se requiere el abordaje psicológico y también el soporte social de la familia, los amigos son importantes para afrontar la discriminación social.

Que pueden en algunos casos, al percibir el rechazo de la sociedad, sentirse afectadas en el aspecto psicológico y esto influir en la esfera emocional: en la autovaloración, sentimientos de culpa, temores y pueden llegar a aislarse de su entorno. Se les debe alentar a que comuniquen su enfermedad a su entorno más cercano, porque al hacerlo se alivian de la ansiedad y tensión que significa ocultar un aspecto importante de su vida, sobre el cual no tienen control.

La crisis que se inicia al conocer el diagnóstico de su enfermedad, se acompaña de una pérdida inesperada y traumática del control de su vida. Los primeros meses son críticos para el proceso de reconstrucción de su sentido subjetivo de control, y el replanteo de su proyecto de vida.

La discriminación continúa no obstante de contar con formación académica, las personas con epilepsia tienen dificultad para obtener un empleo o se les niega la posibilidad de progresar profesionalmente cuando comunican que tienen epilepsia. Hay algunas personas que por este motivo prefieren ocultar su condición, pero al sufrir una crisis en el trabajo son aisladas o despedidas.

Encontrar pareja es difícil (por la misma estigmatización y rechazo social a la que son expuestas desde pequeñas) además de la inseguridad, temor al rechazo y baja autovaloración de la paciente hace difícil el acercamiento, por lo que no revelan su enfermedad. Si tienen la oportunidad de formar un hogar, se presentará un dilema al decidir tener hijos, porque se piensa que la enfermedad puede generar malformaciones en el bebé o es transmisible.

El ocultamiento de la enfermedad y la ignorancia sobre su realidad, ocasiona ansiedad, dolor, sufrimiento a la persona en su proceso de construcción histórica de sí mismo. Cuando todo lo anterior pudiera ser evitado, si todos aquellos que rodean al paciente tuvieran la información adecuada, de tal manera que no existiría el estigma social a estas personas se les evitaría mucho el daño psicológico.

Las pacientes con diagnóstico de epilepsia pueden presentar dificultades cognitivas y emocionales causadas por la lesión cerebral, la actitud de la familia y del medio social, la actividad convulsiva, el síndrome epiléptico y los efectos colaterales de los fármacos antiepilépticos.

En algunas ocasiones puede expresar la angustia que lo habita y a la vez la búsqueda e intentos de curación a través de alteraciones de comportamiento.

En el tratamiento de la epilepsia medicamentos son necesarios, pero no son suficientes. Es imprescindible el abordaje psicológico en los pacientes para afrontar los aspectos psicológicos negativos que pueden presentarse además de dar a conocer y concientizar al paciente de su enfermedad y de sus síntomas.

La estabilidad emocional y familiar, la existencia de relaciones sociales, las estrategias de afrontamiento adecuadas, la percepción no estigmática de la enfermedad e incluso el ejercicio físico han demostrado ser variables que se relacionan de forma inversa con la aparición de depresión en las pacientes epilépticas. Por lo tanto esos factores coadyuvan a fomentar en las pacientes estados emocionales positivos a sobrellevar cualquier situación conflictiva afrontándola de manera adecuada.

Es por eso la importancia de trabajar en las estrategias de afrontamiento para que la persona pueda tener herramientas disponibles frente a las demandas

externas e internas y manejar el estrés psicológico, mediante estos esfuerzos cognitivos y conductuales.

### **3.9 FAMILIA Y EPILEPSIA**

La Epilepsia en una paciente trastorna inevitablemente las relaciones normales de la familia. Este trastorno se origina en la autovaloración de la paciente así como en el modo en que el resto de la familia ve a la paciente.

Más que desarrollar un sentido de competencia, la paciente epiléptica adquiere pronto la experiencia de su incapacidad para controlar las fuerzas que actúan en ella. En muchos casos, el temor a la inseguridad se manifiesta en el intercambio entre la paciente su entorno. Tanto la familia como la paciente se sienten incómodamente conscientes de su incapacidad para controlar la Epilepsia. La familia puede estar excesivamente preocupada por el bienestar de la persona allegada suya que padece epilepsia, puede negar tenazmente su problema o simplemente desecharlo por considerarlo un problema crónico. Con frecuencia, los sentimientos de la familia hacia la persona con diagnóstico de epilepsia implican un elemento de vergüenza. Este malestar de tener un familiar crónicamente enferma es rara vez manifiesto, pero es palpable para la paciente.

Es raro que la familia busque una información autorizada sobre los trastornos epilépticos. Una gran mayoría no discuten nunca el problema con entera franqueza. Se sienten asustados por las crisis y a menudo no tienen idea de lo que deben hacer cuando ocurra una, incluso si lo han discutido con el médico. Más de la mitad no leen nunca acerca de la Epilepsia, pero hacen gran acopio de los rumores que difunden los amigos y conocidos.

Esto fomenta conceptos erróneos que pueden ser lesivos para la paciente. Dado que no comprenden las causas y consecuencias de la enfermedad de su familiar. La familia de una paciente con epilepsia puede sentirse culpable o con temor y esto ser percibida por la paciente que a la vez tiene los mismos sentimientos. Los doctores Álvarez y Gryzbowski señalan el rol fundamental

de la estructura familiar del paciente en el proceso de enfermar. El impacto de la enfermedad sobre la estructura de la familiar, confirma el hecho de que toda enfermedad es, al mismo tiempo, un acontecer somático, un hecho relacional y psicosocial.

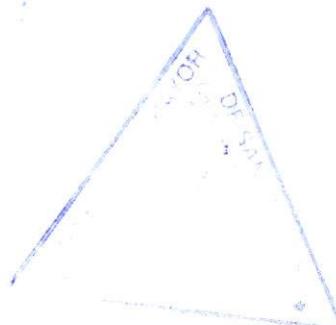
Es entonces que un abordaje psicológico es oportuno, según los doctores Álvarez y Gryzbowski para tener buenos resultados se debe considerar un abordaje con la participación, si es posible, de todos los agentes involucrados en el proceso: el paciente, la familia que constituye un factor fundamental y, finalmente, pero o menos importante, el equipo de profesionales en salud, es decir el trabajo del Psicólogo Clínico (Gryzbowski y Álvarez 2011, pág. 13).

Es por eso que el abordaje psicológico ofrece al paciente con epilepsia y a su familia la oportunidad para el desarrollo de una mejor calidad de vida. Además de contar con un trabajo en equipo multidisciplinario, formado por el neurólogo, neuropsicólogo, psicoterapeuta, trabajador social, técnico de enfermería, terapeuta ocupacional.

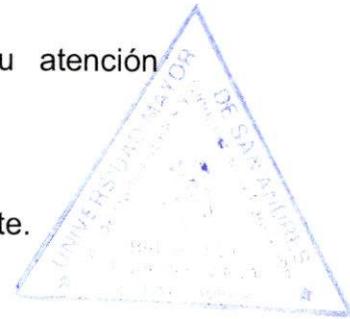
### **3.10 ASPECTOS JURÍDICOS DE LA EPILEPSIA**

El conocimiento de la enfermedad epiléptica aunque sea de forma súbita, es importante desde el punto de vista médico legal para efectos de peritaje judicial por cuanto sus características modificatorias de la conducta y el comportamiento hacen que la persona, en la condición de delitos en esos estados, sea inimputable ante lo penal que es lo que interesa fundamentalmente a la ciencia jurídica.

Los problemas médicos -legales planteados por la enfermedad epiléptica emergen de las variadas formas en que el enfermo puede delinquir irresponsablemente; así podrá hacerlo por:



- a) Negligencia debida a una ausencia momentánea de su atención consciente.
- b) Inconducta en el periodo crepuscular.
- c) Impulsividad agresiva irrefrenable en plena actividad consciente.



El médico-legalista determinará:

En qué momento se realizó el acto delictivo, cual el grado de responsabilidad del autor, cual es pronóstico respecto a la peligrosidad posterior al hecho delictual, qué medidas se deben tomar legalmente ante el caso ocurrido.

Para dar solución a los presupuestos planteados, el médico forense deberá estar en posesión del mayor número posible de informaciones fidedignas referentes al delito en sí, como también todo lo referente a los antecedentes, consecuencia inmediata y comportamiento del autor en esos periodos.

La epilepsia, por sí misma, no es causa de incapacidad, salvo en el caso de que se asocie a demencia o retraso mental, o bien que la recurrencia de las crisis imposibilite la plena capacidad legal de la persona. Un epiléptico será incapaz por la patología subyacente (demencia, deficiencia mental) sólo en casos excepcionales; fundamentalmente por la recurrencia de las crisis, será la propia epilepsia la causante de la incapacidad.

### **3.11 PSIQUIATRIA Y EPILEPSIA**

La psiquiatría es una disciplina médica cuyo campo de acción son los síntomas y entidades o enfermedades de la conducta psíquica. El aspecto psíquico tiene muchas acepciones: vida de relación con el entorno, vida emocional, lo subjetivo de cada persona y sus múltiples expresiones.

La enfermedad Epiléptica, es por definición un trastorno crónico caracterizado por la alteración episódica y repetitiva en el conjunto de percepciones y conductas, secundarias a un trastorno de la actividad eléctrica cerebral.

La enfermedad en su forma de expresión y en su evolución, depende de cómo se conjuguen los siguientes factores:

1. Los factores predisponentes de la crisis. (Por ejemplo: un trauma o una infección viral).

2. Los factores que precipitan la crisis. (Por ejemplo: la ansiedad, rechazo al medicamento).

3. El tipo de crisis, para una mayor precisión: las crisis Epilépticas pueden tener expresiones, denominadas psicopatológicas, y que distan de las clásicas presentaciones que se observan corrientemente:

- Trastornos de la expresión.
- Trastornos de la atención.
- Conductas automáticas.
- Conductas que remedan cuadros sicóticos.
- Episodios de ansiedad.
- Trastornos de la percepción.
- Trastornos de la memoria, como la reactivación de recuerdos.
- Estados emocionales intensos, depresivos, eufóricos, o de extrañeza.
- Conducta agresiva o violenta.
- Trastornos de las percepciones corporales, hambre, sed, incontinencia de esfínteres, etc.
- Trastornos en el pensamiento, por ejemplo ideas obsesivas.

4. Las consecuencias ya no directas de la crisis, sino de la interacción de la enfermedad en el paciente con el medio que le rodea:

- Trastornos de la personalidad.
- Psicosis.
- Trastornos en el desarrollo psicológico.
- Trastornos del aprendizaje.
- Trastornos de la conducta, con hiperactividad.
- Trastornos en el control de impulsos.

La paciente atiene que adaptarse a la enfermedad y en algunos casos no siempre lo hace de manera eficaz, creará la necesidad de protección, y expondrá sus necesidades en algunas oportunidades a través de demandas agresivas a su entorno. La enfermedad se va cargando de significaciones imaginarias que expresan la angustia dela paciente o de sus familiares: la sexualidad, la educación, la tenencia de hijos, las actividades deportivas, el matrimonio.

Se ha concluido en diferentes estudios, como el grupo de pacientes epilépticos tienen una mayor frecuencia de depresión, ansiedad, peor integración sicosocial y deficiencia cognitiva. El reajuste sicosocial del epiléptico es un hecho resultante de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales.

### **3.12 ESTUDIOS DE EPILEPSIA Y AFRONTAMIENTO**

Existen pocos estudios sobre la epilepsia y afrontamiento realizado en nuestro medio se puede citar algunos:

- La investigación de variables del contexto y del sujeto en el proceso de afrontamiento de la enfermedad en pacientes epilépticas del Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz realizada el año 2006, referida a la importancia de las variables que intervienen en el proceso de afrontamiento de la persona con epilepsia, se sustenta en la elaboración de un abordaje multidisciplinario y multicontextual que sirva de soporte afectivo cognitivo y conductual a la persona afectada. Por consiguiente, el abordaje terapéutico incluye ala paciente, la familia y a círculos sociales con los que interactúa la persona, y esto podría ayudar una recuperación más rápida (Aban Botello E.2006).

- Otro estudio es el referido a la relación entre estrategias de afrontamiento de personas con epilepsia clónico generalizada y la evaluación cognitiva, esta investigación se refiere a la evaluación que hacen los pacientes ante la epilepsia, que la perciben en una primera instancia como amenaza, luego se

transforma en desafío, el cual es entendido como estrés positivo (Estévez Zoraida Zelma, 2004).

### **3.13 TEORÍA DE SUSTENTO**

Para la presente investigación y teniendo en cuenta las variables, se tendrá como fundamentación teórica el modelo cognitivo comportamental.

#### **3.13.1 MODELO COGNITIVO COMPORTAMENTAL**

La Psicología Cognitiva Comportamental se define como un modelo que coincide al ser humano como un ser activo que interactúa dialécticamente con el entorno tanto sociocultural como ecofísico reconociendo que existe influencia del hombre hacia su contexto, tienen un carácter de reciprocidad que llega a ser representado por un espacio dinámico de interacción entre el sujeto y su entorno que lo denomina esquema de acción, objeto de estudio del mismo que resume este proceso dialéctico.

Es pues el ser humano el que tiene que aprender la información e introyectarse pues cada ser humano desarrolla la información a través de un proceso, mecanismo dinámico del ser humano que implica la transformación de esta información en códigos que son sentidos y luego que la almacena, es por eso que todo ser humano procesa la información que proviene del ambiente y al mismo tiempo, se concibe dicha información al contexto, de donde se produce el intercambio de información.

La Psicología Comportamental se refiere al estudio y la relación entre procesos y funciones, procesos los cuales son superiores y estos son: atención relativa, percepción, memoria, comprensión procesamiento de datos. Por tanto el proceso cognitivo analiza de manera simultánea, de manera separada para el estudio, de manera metodológica y luego de forma conjunta, es importante

conocer la conducta pero más importante es el pensamiento, es decir el porqué la interpretación que tiene cada sujeto frente a una situación.

El modelo Cognitivo Comportamental consiste en aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que cambian y estos se pueden desarrollar para poder realizar demandas que el medio ambiente así lo requiera. Esta tiene dos funciones principales la cual busca reducir las consecuencias emocionales negativas de los estresores ya sea la ansiedad o la depresión además de modificar o alterar la situación que sea en ese momento estresante mediante la resolución de problemas.

La Psicología Cognitiva, contrario a lo que comúnmente se cree, no se originó en la década de los sesenta, sino mucho antes como una disciplina de la Psicología Experimental y de la psicología evolutiva.

El origen de la Psicología Cognitiva está estrechamente ligado a la historia de la Psicología General. La Psicología Cognitiva moderna se ha formado bajo la influencia de las disciplinas afines, como el tratamiento de la información, la inteligencia artificial y la ciencia del lenguaje.

La categoría cognitiva tienen que ver con todos los procesos encargados de regular la representación de imágenes, esquemas de razonamiento. El sistema cognitivo reduce la complejidad y variabilidad del universo a una estructura de conceptos limitada que permite categorizar como equivalentes amplios conjuntos de objetos o eventos particulares.

El enfoque cognitivo-comportamental, pone énfasis en la actividad cognitiva postulándola como reguladora de la emoción y de la conducta. Así, establece como uno de los principios teóricos que toda manifestación conductual y emocional esta mediada por un componente cognitivo, afirmación sustentada en el hecho de que es en este nivel en el que se sintetizan los significados que

permiten la comprensión de la realidad de la parte del sujeto, posibilitando su adaptación.

Este modelo demuestra la imposibilidad de atribuir a estos procesos la exclusividad y protagonismo debido a que, existe una relación de interdependencia entre factores emocionales, cognitivos y conductuales, en cada uno se afecta y codetermina mutuamente.

La cognición se conceptualiza como un sistema que comprende estructuras, procesos y funciones. Las estructuras son conceptualizaciones como componentes estáticos del sistema, refiriéndose a registros sensoriales, memoria a corto plazo y memoria a largo plazo. Los procesos hacen referencia a la dinámica de la actividad que se genera en el sistema; y las funciones son atendidas como formatos y contenidos del sistema, ejemplos de ellas serían la discriminación, selección, evaluación, almacenamiento, inferencia y recuperación de la información.

Según Calderón, 1994; Peredo, 1992; De vega, 1985; en Martínez. 1997 los componentes mencionados interactúan entre sí respondiendo la división a motivos, más didácticos que reales citado por Velasco Arce C.A(pág. 12).

Entre los elementos fundamentales que determina el funcionamiento del sistema se encuentran los factores atencionales que propician y acompañan todo procesamiento y que actúan como mecanismo de autocontrol y de control de la estimulación externa.

Al igual que la atención, son fundamentales para el sistema cognitivo los llamados procesos relacionales, los mismos que implican representaciones simbólicas que clasifican, comparan, relacionan, evalúan, almacenan y recuperan la información. En estos procesos relacionales toman parte fundamental los denominados esquemas que son atendidos como estructuras que integran y adscriben significado a los hechos. Son los responsables de

secuencia que va desde la recepción de un estímulo hasta el punto final de la respuesta conductual.

En el modelo Cognitivo Comportamental los esquemas de afrontamiento participan en la significación de las situaciones, determinando cogniciones, emociones y conductas que caracterizan la interacción con acontecimientos estresantes positivos y negativos.

### **3.14 DEFINICIÓN DE HIPÓTESIS**

La aplicación del Programa de Estrategias de Afrontamiento permitirá incrementar el afrontamiento a pacientes internas con diagnóstico de epilepsia y mejorar la calidad de vida en internas del Servicio de Neurología del Hospital de Clínicas de la Ciudad de La Paz.

### **3.15 INDICADORES DE CUMPLIMIENTO**

- ✓ Se logrará en las pacientes el incremento de estrategias de afrontamiento mediante el manejo emocional, pensamientos positivos de sí mismo, conductas adaptativas y el comportamiento interpersonal.
- ✓ Incrementar en la paciente equilibrio y regulación emocional frente a su enfermedad.
- ✓ La paciente tendrá la capacidad de evaluarse, definirse, percibirse, describirse, representarse de manera adecuada.
- ✓ Incrementar en la paciente el comportamiento interpersonal, para que se relacione de forma armónica con los demás, logrando la búsqueda de apoyo social e integrándose a su entorno.

### **3.16 ESTRATEGIAS DE ACCIÓN**

Las dinámicas han sido recopiladas y adaptadas de acuerdo a la población y objetivos que el Programa lo ha requerido.

La presente investigación se desarrolló de acuerdo a las siguientes estrategias de acción:

1ra. Fase: Se realizó el planteamiento de la investigación y se dio conocer los objetivos del Programa al Director de la Unidad de Neurología Dr. Jorge Fortún, para su autorización. Además de elaborar el cronograma de actividades, considerando, los horarios, las posibilidades de acceso a la Institución.

2da. Fase: Se realizaron entrevistas psicológicas con el objetivo de obtener información en relación a los datos generales de las pacientes, constituyéndose en un instrumento fundamental para la recopilación de información, personales, familiares, clínicos, situación actual y determinar tipo de epilepsia de las internas del Grupo Experimental y al Grupo de Control.

3ra. Fase: Se realizó la planificación del Programa teniendo en cuenta las características de la población, definiendo metas que se deseaban alcanzar y elaboración de materiales requeridos para cada actividad. Asimismo se estableció el lugar donde se desarrollarían las actividades, un ambiente que está ubicado en el segundo piso del Servicio de Neurología, del Hospital de Clínicas, que tiene las siguientes características:

- Un salón de 7 mts. x 4 mts.
- Ventanas amplias con iluminación necesaria.
- Una pizarra acrílica.
- Sillas.
- Un mesón.

Para la realización de las sesiones adecuadamente, se acomodaron las sillas de manera circular, así cada participante podía ver a las demás. Para realizar

las terapias de relajación se acomodaron las sillas alrededor de la sala, para tener un campo abierto para que las participantes logren realizar los ejercicios de manera adecuada.

Solo en casos excepcionales si el salón se encontraba ocupado, las sesiones se realizaron en el patio de la Unidad.

4ta. Fase: Se aplicó el pre-test "Inventario de Afrontamiento" (adaptado por F. J. Cano García L. Rodríguez Franco J. García Martínez) al Grupo Experimental y al Grupo de Control.

El Programa estuvo constituido por talleres enfatizando el trabajo grupal, al inicio de cada taller se empleó una dinámica de animación cuyo objetivo fue motivar la participación al máximo, crear un ambiente fraterno, de confianza e integración de los participantes. Cada actividad de acuerdo a los objetivos específicos propuestos, siendo de vital importancia tratar el contenido de los talleres, además se facilitó información acerca del bloque temático a abordar. Al Terminar las actividades se finalizó el taller con una reflexión.

Los talleres que se realizaron no constituyeron un riesgo para la salud de las pacientes y su medicación no fue un impedimento para la participación en las actividades de manera consecuente además las actividades fueron sencillas, no tediosas, y beneficiarán a las pacientes para que puedan sobrellevar su enfermedad y principalmente fue de gran ayuda en los aspectos psicológicos.

Sin embargo algunos medicamentos pueden tener efectos secundarios leves los cuales fueron y son controlados por los médicos especialistas que las asisten. Algunos de los efectos secundarios que pueden producir ciertos medicamentos son: pérdida de peso, el crecimiento excesivo del vello facial y cambios faciales, depresión o irritabilidad, estos síntomas también pueden ser causados por otros factores, por ejemplo una enfermedad o estrés, otros pueden afectar su capacidad de pensar claramente o afectar su memoria (epilepsyfoundation.org).

Pero esto no interfirió en las pacientes para que pueda realizar las actividades ya que como se mencionó estas fueron sencillas y relajantes lo cual contribuyó a favor de su bienestar.

Se realizaron las actividades en relación a los objetivos específicos establecidos en el Programa de Estrategias de Afrontamiento a la enfermedad de epilepsia, estas actividades se basarán en las siguientes técnicas.

- Lluvia de ideas
- Visualización
- Collage
- Sociodrama
- Proyección de vídeo
- Reflexión
- Juego de Roles
- Dinámica de Grupo
- Técnica de Composición

5ta. Fase: Se aplicó el Post-test "Inventario de Afrontamiento" (por F. J. Cano García L. Rodríguez Franco J. García Martínez) al Grupo Experimental y al Grupo de Control.

6ta. Fase: Se realizó la revisión bibliográfica relacionada con el tema para elaborar el marco teórico, posteriormente se recolectó y revisó los resultados de las pruebas administradas a las pacientes.

7ta Fase: Se analizó los resultados finales, para realizar las conclusiones y recomendaciones.

## CAPÍTULO IV

### METODOLOGÍA

#### 4.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

La presente investigación corresponde al diseño Cuasiexperimental porque se manipula la variable independiente y se mide la variable dependiente.

Este diseño incorpora la administración de pre-pruebas a los grupos que componen el experimento. Los sujetos son asignados al azar a los grupos, después a éstos se les administra simultáneamente la prueba, un grupo recibe el tratamiento experimental y el otro no (grupo de control) y finalmente se le administra, simultáneamente una post- prueba. (Hernández Sampieri R. y Fernández C. 1985, Pág. 145).

El diseño puede diagramarse así:

GRUPOS	PRE-TEST	TRATAMIENTO	POST-TEST
RG <sub>1</sub>	O <sub>1</sub>	X	O <sub>2</sub>
RG <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	-	O <sub>4</sub>

RG<sub>1</sub> = Grupo Experimental, al que se le administró el tratamiento experimental.

RG<sub>2</sub> = Grupo Control, al que no se le administró el tratamiento experimental.

O<sub>1</sub>yO<sub>3</sub>= Administración de las pre-pruebas (Inventario de Estrategias de Afrontamiento) a los grupos Experimental y Control.

O<sub>2</sub>yO<sub>4</sub>= Administración de las post-pruebas (Inventario de Estrategias de Afrontamiento) a los grupos de Experimental y Control después de la administración del tratamiento al grupo experimental.

X = Administración del tratamiento al Grupo Experimental (Programa de Estrategias de afrontamiento a la enfermedad de epilepsia).

- = Ausencia de tratamiento experimental al Grupo Control.

## **4.2. VARIABLES**

### **4.2.1 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES**

**V.I.** Programa de Estrategias de Afrontamiento para pacientes internas con diagnóstico de Epilepsia

**V.D.** Estrategias de Afrontamiento

### **4.2.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

#### **V.I. Programa de Estrategias de Afrontamiento**

Es un conjunto de técnicas, métodos articulados y elaborados, cuyos contenidos se orientan facilitar la adquisición de estrategias de afrontamiento para pacientes internas con diagnóstico de epilepsia.

#### **V.D. Estrategias de Afrontamiento**

Las estrategias de afrontamiento pueden definirse como esfuerzos cognitivos y conductuales realizados para manejar el estrés psicológico o las demandas externas/ internas que son evaluadas como algo que excede los recursos propios de la persona.

## **4.3. DETERMINACIÓN DE LA POBLACIÓN**

Pacientes mujeres con epilepsia del Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz.

### **4.3.1 DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA.**

La muestra de la investigación corresponde a no probabilística puesto que la selección de los sujetos, no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con el investigador o del que hace la muestra.

### **4.3.2 SUJETOS.**

Las pacientes de la investigación fueron seleccionadas según los criterios:

- > Edad : entre 20 y 40 años
- > Sexo: femenino
- > Personas con la enfermedad de epilepsia que asisten al Hospital de Clínicas.

De acuerdo a los criterios de selección se tienen a 15 pacientes en Grupo Experimental y 15 pacientes en el Grupo de Control como sujetos de estudio.

El abordaje está dirigido a las pacientes con diagnóstico de epilepsia, por la falta de talleres destinados a esta población, se conoce que las personas que tienen epilepsia manifiestan necesidad de recibir atención y de exponer sus experiencias negativas tales como el fracaso en su rendimiento académico, en su desempeño laboral y en su vida familiar, trabajar en los sentimientos de cada paciente ya que esto permite una mejor aceptación de la enfermedad y mayor responsabilidad en el tratamiento, el soporte social y emocional de las pacientes.

Además que se las hizo participes de actividades del programa en que pudieron expresar sus sentimientos (tristeza, cólera,) para luego realizar una reflexión y conclusiones. Sesiones en que se trabajan temas como autovaloración, pensamientos positivos y aceptación, aceptación de sí mismas y metas.

No se realizó el abordaje con los familiares de las pacientes porque necesariamente se tendría que elaborar otro Programa, específico para ellos tomando en cuenta los requerimientos que tienen. Las experiencias positivas del programa dan incentivos para se elaboren otros talleres para las familias o trabajar conjuntamente con pacientes y familiares.

#### **4.4 AMBIENTE**

Las pruebas, las actividades se aplicaron y ejecutaron respectivamente en el ambiente de trabajo que está ubicado en el segundo piso de la Unidad de Neurología, dependiente del Hospital de Clínicas ubicado en la Av. Saavedra No. 2245 Zona de Miraflores.

#### **4.5. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN**

**4.5.1 ENTREVISTA:** Se realizaron anamnesis a cada una de las pacientes.

#### **4.5.2 INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO:**

Para medir el nivel de la variable estrategias de afrontamiento, se utilizó el Inventario de Afrontamiento adaptado por F. J. Cano García L. Rodríguez Franco J. García Martínez.

El inventario fue adaptado debido a la escasez y las limitaciones de los instrumentos disponibles en el idioma español y por las excelentes potencialidades que ofrece el Inventario de Estrategias de Afrontamiento, los instrumentos de evaluación originales presentaban inconvenientes, como tener que rememorar la situación estresante o bien relatarla de forma inmediata, la excesiva longitud, la confusión del afrontamiento con sus resultados o la necesaria restricción del número de estrategias de afrontamiento.

Un instrumento como el Inventario, permite resolver la mayoría de las dificultades mencionadas anteriormente porque, se evalúa la frecuencia de utilización de determinadas estrategias de afrontamiento según una escala Likert, así como al grado de eficacia percibida en el afrontamiento. Fue traducido y aplicado a una muestra de 337 personas adultas de características sociodemográficas diversas. El instrumento final se compuso de los mejores 72 ítems, 9 para cada una de las 8 escalas primarias, y se validó a partir de una muestra de 398 sujetos. Los resultados que obtuvieron mostraron unas excelentes propiedades psicométricas superando incluso las del estudio original, en la evaluación el Inventario mostro resultados fiables y válidos en la utilización de estrategias de afrontamiento en un amplia variedad de situaciones.

El Inventario se ha utilizado en investigaciones de afrontamiento en trasplantados, en enfermos por virus VIH, en estrés postraumático, en amputados, en automutilados.

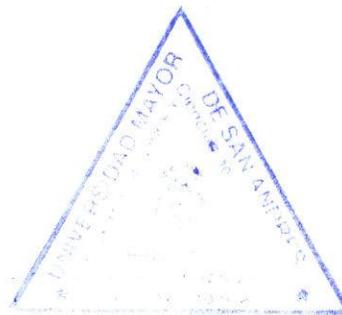
Consta de 40 preguntas, en relación a las estrategias de afrontamiento dirigidas o no a la acción, presenta una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias primarias, cuatro secundarias y dos terciarias. La persona elige los diferentes rangos según las afirmaciones planteadas en cada pregunta.

Los rangos que utiliza son:

- 0: en absoluto;
- 1: un poco;
- 2: bastante;
- 3: mucho;
- 4: totalmente;

Las estrategias genéricas de afrontamiento de situaciones estresantes que mide el Inventario son:

- *Resolución de problemas*
- *Reestructuración cognitiva*
- *Apoyo social*
- *Expresión emocional*
- *Evitación de problemas*
- *Pensamiento desiderativo*
- *Retirada social*
- *Autocrítica*



Es administrado de forma individual, el tiempo promedio para su aplicación es de 20 a 30 minutos.

#### **4.5.3 ANÁLISIS DE VALIDEZ DEL INSTRUMENTO**

El Inventario de Afrontamiento fue aplicado en otras investigaciones, por lo que proporciona mayor confiabilidad y sustento, los autores del instrumento adaptado realizaron una revisión de ítems posibles para medir la variable y sus dimensiones seleccionando posteriormente los ítems bajo una cuidadosa evaluación, para finalizar el procedimiento se correlacionaron las puntuaciones;

también se realizó la factorización y estimaciones estadísticas (Hernández Sampieri R. y Fernández C. 1985,págs.249-251).

Los autores señalan que el inventario se comportó de forma válida y fiable en la evaluación de la utilización de estrategias de afrontamiento en una amplia variedad de situaciones. En el coeficiente de consistencia interna se obtuvo entre 0.63 y 0.89.

La validez convergente se comprobó utilizando las intercorrelaciones entre escalas y las correlaciones con disposiciones de personalidad y eficacia percibida del afrontamiento. Los coeficientes de fiabilidad según la adaptación elaborada por los autores son elevados; se produjo una concordancia del 70 % con estudios de validación anteriores (Tobin DL, Holroyd KA, Reynolds RV, Kigal JK. 1989; págs. 343-61).

El instrumento ha demostrado niveles de consistencia interna elevados y una validez convergente suficiente con todas las medidas utilizadas: disposiciones de personalidad, eficacia percibida del afrontamiento y uso de otras estrategias de afrontamiento. Los autores factorizaron los 40 ítems resultantes, obteniendo la definitiva solución de ocho factores, que consiguió una explicación del 61 % de la varianza (Cano G. F. Rodríguez L García M.J. 1989, pág. 54) estos aspectos muestran que el instrumento mide la variable estrategias de afrontamiento, motivo por el que se utilizó como instrumento de evaluación en la presente investigación.

También se empleó en otras investigaciones de nuestro contexto por ejemplo en la Tesis de "Relación entre estrategias de afrontamiento de personas adultas con epilepsia tónico clónica generalizada y la evaluación cognitiva de su enfermedad en el hospital General del Servicio de Neurología de la ciudad de La Paz", en ese trabajo la autora realizó un análisis de los resultados fundamentándose en los porcentajes obtenidos con los rangos que mayor porcentaje tienen, sacando una matriz de tendencias.

## **CAPÍTULO V**

### **DESARROLLO DE LA PROPUESTA**

#### **5.1 SECUENCIAS DE LAS ACTIVIDADES**

Para la realización de las Actividades se pidió permiso al Dr. Fortún y a la Lic. Sanjinés llegando a la conclusión de que las Actividades debían realizarse los días jueves a las 4:00 p.m. puesto que este día, las Damas Voluntarias realizan la venta de los medicamentos a los pacientes de epilepsia de 10:00 a 12:00p.m. con el requerimiento de la receta realizada por el médico Neurólogo; muchas de las pacientes con epilepsia vienen este día para comprar sus medicamentos, de esta manera se informaría de las reuniones a través de trípticos realizados por mi persona y conseguir la población y poder alcanzarlos objetivos propuestos.

La primera reunión que se realizó fue el día 14 de Junio de 2012 a las 4:00p.m. las asistentes proporcionaron una lista de muchas pacientes a quienes se convocó para aplicar el Pre-test a 15 pacientes del Grupo Control como también al Grupo Experimental que fue realizado desde la mañana hasta la tarde, además se invitó a las reuniones. Se realizaron las actividades de acuerdo a los siguientes bloques temáticos: 1.-Manejo emocional, 2.- Pensamientos Desiderativo - Autovaloración, 3.-Conductas Adaptativas y 4.-Comportamiento Interpersonal, las cuales fueron realizadas en su totalidad tomando en cuenta el material que se necesitó para cada reunión, de esta manera no se llegó a improvisar, asimismo para la realización de cada actividad se utilizó un lenguaje comprensible, ya que muchas de las pacientes se dedican a trabajar en diferentes oficios como el comercio, la albañilería y otros.

Para la realización de estas Actividades se contó con la ayuda del Dr. Fortún quien proporcionó libros de su biblioteca personal, como también se acudió al internet de esta manera se pudo realizar trípticos los cuales fueron repartidos a todas las pacientes, para realizar una buena exposición.

## **5.2 LOGROS INICIALES**

Se logró que las pacientes incrementen las estrategias de afrontamiento ante su enfermedad mediante el manejo emocional, pensamientos desiderativos de sí misma, conductas adaptativas y el comportamiento interpersonal.

Se incrementó en las pacientes el equilibrio y regulación emocional frente a su enfermedad. Además de tener la capacidad de evaluarse, definirse, percibirse, describirse, representarse de manera adecuada siendo capaces de descubrir pensamientos de sí mismas y de su enfermedad que son erróneos y redefinirlos, rechazando las ideas irracionales, cambiando así las malas percepciones y suprimir prejuicios.

Se fomentó en la paciente el comportamiento interpersonal, para que se relacione de forma armónica con los demás, logrando la búsqueda de apoyo social e integrándose a su entorno.

## **5.3 EXPERIENCIAS**

Entre las experiencias fue de conocerlas a cada una de las pacientes, de esta manera se logró que muchas de ellas se interesen por este Programa, también muchas de ellas siempre preguntaron sus inquietudes y al terminar el programa se pidió ayuda a la Dra. María Eugenia Pareja para que pueda realizar terapias de relajación con los alumnos de último curso de la Carrera de Psicología, debido a que las pacientes estaban muy dispuestas para continuar con estas reuniones y muchas de ellas no querían que se termine, inclusive se pusieron a llorar y a pedir al Dr. Fortún que se continuara con estas, para esto el Dr. Fortún tuvo que continuar con las reuniones con la ayuda de una alumna de Psicología y Medicina. Otras experiencias que se tuvieron fue que muchas pacientes en la mayoría de las reuniones presentaron convulsiones para lo cual se solicitó ayuda a los doctores para poder atenderlas, otras tuvieron mucho interés ya que me llamaban por teléfono para saber si se iba a realizar la reunión, y no

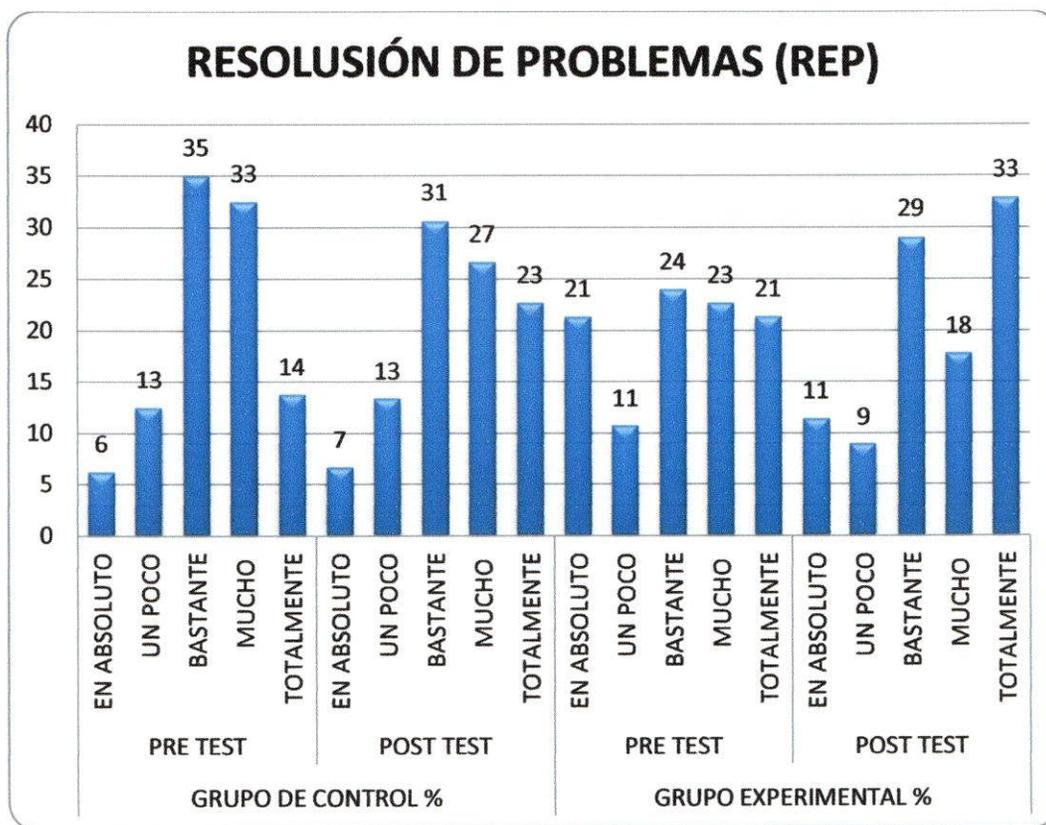
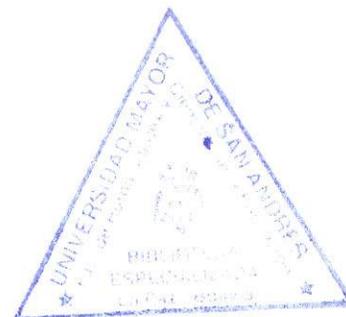
dejar de asistir a ninguno de estos talleres. Actualmente las pacientes continúan comunicándose cuando necesitan ayuda psicológica y esperando que se reinicien las reuniones. Entre las limitaciones que se presentaron fueron relacionadas con el Aula donde se realizaban las reuniones, debido a que en algunas ocasiones se encontraba ocupada por el Dr. Fortún ya que ese mismo día dictaba clases en el salón de una materia de la carrera de Medicina, generalmente este día había que esperar que acaben sus clases logrando así que muchas de las pacientes se aburran y se vayan.

## CAPÍTULO VI

## RESULTADOS

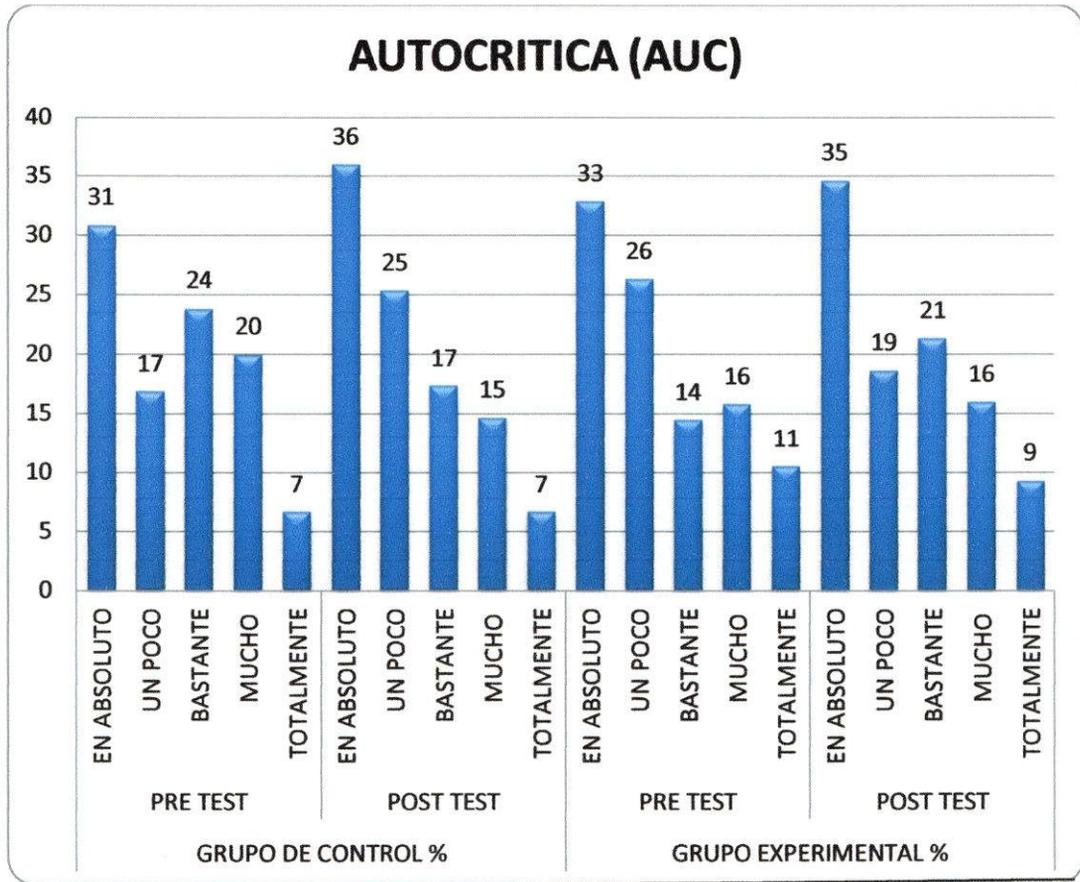
### 6.1 PORCENTAJES POR ÁREAS

#### GRÁFICO 1



Se observa en el gráfico 1 del Área de Resolución de Problemas que en el Pre-Test el Grupo de Control muestra 6 % en el rango “En absoluto” y 7% en el Post- test, en el rango “Totalmente” un 14% y un incremento del 23% en el Post-test. En el Grupo Experimental se observa en el rango “En absoluto” 21% y disminuye noblemente a 11 % en el Post-test, mientras que en el rango “Totalmente” existe un incremento significativo de 33% en el Post-test en relación al Pre-test

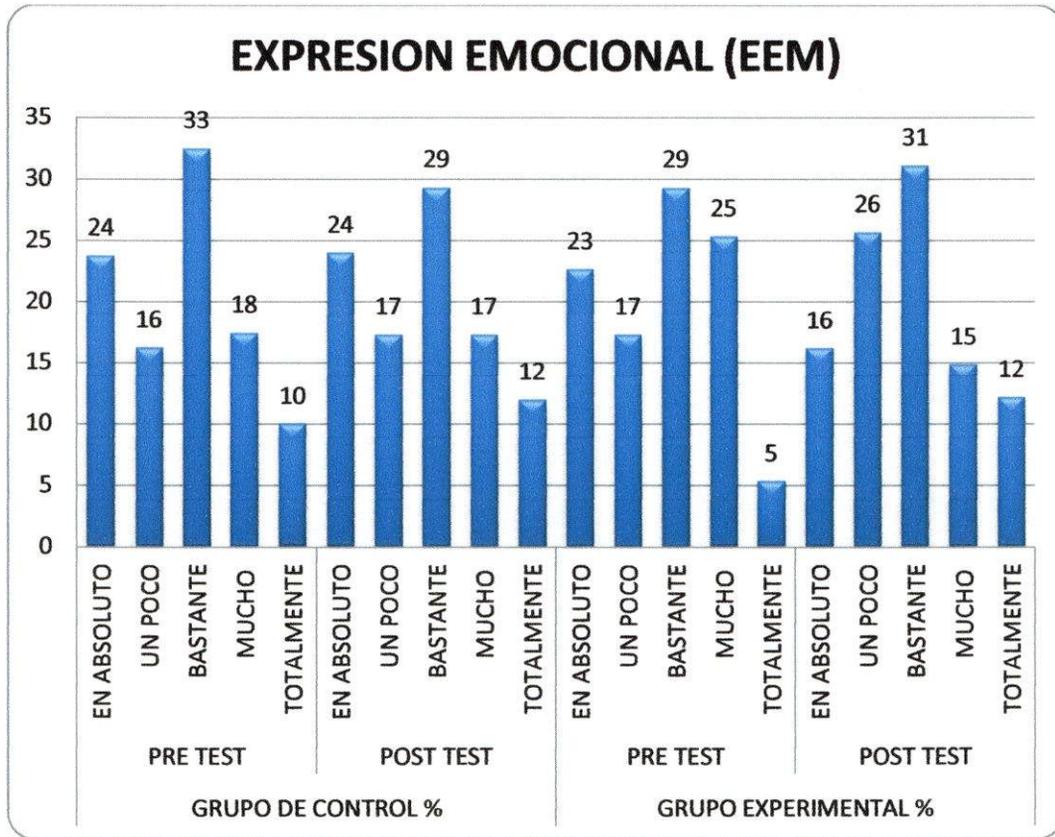
**GRÁFICO 2**



En el gráfico 2 del Área de Autocritica se observa que en el Pre-test el Grupo Control muestra 31% en el rango “En absoluto” y 36% en la etapa de Post-test, mientras que en el rango “Totalmente” se mantiene con 7%.

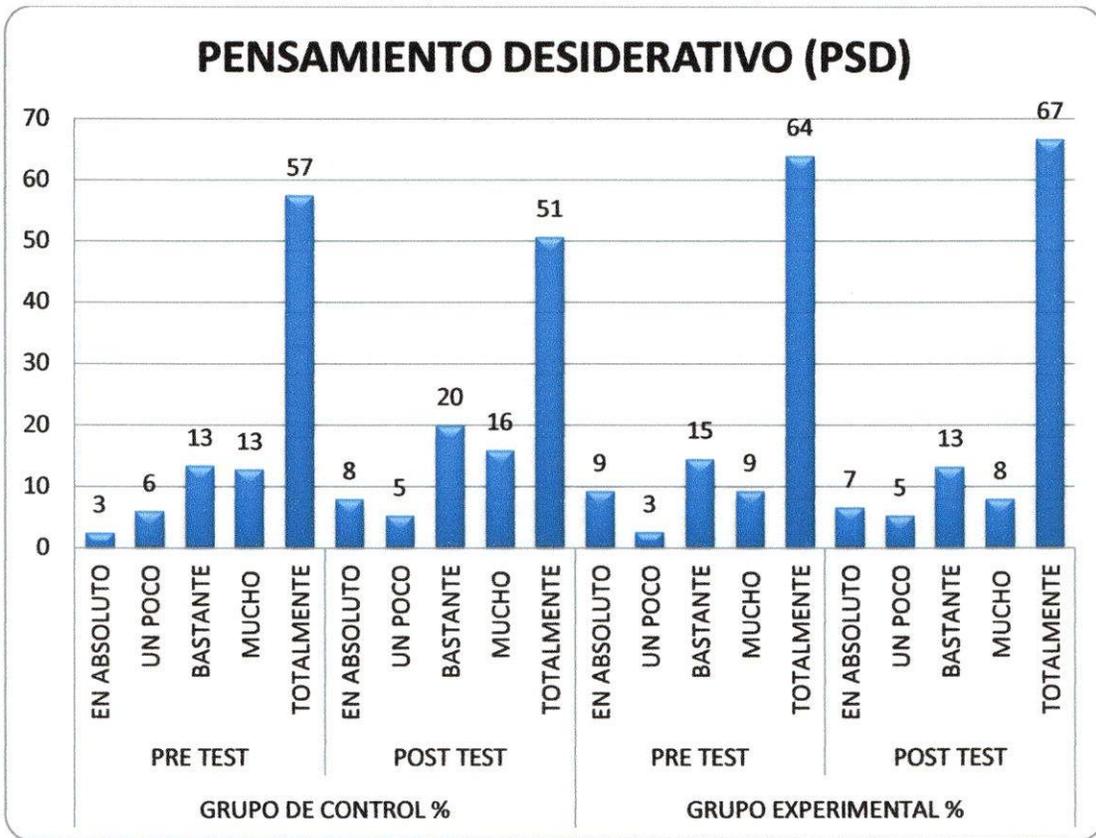
En el Grupo Experimental se observa en el Pre-test en el rango “En absoluto” 33% y un incremento leve del 35 % en el Post-test. En el rango Totalmente” se observa 11 % en el Pre-test y disminuye con 9 % en el Post-test.

**GRÁFICO 3**

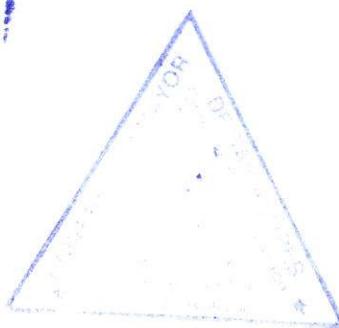


Referente al Área de Expresión Emocional, en el gráfico 3 se observa que el Grupo Control en el Pre- test presenta 24% en el rango “En absoluto” y se mantiene el mismo porcentaje en el Post-test, mientras que en el rango “Totalmente” se observa 10% y un mínimo incremento de 12% en el Post-test. En el Grupo Experimental se observa en el Pre-test 23% en el rango “En absoluto” y una disminución a 16 % en el Post-test. En el rango “Totalmente” se observa 5 % en el Pre-test, y un incremento significativo de 12 % en el Post-test.

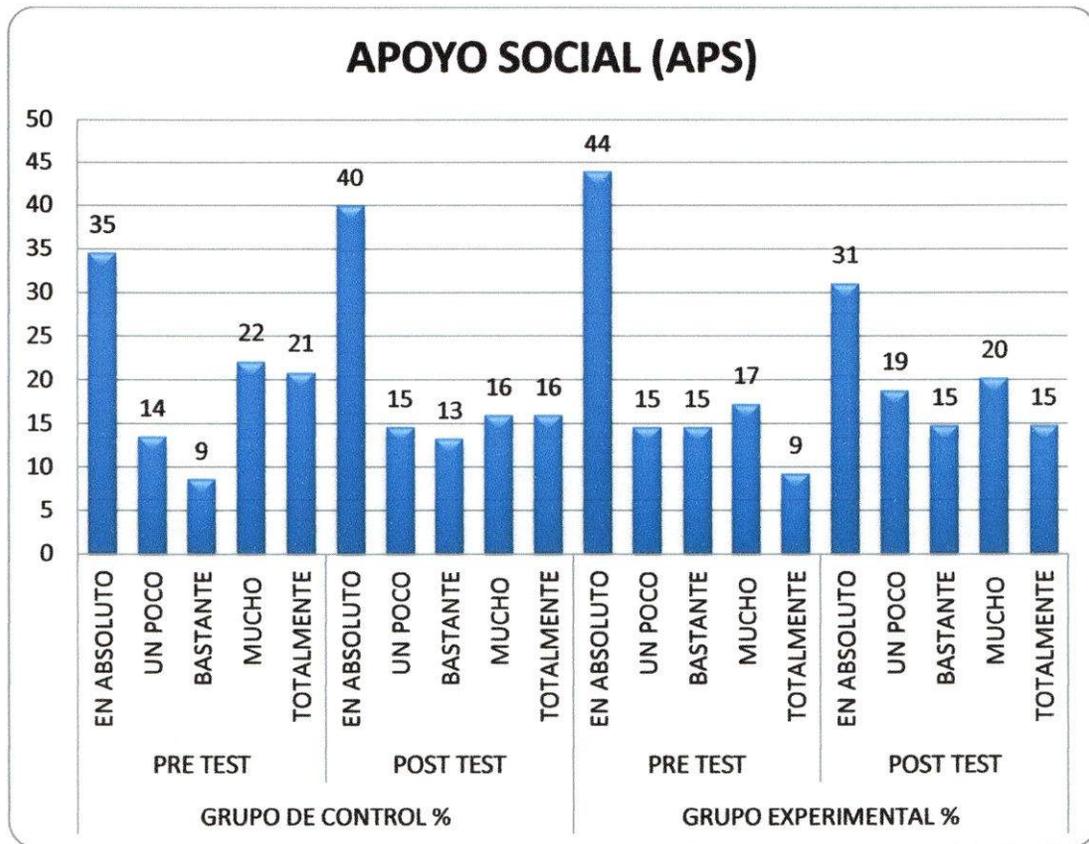
**GRÁFICO 4**



En el gráfico 4 del Área de Pensamiento Desiderativo se observa que el Grupo Control en la etapa del Pre-test 3% en el rango equivalente a “En absoluto” y existe un leve incremento del 8% en el Post -test, mientras que en el rango “Totalmente” se observa 57% y una leve disminución del 51% en el Post-test. En el Grupo Experimental se observa en el Pre-test 9% en el rango “En absoluto” mientras que en el Post-test existe una leve disminución a 7 %. En el rango “Totalmente” se observa 64 % en el Pre-test, y un incremento del 67 % en el Post -test.



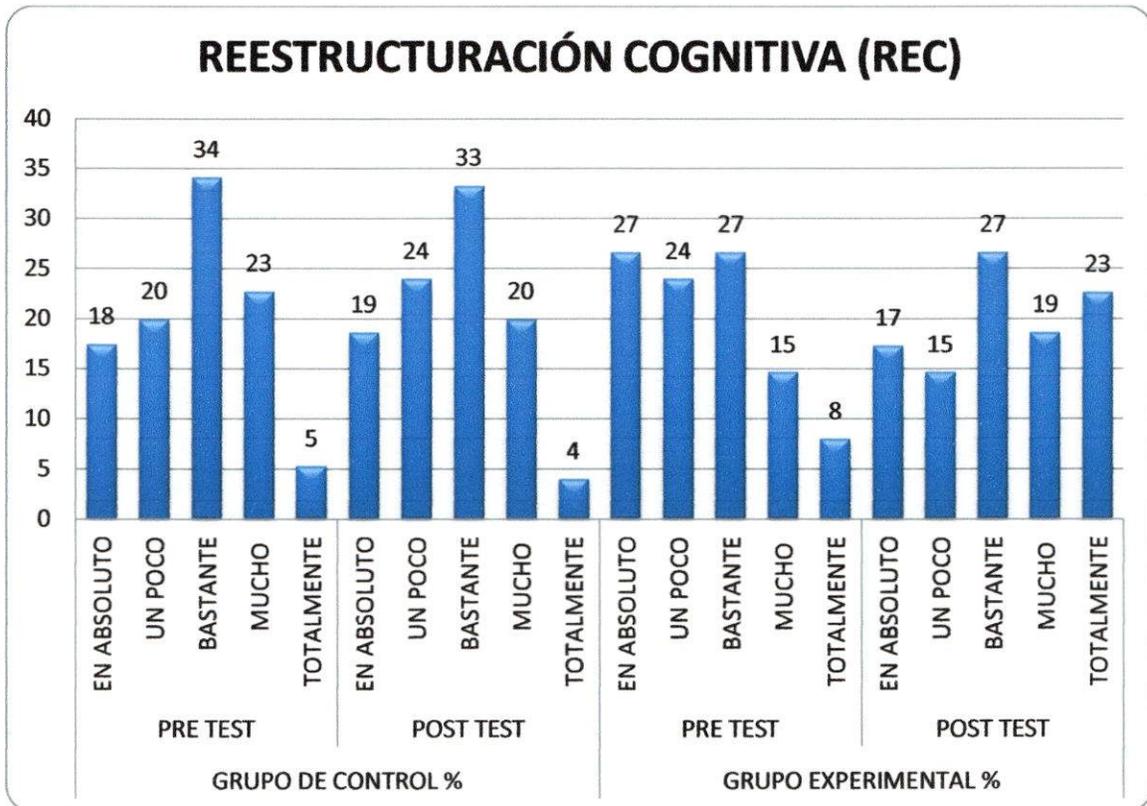
**GRÁFICO 5**



En el gráfico 5 referente al Área de Apoyo Social se observa que el Grupo Control en la etapa del Pre-test presenta 35% en el rango equivalente a “En absoluto” y existe un leve incremento del 40% en el Post-test, mientras que en el rango equivalente a “Totalmente” se observa 21% y una disminución del 16% en el Post-test.

En el Grupo Experimental se observa en el Pre-test 44% en el rango equivalente a “En absoluto” mientras en el Post-test existe una disminución significativa del 31%. En el rango “Totalmente” se observa 9% en el Pre-test, y un incremento del 15% en el Post-test.

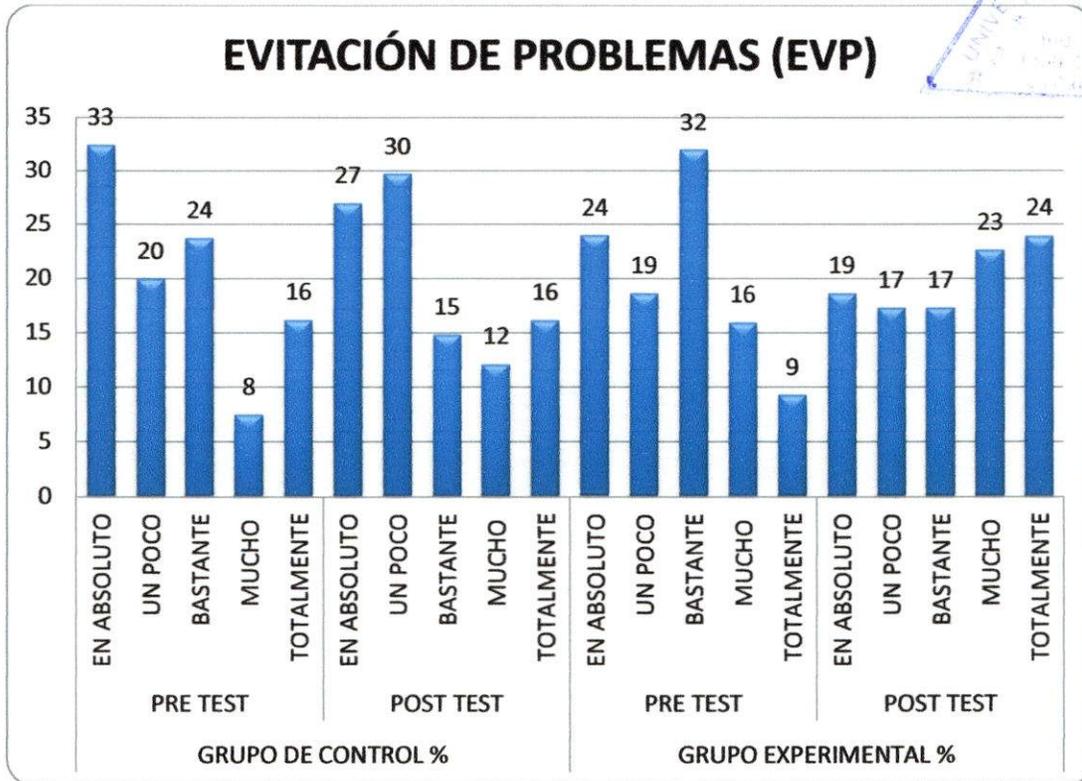
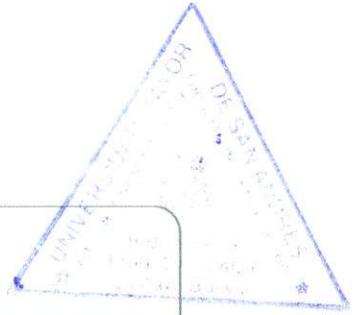
GRÁFICO 6



En el gráfico 6 del Área de Reestructuración Cognitiva se observa que el Grupo Control en la etapa del Pre-test presenta 18% en el rango “En absoluto” y existe un leve incremento del 19% en el Post- test, mientras que en el rango “Totalmente” se observa 5% y una disminución leve del 4% en el Post-test.

En el Grupo Experimental se observa en el Pre- test 27% en el rango “En absoluto” mientras en el Post- test una disminución significativa del 17 %. En el rango Totalmente” se observa 8 % en el Pre-test, y un incremento significativo del 23 % en el Post- test.

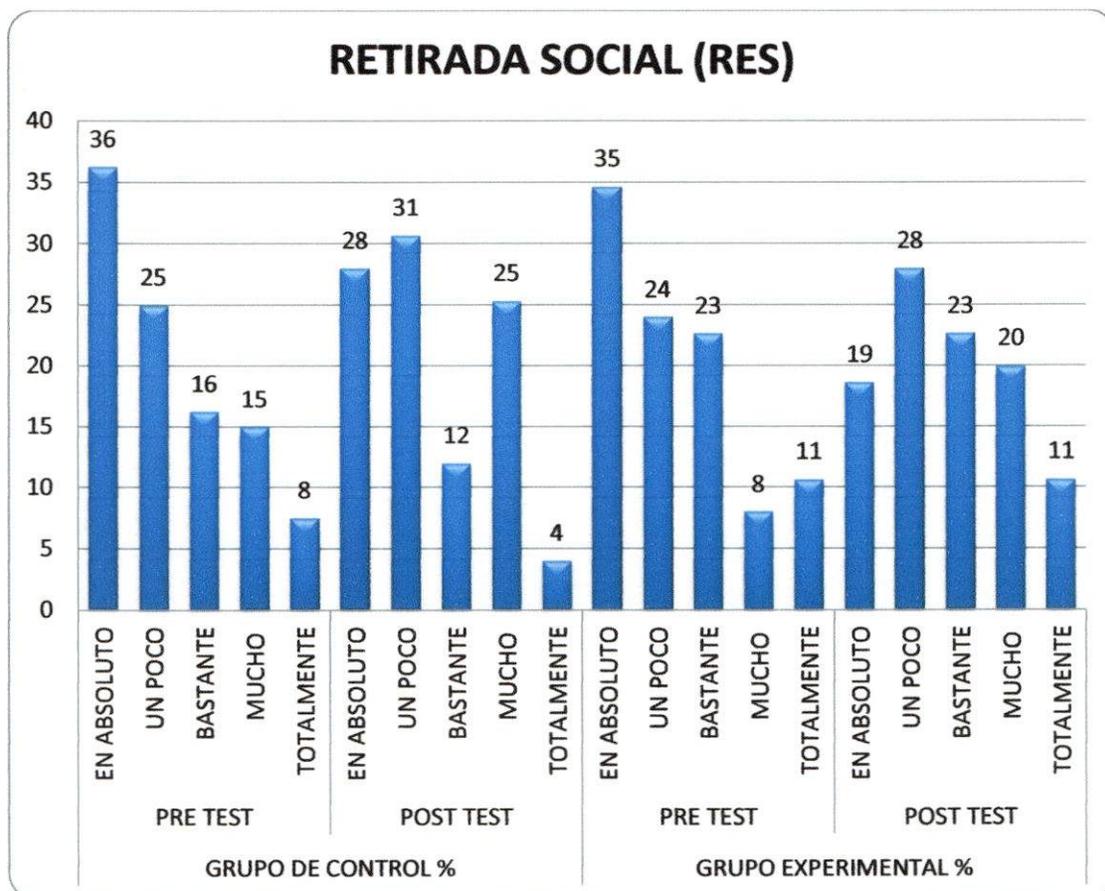
GRÁFICO 7



En el gráfico 7 referida al Área de Evitación de Problemas se observa que el Grupo Control en la etapa del Pre-test presenta 33% en el rango “En absoluto” y existe una leve disminución del 27% en el Post-test, mientras que en el rango “Totalmente” se observa 16% manteniéndose con el mismo porcentaje en el Post-test.

En el Grupo Experimental se observa en la etapa del Pre-test 24% en el rango “En absoluto” mientras en el Post-test disminuye al 19%. En el rango “Totalmente” se observa 9% en el Pre-test y un incremento significativo del 24% en el Post-test.

GRÁFICO 8



En el gráfico 8 del Área de Retirada Social se observa que el Grupo Control en la etapa del Pre-test presenta 36% en el rango “En absoluto” y existe una leve disminución del 28% en el Post-test, mientras que en el rango “Totalmente” se observa 8% y disminuye levemente a 4 % en el Post-test.

En el Grupo Experimental se observa en el Pre-test 35% en el rango “En absoluto” mientras en el Post-test presenta una disminución significativa del 19 %. En el rango “Totalmente” se observa 11% en el Pre-test manteniéndose con el mismo porcentaje en el Post-test.

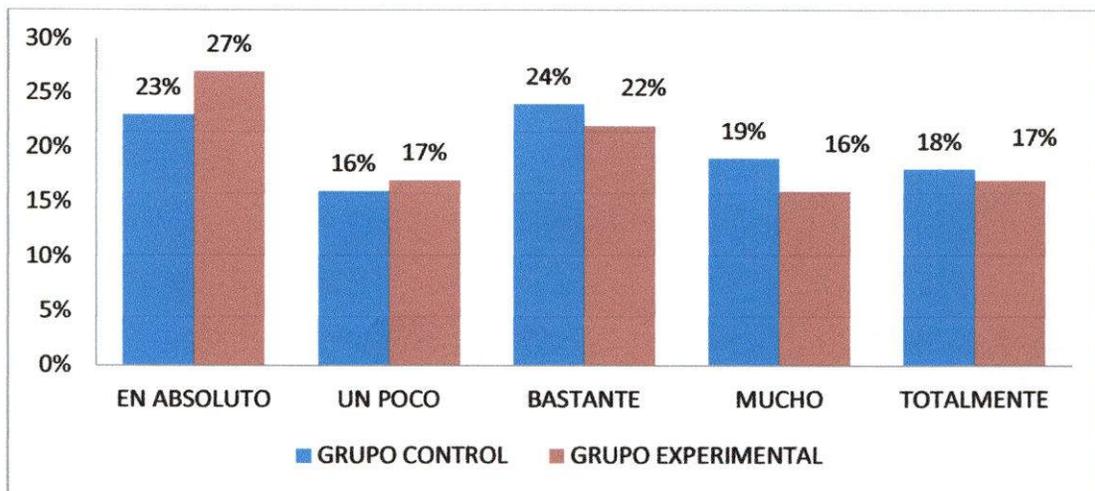
## FRECUENCIAS DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

TABLA 1

	PRE-TEST	PRE-TEST
RANGOS	GRUPO CONTROL	GRUPO EXPERIMENTAL
EN ABSOLUTO	23%	27%
UN POCO	16%	17%
BASTANTE	24%	22%
MUCHO	19%	16%
TOTALMENTE	18%	17%

Se distingue en la Tabla 1 la frecuencia en la puntuación obtenidas en cada uno de los rangos del Grupo Control y del Grupo Experimental en la etapa del Pre-test mujeres.

GRAFICO 9



Este gráfico muestra que en la etapa del Pre-test el Grupo Experimental y el Grupo de Control tenían valores altos en el rango equivalente a "En absoluto" los cuales fueron: 27% y 23%, y valores mínimos de 17% y 18% equivalente a "Totalmente", es decir que las estrategias de afrontamiento empleados por ambos grupos era mínima.



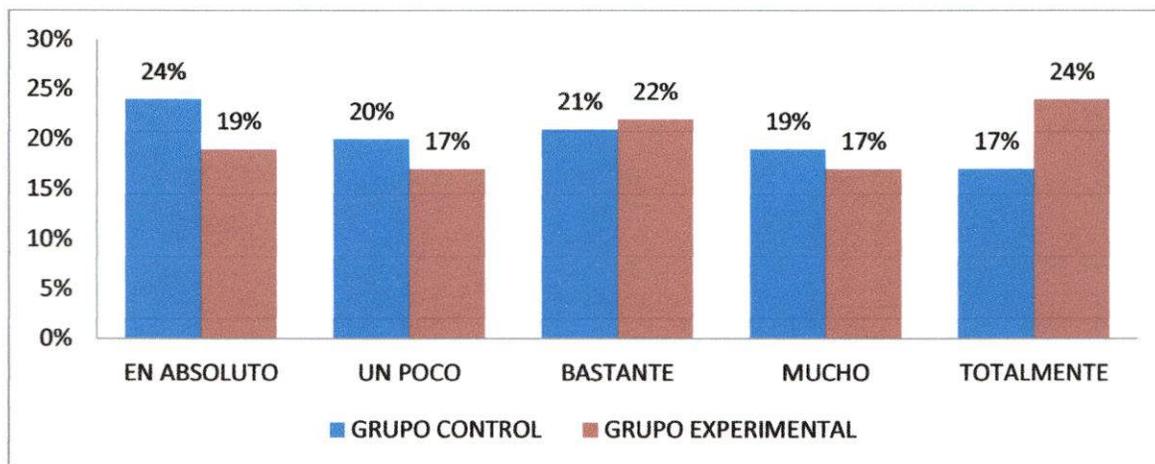
## FRECUENCIAS DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

TABLA 2

	POST TEST	POST-TEST
RANGOS	GRUPO CONTROL	GRUPO EXPERIMENTAL
EN ABSOLUTO	24%	19%
UN POCO	20%	17%
BASTANTE	21%	22%
MUCHO	19%	17%
TOTALMENTE	17%	24%

Se distingue en la tabla 2 la frecuencia en la puntuación obtenidos en cada uno de los rangos del Grupo Control y Grupo Experimental en la etapa del Post – test mujeres

GRAFICO 10



Se observa en el gráfico 10 que en la etapa de Post-test que el Grupo Experimental incremento significativamente la frecuencia de estrategias de afrontamiento, con un porcentaje de 24% equivalente a “Totalmente”, mientras que en el grupo de Control se distingue una disminución del empleo de estrategias de afrontamiento con un 17%, por lo tanto existió un cambio del valor alto observado en el Pre-test del Grupo Experimental en lo referente a “En absoluto” a un mínimo de 19%.

## 6.2 PRUEBA DE CHI CUADRADO O ESFERICIDAD DE BARTLET

La prueba de esfericidad muestra lo siguientes resultados:

Pruebas de independencia entre las filas y columnas de la tabla de contingencia:

**TABLA 3**

Prueba del Chi-cuadrado:	
Chi-cuadrado (valor observado)	1249,858
Chi-cuadrado (valor crítico)	904,376
GDL	836
p-value unilateral	< 0,0001
Alpha	0,05

Al umbral de significación Alfa=0,050 se puede rechazar la hipótesis nula de independencia entre las filas y columnas.

Por lo tanto la aplicación del Programa permitió incrementar las Estrategias de afrontamiento a la enfermedad de epilepsia y mejorar la calidad de vida en internas del Servicio de Neurología del Hospital de Clínicas de la Ciudad de La Paz.

Dicho de otro modo, la dependencia entre las filas y columnas es notoria, es decir la diferencia de cada fila es muy significativa, se puede verificar en los valores de 1249,858 de 904,376 lo cual demuestra que las pacientes del Grupo Control obtuvieron un puntaje bajo en relación a las pacientes del Grupo Experimental.

## **CAPÍTULO VII**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **7.1 CONCLUSIONES**

Considerando los resultados obtenidos en el Programa de Estrategias de Afrontamiento a la enfermedad de epilepsia para la verificación de los Objetivos e Hipótesis se llegan a las siguientes conclusiones:

La aplicación del Programa de Estrategias de Afrontamiento tuvo muy buenos resultados en el grupo de participantes, se observa esto en los puntajes obtenidos a través del Inventario de Afrontamiento los cuales fueron tabulados a través del Paquete Estadístico Microsoft Excel y la Prueba de Validación de la Hipótesis del Chi-cuadrado o Prueba de Esfericidad de Bartlett:

Mediante la prueba del Chi cuadrado (Tabla 3) que rechaza la Hipótesis nula, se corrobora que la aplicación del programa ha permitido un incremento significativo en la utilización de estrategias de afrontamiento ante la enfermedad de epilepsia y en cualquier situación en las participantes del programa. lo cual permite deducir que la realización de este Programa fue muy beneficioso ya que los resultados muestran una diferenciación muy significativa en el Grupo Experimental al realizar el Programa en la etapa del Post-test en relación al Grupo Control de esta manera se observa que con los puntajes obtenidos que el Programa fue efectivo.

Con la realización de este Programa se logró de manera adecuada otorgarles a las participantes herramientas para que tengan una mejor calidad de vida, ya que se les ofreció la posibilidad de conocer más de esta enfermedad, de esta manera ellas mismas fueron aportando ideas para poder afrontar la epilepsia y conseguir sus ideales.

Respecto a las técnicas empleadas se debe mencionar que fueron técnicas que no fatigaran a las pacientes como ser las técnicas de relajación, collage y sociodramas y actividades de recreación y presentación para animar al grupo y lograr que participen.

Con las técnicas de relajación se logró que las pacientes combatan el estrés, para que adquieran un estado de tranquilidad, porque la relajación ayuda al organismo a reducir niveles de tensión acumulada y enfrentar los problemas de manera eficiente, conciliar el sueño y además que aprendieron a ejecutar diferentes métodos sencillos con la finalidad de que puedan ser fácilmente realizados por las participantes en su domicilio, cuando lo requieran.

Las exposiciones y actividades relacionadas con los aspectos emocionales fueron también de gran importancia para el equilibrio y regulación emocional de las participantes, porque generalmente las pacientes con epilepsia pueden estar propensas a experimentar un estado de ánimo negativo, para evitar ese aspecto se les facilitó herramientas para reducir estados de ansiedad o depresión a través de las técnicas cognitivas con el reconcomiendo de emociones negativas y su reestructuración.

Los debates referentes a la enfermedad de epilepsia y en especial la exposición realizada por especialistas para abordar la epilepsia desde diferentes aspectos coadyuvo para que las participantes lleguen a comprender la importancia que tienen los cuidados ante su enfermedad, no descuidarse de seguir con los tratamientos médicos para afrontar la patología. Además de mejorar las estrategias de buscar apoyo en la familia y amigos cuando lo necesitan no solo para la resolución de algún problema, también cuando se sientan solas y evitar que se aíslen.

Por consiguiente se constata la importancia de la elaboración y aplicación del Programa de Estrategias de Afrontamiento a la enfermedad y su efectividad además que respondió a las necesidades expuestas por la población

investigada y las pacientes adquieran destrezas que les permitan afrontar situaciones en relación a su enfermedad.

Las conclusiones por áreas son las siguientes:

### **Área de Resolución de Problemas**

En el Área de Resolución de Problemas el Grupo Control ha presentado un mínimo incremento en la Resolución de Problemas, (Gráfico 1) en tanto el Grupo Experimental al realizar el Post-test muestra un incremento significativo, es decir que el Programa de Estrategias dio resultados satisfactorios debido a que las participantes pueden resolver sus problemas de manera de conseguir sus propósitos frente a cualquier conflicto que se les presente, es decir que antes, ellas no sabían qué hacer en tanto ahora buscan soluciones por sí mismas ante cualquier problema, analizando los diferentes puntos de vista u opciones, y desarrollan estrategias para solucionarlo, escogiendo acciones orientadas a solucionar ese problema, teniendo en cuenta el momento oportuno para analizarlo e intervenirlo, logrando así llevar una vida sin menos preocupaciones o por lo menos encontrar arreglos de manera adecuada, hacer frente al estrés, u otra situación que las lleve a presentar una convulsión.

### **Área de Autocrítica**

En el Área de Autocrítica (Gráfico 2) observamos una característica en el Grupo Control muy notable porque aun persiste el mismo porcentaje en esta área en etapa del Pre-test como posteriormente en el Post-test, la cual indica que las pacientes de epilepsia del Grupo Control continúan sintiendo autocrítica negativa, una mínima aceptación de las responsabilidades ante su enfermedad, o ellas mismas se sienten culpables de esta enfermedad; en tanto el Grupo Experimental bajo notoriamente su puntuación esto quiere decir que las pacientes de epilepsia en la Área de Autocrítica reflejan que su puntuación tuvo menores resultados ya que después de la ejecución del programa, ellas ya se aceptan como son, no realizan críticas negativas a su persona de manera que

ya el índice de autocrítica se minimizó, es decir sino ellas han evitado de hacerlas ya que han comprendido que realizar esta autocrítica lo único que logra es perjudicarlas y así se logró que se acepten como son y realicen más bien una reflexión positiva de los propios pensamientos, motivaciones, sentimientos y comportamientos, reconociendo la propia responsabilidad para hacer frente a cualquier situación y ante la enfermedad.

### **Área de Expresión Emocional**

En el Área de Expresión Emocional (Gráfico 3) se observa un puntaje notorio en el Grupo Experimental en relación al Grupo Control, porque en la etapa del Pre-test las participantes de epilepsia solo mostraban sus sentimientos de manera desconfiada hacia los demás ya que ellas pensaban que por su enfermedad iban a ser juzgadas, y existió una tendencia constante de reprimir y bloquear sus emociones en tanto en la toma del Post-test del Grupo Experimental se pudo observar un puntaje muy diferente al principio, ya que dichas participantes lograron expresar sus sentimientos, es decir cómo se sentían en el grupo, en las reuniones, al conversar con otras personas que comparten su enfermedad logrando erradicar por completo la idea de que no se consigue nada, aislándose y no expresar sus estados emocionales eso reprimirlos por lo tanto encontraron respuestas a sus inquietudes y preocupaciones de esta manera las pacientes mediante el Programa de Estrategias de Afrontamiento fueron cambiando sus pensamientos de encerrarse en sí mismas a compartir lo que sienten, liberar las emociones, expresar los propios sentimientos y estados emocionales con personas del grupo y su entorno para así afrontar determinadas situaciones difíciles.

### **Área de Pensamiento Desiderativo**

Se observa que en el Área de Pensamiento Desiderativo (Gráfico 4) que el porcentaje de las pacientes del Grupo Control presentó una disminución en el Pos-test en relación al Pre-test por lo tanto prevalece en ellas el pensamiento negativo de sí misma y de su enfermedad por lo tanto dicen lo que sienten de

manera desconfiada con la idea de ser identificadas o ser juzgadas por eso que presentan miedo, o hacen muchas de ellas ocultando varias cosas; en tanto el Grupo Experimental logró con la realización del Programa adquirir ideas positivas de sí mismas y ante enfermedad, como es el caso de ir planteando soluciones a sus problemáticas, de esta forma se incentiva además que se involucren mucho más en problemas de sus compañeras de grupo y luchen por todos sus ideales como es el caso de tener una carrera, ya que muchas de ellas se creían hasta inútiles por su enfermedad, presentaban una valoración de sí mismas negativa. También ayudó a que puedan tener confianza, no obstante de los calificativos negativos que les da su entorno y puedan lograr metas personales referentes a sus estudios u oficios que tienen.

### **Área de Apoyo Social**

Se muestra en el gráfico 5 del área de Apoyo Social que el Grupo Control y Grupo Experimental en la toma del Pre-test no buscan apoyo social debido a la discriminación que puede existir al ser señaladas o discriminadas, ya que la enfermedad de epilepsia puede ser muchas veces vista como una enfermedad contagiosa y patológica por lo cual la sociedad las priva de realizar trabajos, estigmatizándolas de ser personas incapaces y en muchos casos no se siente querida, protegida y valorada por otras personas. Mientras que en la toma del Post-test se pudo observar una calificación más significativa y notable en el Grupo Experimental en relación al Grupo Control, es decir que se incrementó las conductas de búsqueda de apoyo social, acudir a otras personas cercanas (amigos familiares, pareja o profesionales) para pedir consejo, para buscar información de los médicos especialmente neurólogos, se logró que las participantes vayan incrementando su conocimiento informándose, realizando preguntas frente a su enfermedad, de esta manera, puedan ser muy responsables de tomar sus medicamentos, de cuidarse. Igualmente se logró que las participantes compartan sus problemas con las otras personas, para tener una contención emocional, de esta manera sentirse valoradas y queridas.

Las pacientes expresaron soluciones al aislamiento que pueden sentir, informando a la población de manera adecuada acerca de esta área, debido a que muchas personas siguen con la idea de "hacerlas a un lado", y las discriminan de esta manera muchas de estas personas tienen que dedicarse a trabajos muy forzados. Por eso es muy importante la realización de estos Programas dirigidos a las personas que padecen epilepsia porque no solamente se informaría a la paciente más de su enfermedad sino también a sus familiares como también a la sociedad que les rodea.

### **Área de Reestructuración Cognitiva**

En el Área de Reestructuración Cognitiva(Gráfico 6) se observa que en la etapa del Pre-Test, no existe una adecuada reestructuración cognitiva de sí mismas, tanto en el Grupo Experimental como en el Grupo de Control, mientras que en el Post-test se muestra que el Grupo Experimental mediante el Programa incrementó de manera significativa la manera de pensar positivamente, minimizando así todo pensamiento distorsionado e irracional que puedan tener de sí mismas y de su enfermedad y o de cualquier situación, logrando que puedan tener una reevaluación positiva de sí mismas y de los acontecimientos que pueden experimentar afrontándolos con optimismo y de manera positiva, considerándolos con un estímulo para su desarrollo personal.

### **Área de Evitación de Problemas**

En el Área de Evitación de Problemas (Gráfico 7)se observa en la etapa del Pre-test que el Grupo Control y Experimental evitan los problemas que conlleva su enfermedad, siendo más notorio en el Grupo Control, debido quizá a la falta de confianza en poder hablar de sus problemas con su familia amigos o pareja para así poder enfrentarlos o encontrar una solución. En la etapa del Post-test se muestra un incremento elevado en el Grupo Experimental mientras que en el Grupo Control se mantienen los porcentajes es decir que las pacientes del Grupo Experimental lograron posteriormente a la intervención con el programa enfrentar los problemas, generar soluciones alternativas, adquirir la habilidad

para determinar los medios adecuados para conseguir sus metas; tomar decisiones en situaciones críticas y buscar el lado positivo de cada una de sus experiencias vividas, hablar con los demás de los problemas que pueden estar pasando para tener apoyo.

### **Área de Retirada Social**

Respecto al Área de Retirada Social (Gráfico 8), se observa en el Post-test que el Grupo Control presenta menor porcentaje que el Pre-test. Mientras que el Grupo Experimental presenta el mismo porcentaje en el Post-test en relación al Pre-test, por lo tanto mediante la intervención del Programase logró mantener el factor del aislamiento social a un mínimo nivel en estas pacientes, se disminuyó de manera significativa la retirada social, o la desvinculación del entorno social no obstante de la retroalimentación que puede ser entregada de forma constante por el medio social y las experiencias vividas, consecuentes en el contexto de las pacientes, que hacen que las pacientes tiendan a aislarse y mantenerse lejos de la interacción social.

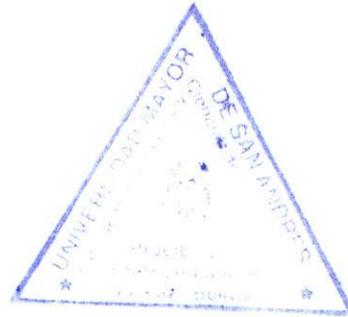
Se consiguió en el Grupo Experimental preferir muchas veces no retirarse de los aspectos negativos de las situaciones que viven por padecer epilepsia sino al contrario enfrentarlas con el objetivo de ser comprendidas, ayudadas ya que se dieron cuenta que es muy importante cambiar la ideología de las personas; informando acerca de la epilepsia para que las personas del entorno vayan cambiando de tal manera que ya no las rechacen ni discriminen, y por lo tanto las incluyan.

## **7.2 RECOMENDACIONES**

- Se recomienda promover más programas en el Hospital de Clínicas específicamente en el Servicio de Neurología ya que con la aplicación de este Programa se logró conseguir todas sus metas propuestas logrando captar el interés en varias pacientes.

- También sería de mucha importancia implementar programas de otras enfermedades neurológicas como ser Parkinson, Esclerosis y otras con el objetivo de instruir a las pacientes como a los familiares ya que el conocimiento de estos se lograría que las pacientes como los familiares tengan una buena información para tener una adecuada inserción psicosocial de esta manera puedan sobrellevar su enfermedad.
- También sería de mucha importancia realizar charlas Psicológicas específicamente a los familiares de los pacientes o talleres con un abordaje psicológico teniendo en cuenta los requerimientos que tienen, ya que son los más afectados al ver a sus parientes enfermas, muchas veces sin ninguna solución de cura.
- Concientizar a los familiares de lo que es la Psicología tratar temas como la autoestima, autovaloración, psicología cognitivo-comportamental mediante reuniones donde se les brinde datos de cómo deben adaptarse a superar las enfermedades que poseen sus familiares ya que muchos de ellas caen en depresión y esta a la vez es transmitida a sus parientes que padecen la enfermedad llegando a pensar hasta en el suicidio porque se ven imposibilitados a realizar ciertas actividades como es el caso de trabajar, existiendo en el grupo de epilépticas personas discapacitadas las cuales son marginadas por esta enfermedad ya que ha habido personas que han recibido apodos por su enfermedad que es la epilepsia;
- Realizar terapias de relajación a los parientes de las enfermas porque generalmente se encuentran muy desesperados y muy estresados.
- También sería de mucha importancia realizar trípticos informativos a la sociedad la cual posee ideas erróneas sobre lo que es la enfermedad de la epilepsia ya que con el conocimiento de esta podríamos conseguir que la misma población se interese y apoye a las personas con epilepsia de manera adecuada, ya que estas se encuentran marginadas y se sienten sin la capacidad de poder realizar algún trabajo porque la misma

sociedad las trata de inútiles y maldicen esta enfermedad viéndola como un castigo divino. Por eso también prefieren negar su enfermedad que ser señaladas.



# **ANEXOS**

# **ANEXOS**

## **1**

# **ACTIVIDADES**

**“PROGRAMA DE  
ESTRATEGIAS DE  
AFRONTAMIENTO PARA  
PACIENTES INTERNAS CON  
DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA  
DEL SERVICIO DE  
NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL  
DE CLÍNICAS DE LA CIUDAD  
DE LA PAZ”**

# **ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO PARA PACIENTES INTERNAS CON DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA.**

## **Actividad No.1**

### ***“CHARLA INFORMATIVA”***

#### **Objetivos**

Proporcionar información a las pacientes a cerca del “Programa de Estrategias de Afrontamiento para pacientes internas con diagnóstico de Epilepsia del Servicio de Neurología del Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz”

#### **Tiempo**

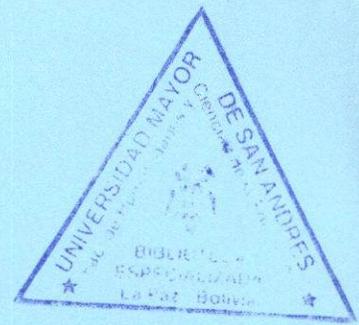
40 minutos

#### **Material**

- Trípticos
- Avisos

#### **Proceso**

Se invitó mediante afiches a la charla informativa para dar a conocer los objetivos y actividades del Programa.



## **BLOQUE TEMÁTICO: MANEJO EMOCIONAL**

### **Actividad No.2**

#### **Dinámica de presentación y recreación**

### ***“MI ANIMAL FAVORITO”***

#### **Objetivos**

Desarrollar confianza en el interior del grupo que permitan la interacción de todas.

Conocer los nombres de las participantes.

#### **Tiempo**

Se considera que cada participante tuvo 2 minutos para escribir su nombre en las cartulinas y dibujar o escribir a su animal favorito en la parte posterior, se tomará 25 minutos para su presentación.

#### **Material**

- Cartulinas, marcadores, alfileres.

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- Se pidió a las participantes que se coloquen en círculo.
- Se repartió a cada una cartulina y marcador.
- Cada participante escribió su nombre y en la parte posterior el animal con que se identifica.

### **Actividad No.3**

#### ***“TÉCNICAS DE RESPIRACIÓN”***

##### **Objetivos**

Lograr que las participantes se relajen aprendiendo a respirar de manera adecuada y así también fortalecer los pulmones de las pacientes.

##### **Tiempo**

Se consideró un tiempo de 15 minutos para realizar ejercicios de respiración clavicular, diafragmática, completa.

##### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

##### **Material**

- Radio, música clásica.

##### **Proceso**

- Se pidió a todas las participantes que se acomoden en sus sillas, sentadas o apoyadas en la parte posterior de la silla.
- Luego se realizó un ejemplo de respiración clavicular.
- Todas las participantes repitieron la acción.
- De la misma forma se realizó un ejemplo de respiración abdominal y todas la repitieron.
- Luego se pidió que realicen una respiración completa, es decir clavicular y abdominal al mismo tiempo y todas las participantes procedieron a realizar la acción.
- Se les dejó respirando por unos 10 minutos más.

## **Actividad No. 4**

### ***“ME EXPRESO MEDIANTE MÉTODOS POCO PECULIARES”***

#### **Objetivos**

Explorar el nivel de estados de estrés que tiene las pacientes con respecto a su enfermedad, para ayudarlas a afrontar sus cotidianidades de manera adecuada y organizada mediante sus capacidades de pensamiento y conocimiento de sus emociones.

#### **Tiempo**

45 minutos

#### **Material**

- Cartillas
- Hojas
- Bolígrafos

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar las clases.

#### **Proceso**

- Se dividió al grupo en sub-grupos
- Se pidió a las pacientes que comenten un relato de su vida a sus compañeras relacionadas a una situación de estrés.
- Analizaron como podrían expresar sus sentimientos a las personas que las rodean en cada situación de estrés, y como esto afectaría a sus relaciones con las demás.
- Posteriormente se coordinó un pequeño debate sobre algunas preguntas.

## **Actividad No.5**

### ***“RETROALIMENTACIÓN”***

#### **Objetivos**

Recordar en las participantes todo lo que aprendieron en la anterior reunión y preguntar cómo lo aplicaron en su vida cotidiana.

#### **Tiempo**

10 minutos, con tener tres o cuatro opiniones que motiven a las otras integrantes del grupo se dará terminada la actividad.

#### **Material**

- No se necesita ningún material.

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases, la cual es un aula grande y amplia con buena iluminación y se dispuso las sillas de manera circular.

#### **Proceso**

- Se pidió la opinión de las participantes de las actividades anteriores, se escucho los comentarios y la aplicación que tuvo en sus actividades diarias.

## **Actividad No.6**

### ***“TERAPIA DE RELAJACIÓN- MÉTODO JACOBSON”***

#### **Objetivos**

Disminuir el nivel de tensión muscular de los pacientes en todas las partes del cuerpo.

#### **Tiempo**

25 minutos, 5 minutos para iniciar la respiración y 20 minutos para terminar la relajación escuchando música.

#### **Material**

- Radio
- Música clásica.

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- Se pidió a las participantes sentarse en las sillas con una postura confortable; si es posible reposando los brazos.
- Se pusieron tan cómodas lo más posible (no utilizaron zapatos o ropa apretada) y no cruzaron las piernas.
- Hicieron una respiración profunda completa, lo hicieron lentamente unas tres veces.
- Alternativamente se pidió tensar y relajar grupos específicos de músculos.
- Después de tensionar un musculo, este se encontrará más relajado que antes de aplicar la tensión.
- Se concentraron en la sensación de los músculos, específicamente en el contraste entre la tensión y la relajación.
- Con el transcurso del tiempo las pacientes reconocieron la tensión de un musculo específico y de esta manera eran capaces de reducir esa tensión.

## **Actividad No.7**

### **“GESTOS DE ENOJO”**

#### **Objetivos**

Reconocer las emociones de otras personas a través de gestos, utilizando la mímica gestual.

#### **Tiempo**

Se considera 5 minutos por participante debido a que la presentación se realizará de manera mímica.

#### **Material**

-Cartulinas pequeñas

-Marcadores

#### **Proceso**

- Se pidió a todas las participantes que se coloquen en círculo.
- Se realizó la entrega de las tarjetitas con las siguientes emociones; Envidia, impotencia, egoísmo, miedo, lastima, soberbia, ansiedad, suspenso, rabia, ira, decepción.
- Se pidió que nadie muestre la tarjeta a otras compañeras.
- Luego se solicitó que cada participante pueda representar mímicamente esa emoción con el rostro y con el cuerpo, para que sus otras compañeras adivinen.
- Se les ofreció una caja que contenía materiales para la representación de la dinámica.
- Se les sugirió que lo realicen de manera más representativa.

#### **REFLEXIÓN**

*-¿Cómo te sentiste?*

*-¿Te parece fácil reconocer las emociones de otras personas?*

*-¿Reconoces tus propias emociones y la forma en cómo actúas para expresarlas?*

## **Actividad No.8**

### ***“LA PROPIA VISIÓN”***

#### **Objetivos**

Proporcionar información a la paciente sobre la forma en que se generan las emociones distorsionadas.

#### **Tiempo**

40 minutos

#### **Material**

- Paleógrafos

#### **Proceso**

- Se realizó una charla educativa o modelo explicativo sobre la naturaleza de las emociones y cómo influyen en los pensamientos.

## **Actividad No.9**

### **“CREANDO SOLUCIONES”**

#### **Objetivos**

Establecer el origen de los acontecimientos activadores para la perturbación emocional y re-estructurarlos.

#### **Tiempo**

Se considera que cada participante tuvo 10 minutos para escribir, 10 para las emociones negativas y 20 para el resto de la actividad.

#### **Material**

- Bolígrafos

- Hojas

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- Se pidió a las pacientes que efectúen valoraciones de acontecimientos de su vida cotidiana Ej. Pérdida de empleo, cual es el pensamiento negativo, neutro y positivo, las consecuencias emocionales: depresión, indiferencia y alivio alegría y las conductas pasiva y activa.

#### **REFLEXIÓN**

-¿Cómo se sintieron?

-¿Cuántos momentos felices con conservan aún?

-¿Qué significa eso para ustedes?

## **Actividad No.10**

### **Dinámica de animación e integración**

#### **“EL ABRAZO”**

##### **Objetivos**

Animar e integrar al grupo, fortaleciendo lazos afectivos de las participantes.

##### **Tiempo**

Se consideró suficiente 10 minutos para realizar esta dinámica.

##### **Material**

No se necesita material.

##### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

##### **Proceso**

- Se pidió a todas las participantes que se coloquen en filas.
- Cada persona eligió una pareja, se dio una consigna para realizar un gesto, un ademán y un abrazo.
- Luego se cambiaron las parejas para que todas las participantes reciban un abrazo.

## **REFLEXIÓN**

- *¿Cómo se sintieron?*

- *¿Les fue fácil efectuar la actividad?*

## **Actividad No.11**

### **Dinámica de animación e integración**

#### **“CREANDO UNA MUÑECA”**

##### **Objetivo**

Desarrollar confianza en el interior del grupo permitiendo la interacción de todas, para lograr el conocimiento de sí mismas reconociendo sus emociones.

##### **Tiempo**

Se consideró que cada grupo tendrá 10 minutos para su trabajo y 3 minutos para su presentación aproximadamente 30 minutos.

##### **Material**

- Material de escritorio
- Papel periódico
- Plastilina
- Pegamento o engrudo

##### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases, el cual goza de ser un espacio amplio.

##### **Proceso**

- Se pidió a todas las participantes que se agrupen de 3 o 4.
- Cada grupo formo una muñeca, con las características que representen a cada participante del grupo sin importar tamaño o forma, pero fueron colocando algo en la muñeca que las identifico.
- Luego cada grupo dijo, como se llama su muñeca, como es su carácter y sus emociones qué características tiene que las representa a cada una.
- Para concluir todas competirán sonrisas y se generó más confianza.
- **REFLEXIÓN**
  - *¿Cómo te sentiste?*
  - *¿Cómo te sentiste trabajando en grupo?*

## Actividad No.12

### **“EXPRESANDO MIS EMOCIONES”**

#### **Objetivos**

Mejorar la capacidad de los participantes para expresar sus emociones frente a su enfermedad de manera positiva

#### **Tiempo**

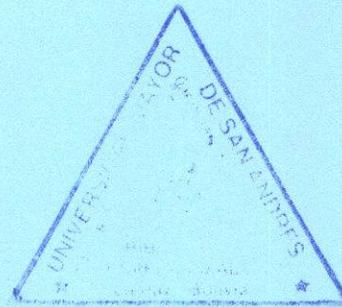
45 minutos

#### **Material**

- Cartillas
- Hojas
- Bolígrafos.

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.



#### **Proceso**

- Se pidió a las participantes que comentan un relato de la vida a otra persona.
- Luego analizaron como podrían expresar sus sentimientos a las personas que las rodean y como esto afectará a sus relaciones con las demás.
- Posteriormente se coordinó un pequeño debate sobre algunas preguntas.

## **Actividad No.13**

### **“JUEGOS DE ROLES”**

#### **Objetivos**

Analizar las diferentes actitudes, reacciones, y emociones frente a diversas situaciones.

#### **Tiempo**

Se consideró variantes en relación al tiempo de participación, se consideró como una media de 5 minutos por participante.

#### **Material**

- Cartulinas pequeñas
- Marcadores

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- Se pidió a las participantes que se coloquen en un círculo y que formen grupos de tres para realizar la actividad.
- Se realizó una explicación de que esta técnica se caracteriza por la representación “papeles” es decir, comportamientos y reacciones emocionales de la persona en diferentes hechos.
- Se proporcionó a cada grupo las tarjetitas con las situaciones (en las que afronten conflictos) a desarrollarse durante la dinámica.
- Se determinó un tiempo específico para que los grupos se organicen y así puedan representar la situación mencionada.
- Se efectuó la representación de la situación.

#### **REFLEXIÓN**

*-¿Qué sensación se presentó en ti, cuando representaste la situación?*

*-¿Cómo te pareció la comunicación, que percibiste?*

## Actividad No.14

### *¿QUÉ SERÁ? ¿QUÉ SERÁ?*

#### **Objetivos**

Generar soluciones alternativas a los problemas específicos, determinado los medios adecuados para conseguir las metas.

#### **Tiempo**

La actividad comprendió 20 minutos.

#### **Material**

- Guía de preguntas

#### **Proceso**

- Se organizó a las participantes en dos grupos.
- Se distribuyeron a las participantes una hoja con las siguientes consignas:
- Definir las reacciones emocionales negativas como un problema que se ha de resolver.
- Se estableció objetivos realistas lo más concretamente posible.
- Se generó un amplia gama de posibles cursos de acción alternativos
- Se Imaginó y consideró como podrían responder otras personas si se les pidiera que tratarán un problema similar que genera un estado emocional negativo.
- Se evaluó los pros y contras de cada alternativa y se ordenó las soluciones desde las menos prácticas a las más prácticas y deseables.
- Se ensayó estrategias y conductas mediante imágenes, ensayos conductuales y práctica.
- Se puso en práctica la solución más aceptable.

#### **REFLEXIÓN**

- ¿Cómo se sintieron a la hora de buscar solución a las preguntas?
- ¿Que pregunta fue la más difícil a la hora de responder?
- ¿Que opinan de las respuestas y como se sienten.

## Actividad No.15

### “GLOBOS DE COLORES”

#### Objetivos

Promover en las participantes la mirada a sí mismas, hacia su interior. Exteriorizar las emociones positivas y emociones negativas.

**Tiempo.-** Se consideró 10 minutos para escribir en varios globos pequeños las emociones negativas y en globos de otro color las emociones negativas.

#### Material

Globos de diferentes colores.

**Lugar.-** Se realizó en el aula para dictar clases.

#### Proceso

- Se pidió que todas formen un círculo.
- Se puso globos de colores al medio de círculo.
- Luego se pidió a cada participante que mientras inflan los globos, piensen en problemas que puedan tener, momentos tristes y dolorosos, luego lo amarran. Lo mismo hicieron con el globo de otro color pero pensando en momentos felices que han vivido y los planea bonitos, sueños o cosas que desean. Al terminar se pidió que los amarren.
- Luego se les pidió a cada participante que coloque dentro de su ropa en diferentes lugares de su cuerpo.
- Para terminar todas intentaron reventar los globos de la otra compañera en 1 minuto, y cada una cuidó aquellos globos que guardan los momentos felices de su vida.
- Luego se pidió que refieran los recuerdos de los globos que quedaron sin reventar, se pidió que compartan opiniones,

#### REFLEXIÓN

- *¿Cómo se sintieron?*
- *¿Cuántos momentos felices conservan aún?*
- *¿Qué significa eso para ustedes?*

## Actividad No.16

### “HOJITAS DE PAPEL”

#### Objetivos

Estimular recuerdos positivos para de esa manera plasmarlos y dejar herramienta de vida.

#### Tiempo

Se tomó en cuenta un tiempo estimado de 15 minutos.

#### Material

- Hojas Bond.

#### Lugar

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### Proceso

- Se repartió una hoja a cada participante con el color que elija.
- En seguida se les pidió silencio y que cierren los ojos, respiren profundamente tres veces, para luego empezar a recordar y visualizar un momento triste de su vida.
- Después de un tiempo estimado de 5 minutos, se les indicó que pueden abrir los ojos.
- Se les pidió que plasmen en la hoja como deseen, lo que sintieron.
- Para finalizar se les indicó que esas hojas representan un tesoro.
- En seguida se les pidió que vuelvan a recordar, pero esta vez, momentos difíciles y también se pidió que lo plasmen en la hojita.
- La hojita representó su vida, lo más hermoso que tienen y lo más importante que siguen adelante.
- Después de realizó una reflexión.

#### REFLEXIÓN

- *¿Cómo se sintieron?*
- *¿Suelen recordar a diario cosas negativas o positivas?*
- *¿Suelen valorar los momentos y a ustedes mismas.*

## **Actividad No.17**

### ***“CONOCIENDO MIS EMOCIONES”***

#### **Objetivos**

Proporcionar información a la paciente sobre la forma en que se generan las emociones distorsionadas.

#### **Material**

- Papelógrafos

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- Se realizó una charla educativo modelo explicativo sobre la naturaleza de las emociones y cómo influyen en los pensamientos.

## **Actividad No.18**

### **Dinámica de animación y concentración**

#### ***“EI MUNDO”***

**Objetivo:** Animación, Concentración

#### **Tiempo**

Se considera que cada participante tuvo 2 minutos para expresar sus sentimientos en esos momentos, como son 15 participantes se tomó 20 minutos.

#### **Material**

- Pelota o pañuelo anudado o bola de papel

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- Se Pidió a todas las participantes que formen un círculo.
- Luego se les lanzó la pelota, con el objetivo que expresen sus sentimientos.

## **BLOQUE TEMÁTICO: PENSAMIENTOS POTIVOS-AUTOVALORACIÓN**

### **Actividad No.19**

#### ***“ELIGIENDO EL PAÑUELO DEL COLOR DE MIS SENTIMIENTOS”***

##### **Objetivo**

Estimular la búsqueda de información de la identidad personal.

##### **Tiempo**

Se consideró que cada participante tuvo 2 minutos para elegir un pañuelo relacionando el color del mismo con su sentimiento de ese momento, como son 15 participantes se tomó 20 minutos.

##### **Material**

Pañuelos de varios colores.

##### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

##### **Proceso**

- Se pidió a todas las participantes que cierren los ojos durante 5 minutos.
- Luego se les pidió que abran los ojos.
- Cada participante eligió un pañuelo relacionando el color del mismo con sus sentimientos.
- Para finalizar la Dinámica se pidió que expresen el porqué de la elección de ese color de pañuelo.

## **Actividad No.20**

### **Dinámica de cierre**

#### ***"LAS MANITOS"***

#### **Objetivos**

Lograr que las participantes expresen sus sentimientos de manera adecuada

#### **Tiempo**

Se consideró un tiempo de 10 minutos.

#### **Material**

Ninguno.

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- Se pidió a todas las participantes que formen un círculo.
- Luego que se reúnan.
- Luego se tomaron de las manos, de manera de quedar enredadas.
- Luego se fueron soltando poco a poco.

## **Actividad No.21**

### **Dinámica de cierre**

#### ***“HOJAS DE COLORES”***

#### **Objetivos**

Lograr que cada paciente se identifique con el dibujo que realiza.

#### **Tiempo**

Se consideró un tiempo de 10 minutos.

#### **Material**

- Hojas de papel de distintos colores.

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- Se repartió hojas de colores, bolígrafos.
- Se pidió a cada una de las participantes que dibujen una figura con la que se identifiquen.

## **Actividad No.22**

### **Dinámica de cierre**

#### ***“LA TELARAÑA”***

#### **Objetivo**

Lograr que cada paciente se presente e, integre al grupo y exprese como se siente participando de estas reuniones.

#### **Tiempo**

Se consideró un tiempo de 10 minutos.

#### **Material**

- 1 ovillo de lana

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- Se pidió a todas las participantes que formen un círculo.
- Luego se les entregó a una de ellas un ovillo de lana, quien tiene que expresar sus sentimientos.
- Luego, esta participante tomó la punta de la lana y la lanzó a otra compañera, quien a su vez realizó lo mismo.
- La acción se repitió hasta que todas las participantes quedaron enredadas como una especie de telaraña.

## **Actividad No.23**

### ***“RETROALIMENTACION”***

#### **Objetivo:**

El objetivo del saludo y la retroalimentación, será de recordar a las pacientes todo lo que aprendieron en la anterior sesión y preguntar si han intentado aplicar alguna de las herramientas que se vieron.

#### **Tiempo**

Esta primera actividad, tomó un tiempo de 10 minutos, con tener tres o cuatro opiniones que motiven a los otras compañeras del grupo se dio como terminada la actividad.

#### **Material**

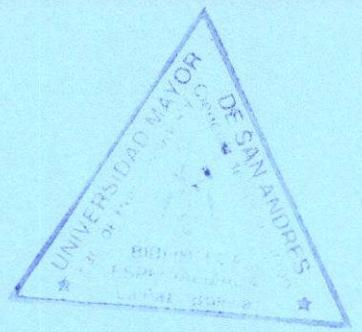
Como se mencionó anteriormente solo se precisa la participación de las pacientes, por tanto no se necesitó material como tal.

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases, la cual es un aula grande y amplia con buena iluminación, y se dispuso las sillas de manera circular

## Actividad No.24

### **“AUTO-OBSERVACIÓN” “TÉCNICAS COGNITIVAS”**



#### **Objetivo**

Afianzar la capacidad de auto evaluación personal positiva.

#### **Tiempo**

El tiempo para esta actividad fue de 30 minutos.

#### **Material**

- Ambiente Amplio
- Sillas cómodas
- Data Show

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- Se realizó la proyección de un video de Internet
- Las participantes se sentaron en forma circular.
- Cada participante fueron dando diferentes soluciones a la problemática que vieron.
- El entrenamiento en habilidades de afrontamiento pretendió instaurar en el sujeto ciertas habilidades a fin de que las utilice en futuras.

## **Actividad No.25**

### ***“¿QUÉ ES LA ANSIEDAD?”***

#### **Objetivo**

Conocer los síntomas de la Ansiedad, sus tres formas diferentes que se presenta ya sea fisiológicas, cognitivos y conductuales.

Diferenciar de lo que es la Ansiedad y Depresión.

#### **Tiempo**

35 Minutos.

#### **Material**

- Ambiente Amplio
- Sillas cómodas
- Data Show

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- Se realizó la Exposición de la Ansiedad.

## **Actividad No. 26**

### ***“¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN?”***

#### **Objetivos**

Lograr que la disertación de lo que es la Depresión permanezca en ellos y puedan aplicarlo en su vida diaria.

Diferenciar de lo que es la Ansiedad y Depresión.

#### **Tiempo:**

35 Minutos

#### **Material**

- Ambiente Amplio
- Sillas cómodas
- Data Show

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- Se realizó la Exposición de la Depresión.

## **Actividad No.27**

### ***“¿QUÉ ES ANSIEDAD Y DEPRESIÓN?”***

#### **Objetivo**

Lograr que la explicación que se realizó de lo que es Ansiedad y Depresión permanezca en ellas.

#### **Tiempo**

Se consideró suficientes 10 minutos para realizar esta actividad.

#### **Material**

- Hojas de papel
- Bolígrafos

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- Se distribuyó hojas de papel y bolígrafos.
- Se pidió a cada participante que escriba con sus propias palabras que es Ansiedad y Depresión en la hoja que se les dio.

## BLOQUE TEMÁTICO: CONDUCTAS ADAPTATIVAS

### Actividad No.28

#### Exposición

#### *“LAS CONSEJERAS”*

#### Objetivo

Potenciar la capacidad de intercambiar a cerca de la epilepsia

#### Tiempo

30 Minutos

#### Material

Ninguno

#### Lugar

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### Proceso

- Se pidió a las participantes sentarse en forma circular.
- Cada participante fue dando diferentes consejos que realiza en cuestión a su enfermedad y de lo que es la epilepsia.
- El resto de las participantes fueron opinando sobre dicho consejo.

## **Actividad No.29**

### ***“TOMA DE DECISIONES”***

#### **Objetivo**

Presentar situaciones reales de la enfermedad de la epilepsia.

#### **Tiempo**

40 Minutos.

#### **Material**

- Sillas
- Papelógrafos
- Marcadores.

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- La paciente fue contando sobre sus inquietudes y el grupo aportó ideas para la comprensión de este.

## **Actividad No.30**

### **Dinámica de Cierre**

#### ***“RECAPITULACIÓN”***

#### **Objetivo**

Concientizar a las pacientes de los métodos reales que ellos deben tomar en cuenta para su enfermedad, ya que si la amiga le dio un consejo es mejor consultarlo con su médico.

#### **Tiempo**

40 Minutos.

#### **Material**

- Hojas de papel
- Bolígrafos

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- Se recordó todos los temas que se explicaron en los talleres.
- Se realizó preguntas como ser: por qué se debe y no se debe realizar dicha situación.

## **Actividad No.31**

### ***“EL REFLEJO”***

#### **Objetivo**

Concientizar a las personas respecto a la enfermedad de la epilepsia.

#### **Tiempo**

35 Minutos

#### **Material**

- Ambiente Amplio
- Sillas
- Papeles de Color
- Bolígrafos.

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- Se realizó una exposición sobre temores o que quisieran hacer.
- Luego se interpretó los papeles, se procedió a la lectura de todos los papeles.
- Para finalizar se sacaron ideas comunes.

## **Actividad No.32**

### **SOCIODRAMA**

#### ***“DEMOS SOLUCIONES”***

#### **Objetivo**

Identificar las expectativas y aspiraciones personales a corto y largo plazo.

#### **Tiempo**

30 Minutos.

#### **Material**

- Sillas cómodas
- Agua, Dulces.

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- Se presentó un asunto para discusión al grupo ¿Qué harían si salen a la calle y se olvidan sus medicamentos?
- Después de diez minutos, se orientó a las participantes que expliquen el porqué de sus prioridades.
- Cada participante actúo como lo que quiere ser.

### **Actividad No. 33**

#### **Dinámica de Cierre**

#### ***“CONOCIENDO LAS TABLITAS DE UNAINTEGRANTE DEL GRUPO PARA APRENDER MATEMÁTICAS”.***

#### **Objetivo**

Incentivar al grupo que existen pacientes que se dan forma para aprender, cuando existe alguna discapacidad como es el caso del miembro del grupo el cual a pesar de su enfermedad que es la epilepsia, utiliza medios para poder realizarse y lograr sus objetivos.

#### **Tiempo**

10 Minutos.

#### **Material**

- Mesón
- Tablitas de Matemáticas.

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- Se presentó al grupo las tablitas de matemáticas.
- Una participante del grupo de pacientes de epilepsia realizó la explicación.
- Se realizaron preguntas a la paciente, si no llegan a entender algo.

## **Actividad No.34**

### **EXPOSICIÓN**

#### ***¿QUÉ ES LA EPILEPSIA?***

##### **Objetivos**

La paciente amplió su conocimiento en relación a la Epilepsia.

Brindar a la paciente información acerca de la Epilepsia.

##### **Tiempo**

40 minutos

##### **Material**

Papelógrafos

##### **Proceso**

- Se realizó una exposición de todo lo referente a la enfermedad de epilepsia, ¿Qué es?, su clasificación y diagnóstico diferencial.
- Al concluir se pidió que participen con preguntas.

## **Actividad No.35**

### ***“MI VIDA”***

#### **Objetivo**

Afianzar en la paciente seguridad de lograr diversas actividades y planes sin limitarse por su enfermedad.

#### **Tiempo**

25 Minutos.

#### **Material:**

- Sillas
- Papelógrafos
- Hojas de Colores
- Pegamento

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- Se realizó con restos de papel una representación de la vida y las perspectivas de logro de cada una de las participantes.

## **Actividad No.36**

### ***“DIAMANTE”***

#### **Objetivo**

Fomentar en la paciente la adquisición de conductas adaptativas para lograr que no se limite por su enfermedad.

#### **Tiempo**

25 Minutos.

#### **Material**

- Sillas

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- Se repartió a las integrantes del grupo una tarjeta con frases para llenar.
- Cada participante las completó dichas frases y después en grupo de 4 – 5 personas se fue leyendo y comentando.

## **Actividad No.37**

### ***“CONOCIENDO MÁS MI ENFERMEDAD”***

#### **Objetivo**

El Objetivo es que la paciente amplíe su conocimiento en relación a la epilepsia.

#### **Tiempo**

30 Minutos

#### **Material**

- Sillas
- Agua
- Dulces.

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- Se realizó la Dinámica exposición donde cada paciente participó hablando de su enfermedad.

## **Actividad No.38**

### **PANELES**

#### ***“ES ASÍ”***

#### **Objetivo**

El Objetivo es de brindar ala paciente información acerca de la epilepsia.

#### **Tiempo**

30 Minutos.

#### **Material**

- Sillas
- Panel

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- La Actividad se realizó a través de un Panel, el cual sirvió para poder explicar lo que es la enfermedad de la epilepsia.
- Se realizó un debate con varias personas.

## Actividad No.39

### SIMPOSIO

#### *"NO ES VERDAD QUE"*

#### Objetivo

Abordar la epilepsia tratando diferentes aspectos de la enfermedad que se realizará por personas expertas en el tema de la Epilepsia como Doctores o personas que tengan epilepsia.

#### Tiempo

1 hora

#### Material

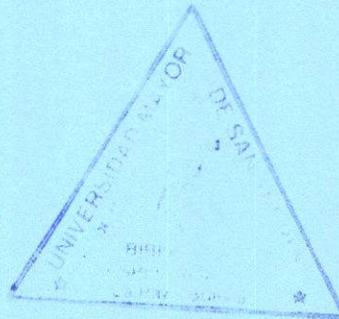
- Sillas
- Data Show

#### Lugar

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### Proceso

- Se realizó una Conferencia donde se tratará el tema de la Epilepsia, explicado por Neurólogos, Nutricionistas, Psicólogas y personas que presentan la enfermedad.
- Al concluir se pidió a los participantes que puedan realizar preguntas.



## **Actividad No.40**

### ***“PROYECCIÓN DEL VIDEO LA HISTORIA DE JUANITO”***

#### **Objetivo**

Incentivar el conocimiento, limitaciones y ventajas de la enfermedad de Epilepsia

#### **Tiempo**

1 hora

#### **Material**

- Sillas
- Televisor
- VHS o DVD
- Película “La Historia de Juanito”
- Agua dulces.

#### **Proceso**

- Se proyectó el video denominado “La Historia de Juanito”
- Luego se pidió la opinión de las participantes.

## **Actividad No.41**

### **Dinámica de comunicación**

#### **“ZAPATOS PERDIDOS”**

#### **Objetivo**

Analizar la importancia de la comunicación asertiva en las integrantes del grupo.

#### **Tiempo**

Se consideró un aproximado de tiempo 10 minutos.

#### **Material**

- Dos bolsas grandes.

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- Se pidió a todas las participantes que se dividan en dos grupos.
- Se pidió a ambos grupos que se saquen los zapatos y coloquen en la bolsa de manera independiente.
- Se amarró bien las bolsas y tuvieron un tiempo limitado (2 minutos) o menos dependiendo la cantidad de participantes.
- Se advirtió que nadie de los grupos deben hablar entre ellas.
- Cada grupo a la orden del coordinador fue buscando sus zapatos, cada una de las participantes del grupo presentó los dos pares de zapatos.
- Luego se suspendió la dinámica y se evaluó lo que cada equipo consiguió.
- Se repitió nuevamente la dinámica, pero anterior a ello se pidió que el grupo analice las formas de organización, para ingresar a la reflexión.

#### **REFLEXIÓN**

- *¿Cómo se sintieron y qué actitud se desarrollaron de sus compañeras de grupo durante la primera parte de la dinámica, cuando no se les permitió comunicarse?*
- *¿Cuál es la importancia del desarrollo de esta dinámica?*

## **BLOQUE TEMÁTICO: COMPORTAMIENTO INTERPERSONAL**

### **Actividad No.42**

#### ***"BUSCANDO ESTRATEGIAS"***

##### **Objetivo**

Proporcionar alternativas de búsqueda de ayuda.

Incrementar las conductas positivas frente a diferentes situaciones de conflicto.

##### **Tiempo**

El tiempo de duración fue de dos horas ligado a la participación, cohesión, velocidad y entusiasmo de las participantes.

##### **Material**

- Computadora
- Data show
- Pizarra acrílica
- Material de escritorio
- Bolígrafos
- Papelógrafos

##### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases. Ubicado en el segundo piso del Servicio de Neurología del Hospital de Clínicas.

##### **Proceso**

- Se acomodó las sillas de manera circular así cada participante se vio mutuamente y pudieron realizar sus ejercicios.

## **ActividadNo.43**

### ***“LOS REFRANES”***

#### **Objetivo**

Presentación y animación

#### **Tiempo**

Cada participante tendrá 2 minutos para expresar sus sentimientos en esos momentos.

#### **Material**

- Tarjetas

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- Se pidió a todas las participantes que se formen por parejas.
- Se repartió las tarjetas entre las participantes.
- Se les pidió que busquen a la persona que tiene la otra parte del refrán.
- De esta manera se fue formando las parejas que intercambiaron la información a utilizar en la presentación.

## **Actividad No.44**

### ***“LA RAYUELA DE LA PLANIFICACIÓN”***

#### **Objetivo**

Conocer y ordenar los pasos que debe seguirse en un proceso de planificación.

#### **Tiempo**

Cada participante tuvo dos minutos para elegir un pañuelo relacionado al color del mismo con su sentimiento de ese momento, como son 15 participantes se tomó 25 minutos.

#### **Material**

- Una bola de papel mojado.
- Rayuela elaborada en cartulina de colores; en cada cuadro debe tener procesos de planificación.

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- Las participantes lanzaron la bola de papel mojado, al cuadro que considere que es el primer paso.
- Luego saltaron de un pie y recogiendo la bola de papel mojado.
- Regresaron de nuevo al punto de partida tratando de no pisar las líneas de la rayuela.
- Una vez que las participantes regresaron al origen, se les pregunto si el paso que han señalado es correcto.
- Colectivamente se discutió la respuesta, si la participante había acertado continuó de la misma manera con el paso que considere.
- Si se equivocó cedió el turno a otra jugadora.
- Quien completo primero todos los pasos del proceso, se declaro vencedora.

## **Actividad No.45**

### ***“TÉCNICA DE SALIDA”***

#### **Objetivo**

Liberar las inhibiciones personales limitadoras, sacar bloqueo de las personas que se sienten imposibilitadas de moverse o de hacer lo que les gusta.

#### **Tiempo**

Se consideró un tiempo de 20 minutos para poder realizar esta dinámica.

#### **Material**

- Ninguno

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- La animadora invitó a todas las personas a formar un círculo apretado, con los brazos entrelazados.
- A continuación se invitó a una participante, preferentemente a una persona inhibida, para que se quede de pie dentro de su círculo.
- Una vez bien formado el círculo, la persona que está dentro recibió órdenes para que busque salir de la manera que fuera, por arriba, por abajo soltando la cadena de brazos.
- Las componentes del círculo intentaron al máximo contenerla y no dejarla romper el cerco.
- Después de una tentativa de unos 4 o 5 minutos, se pudo proseguir el ejercicio, cambiando a la persona que se encuentra en medio del círculo.
- Finalmente, una vez terminada esta vivencia, se continuó con comentarios.

## **Actividad No.46**

### ***“RETROALIMENTACIÓN”***

#### **Objetivo**

El objetivo del saludo y la retroalimentación, será recordar a las pacientes todo lo que aprendieron en la anterior sesión y preguntar se han intentado aplicar alguna se las herramientas que se vieron.

#### **Tiempo**

Esta primera actividad, con tener tres o cuatro opiniones que motiven a las participantes del grupo se dará como terminada la actividad.

#### **Material**

- Ninguno.

#### **Lugar.**

Se realizó en el aula para dictar clases, la cual es una aula grande y amplia con buena iluminación, y se dispondrán las sillas de manera circular.

## **Actividad No.47**

### **Técnicas de espejo**

#### ***“LA PROPIA DECISIÓN”***

#### **Objetivo**

Concientizar a las personas acerca de la dificultad que existe para comprender a las otras personas.

#### **Tiempo**

El tiempo a realizar será de 30 minutos.

#### **Material.**

- Sillas
- Agua
- Dulces.

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases Sillas

#### **Proceso.**

- La animadora explicó la expresión de ponerse en la piel del otro.
- Se formaron subgrupos de dos.
- La compañera A ejecutó una acción: tomar café, trabajar en el escritorio, escribir una carta.
- La compañera B la imitó en sus gestos, ritmo emociones con toda precisión.
- Se invierte los papeles a la compañera B comienza la acción y A lo imitó en todo.
- Cada persona procura ser al mismo tiempo aquel que inicia el gesto y hará a la vez de espejo imitando los gestos de la otra.
- Las dos personas hicieron al mismo tiempo las dos cosas.
- Finalmente las dos personas comentaron la experiencia poniendo en común las siguientes observaciones:
  - a) Dificultad de estar atenta todo el tiempo.

- b) La concentración sobre las otras.
- c) El gesto externo que revela el movimiento interno.
- d) ¿Quién toma la iniciativa de un gesto?
- e) Cada participante fue dando diferentes soluciones a la problemática que vieron.
- f) El entrenamiento en habilidades de afrontamiento pretendió instaurar en las participantes ciertas habilidades a fin de que las utilice en futuras situaciones.

## Actividad No.48

### **"AISLANDO A SU ENTORNO"**

#### **Objetivo**

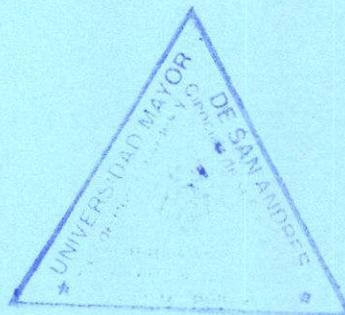
Fomentar comportamientos positivos para la integración y participación.

#### **Tiempo**

35 minutos

#### **Material**

- Sillas
- Cartillas.
- Hojas.
- Lápices o bolígrafos
- Imágenes de revistas.



#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- Se formó grupos y se proporcionó a las pacientes imágenes.
- Se pidió que cada grupo arme un relato que refiera a las consecuencias de aislarse de su entorno.

## **Actividad No.49**

### ***“INTERACCIÓN SOCIAL”***

#### **Objetivo**

Lograr que la disertación de lo que es depresión permanezca en ellas y puedan aplicarlo en su vida diaria.

Diferenciar lo que es la depresión y ansiedad.

#### **Tiempo**

35 minutos

#### **Material**

- Sillas
- Agua.
- Dulce

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- La animadora pidió que identifiquen situaciones de interacción social que causen problemas.
- Se pidió a las pacientes que especifiquen.

## **Actividad No.50**

### ***“CUENTO VIVO”***

#### **Objetivo**

Animación y concentración.

#### **Tiempo**

10 minutos

#### **Material**

- Ninguno

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- Todas las participantes se sentaron en círculo.
- La coordinadora empezó a contar un relato sobre cualquier cosa, donde incorpore personajes y animales en determinadas actitudes y acciones.
- La coordinadora señaló a cualquiera de las compañeras, la cual actuó como el animal o persona sobre la cual se hizo referencia en su relato.

## **Actividad No.51**

### ***"INTERACTUANDO CON LA SOCIEDAD"***

#### **Objetivo**

Identificar situaciones de interacción social que constituyan un problema.

Afianzar las conductas adaptativas ante diferentes situaciones de interacción social.

#### **Tiempo**

40 minutos

#### **Material**

- Sillas
- Agua
- Dulces

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

## **Actividad No.52**

### ***“ESPECIFICANDO SITUACIONES DE INTERACCIÓN SOCIAL”***

#### **Objetivo**

Identificar situaciones de interacción social que constituyen un problema.

#### **Tiempo**

40 minutos

#### **Material**

- Sillas
- Agua.
- Dulces

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- Se pidió que identifiquen situaciones de interacción social que causen problema.
- Se pidió a las pacientes que las especifiquen.

## Actividad No.53

### **"EL RUMOR"**

#### **Objetivo**

Ver como la información se distorsiona a partir de la interpretación dada.

#### **Tiempo**

40 minutos

#### **Material**

- Sillas
- Agua
- Dulces

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- Se preparó un mensaje escrito.
- Se pidió un mínimo de 6 voluntarias, que se numeran. Todas menos la primera salieron del sitio donde estaban.
- El resto de las participantes fueron testigos del proceso de distorsión que se da al mensaje; fueron anotando lo que va variando de manera inicial.
- Quien coordina el mensaje N. 1 luego se llama a la N.2 lo que le fue leído, sin ayuda de nadie.
- Así sucesivamente hasta que pasaron a todas las compañeras.
- La última compañera, en lugar de repetir el mensaje oralmente, fue más conveniente que lo escriba en la pizarra, así fue posible que la coordinara anotará el mensaje original para comparar.
- El ejercicio permitió reflexionar que la distorsión de un mensaje se da por no tener claro el mensaje, pues por lo general, se nos queda en la memoria aquello que nos llama la atención, o lo que creemos que es más importante. Además permitió discutir e interpretar como llegan las noticias.

## **Actividad No.54**

### ***“ENTRENAR ALA PACIENTE A TENER CONDUCTAS ADAPTATIVAS***

#### **Objetivo**

Afianzar las conductas adaptativas ante diferentes situaciones de interacción social.

#### **Tiempo**

40 minutos

#### **Material**

- Sillas
- Agua
- Dulces
- Papelógrafos
- Hojas
- Marcadores, Bolígrafos

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- Mediante la práctica se entrenó a la paciente a tener conductas adaptativas por medio de la siguiente secuencia.
- Instrucciones.
- Modelado.
- Ensayo de la conducta.
- Reforzamiento positivo.
- Retroalimentación Práctica en contextos naturales.
- Tareas para la casa.

## **Actividad No.55**

### ***¿QUE RASGOS DE MI PERSONALIDAD SON FAVORABLES PARA EL DESENVOLVIMIENTO INTERPERSONAL Y CUALES NO?***

#### **Objetivo**

Identificar situaciones que resulten problemáticas para el desenvolvimiento interpersonal.

#### **Tiempo**

35 minutos

#### **Material**

- Sillas
- Agua.
- Dulces

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- La actividad consistió en comentar por parejas ¿Que rasgos de mi personalidad son favorables para los desenvolvimientos interpersonales y cuáles no?
- En tríos se calificaron mutuamente respecto al desenvolvimiento interpersonal.
- Se tuvo en cuenta las vivencias del grupo a lo largo del taller.
- Conversaron sobre el tema para tratar de cambiar los rasgos desfavorables para la interacción social.

## **Actividad No.56**

### ***“LA HISTORIA”***

#### **Objetivo**

Permite reflexionar sobre la interpretación que hacemos, cuando nos cuentan o leemos algo.

Es un ejercicio que permitió ver como los conceptos tienen un contenido a partir de la vida real

#### **Tiempo**

35 minutos

#### **Material**

- Sillas
- Hojas.
- Bolígrafos, para las participantes.
- Una hoja de clave de respuestas para el coordinador.

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- Se pudo trabajar en forma individual o por grupos.
- Se leyó la historia detenidamente; las participantes escucharon.
- Cada participante, o por grupos contestaron el “cuestionario” sobre los conceptos, que la coordinadora leyó.
- Cada participante contestó V (verdadero) F (falso) o (no se sabe) a cada pregunta.

## **Actividad No.57**

### ***“REGISTRO” SE ENTRENARÁ A LA PACIENTE EN SITUACIONES MEDIANTE MODELADO, ENSAYO DE CONDUCTA, REFORZAMIENTO POSITIVO Y RETROALIMENTACION***

#### **Objetivo**

Fomentar conductas de interacción personal ante situaciones específicas.

#### **Tiempo**

30 minutos

#### **Material**

- Sillas
- Papelógrafos
- Marcadores
- Ficha de registro.

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- Se pidió a la paciente realizar un registro de su propia conducta tanto manifiesta como encubierta.
- Se delimitó la conducta de interacción social en observación.
- Se seleccionó el proceso de registro.
- Se entrenó a la paciente en su empleo en situaciones mediante instrucciones, modelado, ensayo de conducta, reforzamiento positivo y retroalimentación.

## **Actividad No.58**

### **Dinámica de recreación y animación**

#### ***“JIRAFAS Y ELEFANTES”***

#### **Objetivo**

Animación y concentración.

#### **Tiempo**

10 minutos

#### **Material**

Ninguno

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- Todas las participantes formaron un círculo, quedando una en el centro.
- La que coloca al centro señaló a la otra del grupo diciéndole “jirafa” o “elefante”.
- Si dice jirafa, la señalada juntó sus manos en alto y sus compañeras vecinas se agacharon y le tomaron por sus pies.
- La persona que está al centro dijo: elefante a la señalada debió simular con sus manos la trompa del elefante, sus vecinas simularan las orejas con sus manos.
- Quien estaba distraída y no cumpla con la indicación, paso al centro y señalo de nuevo a otra compañera, al mismo tiempo que dice jirafa o elefante.
- El juego se continuó desarrollando de la misma manera.

## **Actividad No.59**

### ***“ELIGIENDO UN PROBLEMA”***

#### **Objetivo**

Incentivar en la paciente conductas de apoyo frente a situaciones problemáticas.

#### **Tiempo**

25 minutos

#### **Material**

- Sillas
- Agua
- Dulces
- Papelógrafos

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- Se pidió a las pacientes que describan la definición de un problema.
- Comparándolas y escogiendo la mejor se formaron grupos de 4 o 5 personas y se les pidió que elijan un problema de la vida real e interesante para todas.
- Fueron escribiendo cada uno tres o cuatro hechos sobre el mismo problema en las tarjetas separadas, sin emitir opiniones ni juicios.
- Cada una puso por escrito alguna sesión para resolver el problema y posteriormente se lo analiza y reflexiona.

## Actividad No.60

### Juego de roles

#### **“REPRESENTAR COMPORTAMIENTOS DE LOS PERSONAJES”**

#### **Objetivo**

Analizar las diferentes actitudes, reacciones, de la gente frente a situaciones o hechos concretos.

#### **Tiempo**

25 minutos

#### **Material**

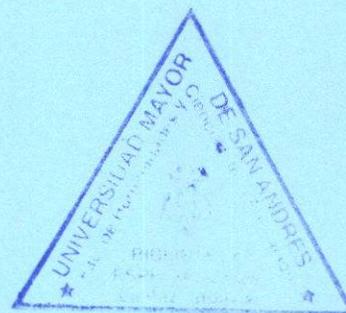
- Ninguno

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- Al igual que el sociodrama, fue una situación en la que se utiliza gestos, acciones y palabras.
- La diferencia está, en que en el juego de roles se representó con las actitudes de las personas, las características de sus ocupaciones o profesiones o las formas de pensar de la gente.



## **Actividad No.61**

### **Dinámica de exposición**

#### ***“NO ES” Y “ES”***

#### **Objetivo**

Optimizar las relaciones personales a través del conocimiento y la aceptación de una misma y ver el lado positivo de cada relación.

#### **Tiempo**

30 minutos

#### **Material**

- Sillas
- Agua
- Dulces
- Papelógrafos
- 

#### **Lugar**

Se realizó en el aula para dictar clases.

#### **Proceso**

- Se realizó a partir de la dinámica exposición donde cada paciente participó hablando de su enfermedad.

# **ANEXO**

**2**

# **INVITACION**

**LA UNIDAD DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL DE CLINICAS TE INVITA ESTE JUEVES 6 DE SEPTIEMBRE A LAS 16:00 P.M. A LA CONFERENCIA DE LA EPILEPSIA, EN LOS AMBIENTES DE LA UNIDAD DE NEUROLOGIA.**

**LOS ESPERAMOS!!!**

**Consultas**

**Lic. Cindy Hinojosa**

**73599037**

# **ANEXO**

**3**

# **HOSPITAL DE CLINICAS**

## **SERVICIO DE NEUROLOGIA**

### **¿Que es la Epilepsia?**

La epilepsia es una enfermedad que consiste en ataques epilépticos repetidos. El cerebro humano funcionalmente puede compararse a un generador eléctrico en acción continua. Todas sus neuronas, que son sus células funcionales, producen energía eléctrica.

Una crisis epiléptica es la manifestación sensible de una descarga eléctrica del cerebro, anormal por su magnitud y brusquedad. Por tratarse de una descarga que ocurre y deja de ocurrir, una crisis epiléptica siempre es pasajera.

Vamos a llamar descarga epiléptica a una descarga neuronal que pueda generar una crisis epiléptica. La descarga epiléptica se manifestará de modo diferente según el área del cerebro donde ocurra,

### **Cuantos Tipos de Epilepsia hay?**

Hay muchos tipos de crisis epilépticas. Si la descarga epiléptica ocurre en el área del encéfalo de la que depende el estado de alerta la crisis epiléptica será un episodio de inconsciencia, más o menos prolongado, pero, en general, breve. Es lo que se conoce como "ausencia simple" o "pequeño mal". Pero si la descarga se difunde a las áreas responsables del movimiento, la inconsciencia se seguirá de convulsiones muy dramáticas de todo el cuerpo, que suelen prolongarse por dos o tres minutos y se siguen de un estado de inconsciencia de varios minutos más. Esta es la crisis epiléptica

más conocida y se le llama "crisis generalizada convulsiva" o de "gran mal".

### **¿Que la provoca?**

La epilepsia en ocasiones, se relaciona con una condición temporal, como exposición a drogas, supresión de algunos medicamentos o niveles anormales de sodio o glucosa en la sangre. Este tipo de ataques es posible que no se repitan una vez que se corrige el problema subyacente.

En otros casos la epilepsia es secundaria a una lesión cerebral lo que provoca que el cerebro se vuelva excitable de manera anormal.

En algunos pacientes la anomalía es hereditaria, lo que afecta las neuronas del cerebro y conduce a las convulsiones. En algunos casos no es posible identificar la causa.

### **SE PUEDE CLASIFICAR SEGÚN SU ETIOLOGIA**

**IDIOPÁTICA O CONSTITUCIONAL.** Es aquella epilepsia de causa no identificable que suele presentarse generalmente entre los 5 y 20 años de edad aunque puede presentarse a cualquier edad. No se presentan otras anomalías neurológicas y es frecuente que existan antecedentes familiares.

**SINTOMÁTICA** En este tipo de epilepsia existen infinidad de causas y entre otras encontramos:

a) Anormalidades congénitas y lesiones perinatales, este tipo provoca convulsiones que se presentan durante la infancia o la niñez. Trastornos metabólicos: las convulsiones por trastornos metabólicos pueden afectar a personas de cualquier edad. Así encontramos que la carencia de piridoxina y la fenilcetonuria son causantes mayores de convulsiones en los recién nacidos o lactantes. En el adulto la supresión al alcohol o drogas (principalmente barbitúricos y benzodiazepinas) es una causa

común de convulsiones recurrentes, pero también podemos encontrar que la diabetes, insuficiencia renal, uremia, desequilibrios electrolíticos, deficiencias nutricionales, uso y abuso de drogas (cocaína, anfetaminas, alcohol u otras drogas recreativas) pueden ocasionar las convulsiones.

**TRAUMATISMO** (Lesión cerebral).- Son una causa frecuente de convulsiones, en cualquier edad pero en especial en adultos jóvenes. Es más probable que se desarrolle epilepsia postraumática si existe lesión de la madre y por lo general se presentan las convulsiones en el transcurso de dos años posteriores a la lesión, pero hay que tomar en cuenta que las convulsiones que se presentan durante la primera semana de una lesión no son indicación de que se presentarán en el futuro. Es recomendable dar tratamiento profiláctico con aniconvulsionantes ya que reduce la frecuencia de epilepsia postraumática.

**TUMORACIONES** y otras lesiones que ocupan espacio (hematomas).- Este tipo de problemas pueden ocasionar convulsiones a cualquier edad pero son causa frecuente en la edad adulta y posteriormente cuando aumenta la incidencia de enfermedades neoplásicas. Aquí toma importancia la convulsión como primer síntoma de la neoplasia intracraneana y normalmente las convulsiones son de carácter parcial (focales). Generalmente se presentan cuando la tumoración afecta la región frontal, parietal o temporal. Los síntomas pueden evolucionar hasta crisis tónico clónicas generalizadas. Se recomienda que a toda persona adulta de más de 30 años de edad que inicia con convulsiones focales o convulsiones progresivas se estudie para descartar una neoplasia.

### **ENFERMEDADES VASCULARES.**

Generalmente se presentan con el envejecimiento (60 años o más), y como ejemplo tenemos los accidentes cerebro vasculares.

## **TRASTORNOS DEGENERATIVOS de la Epilepsia**

Enfermedades como la demencia senil tipo Alzheimer o síndromes orgánicos cerebrales similares pueden causar convulsiones en los últimos años de la vida.

## **ENFERMEDADES INFECCIOSAS.**

Las enfermedades infecciosas pueden ocasionar convulsiones a cualquier edad, y son potencialmente reversibles. Las convulsiones pueden presentarse en una enfermedad infecciosa o inflamatoria aguda, como puede ser la meningitis bacteriana y la encefalitis herpética, o en padecimientos infecciosos crónicos como la neurosífilis, cisticercosis cerebral o como complicación del SIDA u otros trastornos inmunes. Cuando existe un absceso cerebral supratentorial es posible que se desarrolle un cuadro epiléptico un año después del tratamiento.

## **SÍNTOMAS de la Epilepsia**

Las epilepsias pueden clasificarse de diferentes maneras pero aquí lo haremos de acuerdo con la Liga Internacional Contra la Epilepsia, que es una clasificación descriptiva. Por lo que las dividiremos en generalizadas y parciales (afectan parte del cerebro).

## **CONVULSIONES PARCIALES**

La sintomatología y el electroencefalograma nos indican que sólo se ha activado una parte restringida del hemisferio cerebral. Y las manifestaciones dependerán del área afectada. Las convulsiones parciales se dividen en SIMPLES (conservan la conciencia) y COMPLEJAS (existe deterioro). Las convulsiones parciales afectan solo una parte del cerebro. Las convulsiones parciales pueden

generalizarse presentando un cuadro tónico clónico.

**A.- Convulsiones parciales simples.**-este tipo de crisis puede manifestarse por síntomas motores focales (sacudida convulsiva) o con síntomas somato sensoriales (parestesias u hormigueo). En otras ocasiones se manifiesta con síntomas sensoriales especiales como destellos de luz o zumbidos. También se pueden presentar síntomas o signos autónomos como sensaciones epigástricas anormales, sudoración, rubor, dilatación pupilar, etc. Cuando se presentan síntomas psíquicos es probable que haya deterioro de la conciencia.

## **B.- CONVULSIONES PARCIALES**

**COMPLEJAS.**- En este tipo de convulsiones el deterioro de la conciencia puede ir precedido, acompañado, o seguido de síntomas psíquicos ya mencionados y automatismo.

## **CONVULSIONES GENERALIZADAS**

Existen diferentes variedades de convulsiones generalizadas y éstas afectan todo o gran parte del cerebro:

**A.- PEQUEÑO MAL** (Convulsiones de ausencia).- Esta crisis se caracteriza por deterioro de la conciencia, que se puede acompañar de componentes clónicos, tónicos o atónico leves (disminución o pérdida del tono postural), enuresis. El inicio y el fin de la crisis son repentinos. La pérdida del conocimiento es muy breve y el paciente no se da cuenta de él. Si está conversando es posible que el paciente diga algunas palabras o se interrumpa a mitad de la frase por unos segundos. Este tipo de crisis normalmente inicia en la niñez y es frecuente que desaparezca hacia los 20 años de edad. En ocasiones son sustituidas por otro tipo de crisis generalizadas.

**B.- AUSENCIAS ATÍPICAS.**- La diferencia con las convulsiones de ausencia típicas es que las alteraciones del tono suelen ser más notables o los ataques tengan un inicio y terminación más graduales.

**CONVULSIONES MIOCLÓNICAS.**-Este tipo de crisis consiste en sacudidas mioclónicas únicas o múltiples.

**D) GRAN MAL** (Convulsiones tonicoclónicas).- Estas se caracterizan por la pérdida repentina de la conciencia, el paciente cae al suelo se pone rígido y se detiene la respiración (fase tónica), esto dura menos de un minuto y va seguida de una fase clónica que se caracteriza por sacudidas de la musculatura del cuerpo que puede durar dos o tres minutos para pasar a una etapa de coma flácido. Durante la fase clónica el paciente puede morderse la lengua o los labios, presentar incontinencia urinaria o fecal y en esta fase es posible que se lesione. Posterior a la crisis el paciente puede recuperar la conciencia o presentar un nuevo ataque o dormirse. Si el paciente presenta un nuevo ataque sin recuperar la conciencia se le conoce como estado epiléptico, pero si recupera la conciencia y se presenta otro ataque se le denomina convulsiones seriadas.

Posterior al ataque el paciente generalmente no recuerda los acontecimientos y se encuentra desorientado (automatismo posepiléptico). También puede presentar cefalea, confusión, somnolencia, náuseas, dolor muscular o combinación de estos síntomas. A la debilidad después de la crisis se le conoce como parálisis de Todd.

## **E) CONVULSIONES TONICAS CLONICAS**

**ATÓNICAS.**- Puede haber pérdida de la conciencia con los signos clónicos o tónicos descritos especialmente en niños. También es posible que se observen convulsiones atónicas

(ataque epiléptico de caída).  
**DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico de la epilepsia y de los trastornos convulsivos requiere antecedentes de convulsiones recurrentes de cualquier tipo. Un examen físico (que comprende una revisión neuromuscular detallada) puede ser normal o puede mostrar funcionamiento cerebral anormal en relación con áreas específicas del cerebro.

El electroencefalograma (EEG), que describe la actividad eléctrica del cerebro, puede confirmar la presencia de varios tipos de convulsiones. Éste puede, en algunos casos, indicar la ubicación de la lesión que está causando la convulsión. El EEG a menudo puede ser normal entre convulsiones, por lo que puede ser necesario efectuar un monitoreo prolongado con EEG.

Los exámenes para determinar la causa de la epilepsia y localización del problema pueden incluir procedimientos de laboratorio y gabinete tales como resonancia magnética, tomografía y punción lumbar.

El diagnóstico diferencial para las convulsiones parciales deberá de ser con ataques pasajeros de isquemia, ataque de furia y ataque de pánico. Para las convulsiones generalizadas deberá de descartarse el síncope ortostático, Disritmias cardiacas, isquemia del tallo encefálico y las pseudoconvulsiones.

### **TRATAMIENTOS Y RECOMENDACIONES para la Epilepsia**

**MEDIDAS GENERALES.-** En pacientes con convulsiones recurrentes es necesario dar tratamiento farmacológico con el fin de evitar las crisis y se deberá de administrar hasta que no se presenten al menos durante cuatro años. Si se ha identificado la causa desencadenante, ésta deberá de ser tratada, como por ejemplo se

recurrirá a la cirugía si existe una tumoración o lesiones cerebrales.

Los epilépticos deberán de evitar las situaciones peligrosas o que pongan en peligro su vida en caso de que se presente una crisis.

### **ELECCIÓN DEL FÁRMACO.-**

Los anticonvulsivos por vía oral pueden reducir el número de convulsiones futuras. La respuesta es individual y los medicamentos y las dosis utilizadas pueden requerir ajustes periódicamente. El tipo de medicamento que se utiliza depende del tipo de convulsión ya que algunos tipos de convulsiones responden bien a un medicamento o pueden responder muy poco e incluso empeorarse. Con algunos medicamentos se deben monitorear sus efectos colaterales y niveles sanguíneos.

Algunos pacientes epilépticos se pueden beneficiar de la cirugía cerebral para remover las células cerebrales anómalas que están provocando las convulsiones. Para otras se implanta un estimulador del nervio vago en el tórax, lo que puede ayudar a reducir el número de convulsiones.

### **PRONOSTICO para la Epilepsia**

La epilepsia puede ser una condición crónica en algunos casos, sin embargo, la necesidad de medicamentos se puede reducir e incluso eliminar con el tiempo. Algunos tipos de epilepsia infantil se resuelven o mejoran con la edad. Un período de cuatro años sin convulsiones puede indicar la posibilidad de reducir o suspender los medicamentos.

En las convulsiones es poco común que se presente muerte o daño cerebral permanente pero puede ocurrir si la convulsión es prolongada o si se presentan dos o más convulsiones en un período corto (estado

epiléptico). La muerte o el daño cerebral son, más a menudo, causados por la falta prolongada de respiración y la resultante muerte del tejido cerebral por falta de oxígeno. Existen algunos casos de muerte súbita e inexplicable en pacientes con epilepsia.

### **COMPLICACIONES de la Epilepsia**

Las crisis epilépticas en ocasiones pueden presentar complicaciones y éstas son del tipo de lesiones causadas por caídas, golpes y la propia mordida, lesiones mientras se está conduciendo u operando maquinaria y se presenta la crisis, inhalación de líquidos (neumonía por aspiración), daño cerebral permanente, dificultad de aprendizaje, efectos secundarios de los medicamentos y lo que representa una urgencia médica son las convulsiones prolongadas o numerosas sin recuperación completa entre ellas (estado epiléptico).

### **PREVENCIÓN de la Epilepsia**

No existe una prevención conocida para la epilepsia. Sin embargo, con una dieta y reposo adecuados, la abstinencia de drogas y alcohol se puede disminuir la probabilidad de precipitar una convulsión en una persona con epilepsia.

Los siguientes factores pueden presentar un riesgo de empeorar las convulsiones en una persona con un trastorno convulsivo bien controlado con anterioridad: Embarazo, falta de sueño, irregularidad en la toma de medicamentos, ciertos medicamentos de prescripción y enfermedad.

# **ANEXO**

**4**

## CHARLA INFORMATIVA

El Programa estará constituido por talleres enfatizando el trabajo grupal, al inicio de cada taller se empleará una dinámica de animación cuyo objetivo es motivar la participación al máximo, crear un ambiente fraterno, de confianza e integración de los participantes. En la segunda etapa se abordará de acuerdo a los objetivos específicos propuestos, los cuales serán efectuados por medio de las actividades, siendo de vital importancia para tratar el contenido de los talleres, además de dar información acerca del bloque temático a abordar. Terminada la actividad se cierra el taller con una reflexión.

Se realizarán 48 actividades en relación a los objetivos específicos establecidos en el Programa de Estrategias de Afrontamiento a la enfermedad de epilepsia, estas actividades se basarán en las siguientes técnicas.

- Lluvia de ideas
- Visualización
- Collage
- Sociodrama
- Proyección de video
- Reflexión
- Juego de Roles
- Dinámica de Grupo
- Técnica de Composición
- Decodificación de Cartillas

Según los siguientes bloques temáticos:

- Manejo Emocional
- Pensamientos positivos- Autovaloración
- Conductas Adaptativas
- Comportamiento Interpersonal

Al inicio y al finalizar el Programa de Estrategias de Afrontamiento a la enfermedad de epilepsia, para internas del servicio de Neurología del Hospital de Clínicas se aplicará un Inventario de Confrontación de Cruzado (1997).

La duración del Programa será aproximadamente de un año, al finalizar todas las actividades de dicho Programa, las pacientes recibirán un Certificado de Participación, mas una manilla el cual tendrá su nombre y el teléfono o dirección.

# **ANEXO**

**5**

## ANEXOS

### INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Nombre:..... Sexo:.....  
 Edad:.....

#### INSTRUCCIONES

Se plantea lo siguiente: Piense en su situación actual, en el aspecto de saber y tener la enfermedad de epilepsia con sus síntomas. A continuación se le presenta unas afirmaciones que deberá darles valor, marcando el número que corresponda:

- 0= "En absoluto"
- 1= "Un poco"
- 2= "Bastante"
- 3= "Mucho"
- 4= "Totalmente"

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

1. Permanezco firme y lucho para curarme					
2. Me culpó a mí mismo(a)					
3. Dejo ir mis sentimientos para reducir la tensión.					
4. Deseo que la situación nunca hubiera empezado					
5. Encuentro a alguien que me sepa escuchar, acerca de mi situación.					
6. Repaso el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente					
7. No dejé que me afecte; evito pensar en ello demasiado					
8. Pasé algún tiempo solo					
9. Me esfuerzo para resolver los problemas de la situación					
10. Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché					
11. Expreso mis emociones, lo que siento					
12. Deseo que la situación no existiera o que de alguna manera terminase					
13. Hablo con una persona de confianza					

14. Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas					
15. Trato de olvidar por completo el asunto					
16. Evito estar con gente					
17. Hice frente al problema					
18. Me critico a mi mismo (a) por lo ocurrido					
19. Me doy cuenta de cuáles son mis sentimientos y los dejo salir.					
20. Deseo no encontrarme nunca más en esa situación					
21. Dejo que mis amigos me echaran una mano					
22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían					
23. Quito importancia a la situación y no quiero preocuparme más					
24. Oculté lo que pensaba y sentía					
25. Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran					
26. Me recriminé por permitir que esto ocurriera					
27. Dejé desahogar mis emociones					
28. Deseo poder cambiar lo que había sucedido					
29. Pasé algún tiempo con mis amigos					
30. Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo					
31. Me comporté como si nada hubiera pasado					
32. No dejé que nadie supiera cómo me sentía					
33. Mantuve mi postura y luché por lo que quería					
34. Me doy cuenta de que soy responsable de lo que me pasa, así que sufro las consecuencias					
35. Mis sentimientos son abrumadores y explotan					
36. Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes					
37. Pedí consejo a un amigo o familiar que respeta					
38. Me fijé en el lado bueno de las cosas					
39. Evito pensar o hacer nada					
40. Trato de ocultar mis sentimientos					

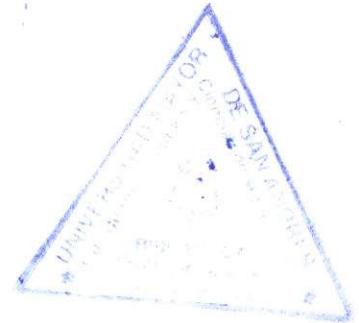
## ENTREVISTA ESTRUCTURA

### PREGUNTAS PARA ESTABLECER EL DIAGNOSTICO DE EPILEPSIA Y CLASIFICAR EL TIPO DE EPILEPSIA

- 1.- ¿Estaba inconsciente e incapaz de responder durante el episodio?
- 2.-¿Recuperó la consciencia luego del episodio?
- 3.-¿Cuántos episodios ha presentado en los últimos 12 meses?
- 4.-¿Cuándo fue la última vez y cuál fue la duración?
- 5.-¿Existe algún problema neurológico (meningitis, trauma de cráneo, anoxia)?
- 6.-¿Por cuánto tiempo?
- 7.-¿Se ha agravado?
- 8.-Durante los episodios ¿estaba con la mirada fija, parpadeando o no prestaba la atención?
- 9.-Durante los episodios ¿hubo movimientos involuntarios anormales o controlados, sacudidas o contracciones musculares?
- 10.-¿Hubo automatismos tales como movimientos de deglución o saboreo, movimientos repetitivos de las manos sin un propósito definido?
- 11.-¿Existe algún signo de aviso (aura) de la crisis?
- 12.-¿Estaba confusa luego de episodio?
- 13.-¿Estos episodios tienen relación con alguna situación específica (fiebre, luego de llanto, alimentación, miedo o trauma leve)?

- ✓ *Primer ítem.-* Menciona si el enfermo que sufre de epilepsia se encontraba consciente como para poder responder.
- ✓ *Segundo ítem.-* Menciona si el enfermo que sufre de epilepsia recupero la consciencia de manera inmediata.
- ✓ *Tercer ítem.-* Pregunta cuantos episodios tuvo en los 12 últimos meses.
- ✓ *Cuarto ítem.-* Pregunta al paciente que sufre de epilepsia cuando fue la última vez que tuvo su ataque.
- ✓ *Quinto ítem.-* Pregunta al paciente que sufre de epilepsia si tiene algún problema neurológico.
- ✓ *Sexto ítem.-* Pregunta al paciente que sufre de epilepsia por cuánto tiempo le da su convulsión.
- ✓ *Séptimo ítem.-* Pregunta al paciente que sufre de epilepsia si se ha agravado.
- ✓ *Octavo ítem.-* Pregunta al paciente que sufre de epilepsia como se encontraba durante las convulsiones.
- ✓ *Noveno ítem.-* Pregunta al paciente si tuvo movimientos involuntarios.
- ✓ *Décimo ítem.-* Pregunta al paciente que sufre de epilepsia si tuvo movimientos de deglución.
- ✓ *Once ítem.-* Pregunta al paciente que sufre de epilepsia si tuvo algún signo de que le avise de que le está por dar una crisis.

- ✓ *Doce ítem.*- Pregunta al paciente que sufre de epilepsia de cómo se encontraba después de la crisis.
- ✓ *Trece ítems.*- Pregunta al paciente que sufre de epilepsia si las crisis que le dan tienen alguna relación como fiebre, llanto o alguna comida.



# **ANEXO**

# **6**

Fecha:.....

### HOJA DE DATOS

#### INFORMACION GENERAL

Nombre:..... Fecha de Nac.:.....  
Edad:..... Estado Civil:..... Grado de Instrucción:.....  
Ocupación:.....  
Domicilio:..... Teléfono:..... NHC:.....

#### DATOS PERSONALES EN RELACION A LA ENFERMEDAD:

Desde cuando fue diagnosticado con Epilepsia?  
.....  
.....  
.....  
.....

Conoce usted que tipo de epilepsia tiene.....  
Que medicamentos actualmente consume para controlar las Convulsiones ( indique horario y dosis)  
.....  
.....  
.....

Cada cuanto tiempo realiza sus controles médicos  
.....  
.....

Tienen usted algún síntoma antes de la crisis epiléptica? ( marque con una cruz )  
Dolores de cabeza      Mareos      Desorientación  
Indigestión      Vómitos      Fatiga  
Cada cuanto tiempo tiene una crisis  
.....  
.....

#### DATOS FAMILIARES

Madre:..... Edad..... Ocupación:.....  
.....  
Estado de salud:.....  
.....

Padre:..... Edad..... Ocupación:.....  
.....  
Estado de salud:.....  
.....

Esposo, esposa, hijos  
.....  
.....

Existen entre los ascendientes (padres, tíos, abuelos) epilepsia?      Si      No

# **ANEXO**

**7**

# **AFRONTAMIENTO**

En la comunicación algunas personas hablan de lo que piensan y no de lo que sienten. Otros no pueden decir lo que sienten. Por ello la incapacidad de expresar los sentimientos, minuto a minuto, produce consecuencias como disminución de su autoestima, insatisfacción, dificultad en entablar relaciones interpersonales.

El Afrontamiento forma parte de los recursos psicológicos de cualquier individuo, y es una de las variables personales declaradas como intervinientes o participantes en los niveles de calidad de vida percibida, a la cual se atribuye un gran valor e importancia en las investigaciones sobre la calidad de vida y el bienestar psicológico. Algunas estrategias de Afrontamiento que se deben desarrollar en el contexto de pertenencia son:

- **A una familia**
- **A un entorno social**
- **A un sistema asistencial**

También se define como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. El afrontamiento no debería confundirse con el dominio sobre el entorno: Muchas fuentes de estrés no pueden dominarse y en tales condiciones el Afrontamiento eficaz incluiría todo aquello que permita al individuo tolerar, minimizar, aceptar o incluso ignorar aquello que no puede dominar. El planteamiento del Afrontamiento como proceso tiene tres aspectos principales: 1º El que hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace, en contraposición con lo que este generalmente hace, o haría en determinadas condiciones (lo cual pertenece al planteamiento de rasgo). 2º Lo que el individuo realmente piensa o hace, es analizado dentro de un contexto específico. 3º Hablar de un proceso de afrontamiento significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose. Por lo tanto, el Afrontamiento es un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias, digamos defensivas, y en otros con aquellas que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno.

# **ANEXO**

**8**

## **QUE ES SALUD?**

La salud es un derecho y un deber inalienables. Es afirmación con:de la vida. La salud es gozo y empeño, gratuidad y esfuerzo, un tesoro que hay que cuidar con responsabilidad. La salud es don, estabilidad emocional, equilibrio mental, sentido vital, felicidad personal y comunitaria, relación espiritual con Dios.

## **Y LA MEJOR SALUD ES LA QUE NO SE PIERDE**

### **QUE ES EL ESTRÉS?**

Es una experiencia humana interna que crea un desequilibrio psicológico ante una tensión, es la consecuencia de varios factores tales como el medio ambiente en el que se vive o trabaja, la interrelación con otras personas y la actitud que se asume frente a cada situación.

El estrés es vital para la vida en plenitud. Nos provee de tensión o potencia es necesario para establecer un proyecto y lanzarlo a su consecución, por lo tanto el estrés es la reacción, respuesta tensional de la persona a través de todas y cada una de sus dimensiones.

### **PORQUE HAY ESTRÉS EN EL HOMBRE?**

El estrés es una situación normal en toda persona u organismo vivo, producto de las tensiones o presiones que se dan en la vida. Entendemos por presiones las fuerzas del ambiente, los estímulos y acontecimientos de todo tipo que se dirigen hacia una persona. El hombre, necesita del equilibrio del sistema propio de el para lo cual su organismo realiza una condición ambiental con su medio interno

### **Signos y síntomas en general**

- Aumento de sudor
- Taquicardia
- Sensación de asfixia
- Escalofríos
- Hormigueo en las extremidades
- Mareos
- Dolores de cabeza
- Malestar en el cuello y espalda
- Alteraciones de sueño
- Problemas de alimentación
- Problemas gastrointestinales
- Aumento de la presión
- Desgano
- Irritabilidad

- Apatía
- Pérdida de interés sexual
- Sentimiento de frustración, miedos, etc.

## **Dos tipos de estrés**

### **EUSTRES**

Ayuda a que el organismo funcione de manera adecuada e interactúe con su medio de una manera óptima

### **DISTRES**

Respuesta ante exigencias superiores a las capacidades naturales

### **SALUD Y ESTRÉS**

- Sistema Inmunológico (Capacidad de un organismo para resistir y vencer la acción de un agente nocivo)
- Obesidad
- Enfermedades Cardiovasculares
- Alteraciones De Sueño
- Enfermedades gastrointestinales

# **ANEXO**

**9**



## QUE ES EL ESTRÉS ?

Es una experiencia humana interna que crea un desequilibrio psicológico, es la consecuencia de varios factores tales como el medio ambiente en el que se vive o trabaja, la interrelación con otras personas y la actitud que se asume frente a cada situación.



## Signos y síntomas en general

- Aumento de sudor
- Taquicardia
- Sensación de asfixia
- Escalofríos
- Hormigueo en las extremidades
- Mareos
- Dolores de cabeza
- Malestar en el cuello y espalda
- Alteraciones de sueño
- Problemas de alimentación
- Problemas gastrointestinales
- Aumento de la presión
- Desgano
- Irritabilidad
- Apatía
- Pérdida de interés sexual
- Sentimiento de frustración, miedos , etc

## Estresores relacionados con la edad

De 0 a 6 años  
apego

De 7 a 12 años  
Compañeros  
Escuela  
hermanos

13 a 18 años  
Identidad  
Cambios físicos  
Interacción

De 19 a 25 años  
Estudios  
Pareja  
Economía

De 26 a 40 años  
Falta de éxito  
Exigencia laboral  
Paternidad

De 40 a 60 años  
Crisis de la mediana edad  
Matrimonio  
Andropausia-menopausia

## Dos tipos de estrés

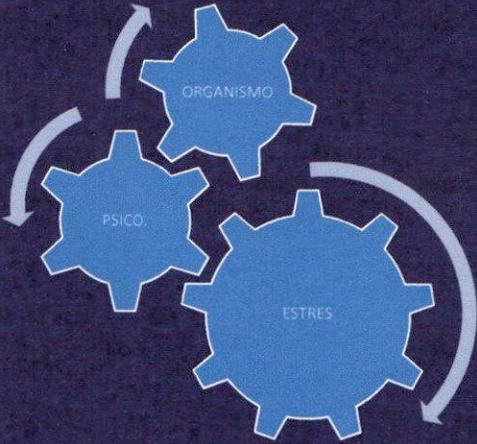
### EUSTRES

Ayuda a que el organismo  
funcione de manera  
adecuada e interactúe con  
su medio de una manera  
óptima

### DISTRES

Respuesta ante exigencias  
superiores a las  
capacidades naturales

### SALUD Y ESTRES



- Sistema Inmunológico
- Obesidad
- Enfermedades Cardiovasculares
- Alteraciones De Sueño
- Enfermedades gastrointestinales

The diagram shows three interlocking gears. The top gear is labeled 'ORGANISMO', the middle-left gear is 'PSICO', and the bottom-right gear is 'ESTRES'. Arrows indicate a clockwise flow of influence between them.



**ANEXO**

**10**

La Relajación tiene su origen en Asia en la India de ahí surge la acupuntura, reflexología y otras técnicas. A toda actividad se va sumando uno de los problemas que es el estrés que es la alta exigencia que tiene que tener a todo nivel del tanto psíquico como el nivel corporal, cultural, social. La relajación consiste en aflojar los músculos es decir dominar la tensión conseguir un estado de reposo y tranquilidad, conseguir un estado de despojarse de las preocupaciones que en el mundo cotidiano le exige y que por lo tanto lo importante considera lo que es el cuerpo donde aparecen los síntomas. En este caso tenemos que aflojar nuestra mochila imaginaria; mientras uno afloja el cuerpo los músculos disminuye la tensión. El oído tiene relación con nuestro aparato circulatorio. Se les dice imagínense que están caminando por un pasto verde

### **RELAJAMIENTO PSICOFISICO**

El individuo no se encuentra en un estado de completo relajamiento físico y de pleno bienestar psíquico. La ansiedad genera tensión, la tensión genera irritabilidad dando vida al descontento y luego a la ansiedad, formándose en un círculo vicioso del que es difícil salir. En cambio la calma genera tranquilidad, la tranquilidad bienestar, el bienestar alegría y la alegría calma interna. Tenemos de nuevo un círculo vicioso pero esta vez basado en calma y bienestar.

Lo que se debe alcanzar con la relajación es la instauración de este círculo vicioso de bienestar que permite al hombre vivir su vida plenamente. La finalidad de estos ejercicios es alcanzar la calma absoluta y la completa distensión.

Las ventajas de la relajación son un mejor metabolismo, menor ansia, estabilización cardiaca y respiratoria, aumento y facilidad de aprender, capacidad de relajarse ante un orden, capacidad de controlar disfunciones menores y armonía entre mente, cuerpo y espíritu. Las mejores horas son las de la tarde así como las de las primeras horas de la mañana mejor que sean alejadas de las comidas, que deben ser ligeras para que no se interfiera con la digestión. Antes de iniciar el ejercicio se quitaran las ropas estrechas, los zapatos se aflojan, las corbatas se desabrochara el botón del cuello, ponerse en un sofá provisto de brazos y cabecera, pies apoyados en el suelo, rodillas separadas y los brazos apoyados en los brazos del sillón, con las manos colgantes. No debe haber tensión en los músculos del cuello y para evitarlo es aconsejable realizar pequeños movimientos en la cabeza hasta que se encuentre la posición ideal, si tiene la necesidad de toser, rascarse, estornudar es bueno realizarlo pues si no lo realiza la atención estará concentrada en esta; se inspira por la nariz lentamente al pasar por las fosas nasales ricas en capilares entre ya caliente en los pulmones. Después se retiene la respiración durante dos o tres segundos y finalmente se expira por la boca procurando echar la mayor cantidad de aire posible. La fase mas importante es la espiración porque cuanto mas cantidad de aire se consiga sacar mayor es la cantidad de aire limpio que entrara en la siguiente inspiración, dando lugar a

una mayor oxigenación de la sangre. Se espira el aire por la boca manteniendo los labios redondeados y soplando como cuando se quiere enfriar la sopa o apagar una vela.

Tan solo se puede eliminar con el relajamiento el 30%. El ansia produce el aumento de los latidos del corazón, con riesgo de taquicardias hasta llegar a infartos psíquicos que en algunas ocasiones pueden causar la muerte. Una irregular secreción de los jugos gástricos fuera de las horas de las comidas produce ulceraciones a cargo de la mucosa que recubre el estomago y el duodeno. Las glándulas suprarrenales segregan mas adrenalina que entrando en circulación incrementan el ritmo de las pulsaciones cardiacas y, en consecuencia el valor de la presión arterial; disponiendo a los infartos la adrenalina es un potente estimulante siendo definida como las hormonas del estado de emergencia porque pone al organismo en situación ideal para enfrentarse con los momentos decisivos como un esfuerzo indispensable, una lucha la huida del peligro inmediato. Son estimulados el corazón y todos los músculos y el hígado emite glucosa. El individuo que no se relaja vive constantemente en una situación de emergencia, anomalía perjudicial para su organismo, vivir bajo el signo de la calma quiere decir vivir en un buen estado de salud física y mental. La gente se organiza mejor cuando tiene varias cosas que hacer que cuando la tiene una sola y no la haces. La ansiedad no es solo porque trabajo mucho sino es también porque no hago nada. Las personas que no hacen nada a su cuerpo lo torturan. Entonces los extremos generan estrés

**TECNICAS RESPIRATORIAS.** - Los pulmones, igual que la mayor parte de los órganos, son utilizados por el hombre de un modo incompleto. Normalmente respiramos usando media parte de los pulmones, utilizando de este modo solo una octava parte su capacidad. La respiración es un acto involuntario, por tanto podemos realizar a nuestro placer una respiración más o menos profunda, más o menos veloz. Por otra parte gracias a nuestro doble sistema de penetración del aire por medio de la boca y de la nariz todavía podemos crear otras combinaciones respiratorias, o bien podemos usar una fosa de la nariz u otra.

**RESPIRACION ABDOMINAL.** - Se efectúa manteniendo firme el tórax y bajando el diafragma en el momento de la inspiración y en consecuencia expandiendo el abdomen. Durante la espiración es importante vaciar a fondo los pulmones; echando la mayor cantidad posible de aire viciado. La espiración es la fase más importante del acto respiratorio, en cuanto que es el momento en el que decidimos cuanto aire podemos inspirar en la fase siguiente. Además de relajar esta actúa de un modo profundo sobre la circulación sanguínea. Se puede entender al diafragma como un segundo corazón. Y con sus movimientos semejantes a los de un embolo, rellena la base de los pulmones, haciendo fluir la sangre venosa en gran cantidad. Con la respiración abdominal se hace cada vez mas amplia, dulce y rítmica, incluso en las personas muy tensas a causa de la acción descongestionante sobre el plexo sola, el plexo de la ansiedad.

**RESPIRACION CLAVICULAR.**- En este tipo de respiración el aire tan solo es enviado a la parte alta de los pulmones. Es necesario mantener bien firme tanto la caja torácica como el abdomen y respirar solamente con el movimiento de los hombros y de las clavículas, concentrándose sobre la parte superior de los pulmones. Este es el peor modo de respirar, en cuanto se oxigena una mínima parte de los pulmones y las respiraciones en general, apresurada y con frecuencia causa de estrés y de tensión constante, las mujeres respiran de este modo con mucha frecuencia, suele ser la vestimenta estrecha la causante de esta respiración, además en los últimos meses de embarazo la mujer se ve obligada a respirar de este modo puesto que el útero al dilatarse, invade la cavidad abdominal.

**RESPIRACION COMPLETA.**- Reúne los tres sistemas de respiración (abdominal, torácica y clavicular) y después reunirlos en una única respiración, la mejor posición es la supina. Que consiste en poner los brazos sueltos desplazados por el cuerpo, con los codos un tanto doblados, las piernas semiabiertas, las puntas hacia afuera de los pies, manos flexionadas

Se inicia vaciando al fondo los pulmones contrayendo los músculos abdominales para expeler los aires residuales. Bajemos el diafragma lentamente y dejemos fluir el aire. Cuando la parte inferior de los pulmones haya empujado el abdomen hacia fuera expandiremos el tórax sin esforzar y finalmente levantaremos las clavículas. Es importante que durante toda inspiración el aire circule silenciosamente, sin la menor interrupción. Rellenemos los pulmones lo máximo posible (sin hincharse demasiado) y espiremos con el mismo orden utilizado para la inspiración, sin interrupciones muy lentamente.

Al terminar la espiración retraigamos bien el abdomen para expeler todo el resto del aire. Después volvamos a comenzar el ciclo de nuevo desde el principio. Un sistema para conseguir bien la respiración completa puede ser el de imaginar una botella, que después de ser vaciada de ser agua sucia, se llena lentamente de agua pura partiendo del fondo. Cuando se realicen estos ejercicios respiratorios es necesario vigilar el sonido que pasa de la boca a la tráquea, después de los bronquios y después de los pulmones. Esta escucha se puede convertir en un experiencia muy útil, pues tomamos confianza con nuestro cuerpo, aprendemos a descubrirlo a conocer una parte de nosotros hasta ahora olvidada.

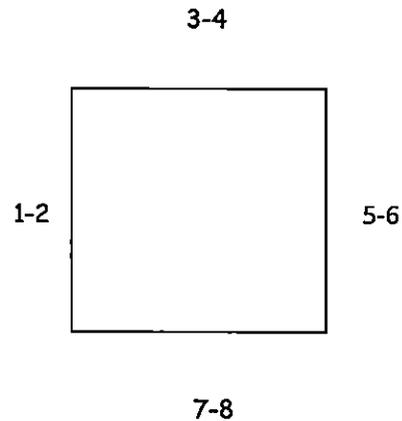
**METODOS DE RELAJACION.**- Se debe dar una sugestión positiva para que la asocie con ese estado (reflejo condicionado) Se debe decir antes al paciente "a hora te voy a tocar voy a levantarte la muñeca y esta caerá pesadamente" Cualquier cosa que vaya hacer siempre hay que explicarle antes para no asustarlo, el paciente es mas sensible. Lo más importante es adecuar cualquier técnica de relajación a las necesidades del paciente. Si el paciente es diestro o zurdo se pondrá por el lado idóneo. Se tiene que hablar siempre en primera persona del presente empleando el mismo tono de voz

**METODO JACOBSON** Consiste en ir prestando atención en cada parte de nuestro cuerpo, empezamos por los pies para luego ir subiendo hasta terminar en la coronilla de

nuestra cabeza. Mientras se va pensando en cada parte de nuestro cuerpo se dan sugerencias de flojedad y liviandad, tiene sus raíces en las técnicas y filosofías orientales de yoga y del zen. Tiene dos niveles Nivel motor (estructuración muscular; Nivel sensorial (trabajando con la imaginación)

**LA RESPIRACION DE CUADRATURA** .- Se llama así porque forma un cuadrado.

Lo primero que tiene que ser es forzada introducir aire por las fosas nasales



1-2 Inspira

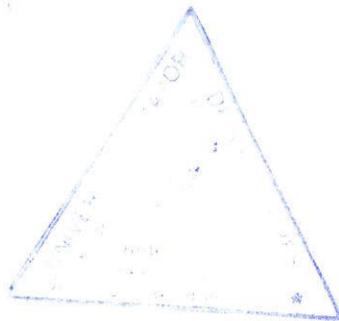
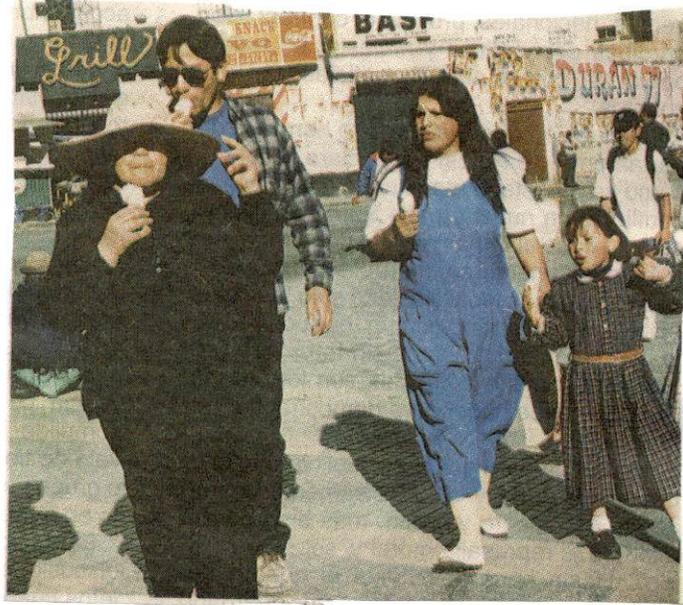
3-4 Retiene

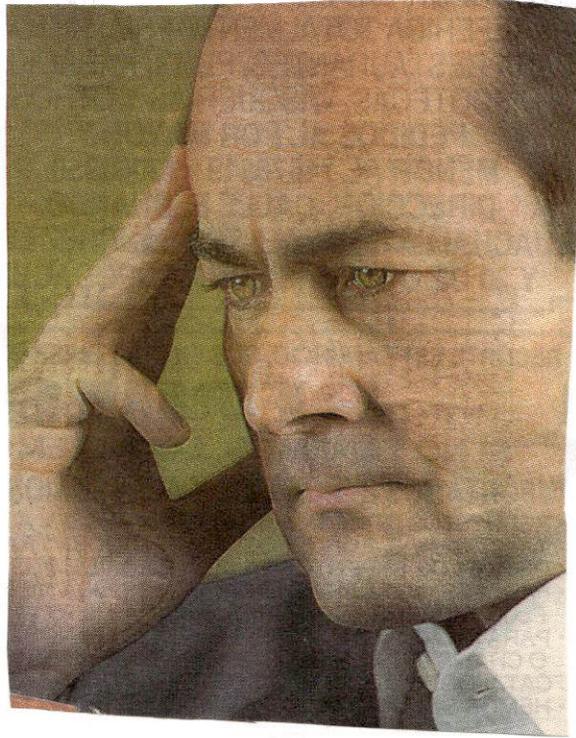
5-6 botar

7-8 normalmente respirar

# **ANEXO**

**11**









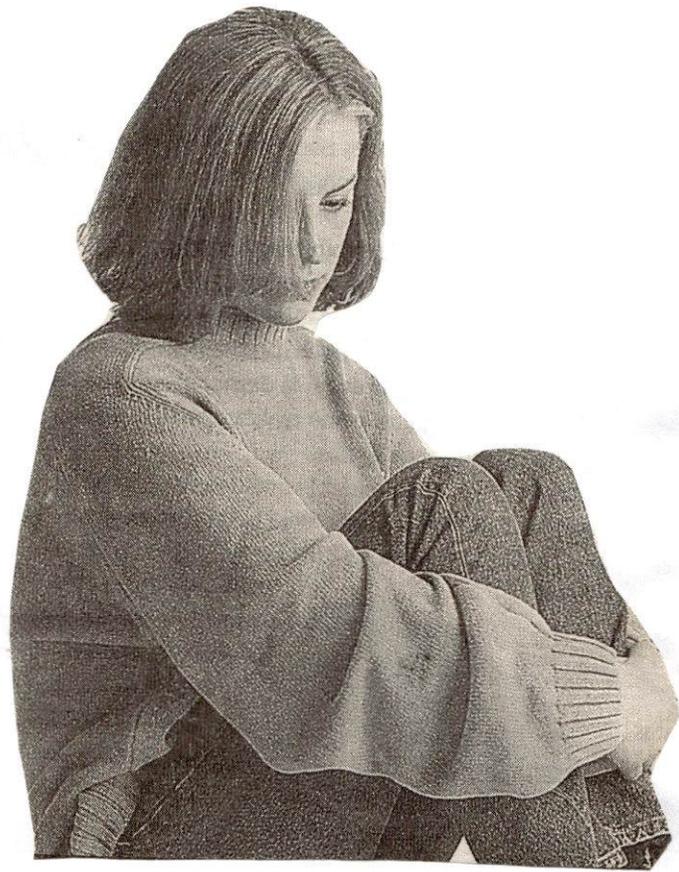


Handwritten notes and scribbles on the right side of the page, including a small circular mark and some illegible text.







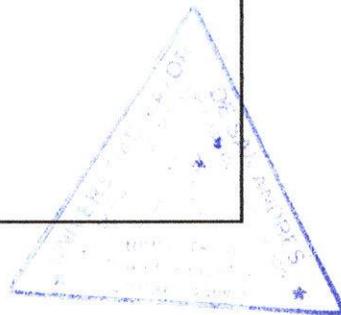
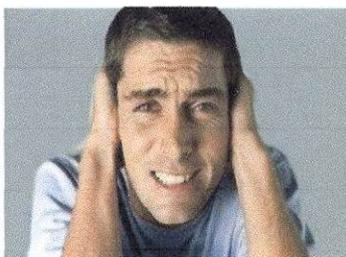


**ANEXO**

**12**

# LA ANSIEDAD

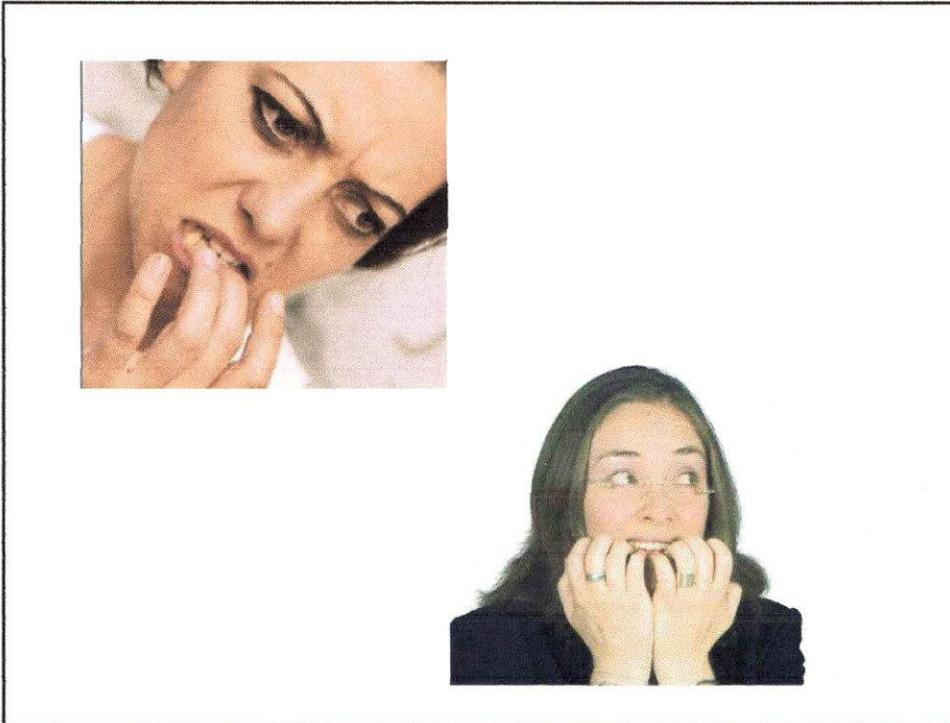
La ansiedad es un sentimiento de miedo, desasosiego y preocupación. La fuente de estos síntomas no siempre se conoce.



## Ansiedad a niveles patológicos

En las sociedades avanzadas modernas, esta característica innata del hombre se ha desarrollado de forma patológica y conforma, en algunos casos, cuadros sintomáticos que constituyen los denominados trastornos de ansiedad, que tiene consecuencias negativas y muy desagradables para quienes lo padecen. Entre los trastornos de ansiedad se encuentran las fobias, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico, la agorafobia, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno de ansiedad generalizada, etc.

En el caso del trastorno de ansiedad generalizada, la ansiedad patológica se vive como una sensación difusa de angustia o miedo y deseo de huir, sin que quien lo sufre pueda identificar claramente el peligro o la causa de este sentimiento. Esta ansiedad patológica es resultado de los problemas de diversos tipos a los que se enfrenta la persona en su vida cotidiana, y sobre todo de sus ideas interiorizadas acerca de sus problemas.



## Síntomas

Los síntomas de ansiedad son muy diversos y tal vez los más comunes consistan en [hiperactividad](#) vegetativa, que se manifiesta con [taquicardia](#), [taquipnea](#), [midriasis](#), sensación de ahogo, [temblores](#) en las [extremidades](#), sensación de pérdida de control o del conocimiento, [transpiración](#), [náusea](#), rigidez muscular, debilidad muscular, [insomnio](#), inquietud motora, dificultades para la comunicación, pensamientos negativos y obsesivos, etc.

La ansiedad se puede manifestar de tres formas diferentes: a través de síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales. Éstos hacen referencia a tres niveles distintos, los cuales pueden influirse unos en otros, es decir, los síntomas cognitivos pueden exacerbar los síntomas fisiológicos y éstos a su vez disparar los síntomas conductuales. Cabe notar que algunos síntomas de la ansiedad suelen parecerse a los de padecimientos no mentales, tales como la [arritmia cardíaca](#) o la [hipoglucemia](#). Se recomienda a los pacientes someterse a un examen médico completo para descartarlos.

La ansiedad también puede convertirse en un [trastorno de pánico](#), en el cual la persona cree que va a desmayarse, fallecer o sufrir algún otro percance fisiológico. Es común que las personas con este trastorno visiten la sala de urgencias con cierta frecuencia, y, típicamente, se sienten mejor después de ser atendidas.



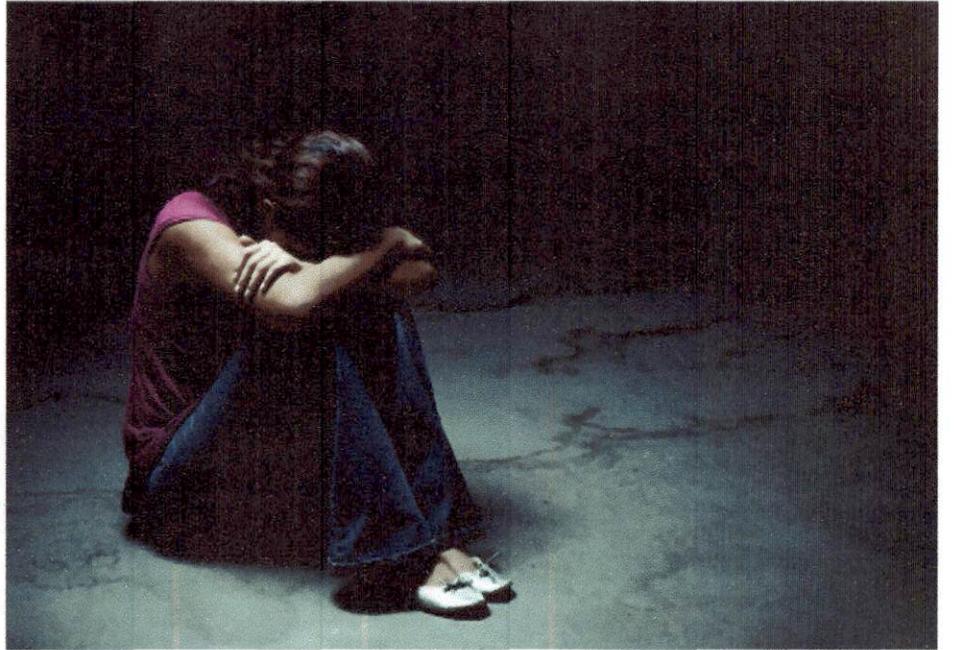
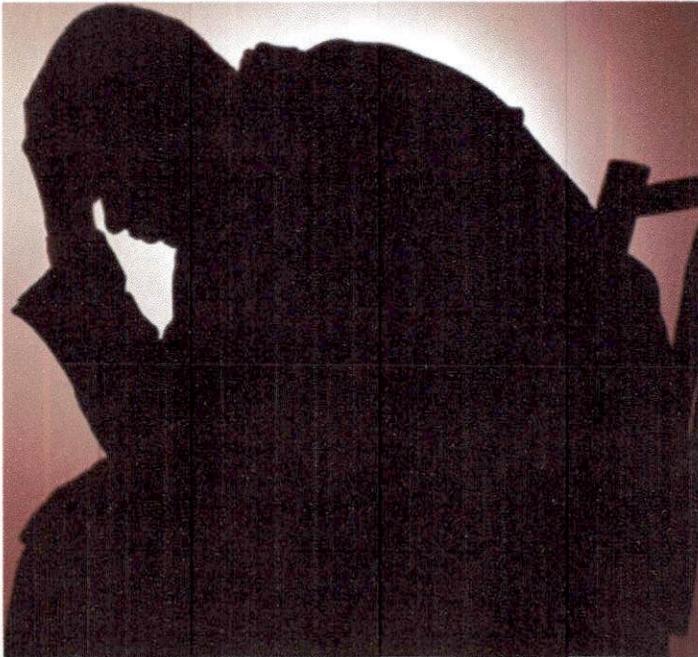
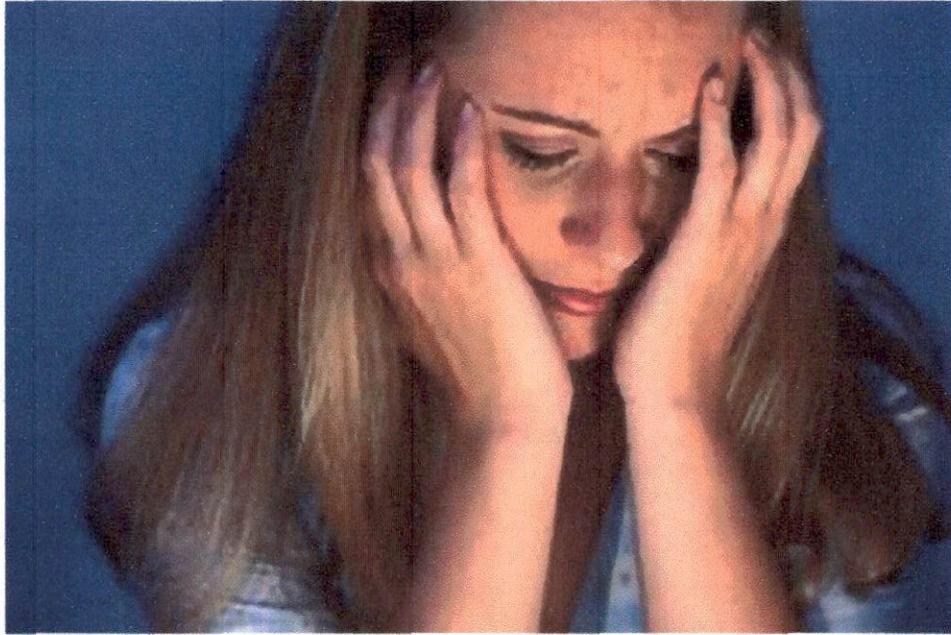
## Pronóstico

En general se considera que la ansiedad es una condición que existe de por vida en cierto grado. No todos los pacientes responden de la misma manera a los tratamientos, pero un porcentaje importante de ellos pueden lograr una recuperación parcial o casi completa a largo plazo con la ayuda de la terapia psicológica ([terapia cognitivo-conductual](#)). Se cree que la [prognosis](#) de la ansiedad se ve afectada por la creencia común (posiblemente una creencia negativa e incorrecta) por parte de los pacientes de que su condición es especialmente grave, más grave que la de cualquier otra persona que se haya recuperado.

# DEPRESION

La depresión se puede describir como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado. La mayoría de nosotros se siente de esta manera una que otra vez durante períodos cortos

La depresión clínica es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de tiempo prolongado.



# SINTOMAS

Los síntomas de depresión abarcan:

Estado de ánimo irritable o bajo la mayoría de las veces.

Pérdida de placer en actividades habituales.

Dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño.

Cambio grande en el apetito, a menudo con aumento o pérdida de peso.

Cansancio y falta de energía.

Sentimientos de inutilidad, odio a sí mismo y culpa.

Dificultad para concentrarse.

Movimientos lentos o rápidos.

Inactividad y retraimiento de las actividades usuales.

Sentimientos de desesperanza y abandono.

Pensamientos repetitivos de muerte o suicidio.

La baja autoestima es común con la depresión, al igual que los arrebatos repentinos de ira y falta de placer en actividades que normalmente lo hacen feliz, entre ellas, la actividad sexual.

Es posible que los niños deprimidos no tengan los síntomas clásicos de la depresión en los adultos. Vigile especialmente los cambios en el rendimiento escolar, el sueño y el comportamiento. Si usted cree que su hijo podría estar deprimido, vale la pena consultarlo con el médico.

# **Cuidados en el hogar**

Si usted presenta depresión durante dos semanas o más, debe ponerse en contacto con el médico u otros profesionales de la salud antes de que los síntomas empeoren.

Sin importar el tipo y gravedad de la depresión, las siguientes medidas de cuidados personales pueden ayudar:

Dormir bien.

Consumir una alimentación nutritiva y saludable.

Hacer ejercicio regularmente.

Evitar el consumo de alcohol, marihuana y otras drogas psicoactivas.

Involucrarse en actividades que lo hagan feliz.

Pasar el tiempo con familiares y amigos.

Si usted es una persona religiosa o espiritual, hable con clérigos o consejeros espirituales.

Contemple la posibilidad de la meditación, el tai chi y otros métodos de relajación.

Agregar ácidos grasos omega-3 a la dieta, los cuales se pueden obtener en suplementos de venta libre o consumiendo pescado como el atún, el salmón o la caballa.

Si su depresión ocurre en los meses de otoño o invierno, ensaye con fototerapia usando una lámpara especial que es similar a la luz del sol.

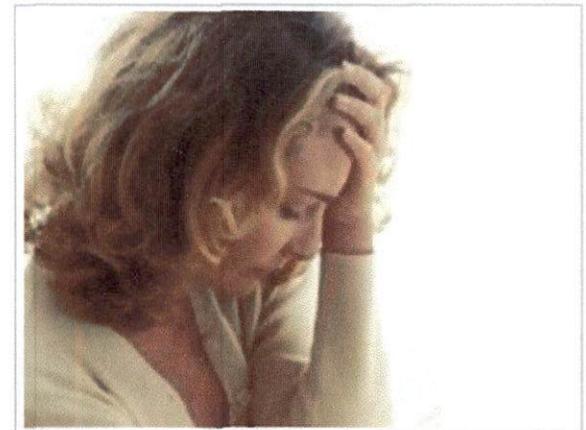
Si usted tiene depresión de moderada a grave, el plan de tratamiento más efectivo probablemente involucrará una combinación de psicoterapia, cambios en el estilo de vida y medicamentos..

# Prevención

Los hábitos de vida saludables pueden ayudar a prevenir la depresión y disminuir las posibilidades de que se presente de nuevo. La psicoterapia y los antidepresivos también pueden reducir la probabilidad de que usted resulte deprimido nuevamente.

La psicoterapia le puede ayudar en los momentos de aflicción, estrés o desánimo. La terapia de familia puede ayudar a los adolescentes que se sienten deprimidos.

Mantener contacto cercano con otras personas es importante para prevenir la depresión.



SONRIE;

Vale la Pena ☺

SER FELIZ

**ANEXO**

**13**

# LA HISTORIA

**UN HOMBRE DE NEGOCIOS ACABABA DE APAGAR LAS LUCES DE LA TIENDA CUANDO UN HOMBRE APARECIO Y LE PIDIO DINERO. EL DUEÑO ABRIO UNA CAJA REGISTRADORA. EL CONTENIDO DE LA CAJA REGISTRADORA FUE EXTRAIDO Y EL HOMBRE SALIO CORRIENDO.**

**UN MIEMBRO DE LA POLICIA FUE AVISADO RAPIDAMENTE.**

Matilde Ferriz

CONCEPTOS SOBRE LA HISTORIA

- 1.- Un hombre apareció después que el dueño apago las luces de su tienda.  F
- 2.- El ladrón era un hombre.  F
- 3.- El Hombre que apareció no pidió dinero.  V F
- 4.- El hombre que abrió la caja registradora era el dueño.  F
- 5.- El dueño de la tienda extrajo el contenido de la caja registradora y salió corriendo.  F
- 6.- Alguien abrió una caja registradora.  V F
- 7.- Después de que el hombre que demando dinero extrajo el contenido de la caja, huyo a toda carrera.  F
- 8.- Aunque la caja registradora contenía dinero, la historia no dice cuanto.  V F
- 9.- El ladrón demando dinero del dueño.  F
- 10.- Un hombre de negocios acababa de apagar las luces cuando un hombre apareció dentro de la tienda.  F
- 11.- Era a plena luz de día cuando el hombre apareció.   F
- 12.- El hombre que apareció abrió la caja registradora.  V  F
- 13.- Nadie demando dinero.  V  F
- 14.- La Historia se refiere a una serie de eventos en los cuales únicamente se mencionaran tres personas: el dueño de la tienda, un hombre que demando dinero y un miembro de la fuerza publica.  F
- 15.- Los siguientes eventos ocurrieron: alguien demando dinero, una caja registradora fue abierta, su contenido fue extraído y un hombre huyo de la tienda.  F

## CONCEPTOS SOBRE LA HISTORIA

- 1.- Un hombre apareció después que el dueño apago las luces de su tienda.  V  F
- 2.- El ladrón era un hombre.  V  F
- 3.- El Hombre que apareció no pidió dinero.  V  F
- 4.- El hombre que abrió la caja registradora era el dueño.  V  F
- 5.- El dueño de la tienda extrajo el contenido de la caja registradora y salió corriendo.  V  F
- 6.- Alguien abrió una caja registradora.  V  F
- 7.- Después de que el hombre que demando dinero extrajo el contenido de la caja, huyo a toda carrera.  V  F
- 8.- Aunque la caja registradora contenía dinero, la historia no dice cuanto.  V  F
- 9.- El ladrón demando dinero del dueño.  V  F
- 10.- Un hombre de negocios acababa de apagar las luces cuando un hombre apareció dentro de la tienda.  V  F
- 11.- Era a plena luz de día cuando el hombre apareció.  V  F
- 12.- El hombre que apareció abrió la caja registradora.  V  F
- 13.- Nadie demando dinero.  V  F
- 14.- La Historia se refiere a una serie de eventos en los cuales únicamente se mencionaran tres personas: el dueño de la tienda, un hombre que demando dinero y un miembro de la fuerza publica.  V  F
- 15.- Los siguientes eventos ocurrieron: alguien demando dinero, una caja registradora fue abierta, su contenido fue extraído y un hombre huyo de la tienda.  V  F

*Susana Choquetarqui*

## CLAVE DE RESPUESTAS

- 1.- ¿Esta usted seguro de que el “hombre de negocios” y el dueño son la misma persona?
- 2.- ¿Puede hablarse de un “robo” necesariamente: Tal vez el hombre que demando dinero era el rentero, o el hijo del dueño. Ellos a veces demandan dinero.
- 3.- F una fácil para que no se les caiga la moral.
- 4.- V El artículo “el” que antecedente al sustantivo “dueño” no deja lugar a duda.
- 5.- Podría parecer poco probable pero la historia necesariamente lo excluye.
- 6.- V La historia dice que el dueño abrió la caja registradora.
- 7.- No sabemos quien extrajo el contenido de la caja, ni es necesariamente cierto que el hombre haya huido.
- 8.- La afirmación es dudosa: la caja registradora pudo – o pudo no – haber contenido dinero.
- 9.- ¿Un robo, de nuevo?
- 10.- ¿No es probable que el hombre haya aparecido frente a una ventana; o se haya quedado en la puerta, sin haber realmente entrado a la tienda?
- 11.- Las luces de las tiendas generalmente permanecen prendidas durante el día.
- 12.- ¿No sería posible que el hombre apareció haya sido el dueño?
- 13.- F La historia dice que el hombre que apareció demando dinero.
- 14.- ¿Son el dueño y el hombre de negocios la misma persona? ¿O son dos personas diferentes? Lo mismo puede preguntarse del dueño de la tienda y el hombre que apareció.
- 15.- ¿Huyo? ¿Que no pudo haberse alejado a toda carrera en un auto? ¿O en algún otro medio?.

**ANEXO**

**14**

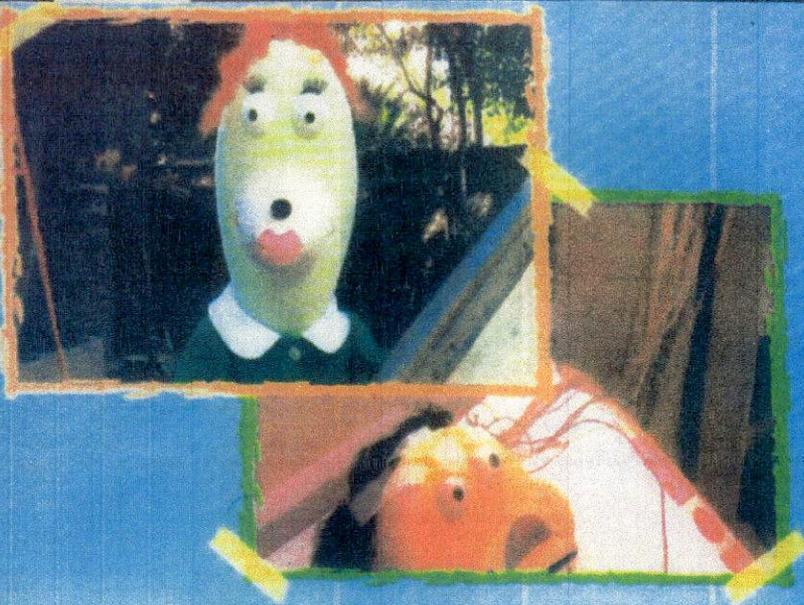
# LA HISTORIA DE JUANITO



LA HISTORIA DE JUANITO



© Derechos Reservados Liga Chilena contra la Epilepsia Año 2010



Una producción de:  
Liga Chilena contra la Epilepsia



Con la colaboración de:  
International Bureau for Epilepsy



Dr. Carlos Acevedo Schwartzmann  
Dr. Tomás Mesa Latorre  
Sr. Guillermo Silva Herrera  
Sra. Delfina Fuentes Gálvez  
Sra. Loreto González Olgún  
Sr. Fernando Silva Pizarro



**ANEXO**

**15**

## PREGUNTAS

¿Qué imagen tienes acerca de ti?

¿Cómo te ves?

¿Es interesante conocer tu mente?

¿Qué conoces de ti?

¿Conoces tu realidad sobre tu persona o que imágenes tienes en tu cabeza si son buenos o malos? Cuéntame

Susana Choquetarqui  
viuda de Callisaya

26-07-2012

## PREGUNTAS

¿Qué imagen tienes acerca de ti?

Ser alguien importante hacia mi familia y la sociedad

¿Cómo te ves?

paciente, caritativa, atenta y responsable

¿Es interesante conocer tu mente?

sí

¿Qué conoces de ti?

Una hija obediente, madre ejemplar, abuela de mucho amor

¿Conoces tu realidad sobre tu persona o que imágenes tienes en tu cabeza si son buenos o malos? Cuéntame n

siguer adelante hasta mientras Dios me dé vida, y ser profesional, para ejemplo de mis hijas y nietos y hacia la sociedad siempre con mucho amor.

**ANEXO**

**16**

“DICEN QUE 483 PERSONAS ESTAN ATRAPADAS BAJO UN DERRUMBE, DESPUES QUE PASO EL CICLON SE INICIO EL RESCATE. SE HAN MOVILIZADO MILES DE PERSONAS LLEVANDO MEDICINAS, VENDAS Y OTROS ELEMENTOS. PERO DICEN QUE LA GENTE ATRAPADA NO FUE POR ACCIDENTE, SINO QUE FUE UN SECUESTRO PUES HAY GENTE DE MUCHO DINERO ENTRE LOS ATRAPADOS”

**ANEXO**

**17**

# **AUTOESTIMA**

La Autoestima es un sentimiento de aceptación y aprecio hacia uno mismo, que va unido al sentimiento de competencia y aprecio personal. De esta manera el concepto que tienen de ustedes mismos no es algo heredado, sino es aprendido de su alrededor. La importancia de la Autoestima radica en que nos impulsa a actuar, seguir adelante y nos motiva a lograr nuestros objetivos.

Autoestima como si pensara  
las cosas, dominar

Es el querer a si mismo,  
sentirse querido por nuestros  
familiares, amigos y los  
que nos rodean. Procurar  
ser respetado y valorado  
positivamente.

**ANEXO**

**18**

## REFRANES

**CAMARON QUE  
SE DUERME**

**SE LO LLEVA LA  
CORRIENTE**

**LO QUE PARA TI  
NO QUIERES**

**PARA OTRO NO  
DESEES**

**UNA VEZ AL AÑO**

**NO HACE DAÑO**

**NO HAGAS BIEN**

**SIN MIRAR A  
QUIEN**

## REFRANES

**EL QUE MUCHO  
ABARCA**

**POCO APRIETA**

**EL QUE HACE  
BIEN A LOS  
DEMAS**

**SE BENEFICIA A  
SI MISMO**

**NO HAY MAL**

**QUE POR BIEN  
NO VENGA**

**AGUA QUE NO  
HAZ DE BEBER**

**DEJALA CORRER**

## REFRANES

**EN CASA DEL  
JABONERO**

**EL QUE NO CAE  
RESBALA**

**OJOS QUE NO  
VEN**

**CORAZON QUE  
NO SIENTE**

**ANEXO**

**19**

# TARJETAS

**ENVIDIA**

**IMPOTENCIA**

**EGOISMO**

**MIEDO**

**LASTIMA**

**SOBERBIA**

**ANSIEDAD**

**SUSPENSO**

# TARJETAS

**RABIA**

**IRA**

**DESCEPCION**

**ANEXO**

**20**

Fecha:.....

### ANAMNESIS

#### INFORMACION GENERAL

Nombre:..... Fecha de Nac.:..... Edad:.....  
Estado Civil:..... Grado de Instrucción:..... Ocupación:.....  
Domicilio:..... Teléfono:..... Fuente de inf.:.....

#### ANTECEDENTES PERSONALES:

Motivo de internación:.....  
.....  
.....  
.....

Que aspectos de su salud le preocupan:.....  
.....

Que medicamentos ha consumido durante los últimos 6 meses:.....  
.....

Fue intervenido quirúrgicamente SI NO

Presenta alteraciones auditivas: SI NO Alteraciones visuales: SI NO

#### ANTECEDENTES FAMILIARES RELEVANTES

Madre:..... Edad..... Ocupación:.....  
Estado de salud:.....  
Padre:..... Edad..... Ocupación:.....  
Estado de salud:.....  
Otros.....

#### AREA AFECTIVA

¿Como se siente?.....  
.....  
.....

Con quienes vive? Como es su relación con estas personas?  
.....  
.....

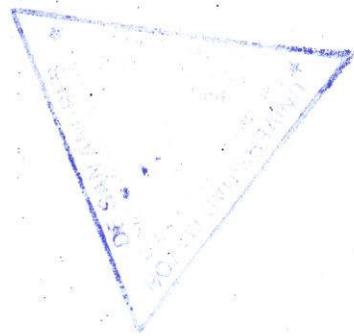
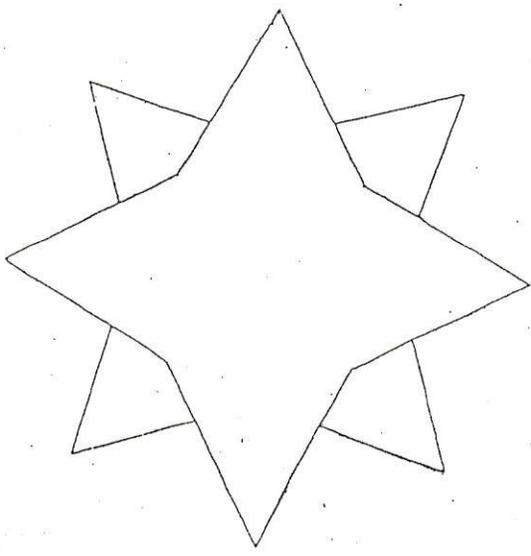
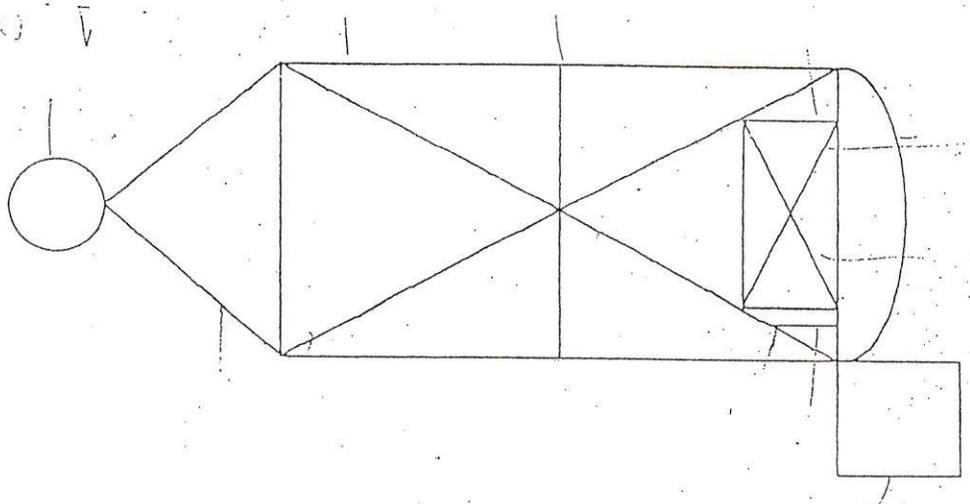
**ANEXO**

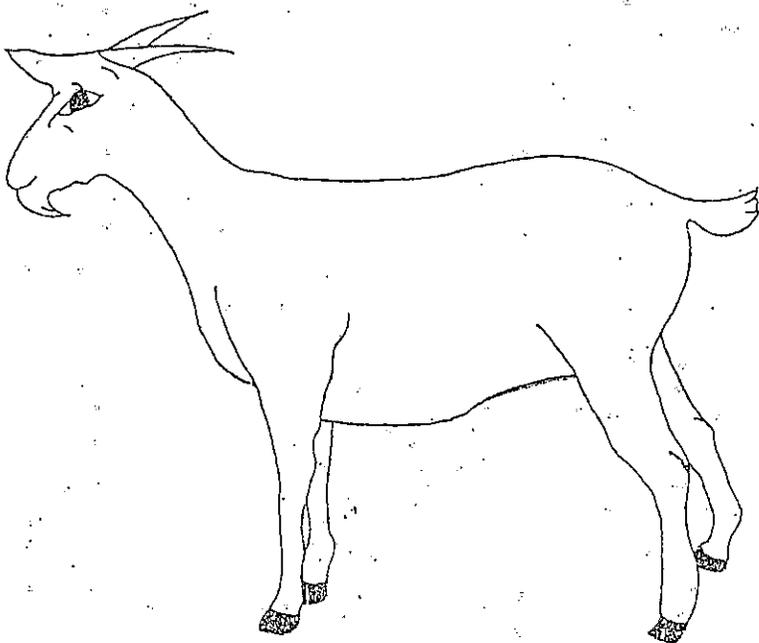
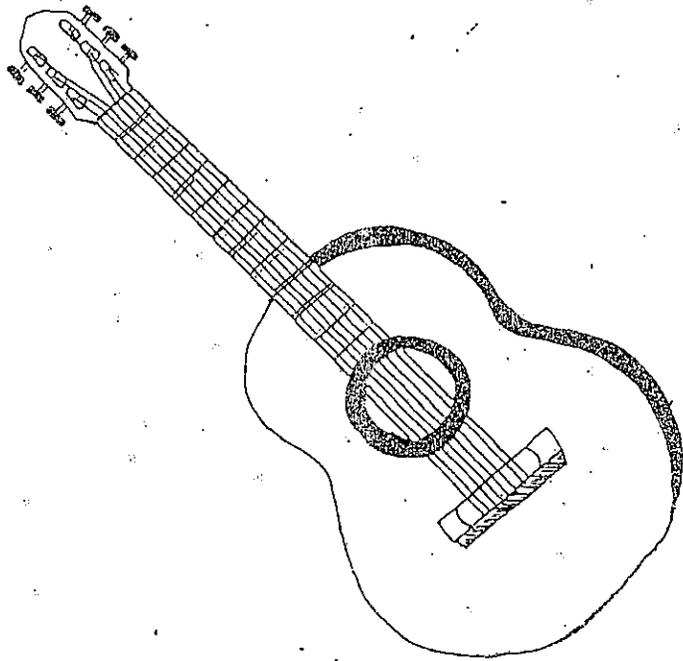
**21**

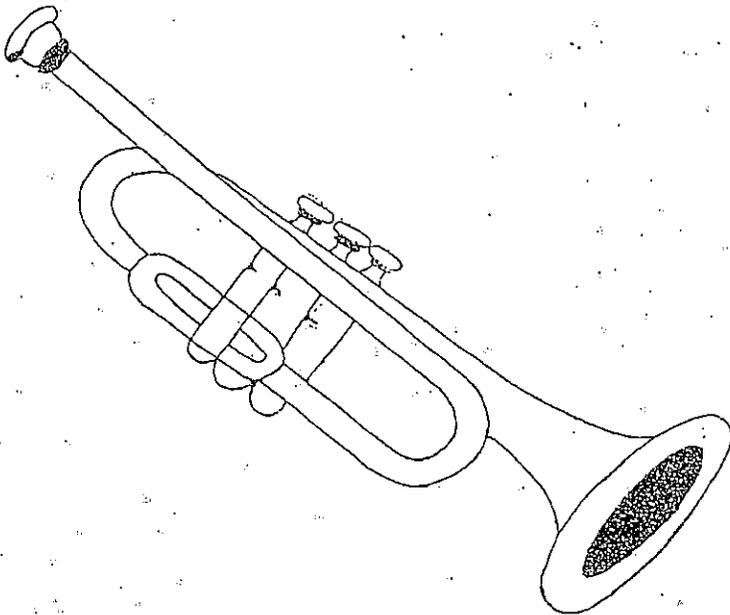
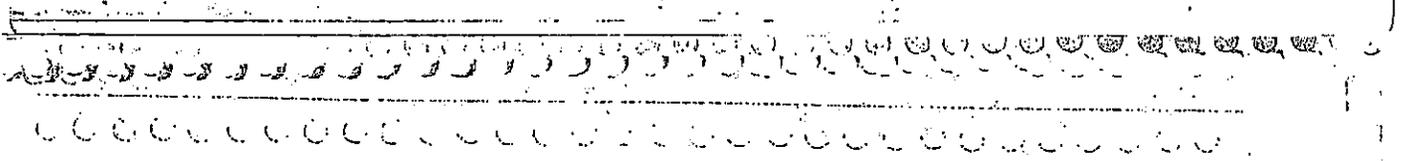
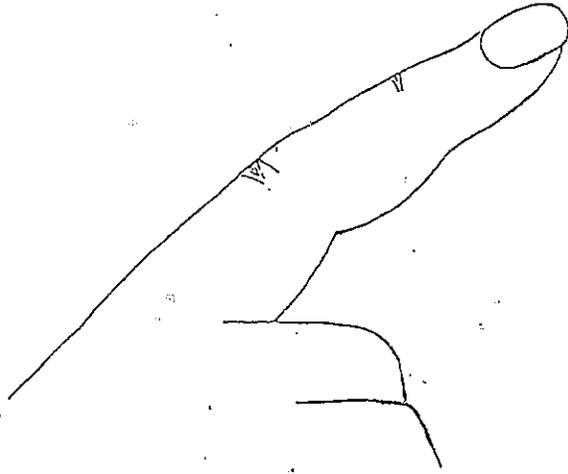


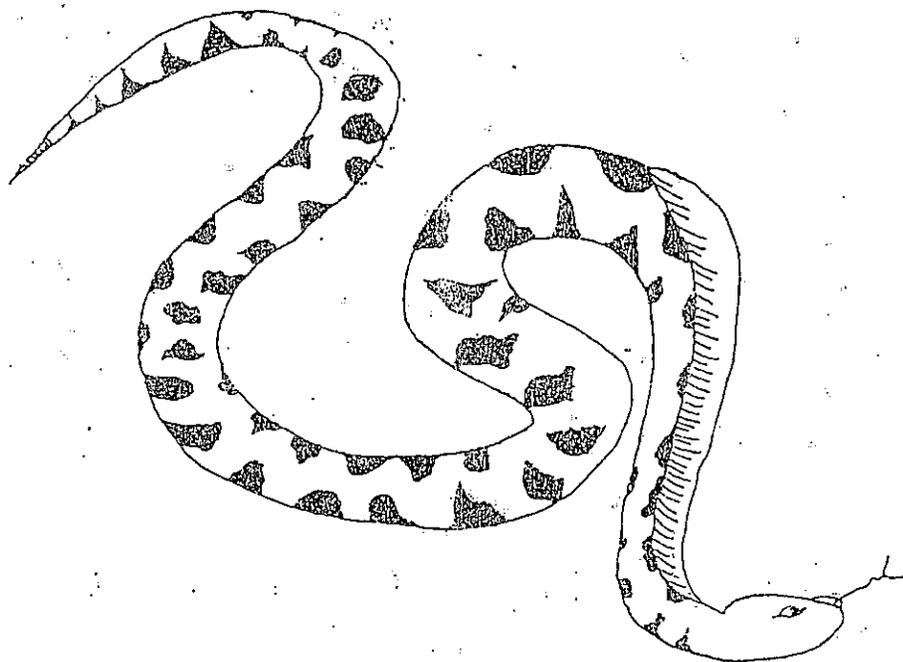
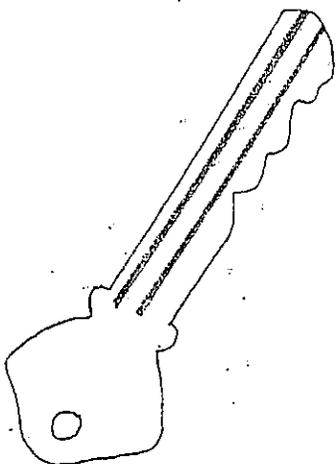


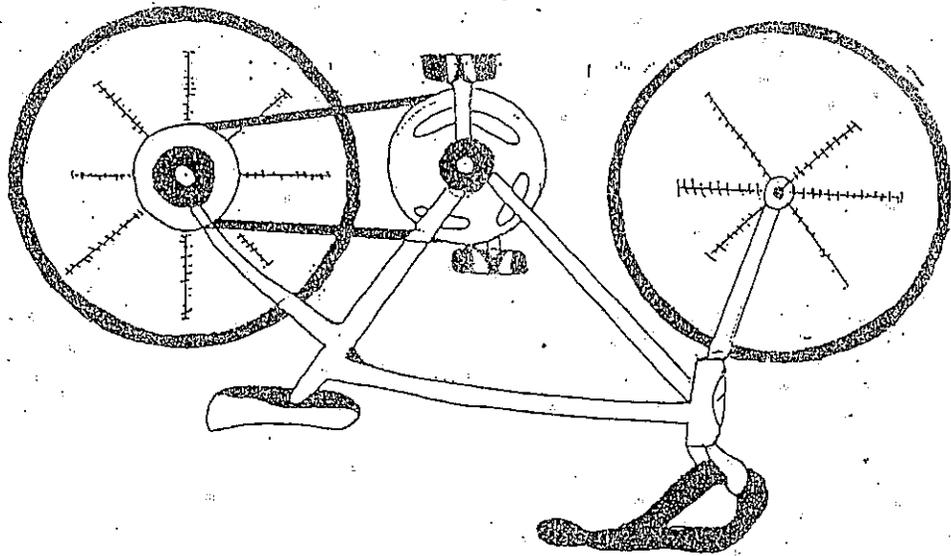
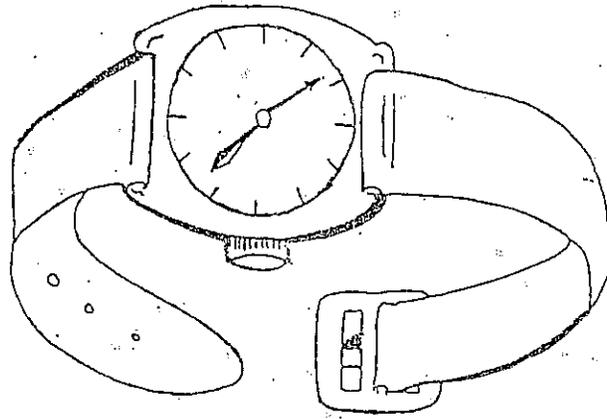
0 50 1



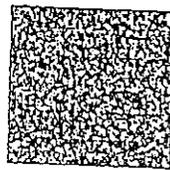
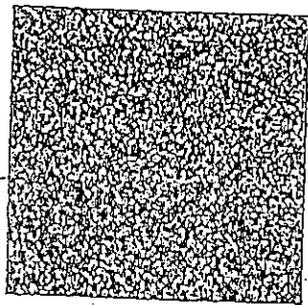
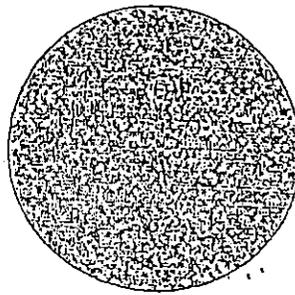
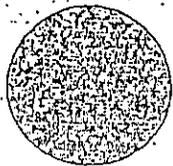








LAS NARANJAS CRECEN EN LOS ÁRBOLES



○ + ○○ + + ○○○

a b o a a b o a a a

○ + ○○ + + ○○○ + + + ○○○○ + + + +

### EL GUSANO Y LA MARIPOSA

DOS GUSANOS CAYERON AL AGUA.  
UNO DE ELLOS PENSO QUE ERA INÚTIL TRATAR DE SALVARSE YA QUE  
NUNCA LOGRARÍA LLEGAR HASTA LA ORILLA, SE DEJÓ ENTONCES  
LLEVAR POR LA CORRIENTE Y SE AHOGÓ.

EL OTRO TRATO DE SALIR, PENSÓ QUE QUIZÁS LO LOGRARÍA, QUE  
ERA MEJOR INTENTAR QUE DEJARSE LLEVAR POR LA CORRIENTE Y  
AHOGARSE INEVITABLEMENTE

ENTONCES NADÓ CON TODAS SUS FUERZAS LARGO RATO.

CUANDO YA PENSABA QUE NO PODÍA MÁS Y QUE AÚN LA ORILLA  
ESTABA MUY LEJOS, SINTIO QUE SE CONVERTÍA EN MARIPOSA Y LE  
APARECIAN UNAS ALAS ENORMES EN SU ESPALDA. ENTONCES SALIÓ  
VOLANDO Y ESCAPO DE MORIR AHOGADO.

**ANEXO**

**22**

LURIA

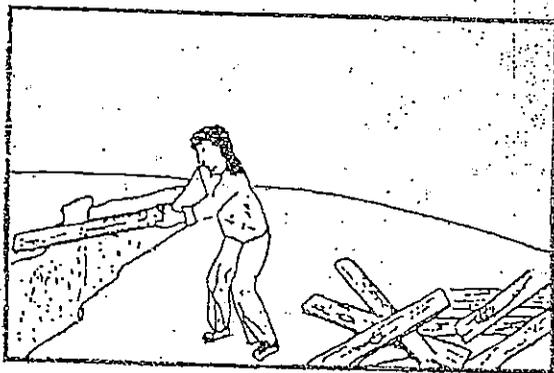
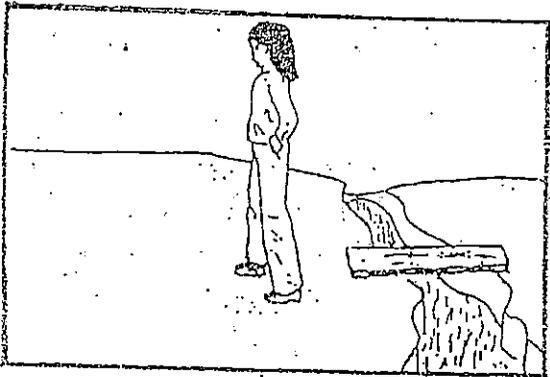
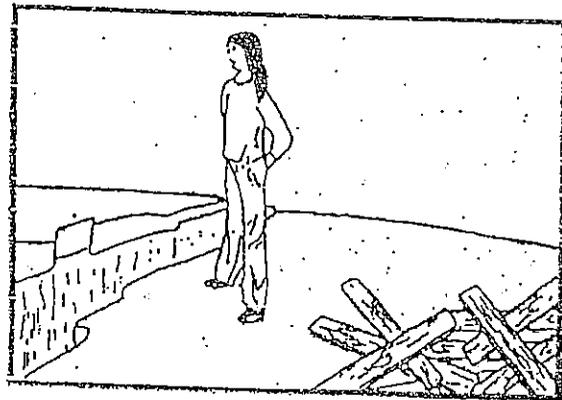
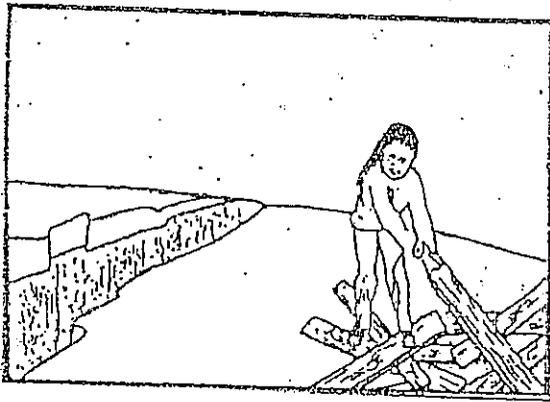
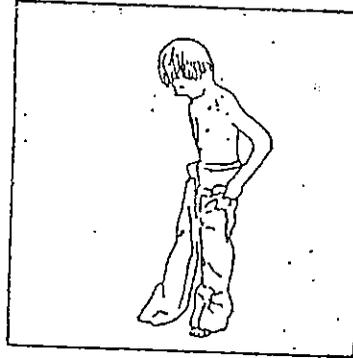
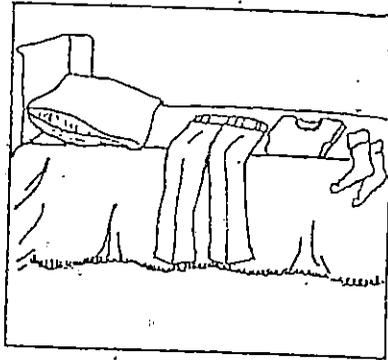
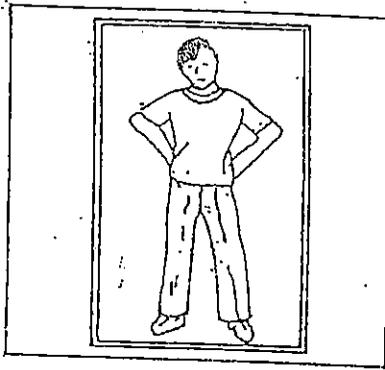
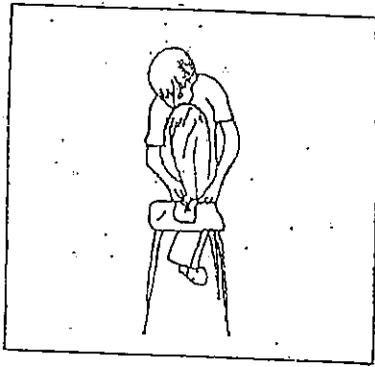
NOMBRE: .....

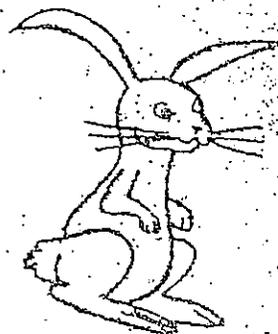
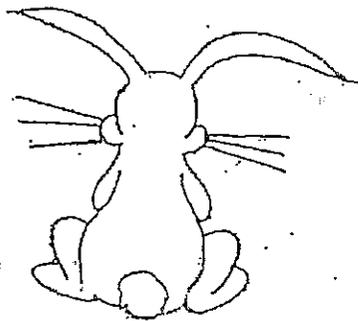
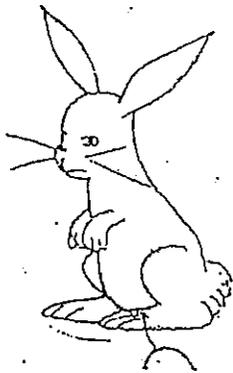
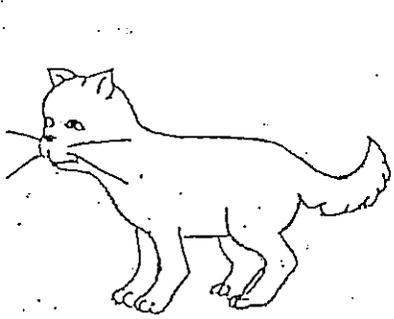
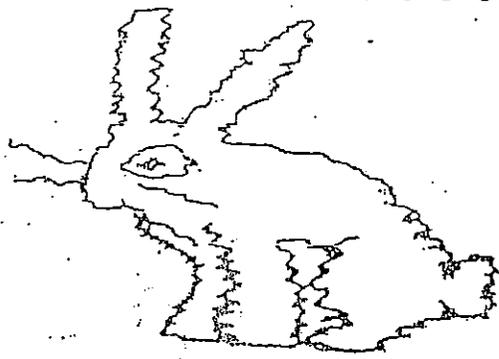
EDAD: .....

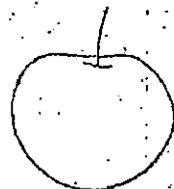
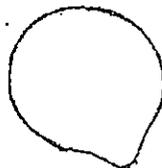
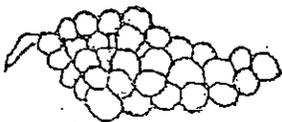
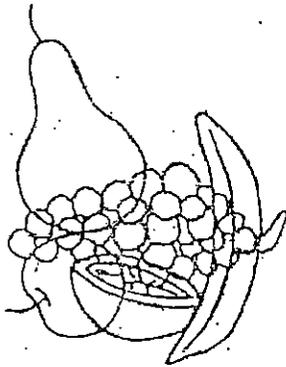
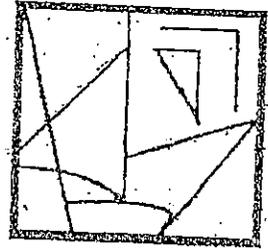
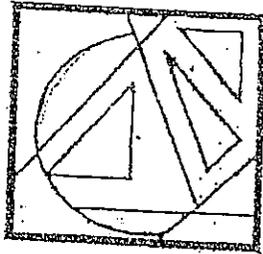
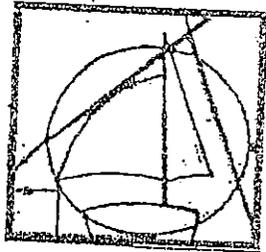
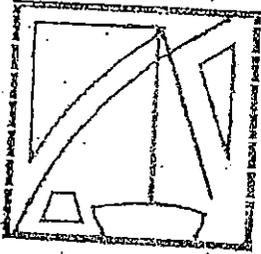
CODIGO

FUNCION A EXPLORAR	EJECUCION		OBSERVACION	HIPOTESIS DIAGNOSTICA
	DER.	IZQ.		
<b>FUNCIONES MOTORAS</b>				
Que toque sucesivamente sus dedos con el pulgar mientras cuenta.				
Que realice golpes sobre la mesa				
Imite que toca el piano				
Que abroche un botón				
Imite el acto de servir Té y remover azúcar				
Que enhebre una aguja				
Que corte con tijeras un trazo				
Imite el acto de despedirse (gestualmente)				
<b>PERCEPCION Y REPRODUCCION DE ESTRUCTURAS RITMICAS</b>				
Que diga el número de golpes que escucha a) **** b)*** c) *****				
Que diga el número de golpes que escucha en series a)*** ** b)*** ** c) *** **				
Que diga el número de golpes que escucha en series e intensidad a)***.. ** b)**.. **. c) ***.. **				
Que reproduzca ritmos				
Que reproduzca ritmos tras una orden verbal a) dos,dos, dos b) dos,uno,tres				
<b>SENSACIONES CUTANEAS (antifaz)</b>				
Señale donde sienta que se le toca (antebrazo y dedos) con un pincel se va tocando				
Discriminación táctil :Señale si es que se le toca con la punta del alfiler				
Localización táctil: Indique que parte de su piel es tocada (pincel)				
Discriminación táctil espacial Compas de Weber : Mueva la cabeza de forma negativa si siente que le toco con la punta y de forma afirmativa si siente los dos lados.				
Identificación táctil:Diga la letra que dibuje en su mano				
<b>ESTEREOGNOSIA (antifaz) UTILIZA DIFERENTES OBJETOS COMO: Pelota, moneda, llave, lápiz, etc.</b>				
Dígame que objeto está en su mano Debe ir complejizando según el sujeto				
<b>PERCEPCION DE OBJETOS Y DIBUJOS</b>				
Dígame que ve en esta lamina(Nº1)				
Test de Poppelreuter Dígame esta figura donde esta? (Nº2 y 3)				
Identifique este... cuál de estos es? (Nº4 y 5)				
<b>COMPRESION DE IMÁGENES TEMATICAS</b>				
Esta lamina tiene unos dibujos desordenados, puede ordenarlos y decir que es lo que está pasando? (Nº 6 y 7)				

RESPONSABLE: ..... La Paz ..... de ..... del 200...







**ANEXO**

**23**

# W A I S

## ESCALA DE INTELIGENCIA DE WECHSLER PARA ADULTOS

### PROTOCOLO DE RESPUESTAS

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FICHA Nº: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ años E. CIVIL: \_\_\_\_\_

ESTUDIOS: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA DE EXAMEN: \_\_\_\_\_

**Tabla de conversión de puntajes**

P.S.													P.S.	
19	29	27-28		26	17	78-80	87-90							19
18	28	26		25		76-77	83-86	21		36	44			18
17	27	25	18	24		74-75	79-82		48	35	43			17
16	26	24	17	23	16	71-73	76-78	20	47	34	42			16
15	25	23	16	22	15	67-70	72-75		46	33	41			15
14	23-24	22	15	21	14	63-66	69-71	19	44-45	32	40			14
13	21-22	21	14	19-20		59-62	66-68	18	42-43	30-31	38-39			13
12	19-20	20	13	17-18	13	54-58	62-65	17	39-41	28-29	36-37			12
11	17-18	19	12	15-16	12	47-53	58-61	15-16	35-38	26-27	34-35			11
10	15-16	17-18	11	13-14	11	40-46	52-57	14	31-34	23-25	31-33			10
9	13-14	15-16	10	11-12	10	32-39	47-51	12-13	28-30	30-22	28-30			9
8	11-12	14	9	9-10		26-31	41-46	10-11	25-27	18-19	25-27			8
7	9-10	12-13	7-8	7-8	9	22-25	35-40	8-9	21-24	15-17	22-24			7
6	7-8	10-11	6	5-6	8	18-21	29-34	6-7	17-20	12-14	19-21			6
5	5-6	8-9	5	4		14-17	23-28	5	13-16	9-11	15-18			5
4	4	6-7	4	3	7	11-13	18-22	4	10-12	8	11-14			4
3	3	5	3	2		10	15-17	3	6-9	7	8-10			3
2	2	4	2	1	6	9	13-14	2	3-5	6	5-7			2
1	1	3	1	0	4-5	8	12	1	2	5	3-4			1
0	0	0-2	0		0-2	0-7	0-11	0	0-1	0-4	0-2			0
	INFORMACION	COMPRESION	ARITMETICA	SEMEJANZAS	DIGITOS	VOCABULARIO	SIMBOLOS	COMPLETACION	CUBOS	ORDENACION	ENSAMBLAJE			

**Resumen puntuaciones**

Sub-Test	P.D.	P.S.
Información		
Comprensión		
Aritmética		
Semejanzas		
Dígitos		
Vocabulario		
Total Verbal		

Símbolos		
Completación		
Cubos		
Ordenación		
Ensamblaje		
Total manual		

	P.S.	C.I.
Total Verbal		
Total Manual		
<b>Total</b>		

Indice de deterioro:

A	P.S.	B	P.S.
Información		Semejanzas	
Comprensión		Dígitos	
Vocabulario		Aritmética	
Ensamblaje		Símbolos	
Completación		Cubos	
		Ordenación	
Total:		Total:	

$$\frac{\Sigma A - \Sigma B}{\Sigma A} \times 100 =$$

Observaciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## INFORMACION

	Puntaje 1 ó 0
1. Bandera	
2. Pelota	
3. Meses	
4. G. Mistral	
5. Termómetro	
6. Vaticano	
7. Presidentes	
8. Estatura	
9. Lima	
10. Levadura	
11. Italia	
12. Brasil	
13. Población	
14. O'Higgins	
15. Caucho	
16. Don Quijote	
17. Ilíada	
18. Corán	
19. Semanas	
20. Temperatura	
21. Géneros	
22. Egipto	
23. Vasos	
24. Fausto	
25. Buenos Aires	
26. Génesis	
27. Etnología	
28. Senadores	
29. Apócrifo	

## ARITMETICA

	Resp.	Tpo.	Pts.
1. 15"			0 1
2. 15"			0 1
3. 15"			0 1
4. 15"			0 1
5. 30"			0 1
6. 30"			0 1
7. 30"			0 1
8. 30"			0 1
9. 30"			0 1
10. 30"			0 1
11. 60"			1-10" 0 1 2
12. 60"			1-10" 0 1 2
13. 60"			1-15" 0 1 2
14. 120"			1-20" 0 1 2

## COMPRESION

	Puntaje 0 1 ó 2
1. Ropa	
2. Locomotora	
3. Sobre	
4. No dejes	
5. Malas compañías	
6. Teatro	
7. Terreno	
8. Impuestos	
9. Bosque	
10. Ruido	
11. Matrimonio	
12. Sordos	
13. Trab. Infantil	
14. Golondrina	

## DIGITOS

Orden directo	
5-8-2	3
6-9-4	3
6-4-3-9	4
7-2-8-6	4
4-2-7-3-1	5
7-5-8-3-9	5
6-1-9-4-7-3	6
3-9-2-4-8-7	6
5-9-1-7-4-2-8	7
4-1-7-9-3-8-6	7
5-8-1-9-2-6-4-7	8
3-8-2-9-5-1-7-4	8
2-7-5-8-6-2-5-8-4	9
7-1-3-9-4-2-5-6-8	9

Orden inverso	
2-4	2
5-8	2
6-2-9	3
4-1-5	3
3-2-7-9	4
4-9-6-8	4
1-5-2-8-6	5
6-1-8-4-3	5
5-3-9-4-1-8	6
7-2-4-8-5-6	6
8-1-2-9-3-6-5	7
4-7-3-9-1-2-8	7
9-4-3-7-6-2-5-8	8
7-2-8-1-9-6-5-3	8
D + I =	

## SEMEJANZAS

	Puntaje 0 1 ó 2
1. Hacha – Sierra	
2. Chaqueta – Vestido	
3. Naranja – Plátano	
4. Perro – León	
5. Huevo – Semilla	
6. Norte – Oeste	
7. Ojo – Oído	
8. Aire – Agua	
9. Mesa – Silla	
10. Poesía – Estatua	
11. Elogio – Castigo	
12. Madera - Alcohol	
13. Mosca – Arbol	

## VOCABULARIO

	Puntaje 0 ó 2
1. Cama	
2. Invierno	
3. Desayuno	
	Puntaje 0 1 ó 2
4. Tela	
5. Enorme	
6. Dólar	
7. Rebanada	
8. Barco	
9. Reparar	
10. Ocultar	
11. Apresurarse	
12. Doméstico	
13. Finalizar	
14. Compasión	
15. Regular	
16. Consumir	
17. Fortaleza	
18. Remordimiento	
19. Sentencia	
20. Iniciar	
21. Apacible	
22. Santuario	
23. Incomparable	
24. Congregarse	
25. Impedir	
26. Caverna	
27. Designar	
28. Osado	
29. Empalar	
30. Cavilar	
31. Calamidad	
32. Obstruir	
33. Obelisco	
34. Parodia	
35. Reacio	
36. Plagiar	
37. Tangible	
38. Perímetro	
39. Ominoso	
40. Diatriba	

## COMPLETACION

	Puntaje 0 ó 1
1. Cola	
2. Nariz	
3. Manilla	
4. Marco	
5. Manillas	
6. Tornillo	
7. Pata	
8. Diamante	
9. Clavija	
10. Punta	
11. Cañón	
12. Agua	
13. Chumacera	
14. Estribo	
15. Dedo	
16. Reflejo	
17. Sombra	
18. Huellas	
19. Ceja	
20. Chiloé	
21. Nieve	

## CUBOS

	Tiempo	Puntaje		
1. 60"	1	4		
	2	0	2	
2. 60"	1	4		
	2	0	2	
3. 60"		0	4	
4. 60"		0	4	
5. 60"		0	4	
6. 60"		0	4	
7. 120"		41-120"	31-40"	1-30"
		0	4	5 6
8. 120"		71-120"	46-70"	1-45"
		0	4	5 6
9. 120"		81-120"	61-80"	1-60"
		0	4	5 6
10. 120"		81-120"	61-80"	1-60"
		0	4	5 6

## ORDENACION

	Orden	Tiempo	Puntaje		
1. Nido 60"	1		4		
	2		0	2	
2. Casa 60"	1		4		
	2		0	2	
3. Asalto 60"			0	4	A B C D
4. Entre 60"			0	4	OPENS
5. Luis 60"			0	4	ATOMIC
6. Galanteo 60"			0	2	4
				JNAET	JANET
				AJNET	
7. Pesca 120"			41-120	26-40	1-25
			0	2	4 5 6
			EGFHJ	EFGHIJ	
8. Taxi 120"			26-120	16-25	1-25
			0	2	4 5 6
			SALMUE	SAMUEL	AMUELS



**ANEXO**

**24**

# INFORME VARONES PRÁCTICAS

**E. L. C.** nació un 24 de julio de 1972 tiene 39 años, es casado, bachiller, de ocupación artesano el realiza calzados, vive en Alto Obrajes. Fue internado al hospital por una preembolia, esta empezó por la madrugada con dolor de cabeza, parecía que se le iba mitad de la vida, su mayor anhelo es que se arregle su salud para volver a sus actividades, en los 6 meses no consumió ningún medicamento solo se puso gotas para los ojos por la carnosidad que presenta, no lo han operado, ambos padres fallecieron con embolia cerebral, actualmente el vive con su esposa y sus hijos de 16 y de 1 año que se lleva muy bien con ellos, hace amigos con facilidad, conserva sus amistades, la situación que le da alegría es estar con sus hijos, con su esposa, pasear, tristeza le da que sus planes no se cumplan, de vez en cuando participa en actividades sociales, le gusta el deporte, ver televisión, ir al mercado con su esposa. Al paciente E.L.C. le realice el test Neuro Psi que dio como resultado Normal, también le tome el Test de Luria donde presenta la posibilidad de realizar los movimientos con coordinación audiomotriz, destreza motriz y visión, destreza motriz manual, coordinación audiomotriz, atención, orientación espacial temporal, tiene simbolización.

**E. B. T.** nació el 24 de julio de 1986 tienen 25 años es concubino, es diseñador grafico vive en Alto Miraflores, presenta tuberculosis, dolor de cabeza, mareos, la mama tienen 65 años, el papa 75 es gráfico ambos tienen una salud estable, actualmente vive con su esposa y su hijita de 17 años y se lleva bien con ellas no tienen problemas de ningún tipo, hace amigos con facilidad, conserva sus amistades, siente alegría cuando llegan sus hermanos de Colombia, Argentina, Perú, participa de actividades sociales, reuniones, eventos de la zona, le gusta leer libros, toma consume alcohol ni cigarrillos. A. E. le aplique el test Neuro Psi que me dio como resultado Normal, además le aplique el Test de Luria donde me presento como resultado una buena orientación y organización temporal, orientación vizomotriz, coordinación audiomotriz, atención, orientación espacial temporal, destreza motriz manual,

**B. A. T.** tiene 45 años, es casado, estudio hasta 3ro intermedio, de ocupación empleado, vive en Calacoto, Se interno al hospital por haber sufrido peleas con su esposa, el quiso matarse ahorcándose, actualmente le preocupa la situación en la que se encuentra, no consumió ningún medicamento, su mama falleció a los 70 años, su papa es agricultor tiene 80 años, su salud es buena, sus hermanos son sanos, actualmente se encuentra tranquilo, preocupado por estar solo, no puede dormir, no hay tranquilidad, vive con su esposa e hijos y relación es buena, hace amigos con facilidad, conserva sus amistades, le gusta realizar deporte, sintió tristeza cuando su hijo se enfermo, y también sintió tristeza cuando falleció sus padres, realiza actividades de ocio como trotar, patear pelota. A B. le tome el Test Neuro Psi que dio como resultado Normal, también le aplique el Test de Luria donde presento una orientación coordinación vizomotriz y manual, destreza motriz y visión, coordinación audiomotriz, atención, orientación, orientación espacial temporal, destreza motriz manual, memoria visual, cabe recordar que el paciente no quiso colaborar en la toma de estas pruebas ya que el pensó que era de forma inútil estas.

**M. P. M.** el es de ocupación cuidador, infla pelotas, como también arregla anafres, vive en Ovejuyo en el numero 1888, Se interno en el Hospital porque se cayo en la Farmacia de San Miguel el sufre de Parkinson, y le dieron pastillas para este mal, lo operaron de la cabeza en el año 65 en Cochabamba, su mama no recuerda si tiene 85 o 90 años de ocupación labores de casa, su papa de 95 años es invalido de la Guerra del Chaco ambos no sufren de nada, tiene hermanos sanos a uno de ellos lo mataron en la Universidad, su hermano tomaba mucho, su mujer era lechera, actualmente vive solo, no tiene amigos, no consume bebidas alcohólicas, ni cigarrillos. Le realice el test de Neuro Psi que dio como resultado Severo.

**B. H.** tienen 18 años, es soltero, estudio hasta 1ero medio, trabaja en limpieza, vive en Villa Pabon, El motivo de Internación es que el se encontraba en una fiesta y le dio ataque, cuando era niño se golpeó la cabeza con un ladrillo, actualmente le preocupa el dolor de cabeza que tienen, no ha tomado ningún medicamento, su mama, no tiene nada es decir presenta buena salud, su papa de ocupación chofer su salud también es buena, el tiene 5 hermanos, uno de ellos sufrió un accidente, el vive con sus papas y se lleva muy bien con ellos, hace amigos con facilidad, conserva sus amistades, le gusta jugar football, le causa tristeza cuando su mama llora por su hermano. A el le tome el test de Neuro psi y me dio como resultado Normal, además le tome el test de Luria donde presento los siguientes resultados se orienta y se organiza, se orienta y coordina, tiene destreza motriz y visión, tienen buena representación y ejecución, tiene regular coordinación audiomotriz, se encuentra atento, no tiene coordinación, tiene destreza motriz manual, tarda.

**R. C. A.** tiene 27 años, es soltero, bachiller, estudiante, vive en la zona sur, se ayuda trabajando en trufi para sus gastos, actualmente le preocupa que no puede trabajar y no puede hacer nada, consumió medicamentos como erectomicina, y pretnisona, su mama de 42 años de ocupación labores de casa, es sana, su papa de 51 años es mecánico, su salud de ambos es buena, tienen 3 hermanos donde también su salud es buena, actualmente vive con sus papas, hermanos, todos se llevan bien, no hace amigos con facilidad, conserva sus amistades, le causa alegría compartir con su familia, no participa en actividades sociales le gusta ver la televisión no consume bebidas alcohólicas ni fuma. A el le tome el Test Neuro Psi el cual dio como resultado Leve, también le tome el test de Luria el cual dio los siguientes resultados se orienta y se organiza, se orienta y coordina, tiene buena representación y ejecución, tienen buena coordinación vizomotriz, coordina sus actos, presenta una buena coordinación audio visual, se encuentra atento, tienen buena orientación espacial, tiene buena memoria visual, tienen destreza motriz manual,

**M.A.G.T.** tiene 58 años, es casado, abogado, de ocupación asesor, vive en Villa San Antonio, según el paciente se interno por una enfermedad desconocida comparada con un síndrome, le hicieron diferentes tratamientos, tenía dolor de cabeza, no podía respirar, no podía dormir, actualmente no le preocupa nada de su salud, tomo medicamentos como aldol, diazepam, carbamacepina, lo operaron de la vesícula, apéndice hemorroides, sus padres fallecieron la mama a los 54 años y el papa a los 40 años el tiene 5 hermanos, 3 varones y 2 mujeres una de ellas tienen diabetes, una de ellas murió joven, hace amigos con facilidad, conserva sus amistades, le da alegría que la familia este tranquila en el aspecto económico, y también le da tristeza que su familia se preocupe, le gusta la música clásica así como el rock, a el le tome el Test Neuro Psi que dio como resultado una esquizofrenia leve.

Se realizaron a 36 varones: Anamnesis, Neuro Psi, Luria, La Escala de Inteligencia de Wechsler

# INFORME MUJERES PRÁCTICAS

**R. R. U. C.** tiene 25 años es concubina estudio hasta 5to básico, es cocinera, vive en la 3 de Mayo de la Av. Buenos Aires, se interno al Hospital porque presento Crisis epiléptica, ella se preparaba para vender y le vino un adormecimiento, presentaba quistes en el lado derecho le dieron medicamentos que ella no se acuerda, nunca le han operado, su mama es vendedora, su papa es alcohólico, tenía sus tías que tenían epilepsia, actualmente vive con su esposo y sus 2 hijastras de 28 y 15 años, no hace amigas con facilidad, conserva sus amistades, con su esposo pelea mucho, siente alegría cuando recibe una buena noticia, tuvo una violación, participa de actividades sociales no consume alcohol, ni cigarrillos pero si consumió lavandina hace medio año. A ella le tome el test de Neuro Psi el cual me dio como resultado Normal.

**F. C. T.** tiene 60 años, es Separada, de ocupación Vendedora, ella es natural de Palca, ella se interno al hospital porque le dieron una golpiza para robarle cuyo diagnostico fue una Neuralgia del Trigémino, dolor de cabeza, fue internada en dos oportunidades, presenta dolor en región fácil, actualmente le preocupa su cabeza, nunca la han operado, su mama realiza labores de casa, su papa de 80 años se ocupa de la chacra, tiene 4 hijos todos sanos, actualmente vive con su hija y se lleva muy bien con ella, no hace amigas con facilidad, ni conserva sus amistades, no participa de actividades sociales, no consume alcohol ni cigarrillos. A ella le tome el Test Neuro Psi el cual dio como resultado Severo. Posteriormente le aplique el Test de Luria que dio como resultado no tiene destreza motriz y visión, no se encuentra atenta a la orden, no tienen una buena representación y ejecución, no tiene coordinación, no tiene una coordinación audiomotriz, no se orienta en espacio y en tiempo, no discrimina, no tiene memoria visual buena, no tiene destreza motriz manual.

**C. R. A.** tiene 62 años, es divorciada, estudio hasta 2do de Primaria, de ocupación labores de Casa, vive en Bella Vista, el motivo de la internación en el Hospital es que ella tiene epilepsia y le dio una convulsión después de un año y mas 6 veces, actualmente le duele la cabeza y el estomago, toma idantina simple y compuesta no le han operado nunca, sus papas fallecieron, su hijo es sano pero su hija tiene epilepsia igual que ella, ella vive con su hijo y su hermana y se lleva muy bien con ellos, hace amigas con facilidad, no conserva las amistades, se siente feliz cuando sus hijos están juntos le da tristeza los problemas de la casa, no participa de actividades sociales, ve la televisión, no consume sustancias alcohólicas ni cigarrillos. Le aplique el Test Neuro Psi el cual dio como resultado Severo. Además le aplique el test de Luria el cual dio como resultado que se orienta y organiza, coordina, tiene destreza motriz y manual, se encuentra atenta a la orden, tiene buena representación y ejecución, no tiene coordinación audiomotriz, no tiene buen a atención, no reproduce de manera correcta, se orienta, tiene buena memoria visual.

**G. E. F. A.** tiene 14 años, es soltera, esta en 4to, es estudiante, vive en Villa Dolores, Se interno porque presento una convulsión, se encogió, sus labios se oscurecieron, vomito, había renegado en el colegio, su mama es comerciante, le han operado de la vesícula, su papa tiene 5 hermanos 4 hermanas el menor es varón, todos son sanos, hace amigos con facilidad, conserva sus amistades,, tiene problemas con matemáticas y su amiga de colegio le hace renegar mucho, no participa de actividades sociales, no bebe ni fuma. Le tome el Test Neuro Psi que dio como resultado normal.

**S. M. S.** tiene 21 años, es soltera, bachiller, de ocupación estudiante, vive en Villa El Carmen; el motivo de internación fue que desde sus 16 años presento convulsiones, toma fenitoina, carbamacepina, neuril, nunca la han operado; su mama es profesora, es muy nerviosa presenta cambios de carácter; su papa no tiene ninguna actividad, consume drogas. En el ara afectiva ella es bien nerviosa, tiene ganas de convulsionar, vive con su tía, con ella se lleva

muy bien, no tiene ganas de llorar, no pierde e apetito, tiene muchas ganas de comer, no es agresiva, no tiene ganas de morir, no pierde el control, su lenguaje es fluido, tiene muy buena memoria, se encuentra atenta para responder, se orienta en tiempo y espacio, su pensamiento es coherente. A ella le tome el test Neuro Psi el cual dio como resultado Leve; además le tome el Test de Luria el cual dio como resultado orientación y organización temporal, orientación y coordinación vizomotriz manual, destreza motriz, atenta a la orden además buena orientación.

**L. A. G.** tiene 29 años, es bachiller; el motivo de internación fue que presento una parálisis en la lengua hace 3 días, se la llevo a consultorio de San Antonio donde los médicos no saben lo que tiene, no puede echarse, dormir, tiene muchas flemas; ella vive con sus padres a ella le tome el Test Neuro Psi el cual salió como resultado Leve.

**Y.M.P.** tiene 21 años, es soltera, bachiller, vive en la Avenida de las Américas; el motivo de su internación fue que presento un status epiléptico controlado, consume como medicamentos paracetamol y antigripal, no la han operado de nada, su mama es comerciante, su papa es agricultor, ambos presentan una salud normal; ella tiene una tía paterna que presenta epilepsia; sus papas se encuentran separados ; tiene pocas ganas de llorar, pierde el apetito pocas veces, poco come, no es agresiva, tiene muchas ganas de morir, no pierde el control para nada. A ella le tome el Test Neuro Psi el cual dio como resultado Severo. También le tome el Test de Luria el cual dio como resultados que tiene una orientación y organización temporal, destreza motriz y visión, orientación espacial temporal, se encuentra orientada, además presenta una memoria visual.

Se realizaron a 27 mujeres: Anamnesis, Neuro Psi, Luria,