



**UNIVERSIDAD DE HOLGUÍN  
"OSCAR LUCERO MOYA"  
FACULTAD DE HUMANIDADES**

**TRABAJO DE DIPLOMA PARA OPTAR POR EL TÍTULO  
DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**TÍTULO: Particularidades psicológicas del cuadro  
interno en niños con epilepsia de 8 a 11 años de edad**

**Autora: Mailena Durán Franco**

**2012**



---

**UNIVERSIDAD DE HOLGUÍN  
"OSCAR LUCERO MOYA"  
FACULTAD DE HUMANIDADES**

**TRABAJO DE DIPLOMA PARA OPTAR POR EL TÍTULO  
DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**TÍTULO: Particularidades psicológicas del cuadro  
interno en niños con epilepsia de 8 a 11 años de edad**

**Autora: Mailena Durán Franco**

**Tutor: MSc.Walter Ricardo Medina**

**2012**

## AGRADECIMIENTOS

A mi tutor, por su inestimable asesoría y ayuda.

A los compañeros de Salud Pública que contribuyeron a la realización de esta investigación, especialmente a la Dra. Adelmis y a mi tía la Dra. María

Antonia.

A los niños que colaboraron y sus familiares.

A mi familia, porque me ayudó para que finalmente culminara mis estudios.

A mis compañeros de trabajo por su ayuda y apoyo.

Y a todos los que de una forma u otra me ayudaron.

## DEDICATORIA

A mis padres, sin ellos no hubiera sido posible.

A mi esposo, por su ayuda incondicional, por apoyarme y creer en mí.

A los niños que participaron en esta investigación, por permitirme  
entrar en su mundo interior.

## PENSAMIENTO

Podrán cortar todas las flores, pero no podrán detener la primavera.

Pablo Neruda

## **RESUMEN**

Las enfermedades crónicas constituyen un gran problema de salud en la actualidad, dentro de ellas, la epilepsia genera un impacto psicológico de gran connotación tanto para el paciente como para la familia, fundamentalmente, por su representación social. Se realizó un estudio descriptivo transversal, desde el paradigma mixto de investigación con el objetivo de describir las particularidades psicológicas del cuadro interno de la enfermedad en pacientes epilépticos. La información fue recogida a través de diferentes técnicas e instrumentos psicológicos: entrevistas, IDAREN, IDEREN, Exclusión de objetos, Diez palabras, Test de organización perceptiva. Entre los principales resultados se obtuvo que existen particularidades psicológicas del cuadro interno de este tipo de pacientes fundamentalmente, relacionadas con alteraciones en el pensamiento, organización perceptiva-motriz, y alteraciones emocionales de ansiedad y depresión. Se cierra el informe con algunas sugerencias para la continuidad investigativa.

# ÍNDICE

	Pág.
<b>CONTENIDOS</b>	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	7
1. Epilepsia infantil	7
1.1 Generalidades	7
1.2 Conceptualización	9
1.3 Etiología	9
1.4 Clasificación	10
1.5 Repercusión psicosocial	16
1.6 Repercusión psicosocial	18
CAPÍTULO II DISEÑO METODOLÓGICO	26
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	39
CONCLUSIONES	52
RECOMENDACIONES	53
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

# INTRODUCCIÓN

---

## INTRODUCCIÓN

A pesar del vertiginoso desarrollo alcanzado por las ciencias médicas en los últimos años, se hace significativa la incidencia de enfermedades crónicas en la población mundial. Estas enfermedades de larga evolución y en la mayoría de los pacientes caracterizadas por su pronóstico desfavorable, han constituido un objetivo de investigación, no sólo para las ciencias médicas, sino también, para la ciencia psicológica, intentando un análisis más progresista que favorezcan a una nueva perspectiva del tratamiento integral del hombre, en el siglo XXI.

Estas enfermedades constituyen uno de los problemas de salud que mayor contribuciones tienen en la mortalidad y morbilidad de los países desarrollados y en vías de desarrollo; ellas ocupan la primera posición entre las causas de muertes en estos países, aportan el 60 % de las muertes y discapacidades en el mundo, donde cerca del 70 % de las personas afectadas tiene menos de 45 años y el 30 % es menor de 15 años de edad.

Se estima una prevalencia en Estados Unidos de 18 %, por su parte, en Canadá, el *Ontario Child Health Study* encontró en niños no institucionalizados de cuatro a 16 años, una prevalencia de 18,3 % y un 3,8 % de estos niños tienen limitaciones en sus actividades cotidianas. En Gran Bretaña, Pless y cols., encontraron una prevalencia de 10,6 % de niños menores de 15 años. En Cuba más de las  $\frac{3}{4}$  partes de los fallecidos se relacionan con estas patologías (citado en Ricardo, 2011).

La epilepsia es una enfermedad del Sistema Nervioso que tiene carácter crónico, las cifras de prevalencia en el mundo varían desde 2.3 hasta 57 por 1000 habitantes; en Cuba las cifras oscilan desde 3.3 hasta 7.1 por 1000 habitantes. La incidencia varía según indican diferentes estudios realizados en varios países, desde 17 hasta 70 por 100 000 habitantes (Pozo Alonso, Pozo Lauzán, 2007).

Cualquier enfermedad supone para el hombre que la sufre, una realidad "sensible y cognoscible", es decir, que la siente y vive afectiva y cognitivamente como algo real. Si se trata de una enfermedad crónica, todo se complica aún más. Cuando el médico diagnostica una enfermedad crónica,

## INTRODUCCIÓN

---

pretende que el paciente aprenda a conocerla y reconocerla y, sobre todo, que llegue a aceptarla. Esta aceptación supone el paso necesario para la adaptación ante los cambios paulatinos que se producirán en su existencia. La personalidad y el ambiente socio-familiar influirán sobremanera en esta adaptación, y de que esta se consiga o no, dependerá la futura existencia "con" enfermedad.

Ante la sospecha y diagnóstico de una enfermedad crónica se genera un estado de alarma tanto para el paciente como para la familia por su asociación a las amenazas e incertidumbres que originan. Cohen y Lazarus (1979), establecieron una lista de amenazas: a la vida, a la integridad corporal, a la incapacidad, al dolor, a la necesidad de enfrentarse con sentimientos como la cólera, a la separación de la familia, a la hospitalización, a los tratamientos, a la pérdida de la intimidad física y psicológica, entre otras. Esto hace que el paciente se adapte bruscamente a una nueva realidad, la cual se va modificando según cambian los tratamientos y evoluciona hacia la curación completa, la remisión temporal o la muerte. Estas características hacen que estas enfermedades tengan una enorme connotación psicosocial en la población y generen un impacto emocional difícil de medir estadísticamente.

La epilepsia es una enfermedad crónica y como tal ha de ser internalizada por el enfermo. Sin embargo, como dice Ayuso, 1989, el período de ajuste a la enfermedad en el epiléptico es especialmente doloroso, lo que dificulta el encajar y aceptar la enfermedad. Los inconvenientes provienen, principalmente, del prejuicio social que existe en torno a la enfermedad epiléptica. El sentimiento de repulsa y la estigmatización con la consiguiente hostilidad y rechazo, son reacciones de defensa directamente proporcionales a lo desconocido y mitificado que han acompañado y acompañan al hombre desde los albores de la Humanidad. Esto, junto con la sintomatología intrínseca, por ejemplo, de las crisis generalizadas, que llevan al sujeto a perder el contacto sincrónico con la realidad y la sensación de disolución del mundo pericircundante, o la pérdida temporal de la funcionalidad corporal, en las crisis parciales complejas, así como el temor a las implicaciones que la enfermedad

## INTRODUCCIÓN

---

epiléptica puede tener no sólo en el ámbito familiar sino también en las relaciones interpersonales, son los cimientos sobre los que se asientan estas dificultades.

La epilepsia viene definida por la existencia de síntomas paroxísticos que tienden a repetirse. Existen múltiples tipos de crisis, que están recogidos en la Clasificación de Crisis Epilépticas de la ILAE (Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy, 1989). También se han clasificado las epilepsias atendiendo a agrupaciones sindrómicas. Sin embargo, los fenómenos paroxísticos no son la única manifestación de la epilepsia, ni siquiera, en bastantes pacientes, la más importante (Artigas, 1999).

Generalmente, la primera manifestación de la epilepsia suele ser la crisis epiléptica. El debut casi siempre es dramático y motiva de forma urgente una demanda asistencial. Puesto que el punto de partida de la enfermedad, tanto para el paciente como para el médico es la crisis, no es raro que el seguimiento quede enquistado en el problema de las crisis. Al ser más sutiles, posiblemente inexistentes o inaparentes en un primer momento, los síntomas psicológicos pasan fácilmente inadvertidos (Ettinger, Weisbrot, Nolan, 1989); sin embargo, son frecuentes y pueden generar un distrés, incluso mayor que el inducido por las propias crisis.

La tasa de problemas psicológicos, detectados en niños epilépticos, varía mucho según los diseños de estudio empleados. En primer lugar, el concepto de trastornos psicológicos o psiquiátricos es muy vago y, por tanto, no existen unos criterios que los definan de forma genérica. También influye cual sea la muestra utilizada para efectuar los estudios. La prevalencia de trastornos psicológicos en niños epilépticos seleccionados a partir de la población general difiere de la hallada en pacientes atendidos en hospitales terciarios. Por estas razones, se han comunicado frecuencias que varían entre el 20 (Holdsworth, Whitmore, 1974; Cavazzuti, 1980) y el 56% (Whitehouse, 1971).

La epilepsia influye en su doble vertiente de enfermedad crónica y enfermedad del sistema nervioso. Los niños epilépticos presentan más trastornos psicológicos que los niños con otra enfermedad crónica como, por ejemplo, el

## INTRODUCCIÓN

---

asma (Hoare, 1984). Por el contrario, al compararlos con los que sufren otra enfermedad crónica del sistema nervioso como la migraña, se observa que la prevalencia de ansiedad y depresión es similar en ambas (Ettinger y cols., 1989) (citado en Artigas, 1999).

Desde el mismo comienzo de la enfermedad con la aparición del cuadro sintomatológico, tienen lugar en el paciente un conjunto de respuestas psicológicas, las que se justifican dada la cronicidad e intensidad de su manifestación; pues la sintomatología incide directamente en el estado psíquico del paciente provocando reacciones emotivas que van a ser vivenciadas por él como una situación de tensión, lo cual constituye no sólo una barrera en el logro de la estabilidad y compensación del paciente, sino que también puede influir en la gravedad de los síntomas.

Estos factores psicológicos tienen una gran influencia tanto en la prevención como en el desarrollo, eclosión y el subsiguiente período de rehabilitación de la enfermedad; de ahí la gran importancia de su estudio desde el marco de la Psicología en aras de un mejor y más exitoso proceso rehabilitatorio, así como, para lograr mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

El progreso científico - técnico y su influencia cada vez más creciente en la medicina moderna ha traído una alta especialización de los médicos y un perfeccionamiento tecnológico de los medios diagnósticos y terapéuticos. La efectividad de los modernos tratamientos de muchas enfermedades han aumentado los plazos de supervivencia de un gran número de pacientes. A su vez, todo esto tiene una connotación no tan positiva, con frecuencia la atención del médico está centrada en las manifestaciones de la propia enfermedad; sin embargo, las particularidades de la reacción del organismo como un todo y más aún, las peculiaridades de la personalidad del enfermo se valoran insuficientemente (Luria, 1989; Zeigarnik, 1986; Grau, 1984; Veloso, 1990).

Es necesaria la demanda de profundización en la psicología del enfermo caracterizada esta como el reflejo subjetivo de la enfermedad, las nociones sobre ella, las vivencias y la actitud ante la enfermedad. Crece la importancia de que el médico conozca la valoración por el enfermo de su propio sufrimiento

## INTRODUCCIÓN

---

somático, la actitud ante él y su resultado final, hacia la familia, los allegados y la actividad socio-escolar. Esta demanda se hace más evidente si los receptores de las enfermedades crónicas son niños, precisamente, por las características personológicas en formación de la etapa y las peculiaridades de la edad respecto a la asistencia médica y psicológica.

De estos planteamientos se puede concluir que en un estudio del enfermo somático se hace necesario conocer las particularidades psicológicas del enfermo, estudiar el Cuadro Interno de la Enfermedad (CIE). Estas investigaciones en las condiciones actuales de desarrollo de la medicina son imprescindibles para lograr brindar al paciente una atención integral como ente bio-psico-social, y adecuar las técnicas de rehabilitación a aplicar; evidenciándose así, no sólo su importancia diagnóstica, sino, como paso previo a la intervención psicológica en este tipo de pacientes, para contribuir a mejorar su calidad de vida.

En el contexto provincial y, fundamentalmente, en el municipio “Rafael Freyre Torres” - donde se aprecia un incremento de casos diagnosticados con este padecimiento de 0 a 17 años, reportándose hasta el cierre de abril 2012 un total de 47- la atención del paciente epiléptico se realiza desde el ámbito clínico, acentuando la asistencia en los aspectos somáticos de la enfermedad, donde la evaluación y orientación psicológica se lleva a cabo, generalmente, de forma puntual, y casi siempre, se centra en las quejas o preocupaciones que surgen desde las familias o desde la escuela relacionadas con el comportamiento del niño, pero no existen reportes investigativos que identifiquen las particularidades del mundo subjetivo de estos pacientes. En este sentido, la presente investigación ofrece una caracterización de las particularidades psicológicas del cuadro interno de pacientes entre ocho y once años portadores de epilepsia, que contribuya a una comprensión más integral de su estado actual, permitiendo a médicos, especialistas y otros profesionales, diseñar intervenciones sociopsicológicas que favorezcan una mejor calidad de vida de los pacientes y sus familias. Además, la batería de técnicas psicológicas empleadas puede constituir una guía inicial en la evaluación exploratoria del

## INTRODUCCIÓN

---

paciente epiléptico, para los psicólogos que asisten a estos pacientes, tanto en atención primaria como en atención secundaria de salud, que les sirva como punto de partida para la estrategia terapéutica a desarrollar en cada uno de ellos.

Para ello, se propone como **problema científico**:

- ¿Cuáles son las particularidades psicológicas del cuadro interno de pacientes entre ocho y once años con epilepsia?

Para el logro de este problema, se enuncia el siguiente **objetivo general**:

- Describir las particularidades psicológicas del cuadro interno de pacientes entre ocho y once años con epilepsia.

Al mismo se le dará salida a través de los siguientes **objetivos específicos**:

1. Valorar los fundamentos teórico - metodológicos actuales sobre cuadro interno de pacientes epilépticos.
2. Describir las variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes y los contextos en que se desenvuelven.
3. Definir indicadores para describir las particularidades del cuadro interno.
4. Determinar las particularidades psicológicas del cuadro interno de pacientes entre ocho y once años con epilepsia.

El **campo de investigación** delimitado para la investigación son los pacientes entre ocho y once años con epilepsia.

El **objeto de investigación**: particularidades psicológicas del cuadro interno de pacientes epilépticos.

## CAPÍTULO I: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

### 1. Epilepsia infantil

#### 1.1. Generalidades

Desde hace varios milenios, el hombre viene buscándole explicación racional a los síndromes especiales que presenta la epilepsia. Hasta hoy, la evidencia gráfica más antigua relacionada con esta enfermedad procede de Babilonia, data del reinado de Hammurabi (1730-1685 a.n.e.) y se conserva en el museo británico. Se trata de una lápida que contiene un texto de medicina, donde los diferentes tipos de ataques epilépticos reciben los nombres de dioses y espíritus “malvados”.

La asociación entre epilepsia y alteraciones psíquicas fue avizorada por Herodoto (484-420 a.n.e.), quien aseguró que “...no es improbable que si el cuerpo sufre de una gran enfermedad, la mente no esté bien tampoco...”. Más tarde, Hipócrates (460-377 a.n.e.) desalojó a estos enfermos de los templos de Esculapio, donde permanecían reclusos, para recibir “...tratamiento médico...” (Fabelo, 1998; Bellomo, 1976). Fue Galeno (131-201) el primero en llegar a la conclusión de que la epilepsia era una afección idiopática del cerebro (citado en Iglesias, Fabelo y González, 2008).

Con el advenimiento del cristianismo se reforzó la concepción demonológica de la epilepsia. En *Los Evangelios*, por ejemplo, se describen escenas donde una persona se “...sacude con violencia”, echa espumarajos por la boca y cruje los dientes”... En las *Sagradas Escrituras* se asegura que ello se debe a la posesión por un espíritu “...mudo y sordo...”, que solo al ser reprendido por Jesús es expulsado del cuerpo (Mc. 9, 14-29) (Fabelo, 2002). Durante el medioevo la epilepsia fue interpretada como un “...conjuro diabólico...” y el enfermo muchas veces fue juzgado por los tribunales de la Santa Inquisición y condenado a la hoguera como única vía para “...purificar...” su alma.

El Renacimiento, signado por su *concepción humanista*, pretendió borrar tantos años de ignominia. La figura de Paracelso (1493-1541), conocido por su enfoque experimental y humanista de la medicina, desempeña un papel decisivo en el rescate de la dignidad del paciente. A partir de él, innumerables especialistas han estudiado

la epilepsia desde una óptica cada vez más científica y humana (citado en Iglesias y cols., 2008).

El término epilepsia procede del griego “epilambanein” y significa ser sobrecogido o poseído bruscamente por fuerzas exteriores, expresando la concepción animista que desde tiempos inmemoriales asoció a esta enfermedad con fuerzas sobrenaturales y que gestó uno de los estigmas más sólidamente fijados en el inconsciente colectivo de la humanidad. Por otra parte, la Comisión de Epidemiología y Pronóstico de la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) considera que se trata de una condición caracterizada por crisis epilépticas recurrentes no provocadas por alguna causa inmediatamente identificable (Juvenal, 2004).

No obstante los indiscutibles avances científicos y técnicos en el campo de las neurociencias y el hecho de que el tratamiento farmacológico facilita el control de las crisis en la mayoría de los enfermos, todavía persiste *cierto rechazo social* hacia el paciente con epilepsia. Ese estigma ha sido llevado a legislaciones prohibitivas: hasta hace apenas dos décadas, en algunos lugares de Europa y Norteamérica, la ley proscribía el matrimonio entre los enfermos, mientras que, en Asia, aún se obstaculiza. Por otro lado, se proponía la esterilización al paciente con epilepsia y se le negaba el acceso a restaurantes, teatros, centros recreativos y edificios públicos. Aún hoy, afrontan dificultades laborales y sociales (Amoroso, Somerville, Groven, 2006; Snape, Jacoby, Baker, 2005).

En América Latina prevalece una situación similar a la descrita. La discriminación para obtener empleo y la marginación del paciente en edad escolar, son relativamente frecuentes. Como se puede apreciar, generalmente predominan los factores psicosociales adversos al paciente con epilepsia, lo que ha determinado que la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el apoyo de dos organizaciones no gubernamentales, haya lanzado la campaña denominada *Sacando la Epilepsia de las Sombras*, en la cual se subraya que de las tres enfermedades estigmatizantes (cáncer, lepra y epilepsia), que hace apenas 30 años eran “inmencionables”, la epilepsia es, en la actualidad, la afección que mantiene mayor vigencia en ese

sentido y causa más estragos a la dignidad del paciente (citado en Iglesias y cols., 2008).

## **1.2. Conceptualización**

La epilepsia es un trastorno neurológico frecuente en la infancia, con una prevalencia entre el 0,5 % y el 1 %, solo superada por el retraso mental y la parálisis cerebral. La epilepsia es un concepto clínico que encierra cierto grado de imprecisión. Su diagnóstico se realiza fundamentalmente sobre la base de los datos de la historia clínica o por la observación directa del evento.

La Organización Mundial de la Salud y la ILAE definen que: “la epilepsia es una entidad caracterizada por dos o más crisis recurrentes, no provocadas por ninguna causa inmediata que pueda identificarse”. Esta definición data de 1989 cuando se aprobó por el grupo de trabajo de la Comisión para la clasificación de una enfermedad.

La epilepsia es una afección crónica de etiología diversa caracterizada por la presencia de crisis recurrentes causadas por la descarga excesiva de un grupo de neuronas cerebrales, asociadas a gran variedad de manifestaciones clínicas o paraclínicas. Junto a la descarga neuronal que provoca una crisis epiléptica se pueden presentar diversas alteraciones motoras, sensoriales, cognitivas y vegetativas. El único factor común de las epilepsias es su carácter paroxístico, siendo característica la aparición sorpresiva de las crisis y la tendencia a la repetición. Aunque la epilepsia tradicionalmente se ha considerado como la consecuencia exclusiva de la actividad anómala del funcionamiento neuronal, sin embargo, hoy se conoce que las neuroglías (especialmente los astrocitos) también ejercen una gran influencia en la actividad epileptogena, por lo que en la actualidad se admite un nuevo enfoque neurobiológico que implica la unidad funcional astrocito-neurona (Vaquero, 1999) citado en Portellano, 2008.

## **1.3. Etiología**

La epilepsia puede estar causada por factores genéticos y adquiridos, aunque en el 70% de los pacientes se desconoce su origen.

Referido a esta enfermedad en la infancia, se considera que se produce, fundamentalmente, por factores de tipo traumático, infeccioso y genético.

Entre ellos se pueden citar el daño cerebral perinatal, malformaciones congénitas, meningoencefalitis, trastornos metabólicos, traumatismos craneales, enfermedades neurodegenerativas, agentes tóxicos, epilepsias ideopáticas, entre otros.

#### **1.4. Clasificación**

El término epilepsia puede resultar confuso, ya que en el ámbito coloquial se suele utilizar indiscriminadamente para toda aquella persona que presenta una convulsión. De tal manera que un individuo puede haber tenido una convulsión por niveles bajos de azúcar en la sangre o un niño con una fiebre alta. No obstante, la epilepsia describe a un trastorno en el que una persona tiene convulsiones recurrentes en el tiempo debido a un proceso crónico subyacente, de causa desconocida o no.

No todas las personas que padecen una convulsión se diagnostican de epilepsia. Habitualmente es necesario haber presentado al menos 2 episodios de crisis epilépticas o 1 episodio asociado a hallazgos patológicos en el electroencefalograma interictal, es decir, entre una convulsión y la otra, que no está precedida por una causa identificable, por ejemplo, una inflamación aguda, una descarga eléctrica o envenenamiento, tumores o hemorragias intracraneales.

Las crisis epilépticas se clasifican en función de la sintomatología que presentan, y cada tipo/subtipo se cree que representa un único mecanismo fisiopatológico y sustrato anatómico. Esto significa que la caracterización del tipo de crisis epiléptica no solo tiene implicaciones descriptivas de como es la crisis, sino que es una entidad diagnóstica en si misma, con implicaciones etiológicas, terapéuticas y pronósticos peculiares.

Cada tipo de epilepsia tiene diferentes manifestaciones que se determinan a través del tipo de crisis epiléptica, así como a través de la etiología, del curso de la enfermedad, de su pronóstico "desenlace probable de la enfermedad" y por último a través de un diagnóstico Electroencefalograma (EEG), "curva de corriente en el cerebro".

#### **Clasificación de las crisis epilépticas.**

Crisis parciales: también llamadas focales, reciben esta denominación porque la actividad epiléptica porque la actividad epileptogena se origina en un área

circunscrita de la corteza cerebral. Pueden acompañarse de síntomas motores, sensoriales, vegetativos, o psíquicos y son más frecuentes que las generalizadas, ya que constituyen aproximadamente el 70% del total. Hay dos tipos de crisis parciales:

1. Parciales simples: este tipo de crisis, se producen sin que exista trastorno de conciencia, a diferencia de lo que sucede con las crisis parciales complejas y las generalizadas. Pueden causar síntomas motores, sensoriales, vegetativos o bien como formas mixtas, acompañándose de sensaciones fóticas, gustativas, de calor o parestésicas. Una modalidad de epilepsia parcial característica de la infancia es la epilepsia rolándica, frecuente en niños de 0 a 4 años.
2. Parciales complejas: afectan a estructuras cerebrales más complejas que las crisis parciales simples, lo que ocasiona, entre otras cosas, la pérdida de conciencia. Pueden ser crisis con simple pérdida de la conciencia o, por el contrario, presentar sintomatología afectiva o cognitiva, en este caso pueden aparecer manifestaciones de miedo, angustia, trastorno de memoria, crisis alucinatorias o automatismos psicomotores.

Crisis generalizadas: las crisis generalizadas son descargas neuronales que afectan simultáneamente a todo el cerebro y producen pérdida de conciencia acompañada de frecuentes actividades motoras anómalas. Hay dos tipos de crisis generalizadas, según su origen: primarias y parciales secundariamente generalizadas.

1. En las crisis generalizadas primarias las descargas epileptógnas se presentan de modo simultáneo en todo el cerebro.

También pueden clasificarse en convulsivas y en no convulsivas, según la presencia o ausencia de trastornos motores durante la crisis.

Crisis convulsivas: se denominan así cuando se tratan de crisis generalizadas que se manifiestan con descargas motoras. Incluye diversas modalidades:

- Mioclónicas masivas bilaterales: se trata de sacudidas mioclónicas bruscas que afectan especialmente a las extremidades. Tienen una duración breve, menor de un segundo, y producen un movimiento violento al niño, generalmente en flexión.
- Crisis tónicas: consisten en una contracción tónica sostenida y no vibratoria de los músculos afectados.

- Crisis clónicas: son crisis caracterizadas por pérdida de conciencia y contracciones musculares clónicas bilaterales, que se repiten rítmicamente. Duran aproximadamente un minuto y están distribuidas por todo el cuerpo.
- Crisis tónico – clónicas: son las crisis epilépticas anteriormente denominadas crisis de gran mal, tienen una duración de entre 5 y 10 minutos y se caracterizan por la pérdida total de conciencia. La primera parte se denomina fase tónica, que en la mitad de las ocasiones está precedida de un aura epigástrica y sensaciones de mareo. Implica la contracción intensa y generalizada de los músculos de todo el cuerpo, con desviación conjugada de la mirada hacia arriba y elevación de los brazos, también se produce contracción de los músculos abdominales y espasmo laríngeo que provoca el llamado “grito epiléptico”. Tras la fase tónica sigue la fase clónica, durante la cual se producen fuertes movimientos convulsivos repetitivos que afectan a las cuatro extremidades, también suele producirse incontinencia urinaria. Finalizada la fase clónica se produce un breve período comatoso o estuporoso que suele ir seguido de una fase de sueño. Al despertar de la crisis el niño está desorientado y confuso, presentando cefaleas, dolores musculares y amnesia y amnesia postictal.

Crisis no convulsivas: En este caso las crisis epilépticas no están asociadas a descargas motoras e incluyen las siguientes variedades: crisis atónicas, crisis acinéticas y de ausencia.

- Crisis atónicas: se caracterizan por pérdida de conciencia y disminución o supresión del tono postural, produciéndose una caída brusca del niño, lo que le puede producir traumatismos graves. Tienen una duración variable y suelen ir precedidas de sacudidas musculares bilaterales.
- Crisis acinéticas: se caracterizan por pérdida del movimiento y caída al suelo. No existe afectación del tono muscular.
- Ausencias: anteriormente llamadas el pequeño mal, son características de la infancia y suelen desaparecer antes de los 15 años. Consiste en una suspensión o atenuación de la conciencia de breve duración (2-15 segundos). Cuando se producen el niño cesa en la actividad que estaba realizando, permanece

súbitamente parado y se encuentra desorientado tras la crisis. Puede existir alteración del sistema nervioso autónomo con manifestaciones tales como palidez, micción involuntaria o salivación. En algunos casos las crisis de ausencia se asocian a otras manifestaciones como mioclonias, retropulsión del tronco, desviación conjugada de la cabeza y automatismos gestuales.

2. En las parciales secundariamente generalizadas la descarga epiléptica se origina en un área específica del cerebro y se propaga al otro hemisferio a través del cuerpo calloso.

Epilepsias idiopáticas y sintomáticas.

1. Epilepsia idiopática: hablamos de esta cuando las técnicas de neuroimagen anatómica no reflejan ninguna alteración estructural en el sistema nervioso, siendo más frecuentes en la infancia que en la adultez. En más de dos tercios de los casos de epilepsia no se llega a tener evidencia clara de la causa productora. Las mayorías de estas epilepsias son generalizadas: tanto las ausencias como las crisis tónicas-clónicas suelen pertenecer a este tipo de epilepsia. En muchos casos de epilepsia idiopática, sin causa aparente conocida, hay que sospechar de una posible disposición genética, siendo más habitual encontrar antecedentes familiares.

De manera general estas epilepsias tienen mejor respuesta al uso de fármacos antiepilépticos que las sintomáticas.

2. Epilepsias sintomáticas: en determinados casos el origen de esta epilepsia se debe a lesiones estructurales del cerebro. Suele ser la consecuencia de una enfermedad neurológica y esta causada por una lesión cerebral adquirida. Las principales causas que las producen son infección, traumatismo, alteraciones encefálicas, trastornos metabólicos, anoxia, intoxicación por drogas, efectos de toxinas, mal formaciones congénitas, neoplasias y anomalías cerebrovasculares. Dentro de las epilepsias sintomáticas se incluyen dos cuadros muy deteriorantes: el síndrome de Lennox-Gastaut y el síndrome de West. El término epilepsia criptogénica se refiere a los cuadros de causas desconocidas: se supone que son de tipo sintomático porque se comportan como tales, aunque sus características electroclínicas no están bien delimitadas (Manga y Fournier, 1997).

## **Tratamientos**

De cada diez pacientes tratados con medicamentos 6 logran control de la epilepsia; 2 presentarán algún tipo de mejoría notable y 2 no experimentarán mucha mejoría

La epilepsia así como las crisis epilépticas pueden en la actualidad recibir un tratamiento con resultados aceptables. En la mayoría de los casos, las epilepsias de la infancia se curan en la pubertad.

Cuando la epilepsia se debe a una lesión claramente visible y esa lesión es eliminada quirúrgicamente, se reduce la intensidad y frecuencia o bien, en muchos casos, se cura la epilepsia. Por lo tanto, al comienzo del tratamiento se examina al individuo, en busca de causas de la epilepsia que se puedan eliminar, por ejemplo, la operación de un tumor cerebral o la supresión o mitigación de un trastorno metabólico.

En otros casos esto no es posible - ya sea porque no se ha encontrado ninguna causa o porque ésta no pueda ser eliminada, por ejemplo, cicatrices, malformación en el cerebro, o una predisposición inherente a las convulsiones. El objetivo en esos casos es la eliminación de los ataques por medio de medicamentos u operaciones quirúrgicas

La terapia "clásica" que se realiza en más del 90% de todos los enfermos epilépticos es a través de medicamentos inhibitorios de crisis: los Antiepilépticos (AED). En su mayoría esta terapia medicamentosa se realiza a lo largo de muchos años.

Gracias a ellos muchos de los pacientes tratados reduce de manera importante la frecuencia de crisis y en un más del 20% de los casos se consigue alguna mejora. La tolerancia de los fármacos antiepilépticos no es muy buena en general; en algunos casos, estos medicamentos pueden tener efectos secundarios adversos debido a la alta dosis requerida para el control de las crisis. Por ello es absolutamente necesaria una vigilancia facultativa regular de la terapia.

En algunos casos un tratamiento quirúrgico puede ser más ventajoso que el farmacológico; esto sucede normalmente sólo en el caso de epilepsias focales y de momento afecta a menos de un 5% de todos los enfermos epilépticos.

El fármaco antiepiléptico concreto debe ser individualizado en función del síndrome epiléptico, tipo de crisis, edad del paciente, otras patologías que sufra el paciente, interacción con otros medicamentos, características específicas del paciente (mujer en edad gestacional, embarazo, peso, etc.) y preferencias del paciente (perfil de efectos secundarios, número de tomas al día, etc.). No es aconsejable el cambio entre genéricos porque puede variar la biodisponibilidad así como los perfiles farmacocinéticos con lo que se puede modificar el efecto deseado o aumentar los efectos secundarios.

La monoterapia cuando sea posible debe ser la elección, y si esta fracasa una vez se ha asegurado que se han alcanzado niveles terapéuticos se debe cambiar a otro fármaco bajo estricta supervisión médica

La combinación de 2 fármacos solo debe ser considerada cuando hayan fracasado varios intentos de control de las crisis en monoterapia. Si a pesar de ello no se controlan, se deberá valorar con qué terapia estaba mejor controlado el paciente, teniendo en cuenta la frecuencia de aparición de crisis así como los efectos secundarios.

El tratamiento con un AED se debe iniciar ante una segunda crisis epiléptica. Ante un primer ataque epiléptico se debe considerar el inicio del tratamiento con AED si:

- Existe déficit neurológico.
- El EEG demuestra actividad epiléptica inequívoca,
- La familia no quieren correr el riesgo de un segundo ataque epiléptico.
- En las pruebas de imagen se observa alteración estructural

Para optimizar la adherencia al tratamiento se debe:

- Educación sanitaria a paciente y familia
- Disminuir el estigma que supone la enfermedad
- Utilizar prescripciones sencillas de cumplir
- Mantener buena relación entre los distintos niveles sanitarios y estos con la familia o cuidadores

El control analítico de rutina no está recomendado, salvo indicación clínica. Se debe realizar control analítico si:

- Ausencia de adherencia al tratamiento
- Sospecha de toxicidad

Tratamiento de las interacciones farmacocinéticas

- Situaciones clínicas específicas como estatus epiléptico, embarazo, fallo orgánico, etc.

La decisión para retirar la medicación se debe hacer en consenso con el paciente, la familia o cuidadores una vez que hayan comprendido el riesgo de un posible nuevo ataque, una vez tenida en cuenta el tipo de epilepsia, pronóstico y calidad de vida. Siempre y cuando hayan pasado 2 años sin ningún ataque.

La retirada debe realizarse lentamente, a lo largo de 2-3 meses. La intervención psicológica puede ser utilizada conjuntamente con el AED, si este no realiza un control adecuado de la epilepsia, aunque no debe ser una alternativa a los AED. La dieta cetógena no debe ser recomendada en adultos.

La neurocirugía está indicada cuando la epilepsia es resistente a los AED. La cirugía puede ser paliativa o curativa. La paliativa se realiza en los casos de epilepsias catastróficas. La valoración de realizar una cirugía resectiva, que pueda ser curativa, debe realizarse antes del planteamiento de realizar tratamientos paliativos como la estimulación del vago. Esta valoración tiene dos fases: una no invasiva y una invasiva; la no invasiva consiste en realizar estudios clínicos que no necesitan de una intervención quirúrgica. Estos estudios son: EEG basal, un video monitoreo, una IRM de cerebro con características especiales, de acuerdo al tipo de epilepsia que estemos investigando. Pueden sumarse estudios de S.P.E.C.T. o de P.E.T. Siempre incluye además una valoración neuropsicológica.

Los estudios de Fase 2, que necesitan de una cirugía son: la colocación de electrodos subdurales o la estimulación cortical transoperatoria. A esta fase se llega en los casos de difícil diagnóstico, o en los que no hay una lesión visible en las imágenes. Hay que tomar en cuenta además, de que la cirugía de epilepsia no

consiste en sacar una lesión, sino en delimitar una zona desde donde se originan las crisis convulsivas. Es por esto que se necesitan de todos estos estudios, antes de decidirse por un tratamiento quirúrgico.

La estimulación del nervio vago es una alternativa en aquellos pacientes en los que no hay control completo de los ataques y donde la cirugía está contraindicada. Está indicada en crisis parciales y las crisis generalizadas.

Los ataques convulsivos que duran más de 5 minutos o que se repiten por tres ocasiones en 1 hora deben recibir tratamiento urgente y como primera elección se debe escoger el Diazepan rectal que es seguro y eficaz.

### **1.5 Repercusión psicosocial**

La epilepsia es una enfermedad que influye doblemente en el niño que la padece, por un lado, es significativo señalar la influencia que tiene una enfermedad de carácter crónico (con su tendencia irreversible) en esta edad, y por otro lado, por ser una patología del Sistema Nervioso. En este sentido, es bien difícil discriminar la manera en que los mecanismos implicados en esta enfermedad influyen en la causalidad de los trastornos psicológicos, debido a su interacción e intervínculo. Entre ellos se pueden citar, las consecuencias que produce la propia enfermedad, las alteraciones neuropsicológicas que ya existían previamente a la aparición de la epilepsia y los posibles efectos adversos que puede producir la propia medicación.

El ámbito donde con más frecuencia repercute la epilepsia infantil es el escolar. Los principales mecanismos cognitivos básicos alterados son: el tiempo de reacción, la atención y la memoria (Wendy, Yi Zhou, Chávez, Guzmán, 1993; Loiseau, Strube, Brouset, 1983). La propia lesión, tal como se ha visto en algunas displasias corticales, puede ser por sí misma responsable de la disfunción (Galaburda, Sherman, Rosen, 1985). Sin embargo, es más habitual que los problemas de aprendizaje estén relacionados con otros factores inherentes a la epilepsia. Estos factores son: el efecto de las descargas a corto y a largo plazo, la medicación y la repercusión emocional de la epilepsia.

El nivel mental de la mayoría de los niños epilépticos está situado dentro del rango de la normalidad, aunque predominan más los pacientes con un coeficiente

intelectual (CI) inferior a la media que en la población normal (Portellano, 1991). Los niños que tienen el CI inferior a la media cuando se inicia la epilepsia tienen mayor riesgo de deterioro cognitivo que los demás. Sin embargo, más significativo que el CI es la presencia habitual de trastornos neuropsicológicos, que pueden afectar el lenguaje, la memoria las funciones mentales complejas y la psicomotricidad.

Otro aspecto a considerar es la presencia de alteraciones emocionales. La prevalencia de depresión entre los pacientes epilépticos es muy superior a la de la población general, especialmente si las crisis son difíciles de controlar (Méndez, Cummings, Benson, 1985). Los escasos estudios realizados en población infantil apuntan en la misma dirección, hallando que un 23% de los adolescentes tienen síntomas depresivos (Dunn, Austin, Huster, 1997). En general, la depresión del adolescente epiléptico no suele identificarse ni tratarse.

Los intentos de suicidio se estiman entre dos y siete veces superiores a los de la población general (Dunn y cols., 1997); y en los hospitales donde se atienden niños por intento de suicidio, existe una sobrerrepresentación de epilépticos (Brent, 1986) (citado en Artigas, 1999).

Debido al temor a que aumente el riesgo de crisis, existe poca tendencia al uso de antidepresivos en adolescentes epilépticos con depresión. Este riesgo, muy bajo para los antidepresivos clásicos, se ha estimado entre el 0,1 y el 0,6% (Rosenstein, Nelson, Jacobs, 1993). Los inhibidores de la recaptación de serotonina parecen incluso ser más seguros (Favale, Rubino, Mainardi, Lunardi, Albano, 1995) (citado en Artigas, 1999).

En algunos casos cabe revisar la medicación anticóncica como factor potencialmente relacionado con la depresión. Se ha informado sobre el efecto depresivo que puede tener el fenobarbital (Brent, Crumrine, Varma, 1987), pero quizás no sea el único fármaco potencialmente implicado como causante de depresión.

Los factores que más inciden en la elevada tasa de depresión entre los niños epilépticos son el locus control externo y la falta de elaboración del duelo.

En la exploración el niño epiléptico se ha usado clásicamente la medida del CI como único método de exploración neuropsicológica. En general, debido al diseño de los test, el CI es bastante resistente al daño cerebral. Por esta razón, la tendencia actual

es la de investigar sobre los aspectos cognitivos específicos que se afectan en la epilepsia. Los estudios recientes se han orientado, por tanto, a la valoración de la memoria, la atención, el lenguaje, el aprendizaje, la motricidad fina, las funciones ejecutivas, la integración visomotora y la conducta.

Puesto que la epilepsia es una enfermedad crónica, que comporta para el niño una serie de limitaciones y repercute de forma importante en su vida, es evidente que va ser un elemento determinante en la calidad de vida. Cuando se ha comparado el impacto de la epilepsia con otras enfermedades crónicas como el asma, se concluye que la pérdida de calidad de vida es mayor en la epilepsia.

Sorprendentemente, la merma de la calidad de vida tiende a persistir incluso después de haber abandonado el tratamiento de la calidad de vida es uno de los aspectos que debe monitorizarse en todo niño epiléptico si se pretende ofrecer una atención integral (Artigas, 1999).

### **1.6 Cuadro interno de la enfermedad**

En el año 1909 el médico Sajarin, en sus conferencias sobre medicina clínica plantea la urgencia de considerar la influencia de los factores subjetivos de la enfermedad, idea desarrollada posteriormente por sus discípulos Goldsheiter, 1929; Mudrov, 1949 y Boking, 1950. (Sajarin, 1909; Nikolaeva, 1987).

Luria comprendía por cuadro interno, “todo aquello que experimenta subjetivamente el enfermo, toda la masa de sensaciones, no sólo sus sensaciones mórbidas localizadas, sino su disposición general, su autoobservación, sus representaciones sobre su enfermedad, sobre sus causas; todo aquello que para el enfermo está relacionado con su visita al médico; aquel enorme mundo del paciente que consiste en combinaciones extremadamente complejas de su percepción, emociones, afectos, vivencias psíquicas y traumas”.

Al igual que Luria, Goldsheiter (1929), había señalado la presencia de este concepto al cual denominó “cuadro autoplástico de la enfermedad” el cual comprende toda la suma de sensaciones, vivencias, estados de ánimo del enfermo, junto con sus propias representaciones. Incluye información sobre la enfermedad de la cual dispone el paciente por su conocimiento anterior sobre medicina o que obtiene por la literatura, por la comunicación con quienes le rodean, de la comparación de sí mismo

con otros enfermos, entre otros. Criterios que son asumidos por la autora para la presente investigación.

Para estos autores el cuadro interno de la enfermedad depende de los siguientes factores: curso de la enfermedad, presencia o ausencia de dolor, defecto físico, circunstancia donde se da la enfermedad, personalidad premórbida y situación social del enfermo.

Este autor consideró dos componentes fundamentales del cuadro autoplástico: el sensitivo y el intelectual. El primero formado por las sensaciones subjetivas que parten de una enfermedad local concreta o del cambio patológico del estado general del enfermo. Este aspecto subjetivo que es precisamente el más obviado por la mayoría de los terapeutas, puede ser magnífico indicador de los síntomas iniciales de una alteración patológica que podría descubrirse antes de ser registrada por los métodos externos que se aplican en la actualidad.

El segundo componente al que se refiere Goldsheiter es el intelectual, el cual es creado por el mismo paciente, por la reflexión sobre su enfermedad, su disposición general y estado; lo que es el resultado de ideas provenientes del análisis que realiza de las sensaciones que aparecen en él, del efecto iatrogénico de lo que escucha decir a los médicos, de las conclusiones que extrae de las conversaciones con ellos, con sus familiares, amigos y otros enfermos; aquí entra en acción su experiencia personal, tanto emocional como cognitiva, los rasgos de su carácter, tipo de sistema nervioso, temperamento, traumas sufridos, concepción del mundo; en fin, todo el mundo interno que mantiene marcada influencia sobre las funciones del organismo y las manifestaciones de las alteraciones de la psiquis.

Al hacer un análisis de lo anterior, Luria llamaba la atención de lo erróneo que sería concebir separadamente lo "objetivo" de lo "subjetivo" en el diagnóstico y tratamiento del enfermo; tendencia que lamentablemente domina en la medicina tradicional y deja sus vestigios en la clínica moderna. En la dialéctica del estudio del hombre urge un análisis donde se combinen y correlacionen ambos aspectos con métodos apropiados que revelen esta unidad biopsicosocial, tal y cómo se revela en el hombre mismo.

Otro concepto utilizado es vivencia de la enfermedad. Kvasenko y Zubariiev plantean en la psicología del enfermo, el reflejo subjetivo de la enfermedad, su relación intrapsíquica, las nociones sobre ella y la relación con esta, las vivencias y la actitud ante la enfermedad, la valoración que hace el paciente de su dolencia orgánica, la actitud ante ella y sus resultados, así como hacia la familia, la actitud sociolaboral y el medio que lo rodea. Al proceso de conocimiento de las personas psicológicamente sanas y sus reacciones personales a la enfermedad le denominó somatonosognosia.

Ella consta de tres etapas: Etapa sensitiva o sensológica, etapa valorativa e intelectual y etapa de formación de la actitud ante la enfermedad.

Kvasenko y Zubariiev plantean además que un indicador que va a determinar básicamente la actitud del enfermo hacia su patología es el grado de concientización de la enfermedad, el cual puede expresarse de varias formas:

- a) Plena concientización y adecuada comprensión
- b) Concientización parcial.
- c) Ausencia de concientización.
- d) Concientización alterada, aberrada, perfectamente enferma, con desarrollo patológico de la enfermedad.

El enfermo valora su enfermedad no sólo en su totalidad, sino que analiza los síntomas aislados. El tiene su propio diagnóstico, su razonamiento sobre las causas, pronóstico y tratamiento. El cuadro psicológico del padecimiento somático de esta manera se refracta en cada caso concreto adquiriendo un matiz individual. El mismo estará condicionado por el conjunto, tanto de las particularidades individuales de la personalidad, como por la peculiaridad de la enfermedad, así como la situación vital del enfermo. Partiendo de las posiciones del materialismo dialéctico el enfermo es lo singular, lo individual, lo específico (Plettienko, 1960). La enfermedad es lo general, lo inespecífico.

Kervikov, 1971, afirmó que las relaciones de adaptación tenían que ocurrir tanto en el plano físico como psíquico, lo que manifiesta el estado general, el cual ha cambiado

y se manifiesta en diferentes áreas. La persona que enferma de acuerdo a las concepciones que tiene de la enfermedad, cambia el estilo de vida.

Misrujin y Frumkin, 1970, abordan la posición hacia la enfermedad y centran la atención en los síntomas más relevantes del paciente que refleja la esencia patogénica de la enfermedad y distinguen la relación ante una enfermedad crónica y una enfermedad transitoria, aspecto que declaran pero no desarrollan.

Kvasienko y Zubariiev, 1980, consideran que la sintomatología participa en la construcción del cuadro interno de la enfermedad; en primer lugar, por las manifestaciones corporales, localizables y generalizadas que provocan en el ámbito del reflejo sensorial de la enfermedad.

En segundo lugar, reconocen que la enfermedad provoca una situación particularmente difícil en la vida de las personas. Al activar el cerebro, las alteraciones somatogénicas producen ruptura en la esfera neuropsíquica por el polimorfismo en la intensidad de las situaciones que acompañan la sintomatología.

La diversidad de términos utilizados para profundizar en el estudio del cuadro interno de los enfermos hasta el momento actual ha seguido como direcciones de investigación: las condiciones y los factores dependientes de las circunstancias en las que transcurre la enfermedad, la personalidad premórbida, y la posición social del paciente.

El valor de esta concepción renueva la comprensión de los determinantes de salud, con un enfoque personal hallando de esta forma:

1. Una perspectiva integradora de la enfermedad no centrada en los factores patológicos, es decir, en las sensaciones mórbidas localizadas sino que enfatiza en los recursos personales conservados, actúan como reguladores que facilitan la prevención de enfermedades, la promoción de salud y la percepción del riesgo a enfermar, donde lo psicológico como elemento mediatizador e integral desempeña un rol determinante.

2. Una perspectiva holística del enfermo, quien a partir de su historia vital reconoce la necesidad de salud, la posibilidad de cambio, participa en el perfeccionamiento de su estilo y calidad de vida, comprende cualitativamente la enfermedad y analiza su experiencia significativa, diversificada, desarrolladora, vinculada a la construcción de espacios interactivos de desarrollo personal sobre la base de las condiciones socio - histórico cultural concreta.
3. Una perspectiva del tratamiento como proceso y resultado, no con un fin en sí mismo, sino orientada a satisfacer la demanda de salud y considera la percepción y evaluación individual de los elementos patógenos y salutógenos.

El cuadro interno de la enfermedad define en un sujeto concreto los determinantes subjetivos de salud, tanto en sus indicadores salutogénicos y patogénicos con una perspectiva holística del enfermo, de la enfermedad y con una visión del tratamiento como proceso y resultado, por lo tanto no es un indicador o preámbulo mecánico de las patologías sino una expresión de la salud integralmente concebida.

La identificación de lo objetivo sólo a los aspectos directamente observables y lo subjetivo a lo que no sea posible observar, constituye el eje fundamental de inconsistencia teórico-metodológica en el estudio del cuadro interno y externo de la enfermedad y niega el carácter dialéctico, dinámico de esta estructura psicológica.

Los determinantes objetivos representan todas las manifestaciones, expresiones que están en relación con la enfermedad, sean o no susceptible a la observación. Los determinantes subjetivos incluyen la interpretación que cada sujeto realiza de lo que objetivamente ha vivenciado a través de su experiencia.

Los determinantes subjetivos del cuadro interno parten de la representación y autoobservación que el sujeto hace respecto a la enfermedad a partir de sus condiciones socio-históricas, donde se revela la intensidad y estabilidad de los cambios o tendencia en el sistema de actividades, comunicación, en la conducta general.

Todo intento de explicar el cuadro interno no puede obviar a la personalidad como una de las formas más complejas de organización de la subjetividad. La personalidad

se va configurando mediante el tipo de actividades y sistema de relaciones que caracterizan la vida social de la persona convirtiéndose en estados dinámicos, contradictorios portadores de un valor emocional estable, que actúan como sistema autorregulador (González, 1997; González, y Mitjans, 1989).

El cuadro interno de la enfermedad como determinante de salud tiene sus factores predisponentes a través de la historia individual, en el proceso de formación de sentidos a partir del tipo de vivencias que particulariza a la relación del sujeto con el objetivo de dicha vivencia, “que es una unidad en la que están representados un todo indivisible, por un lado lo experimentado, por el otro, lo que el propio individuo aporta a esta vivencia y que a su vez se determina por el nivel ya alcanzado anteriormente” (cit.Bozhovich;1976:99).

En relación con el estudio del CIE, está la expresión del sentido subjetivo que tiene para el sujeto la enfermedad y estar enfermo, vivencias que emanan de los diferentes momentos del curso y evolución de la patología y que al formarse en unidades de sentido, se convierten en determinantes subjetivos del CIE.

El CIE, constituye un elemento integrativo del cuadro clínico de las patologías, tiene sus regularidades y manifestaciones específicas, inherentes a cada sujeto determinado, por lo que el efecto de las terapias no es mecánico, ni define con exactitud la evolución posterior del paciente. El vínculo del cuadro interno y externo, nos arroja una diversidad de experiencias, vivenciadas de modo distintos en cada uno de los pacientes estudiados.

El CIE no resulta un factor aislado, fragmentado de la actividad habitual del ser humano. No sólo se manifiesta cuando hay síntomas estables e intensos. Él está intrínseco en la cotidianidad y se revela en la actitud ante la enfermedad y el riesgo de enfermar. Con altos niveles de salud pueden existir sujetos que practiquen hábitos predisponentes de enfermedades: fumar, sedentarismo, obesidad, alcoholismo e inadecuado régimen de sueño, entre otros.

El CIE no tiene que aparecer de forma brusca, con un marcado contraste entre la norma y lo patológico con un intenso colorido sintomatológico. En ocasiones resulta

del aparente “estar bien” y del mecanismo psicológico inadecuado de subvalorar la situación, el síntoma y las consecuencias de estados disfuncionales del organismo.

La formación del CIE no es uncausal por la presencia de síntomas físicos o psíquicos, lo que garantiza la riqueza del ser humano, las posibilidades de autoperfeccionarse, crear y buscar soluciones, alternativas ante los conflictos. La repercusión del cuadro interno de la enfermedad, no es exclusivo del proceso patológico, inherente a la relación médico-paciente, sino que expresa la intención del hombre por preservar la vida sobre la base de lo que ha aprendido y lo que posibilita promocionar salud en cada situación que vive (escolar, familiar, laboral, social).

Las particularidades de los determinantes de salud y su representación en la enfermedad expresan como se refracta el proceso patológico mediante la subjetividad individual, la cual es muy diversa y no se enmarca a los indicadores relacionados a la salud. La subjetividad individual y el CIE son categorías afines. El nexo entre ella es biunívoco, complejo y dialéctico. Profundizar en el CIE, así como en sus implicaciones en la subjetividad no limita ni reduce los términos antes enunciados.

Cada paciente desarrolla un modo particular de desarrollar la enfermedad que expresa (directa-indirectamente) en su sistema de actividades. Esto provoca paulatinamente, emociones y reacciones, que transforman el sentido que para el sujeto tiene la actividad.

El CIE y la subjetividad individual constituyen eslabones intervenculados en la evolución y curso de una patología. Los indicadores de unidad y diferencia entre ellos pueden ser motor impulsor o barreras para el desarrollo del proceso terapéutico.

Los estudios psicológicos dedicados al CIE demuestran que las vivencias y experiencias que devienen de un estado patológico no son estáticas, prefijadas ni inertes y actúan sobre la subjetividad, a la vez que se expresan y desarrollan a través de ella. (Moreira, 1997; Cartaza, 1998; Figueroa, 1997, 1998).

El CIE está presente en todos los pacientes, aunque no siempre resulta fácil explorarlo. Las razones por las cuales aparecen barreras en su estudio pueden

agruparse en dos situaciones básicas: primero por incluir lo más privado y personal: (temores, dudas, frustraciones, expectativas) y en segundo lugar por no considerarlo algunos especialistas como un elemento de vital importancia para el curso, pronóstico y tratamiento de la enfermedad.

En esta perspectiva se refleja el papel regulador del CIE, tanto en su expresión diagnóstica como formativa. La formación y consolidación de los recursos personales, psicológicos compatibles con una vida sana, suponen un esfuerzo activo, ordenado y sistemático de análisis y reflexión sobre la salud y/o enfermedad a partir de cada caso estudiado pero no fragmentado.

Estos postulados guían la presente investigación del cuadro interno de niños epilépticos, fundamentalmente, los propuestos por Luria y Goldsheiter, al incluir tanto aspectos objetivos como subjetivos de la propia enfermedad que pueden influir en el proceso de formación y desarrollo de la personalidad infantil, así como sus contextos socializadores.

## **CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **Diseño de investigación**

Se realiza un diseño de investigación mixto. Desde el punto de vista de la metodología cualitativa se asume, según la tipología de estudios de casos propuesta por Stake (2000), un estudio instrumental, pues en él se examina para proveer de insumos de conocimientos a algún tema o problema de investigación, en este caso sobre el cuadro interno de la enfermedad, y múltiple pues para ello se seleccionan 5 pacientes a investigar. Desde la metodología cuantitativa se diseña una investigación no experimental, con un estudio descriptivo y transversal de la muestra a estudiar. En relación a este tipo de diseño, Todd, Nerlich y McKeown, (2004), señalan que con el enfoque mixto se exploran distintos niveles del problema de estudio, explorando y explotando mejor los datos. Por su parte, Creswell, (2005), señala que los diseños mixtos logran obtener una mayor variedad en la perspectiva del problema. La multiplicidad de observaciones produce datos más ricos y variados, ya que se consideran diversas fuentes y tipos de datos, contextos y análisis.

### **Estrategia de selección de pacientes**

Para la selección de los pacientes se visitó la consulta externa de pediatría del policlínico “Mario Muñoz Monroe” en el municipio “Rafael Freyre Torres” y de manera no probabilística de tipo intencional se seleccionaron los sujetos que participarían en el estudio.

Se tuvieron en cuenta los siguientes requisitos:

#### Criterios de Inclusión

- Pacientes de ambos géneros portadores de epilepsia.
- Pacientes entre 8 y 11 años de edad.
- Ausencia de alteraciones psíquicas de nivel psicótico o defectual, con el objetivo de garantizar la confiabilidad de los resultados a alcanzar.
- Consentimiento informado del paciente y los padres para participar en la

- investigación.

Criterios de exclusión

- Pacientes con otras patologías crónicas asociadas.

**Definición de variables**

Para la investigación se tienen en cuenta un conjunto de variables que permiten caracterizar la muestra seleccionada. A continuación se procede a su definición:

Variables sociodemográficas: se refiere al conjunto de características y atributos sociales y demográficos de la muestra seleccionada. Dentro de ellas se encuentran:

- Edad: referida a la edad cronológica de los pacientes según datos de la Historia Clínica. Se asumen los grupos de edades siguientes:

(8-9ños)    (10-11 años)

- Género: referido a las características, roles que se le asigna desde lo social a cada sexo. Se operacionaliza en:

Masculino – Femenino

- Escolaridad: referido al grado escolar que cursa. Se operacionaliza en:

Segundo – Tercer – Cuarto – Quinto – Sexto grados

Variables Clínicas: se refiere al conjunto de condiciones clínicas predisponentes y temporales relacionadas con la situación actual del paciente. Dentro de ellas se señalan:

- Tipo de patología: definido por el diagnóstico clínico establecido por el personal especializado y basado en estudios complementarios rigurosos. Se operacionaliza en:

- Tiempo de evolución de la enfermedad: se define por el tiempo transcurrido desde que se emite el diagnóstico por el personal especializado y el momento actual en que es evaluado el paciente. Se operacionaliza en:

(0 – 1 año)    (1 – 3 años)    (3 – 5 años)    (Más de 5 años)

- Conocimiento de la enfermedad: se define por la expresión del grado de conocimiento por parte del paciente y la familia de su situación de salud actual. Se operacionaliza en:

- Conocimiento adecuado: cuando existe un amplio conocimiento de los aspectos relacionados con la enfermedad, existe una adecuada correspondencia de los síntomas que presenta el paciente y su situación real. Incluye en este conocimiento el diagnóstico, tratamiento, etiología, evolución, síntomas de alarma.
- Conocimiento parcial: referido al conocimiento incompleto de la enfermedad, es insuficiente la adecuación de la valoración de la enfermedad y su situación real. Puede incluir aspectos del diagnóstico, tratamiento, etiología, evolución y síntomas de alarma de modo incompleto o de alguno de ellos.
- Ausencia de conocimiento: referido al total desconocimiento de la enfermedad.

Alteraciones emocionales: referidas a las principales alteraciones de la esfera emocional de los pacientes. Se operacionaliza en:

- Ansiedad: se asume la posición teórica y la clasificación del instrumento IDAREN.
- Depresión: se asume la posición teórica y la clasificación del instrumento IDEREN.

Alteraciones cognitivas: referidas a las principales alteraciones de la esfera cognitiva de los pacientes. Se operacionaliza en:

- Memoria: se asume la posición teórica y la clasificación de la técnica Aprendizaje de 10 palabras.
- Pensamiento: se asume la posición teórica y la clasificación de la técnica Exclusión de objetos.
- Organización perceptiva motriz: se asume la posición teórica y la clasificación de la Prueba Gráfica de organización perceptiva de H. santucci (Basado en el Test de L, Bender).

### **Métodos e instrumentos utilizados**

#### Análisis psicológico de la historia vital

El análisis psicológico de la Historia Clínica fue propuesto por B. S. Bratus y B W. Zeigarnick en 1976, para el estudio de las alteraciones de la personalidad. Este análisis se fundamenta en el planteamiento de estos autores que consideran que la Historia Clínica es un resumen del camino vital del enfermo, en el que se incluyen

tanto las interacciones con la familia y la escuela como las alteraciones en el curso de la enfermedad y el desarrollo de su personalidad premórbida, además de destacarse otros aspectos de interés. El objetivo en esta investigación fue de obtener información sobre la historia de desarrollo de los niños y sus alteraciones, a partir del criterio de los padres y del propio menor.

Materiales: hoja de papel con protocolo previamente elaborado y lápiz.

El análisis de la misma incluye las siguientes etapas:

- Etapa inicial: consiste en la minuciosa familiarización con la Historia Vital de la muestra seleccionada. El objetivo es obtener información detallada de los hechos clínicos no de forma aislada, sino interrelacionada entre sí; es importante explorar las antecedentes personales, familiares, pre, peri, y postnatales del desarrollo, surgimiento y evolución de las alteraciones psíquicas que pueden estar presentes, valoraciones de las condiciones de vida y educación, entre otros aspectos.
- Segunda etapa: Caracterización estricta de la Historia Clínica, aquí se sintetizan los momentos cruciales que sean comunes para la mayoría de los pacientes estudiados, buscando la lógica interna del desarrollo del fenómeno que nos interesa, sin desatender las individualidades.
- Tercera etapa: se realiza la clasificación de los datos obtenidos en conceptos de la ciencia psicológica, en la cual se desmembran las formas diferentes de actividad de los sujetos, caracterizando psicológicamente su estructura y descubriendo las relaciones existentes entre las actividades aisladas que caracterizan el núcleo de la personalidad.
- Cuarta etapa: es la realización del modelo psicológico de la formación del fenómeno clínico; el mismo se va realizando a través del decursar de las demás etapas donde se trata de exponer una idea suficientemente argumentada sobre los mecanismos internos del proceso y sus regularidades psicológicas.

La calificación es cualitativa atendiendo a los aspectos más significativos de las mismas.

### Entrevista psicológica

Es una de las técnicas científicas que constituye una de las herramientas más poderosas con que cuenta el psicólogo en su quehacer profesional. Su importancia está dada por la riqueza de datos que ofrece, por su flexibilidad para acomodarse al propósito de la interacción y su eficiencia en una interacción cara a cara, pero, sobre todo, porque está presente en todo el proceso de ayuda psicológica y no puede ser sustituida ni aún por el más sofisticado avance tecnológico. Se desarrolla mediante un proceso comunicativo, con un mínimo de dos personas que desempeñan los roles de entrevistador y entrevistado. Requiere de una sistematización y determinación de objetivos y de una cierta preparación previa por parte del entrevistador, siguiendo propósitos científicos-psicológicos, donde el rol del profesional, como conductor de todo el proceso, constituye el instrumento principal. Permite establecer una estrecha relación entre los participantes del proceso. Su aplicación como técnica de recogida de información se extiende, de acuerdo con sus fines, a todos los campos de la labor del psicólogo, adquiriendo determinadas peculiaridades en función, también, de las características de los sujetos entrevistados, de los contextos y objetivos. Permite explorar tanto el contenido verbal como extraverbal del entrevistado.

En el presente estudio se realizaron entrevistas a:

- Especialista en Pediatría: con el objetivo de explorar elementos clínicos y psicológicos de los pacientes.
- Madres: dirigida a explorar información general del paciente de los contextos en que se desenvuelve.
- Pacientes: dirigida a lograr un adecuado rapport y valoración general de los mismos.

### Metódica de exclusión de objetos (Cuarto excluido)

Se utiliza en la investigación de la actividad analítico-sintética, el grado de generalización exige del sujeto, fundamentalmente, lógica de las respuestas, correlación de las generalizaciones y precisión de las formulaciones en cuanto a los rasgos más esenciales de cada objeto y sus nexos inmediatos, lo que permitirá excluir uno. Según Rubinstein, Zeigarnik y Grau, la misma puede ser empleada para

el conocimiento del nivel de generalización, la abstracción, la comparación, el análisis y la síntesis.

Para la aplicación de esta técnica es necesaria una colección de tarjetas (12), cada una de las cuales tendrá cuatro objetos representados, seleccionados de tal manera que tres de ellos estén relacionados entre sí, mientras que el cuarto es ajeno a los demás. Cada tarjeta tendrá distintos grados de complejidad, lo que brinda la posibilidad de analizar diversos grados de generalizaciones.

Procedimiento: Se le presentan las tarjetas al sujeto en orden creciente de complejidad. Las instrucciones se dan mostrando la tarjeta más fácil que servirá de ejemplo.

Al sujeto se le dice: "Aquí en cada tarjeta hay representados cuatro objetos. Tres de ellos tienen semejanzas entre sí y se pueden nombrar con una palabra, el cuarto objeto es extraño y se excluye. Debe decir cuál es el objeto que sobra y cómo nombraría a los tres restantes". Seguidamente se examina con el sujeto la primera tarjeta, se le da la denominación pertinente a los tres objetos generalizados y se le explica por qué se excluye el cuarto objeto. Una vez comprendida la prueba se procede a su realización.

Materiales: Se utilizan tarjetas con cuatro objetos representados y un protocolo para la recogida de los datos.

Calificación: Las respuestas del sujeto se recogen en el protocolo preparado para este fin. Se valora no sólo la selección correcta sino también las posibilidades de análisis de la selección.

Como criterios para el análisis de los datos que ofrece esta técnica se toma la aparición de los siguientes elementos:

- Tendencia al pensamiento concreto: Cuando se producen respuestas basadas en la utilización práctica de los objetos, o sea, del uso instrumental de los mismos y cuando realizan una vinculación situacional de los objetos, o sea, que los vinculan en el momento presente.

- Tendencia al pensamiento generalizado: Los objetos se vinculan a partir de la relación sencilla que los une realmente.
- Tendencia a la generalización inadecuada: Cuando se establecen relaciones erróneas y con argumentos absurdos.

Test de completamiento de frases

Esta técnica pertenece al grupo de técnicas de asociación frases-frases, que cuenta con numerosas versiones. Una de las más conocidas y utilizadas es el test de J. B. Rotter, el cual muestra varias palabras que pueden ser completadas con otras por parte del sujeto y con ella terminan y dan sentido a una oración. La técnica fue creada por Payne en 1928 y, desde entonces, ha sido modificada por diversos investigadores. Autores como J. A. Villar, consideran que es preferible hacerlas oralmente, mientras que J. B. Rotter y Willerman recomiendan utilizarla de forma escrita. Es una técnica útil para evaluar actividades y áreas de conflictos, además, a veces puede extraerse información acerca de los intereses, motivos, etc. (citado por Portero, 1996)

En la presente investigación se utiliza para profundizar en el conocimiento de las vivencias, conflictos, intereses, aspiraciones, necesidades, preocupaciones en las diferentes áreas de actuación del sujeto.

Materiales: se utiliza una hoja de papel donde se plasman diferentes frases incompletas para ser respondidas por los sujetos.

Instrucciones: “Completa las siguientes oraciones con la primera idea que se te ocurra, no lo pienses mucho. No hay respuestas buenas ni malas”.

Calificación e interpretación: se hace un análisis cualitativo de las respuestas ofrecidas por los sujetos. La clasificación de las respuestas por items se realizó teniendo en cuenta el tipo de respuesta.

Clasificación de los tipos de respuesta:

- Positivas: indican una conformación mental saludable y optimista.
- De ajuste: tendencia al ajuste y protección ante la situación real de vida en todas sus dimensiones.

- Conflictivas: indican una organización mental desajustada, no saludable. Incluyen reacciones de hostilidad, pesimismo, enunciación de los síntomas, desesperanza.
- Neutras: respuestas carentes de tono emocional o referencia personal.
- De omisión: respuestas en las que no se da un pensamiento preciso (respuestas incompletas).

Los dos últimos tipos de respuesta no se califican. Posteriormente se realiza un análisis del contenido expresado y se asignan los mismos a las esferas personal, familiar y escolar.

### Aprendizaje de diez palabras.

Esta técnica está dirigida a explorar el recuerdo voluntario e incluye diez palabras sencillas. Esta metódica es una de las que se utilizan con mayor frecuencia. Ha sido propuesta por A .R .Luria. Se utiliza para valorar el estado de la memoria de los sujetos, la fatiga y la actividad de la atención.

Material: no requiere equipos especiales. Necesita, sin embargo, de silencio en mayor grado que en las restantes metódica. Antes de comenzar la experiencia, el investigador debe anotar en un renglón la serie de palabras.

Listado de palabras: Pan, Ventana, Cielo, Agua, Mesa, Caballo, Libro, Bosque, Niño, Cama.

Procedimientos: Las instrucciones constan de varias etapas. En este experimento es necesaria una gran exactitud (claridad) e inalterabilidad de la exposición de las instrucciones y la observación de las condiciones de la experiencia. Primera explicación: "Ahora voy a leer diez palabras. Hay que escuchar atentamente. Cuando termine de leerlas, repita inmediatamente tantas cuantas recuerde. Se pueden repetir en cualquier orden, el orden no juega ningún papel.

El experimentador lee entonces lentamente las palabras, con precisión. Cuando el sujeto sometido a prueba repite las palabras, el experimentador pone en el protocolo unas crucecitas bajo esas palabras (vea la forma del protocolo).

"Ahora le leeré de nuevo las mismas palabras y usted debe repetir las otra vez: Las que ya mencionó y las que omitió la primera vez, todas juntas y en cualquier orden". El experimentador pone de nuevo las crucecitas bajo las palabras que repita el

sujeto. Después, se repite de nuevo el experimento tres, cuatro y cinco veces, pero sin dar instrucciones. El experimentador dice simplemente "Otra vez".

Después de la quinta repetición de las palabras, el experimentador pasará a otros experimentos y al final de la investigación, o pasados, aproximadamente, 50-60 minutos, le pregunta de nuevo estas palabras al sujeto (sin recordárselas).

Atendiendo a este protocolo puede ser confeccionado una "curva del recuerdo".

Para esto, en el eje horizontal se ponen los números de la repetición y en el vertical, la cantidad de palabras correctamente pronunciadas.

Interpretación: Por la forma de la curva se pueden sacar algunas conclusiones en relación con las particularidades del recuerdo de los sujetos, analizándole volumen del recuerdo en función del tiempo transcurrido, se pueden hacer inferencias acerca del recuerdo mediato del sujeto.

#### Historietas de Madelaine Thomas

Estas historietas creadas por Madelaine Thomas Rey se proponen descubrir las preocupaciones afectivas del niño que por razones de su edad no llega a tener clara la conciencia de ella, pero que pese a todo le crean ansiedad, para ello se lleva inconscientemente los propios conflictos en un ambiente imaginario.

#### Materiales

Una serie de relatos de situaciones que se le presentan a otros niños y que debe responder porque se les ha presentado dicha situación.

#### Interpretación

Esta prueba es totalmente proyectiva ya que su valoración se da según las respuesta dadas por el niño.

---

Áreas a valorar: Celos con los hermanos, Conflictos familiares, Carencia de afecto, Identificación con los padres, Independencia materna, Evasivas, Influencia temores, Temores nocturnos, Ansiedad de separación, Sentimientos de soledad, Anorexia, Ansiedad e ideas de fuga, Limitaciones, Conflictos

#### IDAREN

Descripción general: Esta técnica es la versión al español de State Train Anxiety Inventory (STAI) de Ch. Spielberger, que construyó su prueba para la investigación

de dos dimensiones distintas de ansiedad: la llamada ansiedad rasgo y la ansiedad estado. En la investigación utilizamos la variante de Ch. Spielberger para niños, modificada por B. Castellano y J. Grau, constituida a partir de criterios teóricos esencialmente similares a los de sus autores originales. De manera general, el IDAREN está constituido por dos escalas de autovaloración separadas que se utilizan para medir las dimensiones, ansiedad-rasgo y ansiedad-estado. Puede ser aplicable a niños y adolescentes entre los 9 y 12 años de edad.

Objetivo: Evaluar la presencia de ansiedad rasgo – estado en los pacientes.

Materiales: Protocolo de la técnica y lápiz.

Procedimiento: El escolar después de leer las instrucciones, marcará con un círculo en una de las 3 categorías correspondientes a cada expresión, según se corresponda con su realidad.

Calificación e interpretación: La dispersión de las posibles puntuaciones a obtener en la escala, varía desde una puntuación mínima de 20 hasta una máxima de 60. El análisis cuantitativo de la prueba se realiza con el objetivo de obtener la puntuación del sujeto en la escala. Se utilizan las fórmulas que aparecen en el protocolo y se adecuan al sistema de categorías que aparece en el mismo.

#### Calificación en Ansiedad-Rasgo

1. Determinación de la puntuación directa a través de la suma total de los 20 primeros ítems de la escala ansiedad-rasgo.
2. Determinación de los niveles de ansiedad-rasgo, teniendo en cuenta los parámetros que a continuación se establecen:

Bajo: Por debajo de 29 puntos.

Medio: Entre 29 y 41 puntos.

Alto: Por encima de 41 puntos.

#### Calificación en Ansiedad-Estado

1. Determinación de la puntuación de la escala ansiedad-estado, considerando la suma de los ítems asociados a las sub-escala.

Ítems 2; 3; 5; 7; 12; 14; 15; 17; 19; 20 (X)

Ítems 1; 4; 6; 8; 9; 10; 11; 13; 16; 18 (Y)

2. Determinación de los niveles de ansiedad-estado, teniendo en cuenta la fórmula siguiente:  $(X-Y) + 40 = \text{Puntuación directa}$

Bajo: Por debajo de 24 puntos

Medio: Entre 24 y 38 puntos

Alto: Por encima de 38 puntos.

### IDEREN

Descripción general: en esta investigación se utilizó la variante de Ch. Spielberger para niños, modificada por A. Lorenzo y J. Grau, M Martín constituida a partir de criterios teóricos esencialmente similares a los de sus autores originales. De manera general, el IDEREN está constituido por dos escalas de autovaloración separadas que se utilizan para medir las dimensiones, depresión-rasgo y depresión-estado. Puede ser aplicable a niños y adolescentes entre los 9 y 12 años de edad.

Objetivo: Evaluar la presencia de depresión rasgo – estado en los pacientes.

Materiales: Protocolo de la técnica y lápiz.

Procedimiento: El escolar después de leer las instrucciones, marcará con un círculo en una de las 4 categorías correspondientes a cada expresión, según se corresponda con su realidad.

Calificación e interpretación: La dispersión de las posibles puntuaciones a obtener en la escala, varía desde una puntuación mínima de 20 hasta una máxima de 80. El análisis cuantitativo de la prueba se realiza con el objetivo de obtener la puntuación del sujeto en la escala. Se utilizan las fórmulas que aparecen en el protocolo y se adecuan al sistema de categorías que aparece en el mismo.

#### Calificación en Depresión-Estado.

1. Determinación de la puntuación a través de la suma de los ítems de la escala depresión-estado.

Ítems      A (+)=1, 3, 5, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20.

                  B (-)=2, 4, 6, 11, 18, 19.

Fórmula:  $(A-B)+35=$  Valor D-E

Valor mínimo D-E=20 puntos.

Valor máximo D-E=80 puntos.

Por niveles: Bajo (20 a 35 puntos).

                  Medio (36 a 50 puntos).

                  Alto (51 a 80 puntos).

Calificación en Depresión-Rasgo.

1. Determinación de la puntuación a través de la suma de los ítems de la escala depresión-rasgo.

Ítems A (+)= 21, 22, 23, 24, 27, 28, 30, 33, 37, 38, 40, 42.

B (-)=25, 26, 29, 31, 32, 34, 35, 36, 39, 41.

Fórmula:  $(A-B)+50=$  Valor de D-R

Valor mínimo D-R= 22 puntos.

Valor máximo D-R=88 puntos.

Bajo: (22 a 37 puntos).

Medio: (38 a 54 puntos).

Alto: (55 a 88 puntos).

Prueba Gráfica de organización perceptiva de H. Santucci (Basado en el test de L. Bender).

Objetivo: medir la organización perceptual y el grado de control viso-motor que tiene el sujeto.

Edad de aplicación: desde los cuatro hasta los once años de edad.

Tiempo de aplicación: no tiene límite de tiempo, aunque se tiende a realizar el dibujo de forma rápida.

Forma de aplicación: individual, es muy importante la observación del sujeto y la conducta en general.

Materiales: se utilizan 5 láminas del test de L. Bender.

Calificación: la notación se realiza siguiendo 3 aspectos:

- Construcción de ángulos (con excepción del modelo 2)
- Orientación de los elementos
- Posición relativa de los elementos

Para cada uno de los aspectos, el máximo de puntos es 3, el mínimo 1 ó 0.

### Observación

La observación como método científico es una percepción atenta, racional, planificada y sistemática, de los fenómenos relacionados con los objetivos de la investigación, en sus condiciones naturales, con vistas a ofrecer una explicación científica de la naturaleza interna de estos.

En la presente investigación, la observación se empleó en todas las sesiones, es decir, en cada interacción con los sujetos de la investigación, como una vía de triangular la información ofrecida por otras técnicas.

### **Procedimientos para la realización de la investigación:**

#### Primera etapa. Familiarización

Inicialmente se visitó el policlínico “Mario Muñoz Monroy” para contactar con los representantes de asistencia médica con el objetivo de explicar el interés de desarrollar la investigación y que la misma fuera aprobada por estas personas. Posteriormente, se tuvo una entrevista con la especialista en pediatría que asiste a los pacientes con epilepsia para obtener los datos generales de los niños y poder acceder al campo de investigación. De este modo, se obtuvo el consentimiento y aprobación del estudio.

#### Segunda etapa. Recolección y procesamiento de la información

Luego del proceso de selección de pacientes se procedió a la aplicación de los instrumentos seleccionados a especialistas, madres y a los pacientes. Los mismos se aplicaron en diferentes sesiones de trabajo que se describen a continuación:

##### I Sesión:

1. Entrevista al especialista
2. Entrevista a la madre
3. Entrevista al paciente
4. Test de completamiento de frases al paciente

##### II Sesión:

1. Aprendizaje de 10 palabras
2. Prueba gráfica de organización perceptual al paciente
3. IDAREN

III Sesión:

1. Metodica de exclusión de objetos al paciente

2. IDEREN

Se procede a procesar a profundidad toda la información recogida y se realiza una descripción detallada de cada paciente, apoyada por las bondades de la metodología cualitativa. Estos resultados son reforzados por el empleo de la estadística descriptiva utilizando el análisis de porcentajes. Se emplearon como procedimientos:

- Análisis de contenido: Se toman en consideración los datos registrados manualmente en cada una de las sesiones de trabajo, básicamente en cuanto al contenido emocional de las expresiones (intensidad y carácter) de cada uno de los pacientes y las madres, y se analizan mediante procedimiento de categorización y codificación a partir de los indicadores estudiados.
- Se empleó la triangulación con el objetivo de lograr mayor credibilidad de los registros de cada paciente, en particular para contrastar la información, utilizando diferentes fuentes de recogida de datos y técnicas que permitan llegar a las particularidades del cuadro interno.

Tercera etapa. Elaboración final del informe

Se elaboró el informe final donde se incluyeron los resultados de la investigación, tomándose en cuenta los requisitos metodológicos necesarios para el mismo.

**Cuestiones Éticas**

Para la realización de este estudio se tomaron en cuenta todos aquellos aspectos éticos relacionados con la práctica psicológica investigativa. Se garantizó en todo momento el completo anonimato, confidencialidad y la objetividad en el análisis de los datos.

### CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se realiza la descripción detallada de cada paciente estudiado, abordando elementos clínicos y psicosociales que los caracterizan.

#### PACIENTE No. 1

Paciente J.A.L.S., de ocho años de edad, género masculino, cursa actualmente el tercer grado, presenta un diagnóstico de epilepsia parcial simple desde los 3 años de edad. No se reportan antecedentes de enfermedades significativas en el paciente ni en la familia. Durante la realización de las evaluaciones mantuvo una buena disposición hacia las mismas y hacia el evaluador, aunque no mostró una adecuada comprensión en la mayoría de las preguntas y el nivel de elaboración de las respuestas fue regular en correspondencia con su edad, vestía de manera adecuada y con perfecta higiene.

Convive en una familia nuclear compuesta por madre, padre, y hermano mayor, la madre es ama de casa y el padre es trabajador por cuenta propia (carpintero), donde las relaciones entre los adultos, entre estos y el paciente y entre los hermanos son adecuadas, aunque se evidencia sobreprotección con el niño por parte de la madre: "estoy muy pendiente de él, me preocupa mucho que se le repitan las crisis, trato de complacerlo en todo lo que pueda", "desde que él enfermo, dejé de trabajar".

J.A.L.S. cursa el tercer grado en un centro escolar de la localidad, se refiere un aprendizaje y rendimiento académico promedios, presenta problemas de adaptación a los grupos estudiantiles y en sus relaciones interpersonales se evidencian problemas: "me llevo bien con los niños de mi aula, no, no me llevo mal", "odio tener que fajarme cuando los otros niños se meten conmigo", "en las clases me gusta mucho la matemática y el mundo en que vivimos", "no me gusta leer, ni lengua española".

Destacan entre sus características "el ser disciplinado, intranquilo, continuamente muestra signos de ansiedad".

Existe, de modo general, un predominio de respuestas positivas, evidenciándose motivaciones hacia la actividad de juego: "cuando juego me pongo contento", "en mi casa juego", "me gusta jugar a la pelota"; las principales preocupaciones están relacionada con el contexto escolar y la situación actual de salud, por parte de la madre, "me preocupa mucho la escuela, el maestro no me deja tranquila diciendo

## ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

---

que el niño no aprende bien, yo misma solicite al CDO me le hicieran las pruebas necesarias por si era preciso pasarlo para una escuela especial, pero ellos dijeron que no”, ”todas las tardes me siento con él a repasarlo”, ”tiene mucho miedo a que le quiten las pastillas y vuelva a darle una crisis”. Se señala entre sus principales cualidades: “es cariñoso, amable, servicial y muy trabajador en el hogar, siempre quiere ayudar”. En el hogar todos tienen conocimiento parcial de la enfermedad, vinculado, fundamentalmente, con el diagnóstico, elementos del tratamiento y las medidas para el cuidado del paciente.

Se evidencian serias dificultades en la organización perceptiva-motriz en correspondencia con la edad del paciente, manifestado en los tres indicadores que se evalúan en la técnica, es decir dificultades en la construcción de los ángulos, la orientación y la posición relativa de los elementos en 5 de los modelos presentados.

Se observan alteraciones dinámicas de la memoria y dificultades en la atención voluntaria manifestadas en una curva en zig-zag y en descenso entre 4 y 8 palabras, se evidencia alta tendencia a la repetición de las mismas palabras en una misma serie y tendencia a la fatiga.

Existe tendencia al pensamiento concreto con una marcada descripción de cada objeto por separado y según su utilización práctica.

Las principales preocupaciones del niño en este momento son las relaciones interpersonales y en la familia, “me molesta fajarme y lo hago casi todos los días en la escuela”, “mi hermano es bueno porque me presta cosas pero no me deja jugar a la pelota con él”.

Entre las alteraciones emocionales se encuentra un nivel de ansiedad medio como estado y un nivel bajo como rasgo. La depresión como estado se encuentra con un nivel alto y como rasgo con un nivel medio.

### PACIENTE No. 2

Paciente J.J.S.M., 10 años de edad, género masculino, cursa el quinto grado, es diagnosticado con una epilepsia desde los 4 años de edad, con un diagnóstico de epilepsia parcial. No se señalan antecedentes de enfermedades significativas en la familia, el paciente en estos momentos presenta una amigdalitis crónica por la cual está siendo medicado.

## ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

---

El paciente se mostró cooperador durante todo el proceso, con una adecuada comprensión de las preguntas y un buen nivel de elaboración intelectual, se evidencia control en el lenguaje corporal y adecuada higiene.

Hijo de padres divorciados, en la actualidad convive en una familia ampliada compuesta por el padre, la madrastra, una tía, dos primos, la bisabuela y la abuela, de los cuales trabaja el papá como albañil por cuenta propia y la tía como dependiente gastronómica en el sector del turismo. La madre aunque no vive con él se preocupa por los problemas del niño y por su salud, esta tiene 2 hijos más de un nuevo matrimonio. A pesar de que las relaciones que establece el paciente en su medio familiar son adecuadas con todos los miembros, existe la tendencia a que estas relaciones se expresen con mayor vínculo afectivo entre el paciente y la abuela.

Los integrantes de la familia poseen un conocimiento parcial de la enfermedad con tendencia a insuficiente, sólo se hace alusión a las medidas para el cuidado de la paciente, no existe dominio exacto del diagnóstico y los demás aspectos de la enfermedad.

Actualmente cursa el quinto grado, en el centro escolar de la localidad. El aprendizaje y rendimiento son adecuados, tiene mayores logros en Matemática e Historia y sus principales dificultades se encuentran en Lengua Española. Las relaciones que establece con los compañeros de grupo son adecuadas, le gusta la escuela y relacionarse con sus compañeros, “en la escuela me gusta conversar con mis amigos”, “me gusta mucho estudiar y aprender”.

Se señalan entre las cualidades fundamentales: “es comunicativo y muy respetuoso”. Sus principales motivaciones se centran en la actividad del estudio y el juego, “me gusta jugar al tiro y al fútbol”.

Las preocupaciones fundamentales están relacionadas con el área familiar, tiene mucha necesidad de estar cerca de su madre y sus hermanos, sufre mucho que sus padres estén separados, las relaciones con algunos de los miembros de su familia no son buenas, “me gustaría que mi mamá viviera conmigo”, “no me gusta que se separaran mis padres”, “yo deseo vivir feliz con mis padres juntos”, “me preocupa cuando veré a mis hermanitos”, “me entristece que mis padres estén separados”, “quiero mucho a toda mi familia excepto a mi prima Meli”.

## ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

---

J.J.S.M posee un nivel de conocimiento parcial sobre la enfermedad asociado al tratamiento y el autocuidado que debe tener.

Existen dificultades en la organización perceptiva- motriz de acuerdo a la edad del paciente, se evidencian dificultades en construcción de los ángulos en los modelos 1 y 5 y en el modelo 4 que no se logra ninguno. Respecto a la orientación de los elementos se observan deficiencias en los modelos 1 y 2 y se acentúan en los modelos 3 y 5. Mientras que la posición relativa de los elementos presenta dificultades en los modelos 1, 2, 3, 4 y se hace más evidente en el modelo 5.

No se evidencian dificultades en la memoria y la atención tiende a ser activa pues se observa una gráfica en ascenso y de meseta con 8 palabras recordadas.

Existe tendencia al pensamiento concreto expresado en la utilización práctica de los objetos y en la descripción de los mismos, dejando tarjetas sin responder aunque se le brindaron niveles de ayuda (3).

Entre las alteraciones emocionales se encuentra la ansiedad como estado a un nivel bajo y como rasgo a un nivel alto, y la depresión como rasgo y estado a niveles medios.

### PACIENTE No. 3

Paciente D.M.C, de 11 años de edad, género femenino, cursa quinto grado, tiene diagnóstico de epilepsia, con un tiempo de evolución desde los 4 años. En la familia existen antecedentes de epilepsia (se desconoce el diagnóstico) tíos paternos, la paciente fue tratada por psiquiatría anteriormente por poseer un retardo en el aprendizaje.

Durante el proceso evaluativo la paciente se mostró tranquila, colaboradora, aunque sus respuestas fueron cortas y concretas, respondió con un lenguaje coherente y adecuada elaboración a las preguntas, presentó adecuada higiene.

Convive en una familia ampliada compuesta por la madre, padre, hermana mayor, sobrino y abuela. Las relaciones entre los padres son adecuadas. Los integrantes de la familia conocen el diagnóstico de la enfermedad, haciendo alusión a las medidas para el cuidado de la paciente, tratamiento, "me gusta estar informada acerca de la enfermedad, leo, veo documentales y todo lo que se relacione con la misma".

Está cursando el quinto grado en la escuela especial de la localidad, las relaciones con los compañeros de aula y maestros son buenas, le gusta mucho participar en

## ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

---

actividades recreativas, “me gusta mucho cantar”. Se desempeña mejor en lengua Española y Ciencias, presenta mayores dificultades en Matemática e Historia.

Es considerada “como una niña muy callada, responsable y obediente”. La paciente, refiere síntomas de ansiedad, onicofagia, negativismo, fatiga, cansancio.

Existe, de modo general, un predominio de respuestas positivas, evidenciándose motivaciones hacia la actividad de juego y el estudio: “cuando juego río mucho”, “mis estudios me gustan mucho”.

D.M.C. posee un conocimiento parcial de la enfermedad asociado principalmente a los medicamentos que debe tomar.

Presenta dificultades en la organización perceptiva- motriz, pues aunque no se evidenciaron problemas en la construcción de los ángulos en los modelos, presenta dificultades en la orientación de los elementos en los modelos 2 y 4 siendo más acentuada en los modelos 1, 3, y 5. Además existen dificultades en la posición relativa de los elementos en los modelos 1, 2, 4, y 5.

Se evidencian dificultades en la memoria y la atención voluntaria expresado en una curva baja con un mínimo de 2 palabras y un máximo de 5. Lo que puede estar asociado a daño orgánico

Existe tendencia al pensamiento concreto, aunque logra establecer generalizaciones en 4 tarjetas, en las demás tiende a describir los objetos por su utilidad práctica.

Las principales preocupaciones están relacionadas con el área escolar, familiar y la situación de su salud: “me preocupan mucho mis estudios”, “odio participar en los matutinos”, “no me gusta limpiar” “me molesta que mi mama me pida que la ayude a fregar”, “me entristece cuando mi hermana llora”, “cuando sea mayor quiero ser doctora pero no sé si con mi enfermedad pueda lograrlo, tal vez no”.

Entre las alteraciones emocionales en D.M.C. se observa ansiedad como rasgo a nivel medio y como estado a nivel bajo, y la depresión tanto como estado y como rasgo a niveles medios.

### PACIENTE No. 4

Paciente A.L.B.H, de 11 años de edad, género femenino, cursa séptimo grado. Presenta diagnóstico de Epilepsia (epilepsia parcial simple, colapso ventricular en el lado izquierdo) desde los 3 años de edad. No se señalan antecedentes de

## ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

---

enfermedades significativas en la paciente ni en la familia. Fue valorada por psiquiatría por hiperactividad.

Durante los exámenes la paciente cooperó con el evaluador, respondió a las técnicas con una adecuada elaboración intelectual, respondió con un lenguaje coherente y adecuada elaboración a las preguntas, presentando en todas las entrevistas una adecuada higiene personal.

Familia nuclear compuesta por madre, padre, hermano menor y paciente, no se evidencian signos de conflictos y discusiones en el marco familiar, existiendo adecuadas relaciones entre todos. La familia conoce el diagnóstico, los tipos de tratamientos y las medidas relacionadas con el cuidado de la paciente, demostrando un conocimiento parcial de la enfermedad: “cuando enfermó buscamos toda la información al respecto”.

En el ámbito escolar ha mantenido un adecuado rendimiento y aprendizaje, las relaciones interpersonales son positivas con maestros y compañeros de aula, tiene un mejor desempeño en las asignaturas de números, Matemáticas, las demás no le gustan ni se siente motivada, les dan mucho trabajo.

Se caracteriza por “ser una niña educada, buena, cariñosa, de buenos sentimientos y muy intranquila”. Las motivaciones fundamentales de la paciente se focalizan en la actividad de juego, el estudio y las actividades extraescolares “me gusta mucho la matemática y participar en acampadas y viajes al campamento de pioneros”, “cuando juego me siento bien”.

Las principales preocupaciones se enmarcan en el área escolar, personal y a la situación de salud actual: “me preocupa mucho la escuela”, “mi mayor problema en la escuela es que converso mucho”, “no quisiera que la gente piense mal de mí”, “no me gusta que me critiquen”, “quisiera que no me dieran más dolores de cabeza”.

La paciente refiere síntomas de hiperactividad y pérdida del apetito.

Posee un conocimiento parcial de la enfermedad evidenciado en algunos elementos del tratamiento y las medidas del autocuidado.

La organización perceptiva - motriz no está lograda en correspondencia con la edad mental de la paciente. Respecto a la construcción de los ángulos se observan dificultades en los modelos 4 y 5, mientras que los modelos 1, 2, 4, y 5 presentan

## ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

---

deficiencias en la orientación de los elementos, así como en todos los modelos referido a la posición relativa de los elementos.

No se observan dificultades en los procesos de la memoria y atención evidenciados en una curva en ascenso de 7 a 9 palabras.

Existe tendencia al pensamiento concreto, aunque logra generalizaciones en tres tarjetas. Tiende a agrupar los objetos por la utilización práctica de los mismos.

Entre las alteraciones emocionales se encuentra la ansiedad y la depresión como rasgo y como estado comportándose ambas a niveles medios.

### PACIENTE No. 5

Paciente D.U.G, de 11 años de edad, género femenino, cursa actualmente el quinto grado, tiene diagnóstico de Epilepsia (epilepsia parcial compleja), con un tiempo de evolución desde los 7 meses de nacida. Fue valorada por Psiquiatría a los seis años, por hiperactividad y por presentar conductas agresivas. Además es asmática y tiene un soplo en el corazón. No existen antecedentes de enfermedades significativas en la familia.

Durante el proceso evaluativo la paciente mostró intranquilidad, se comía las uñas continuamente (onicofagia), muy callada. Colaboró con el evaluador aunque respondió con un lenguaje concreto, hubo que utilizar niveles de ayuda. Presentó adecuada higiene.

Hija de padres divorciados, en el momento del estudio convive en una familia nuclear compuesta por la madre, dos hermanas mayores, y dos sobrinos. Las relaciones entre los padres son adecuadas, a pesar de la separación; el padre se preocupa mucho por sus hijas y las necesidades de estas (son dos del mismo padre). Las relaciones de la paciente entre las hermanas están mediadas por la agresividad. Los integrantes de la familia poseen un conocimiento parcial de la enfermedad, haciendo alusión a las medidas para el cuidado de la paciente y tratamiento, no existe dominio exacto del diagnóstico. Existe sobreprotección por parte de la madre y el padre “ahora es que la dejo ir sola a algunas actividades, porque me dice que si ninguna niña anda con su mamá porque ella sí, pero de todas manera me da miedo, le dan con frecuencia las crisis sobre todo en lugares con aglomeraciones de personas, o cuando está malgeniosa.”

## ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

---

Está cursando el quinto grado en una de las escuelas de la localidad, las relaciones con los compañeros de aula son buenas, pero con los maestros han estado mediadas por la agresividad, “si el maestro me dice algo que no me gusta yo le contesto, no tengo porque quedarme callada, yo no le aguanto nada a nadie”. Se desempeña mejor en Ciencias y Matemáticas presenta mayores dificultades en Historia y Lengua Española.

Se señala que “generalmente es agresiva, se irrita con facilidad, presenta sentimientos de inferioridad asociados con su enfermedad, se pone triste y se deprime con facilidad”;

Las motivaciones fundamentales de la paciente se focalizan en la actividad del juego, el estudio y otras actividades en las que participa como cantorías en la casa de cultura, “mis estudios son lo más importante”, “quisiera poder participar en la educación física”, “cuando juego me siento feliz”.

Posee conocimientos del tratamiento y los cuidados que debe tener en cuenta, tiene solo conocimiento parcial de la enfermedad, “no hablamos del tema delante de ella”.

Tiene una ligera tendencia a lograr la organización perceptiva - motriz en correspondencia con la edad, aunque presenta ciertas deficiencias en la orientación de los elementos en los modelos 1 y 4. Respecto a la posición relativa de los elementos se observa cierta dificultad en los modelos 4 y 5.

No se evidencian dificultades en la memoria, ni en la atención expresado en una curva de meseta alta y en ascenso con un mínimo de 7 y un máximo de 10 palabras.

Presenta tendencia al pensamiento concreto expresado en una marcada descripción de cada objeto según su utilidad práctica y en ocasiones los vinculados a su uso en su hogar.

Las principales preocupaciones están relacionadas con el área escolar, familiar y su estado de salud, “siento temor a que mi papá me regañe”, “mi mayor problema en la escuela es no entender las cosas”, “quisiera poder ser como las otras niñas”, “me entristece que se pongan bravos conmigo”.

Entre las alteraciones emocionales constatamos la ansiedad como rasgo a un nivel alto y como estado a un nivel medio, y como otro factor la depresión como rasgo y estado a nivel medio respectivamente.

## ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En un intento de integración de los casos presentados, se proponen algunos aspectos comunes, que se consideran a continuación:

- Existe un predominio de pacientes del género femenino diagnosticadas con epilepsia.
- Predomina un conocimiento parcial de la enfermedad, tanto en pacientes como en los padres, que puede estar relacionado con una representación social negativa y hostil hacia esta enfermedad.
- Se observa correspondencia entre la edad de los pacientes y el nivel cultural.
- Los principales intereses de los pacientes están relacionados con las actividades de juego y escolar, típicas de la edad de la vida en que se encuentran.
- Las preocupaciones fundamentales de los pacientes están relacionadas con su situación actual de salud y las limitaciones que le impone la enfermedad. La situación académica escolar y los conflictos familiares.

### Otros análisis

En la muestra se observa un predominio del género femenino constituyendo el 60%, con un rango de edad predominante de 10-11 años de edad representando el 80%, el nivel escolar que prevalece fundamentalmente es el quinto grado con un 60%, presentando el 100% de ellos un diagnóstico de epilepsia parcial, con un tiempo de evolución de más de 5 años en el 80% de la muestra.

	Edad		Género		N. Escolar		Diagnóstico		Tiempo Evolución					
	Cant	%	Cant	%	Cant	%	Cant	%	Cant	%				
8-9	1	20	M	2	40	4to	1	20	Parcial	5	100	0-1años		
10-11	4	80	F	3	60	5to	3	60	Generiz	-	-	1-3 años		
						6to	1	20				3-5 años	1	20
												+5 años	4	80

Respecto al comportamiento de la ansiedad, se observa una tendencia a niveles medios y altos de ansiedad como rasgo expresado en un 40 % respectivamente, mientras que la ansiedad situacional se desplaza hacia los niveles medio (60 %) y bajo (40 %). A pesar de que en la literatura se describe la presencia de ansiedad en niveles altos, en esta muestra existe un predominio de ansiedad como rasgo en esos

## ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

niveles, lo que puede estar relacionado por la influencia del medio familiar que tiende a ser desfavorable en la mayoría de ellos y ser condicionador de este tipo de ansiedad. Además, también pudiera estar asociado al prolongado tiempo de evolución de la enfermedad que favorezca que los sujetos desarrollen como rasgo personológico la ansiedad, teniendo en consideración las características de la epilepsia. Independientemente, de estos resultados, se observa en el análisis cualitativo de la técnica una tendencia a asignar puntuaciones altas en aspectos significativos como pueden ser: “me preocupa cometer errores”, “pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza”, “noto que mi corazón late más rápido”; esto demuestra que los sujetos manifiestan signos de ansiedad en niveles altos que es importante considerar y que pueden estar relacionados con la enfermedad.

### Distribución de frecuencias: comportamiento de la ansiedad

	ALTO		MEDIO		BAJO	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Rasgo	2	40	2	40	1	20
Estado	-	-	3	60	2	40

Por otra parte, se evidencia un predominio de la depresión como rasgo y como estado en un nivel medio expresado en el 100% y 80% respectivamente. La depresión es una de las manifestaciones emocionales que más caracterizan al paciente epiléptico, lo que en cierta medida queda constatado en la muestra estudiada. A pesar de que su expresión está en un nivel medio esto pudiera ser un indicador de que el futuro de estos pacientes evolucionará a niveles más severos de depresión. La presencia de la misma puede estar relacionada con el estigma social de la enfermedad, el rechazo por parte de otros niños o adultos, la marginación a la que se ven sometidos estos pacientes, la tendencia a autoestimarse de forma subvalorada, contribuyen al establecimiento de síntomas y signos depresivos en los niños epilépticos. Esto se ve también reflejado en la evaluación cualitativa de las técnicas, pues se le asignan altas puntuaciones a aspectos significativos como: “me pongo triste y deprimido con facilidad”, “sufro cuando no logro el reconocimiento de

## ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

las personas que me rodean”, “los problemas a mi me inquietan más de lo necesario”.

### Distribución de frecuencias: comportamiento de la depresión

	ALTO		MEDIO		BAJO	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Rasgo	-	-	5	100	-	-
Estado	-	-	3	60	2	40

De modo general, referido al proceso de la memoria, se observa una ligera tendencia a la no presencia de deficiencias en este proceso (60%) no obstante cabe señalar que estas deficiencias que se observan pueden ser irreversibles teniendo en cuenta el daño orgánico que portan los sujetos investigados, lo que pudiera valorarse en un estudio más detallado que incluya otros instrumentos sobre este proceso partiendo como principio básico la interfuncionalidad de los procesos psíquicos, pues en todos los sujetos se reportan deficiencias en el rendimiento académico por parte de el adulto.

### Distribución de frecuencias: comportamiento de la memoria

	Cantidad	%
Deficiencias	2	40
No Deficiencias	3	60

El proceso del pensamiento se comporta de la manera siguiente. Se observa un predominio de la tendencia al pensamiento concreto en el 100% de la muestra. A pesar de que pudiera ser típico de la edad este tipo de pensamiento en la muestra estudiada se hace más evidente expresado en una marcada tendencia a describir cada objeto por separado, vinculado a su utilidad práctica en el momento presente, esto pudiera ser una de las razones del pobre rendimiento académico y de la asimilación de materias más complejas que impliquen un mayor uso de los procesos lógicos del pensamiento.

## ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### Distribución de frecuencias: comportamiento del pensamiento

	Cantidad	%
Tendencia concreto	5	100
Tendencia generalizada	-	-
Generalización inadecuada		

Se evidencian serias dificultades en la organización perceptual y motriz de la muestra expresado en la construcción de ángulos (60%), la orientación de los elementos (100%) y la disposición relativa de los mismos (100%). Esa cualidad perceptiva motriz según los diferentes autores debe ser lograda en su conjunto al final de la etapa escolar, sin embargo en estos niños epilépticos o es así, pudiendo estar directamente relacionado con el daño neurofisiológico causado por la enfermedad que padecen. Este indicador unido a los niveles medios y bajos de estimulación a que están sometidos estos pacientes pudieran ser las causas del insuficiente desarrollo de los procesos psíquicos.

### Distribución de frecuencias: organización perceptiva-motriz

	Deficiencias		No deficiencias	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Construcción Ángulos	3	60	2	40
Orientación	5	100	-	-
Posición relativa	5	100	-	-

### Integración de los resultados

Existe un conjunto de elementos que caracterizan el cuadro interno de estos niños epilépticos. Se evidencian alteraciones emocionales, fundamentalmente la ansiedad y la depresión en niveles medio y altos que pudieran estar asociados a la representación de la epilepsia en nuestra sociedad y por otra parte al medio familiar

## ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

---

con tendencia a la disfuncionalidad. Estas alteraciones emocionales pueden estar siendo reforzadas por el contexto escolar en que se desenvuelven los niños.

Otra de las características de este cuadro interno es el insuficiente desarrollo de los procesos psíquicos estudiados expresados fundamentalmente en una tendencia al pensamiento concreto, ligera tendencia a dificultades en la memoria y deficiencias en la organización perceptivo – motriz. Sumado a lo anterior cabe señalar las características propias de la enfermedad y las afectaciones al sistema nervioso central, su tendencia a la organicidad e irreversibilidad. A pesar del tiempo de evolución de la enfermedad y de la edad de los pacientes, no poseen un conocimiento adecuado de la epilepsia evidenciado en que solamente dominan el diagnóstico, los tratamientos actuales y algunas medidas de autocuidado, sin embargo, existe un desconocimiento por parte de los pacientes y su familia sobre otros aspectos de la enfermedad como pueden ser la etiología, curso, evolución complicaciones, secuelas de la misma. Las principales preocupaciones, conflictos y contradicciones están relacionadas con el contexto familiar y escolar de los pacientes y su situación actual de salud.

### CONCLUSIONES

1. Existe un predominio de pacientes entre 10 y 11 años de edad, con cierto equilibrio entre los géneros, que cursan el quinto grado, y presentan un diagnóstico de Epilepsia Parcial con un tiempo de evolución superior a cinco años.
2. Las particularidades psicológicas del cuadro interno del paciente de ocho a 11 años con epilepsia se caracteriza por:
  - Presencia de la ansiedad como rasgo y como estado en los diferentes niveles con predominio en el nivel medio.
  - Presencia de la depresión como rasgo y como estado en el nivel medio.
  - Tendencia al pensamiento concreto con una marcada descripción de las características de los objetos en el momento presente.
  - Deficiencias en la organización perceptiva motriz referidos a los indicadores que se evalúan.
  - No se evidencia un predominio significativo relacionado con las dificultades en el proceso de la memoria.
  - Conocimiento parcial de la enfermedad, tanto en pacientes como en su familia.
  - Las principales preocupaciones y conflictos están relacionadas con el contexto familiar, escolar y su estado de salud actual.

### RECOMENDACIONES

- Modificar las representaciones sociales sobre la epilepsia en los principales contextos en que se desenvuelve el niño a través del método científico.
- Realizar intervenciones en el contexto familiar dirigidas a favorecer el conocimiento y percepción de la enfermedad.
- Realizar intervenciones dirigidas a potenciar y/o desarrollar los procesos psíquicos relacionados con la adquisición de conocimientos en los pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

---

### BIBLIOGRAFÍA

1. Amoroso C, Swi A, Somerville E, Groven N. Epilepsy and stigma. [Lancet Neurol](#). 2006; 8:1143-44.
2. Artigas J, Brun C, Lorente I. Aspectos psicopatológicos de las epilepsias benignas de la infancia. *Rev Neurol* 1998; 26: 269.
3. Aspectos psicológicos de la epilepsia
4. Austin JK, Huster GA, Dunn DW, Risinger MW. Adolescents with active or inactive epilepsy or asthma: a comparison of quality of life. *Epilepsia* 1996; 37: 1228-38.
5. Ayuso JL. Depresión y epilepsia. En: Díaz A. *Epilepsia y Psiquiatría*. Barcelona: Espaxs; 1989.)
6. Bellomo LE. La historia de la enfermedad epiléptica según Owsei Temkin. *Neuropsiquiat*. 1976;7:2.
7. Bibliopsiqui: Sitio de psiquiatría.com
8. Bozhowich, L. I. (1976). *La personalidad y su formación en la edad infantil*. Ciudad de La Habana: Editorial Pueblo y Educación
9. Brent DA, Crumrine PK, Varma RR, et al. Phenobarbital treatment and major depressive disorder in children with epilepsy. *Pediatrics* 1987; 80: 909-17.
10. Brent DA. Overrepresentation of epileptics in a consecutive series of suicide attempters seen at a children hospital, 1978-1983. *J Am Acad Child Psychiatry* 1986; 25: 242-6.
11. Cavazzuti GB. Epidemiology of different types of epilepsy in school age children of Modena, Italy. *Epilepsia* 1980; 21: 57-62.
12. Commission on Classification and Terminology of the International
13. Contribuciones de la psicología clínica a la condición de epilepsia
14. Dueñas J. Epilepsia: Historia y sociedad. *Rev. Hospital Psiquiátrico Habana*. 1999; 40(2):171-7.
15. Dunn DW, Austin JK, Huster GA. Behavior problems in children with new-onset epilepsy. *Seizure* 1997; 6: 283-7.
16. Efectos de un Programa de Psicoterapia Breve sobre la Sintomatología Depresiva y el Ajuste Psicosocial en Mag. Steve F. Pedraza V. Fecha de recepción: Octubre 24 de 2006 - Fecha de aceptación: Junio 15 de 2007
17. Ettinger AB, Weisbrot DM, Nolan EE, et al. Symptoms of depression and anxiety in pediatric epilepsy patients. *Epilepsia* 1998; 39: 595-9.
18. Fabelo JR. Atención salutogénica al paciente con epilepsia. (Tesis para optar por el título de Especialista en Psicología de la Salud). La Habana: Facultad de

## BIBLIOGRAFÍA

---

- Ciencias Médicas "General Calixto García" del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana: 2002.
19. .\_\_\_\_\_. Epilepsia y descompensación psicosocial: Aplicación del Programa Mínimo para el Conocimiento y Dominio del Estrés. (Tesis para optar por el título de Máster en Psicología Clínica). La Habana: Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana; 1998.
  20. Favale E, Rubino V, Mainardi P, Lunardi G, Albano C. Anticonvulsant effect of fluoxetine in humans. *Neurology* 1995; 45: 1926-7.
  21. Galaburda AM, Sherman GF, Rosen GD, et al. Developmental dyslexia: four consecutive patients with cortical anomalies. *Ann Neurol* 1985; 18: 222-33.
  22. Gastaud, H. Diccionario de epilepsia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1976.
  23. González S, Quintana J, Fabelo JR. Epilepsia y sociedad: una mirada hacia el siglo XXI. *Rev Psiquiatría.com* [en línea] 1997 [fecha de acceso 10 de marzo del 2012] (3). en: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/vol3num3/>
  24. Hawton K, Fagg J, Marsack P Association between epilepsy and attempted suicide. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1980; 43: 168-70.
  25. Hernández Sampieri R, Fernandez Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. Cuarta Edición. México, 2006, 882 p.
  26. Hoare P. The development of psychiatric disorder among schoolchildren with epilepsy. *Dev Med Child Neurol* 1984; 26: 3-13.
  27. Holdsworth L, Whitmore K. A study of children with epilepsy attending ordinary schools. I. Their seizure patterns, progress, and behavior in school. *Dev Med Child Neurol* 1974; 16: 746-55.
  28. Howe GW, Feinstein C, Reiss D, et al. Adolescent adjustment to chronic physical disorders. I. Comparing neurological and non-neurological conditions. *J Child Psychol Psychiatry* 1993; 34: 1153-71.
  29. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/304/30401010/30401010.html>
  30. <http://scholar.google.com/cu/scholar?q=psicologia+del+epilptico&hl=es&btnG=Buscar&lr=>
  31. <http://scholar.google.com/cu/scholar?q=psicologia+del+epilptico&hl=es&btnG=Buscar&lr=>
  32. <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/1287>
  33. <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/3022>
  34. <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/4516>
  35. <http://www.revistahph.sld.cu/hph0108/hph01408.html>

## BIBLIOGRAFÍA

---

36. Iglesia S, Justo R, González F. Epilepsia/Identificación de creencias sobre la epilepsia en pacientes que padecen la enfermedad.htm
37. Infante Pedreira OE, Pérez González EM, Díaz González JA. La psicología de la salud en la atención primaria. En: Hernández Meléndez E, Grau Ábalo J. Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones. Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. México. 2005.
38. Juvenal G. La Liga internacional contra la epilepsia (ILAE) y la epilepsia en Latinoamérica. En: Campos M, Kanner AM. Eds. Epilepsia: diagnóstico y tratamiento. Buenos Aires: Mediterráneo; 2004. p. 837-40.
39. League Against Epilepsy. Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. *Epilepsia* 1989; 30: 389-99.
40. Loiseau P, Strube E, Brouset D, et al. Learning impairment in epileptic patients. *Epilepsia* 1983; 24: 183-92.
41. Luria, A R, El cerebro en acción. La Habana, 1989,
42. Manifestaciones psicológicas epilépticas en la infancia. <http://scholar.google.com/cu/scholar?q=cuadro+interno+del+paciente+epileptico&hl=es&btnG=Buscar&lr=>
43. Méndez MF, Cummings JL, Benson DF. Depression in epilepsy. *Arch Neurol* 1986; 43: 766-70.
44. Moya Entenanza, C.M. Epilepsia. La Habana, 2010. 484 p.
45. Nikolaeva, V.V. Cuadro interno de la enfermedad en algunas enfermedades psíquicas. Autoreferat de su Tesis de Candidatura. Moscú, 1987
46. Pérez Sempere Á. ¿Conocemos la epilepsia? En: Rufo Campos M. Cómo afrontar la epilepsia. Madrid: Entheos; 2005. p. 11-22.
47. Portellano José A. Neuropsicología infantil. Madrid, 2008, 264 p.
48. Pozo Lauzán D, Pozo Alonso A J. Epilepsias y discapacidades neurológicas en el niño. La Habana, 2007. 139 p.
49. Rosenstein DL, Nelson JC, Jacobs SC. Seizures associated with antidepressants: a review. *J Clin Psychiatry* 1993; 54: 289-99.
50. Sattler Jerome M. Robert D Hoge. Evaluación Infantil. Aplicaciones conductuales, sociales y clínicas. Volumen II, 5ta edición, 213 p.
51. Snake D, Jacoby A, Baker GA. Stigma and social issues. *Epilepsy Atlas*. 2000; 78-9.
52. Wendy GM, Yi Zhou MS, Chávez JM, Guzmán BL. Effect of antiepileptic drugs on reaction time, attention and impulsivity in children. *Pediatrics* 1993; 91: 101-5.
53. Whitehouse D. Psychological and neurological correlates of seizure disorder. *Johns Hopkins. Med J* 1971; 129: 36-42.

**ANEXO 1**

Universidad "Oscar Lucero Moya"

Facultad de Psicología.

**Consentimiento informado**

Estimado (a) señor (a):

La presente investigación responde a una necesidad teórica y metodológica de estudiar las particularidades psicológicas del cuadro interno en niños con epilepsia. Para lograr este objetivo se pondrá en práctica la aplicación de un conjunto de pruebas psicológicas. Los datos que se manejen serán estrictamente confidenciales. Su colaboración, autorizando la participación de su hijo con epilepsia sería de gran valor. Su decisión de autorizar a su hijo, no impide que pueda retirarlo en el momento que desee. Si usted desea prestar su ayuda en dicha investigación debe firmar la declaración de voluntariedad que se ofrece a continuación:

Declaración de voluntariedad:

He entendido el propósito de este estudio y autorizo voluntariamente a mi hijo (a) a que forme parte de la muestra.

-----

Firma del padre o madre (u otro responsable del menor).

-----

Firma de la investigadora.

-----

Lugar y fecha.

### ANEXO 2

#### Entrevista semiestructurada a la pediatra.

1. ¿Cuántos niños epilépticos tenemos en el municipio actualmente?
2. ¿Cuántos de ellos pertenecen a la zona rural?
3. ¿Cuál es diagnóstico de cada uno de estos niños?
4. ¿Todos presentan el mismo tipo de epilepsia?
5. ¿Cuánto tiempo hace que padecen la enfermedad?
6. ¿Cuál es el pronóstico?
7. Me podrías ofrecer alguna de las características de la personalidad de ellos.
8. ¿Acuden a consultas de psicología o psiquiatría estos pacientes?
9. ¿Tienen los padres conocimiento de la enfermedad?
10. ¿Y los niños?

Muchas gracias.

**ANEXO 3**

**Entrevista semiestructurada a la madre.**

**Datos Personales.**

Nombre paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Dirección particular: \_\_\_\_\_: Estado civil padres: \_\_\_\_\_

Nombre Padre: \_\_\_\_\_ Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

¿Cuáles son las principales preocupaciones respecto a \_\_\_\_\_ (nombre paciente)?

¿Desde cuándo \_\_\_\_\_ comenzó a padecer esta enfermedad?

¿A qué pudieran estar asociados?

¿Ante cuáles situaciones, personas, o contextos se hace más frecuente la crisis?

¿Cómo logra mejorar o superar la crisis?

Además de estas preocupaciones, ¿Presenta \_\_\_\_\_ (nombre paciente) algunos de los síntomas que le mencionaré?

_____ Insomnio	_____ Enuresis/Encopresis
_____ Pesadillas	_____ Hiperhidrosis
_____ Retraimiento	_____ Onicofagia
_____ Intranquilidad	_____ Dolor
_____ Ansiedad	_____ Diarreas
_____ Negativismo	_____ Estreñimiento
_____ Irritabilidad	_____ Vómitos
_____ Agresividad	_____ Tristeza
_____ Sentimientos de inferioridad	_____ Ideas suicidas

## ANEXOS

_____ Miedos	_____ Problemas de memoria
_____ Pérdida del apetito	_____ Problemas de aprendizaje
_____ Fatiga, cansancio	

### **Antecedentes Patológicos Personales:**

1. ¿Presentó algún tipo de riesgo (traumas emocionales, físicos, amenaza de aborto, accidente o alguna enfermedad) durante el embarazo de \_\_\_\_\_ (nombre paciente)?
2. ¿Cuáles? ¿En qué momento del embarazo?
3. ¿Presentó algún tipo de hábito tóxico durante el embarazo?
4. ¿El parto fue normal o requirió de condiciones especiales (forceps, cesárea, espéculos u otros)?
5. ¿ \_\_\_\_\_ (nombre paciente) lloró al nacer?
6. ¿ \_\_\_\_\_ (nombre paciente) nació cianótico(a) o de coloración normal?
7. ¿ \_\_\_\_\_ (nombre paciente) presentó algún tipo de enfermedad, golpes fuertes en la cabeza, pérdida de conocimiento, convulsiones u otras alteraciones que requirió de hospitalización)?
8. ¿A qué edad? ¿En qué estado fue reportado por el médico? ¿Qué tiempo estuvo hospitalizado(a)?
9. ¿Se recuperó totalmente o le quedó alguna secuela?
10. Cuándo dijo sus primeras palabras? ¿Cómo fue la marcha? ¿Cuándo comenzó a valerse por sí mismo(a)?
11. ¿ \_\_\_\_\_ (nombre paciente) ha sido valorado(a) por psiquiatría o psicología con anterioridad? ¿Cuáles fueron las causas y qué tratamiento le fue indicado?
12. ¿Cuál es el tratamiento actual?

### **Antecedentes Patológicos Familiares:**

13. ¿Quiénes conviven con \_\_\_\_\_ (nombre paciente)?
14. ¿Cómo han sido las relaciones:
  - Entre los padres (distribución de roles, situación laboral, dinámica de pareja)
  - Entre los padres y los hijos (estilos educativos)

15. Entre hermanos (rivalidad, celotipia, o apoyo) ¿Cuáles son las enfermedades que padece la familia?

16. ¿Qué parentesco tienen con \_\_\_\_\_ (nombre paciente)?

### **Área Familiar:**

17. Después que \_\_\_\_\_ (nombre paciente) enfermó, ¿Cómo se han modificado las relaciones:

- Entre los padres (distribución de roles, situación laboral, dinámica de pareja)
- Entre los padres y los hijos (estilos educativos)
- Entre hermanos (rivalidad, celotipia, o apoyo)

18. ¿Con quién se identifica más \_\_\_\_\_ (nombre paciente)?

19. ¿Con quién tiene más confianza para contarle los problemas o pedirle algo?

20. ¿Quiénes de la familia conocen el diagnóstico de la enfermedad de \_\_\_\_\_ (nombre paciente)?

21. ¿Qué información tienen respecto a la enfermedad, el tratamiento y el pronóstico?

22. ¿Qué comentarios hacen delante de \_\_\_\_\_ (nombre paciente) cuando pregunta o tiene dudas?

### **Área Escolar:**

23. ¿Cuáles son las asignaturas que más disfruta y cuáles no?

24. ¿Cómo ha sido el rendimiento de \_\_\_\_\_ (nombre paciente)?

25. ¿Ha notado que a \_\_\_\_\_ (nombre paciente) se le olvidan las cosas?

26. ¿Ha notado que \_\_\_\_\_ (nombre paciente) se desconcentra con facilidad?

27. ¿Cómo son las relaciones que establece con los miembros del grupo?

28. ¿Cómo es la participación en las actividades escolares y extraescolares?

### **Área Personal:**

29. ¿Cómo usted describiría a \_\_\_\_\_ (nombre paciente)?

30. ¿A qué dedica \_\_\_\_\_ (nombre paciente) el tiempo libre?

31. ¿Cuáles son los principales intereses de \_\_\_\_\_ (nombre paciente)?

32. ¿Qué tipo de juegos prefiere \_\_\_\_\_ (nombre paciente)?

33. ¿Cuáles de estas actividades no puede realizar por la enfermedad?

34. ¿Cómo reacciona ante esta limitación?

## ANEXOS

---

35. ¿Qué sabe \_\_\_\_\_ (nombre paciente) de la enfermedad que padece?
36. ¿Cuáles son las principales preocupaciones que tiene \_\_\_\_\_ (nombre paciente) respecto a su enfermedad y tratamiento?
37. ¿Cómo es el comportamiento de \_\_\_\_\_ (nombre paciente) en su hogar?

### **Preguntas de Cierre:**

38. ¿Qué otras preocupaciones tiene respecto a \_\_\_\_\_ (nombre paciente)?
39. ¿Quisiera comentar algo más?

Muchas Gracias

## ANEXO 4

### Entrevista semiestructurada al paciente.

#### ENTREVISTA AL PACIENTE.

#### Presentación y datos generales.

Hola, soy \_\_\_\_\_ ¿Cómo estás hoy?

- ¿Cómo te llamas?
- ¿Cuántos años tienes?
- ¿Qué día naciste?
- ¿Dónde vives?

#### Información sobre el problema.

- ¿Te ha dicho alguien por qué estás aquí?
- ¿Quién, qué te dijo?
- ¿Por qué tú crees que estás aquí?

#### Escuela.

- ¿En qué escuela estudias?
- ¿En qué grado estás?
- ¿Cómo se llaman tus maestros?
- ¿Cuáles asignaturas son las que más te gustan y cuáles no te gustan mucho?
- ¿Cómo son tus calificaciones o notas?
- ¿En qué tipo de actividades generalmente tú participas?
- ¿Cómo te relacionas con tus amigos en la escuela?

#### Familia.

- ¿Qué personas viven contigo?
- ¿Quiénes trabajan?

- ¿Cómo son las relaciones entre tus padres?
- ¿Cómo son las relaciones entre los hermanos? (Si procede)
- Cuando tienes un problema: ¿A quién acudes?
- ¿Quién te castiga o te pega cuando haces algo mal hecho?
- ¿Cómo describirías a tu familia?

### **Intereses.**

- ¿Qué actividades te gusta realizar con mayor frecuencia?
- ¿Cuáles deportes o juegos prefieres?
- ¿Cuáles programas de TV prefieres?
- ¿Cuál es tu música favorita?

### **Amigos.**

- ¿Tienes muchos o pocos amigos?
- ¿Cómo son?
- ¿Qué te gusta hacer con ellos?
- ¿Cómo te sientes con ellos?
- ¿Por qué tienes pocos amigos? (si procede)

### **Estados de ánimo, sentimientos.**

- ¿Cómo te has estado sintiendo últimamente?
- ¿Te has sentido nervioso?
- ¿Qué tipo de cosas te hacen sentir triste o alegre?
- ¿Qué haces cuando estás triste, bravo, tienes miedos?

### **Autoconcepto.**

- ¿Qué es lo que más te gusta y menos te gusta de ti?
- ¿Qué es lo mejor y lo peor que te haya pasado?

### **Quejas somáticas.**

- ¿Cómo te has estado sintiendo acerca de tu cuerpo?
- ¿Cómo es tu apetito actualmente?
- ¿Cómo estás durmiendo?

- ¿Te has enfermado mucho o ido al médico frecuentemente?
- ¿Te ha dolido alguna parte del cuerpo?
- ¿Cómo te va con los medicamentos que tienes indicado?

### **Conciencia de la enfermedad.**

- ¿Te han dicho por qué tienes que acudir al médico con frecuencia o tomar medicamentos?
- ¿Qué y quiénes?
- ¿Qué cosas puedes o no puedes hacer para mantenerte sano?
- ¿Qué tipo de tratamiento tienes?
- ¿Te han dicho si tu enfermedad te puede o no afectar cuando seas más grande?

### **Aceptación de la enfermedad.**

- ¿Qué cosas o actividades has tenido que cambiar después que enfermaste?
- ¿Qué cosas o actividades han cambiado en tu casa después que enfermaste?
- ¿Qué cosas de las que te han dicho te son difíciles aceptar o estar de acuerdo?

### **Aspiraciones.**

- ¿Qué planes tienes para cuando seas grande?
- ¿Crees que tendrás algunas dificultades para hacerlo?
- ¿Tu enfermedad te impide hacer cosas que quisieras hacer cuando seas grande?

### **Cierre.**

- ¿Quisieras contarme algo más?
- ¿Tienes alguna preocupación o pregunta que quieras hacerme?

Gracias.

### ANEXO 5

#### **Metódica exclusión de objetos (cuarto excluido).**

Esta metódica investiga la actividad sintética de los sujetos y analiza habilidad para generalizar.

#### **Materiales:**

Conjunto de tarjetas en las que están representadas diferentes figuras y uno de ellos se excluye y las otras tres se agrupan en una denominación común.

#### **Instrucciones:**

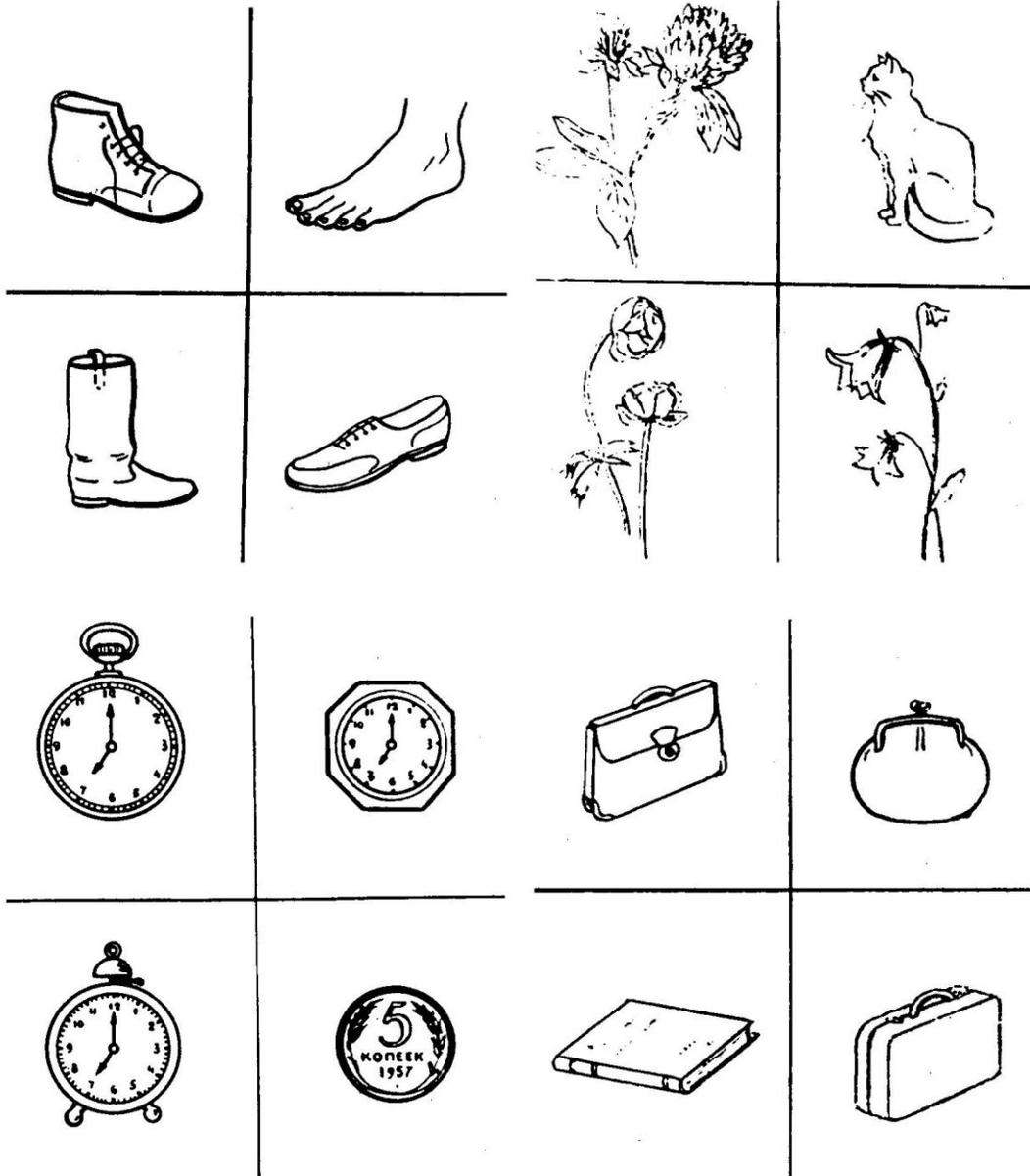
El sujeto debe decir cuál de esos objetos es necesario excluir. El investigado debe ante todo comprender cierta incondicionalidad de toda esta operación. Únicamente cuando encuentra el principio de generalización de los tres objetos, puede excluir el diferente.

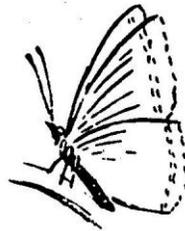
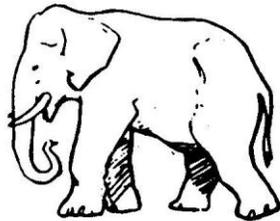
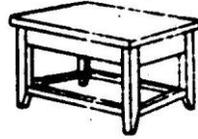
#### **Interpretación:**

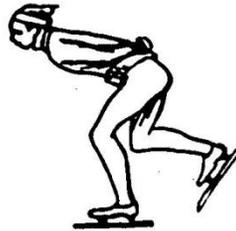
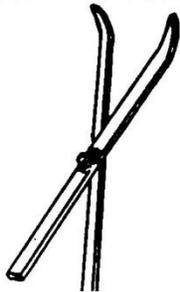
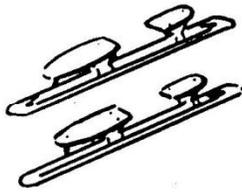
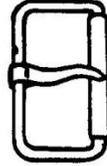
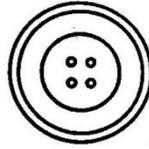
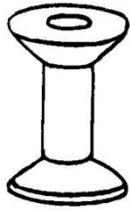
1. Tendencia al pensamiento concreto, cuando se evidencia en las respuestas una utilización práctica y el vínculo situacional.
2. Tendencia al pensamiento generalizado. Hay una generalización evidente de los rasgos esenciales de los conceptos.
3. Grado profundo de debilidad mental, no puede realizar la tarea, ni la más sencilla.
4. Grado menor profundo. Puede excluir el objeto pero no explorar su selección.

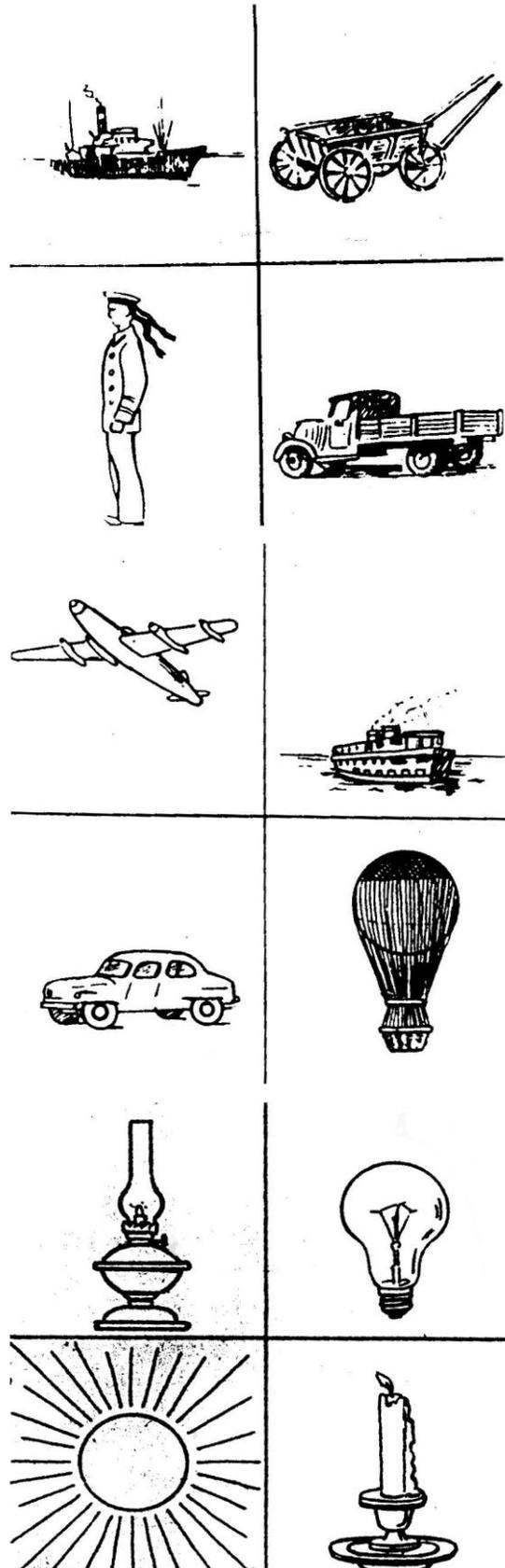
Incorrecto: Disminución del nivel de generalización.

LAMINAS









**ANEXO 6**

**Test de completamiento de frases. Rotter infantil.**

<b>Rotter infantil</b>	<b>Nombre y apellido</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>
1. Me gusta			
2. No me gusta			
3. En mi casa			
4. Por la noche			
5. Mi mama'			
6. Yo deseo			
7. Siento temor			
8. Mi papa'			
9. A escondidas y sin permiso			
10.No quisiera			
11.Mi hermano o hermana			
12.En la escuela			
13.Mi mayor problema en la escuela			
14.Mi maestra			
15.Mis compañeros			
16.Mis estudios			
17.Cuando juego			
18.Me molesta			
19.Mis padres			
20.Odio			
21.Cuando duermo			
22.Cuando sea mayor			
23.Quiero mucho			
24.Me preocupa			
25.Quisiera			
26.Me entristece			

## Anexo 7

### Aprendizaje de las 10 palabras.

#### PROTOCOLO

SERIES/ PALABRAS	PAN	VENTANA	CIELO	AGUA	MESA	CABALLO	LIBRO	BOSQUE	NIÑO	CAMA
1										
2										
3										
4										
5										

#### Observaciones:

Es importante anotar palabras que el sujeto menciona y que no están en la lista.

En la tabla deben anotarse las palabras recordadas en el orden en que el sujeto las menciona.

**ANEXO 8**

**Historietas de Madelaine Thomas.**

Historietas de Madeleine Thomas.

Nombre del niño ----- Edad -----

Fecha -----

Consigna: Te voy a leer unas situaciones que se les presentan a los niños en diferentes lugares, en la escuela, en la casa, con sus amigos, hermanos, padres, u otros y al final aparece una pregunta y tú me la vas a responder en forma de cuento. ¿Que está pasando? ¿Qué pasará al final?

- 1- Un niño va a la escuela. En el recreo no juega con los otros niños y se queda completamente solo, separado. ¿Por qué será?
- 2- Un niño se esta peleando con su hermanito. En esos momentos llega la madre. ¿qué piensas que podrá ocurrir ahora?
- 3- Un niño está sentado en la mesa con sus padres. En eso se pone muy bravo el padre. ¿Por qué será?
- 4- Un día el padre y la madre están bravos entre ellos, se han peleado un poco. ¿por qué será?
- 5- Un niño a veces inventa cualquier caso de historias raras para engañar a otros:
  - a) ¿Qué contará a sus padres?
  - b) ¿Qué contará a sus amigos?
- 6- Un muchacho sacó malas notas en la escuela. Llega a casa. ¿A quién crees que le mostrará las notas?
  - a) ¿Quién lo regañará más
- 7- Es domingo, un niño solo va a pasear con su madre y padre. Cuando a la noche vuelven a la casa, la madre está muy triste. ¿Qué crees tú que le pasó?
  - a) ¿Por qué podrá ser?
- 8- Un niño pequeño tiene un amiguito a quien quiere mucho. Un día el amiguito va a visitarlo y le dice:

## ANEXOS

---

- a) Acompáñame que te quiero mostrar algo, pero no debes mostrárselo a nadie.  
¿Qué le mostrará?
- b) Escucha quiero decirte algo, pero es un secreto y no debes repetirlo a nadie.  
¿Qué le contará?
- 9- Es de noche y un muchacho está acostado en su cama. El día ha terminado y la luz está apagada.
- a) ¿Qué hará el muchacho?
- b) ¿En quién pensará?
- 10-Una noche, el niño esta triste y llora. ¿Por qué?
- a) Después se duerme otra vez. ¿En que sueña?
- b) Después se duerme otra vez, se despierta, tiene miedo. ¿Por qué será?
- 11-Después se duerme de nuevo y esta vez tiene un sueño hermoso. Viene un hada y le dice: puedo satisfacer todos tus deseos, dime todo lo que quieras y te tocaré con mi varita mágica y lo que quieras se cumplirá.
- a) ¿Qué pedirá el muchacho?
- 12-El niño está creciendo. ¿Le gustará crecer, o preferirá quedarse niño?
- a) ¿Por qué?
- b) ¿Qué hará cuando sea grande?
- 13- a) De todos los cuentos que te han contado en tu vida, ¿cuál te gustaría más y por qué?
- b) De los que te he contado ahora, ¿cuál te gusta más y por qué?
- 14-¿Te acuerdas de cuando eras chico? Cuéntame lo primero que recuerdas, tu recuerdo más temprano.
- 15-Y ahora cambiaremos los papeles. Tú contarás la historia y harás las preguntas y yo te contestaré.

**ANEXO 9**

**IDAREN**

*Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado para Niños*

**IDAREN**

Versión cubana de: Dr. Alexis Lorenzo Ruiz, Dr. Jorge Grau Abalo; Dra. Maria de los Ángeles Vizcaíno Londián, Lic. Angelina Fumero Madam, Dra.. Martha Martín Carbonell; Lic Francisco Prado Torres.

Apellidos: ----- Nombres: -----

Edad: ---- Sexo: --- (M-F) Centro Escolar: -----

Grado: ----- Municipio: ----- Fecha: ----/----/-----

**INSTRUCCIONES**

**PRIMERA PARTE**

En la primera parte encontrarás una frase usada para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga **CÓMO TE SIENTES AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor como te encuentras **AHORA**.

	Nada	Algo	Mucho
1. Me siento calmado	1	2	3
2. Me encuentro inquieto	1	2	3
3. Me siento nervioso	1	2	3
4. Me encuentro descansado	1	2	3
5. Tengo miedo	1	2	3
6. Estoy relajado	1	2	3

## ANEXOS

---

7. Estoy preocupado	1	2	3
8. Me encuentro satisfecho	1	2	3
9. Me siento feliz	1	2	3
10. Me siento seguro	1	2	3
11. Me encuentro bien	1	2	3
12. Me siento molesto	1	2	3
13. Me siento agradablemente	1	2	3
14. Me encuentro atemorizado	1	2	3
15. Me encuentro confuso	1	2	3
16. Me siento animoso	1	2	3
17. Me siento angustiado	1	2	3
18. Me encuentro alegre	1	2	3
19. Me encuentro contrariado	1	2	3
20. Me siento triste	1	2	3

**VIRA LA HOJA Y ATIENDE AL EXAMINADOR PARA HACER LA SEGUNDA PARTE**

### INSTRUCCIONES

#### ***SEGUNDA PARTE***

En la segunda parte encontraras más frases para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga como te **SIENTES en GENERAL**, no solo en este momento. No hay repuestas malas ni buenas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando las respuestas que diga mejor como te encuentras

**GENERALMENTE.**

	Casi Nunca	Algo	A menudo
1. Me preocupa cometer errores	1	2	3
2. Siento ganas de llorar	1	2	3
3. Me siento desgraciado	1	2	3
4. Me cuesta tomar una decisión	1	2	3
5. Me cuesta enfrentarme a mis problemas	1	2	3
6. Me preocupo demasiado	1	2	3
7. Me encuentro molesto	1	2	3
8. Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan	1	2	3
9. Me preocupan las cosas de la escuela	1	2	3
10. Me cuesta decidir en lo que tengo que hacer	1	2	3
11. Noto que mi corazón late más rápido	1	2	3
12. Aunque no lo digo tengo miedo	1	2	3
13. Me preocupo por las cosas que puedan ocurrir	1	2	3
14. Me cuesta quedarme dormido por las noches	1	2	3
15. Tengo sensaciones extrañas en el estómago	1	2	3
16. Me preocupa lo que otros piensen de mí	1	2	3
17. Me influyen tanto los problemas que no puedo olvidarlos durante un tiempo	1	2	3
18. Tomo las cosas demasiado en serio	1	2	3

## ANEXOS

---

19. Encuentro muchas dificultades en mi vida	1	2	3
20. Me siento menos feliz que los demás chicos	1	2	3

**COMPRUEBA SI HAS CONTESTADO TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA  
RESPUESTA**

**MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCION Y COLABORACION.**



9. Me siento insatisfecho.
10. He perdido toda la confianza en mí mismo.
11. Siento tener necesidad de vivir.
12. No me siento en nada culpable.
13. Me canso con facilidad.
14. Se me hace difícil cumplir el más sencillo de los trabajos.
15. Me canso con más facilidad que anteriormente.
16. Ahora no tengo deseos de llorar.
17. Yo siento que ahora ya nada me alegra como antes.
18. Yo quisiera quitarme la vida.
19. Me despierto con más facilidad que antes y se me hace difícil volver a quedarme dormido.
20. Yo quisiera ser tan feliz como le parezco a las personas que me rodean.

**CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL IDEREN**

**INSTRUCCIONES**

**Apellidos**----- **Nombres**-----**Edad**-----

**INSTRUCCIONES**

A continuación, les presentamos un conjunto de expresiones en las cuales se reflejan diferentes momentos de su estado de ánimo. Léalas detenidamente y marque con una (X), aquellas que para usted reflejen **COMO SE SIENTE DE MANERA GENERAL**. No hay repuestas buenas ni malas. Intente seleccionar las respuestas que con mayor exactitud caractericen a su estado de ánimo generalmente.

**II PARTE**

**EXPRESIONES**                      No existe              Un poco              Suficiente              Muy

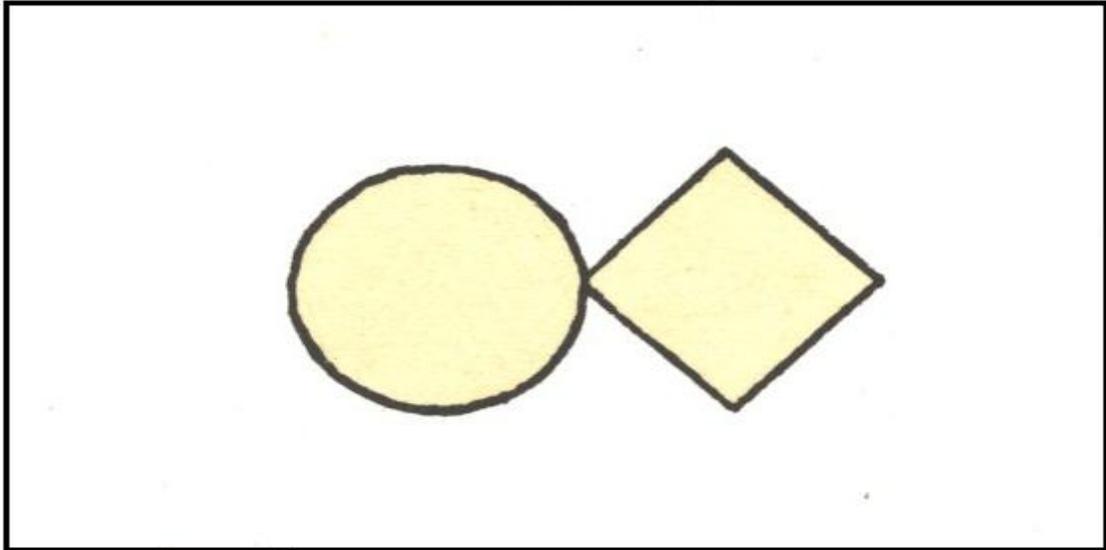
fuerte.

- 21. Pienso que no puedo lograr nada de lo que me proponga.
- 22. Sufro cuando no logro el Reconocimiento de las personas que me rodean.
- 23. Con facilidad me sorprendo ante los fracasos.
- 24. Pienso que tengo muchos más fracasos que los demás.
- 25. Yo sufro por no haber logrado hacer realidad mis sueños.
- 26. Me pongo triste y deprimido con facilidad.
- 27. Considero haber tenido suerte en la vida.

28. Pienso que en el futuro todo será bueno para mí.
29. Yo tengo confianza en mí mismo.
30. Por lo general, soy de los que se inclinan a verle las partes malas a las cosas de la vida.
31. Los problemas a mí me inquietan más de lo necesario.
32. Yo he logrado cumplir con mis objetivos más importantes.
33. Me siento aburrido.
34. A mí todo me interesa.
35. Ante fuertes sensaciones no reacciono.
36. Por lo general veo las partes buenas de las cosas.
37. Los fracasos me hacen sufrir tanto que no logro sacármelos de mi cabeza.
38. No me alcanza la confianza en mí mismo.
39. Considero que las demás personas me estimulan lo suficiente.
40. La más mínima dificultad me presiona y oprime.
41. Pienso que las demás personas no me estimulan lo suficiente.

ANEXO 11

Prueba Gráfica de organización perceptiva de H. Santucci (Basado en el test de L. Bender).



.....

