

Psicología, tercera época ▪ Revista digital arbitrada
Vol. 34, N° 1-2015 | pp. 61-81 | ISSN: 1316- 0923

EFFECTO PREDICTIVO DEL AFRONTAMIENTO Y FRECUENCIA DE CRISIS SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN EPILEPSIA

DORIS MORALES Y ELEONORA VIVAS
Departamento de Ciencia y Tecnología del Comportamiento
Universidad Simón Bolívar. Caracas, Venezuela.
vivas@usb.ve

Resumen

El objetivo de esta investigación es determinar la relación entre estrategias de afrontamiento y frecuencia de las crisis y el peso predictivo de estas sobre la calidad de vida en personas con epilepsia. Es una investigación transversal, no experimental. Participaron 206 sujetos, con edades entre 18 y 65 años. Se administró el cuestionario de calidad de vida en epilepsia, el cuestionario de estrategias de afrontamiento y se determinaron datos sociodemográficos y frecuencia de crisis. Se aplicó un análisis de regresión múltiple. Se encontró que las estrategias de afrontamiento aproximativas predicen en mayor medida la calidad de vida y la frecuencia de las crisis la predice en menor medida.

Palabras clave: calidad de vida, epilepsia, estrategias de afrontamiento, frecuencia de crisis.

Recibido: 15 de abril de 2015
Aceptado: 30 de junio de 2015
Publicado: 31 de julio de 2015



PREDICTIVE EFFECT OF COPING AND SEIZURE FREQUENCY OVER THE QUALITY OF LIFE IN EPILEPTICS

DORIS MORALES Y ELEONORA VIVAS

Departamento de Ciencia y Tecnología del Comportamiento

Universidad Simón Bolívar. Caracas, Venezuela.

vivas@usb.ve

Abstract

The present study contributes with new empirical findings on the importance of the relationship between coping strategies and seizure frequency and which of these variables has greater predictive weight on quality of life of people with epilepsy. It's a cross-sectional non experimental study. The sample was 206 eighteen to sixty five year old patients diagnosed with epilepsy, with no other associated neurological problem. Quality of Life in Epilepsy Questionnaire was administered, along with the Coping Strategies Questionnaire and a semi-structured interview to determine socio-demographical data and seizure frequency. Multiple regression analysis was used. Results reveal that coping strategies greatly predict quality of life in patients with epilepsy, specifically active coping strategies (social support, positive thoughts, planning and search for solutions) whereas the clinical variable seizure frequency does not.

Key words: coping strategies, epilepsy, quality of life, seizures frequency

Received: Apr 15, 2015

Accepted: Jun 30, 2015

Published: Jul 31, 2015

INTRODUCCIÓN

La epilepsia es la manifestación clínica de una descarga excesiva en un grupo de neuronas, con carácter súbito, recurrente y transitorio. Tiene una etiología diversa, la cual puede ocurrir en cualquier área del cerebro, por tanto, se puede esperar que las manifestaciones visibles de la misma sean de una gran variedad: motoras, sensitivas, sensoriales, autonómicas o psíquicas (ILAE, 1993; ILAE, 2003; Privitera, Chadwick, Ficker & Glauser, 2001). Generalmente se trata de crisis estereotipadas, recurrentes e involuntarias, no aquellas generadas por privación de alcohol, inducida por drogas, postraumáticas precoces o aisladas (Privitera et al., 2001). La frecuencia de estas crisis es entendida como el número de eventos ictales que presenta una persona en un rango de tiempo determinado. Está vinculada a varios factores como el tipo de crisis, efectividad del medicamento, efectos secundarios e igualmente con factores emocionales y cognitivos que afectan de manera directa la calidad de vida del paciente, como se ha demostrado en diversa literatura científica (Jacoby, Baker, Steen, Potts & Chadwick, 1996; Boylan, Flint, Labovitz, Jackson, Starner & Devinsky, 2004; Johnson, Jones, Seidenberg & Hermann, 2004; Alanis-Guevara et al., 2005; Guekht, Mitrokhina, Lebedeva, Dzugaeva, Milchakova, Lokshina, Feygina & Gusev, 2006; Harden, Maroof, Nikolov, Fowler, Sperling, Liporace, Pennell, Labar & Herzog, 2007).

A partir del diagnóstico, se convierte en un aspecto de vital importancia cómo la persona asume el manejo de su condición, cómo enfrenta su vida (estrategias de afrontamiento), lo cual incide sobre los necesarios cambios en la rutina diaria, sobre todo lo relativo a la ingesta de medicamentos para el control en la frecuencia de crisis (aspecto médico). Estos cambios le pueden alterar las metas que se ha propuesto en diversas áreas de su vida: laboral, social, personal o familiar, y por tanto modificar y disminuir su calidad de vida (Pascual-Pascual, 1999; Herranz, 2007).

La calidad de vida relacionada con la salud es un tema sobre el cual se ha escrito e investigado ampliamente y de acuerdo con la revisión de la literatura queda evidenciado que la definición de calidad de vida y sus dimensiones se ajustan a la condición médica que se desea estudiar. Cada especialista en salud prefiere evaluar con mayor precisión las particularidades médicas de una enfermedad y su impacto en la vida personal y social del sujeto que la padece.

Específicamente en epilepsia, la Liga Internacional contra la Epilepsia define calidad de vida como el grado de satisfacción de cada persona con su propio existir, valorado bajo dos aspectos: uno subjetivo y otro objetivo. El primero se manifiesta en la satisfacción de la persona y la percepción que tiene de sus condiciones globales de vida, mientras que el segundo se refiere al uso que puede dar el individuo a su potencial intelectual y emocional (ILAE, 2003). Como señalan Suurmeijer, Reuvekamp & Aldenkamp (2001), el estrés psicosocial, la soledad, el ajuste, el estigma, el juicio sobre sí mismo y el afrontamiento son las variables que más significativamente contribuyen en el resultado de la calidad de vida, independientemente de la edad de inicio, frecuencia de crisis y efectos colaterales del medicamento.

Se ha determinado que la frecuencia de las crisis y la politerapia afectan negativamente la calidad de vida de los epilépticos, independientemente del tipo de crisis y de la duración de la enfermedad (Rivera, Troncoso & Silva, 2005). Por su parte, Alanis-Guevara, Peña, Corona, López-Ayala, López-Meza & López-Gómez (2005) encontraron que el pobre control de las crisis, los problemas de sueño, el bajo nivel socioeconómico, el género femenino, el desempleo y la politerapia estaban fuertemente relacionados con una mala calidad de vida en estos pacientes. Para Harden, Maroof, Nikolov, Fowler, Sperling, Liporace, Pennell, Labar & Herzog (2007), la severidad de las crisis puede desarrollar o incrementar conductas de evitación social, ansiedad y preocupación y de esta forma influir en la calidad de vida de las personas con epilepsia. En otras palabras, cómo enfrenta cada individuo su situación ante la enfermedad afecta positiva o negativamente su desempeño en la vida.

El afrontamiento es un constructo propuesto por Lazarus & Folkman (1986), el cual plantea que las personas despliegan una gama de estrategias cognitivas y conductuales para hacer frente a situaciones estresantes de su vida. Siguiendo este planteamiento, investigaciones en el área de la epilepsia (por ejemplo, Krakow, Bühler & Haltenhof, 1999) revelan que las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema, al cumplimiento y la actividad resultan ser más útiles en el proceso de adaptación psicosocial en un grupo de pacientes con epilepsia tónico-clónica generalizada refractaria e inciden positivamente en su calidad de vida.

Rodríguez-Marín, Pastor & López-Roig (1992) retoman el concepto propuesto por Lazarus y Folkman (1986) y afirman que las estrategias pueden dividirse en dos categorías principales de respuestas, como son el

afrontamiento aproximativo y el evitativo. El afrontamiento aproximativo implica las estrategias cognitivas y conductuales que utiliza el individuo para realizar una acción apropiada ante el problema, identificar los cambios que la situación genera y de esta forma hacerla más controlable. El afrontamiento evitativo se refiere a las estrategias cognitivas y conductuales utilizadas para evitar la situación, interfiriendo en la acción apropiada ante un evento amenazante y previniendo inadecuadamente que la ansiedad llegue a niveles tan perturbadores que lesionen la vida emocional de la persona. Si bien estos autores no realizaron investigaciones con epilépticos, sí han trabajado extensivamente estos conceptos con otros pacientes con enfermedades crónicas, como enfermos colostomizados, pacientes oncológicos y pacientes reumáticos. La evidencia obtenida por estos autores es considerada pertinente y se retoma su planteamiento sobre estos dos tipos de afrontamiento, a fin de intentar una explicación del por qué unas personas enfrentan mejor que otras cuando se encuentran ante situaciones de alarma o generadoras de estrés, como lo es una condición crónica de salud.

La evidencia científica apunta a que la calidad de vida en el paciente epiléptico puede estar influenciada tanto por las estrategias de afrontamiento como por la frecuencia de las crisis; pero se han reportado resultados contradictorios y aun se desconoce el efecto predictivo de estas variables sobre la calidad de vida. Para algunos autores (Alanis-Guevara et al., 2005; Guekht et al., 2006; Rivera, Troncoso & Silva, 2005) es la frecuencia de crisis la que mejor define la calidad de vida en estos pacientes, mientras que otros hallazgos investigativos determinan que son las estrategias de afrontamiento (Suurmeijer, Reuvekamp & Aldenkamp, 2001; Johnson et al., 2004; Szaflarski, Meckler, Privitera & Szaflarski, 2006) las que tienen mayor relevancia.

La determinación de cuáles son las variables fundamentales que inciden en que el paciente perciba una mejor calidad de vida tiene gran importancia empírica, ya que permitiría determinar el tipo de estrategias adaptativas que utilizan ante los eventos estresantes producto de su condición. En otras palabras, teóricamente contribuiría a la dilucidación del efecto de la frecuencia de crisis y la incidencia de factores como el afrontamiento asociados a la epilepsia, los cuales son responsables parcialmente de tan importante variable, como es la calidad de vida. A la vez este resultado podría incidir en el curso de las recomendaciones terapéuticas que se hagan al paciente.

OBJETIVOS

Se propuso en el presente estudio:

- Determinar cómo es la calidad de vida de los pacientes con epilepsia en cada una de sus dimensiones: preocupación por las crisis, calidad de vida en general, bienestar emocional, energía/fatiga, funcionamiento cognitivo, efectos secundarios de la medicación y funcionamiento social.
- Determinar la frecuencia de las crisis de las personas con epilepsia.
- Determinar las estrategias de afrontamiento evitativas y aproximativas hacia el estrés que utilizan las personas con epilepsia.
- Establecer las relaciones entre las diferentes estrategias de afrontamiento, la frecuencia de las crisis y la calidad de vida.
- Evaluar el efecto predictivo de la frecuencia de las crisis y las estrategias de afrontamiento evitativas y aproximativas sobre la calidad de vida en pacientes con epilepsia en cada una de sus dimensiones.

MÉTODO

DISEÑO

Se realizó una investigación no experimental, predictiva y de corte transversal (Kerlinger & Lee, 2005).

CRITERIO DE SELECCIÓN

Se estableció como criterio de selección un diagnóstico de epilepsia de acuerdo con la clasificación de la Liga Internacional contra la Epilepsia y sin la presencia de ningún otro trastorno neurológico asociado. Los pacientes fueron escogidos por el médico tratante, restringiéndose a aquellos que asistieron al control médico-neurológico en dos instituciones especializadas en el manejo de epilepsia en la ciudad de Caracas, Venezuela.

PARTICIPANTES

Participaron 206 pacientes (181 pacientes pertenecientes al Servicio de Neurología del Hospital Vargas, que representan el 87,9% y 25 pacientes de la Liga Venezolana contra la Epilepsia que constituyen el 12,1% restante) que voluntariamente cooperaron con esta investigación, firmando un

consentimiento informado. El grupo estuvo constituido por 63,1% mujeres, 36,9% hombres, con una media en frecuencia de crisis de 2,5 en el mes anterior a la evaluación (SD= 4), entre 18 y 65 años con edad promedio de 37 años (SD= 13 años); la edad media de inicio de las crisis fue de 17 años (DS= 13 años), el 62,1% con crisis parciales y el 31,1% con crisis generalizadas, un total de 80 pacientes estuvieron libres de crisis en el último mes y el resto (n=126) permanecían con crisis. El 100% estaba medicado con algún fármaco antiepiléptico (FAE). El 56,3 % de la muestra se encontraba soltero y el 43,2% no tenía hijos. El 63,1% tenía el bachillerato incompleto. Solo 22,8% estaba empleado, 18,4% se dedicaba a trabajos de manera independiente y el restante estaba desempleado o eran amas de casa.

VARIABLES

Variables predictoras: *Estrategias de afrontamiento*: “Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo y las reacciones emocionales generadas por dichas situaciones” (Lazarus & Folkman, 1986, p. 164). Adicionalmente, los esfuerzos pueden dividirse en afrontamiento aproximativo y afrontamiento evitativo (Rodríguez-Marín et al., 1993).

Frecuencia de crisis: número de eventos ictales que presenta una persona epiléptica en un lapso de un mes.

Variables a predecir: *Calidad de vida*: El juicio que realiza la persona sobre su propia vida, partiendo de la premisa de que es el sujeto el único que sabe cómo un desorden afecta su vigor, su autoconfianza, su capacidad para socializar, conseguir empleo y funcionar en el hogar y en el trabajo y si existe alguna ambivalencia entre las expectativas y la realidad, en las siguientes dimensiones: preocupación por las crisis, calidad de vida en general, bienestar emocional, energía/fatiga, funcionamiento cognitivo, efectos secundarios de la medicación y funcionamiento social (Devinsky & Cramer, 1993).

INSTRUMENTOS

Inventario de calidad de vida en epilepsia QOLIE- 31 v. 1.0, Devinsky et al. (1993). Se realizó una validación de contenido para Venezuela, ya que este había sido previamente validado en España (Devinsky et al., 1993;

Torres, Arroyo, Araya y De Pablo; 2000; Morales, 2009). Se utilizó el juicio de expertos de 8 epileptólogos y neurólogos. Luego de realizar las modificaciones sugeridas por los expertos, se aplicó el cuestionario a diez pacientes con epilepsia (no de la muestra utilizada para este estudio) para evaluar la comprensión del mismo y se determinó la no existencia de dificultades para comprenderlo y completarlo. El inventario consta de 31 ítems respondidos en escalas variadas, entre 3 y 6 alternativas, que evalúan siete dimensiones: preocupación por las crisis; calidad de vida en general; bienestar emocional; energía/fatiga; funcionamiento cognitivo; efectos secundarios de la medicación; funcionamiento social y un ítem único -31- que evalúa salud general (Devinsky et al., 1993). Se aplicó el instrumento a 10 pacientes con epilepsia y se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,91, dato similar al encontrado en la validación para la población española con 252 pacientes, donde se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,92 (Torres et al., 2000).

Cuestionario de estrategias de afrontamiento de Rodríguez-Marín; López-Roig y Pastor (1992). Compuesto por 41 ítems, a responder en una escala tipo Likert de cinco puntos que evalúan siete factores que comprenden dos dimensiones: afrontamiento aproximativo (búsqueda de apoyo social, pensamiento positivo y planificación y búsqueda de soluciones) y afrontamiento evitativo (evitación, pensamiento desiderativo, culpabilizar y resignación), (Rodríguez-Marín et al., 1992; Zaragoza, 2006). La validación del cuestionario para la población venezolana fue realizada por Zaragoza en 2006 con 250 pacientes diagnosticados con EPOC, asma, cardiopatía, diabetes, sida, artritis crónica, lupus o insuficiencia renal y arrojó un alfa de Cronbach en un rango de 0,80 y 0,92 para los factores.

Datos sociodemográficos y sobre epilepsia. Cuestionario aplicado a través de entrevista semiestructurada, con el cual se pretende recabar información sobre los datos de identificación, datos sociodemográficos y datos relacionados con la clínica de las crisis: edad de inicio, tipo de crisis y frecuencia de crisis en el último mes (Morales, 2009). El dato proporcionado por el paciente para la frecuencia de crisis se confirma con la información ofrecida por el acompañante a la consulta, quien por ser un familiar cercano es testigo de las crisis. De manera adicional se corroboran estos datos con el médico tratante, a quien se le pregunta igualmente cuál es el número de crisis que ha tenido su paciente durante el último mes.

PROCEDIMIENTO

Luego de la validación de los instrumentos se realizó la recolección de datos. Una vez seleccionado el paciente por parte del médico tratante, este fue remitido a la entrevista psicológica, en la cual se le notificaron los objetivos de la investigación y de aceptar participar en ella firmó el consentimiento informado, indicando su deseo de participar de manera voluntaria en el estudio. Acto seguido se procedió a realizar la entrevista en presencia de un acompañante, en la cual se administraron en una única sesión los instrumentos ya señalados.

RESULTADOS

Los datos fueron analizados en el paquete estadístico SPSS (actualmente denominado Statistical Product and Service Solutions).

Análisis descriptivo de las dimensiones de la calidad de vida: Como puede observarse en el cuadro 1, la dimensión *preocupación por las crisis* muestra una media y mediana con valores cercanos, una moda 0 y una distribución platicúrtica, denotando poca homogeneidad. Se observa que las personas tienen bajos niveles de preocupación por las crisis. En cuanto a la *calidad de vida en general*, mostraron valores cercanos de la media y mediana y una moda mayor, se distribuyen de manera homogénea, donde los sujetos tienden a ubicarse en valores con niveles levemente altos. El *bienestar emocional* tiene igualmente valores de media y mediana muy cercanos y una moda superior. Los sujetos tienden a ubicarse en valores medios de bienestar emocional, resaltando un grupo con niveles bajos, se distribuyen bajo la curva normal y son moderadamente homogéneos. La dimensión *energía/fatiga* evidencia valores de media y mediana muy cercanos y una moda un poco mayor, distribuyéndose de manera homogénea en una curva normal, y con respuestas moderadamente altas. La media y la mediana en la dimensión *funcionamiento cognitivo* con valores cercanos y una moda bastante más alta indican que el grupo se inclina por un funcionamiento cognitivo moderado. Existe un subgrupo con buen funcionamiento. Los valores se distribuyen bajo una curva normal y son moderadamente homogéneos.

Cuadro 1

Estadísticos descriptivos de las dimensiones de calidad de vida

ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO	PC	CVG	BE	EF	FC	ESM	FS
Media	2,8869	8,7959	7,7010	6,8272	14,3460	2,0182	11,1863
Mediana	2,40	9,45	7,80	6,60	13,7633	2,00	12,1800
Moda	,00	10,85	11,40	7,80	27,00	3,00	16,80
Desviación típica	2,4715	3,2245	4,0413	2,8590	7,8157	,8933	5,5949
Varianza	6,1080	10,3970	16,3320	8,1740	61,0850	,7980	31,3030
Asimetría	,5010	-,3850	,0180	-,1460	,0100	-,5220	-,4220
Curstosis	-,9840	-,8630	-1,25	-,8730	-1,1270	-0,83	-,8310
Mínimo	,00	,00	,60	,60	,00	,00	,00
Máximo	8,00	14,00	15,00	12,00	27,00	3,00	21,00

Nota: Preocupación por las crisis (PC), calidad de vida general (CVG), bienestar emocional (BE), energía/fatiga (EF), funcionamiento cognitivo (FC), efectos secundarios de la medicación (ESM), funcionamiento social (FS).

Análisis descriptivo de las variables predictoras. Los valores de la media y la mediana en la variable *frecuencia de crisis* (véase cuadro 2) indican un corte por mitades de la muestra alejado de la media y la moda 0 indica que los participantes presentan control de las crisis durante el mes anterior a la evaluación. La curva asimétrica positiva para esta variable muestra valores bajos no homogéneos para la frecuencia de crisis. En la variable *afrentamiento evitativo*, se evidencian valores de la media y mediana casi idénticos al igual que una moda con valor cercano al de estas; los sujetos tienden a ubicarse en valores promedio, distribuyéndose en una curva normal. Los valores de la media y la mediana están bastante cercanos en la variable *afrentamiento aproximativo*, la moda ligeramente mayor indicando una tendencia a obtener valores moderadamente altos, distribuidos en una curva normal.

Cuadro 2

Estadísticos descriptivos de las variables predictoras

ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO	FRECUENCIA DE CRISIS	AFRONTAMIENTO EVITATIVO	AFRONTAMIENTO APROXIMATIVO
Media	2.50	2.94	3.05
Mediana	1.00	2.97	3.19
Moda	0	2.74	3.33
Desviación típica	4.069	.536	.735
Varianza	16.54	.288	.540
Asimetría	2.997	-,119	-,227
Curtosis	12.308	-,037	-,729
Mínimo	0	1.61	1.46
Máximo	30	4.55	4.73

Relaciones entre las variables. Se calculó una matriz de correlaciones entre las variables predictoras y las variables a predecir con sus dimensiones con el coeficiente producto- momento de Pearson (véase cuadro 3).

Cuadro 3

Matriz de correlaciones entre las variables objeto de estudio

	FCr	AE	AA	PC	CVG	BE	E/F	FC	ESM	FS	Puntaje Total CV
FCr	1	0,044	-0,047	-,140 (*)	-,283 (**)	-,224 (**)	-,176 (*)	-,280 (**)	-,174 (*)	-,270 (**)	-,322 (**)
AE		1	-,271 (**)	-,347 (**)	-,304 (**)	-,361 (**)	-,302 (**)	-,418 (**)	-,348 (**)	-,359 (**)	-,478 (**)
AA			1	,319 (**)	,621 (**)	,473 (**)	,477 (**)	,365 (**)	,215 (**)	,419 (**)	,563 (**)
PC				1	,419 (**)	,447 (**)	,320 (**)	,410 (**)	,351 (**)	,443 (**)	,616 (**)
CVG					1	,531 (**)	,539 (**)	,448 (**)	,226 (**)	,618 (**)	,743 (**)
BE						1	,560 (**)	,461 (**)	,339 (**)	,465 (**)	,736 (**)
E/F							1	,523 (**)	,270 (**)	,469 (**)	,720 (**)
FCr								1	,389 (**)	,540 (**)	,836 (**)
ESM									1	,286 (**)	,458 (**)
FS										1	,803 (**)
Puntaje Total CV											1

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Nota: Frecuencia de crisis (FCr), afrontamiento evitativo (AE), afrontamiento aproximativo (AA), Preocupación por las crisis (PC), calidad de vida general (CVG), bienestar emocional (BE), energía/fatiga (EF), funcionamiento cognitivo (FC), efectos secundarios de la medicación (ESM), funcionamiento social (FS).

La variable *frecuencia de crisis* correlacionó de manera significativa, baja y negativa con la variable *calidad de vida* ($r = -0,322$, $p < 0,01$) y todas sus dimensiones (entre $-0,142$ y $-0,283$), indicando que una mayor frecuencia de crisis se relaciona con una menor calidad de vida. La variable *estrategias de afrontamiento evitativo* correlacionó de manera significativa, moderada y negativa con la variable *calidad de vida* ($r = -0,478$, $p < 0,01$), así como con las demás dimensiones de la variable, expresando que el uso de estrategias de afrontamiento evitativas se asocia con una menor calidad de vida, un menor funcionamiento tanto cognitivo como social, menor bienestar emocional y menores efectos del medicamento. Las *estrategias de afrontamiento aproximativo* correlacionaron de manera significativa, moderada alta y positiva con el puntaje total de la variable *calidad de vida* ($r = 0,563$, $p < 0,01$), indicando que el uso de las estrategias aproximativas se asocia con una mejor calidad de vida. Igualmente, las estrategias aproximativas correlacionaron de manera significativa, alta y positiva con la dimensión *calidad de vida general* ($r = 0,621$, $p < 0,01$). Además se encontraron correlaciones significativas ($p < 0,01$), moderadas y positivas para las dimensiones *bienestar emocional* ($r = 0,473$), *energía/fatiga* ($r = 0,477$) y *funcionamiento social* ($r = 0,419$), por tanto, se puede decir que las estrategias de afrontamiento aproximativas se relacionan con una mejor calidad de vida del paciente.

Análisis de regresión múltiple. Con el objeto de determinar el valor predictivo de las variables frecuencia de crisis, estrategias evitativas y estrategias aproximativas sobre la calidad de vida y sus dimensiones se procedió a realizar un análisis de regresión múltiple. Se cumplió con los supuestos de la regresión Durbin-Watson entre 1,753 y 2,056; residuos de la variable a predecir agrupados a la línea de normalidad observado a través de los gráficos Q-Q; los valores mínimos y máximos de los errores ponderados oscilaron entre ± 2 y se observó que no hay multicolinealidad entre las variables predictoras. En el cuadro 4 se plasman los valores del análisis de regresión para la variable a predecir, *calidad de vida*, donde se encontró una correlación múltiple, alta y significativa ($R = 0,716$) con la combinación lineal de las variables frecuencia de crisis, estrategias aproximativas y estrategias evitativas. El coeficiente de determinación o R^2 corregida arrojó un valor de 0,505, lo que indica que el modelo explica el 50,5% de la varianza total de manera significativa ($F = 69,6$; $gl = 3$; $sig = 0,000$).

Cuadro 4

Análisis de regresión y coeficientes beta para la variable a predecir calidad de vida

ANÁLISIS DE REGRESIÓN						COEFICIENTES BETA		
R	R ²	R ² corregida	ANOVA (b)			Coeficientes estandarizados		
			F	gl	Sig.	Beta (a)	Sig.	
,716(a)	,51	,505	69,62	3	.00	Frecuencia de crisis último mes	-,285	.00
						Estrategias evitativas	-,340	.00
						Estrategias aproximativas	,457	.00

a Variables predictoras: estrategias aproximativas, frecuencia de crisis, estrategias evitativas
b Variable a predecir: calidad de vida

El cuadro 4 muestra los valores beta para las dimensiones de la variable calidad de vida. Se encontró que las estrategias de afrontamiento aproximativas tienen una correlación significativa, moderada y positiva ($R = 0,457$; $sig = 0,000$), por tanto, se puede determinar que a mayor uso de estrategias aproximativas (apoyo social, pensamiento positivo, planificación y búsqueda de soluciones) mayor será la calidad de vida del paciente con epilepsia. Seguida de las estrategias evitativas, con una correlación significativa, moderada baja y negativa ($R = -0,340$; $sig = 0,000$), lo cual indica que a menor uso de estrategias evitativas mayor será la calidad de vida. Finalmente, la frecuencia de las crisis arrojó una correlación significativa, baja y negativa ($R = -0,285$; $sig = 0,000$), que indica que a menor frecuencia de crisis mayor será la calidad de vida en esta población de pacientes.

De esta manera se resuelve la pregunta de investigación en la que se determina que las estrategias de afrontamiento predicen en mayor medida la calidad de vida de las personas con epilepsia, en este caso las estrategias aproximativas, no así la frecuencia de las crisis, como se ha planteado tradicionalmente en la investigación con esta variable.

Los valores del análisis de regresión para las dimensiones de la variable a predecir calidad de vida pueden verse en el cuadro 5. Se puede observar que las dimensiones del modelo con las variables predictoras frecuencia de crisis, afrontamiento evitativo y afrontamiento aproximativo explican la varianza total de manera significativa.

Cuadro 5

Análisis de regresión para las dimensiones de la variable calidad de vida

DIMENSIÓN	R (a)	R ²	R ² corregida	ANOVA		
				F	gl	Sig
PREOCUPACIÓN POR LAS CRISIS	,437	,191	,179	15,721	3	.00
CALIDAD DE VIDA GENERAL	,686	,47	,462	59,482	3	.00
BIENESTAR EMOCIONAL	,566	,32	,31	31,511	3	.00
ENERGÍA / FATIGA	,531	,282	,271	26,274	3	.00
FUNCIONAMIENTO COGNITIVO	,554	,307	,296	29,627	3	.00
EFFECTOS DE LA MEDICACIÓN	,4	,16	,148	12,791	3	.00
FUNCIONAMIENTO SOCIAL	,547	,299	,288	28,4	3	.00

(a) Variables predictoras: (constante), frecuencia de crisis, afrontamiento evitativo, afrontamiento aproximativo.

El análisis del cuadro 6 indica los coeficientes beta, es decir, el aporte en explicación de cada una de las variables predictoras sobre las dimensiones de la variable calidad de vida; se destaca el afrontamiento como la variable predictora que mayor peso explicativo tiene dentro de este modelo, especificado de la siguiente manera: el afrontamiento aproximativo predice las dimensiones calidad de vida general (.574), bienestar emocional (.397), energía/fatiga (.421) y funcionamiento social (.337). El afrontamiento evitativo predice en mayor medida las dimensiones de preocupación por las crisis (-.276), funcionamiento cognitivo (-.337) y efectos de la medicación

(-.308). Y, finalmente, la variable predictora frecuencia de las crisis no aporta mayor explicación sobre las dimensiones de la calidad de vida en esta población de pacientes.

Cuadro 6

Coefficientes beta para las dimensiones de la variable calidad de vida

	PC		CVG		BE		E/F		FC		ESM		FS	
	Beta	Sig	Beta	Sig	Beta	Sig	Beta	Sig	Beta	Sig	Beta	Sig	Beta	Sig
AFRONT. EVITATIVO	-,276	,00	-,138	,011	-,245	,00	-,182	,004	-,337	,00	-,308	,00	-,256	,00
AFRONT. APROXIMATIVO	,242	,00	,574	,00	,397	,00	,421	,000	,261	,00	,124	,067	,337	,00
FRECUENCIA DE CRISIS ÚLTIMO MES	-,118	,065	-,251	,00	-,195	,001	-,148	,014	-,253	,00	-,154	,018	-,242	,00

Nota: preocupación por las crisis (pc), calidad de vida general (cvg), bienestar emocional (be), energía/fatiga (e/f), funcionamiento cognitivo (fc), efectos secundarios de la medicación (esm), funcionamiento social (fs).

DISCUSIÓN

Se ha argumentado en la literatura científica que la frecuencia de las crisis es determinante en la vida del paciente y por tanto influye de manera negativa en su calidad de vida, aumentando la percepción de estigma, disminuyendo las posibilidades para conseguir o mantener un empleo, disminuyendo su percepción de salud y afectando en general su ajuste psicosocial (Baker et al., 1997; Rivera et al., 2005; Guekht, 2006).

Si bien este es un hecho, los resultados de esta investigación han demostrado que la calidad de vida puede estar afectada de manera más determinante por otras variables, como son las estrategias de afrontamiento y que son estas las que predicen en mayor medida la calidad de vida de los pacientes con epilepsia. En este caso, específicamente las estrategias de afrontamiento aproximativas (combinación de búsqueda de apoyo social, pensamiento positivo y planificación y búsqueda de soluciones) y evitativas (combinación

de evitación, pensamiento desiderativo, culpabilizar y resignación) en sentido inverso. Dentro de los factores analizados como variables predictoras de la calidad de vida, es el que menor peso predictivo tiene.

Estos hallazgos confirman estudios anteriores (Krakow et al., 1999; Oosterhuis, 1999; Suurmeijer et al., 2001; Boylan et al., 2004; Johnson et al., 2004; Lee Sang-Ahm, Yoo Hee-Jung, Lee Byung-In, 2005; Szaflarski et al., 2006) en los que se han reportado las estrategias de afrontamiento activas como mejores predictoras de la calidad de vida de los pacientes con epilepsia. En estos estudios la variable clínica frecuencia de crisis tampoco está reportada como la que mejor predice la calidad de vida, datos que apoyan los hallazgos de la presente investigación.

Los resultados de la presente investigación permiten inferir que la *búsqueda de apoyo social* como estrategia aproximativa cuando se está bajo estrés, le podría permitir al paciente indagar, averiguar y dirigirse hacia donde considera le pueden brindar ayuda. La *planificación y búsqueda de soluciones* le permitiría al paciente el cumplimiento con las citas médicas otorgadas, conductas de autocuidado como dormir ocho horas, evitar el consumo de alcohol, cumplir con el horario del medicamento, control regular de niveles séricos e intentar llevar la vida más despacio, que le proporcionaron al paciente la sensación de tener algún control sobre su condición. El *pensamiento positivo* se evidenció en la capacidad que tiene el paciente de enfocar su atención a las situaciones agradables que vive, de ser consciente de que su vida puede estar llena de experiencias positivas.

Los pacientes manifiestan no sentirse deprimidos o nerviosos, por el contrario, se describen tranquilos y felices, como se evidencia en las respuestas a la calidad de vida general y explicado por el uso de estrategias aproximativas que les genera una percepción de control sobre su condición, los protege de los efectos adversos de las situaciones estresantes y les facilita el compartir con otros sus preocupaciones.

Igualmente se determinó que los pacientes que participaron en esta investigación se sienten capaces de realizar actividades dentro y fuera de la casa y poseer la energía suficiente para culminarlas. Muchos de los participantes, al no contar con un trabajo estable, se deben comprometer en la búsqueda frecuente de trabajos temporales, lo que les requiere un gasto energético considerable, que realizan sin mayor objeción. Esto se evidencia

en la asociación positiva entre la dimensión energía/fatiga y la utilización de habilidades de afrontamiento aproximativo.

Adicional, el funcionamiento social también es predicho por las estrategias de afrontamiento aproximativas, lo cual está muy relacionado con la capacidad de la persona para lograr establecer lazos afectivos y sociales que le permitan desenvolverse con mayor seguridad dentro de su contexto cultural y social. En este sentido, logran buscar contactos para conseguir trabajo, contar con amigos para salir a realizar actividades lúdicas y en general establecer redes sociales que brinden confianza y apoyo. Cabe destacar que los pacientes estudiados pertenecen a un nivel socioeconómico bajo y viven en barriadas, donde los límites sobre la individualidad son muy laxos, por tanto, tienen que aprender a convivir agrupados, lo que se relaciona con el uso de esta estrategia.

Con base en estos hallazgos, ¿podría inferirse que si se maximizan las estrategias de afrontamiento aproximativas mediante un entrenamiento psicológico adecuado y completo podría disminuirse el efecto negativo de la frecuencia de crisis y el afrontamiento evitativo? Esta interrogante queda planteada para futuros estudios, con implicaciones tanto teóricas como clínicas.

Por otro lado, si el paciente se inclina a utilizar estrategias de afrontamiento evitativas, es decir, pasa su tiempo en pensamientos desiderativos, se culpa o culpa a otros, se resigna y evita situaciones, es más probable que se presente disfunción cognitiva, mayor preocupación por las crisis y más efectos secundarios del medicamento debido a que el paciente se compromete con mayor facilidad en conductas no salutogénicas. Este aspecto también podría contrarrestarse con una intervención psicológica oportuna y dirigida hacia la optimización de estrategias cognitivas y conductuales que favorezcan la calidad de vida del paciente.

Finalmente, se pudo determinar que la calidad de vida era percibida por los pacientes de esta investigación como buena o muy buena dentro de su contexto. Y por otra parte, no percibían tener mayor desequilibrio entre sus expectativas y la realidad que viven, además de no percibir que la epilepsia les esté alterando esa relación.

Se considera que el presente trabajo proporciona evidencia acerca de la importancia del afrontamiento aproximativo, tal como lo plantean Rodríguez-Marín, Pastor & López-Roig (1993), aspecto no investigado

anteriormente en el área de la epilepsia. Igualmente reafirma la concepción de la calidad de vida como ligada al área específica de estudio y en consecuencia a su medición en el mismo contexto, y se proporcionan aspectos específicos que podrían tomarse en cuenta para su incorporación a un procedimiento terapéutico para la optimización de estrategias cognitivas y conductuales.

REFERENCIAS

- Alanis-Guevara, I., Peña, E., Corona, T., López-Ayala, T., López-Meza, E. & López-Gómez, M. (2005). Sleep disturbances, socioeconomic status, and seizure control as main predictors of quality of life in epilepsy [Versión electrónica], *Epilepsy & Behavior*, 7(3), 481-485.
- Baker, G., Jacoby, A., Back, D., Stalgis, C. & Monnet, D. (1997). Quality of life of people with epilepsy: A European study [Versión electrónica]. *Epilepsia*, 38(3), 353-362.
- Boylan, L., Flint, L., Labovitz, D., Jackson, S., Starner, K. & Devinsky, O. (2004). Depression but not seizure frequency predicts quality of life in treatment-resistant epilepsy [Versión electrónica]. *Neurology*, 62(2), 258-261.
- Devinsky, O., Cramer, J., Hermann, B., Meador, K., Perrine, K. & Vickrey, B. (1993). *Quality of life in epilepsy QOLIE-31 version 1.0. Scoring Manual*. California, Estados Unidos de América: RAND.
- Devinsky, O. & Cramer, J. (1993). Introduction: Quality of life in epilepsy [Versión electrónica]. *Epilepsia*, 34(4): S1-3.
- Guekht, A., Mitrokhina, T., Lebedeva, A., Dzugaeva, F., Milchakova, L., Lokshina, O. et al. (2006). Factors influencing on quality of life in people with epilepsy [Versión electrónica]. *Seizure*, 16(2), 128-133.
- Harden, C., Maroof, D., Nikolov, B., Fowler, K., Sperling, M., Liporace, J. et al. (2007). The effect of seizure severity on quality of life in epilepsy [Versión electrónica]. *Epilepsy & Behavior*, 11(2), 208-211.
- Herranz, J. (2007). Repercusión cognitiva de las epilepsias precoces [Versión electrónica]. *Revista de Neurología*, 44(3), S43-S45.
- International League Against Epilepsy ILAE. (1993). Guidelines for epidemiologic studies on epilepsy [Versión electrónica]. *Epilepsia*, 34(4), 592-596.
- International League Against Epilepsy ILAE. (2003). Definition of epilepsy [Versión electrónica]. *Epilepsia*, 44(6), 15-16.

- Jacoby, A., Baker, G.A., Steen, N., Potts, P. & Chadwick, D.W. (1996). The clinical course of epilepsy and its psychosocial correlates: Findings from a U.K. community study [Versión electrónica]. *Epilepsia*, 37(2), 148-161.
- Johnson, E., Jones, J., Seidenberg, M. & Hermann, B. (2004). The relative impact of anxiety, depression and clinical seizure features on health-related quality of life of epilepsy [Versión electrónica]. *Epilepsia*, 45(5), 544-550.
- Kerlinger, F. & Lee, B. (2005). *Análisis de regresión múltiple: fundamentos. Métodos de investigación en ciencias sociales* (4ª ed.). México, México D.F.: McGraw-Hill.
- Krakow, K., Bühler, K. & Haltenhof, H. (1999). Coping with refractory epilepsy [Versión electrónica]. *Seizure*, 8, 111-115.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca.
- Morales, D. (2009). Efecto predictivo del afrontamiento y frecuencia de crisis sobre la calidad de vida en epilepsia (Tesis de maestría). Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela.
- Oosterhuis, A. (1999). Coping with epilepsy: The effect of coping styles on self-perceived seizure severity and psychological complaints [Versión electrónica]. *Seizure*, 8, 93-96.
- Pascual-Pascual, S. (1999). Características clínicas de las epilepsias del adolescente [Versión electrónica]. *Revista de Neurología*, 28(161), 36-43.
- Piazzini, A., Ramaglia G., Turner, K., Chifari, R., El Kiky, E., Canger, R. & Canevini, MP. (2007). Coping strategies in epilepsy: 50 drug-resistant and 50 seizure-free patients [Versión electrónica]. *Seizure*, 16(3), 211-217.
- Privitera, M., Chadwick, D., Ficker, D. & Glauser, T. (2001). *The epilepsies and convulsive disorders*. En Baker and Joynt's Clinical Neurology. (CD-Rom) Philadelphia, Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rivera, E., Troncoso, S. & Silva, M. (2005). Factores pronósticos de la calidad de vida en pacientes con epilepsia [Versión electrónica]. *Revista Chilena de Epilepsia*, 6(1), 1-7.
- Rodríguez-Marín, T., López-Roig, S. & Pastor, M. (1992). Evaluación del afrontamiento del estrés: propiedades psicométricas del cuestionario de formas de afrontamiento de acontecimientos estresantes [Versión electrónica]. *Revista de Psicología de la Salud*, 4(2), 59-84.
- Rodríguez-Marín, J., Pastor, M. & López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, Supl 5, 349-372.

- Ruiz, F. (2007). Calidad de vida en medicina: problemas conceptuales y consideraciones éticas [Versión electrónica]. *Revista psicología.com* 11(2).
- Sang-Ahm, L., Hee-Jung, Y. & Byung-In, Lee (2005). Factors contributing to the stigma of epilepsy [Versión electrónica]. *Seizure*, 14, 157-163.
- Suurmeijer, T., Reuvekamp, M. & Aldenkamp, B. (2001). Social functioning, psychological functioning and quality of life in epilepsy [Versión electrónica]. *Epilepsia*, 42(9), 1160-1168.
- Szaflarski, M., Meckler, J., Privitera, M.D. & Szaflarski, J. (2006). Quality of life in medication-resistant epilepsy: The effects of patient's age, age at seizure onset, and disease duration. *Epilepsy and Behavior*, 8(3), 547-551.
- Torres, X., Arroyo, S., Araya, S. & De Pablo, J. (2000). Adaptación del quality-of-life in epilepsy inventory (QOLIE-31): traducción, validez y fiabilidad. *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina Barina*, 27(7), 406-413.
- Zaragoza, J. (2006). Severidad de la EPOC y calidad de vida: el rol moderador del afrontamiento y la autoeficacia. Tesis de maestría. Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela.