

**UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR**  
FACULTAD DE HUMANIDADES  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“EMOCIONES NEGATIVAS MÁS FRECUENTES QUE DESENCADENAN CRISIS CONVULSIVAS  
EN PACIENTES EPILÉPTICOS DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS.”**

TESIS DE GRADO

**KAREN LUCIA MARROQUIN CROCKER**

CARNET 10899-08

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, NOVIEMBRE DE 2017  
CAMPUS CENTRAL

**UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR**  
FACULTAD DE HUMANIDADES  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“EMOCIONES NEGATIVAS MÁS FRECUENTES QUE DESENCADENAN CRISIS CONVULSIVAS  
EN PACIENTES EPILÉPTICOS DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS.”**

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE  
HUMANIDADES

POR  
**KAREN LUCIA MARROQUIN CROCKER**

PREVIO A CONFERÍRSELE  
EL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, NOVIEMBRE DE 2017  
CAMPUS CENTRAL

## **AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR**

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTINEZ SALAZAR, S. J.

VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO

VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO

VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS

SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

## **AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES**

DECANO: MGTR. HÉCTOR ANTONIO ESTRELLA LÓPEZ, S. J.

VICEDECANO: DR. JUAN PABLO ESCOBAR GALO

SECRETARIA: MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY

## **NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN**

MGTR. ADRIANA ROSALIA DOMINGUEZ FUENTES DE PARRILLA

## **REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN**

MGTR. ROSEMARY ROESCH ANGUIANO



Universidad  
Rafael Landívar  
Tradicón Jesuita en Guatemala

Guatemala 9 de Noviembre de 2017

Señores  
Miembros del Consejo  
Facultad de Humanidades  
Presente

Estimados señores Consejo de Facultad:

Por medio de la presente me dirijo a ustedes para presentar a su consideración el trabajo de tesis de la estudiante KAREN LUCIA MARROQUÍN CROCKER, quien se identifica con Carné No. 1089908 Con el título: **EMOCIONES NEGATIVAS MÁS FRECUENTES QUE DESENCADENAN CRISIS CONVULSIVAS EN PACIENTES EPILÉPTICOS DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS.**

He asesorado y revisado el trabajo de la estudiante y considero que llena los requerimientos que la Facultad y el Departamento de Psicología establecen en este tipo de investigación. Por lo que solicito se le dé trámite al proceso de revisión.

Sin otro particular

Atentamente,

Mgtr. Adriana Rosalía Domínguez Fuentes  
Código 9450



Universidad  
Rafael Landívar

Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE HUMANIDADES  
No. 052192-2017

### Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante KAREN LUCIA MARROQUIN CROCKER, Carnet 10899-08 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 051429-2017 de fecha 17 de noviembre de 2017, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

**“EMOCIONES NEGATIVAS MÁS FRECUENTES QUE DESENCADENAN CRISIS CONVULSIVAS EN PACIENTES EPILÉPTICOS DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS.”**

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGA CLÍNICA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 20 días del mes de noviembre del año 2017.



*Irene Ruiz Godoy*  
\_\_\_\_\_  
MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY, SECRETARIA  
HUMANIDADES  
Universidad Rafael Landívar

## **DEDICATORIA**

Dedicado a aquellos que buscan una respuesta dentro de la incertidumbre de su enfermedad. Para ti lector que estás en busca de respuestas respecto a tu epilepsia.

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS**

Por ser la luz en la oscuridad y recordarme constantemente que no estoy sola. Por enseñarme el motivo por el cual me has dado los retos que he tenido que superar; gracias Dios por ser el pilar de mi vida y nunca abandonarme.

### **A MI MADRE**

Quien con su lucha, ejemplo y sacrificio consiguió que pudiera concluir con mis estudios y ser la profesional que soy el día de hoy. Gracias madre por ser el ángel que guía mis pasos, por creer en mí en los momentos más oscuros y por tomar mi mano en los momentos de debilidad. A ti quien me ha impulsado a volar alto dedicó este logro en mi vida.

### **CINTYA CROCKER**

Gracias hermana por ser el ángel maravilloso que eres y por estar a mi lado durante cada etapa de mi vida. Dios no pudo darme un mejor regalo que tenerte como hermana, siendo mi confidente, mi apoyo, mi roca; por eso y más mereces todo el reconocimiento del mundo. Por que cada logro en mi vida siempre lo hecho por ambas.

### **ALESA GUERRA**

Para ti amiga, quien iniciaste este viaje conmigo y me alegra saber que estarás a mi lado para concluirlo como siempre tuvimos que hacerlo. Por ser mi apoyo incondicional y motivarme a nunca rendirme y a siempre seguir adelante. Por creer en mi como psicóloga y recordarme constantemente que lo importante no es la meta, sino llegar a ella.

### **A MIS AMIGOS Y FAMILIA**

A todos ustedes que celebraron mis triunfos, secaron mis lágrimas y me ayudaron a nunca renunciar y siempre seguir mis sueños. Gracias a todos.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN .....</b>	<b>2</b>
<b>I INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Factores Emocionales .....</b>	<b>9</b>
<b>1.2 Depresión.....</b>	<b>11</b>
1.2.1 Tipos de depresión .....	14
<b>1.3 Ansiedad .....</b>	<b>17</b>
<b>1.4 Ira.....</b>	<b>20</b>
<b>1.5 Epilepsia .....</b>	<b>25</b>
1.5.1 Crisis Epilépticas.....	27
1.5.2 Epilepsia Refleja .....	28
1.5.3 Diagnóstico Diferencial.....	33
<b>II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>35</b>
<b>2.1 Objetivos.....</b>	<b>36</b>
<b>2.2 Elementos de estudio:.....</b>	<b>36</b>
<b>2.3 Definición de elementos de estudios .....</b>	<b>37</b>
<b>2.4 Alcances y límites: .....</b>	<b>37</b>
<b>2.5 Aporte:.....</b>	<b>38</b>
<b>III MÉTODO .....</b>	<b>39</b>
<b>3.1 Sujetos.....</b>	<b>39</b>
<b>3.2 Instrumento .....</b>	<b>39</b>
<b>3.3 Procedimiento.....</b>	<b>39</b>
<b>3.4 Diseño .....</b>	<b>40</b>
<b>IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS .....</b>	<b>41</b>
<b>V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....</b>	<b>60</b>
<b>VI. CONCLUSIONES.....</b>	<b>69</b>
<b>VII. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>70</b>
<b>VIII REFERENCIAS .....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>77</b>

## RESUMEN

La presente investigación sirvió para determinar las emociones negativas más frecuentes que desencadenan crisis convulsivas en pacientes epilépticos del Hospital General San Juan de Dios. La muestra fue conformada por 8 pacientes epilépticos, de ambos sexos, atendidos en consulta externa de adultos de neurología del Hospital General San Juan de Dios comprendidos entre las edades 17 a 41 años, seleccionados al azar, en donde se utilizó una entrevista semi-estructurada para recabar la información. Se utilizó un enfoque cualitativo fenomenológico con el proceso de análisis fundamentado en los datos cualitativos

Los resultados de todos los participantes concuerdan en que las emociones negativas tienen influencia sobre su epilepsia y el desencadenamiento de las crisis convulsivas. Se concluyó que los pacientes de este estudio que carecen de un buen manejo de los problemas de su vida diaria mantienen altos niveles de ansiedad e ira; mientras que aquellos que indicaron que manejaban los problemas de su vida diaria de manera eficiente mostraron menos síntomas ansiosos, depresivos e iracundos, manejando así de mejor manera su epilepsia.

Por otro lado, dentro de la misma investigación se pudieron observar diferentes elementos, en donde los participantes de esta la misma, consideraron influyentes dentro de su epilepsia y/o sus crisis convulsivas; entre los elementos emergentes que se encontraron están: el amor, el sexo, la felicidad, el cansancio, el ejercicio, período menstrual y el miedo. Dentro de los cuales el sexo y el amor actuaron como elementos que ayudan al control y manejo de la epilepsia, mientras que el resto, fueron considerados como precipitantes de una crisis convulsiva en la misma.

## I INTRODUCCIÓN

Las emociones negativas tienen como función la adaptabilidad y la supervivencia del individuo, sin embargo, un mal manejo de las mismas y la poca capacidad de resiliencia puede desembocar en diferentes problemas a nivel del comportamiento cognitivo y sobre la salud física. Esto genera mayor frustración y estrés sobre el individuo, lo que empeora la condición en sí misma. La manera en que se presenten en la persona y su intensidad variará de individuo a individuo ya que las emociones son de carácter subjetivo, así como su causa. Se han realizado diferentes estudios sobre el impacto de las emociones negativas (ansiedad, depresión e ira), los cuales abarcan desde su impacto en la sociedad hasta su presencia en la comorbilidad de diferentes enfermedades, en especial aquellas de índole crónica; a pesar de eso, poco se ha investigado sobre su influencia directa sobre la salud. Debido a que las emociones tienen un fuerte impacto sobre el organismo y sobre el pronóstico de la enfermedad, esta investigación pretende abarcar los efectos directos de las emociones negativas sobre el trastorno neurológico de mayor prevalencia: la epilepsia.

La epilepsia es una enfermedad que es definida como una carga anormal eléctrica en el cerebro, la cual, se trata con fármacos para lidiar con las afecciones médicas que aquejan al individuo que la padece, sin embargo, es dejado frecuentemente de lado los aspectos psicológicos y emocionales que están involucrados en dicho padecimiento. La epilepsia es el trastorno neurológico más frecuente y variado a su vez; a pesar de las bases biológicas que lo componen existen diversos tipos de crisis epilépticas y de la manera en que éstas afectan a las personas, así como los factores que pueden precipitar una crisis convulsiva, la cual, varía de individuo a individuo. Lennart (1995), indica que el umbral de crisis es arbitrario y no puede medirse ya que es diferente de una persona a otra y presumiblemente depende de factores hereditarios, entre otros. Para Lennart, es importante destacar que una crisis puede provocarse en todas las personas si se las somete a una tensión suficiente, esta tensión puede deberse a diferentes estímulos incluyendo los factores emocionales y psicológicos.

En Guatemala, según refiere Jerez (2014): “Se ve exacerbado por la insuficiente educación que se tiene sobre la epilepsia, las crisis y los tratamientos utilizados, no sólo a

nivel del público en general, sino también entre los mismos profesionales de la salud, donde predominan muchos tabúes respecto de la misma. Aunque la característica más relevante de la enfermedad se expresa por la tendencia a sufrir convulsiones, su espectro clínico incluye una amplia variedad de comorbilidades neuroconductuales. Estas comorbilidades pueden compartir diferentes mecanismos genéticos, ambientales, biológicos, sociales y psicológicos en la fisiopatología de la epilepsia.” (Como se cita en Jerez, 2014, p. 72).

Esta investigación pretende dilucidar cómo las emociones negativas (ansiedad, depresión e ira) pueden inferir en las crisis epilépticas; al ser un tema poco estudiado, se pretende ampliar la información relacionado con los diferentes precipitantes en una crisis convulsiva, no sólo tomando en cuenta los factores biológicos involucrados sino también los psicológicos, haciendo énfasis en la relevancia de las emociones negativas que pueden desarrollarse por problemas en el bienestar psicológico de los pacientes, factores de vida transicionales o por un pobre manejo de las mismas.

En Guatemala se han realizado diferentes estudios relacionados con diversos factores emocionales que están involucrados en distintas enfermedades biológicas. A continuación, se mencionan algunos estudios que ejemplifican el problema.

Tal es el caso de Del Cid (2010), quien realizó un estudio para evaluar las consecuencias del estigma social en pacientes enfermos con VIH; para dicho estudio utilizó una muestra de cuatro personas (una mujer y tres hombres) que viven con VIH / SIDA, comprendidas entre las edades de 22 a 40 años, y que asisten a la Asociación Gente Positiva. Para lo cual aplicó una entrevista semi estructurada. El autor concluyó que el estigma social por VIH / SIDA, afecta de forma definitiva la vida del sujeto, de manera integral, en el ámbito psicológico-emocional a través de la introyección e integración de dicho estigma y que se manifiesta a través de sentimientos negativos, como culpabilidad, vergüenza, tristeza, temor al rechazo, resentimiento, baja autoestima, distorsión de la visión a futuro, aislamiento y desesperanza.

Además, Paiz (2012) hizo un estudio cualitativo sobre los niveles de depresión y ansiedad en pacientes epilépticos de un grupo elegido al azar de 30 pacientes epilépticos

que asisten a consulta externa del Hospital General San Juan de Dios, entre los rangos de edad de 36 a 46 años; en donde se aplicó una serie de batería de pruebas neuropsicológicas y una entrevista semiestructurada. Se concluyó que el predominio de la sintomatología ansiosa y depresiva se debe a la carga emocional, ya que, influye gradualmente al aumentar los síntomas desde que se diagnostica la enfermedad.

A su vez, Velázquez (2012), desarrolló un estudio que tenía por objetivo evaluar el estado neuropsicológico actual y los indicadores de deterioro cognitivo que presentan un grupo de pacientes con diagnóstico de Epilepsia que asisten a consulta externa en el Hospital General San Juan de Dios. Para dicho estudio, se recabó una muestra de pacientes de ambos sexos diagnosticados con epilepsia con 5 años de tratamiento al momento de la investigación. Las edades oscilaban en un rango de 36 a 43 años. Para ello se le pasó las siguientes pruebas: La escala de inteligencia de Wechsler para niños revisada (WISC-R), Escala de Severidad de las Crisis de Liverpool, Escala Manipulativa, Listado de Valoración Neuropsicológica A-B, Cuestionario de Severidad de las Crisis y una entrevista semiestructurada; el estudio concluyó que las alteraciones psicosociales evidencian: enlentecimiento, preocupaciones económicas, falta de valoración personal y fuertes sentimientos de tristeza.

Por otro lado, Castillo (2015), realizó un estudio donde el objetivo era escribir las principales manifestaciones de ansiedad que presentan los pacientes con Diabetes mellitus tipo 2, de adultez media, para ello se llevó a cabo una muestra de 25 personas de ambos sexos, comprendidos entre las edades de 60 a 65 años, en donde se aplicó la Escala de Manifestaciones de Ansiedad en Adultos AMAS-E. Los resultados mostraron que los sujetos poseían una media de ansiedad total de 59; siendo clasificada como ansiedad de elevación leve, esto significa que los síntomas son pocos, pero están presentes en la vida cotidiana.

Es importante para este estudio, mencionar algunas investigaciones internacionales que se han realizado sobre el tema.

García (2006), realizó un estudio en México en donde el objetivo era encontrar los tipos de afrontamiento de pacientes diagnosticados con Enfermedad Pulmonar Crónica, y su familia; además de conocer el tipo de emociones y creencias ante esta enfermedad. El

estudió fue de tipo exploratorio con un diseño transversal y un análisis factorial, para observar las dimensiones de afrontamiento. Posteriormente, se compararon los datos entre los pacientes y sus familiares en busca de coincidencias. La muestra estuvo conformada por 20 pacientes con EPOC y 20 familiares. Como resultado, García obtuvo que el 50% de los pacientes poseen en primer lugar, la negación, el cual es utilizado el 50% de las veces ante un hecho estresante; los familiares emplearon el afrontamiento de negación en un 90% de los casos. Un 55% de los pacientes y familiares coinciden en utilizar los mismos tipos de afrontamiento, en un 90% negación y en un 10% el afrontamiento activo. Con respecto a las emociones, García encontró que en el momento del diagnóstico los pacientes tienen 70% de emociones negativas mezcladas con positivas mientras que el 75% de los familiares tienen emociones negativas. Al momento de la entrevista el 55% de los pacientes tiene emociones negativas y el 75% de los familiares tienen emociones positivas.

Asimismo, Macías (2006) realizó un estudio en España que buscaba la influencia de las emociones negativas (ira, ansiedad y depresión) en la enfermedad de Parkinson. Esta investigación, de carácter cualitativo, utilizó una muestra constituida por dos grupos, uno formado por 126 personas con enfermedad de Parkinson (EP) y 126 sin enfermedad de Parkinson, ambos grupos estaban equiparados en sexo. La edad de los sujetos estaba comprendida entre un rango de 50 - 88 años. A la muestra se le pasó los siguientes cuestionarios: Cuestionario Tridimensional de Depresión, Escala de Hoehn y Yahr (1997), Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (I.S.R.A.-B) e Inventario de Expresión de Ira Rasgo-Estado. Los resultados indicaron que los pacientes con enfermedad de Parkinson tienen más Ansiedad, Ira y Tristeza-Depresión que los sujetos sin enfermedad de Parkinson.

Así, López (2011) realizó un estudio en España en donde su objetivo era indagar en las alteraciones emocionales que residen en niños hospitalizados a través de un tipo de estudio mixto, en donde se analizó a 85 niños de ambos sexo y 85 progenitores para llevar a cabo el estudio; se les pasó una entrevista estructurada, la Escala de estrés parental, Inventario de Miedos Infantiles, Medida de estrés infantil e Inventario general de miedos infantiles de Pelechano. En donde se concluyó que los niños padecen un mayor angustia y niveles de ansiedad al padecer una enfermedad y cuando son sometidos a procedimientos quirúrgicos

dolorosos. A medida que van creciendo y según comprenden su padecimiento y aumenta la incertidumbre respecto a ésta, genera mayor nivel de ansiedad, en especial si no se ha recibido la información o preparación necesaria para la adaptación a su enfermedad.

Por otra parte, Roja (2012) realizó un estudio en Cuba con el objetivo de favorecer la regulación y control emocional de las personas con epilepsia y su inserción en la vida familiar y social; así como de modificar el afrontamiento propio y el de su familia a la enfermedad, con incidencia en la prevención y el control de los riesgos emocionales; esta investigación se clasificó como un estudio de desarrollo tecnológico, ya que produce una estrategia de intervención psicoeducativa para las personas con epilepsia y sus familiares, y fue implementado en el servicio de neurología del Hospital General Camilo Cienfuegos de Sancti Spíritus. El estudio transitó por dos fases: la primera descriptiva, para la caracterización de los sujetos y familiares, en cuanto a necesidades educativas en relación a la enfermedad y desde la perspectiva psicológica; la segunda fase fue experimental. Para la realización de este estudio se utilizó una muestra conformada por 60 casos con epilepsia asignados a 2 grupos de manera aleatoria: Grupo 1 experimental y Grupo 2 de Control. El estudio identificó insatisfacciones referidas a los conflictos no resueltos, en el área personal, familiar y matrimonial, acompañados de expresiones elevadas de ansiedad rasgo y estado; lo que dificultaba la regulación emocional; mientras que las emociones positivas se vincularon con las motivaciones, los valores y actitudes.

Asimismo, Gorosabel (2013) realizó un estudio en donde su objetivo era estudiar los síntomas somáticos que se asocian a los trastornos depresivos y de ansiedad en una muestra de población de atención primaria española, para lograrlo, se utilizó una muestra de 1,558 pacientes que llegaron en el tiempo comprendido de 2008 y 2009 bajo un estudio descriptivo transversal. Se les pasó a los pacientes los siguientes instrumentos: El cuestionario PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders), Autopercepción Del Estado De Salud, Índice Acumulativo De Enfermedad y Análisis Estadístico. Entre las conclusiones del estudio, está que la comorbilidad del trastorno depresivo mayor y el trastorno de ansiedad generalizado es muy elevada (8,7 %). El 43,4 % de los pacientes con trastorno depresivo mayor presenta también trastorno de ansiedad generalizada y el 76,7 % de los pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada presenta

comorbilidad de trastorno depresivo mayor; así como, que a mayor número de síntomas somáticos mayor probabilidad de presentar un trastorno depresivo o de ansiedad. 4 ó más síntomas somáticos parece el punto de corte adecuado para realizar una detección sistemática de trastornos depresivos y de ansiedad.

También Sanya, Mustapha, Ademiluye, Bello y Aloafin, (2014), realizaron un estudio en Nigeria en donde el objetivo era buscar la auto percepción de los precipitantes de las convulsiones dentro de los pacientes con epilepsia en Nigeria; a través de un tipo de investigación cualitativa, en donde se aplicó una entrevista semi estructurada a 89 pacientes, en donde 41 pertenecían al sexo masculino y 48 al sexo femenino que poseían una epilepsia activa de por lo menos dos años o más, entre las edades de 21 a 52 años; obtuvieron como resultado que los precipitantes para que se desarrollara una crisis convulsiva para los pacientes que atendían a la clínica neurológica de la Universidad de Ilorin Teaching Hospital (UIH), era el estrés, falta de sueño, trauma de la cabeza, ataques demoniacos y hechizos; en donde el sexo, la edad, la educación y foco epiléptico no eran influyentes en los precipitadores.

Por último, Jiménez (2014) hizo un estudio tipo documental en Costa Rica, quien propuso una relación bidireccional entre la epilepsia y los trastornos psiquiátricos, y su estudio buscó hacer énfasis en los factores genéticos, psicosociales y neurobiológicos que permitan hacer un análisis de la relación entre ambos. Utilizó muestras de análisis o bibliográfica de carácter científico, en donde se determinó, posterior a la realización del estudio, que la depresión, los trastornos ansiosos, el suicidio y la psicosis se encuentran dentro de los trastornos psiquiátricos más prevalentes en las personas con epilepsia.

Se puede sintetizar que los pacientes que sufren de una enfermedad crónica sufren niveles altos de depresión y ansiedad desde el diagnóstico, y pueden tener comorbilidad con trastornos del estado del ánimo y/o trastorno de ansiedad. Esto trae como consecuencia el empeoramiento de los síntomas, así como dificultad para su recuperación. Esto puede suceder después del diagnóstico y mantenerse durante años, condición que los médicos tienden a pasar por alto al momento de dar tratamiento a los pacientes con un resultado más

desfavorables ya que esto genera un empeoramiento de los síntomas emocionales y de la epilepsia en sí, convirtiéndola en una de difícil control conocida como epilepsia refractaria.

A continuación, se presenta la teoría que respalda este trabajo y que servirá de bastón para el resultado de este estudio.

## **1.1 Factores Emocionales**

Las emociones son las que permiten al ser humano establecer vínculos sociales, para lo cual hay que tener la capacidad de reconocerlas, experimentarlas y expresarlas. Estas se desarrollan a partir de una estrecha interacción entre los mecanismos neurofisiológicos subyacentes y las condiciones sociales. La salud mental y la condición física, dependen de forma importante del funcionamiento adecuado y la relación armónica entre ambos factores. Las emociones son de carácter subjetivo, lo cual significa que dependerá de los procesos de aprendizaje familiares, individuales y culturales de cada individuo y su manera de sobrellevar cada una de ellas, así como de expresar las mismas. Existen individuos que carecen de herramientas asertivas para lograr expresar sus emociones, esto conduce a problemas subyacentes relacionados, en donde pueden recaer en problemas conductuales o médicos.

Así, Ramos-Loyo y Sanz-Martín (2005), indican que el proceso emocional consta de al menos tres subprocesos que incluyen: la capacidad para reconocer las expresiones emocionales de otras personas y poder actuar en consecuencia; la experiencia subjetiva y finalmente está el componente conductual, que tiene que ver con la expresión de la emoción experimentada. Esto indica que una misma emoción puede ser experimentada por dos personas y ser entendida, expresada e interiorizada de manera diferente; esto dependerá en gran parte de las experiencias propias de cada individuo y las herramientas que fue adquiriendo durante su vida para lograr manejar la diferente gama de emociones. La psicología distingue dos tipos de emociones, las emociones negativas y las positivas; ambas indispensables para el correcto funcionamiento del ser humano. Las emociones negativas son aquellas que causan incomodidad o un mal significativo en el individuo, tales como: el asco, la ansiedad, la ira y la tristeza; estas emociones llevadas a su extremo puede causar

diversos problemas tanto a nivel psicológico como físico. En lo psicológico se puede mencionar problemas conductuales, trastornos de diversa índole en especial en el estado del ánimo así como problemas en relación al ambiente y relaciones sociales; por otro lado, en los aspectos físicos, las emociones desbordadas pueden causar diversos problemas de salud como cefaleas, trastornos del sueño, hipertensión arterial, entre otros; así como empeorar enfermedades médicas existentes. En cuanto a las emociones positivas se puede mencionar a la felicidad, el amor y el humor, éstas en contraste a las emociones negativas, proveen una estabilidad tanto psicológica como física en el individuo.

Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas (2009) indican que las emociones tienen una función adaptativa, siendo éstas de carácter universal sin importar el lugar de procedencia del individuo; estos producen cambios en la experiencia afectiva, en la activación fisiológica y conducta expresiva. Desde un punto de vista psicológico las emociones de ira, ansiedad, alegría, tristeza y miedo son emociones básicas de todo ser humano y cada uno de éstas sirven en el crecimiento personal así como adaptador a los cambios repentinos o graduales que sufre el individuo durante la vida; son un mecanismo de preservación natural y nos ayudan a coexistir como comunidad, entendiendo entonces que las emociones se dividen en positivas y negativas debido a su grado de confort y equilibrio que genera en una persona, ya que ambos grupos ayudan a la persona a sobrevivir a su entorno. Tomando en cuenta lo anterior, estos autores distinguen las emociones que caben en cada uno de los grupos mencionados antes.

El miedo-ansiedad, tristeza-depresión, ira y asco, se caracterizan por una experiencia negativa desagradable o negativa y una alta activación fisiológica. Estas reacciones tienen una función preparatoria para que el individuo pueda dar una respuesta adecuada a las demandas del ambiente. Las emociones como la alegría o la sorpresa entrarían en el contexto de las emociones positivas, en donde Brufal (2012), indica que la risa y el buen humor son emociones positivas para enfrentarse a las enfermedades, ya que liberan tensiones acumuladas y ayudan a que el sistema inmunológico funcione correctamente. Las personas optimistas y felices presentan niveles más bajos de cortisol o la denominada hormona del estrés, la cual puede provocar hipertensión, y disminuir

defensas, estas personas también tienen mejor salud que las que viven con estrés o conductas pesimistas u hostiles.

En síntesis, se puede concluir que las emociones se consideran positivas o negativas en base a las condiciones que evocan la emoción, las consecuencias adaptativas de la emoción y la experiencia subjetiva de la misma. Las emociones como el asco, la ansiedad, la ira y la tristeza pueden evolucionar a condiciones clínicas donde se pierde el carácter adaptativo de éstas y se convierten en un problema que interfiere y genera malestar significativo, mientras que las emociones positivas generan un fortalecimiento de la salud.

## **1.2 Depresión**

La depresión, o trastorno depresivo, interfiere con la vida diaria y el desempeño normal del individuo causando dolor tanto para quien padece el trastorno como para quienes lo rodean. Esto lo hace una de las emociones negativas con más impacto no sólo en el individuo sino también en quienes conviven con él. En la psicología se reconoce un trastorno depresivo o del estado del ánimo como tal si cumple con los criterios preestablecidos que cita el Manual Diagnóstico de Desordenes Mentales o DSM, sin embargo, no es necesario padecer del trastorno para que la depresión tenga un impacto notable en la vida de quien la padece. Según San y Arranz (2010), la depresión es la exageración persistente de los sentimientos habituales de tristeza; ésta puede durar desde varias semanas a meses, y afecta tanto al cuerpo como la mente. Entre los efectos más notables que destacan los autores están el cómo se valora a sí mismo (autoestima) el individuo y la forma en que éste piensa.

San y Arranz (2010) mencionan que la depresión no indica debilidad personal y lograr a travesar dicha fase depresiva puede ser un reto en sí mismo, pues ésta puede aparecer sin ningún desencadenante obvio y puede conllevar un riesgo vital. Los autores indican que no hay ningún síntoma que diferencia claramente la depresión de los estados de ánimo bajos, ya que los síntomas son similares en ambos casos, aunque generalmente en la depresión los síntomas son de mayor intensidad y duración. Esto indica que, un estado depresivo, aunque no sea patológico, puede causar impactos en todos los rubros de la salud

física y mental de la persona, lo cual puede empeorar en sí mismo el estado de ánimo que vive la persona, volviéndose un círculo vicioso difícil de romper.

De acuerdo a algunos autores, tanto el estado de ánimo disminuido como los síntomas depresivos podrían ser considerados respuestas depresivas *normales* frente a situaciones vitales que implican algún grado de adaptación, y los trastornos depresivos menor y mayor como respuestas depresivas *patológicas*. (Villalobos, s.f.). Esto indica que, como se había mencionado con anterioridad, esta emoción negativa en particular, manejada correctamente, tiene una función adaptativa en la persona que la experimenta y no es de índole destructiva, esto dependerá de la subjetividad de cada individuo y su capacidad de resiliencia ante las situaciones adversas. Por otro lado, están quienes no pueden adaptarse al medio o situación, esto provoca cambios no sólo a nivel cognitivo sino conductual; Villalobos, s.f., menciona sobre la realización de diferentes investigaciones sistemáticas, en las cuales se ha confirmado que sujetos depresivos con pocas capacidades para adaptarse al medio, recuerdan mejor los sucesos perjudiciales que los benéficos obtenidos por estos mismos sucesos, y esto sucede de la siguiente manera:

- Procesando más profundamente información, cogniciones y sentimientos negativos que los no depresivos.
- Presentando una mayor intrusión de pensamientos de rechazo e inadaptación social.
- Elaborando una visión negativa de sí y del futuro.
- Imaginando, prediciendo y evaluando resultados nocivos de los sucesos que experimentan.

Respecto a los factores psicosociales involucrados, Villalobos (s.f) menciona que diversos investigadores consideran a los sucesos vitales y al grado de apoyo social recibido como unos de los principales determinantes en el inicio, mantenimiento e implicancias en el curso de la depresión. Cabe mencionar que en el síndrome depresivo afecta el sistema motor, el sueño, el apetito y la cognición, esta última tales como problemas para concentrarse, poca atención, olvidos frecuentes y dificultad para realizar sus tareas habituales.

Si bien los efectos psicológicos y de comportamiento debido al estado disminuido o depresión son variados y muchas veces obvios, también existen efectos sobre la salud importantes de mencionar; el instituto nacional de Salud Mental de EE. UU (2009) indica que la depresión a menudo coexiste con otras condiciones médicas como enfermedad cardiaca, accidente cerebrovascular, cáncer, VIH/SIDA, diabetes, y la enfermedad de Parkinson. Estos estudios han demostrado que las personas que padecen depresión, además de otras enfermedades médicas graves, tienden a presentar síntomas más graves tanto de la depresión en sí, como de las enfermedades médicas que sufren; padecen de problemas para adaptarse a su condición médica, y adicional, tienden a afrontar costos médicos más altos que aquellos individuos que no tienen depresión coexistente.

Cuando se habla de depresión dentro de los ámbitos de la salud, una de cuatro personas con una patología médica cumple los criterios para padecer dicho trastorno. Se estima que de los pacientes médicos ambulatorios del 12-36% presentan algún síntoma depresivo, siendo más de un tercio hospitalizados. Un 26% de los enfermos con dolor crónico cumplen criterios de depresión mayor, depresiones endógenas en 6,8% y no endógenas un 21,6%. Los pacientes con enfermedades físicas, sobre todo si son crónicas o asociadas con dolor e incapacidad física, presentan una mayor prevalencia de los trastornos depresivos que la población general. (Gonçalvez, González y Vásquez, 2008, pp. 166). Por consiguiente, un inadecuado proceso de adaptación puede empeorar una condición médica o generar un trastorno depresivo por sí mismo, complicando la comorbilidad de ambos.

No existe una causa única conocida de la depresión, más bien, ésta parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos, y psicológicos. El Instituto de Salud Mental de EE. UU indica que las enfermedades depresivas son trastornos que tienen su origen en el cerebro. Con el avance de la tecnología se ha demostrado que el cerebro de las personas con depresión luce diferente del de quienes no la padecen. Las áreas del cerebro responsables de la regulación del ánimo, pensamiento, apetito, y comportamiento parecen no funcionar con normalidad. Además, hay importantes neurotransmisores, que las células del cerebro utilizan para comunicarse, que parecen no estar en equilibrio, sin embargo, estas imágenes no revelan las causas de la depresión. (Instituto de Salud Mental de EE. UU, 2009, p. 6). Esto refiere que más allá de cualquier

problema orgánico, la depresión no tienen una causa específica, ya que, como se mencionó con anterioridad, tiene una base subjetiva de la experiencia vivida por el individuo que puede o no desencadenarla; sin embargo, si bien su causa puede ser psicológica, el impacto en el organismo puede ser grave.

### **1.2.1 Tipos de depresión**

La Organización Mundial de la Salud (2017), menciona que la depresión se puede dividir en diferentes tipos, dependiendo de la intensidad y la duración de la misma, que puede variar en leve, moderado a grave.

La quinta edición de la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) reconoce los siguientes tipos de depresión, los cuales están en el apartado de Trastornos depresivos, los cuales son:

#### **Trastorno de desregulación disruptiva del estado del ánimo:**

Según la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), indica que el trastorno de desregulación disruptiva del estado del ánimo es un trastorno que se caracteriza por accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. ej., rabieta verbal) y/o con el comportamiento (p. ej., agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo y estos accesos se producen de tres a más veces por semana y han estado presente durante 12 meses o más. El manual indica que este trastorno sólo se debe diagnosticar a menores de 18 años.

#### **Trastorno de depresión mayor:**

Asimismo la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) menciona que el trastorno de depresión mayor se caracteriza por haber tenido los siguientes síntomas presentes por lo menos dos semanas los cuales representan un cambio en el funcionamiento previo y por lo menos uno de los síntomas es: estado de ánimo depresivo o pérdida del placer o de interés.

El estado de ánimo depresivo se mantiene la mayor parte del día casi todos los días, a su vez, existe una disminución importante del placer o del interés en las actividades diarias. Otros síntomas como pérdida de peso o apetito, insomnio, fatiga, culpa, sentimiento de inutilidad, falta de atención y pensamientos recurrentes sobre la muerte son característicos de este trastorno.

### **Trastorno depresivo persistente (distimia):**

La Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) menciona que es un estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

Cabe mencionar que la diferencia entre un trastorno depresivo mayor con el trastorno depresivo persistente es la ausencia de cuatro síntomas característicos del trastorno depresivo mayor, como: pérdida de peso, agitación o retraso psicomotor, sentimiento de inutilidad y pensamientos de muerte recurrentes, así como la duración.

### **Trastorno disfórico premenstrual:**

En cuanto al trastorno disfórico premenstrual, la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), explica que en la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezar a *mejorar* unos días después

del inicio de la menstruación y hacerse *mínimos* o desaparecer en la semana después de la menstruación.

Entre los síntomas están:

- Labilidad afectiva intensa
- Irritabilidad intensa, o enfado, o aumento en los conflictos interpersonales.
- Estado de ánimo intensamente deprimido.
- Ansiedad o tensión.
- Disminución del interés por las actividades habituales.
- Dificultad subjetiva a la concentración.
- Letargo o fatiga.
- Cambio importante sobre el apetito, sobrealimentación o falta de la misma.
- Hipersomnia o insomnio.
- Sensación de estar agobiada o sin control.
- Síntomas físicos de dolor.

### **Trastorno depresivo inducido por una sustancia/ medicamento:**

Con relación al trastorno depresivo inducido por una sustancia/ medicamento la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) menciona que se caracteriza por los siguientes criterios diagnósticos:

- A) Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.
- B) Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):
  1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
  2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

- C) El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento
- D) El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.
- E) El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

### **Trastorno depresivo debido a otra afección médica:**

La Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) menciona que es un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

### **Otro trastorno depresivo especificado**

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos; como así lo menciona la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013).

## **1.3 Ansiedad**

La ansiedad es la emoción que busca la prevención de una situación amenazante, a manera de poder prevenirla; Montelongo, Zaragoza, Morales, y Villaseñor, (2005), definen la ansiedad como aquel sentimiento desagradable de temor, que se percibe como una señal de alerta que advierte de un peligro amenazante, frecuentemente la amenaza es desconocida, lo que la distingue del miedo donde la amenaza es concreta y definida. Esto puede causar problemas a corto, mediano o largo plazo por parte de quien lo experimenta,

debido a que la amenaza es de carácter desconocido, pues supone una serie de conjeturas de un futuro incierto que pueden, en su gran mayoría, ser irreales; por otro lado Pinel, (2007), refiere que la ansiedad es un correlativo psicológico habitual del estrés y que es adaptativa si motiva conductas de afrontamiento efectivas; sin embargo, cuando se vuelve tan grave que altera el funcionamiento normal, se conoce como trastorno de ansiedad. El estrés es parte de la rutina diaria de la mayoría de individuos, siendo su intensidad el único factor distintivo entre cada uno; como se referenció antes, la manera de afrontar y responder al estrés es de carácter subjetivo, provocando que un mal manejo del mismo corresponda a problemas de diversas índoles. Ortuño, (2009), indica que durante la ansiedad se producen cambios a en diferentes niveles entre los cuales menciona:

- **Sistema nervioso central:** activación del sistema límbico y amígdala, y secundariamente del sistema nervioso autónomo o vegetativo.
- **Cognitivo:** se focaliza la atención en el peligro o la amenaza.
- **Conductual:** respuesta de lucha, de fuga o de bloqueo-inhibición.
- **Emocional:** se acompaña de miedo o activación.

Los cuatro estadios mencionados anteriormente funcionan de manera conjunta y sincronizada; entre los cambios que se quieren resaltar en este trabajo de investigación sería el cambio del sistema nervioso central, pues éste se encuentra ligado directamente con el sistema límbico, lo que hace la suposición que un daño dentro del lóbulo temporal podría manifestar conductas o reacciones adversas difíciles de precisar. No es de sorprender entonces, que la ansiedad sea uno de los trastornos comorbidos más frecuentes cuando yace una enfermedad crónica, en especial a nivel neurológico.

Al la ansiedad no ser manejada correctamente ésta se convierte en un trastorno lo que aumenta los niveles de estrés y frustración en quien la padece. La Asociación América de Psiquiatría (2013) en la Guía de Consulta de los Criterios Diagnóstico del DSM-5 los trastornos de ansiedad que se encuentran actualmente son: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social (fobia social), trastorno de pánico, Agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias, trastorno de ansiedad debido a una afección médica, otro trastorno de ansiedad especificado y otro trastorno de ansiedad no especificado. Adicional a los

trastornos que subyacen en el rubro de trastornos de ansiedad, hay otros que vale la pena mencionar que están íntimamente relacionados, como por ejemplo: el trastorno obsesivo compulsivo, trastorno dismórfico corporal, trastorno de acumulación, tricotilomanía y los trastornos relacionados con traumas y efectos de estrés. Estos trastornos pueden observarse en diferentes grados según quien los padece, sin embargo, los trastornos principales a destacar son, según Paiz (2012), el trastorno de ansiedad generalizada, fobia específica, los trastornos de pánico y los trastornos obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés agudo y estrés postraumático los cuales se definen brevemente a continuación:

**Trastorno de ansiedad generalizada:** se caracteriza por respuestas de estrés y sensaciones extremas de ansiedad, que se producen en ausencia de cualquier estímulo obvio precipitador.

**Fobia Específica:** están provocados por la exposición a objetos determinados o situaciones.

**Trastornos de pánico:** ataques de miedo extremos que se inician rápidamente, y síntomas graves de estrés, a menudo, forman parte de los trastornos de ansiedad generalizada y fóbicos.

**Trastorno obsesivo-compulsivo:** pensamientos recurrentes, no controlados, que producen ansiedad e impulsos.

**Trastorno de estrés post-traumático:** trastorno caracterizado por la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza; en donde se posee un estado de ánimo negativo, disociación, evitación y alerta, que comienza o empeora después del suceso traumático. Pueden presentar recuerdos angustiantes recurrentes, involuntarios e intrusivos, sueños angustiosos, reacciones disociativas, malestar psicológico intenso y reacciones fisiológicas intensas y se presentan durante más de un mes. La duración es superior a un mes.

**Trastorno de estrés agudo:** el cual se caracteriza por exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza; en donde se posee un estado de ánimo negativo, disociación, evitación y alerta, que comienza o empeora después del suceso traumático. La duración es de tres días a un mes después de la exposición del trauma.

Estos trastornos tienen como denominador común que en su mayoría se ven relacionados a factores externos ya bien sean reales o no, los cuales pueden desencadenar el ataque, así, como los pensamientos recurrentes e intrusivos; lo cual puede provocar una discapacidad grave en una persona si no logra tratarse adecuadamente, ocasionando otra nueva y compleja gama de sintomatología, siendo muchas veces de carácter orgánico el que se desarrolle conjunto al trastorno. Gonçalves, González y Vásquez, (2008), indican que la mayoría de las enfermedades médicas cursan con ansiedad, muchas veces paroxística. Es necesario realizar una correcta historia médica y pruebas complementarias ante sintomatología concamiente que lo sugiera (ECG, glucosa, calcio, función hepática, función hepática, función renal y tiroidea, examen de orina o despistaje tóxico). Una enfermedad puede desarrollar antes, al mismo tiempo o después del curso del trastorno, por consiguiente hacer un correcto diagnóstico de ambos aspectos y tratarlas por separado ayudara de manera mutua a ambos problemas.

#### **1.4 Ira**

La ira es un estado de malestar que puede ir desde una intensidad equivalente a la irritación suave, hasta la denominada cólera intensa. Se da en respuesta a un mal percibido que amenaza el bienestar de uno mismo o de los seres significativos o con los que el individuo se identifica. (Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009, p. 96). Al igual que las de emociones, la ira es de carácter subjetivo y su expresión variara dependiendo de la intensidad de la misma. La función adaptativa de la ira es truncar las respuestas hostiles por parte de otra persona, así como favorecer y mantener los niveles de energía altos.

Así, como función adaptativa, Pérez (2008), indica que existen tres conceptos básicos al momento de hablar del afrontamiento de la ira, estos son:

- Ira Interna: Es un estilo de afrontamiento de la ira que consiste que la persona que experimenta un intenso sentimiento de irritación, furia y/o enojo tiende más a suprimir esos sentimientos que a expresarlos verbal o físicamente.
- Control de la ira: Consiste en como la experiencia intensa de sentimientos de enfado o furia, el individuo tiende a buscar y poner en marcha estrategias cuya finalidad es

reducir la intensidad y duración de esos sentimientos, así como resolver el problema que los ha provocado.

- Ira externa: La persona experimenta intensos sentimientos de enfado, los cuales manifiesta a través de conductas agresivas verbales o físicas dirigidas hacia otras personas o también hacia objetos del ambiente.

Estos tipos de afrontamiento influyen en todo el contexto del individuo y esto se ve en la función de variables fisiológicas y conductuales unidas a la experiencia de la ira. Pérez menciona diferentes estilos de respuesta de ira que matizan la expresión interna, externa y el control de la ira. Las categorías que él propone son: la supresión, la cual implica una fuerte experiencia y activación fisiológica, pero una débil respuesta conductual; la negación, fruto de la baja experiencia de ira, pero con alta activación fisiológica y conductual; y la represión, la cual se caracteriza por una alta reacción fisiológica, pero una débil sensación de experiencia y una débil respuesta conductual.

Dentro de los mismos estilos de respuesta, Pérez (2008), indica que la negación y supresión de la emoción encaja dentro de un conducta denominada “racional/antiemocional”, mientras que el tipo de afrontamiento emocional de la ira tiene que ver con la existencia de una expresión interna caracteriza por lo recurrente y repetitivo a nivel cognitivo de la experiencia emocional. Este último estilo de afrontamiento es equivalente con lo que se ha dado en llamar estilo “rumiativo” de afrontamiento, que se refiere a una inclinación excesiva de la persona hacia ideas y pensamientos relacionados con los eventos estresantes, y que al menos en la depresión, donde más ha sido estudiada, intensifica y mantiene la respuesta emocional negativa.

Como se observa un inadecuado manejo sobre la expresión de la emoción de la ira puede causar diferentes tipos de problemas, lo cual a su vez, puede desencadenar diferentes trastornos. La ira está ampliamente reconocida como problema de salud mental significativo, sin embargo, a diferencia de lo que ocurre con la ansiedad y la depresión, la ira persistente todavía no está reconocida como una categoría diagnóstica en ninguna clasificación psiquiátrica oficial; a pesar de ello dentro de los trastornos del DSM-5, uno de los pocos que incluye a la ira es el trastorno de desregularización disruptiva del estado del

ánimo y el trastorno explosivo intermitente, sin embargo, no existe una categoría directamente relacionada con la ira.

El trastorno de desregularización disruptiva del estado del ánimo y el trastorno explosivo intermitente, según el la Asociación América de Psiquiatría (2013) en la Guía de Consulta de los Criterios Diagnóstico del DSM-5, se caracterizan por:

**Trastorno de desregularización disruptiva del estado del ánimo:**

- Criterio A: Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. ej., rabietas verbales) y/o con el comportamiento (p. ej., agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.
- Criterio B: Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.
- Criterio C: Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.
- Criterio D: El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (p. ej., padres, maestros, compañeros).
- Criterio E: Los Criterios A–D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un período que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los Criterios A–D.
- Criterio F: Los Criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.
- Criterio G: El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.
- Criterio H: Por la historia o la observación, los Criterios A–E comienzan antes de los 10 años.

- Criterio I: Nunca ha habido un período bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maníaco o hipomaníaco.
- Criterio J: Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del espectro del autismo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad de separación, trastorno depresivo persistente [distimia]).
- Criterio K: Los síntomas no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica.

### **El trastorno explosivo intermitente:**

Por otro lado la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) indica que el trastorno explosivo intermitente se caracteriza por arrebatos recurrentes en el comportamiento que reflejan una falta de control de los impulsos de agresividad, manifestada por una de las siguientes:

- Agresión verbal (p. ej., berrinches, diatribas, disputas verbales o peleas) o agresión física contra la propiedad, los animales u otros individuos, en promedio dos veces por semana, durante un periodo de tres meses. La agresión física no provoca daños ni destrucción de la propiedad, ni provoca lesiones físicas a los animales ni a otros individuos.
- Tres arrebatos en el comportamiento que provoquen daños o destrucción de la propiedad o agresión física con lesiones a animales u otros individuos, sucedidas en los últimos doce meses.
- La magnitud de la agresividad expresada durante los arrebatos recurrentes es bastante desproporcionada con respecto a la provocación o cualquier factor estresante psicosocial desencadenante.
- Los arrebatos agresivos recurrentes no son premeditados (es decir, son impulsivos o provocados por la ira) ni persiguen ningún objetivo tangible (p. ej., dinero, poder, intimidación).

- Los arrebatos agresivos recurrentes provocan un marcado malestar en el individuo, alteran su rendimiento laboral o sus relaciones interpersonales, tienen consecuencias económicas o legales.
- El individuo tiene una edad cronológica 5jhde seis años por lo menos (o un grado de desarrollo equivalente).
- Los arrebatos agresivos recurrentes no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo, trastorno psicótico, trastorno de la personalidad antisocial, trastorno de personalidad límite), ni se pueden atribuir a otra afección médica (p. ej., traumatismo craneoencefálico, enfermedad de Alzheimer) ni a los efectos fisiológicos de alguna sustancia (p. ej., drogadicción, medicación). En los niños de edades comprendidas entre 6 y 18 años, a un comportamiento agresivo que forme parte de un trastorno de adaptación no se le debe asignar este diagnóstico.

Asimismo, Piqueras et al. (2009), mencionan que la ira persistente tiene ramificaciones psicológicas, conductuales e incluso médicas significativas, ya que causa sufrimiento emocional significativo tanto en la persona que experimenta la emoción como en las personas implicadas. También puede representar un peligro desde el punto de vista de la seguridad pública, ya que puede conducir a la violencia doméstica u otras formas de violencia. Como se puede observar, la ira no sólo puede desembocar en un trastorno a nivel cognitivo y del comportamiento, sino también puede dar como resultados en problemas de la salud. Así, la Asociación Colombiana de Neurología (2011), indica que la epilepsia de crisis parcial puede ocurrir con estados emocionales de ira y de agresividad no motivada incontrolable o cursar con la visión de los objetos reales percibidos como ilusiones al ser visto de tamaño muy grande o desproporcionado (macropsias). Esto da la pauta que la ira también puede estar relacionada de manera estrecha, así como la ansiedad y la depresión, en la epilepsia, aunque de manera menos frecuente.

Piqueras et al., (2009) indican que existen estudios psiquiátricos de comorbilidad entre trastornos de ansiedad, conflictos depresivos y problemas de ira, así, un paciente que experimenta cualquiera de estas alteraciones corre un riesgo aumentado de experimentar

cualquiera de las otras. Esto indica que las emociones negativas (depresión, ansiedad e ira) pueden desencadenarse en sí misma; las personas que sufren de enfermedades crónicas se ven más propensas a que esto suceda y a su vez afecte su condición actual de manera negativa.

Por tanto, se puede observar, que las emociones negativas están estrechamente relacionadas unas con otras; al momento de que un individuo es diagnosticado con una enfermedad incapacitante o crónica se puede ver una aparición repentina de cualquiera de éstas o bien un desarrollo de comorbilidad. Su aparición, así como los efectos que tendrá sobre el individuo, dependerá de las herramientas de afrontamiento que éste posea, así como la red de apoyo que rodee al individuo.

Debido a que la presente investigación será realizada en sujetos que presentan epilepsia, se brindará de manera breve teoría respecto al tema, haciendo únicamente énfasis en los puntos más importantes relacionados con lo expuesto anteriormente.

## **1.5 Epilepsia**

Rodenas (2014) define la epilepsia como una enfermedad de origen orgánico cuya causa fundamental reside en la actividad eléctrica anormal del cerebro. Se trata de una afectación crónica de patogenia diversa, caracterizada por crisis eléctricas recurrentes, debidas a una descarga excesiva de las neuronas que pueden estar asociadas con varias manifestaciones clínicas y paraclínicas de forma eventual.

Las causas detrás de la epilepsia son variadas y aproximadamente dos terceras partes no tienen un factor causal identificable, lo cual, causa malestar en quienes lo padecen, al no encontrar el motivo de la enfermedad. Esto puede propiciar el desencadenamiento a su vez de cualquiera de las emociones negativas mencionadas con anterioridad, en donde, según los estudios realizados la mayor comorbilidad reside en trastornos depresivos o trastornos de ansiedad; estos tienen base en la discapacidad, prejuicio sobre la enfermedad y falta o insuficiente apoyo de su ambiente. Aunque la aparición de las emociones negativas y su intensidad varía de persona a persona, el tipo de caso epiléptico está relacionado a la facilidad en que se puede presentar. Según Villarejo

(1998), en la actualidad la mayoría de los casos clasifica la epilepsia y síndromes epilépticos como: idiopáticos, es decir, relacionados con la edad de la aparición; por incidencia elevada de factores genéricos y de evolución en general benigna; sintomáticos o secundarios a lesiones no progresivas de origen pre y perinatal o de tipo progresivo asociados a trastornos metabólicos y/o degenerativos; y criptogénicos o de causa no establecida en los que el pronóstico suele ser desfavorable o incierto.

Para muchos pacientes, en especial a los que sufren de casos criptogénicos, el entender la causa de su enfermedad es de gran importancia e influye considerablemente en su salud mental. Según Paiz (2012), existen diferentes causas detrás del desarrollo de la epilepsia entre las cuales ella menciona:

- Herencia
- Errores congénitos del desarrollo
- Anoxia cerebral
- Traumatismo cráneo-encefálicos
- Tumores cerebrales
- Enfermedades infecciosas
- Trastornos metabólicos adquiridos
- Enfermedades degenerativas del sistema nervioso central
- Alcohol
- Tóxicos como la exposición a elementos como el plomo, mercurio, monóxido de carbono, etc.

A pesar de las diferentes causas ya mencionadas, Paiz (2012), también hace referencia de algunos determinantes externos que pueden disparar ataques como la falta de sueño, estrés emocional, la hipoglucemia, ingestión/abandono del alcohol, fiebres altas o ciertas infecciones que pueden causar una crisis convulsiva. En las causas menos frecuentes están las crisis provocadas por estímulos específicos como la música, lectura, o las crisis fotosensibles que se dan por cualquier tipo de luces brillantes que se enciendan y apaguen de manera intermitente. Esto genera aún más ansiedad en los pacientes que viven la enfermedad al tener que limitarse en sus actividades diarias o por los cambios de hábitos.

Aunque se han mencionado diferentes causas relacionados con los ataques convulsivos, García-Noval, et al. (2001), menciona que los países en vías de desarrollo, como Guatemala, la prevalencia de la epilepsia es relativamente más alta por factores que pueden ser prevenibles con un mejoramiento en la salud pública. Esto se puede ver directamente en las comunidades rurales del país, en donde escasea los servicios de salud, centros de asistencia médica, agua potable y educación referente a la prevención de enfermedades y accidentes.

### **1.5.1 Crisis Epilépticas**

El tipo de crisis está ligada al área del encéfalo que esté afectado; estas crisis tienen un comienzo brusco y repentino el cual puede durar desde unos segundos hasta unos pocos minutos. El individuo que la padece puede estar o no consciente durante el episodio, así como tener movimientos tónico clónicos durante la crisis o bien episodios de ausencia, como sucede en las crisis generalizadas, las cuales son más difíciles de diagnosticar.

Según Martín (2017), las crisis se pueden dividir en:

- **Crisis epilépticas generalizadas.**
- **Crisis generalizadas convulsivas:** Las cuales se dividen en:
  - *Crisis tónico-clónicas o “gran mal”.*
  - Crisis tónicas.
  - Crisis mioclónicas.
  - Crisis atónicas.
- **Crisis generalizadas no convulsivas**  
Las crisis generalizadas no convulsivas según Martín (2017) están divididas en:
  - Ausencias típicas o “pequeño mal”
  - Ausencias atípicas
- **Crisis epilépticas focales:**  
Los cuales pueden presentar los siguientes síntomas:

- Síntomas y signos vegetativos
- Síntomas sensitivos
- Síntomas visuales simples
- Síntomas y signos motores
- Alteraciones del lenguaje
- Síntomas psíquicos
- Alucinaciones
- Automatismos
- **Crisis gelásticas.**
- **Crisis continuas, estado de un mal epiléptico o estatus epiléptico.**

### 1.5.2 Epilepsia Refleja

Debido a la relación con los estímulos cognitivos y ambientales de este tipo de epilepsia, se hará una descripción más profunda.

Así como se mencionó con anterioridad, la mayoría de pacientes con epilepsia refieren que las crisis se suscitan de forma espontánea, sin embargo, los pacientes con epilepsia refleja indican que sus crisis están relacionadas a factores exógenos y endógenos.

Salas-Puig, Mateos, Amorín, Calleja y Jiménez (2000) definen la epilepsia refleja como aquella en donde los pacientes únicamente tienen crisis inducidas por estímulos sensoriales específicos, los cuales no presentan crisis espontáneas y crisis reflejas junto a crisis aparentemente espontáneas. Por otro lado, en la clasificación de las epilepsias y síndromes epilépticos de la Liga Internacional contra la Epilepsia, definen epilepsias reflejas como aquellas caracterizadas por modos específicos de precipitación y se incluyen en un grupo de síndromes especiales (como se cita en Salas-Puig et al, 2000). A su vez, los autores refieren que el 6% de los pacientes epilépticos padecen de crisis reflejas, siendo éstas una minoría considerable.

Salas-Puig et al. (2000), mencionan que las crisis reflejas puede dividirse según la modalidad de estímulo, y éstas se dividen en las siguientes:

### **1.5.2.1 Epilepsia con crisis reflejas inducidas por estímulos somatosensoriales**

Las cuales se dividen en epilepsia del sobresalto, provocada por el movimiento, inducida por crisis somatosensoriales y por inmersión al agua, las cuales Salas-Puig et al. (2000), definen como:

- **Epilepsia del sobresalto**

Tipo de epilepsia caracterizado por tener una crisis al presentar un estímulo inesperado como lo sería un sonido repentino, el cual no es afectado por la intensidad del estímulo sino por la sorpresa del mismo. Estas crisis son de tipo tónico afectando a una de las extremidades, un hemisferio o a veces generalizada. Suele ocurrir en la infancia o en la adolescencia en pacientes con epilepsia focal sintomática o con epilepsia generalizada criptogénica o sintomática. La mayoría de los pacientes tienen también crisis aparentemente espontáneas. En la mayoría de los casos sintomáticos se observa una lesión que afecta a estructuras adyacentes al área motora suplementaria.

- **Epilepsia con crisis provocadas por el movimiento**

Esta epilepsia está constituida por pacientes con crisis inducidas por un movimiento inesperado, el cual comparte características de la epilepsia del sobresalto. Estos pacientes pueden padecer crisis provocadas por el movimiento de una extremidad sin efecto sorpresa.

- **Epilepsia con crisis inducidas por otros estímulos somatosensoriales**

Este tipo de epilepsias se caracteriza por crisis provocadas por un estímulo táctil en zonas localizadas del cuerpo que generalmente tienen relación a una lesión en el área somatosensitiva correspondiente. Las crisis suelen ser parciales motores, sensitivas o ambas, a veces con generalización secundaria.

- **Epilepsia con crisis inducidas por inmersión a agua caliente**

Es uno de los tipos de epilepsia más raros y siendo ésta mucho más frecuente en la India debido a los rituales de baño que esa cultura posee. El estímulo eficaz es la

inmersión al agua caliente y las crisis suelen ser parciales o complejas con semiología en el lóbulo temporal, con capacidad de generalización secundaria.

### **1.5.2.2 Epilepsia con crisis inducidas por estímulos intelectuales complejos**

Salas-Puig et al. (2000), las dividen en epilepsia de lectura, del lenguaje, inducida por la toma de decisión espacial, alimentación, música, influida por estímulos emocionales y crisis reflejas autoinducidas. Dentro de las diferentes crisis epilépticas documentadas en la literatura este apartado es de especial interés para esta investigación, ya que, este abarca una de las epilepsias menos conocidas que sería la epilepsia inducida por estímulos emocionales aseverando que existe una población reducida que se ve afectado por este problema.

- **Epilepsia de la lectura**

Salas-Puig et al. (2000), indica que es un síndrome clasificado en las epilepsias focales idiopáticas; la más común es de la variante mioclónica, en la que los pacientes, previamente normales, notan clonías en la musculatura buco-laríngeo-faríngea en el momento de leer, sobre todo en voz alta. Estas crisis se repiten y pueden acabar, si el paciente sigue leyendo, en una crisis convulsiva secundariamente generalizada.

Los criterios diagnósticos para la epilepsia de la lectura son:

- Edad de inicio en la adolescencia.
- Historia familiar de epilepsia, incluso de epilepsia de la lectura en el 25% de los casos.
- Crisis estereotipadas de clonías que afectan a la musculatura buco-laríngea que ocurren al leer, sobre todo en voz alta. Pueden ocurrir también con la lectura silenciosa o con la conversación. Clínicamente se observa una contracción de la mandíbula y de la boca con una breve interrupción de la lectura.
- El EEG basal es normal. Durante la lectura aparecen paroxismos de punta-onda rápida, degradada, que predominan en el hemisferio izquierdo.

- **Epilepsia del lenguaje**

El término epilepsia del lenguaje fue utilizado para designar a los pacientes cuyas crisis ocurrían en relación con el lenguaje en sus tres facetas: lectura, escritura y lenguaje oral. La mayoría de los casos comparten características de la epilepsia de la lectura (variante mioclónica), así menciona Salas-Puig et al. (2000). Sin embargo, algunos pacientes tienen crisis claramente relacionadas con los aspectos intrínsecos del lenguaje como la comprensión y la elaboración del lenguaje. En estos casos las crisis pueden ser parciales complejas y observarse en pacientes con epilepsia focal criptogénica o sintomática

- **Epilepsia con crisis inducidas por la toma de decisión espacial (crisis praxis-inducidas)**

Esta epilepsia comparte las características de las epilepsias generalizadas idiopáticas de inicio en la adolescencia así indica Salas-Puig et al. (2000). Los pacientes tienen crisis en actividades como jugar a las cartas, ajedrez, damas, etc. También en actividades como el cálculo, ordenar por tamaños o realizar esquemas complejos. Ocurren crisis generalizadas como ausencias, crisis mioclónicas y la mayoría tienen crisis tónico- clónicas generalizadas, a veces precedidas de ausencias o mioclonías. En estos individuos interviene un factor práxico, factor de toma de decisión espacial, toma de decisión compleja y secuenciada y un componente emocional.

- **Epilepsia de la alimentación**

Según Salas-Puig et al. (2000), estas crisis pueden darse antes de comer, durante la alimentación o bien después de la ingesta. En estos casos el EEG no muestra ningún tipo de anomalía y puede ser que sea porque en este tipo de crisis están involucrados factores ambientales que son difíciles de reproducir en un EEG.

Existen dos variantes de crisis en la epilepsia de alimentación:

- Crisis parciales complejas en pacientes con epilepsia focal criptogénica o sintomática del lóbulo temporal.
- Crisis generalizadas de tipo atónico o tónico, generalmente en pacientes con epilepsias sintomáticas.

- **Epilepsia de la música**

Salas-Puig et al. (2000), la definen como una de las epilepsias más raras, en donde el aspecto emocional es importante en este tipo de crisis refleja. Las crisis se desencadenan un determinado tipo de música, en donde, la mayoría de los pacientes poseen una epilepsia focal criptogénica o sintomática del lóbulo temporal. Los estímulos pueden ser desde música hasta campanas, música popular o un tono voz de una persona concreta, etc.

- **Epilepsia inducida por estímulos emocionales**

Según Sala-Puig et al. (2000), es relativamente frecuente que algunos pacientes epilépticos refieran como factor desencadenante los factores emocionales, sin embargo, éstos son difíciles de demostrar. Este tipo de epilepsia corresponden a epilepsias focales del lóbulo temporal con crisis parciales complejas con un importante componente límbico.

Rauch (2007) indica que el estrés es uno de los mayores factores precipitantes en este tipo de epilepsia, sin embargo, el estrés coexiste con otros factores como lo son la privación del sueño, fatiga y disturbios emocionales. Estas crisis también pueden generarse por emociones como: ansiedad, frustración e ira. Rauch concuerda con Sala-Puig, et al., que los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal parecen ser más vulnerables al estrés y a los factores emocionales como desencadenantes.

### **1.5.2.3 Epilepsia con crisis reflejas autoinducidas**

Esta epilepsia ocurre en pacientes que tiene la capacidad de autoprovocarse las crisis epilépticas. La mayoría ocurren en la edad infantil y al menos la mitad de los casos tienen retraso mental asociado. El 90% utilizan un estímulo visual para provocarse las crisis, sobre todo estímulos visuales intermitentes. Las crisis suelen ser generalizadas (ausencias o mioclonías). Algunos pacientes muestran una atracción hacia las fuentes de luz intermitente. Otras personas reconocen un placer al provocarse las crisis. En otros pacientes existen mecanismos neuróticos o compulsivos.

En síntesis, se puede decir que las epilepsias reflejas son causadas por un estímulo específico y afecta en su mayoría de casos a pacientes con epilepsia focalizada en el lóbulo temporal, esto puede deberse a la relación, en el caso de la epilepsia musical e inducida por emociones, por su íntima unión con el sistema límbico, el cual, Pinel (2007) define como un circuito de estructuras de la línea media que rodea el tálamo y participa en la regulación de las conductas motivadas. La teoría de James-Lange sostiene que estímulos emocionales diferentes producen diferentes patrones de actividad en el sistema neurovegetativo, y que estos patrones diferentes producen experiencias emocionales diferentes. (Como se cita en Pinel, 2007). Siendo así, se puede vislumbrar que las emociones tienen un efecto directo no sólo a nivel neuronal, sino también, en las respuestas del cuerpo.

### **1.5.3 Diagnóstico Diferencial**

#### **Trastornos Paroxísticos no Epilépticos:**

Nieto-Barrera (1999) define los trastornos paroxísticos no epilépticos (TPNE) como manifestaciones clínicas de aparición generalmente brusca, de breve duración y originadas por una disfunción cerebral de origen diverso que tienen en común el carácter de no ser epilépticos. Salas y Palomino (2010) indican que un trastorno paroxístico es todo aquel evento que pueda simular una crisis epiléptica por la presentación de forma paroxística de trastornos del movimiento, en ocasiones con crisis tónicas o sacudidas clónicas, a veces acompañados de pérdida de conciencia, y que no están desencadenados por una descarga anormal, excesiva y desordenada de una población neuronal, sino que reconocen en su origen mecanismos de producción diferentes al epiléptico.

Salas y Palomino (2010) mencionan que, según los distintos autores, hasta un 25% de los pacientes que acuden a la consulta con el diagnóstico inicial de epilepsia puede presentar este tipo de episodios, de los cuales el más frecuente es el síncope, seguido de trastornos psíquicos, espasmos del sollozo, terrores nocturnos y migraña. Y hasta un 12% de los niños con epilepsia refractaria al tratamiento pueden presentar crisis no epilépticas, en ocasiones asociadas a crisis epilépticas y en otros casos. Ellos refieren que existen diferencias notables entre un trastorno paroxístico y la epilepsia, así como efectos precipitantes en las crisis no epilépticas de los cuales mencionan:

- El aura es típicamente larga en crisis sincopales y de segundos en las crisis epilépticas.
- Los movimientos atípicos y el comportamiento no estereotipado son más usuales en las crisis no epilépticas, en las epilépticas los movimientos suelen ser estereotipados, repetitivos y tónico-clónicos bien organizados.
- Hay que recoger la frecuencia de las crisis, las horas y situaciones en las que ocurren, posibles precipitantes como estrés, sueño o cambios en el tono postural: las crisis epilépticas es improbable que se vean precipitadas por estímulos externos o cambios en la postura.
- En niños con crisis psicógenas es frecuente recoger en la historia clínica la visión previa de crisis en otros miembros de la familia, amigos o compañeros de colegio, de forma que los eventos no epilépticos mimetizan las crisis observadas.

En conclusión, obsérvese que las emociones, no sólo afectan al individuo de manera psicológica, sino también fisiológica. Para este estudio en particular, el cual se enfoca en las crisis epilépticas, las emociones negativas pueden ser un estímulo concreto para el desencadenante de la misma, sin embargo, hay que constatar que no son la causa detrás de la epilepsia. Esto dependerá de la ubicación del foco epiléptico y la particularidad del caso; sin embargo, se desconoce la causa por la cual no todos los individuos lo sufren de igual manera, como lo sería con los factores de estrés, fatiga o alcohol, que pueden desencadenar una crisis convulsiva, independientemente del foco epiléptico.

## II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El tema que a continuación se presenta tiene como objetivo establecer las emociones negativas más frecuentes que desencadenan una crisis convulsivas en pacientes que padecen epilepsia en el Hospital General San Juan de Dios. La ansiedad, la ira, la depresión, la alegría, la sorpresa y el asco se consideran como las emociones básicas, en donde, se ubican como emociones negativas la ansiedad, la ira, la depresión y el asco; para propósito de este estudio se trabajará con: la depresión, ansiedad e ira, ya que éstas son las que los estudios refieren con mayor comorbilidad en las enfermedades médicas. Debido a que los factores psicológicos tienden a ser dejados a un lado al momento en que un paciente con epilepsia presenta una crisis; esto puede conllevar a tener poca credibilidad desde la misma enfermedad, restarle importancia a los factores biológicos que están involucrados, e incluso sugerir que la enfermedad en cuestión no existe.

Las emociones negativas (ansiedad, depresión e ira) se presentan en muchas entidades médicas, provocando el empeoramiento de los síntomas y en ocasiones que el tratamiento no tenga éxito. Tal es el caso de la epilepsia, Stokes (2011) refiere que: “La epilepsia es una de las enfermedades neurológicas más frecuentes en Guatemala; los pacientes con epilepsia tienen una mayor incidencia de morbilidad psicológica que la población general. Se ha establecido que más de una cuarta parte de pacientes con epilepsia presenta alteraciones de depresión y ansiedad, estos cambios persisten en el período intercrisis. La depresión y la ansiedad son los desórdenes psicológicos más frecuentes en la epilepsia, en especial en aquellos pacientes cuyas crisis tienen origen en los lóbulos temporales y frontales. La prevalencia vital de depresión y ansiedad ha sido calculada entre un 6% y un 30% en la población en general de pacientes con epilepsia.” (Cómo se cita en Paiz, 2012, p. 49)

Por lo mismo, muchos médicos desconocen los aspectos que pueden estar ligados unos con otros, y al haber tan poca información desde esta perspectiva, el estudio pretende ampliar la información y demostrar que los aspectos psicológicos, así como los biológicos, pueden estar relacionados. Debido a que en Guatemala los estudios o investigaciones en

donde se dé pauta a los estadios emocionales y su relación en enfermedades neurológicas son pocos, este trabajo de investigación plantea conocer cómo, además de las causas neurológicas que existen detrás de la epilepsia, las emociones son determinantes para desatar una crisis convulsiva, con el propósito de informar y ayudar a quienes padecen de epilepsia sobre los diferentes elementos que pueden empeorar dicha condición.

Por este motivo se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las emociones negativas más frecuentes que desencadenan crisis convulsivas en pacientes epilépticos?

## **2.1 Objetivos**

**Objetivo General:** Determinar las emociones negativas más frecuentes en el desencadenamiento de crisis convulsivas en pacientes epilépticos que asisten a consulta externa de neurología del Hospital General San Juan de Dios.

### **Objetivo Específico:**

- Establecer si la ansiedad influye en el desencadenamiento de crisis convulsivas en pacientes epilépticos que asisten a consulta externa de neurología del Hospital General San Juan de Dios.
- Comprobar si la depresión influye en el desencadenamiento de crisis convulsivas en pacientes epilépticos que asisten a consulta externa de neurología del Hospital General San Juan de Dios.
- Estipular si la ira influye en el desencadenamiento de crisis convulsivas en pacientes epilépticos que asisten a consulta externa de neurología del Hospital General San Juan de Dios.

## **2.2 Elementos de estudio:**

- Ansiedad.
- Depresión.
- Ira.

## **2.3 Definición de elementos de estudios**

### **Definición conceptual:**

#### Depresión:

San y Arranz (2010), definen depresión como la exageración persistente de los sentimientos habituales de tristeza. Es una enfermedad de varias semanas o meses de duración que afecta tanto al cuerpo cómo a la mente.

#### Ansiedad:

Vallego y Gaston (2000), indican que la ansiedad es una reacción adaptativa de emergencia ante situaciones que represente o sean interpretadas como una amenaza o peligro para la integridad psicofísica del individuo.

#### Ira:

Pérez, Redondo y León (2008) establecen que la ira es una emoción primaria que se presenta cuando un organismo es bloqueado en la consecución de una meta o en la obtención o satisfacción de una necesidad.

### **2.3.2 Definición operacional:**

Para fines de este estudio, los conceptos: depresión, ansiedad e ira, fueron el resultado obtenido a través de una entrevista semi-estructurada, la cual consta de 18 preguntas abiertas que buscan indagar sobre el tipo de crisis epiléptica del paciente y la relación con los factores emocionales descritos.

## **2.4 Alcances y límites:**

El trabajo de Investigación está dirigido a determinar cuales son las emociones negativas más frecuentes que desencadenan crisis convulsivas en los pacientes epilépticos, tanto en hombres como mujeres previamente diagnosticados con epilepsia en el Hospital General San Juan de Dios. Los resultados son aplicables únicamente a muestras similares.

## **2.5 Aporte:**

Los resultados tienen como objetivo informar a la población en general cuáles son las emociones negativas más frecuentes en pacientes con trastornos neurológicos. A su vez, dichos resultados contribuirían como un aporte al campo médico para dar importancia a las emociones, no sólo como un estado de comorbilidad en la epilepsia, sino también como estímulo disparador de convulsiones, con el fin de informar a los pacientes adecuadamente y trabajar dicho padecimiento desde un enfoque multidisciplinario; y así, validar las convulsiones relacionadas con un pobre o mal manejo de dichas emociones y como éstas pueden desencadenar una crisis convulsiva en personas epilépticas sin que éstas sean causas de somatización, comprobando así, la influencia directa de las emociones en las condiciones de salud. Por otro lado, se pretende darle relevancia a los estímulos emocionales dentro de los estímulos de la epilepsia refleja y su importancia dentro de la epilepsia para que ésta no sea desestimada como un estímulo primario de quien la padece.

## III MÉTODO

### 3.1 Sujetos

Para esta investigación se tomó una muestra de 8 pacientes, cuatro mujeres y cuatro hombres, que padecen de epilepsia y asisten a consulta externa del Hospital General San Juan de Dios. Se empleó un muestreo caso-tipo en donde el objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información; no la cantidad ni la estandarización. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

### 3.2 Instrumento

Se utilizó una entrevista semi-estructurada, la cual, se basa en una guía de asuntos o preguntas en donde el entrevistador tiene la libertad de incluir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados. (Hernández, et al., 2010). El instrumento consta de 18 preguntas abiertas que buscan indagar sobre el tipo de crisis epiléptica del paciente y si existe relación con los diversos factores emocionales que el paciente utiliza, que contiene los siguientes indicadores: epilepsia, ira, ansiedad y depresión. Dentro del instrumento 7 preguntas están destinadas a conocer sobre la epilepsia y el tipo de crisis que presenta el paciente, 5 preguntas intentan averiguar la relación entre la epilepsia y las emociones del paciente, 2 preguntas para descubrir qué situaciones provocan ira en el paciente, 2 para descubrir qué y cómo maneja las situaciones que lo deprimen y 2 para descubrir si el paciente se considera como alguien ansioso.

### 3.3 Procedimiento

- Se seleccionó la institución que contaba con las características necesarias para realizar la investigación.
- Se solicitó la autorización por parte del departamento de Neurología y Neuropsicología para llevar a cabo la investigación.
- Se asistió los días jueves para solicitar apoyo de los neurólogos y neuropsicólogos en la selección de pacientes.
- Se realizó la entrevista semi-estructurada con la población seleccionada.

- Se realizó el análisis de los datos recopilados por los pacientes.
- Se redactó conclusiones y recomendaciones
- Se entregó el informe final.

### **3.4 Diseño**

El presente estudio se llevó a cabo bajo un enfoque cualitativo. Pineda (1994), refiere que: “la investigación cualitativa es de índole interpretativa y se realiza con grupos pequeños de personas cuya participación es activa durante todo el proceso investigativo y tiene como meta la transformación de la realidad.” (p. 26). La investigación cualitativa utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación. (Hernández, et al., 2010).

Se utilizó un diseño narrativo, el cual, Hernández et al., (2010), define como: “un diseño en donde el investigador recolecta los datos sobre las historias de vida y experiencias sobre ciertas personas para describirlas y analizarlas”. Creswell (2005) señala que el diseño narrativo en diversas ocasiones es un esquema de investigación, pero también una forma de intervención, ya que el contar una historia ayuda a procesar cuestiones que no estaban claras o conscientes. (Como está citado en Hernández et al., 2010, p. 504)

Para el análisis de datos se utilizó el Proceso de Análisis Fundamentado en los Datos Cualitativos; el cual nace de la teoría fundamentada, que Hernández et al. (2010) define como: “Teoría o hallazgos que emergen basado en los datos”. El proceso de análisis incluye: recolección de datos, organización de los datos e información, preparar los datos para el análisis, revisión de los datos, descubrir las unidades de análisis, codificación de las unidades de análisis y generar teorías, hipótesis o explicaciones.

Dado que es una tesis cualitativa no se utilizó gráficas, en su lugar, se utilizó una matriz de vaciado. En Hernández et al. (2010), indica que es la codificación cuantitativa en donde el investigador considera dos segmentos de contenido, los analiza y compara. Si son distintos en términos de significado y concepto, de cada uno induce una categoría, si son similares, induce una categoría común. En la codificación cualitativa, las categorías son conceptos, experiencias, ideas, hechos relevantes y con significado.

#### IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos sobre las emociones negativas y su relación en el desencadenamiento de las crisis convulsivas en pacientes epilépticos del Hospital General San Juan de Dios.

Elementos de Estudio	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4	Sujeto 5	Sujeto 6	Sujeto 7	Sujeto 8
Emociones Negativas								
Indicadores								
Ansiedad	<p><b>#12:</b> “Como cuando me tengo que hacer los exámenes médicos, como una vez me tenía hacer una tomografía... pero no entendí para qué. Igual no sabía cómo pagarlo y eso me generó ansiedad.”</p> <p><b>#15:</b> Sí Como... que tal vez de esas emociones negativas uno</p>	<p><b>#7:</b> Lo que yo he podido observar es que ahorita le ha dado más ansiedad y miedo. Porque a veces se va a su cuarto y cuando nosotros miramos está ahí con nosotros y nos dice: “¿Me puedo quedar aquí con ustedes?” Entonces como que retrocedió. Ahorita nosotros lo miramos con miedo, con</p>	<p><b>#12:</b> Emm... La universidad, eso me genera mucho estrés. Ahorita la catedrática de una clase que llevo, me está costando mucho. Sólo.</p>	<p><b>#2:</b> No tengo un &lt;&lt;time frame&gt;&gt;, es más que todo depende de otra cosas, pero no tengo algo asó como... cada mes o cada dos meses me sucede, es cuando pasa así como Y o X específicas cosas como estrés, cansancio, cansancio más que todo.</p> <p><b>#5:</b> Sí. Cansancio más que todo...</p>	<p><b>#5:</b> A bueno, como todos padecemos de miedo, de sudadera, de ansiedad y como todos maestros... y todo compañeros le dicen, como le dicen siempre: ¿y a ese niños qué, se mantiene en la luna? No es eso, son las reacción inmunológicas que la da el cuerpo, que uno tiene que cambiar su</p>	<p><b>#2:</b> Cuando estoy muy cansada o cuando hago mucho ejercicio o cuando estoy bajo el sol, o cuando tengo mucho estrés.</p> <p><b>#7:</b> Creo que manejo mal los problemas de mi vida porque siempre estoy estresada y no canalizo mi estrés con nada y me enojo muy rápido.</p> <p><b>#12:</b> Mmm...</p>	<p><b>#5:</b> Generalmente sí, a veces es cansancio, a veces es por mucho estrés. Me ha pasado cuando estoy enojada, me ha pasado cuando a veces estoy muy, muy triste; por ejemplo una vez se murió mi tía y cabal en esa época me dio una.</p> <p><b>#12:</b> Mmm... cuando tengo que hablar en público,</p>	<p><b>#12:</b> Emm... por ejemplo... este sábado, ando así que... ammm... que no hago algo o tengo que hacer algo, tengo que andar subiendo y bajando me estresa.</p>

	<p>se preocupa más y como que, más que todo que le puede dar más seguido.</p> <p><b>#16:</b> ¿Siempre en las negativas? Depende porque... pues va que... que no, que tal vez, que tal vez yo estoy preocupada o así y no me enfermo, y no me pasa nada. Y a veces sí, a veces me enfermo.</p>	<p>inseguridad no quiere salir es como que... ahorita está en ese proceso, como que retrocedió. Se siente inseguro, no quiere estar solo, y si no lo lleva su papá quiere que yo ande con él y si no, no quiere salir.</p> <p><b>#12:</b> E... (pausa) No sé, casi todo me causa estrés, por todo me preocupo. Es que todo me gusta que me salga bien. Tengo ese miedo de... “¿Y si lo hago mal?” Siempre trato que todo me salga bien, si es un partido, quiero que me salga bien. Siempre pienso “¿Y si todo me sale mal?” porque siempre quiero que todo me</p>	<p>eh... estrés, es cuando estoy agotado, que ya físicamente estoy... ya así... cuando llego a cierto límite de estrés. Una vez que me sucedió iba manejando y había mucho tráfico y... ya iba a tarde, ya llevaba como que... varias semanas de estar trabajando así, fuerte, sin hacer ejercicio, sin descansar, sin relajar mi cuerpo y... cuando sucedió la convulsión fue... me empecé a sentir... pues de repente mi cuerpo se empezó a tensar, al principio creí que era un ataque al corazón y así, pero no... eso fue hace... como 6 años</p>	<p>parecer.</p> <p><b>#12:</b> Digamos la presión, la prisa...</p> <p><b>#16:</b> Depende, en la enfermedad, uno tiene la opción de un libre albedrío. Pensamiento positivos y pensamientos negativos; pero si uno lo mira por el lado bueno, podemos agarrar lo positivo.</p> <p>Mi problema en sí es eso, que yo soy como una alcancía, almaceno mucho, mucho, mucho; y llega un momento dado que el cuerpo ya no puede hacer una nada y estalla. O sea, no estalla en el mismo día, sino con el</p>	<p>mi trabajo, la gente que... cuando, cuando... cuando me critican, eso me genera estrés o mal humor. Cuando algo no me sale bien, eso también me provoca estrés. No soy perfeccionista, pero sí trato de ser lo más perfeccionista que pueda.</p> <p><b>#15:</b> Sí, porque si me enojo mucho me empieza a doler la cabeza. Verdad... pues, las primeras veces que me pasaba fue por cansancio, te dije, pero si me enojaba en mi casa también caía y convulsionaba o si estaba muy cansada caía. Si estaba</p>	<p>cuando sé que me van a regañar por algo, por ejemplo en el trabajo cuando mi jefe me regaña por algo que no he hecho... y no sé, cuando tengo que hacer algo y no puedo avanzar y así...</p> <p><b>#16:</b> Cuando estoy estresada o enojada me dan. Más cuando estoy estresada o triste convulsiono; por ejemplo cuando se murió mi tía, convulsione, en ese periodo... y cuando me peleé un montón con mi novio también convulsione.</p> <p><b>#17:</b> Sí, más que nada cuando estoy triste o</p>
--	---	--	--	--	---	---

	<p>salga bien.</p> <p>Eh... en el colegio también quiero que todo me salga bien. Todo quiero que me salga bien. Entonces por eso es que casi por todo me estreso.</p> <p><b>#15:</b> En ésta sí. En la que yo tengo sí porque... y tanto no asimilo el hecho que soy epiléptico, pero... e... creo que tal vez en un nivel de estrés o un nivel de enojo, uniendo las dos, puede resultar un evento de crisis. Según sabía yo, mis crisis era por no dormir bien, por estar mucho en el teléfono todo eso, pero según entiendo la</p>		<p>así, de las primeras veces y de ahí sólo se ha replicado una vez, se ha replicado más.</p> <p><b>#12:</b> Es que... no sé... o sea cosas como estas me causan estrés o ansiedad. Es como que no sé la respuesta y realmente no puedo contestar, como es posible que no pueda pensar un instante que no me conozco al 100% y que no sé... yo analizó distinto las cosas a los demás. Me causa ansiedad que las personas piensen que soy una mala persona.</p> <p><b>#16:</b> Ah... cuando no lograba manejar mi estrés o mi enojo, eh...</p>	<p>tiempo.</p> <p><b>#17:</b> Antes... ahorita ya no.</p>	<p>bajo del sol todo el día o todo un día, caía... y así, como cuando tenía mucha presión.</p> <p><b>#17:</b> ¡Ah! A la ansiedad 10.</p>	<p>ansiosa.</p> <p>No es muy frecuente, porque tengo que estar así súper triste o estresada, pero sí me ha pasado tal vez una vez al mes, aunque depende cómo me sienta.</p> <p><b>#18</b> Generalmente estoy como... o sea generalmente estoy como estresada, triste o cansada.</p> <p>Me siento como más relajada digamos... o sea siempre está el sentimiento porque no lo quita, pero me siento mejor, como que lo hubiera liberado todo.</p>	
--	---	--	--	---	--	---	--

		epilepsia también puede producirse algún ataque por enojo o por... estrés.		como se llama... me sentía más afectado, me sentía peor.				
				<b>#17:</b> Ansioso más que todo. Ya no me pasa mucho últimamente.				
				<b>#18:</b> Te lo había dicho... es estrés. Después de la convulsión siento, más que todo, desorientación y... más que todo enojo porque las personas a mi alrededor se ponen bien estúpidas.				
Depresión	<b>#5:</b> Sí a veces sí, más cuando me agarraba seguido, después de la convulsión. <b>#11:</b> Sólo los problemas.	<b>#5:</b> ¿Qué me he puesto a pensar? (Guarda silencio varios segundos) Es variado... porque con las veces que más recuerdo, por ejemplo ese emocional,	<b>#11:</b> Mmm... pensar en mi abuelo, de cierta manera saber que mi novio se va ir porque lo voy a extrañar y pensar que algún día voy a quedar bruta.	<b>#9:</b> Trato de entender por qué estoy triste o decaído... suelo entristecerme por cosas que no son tan grandes, y últimamente no considero razones	<b>#11:</b> Mmm... pues... tal vez que la gente tiene algo así negativo contra uno. Digamos así las impresiones psicológicas, que le dicen así a uno que uno no puedo decir	<b>#11:</b> (Se ríe) Ver a niños llorando, cuando matan a alguien y yo lo vi... cuando se muere un perrito...	<b>#5:</b> Generalmente sí, a veces es cansancio, a veces es por mucho estrés. Me ha pasado cuando estoy enojada, me ha pasado cuando a veces estoy muy, muy	<b>#5:</b> ¡Sí! Felicidad, enojo, tristeza, ¡lo que sea! <b>#11:</b> Las personas que me hacen sentir mal (se ríe). <b>#15:</b> Emm...

		<p>recuerdo que estaba muy tranquilo, pues estaba adormitado, porque llegaba al colegio adormitado. Una vez que se me durmió el brazo por ejemplo estaba muy feliz porque estaba jugando con mis primos en McDonald's estaba en el resbaladero y se me puso tieso el brazo.. O sea es variado el sentimiento, no es por alguna causa de algún sentimiento creo que me den.</p> <p><b>#11:</b> Emm... (pausa pensativo) Casi no me pongo mucho triste, cuando me pongo triste es por enojo o por decepción de alguien.</p>	<p><b>#15:</b> Eh... pues sí, sí influyen, no las causa pero sí influyen. Si yo estoy con mucha ira me dan ganas de llorar, me duele la cabeza, y puede que no se me quite el dolor, y si no se me quita, convulsiono.</p> <p><b>#17:</b> Una vez. para la muerte de mi abuelo, o sea convulsione porque tuve un choque automovilístico, no fue gran cosa, como un topón, pero convulsione y supongo que fue porque mi abuelo acababa de fallecer. Entonces yo siento que eso no me ayudó mucho...</p> <p><b>#18:</b> Variable,</p>	<p>verdaderas para entristecerme, entonces pienso: "¿Estoy triste por esto? ¿Realmente tengo razones para sentirme así? ¿Realmente me tiene que estar afectando?, ¿Es algo que realmente me tiene que molestar en este momento?" y pues, racionalizar, es lo que más hago, porque a la largo si no racionalizo lo que estoy sintiendo en ese momento me va a afectar más después, y me ha pasado, que si no vengo y racionalizó lo que estoy sintiendo eh... puedo terminar en una crisis o algo así.</p> <p><b>#11:</b> (Suspiro</p>	<p>para nada, que no ayuda a nada y nosotros somos personas normales así como todos. Y ante todo nosotros reforzamos el cerebro más de lo normal que otra gente que son normales.</p> <p><b>#13:</b> Algo que uno no ha cometido y a uno se lo echan en cara y uno nada que ver, sino que son esas personas ajenas de uno, que uno... que uno dice que bueno, ¿qué hice? En pocas palabras.</p> <p><b>#16:</b> Depende, en la enfermedad, uno tiene la opción de un libre albedrío. Pensamiento positivos y pensamientos</p>	<p>triste; por ejemplo una vez se murió mi tía y cabal en esa época me dio una.</p> <p><b>#11:</b> Mmm... por ejemplo cuando tengo una pelea con mi novio, cuando hay problemas en mi casa... emmm... cuando una de mis mascotas se enferma, como cuando mi tía se murió.</p> <p><b>#15:</b> Como por ejemplo cuando uno se siente triste las defensas bajan y uno es propenso a sufrir enfermedades.</p> <p><b>#16:</b> Cuando estoy estresada o enojada me dan. Más cuando estoy estresada o triste</p>	<p>recordando uno las cosas que ya pasaron, y lastiman, pero sigue recordando.</p>
--	--	---	---	---	--	---	--

			<p>a veces estoy bien, a veces estoy triste...</p> <p>Normalmente no, generalmente es después que me siento ansiosa porque no me gusta, porque sé todo lo que conlleva después de recuperarme, y puede que falte a clases y no me gusta... me enoja o no quiero ver a nadie, pero antes realmente no.</p>	<p>pesado) Ah... no sé, es tristeza, tristeza, podría ser como cuando... (suspiro) cuando no logro realizar metas, o cuando me siento encerrado o atrapado, cuando no puedo apoyar a alguien</p>	<p>negativos; pero si uno lo mira por el lado bueno, podemos agarrar lo positivo.</p> <p>Mi problema en sí es eso, que yo soy como una alcancía, almaceno mucho, mucho, mucho; y llega un momento dado que el cuerpo ya no puede hacer una nada y estalla. O sea, no estalla en el mismo día, sino con el tiempo.</p>	<p>convulsione; por ejemplo cuando se murió mi tía, convulsione, en ese periodo... y cuando me peleé un montón con mi novio también convulsione.</p> <p><b>#17:</b> Sí, más que nada cuando estoy triste o ansiosa. No es muy frecuente, porque tengo que estar así súper triste o estresada, pero sí me ha pasado tal vez una vez al mes, aunque depende cómo me sienta.</p> <p><b>#18</b> Generalmente estoy como... o sea generalmente estoy como estresada, triste o cansada.</p>	
--	--	--	---	--	---	---	--

							Me siento como más relajada digamos... o sea siempre está el sentimiento porque no lo quita, pero me siento mejor, como que lo hubiera liberado todo.	
Ira	<p><b>#13:</b> Como que me digan cosas acerca de mi enfermedad, cosas que yo siento que me duelen o que me lastimen.</p>	<p><b>#13:</b> Que me... me repitan las cosas así un montón de veces para que me recuerde así cuando ya les puse atención, también es otra cosa que me enoja mucho; que no valoren lo que soy también me molesta e... no sé sólo, eso es lo que me más me enoja.</p> <p><b>#15:</b> En ésta sí. En la que yo tengo sí porque... y tanto no</p>	<p><b>#13:</b> Cuando la gente es pendeja... o pues... muy tonta, así como cuando la gente se pasa de idiota, me dan ganas de verdad de mandar a todos a la chingada.</p>	<p><b>#13:</b> Que las personas piensen que soy algo que no soy.</p> <p><b>#16:</b> Ah... cuando no lograba manejar mi estrés o mi enojo, eh... como se llama... me sentía más afectado, me sentía peor.</p>	<p><b>#16:</b> Depende, en la enfermedad, uno tiene la opción de un libre albedrío. Pensamiento positivos y pensamientos negativos; pero si uno lo mira por el lado bueno, podemos agarrar lo positivo. No. Mi problema en sí es eso, que yo soy como una alcancía, almaceno mucho, mucho, mucho; y llega un momento dado que el</p>	<p><b>#7:</b> Creo que manejo mal los problemas de mi vida porque siempre estoy estresada y no canalizo mi estrés con nada y me enojo muy rápido.</p> <p><b>#13:</b> Cuando me culpan de cosas que no hago, cuando no me sale bien algo, generalmente eso me estresa, cuando están en desacuerdo conmigo... pero cuando yo no tengo mi punto a favor</p>	<p><b>#5:</b> Generalmente sí, a veces es cansancio, a veces es por mucho estrés. Me ha pasado cuando estoy enojada, me ha pasado cuando a veces estoy muy, muy triste; por ejemplo una vez se murió mi tía y cabal en esa época me dio una.</p> <p><b>#13:</b> Emm... vamos a ver (calla pensativa) cuando la gente no... cuando</p>	<p><b>#1:</b> Enojo... me enojo... me enojo y a veces quiero agredir a alguien. Yo convulsiono casi siempre cuando me enojo o cuando me pongo feliz. Convulsiono con una emoción fuerte; después me dan sueño... me da sueño... pero conforme van pasando los días ya no me pasaba nada.</p> <p><b>#5:</b> ¡Sí! Felicidad, enojo, tristeza, ¡lo que sea!</p>

		<p>asimilo el hecho que soy epiléptico, pero... e... creo que tal vez en un nivel de estrés o un nivel de enojo, uniendo las dos, puede resultar un evento de crisis. Según sabía yo, mis crisis era por no dormir bien, por estar mucho en el teléfono todo eso, pero según entiendo la epilepsia también puede producirse algún ataque por enojo o por... estrés.</p> <p><b>#17:</b> Ansioso, triste o enojado (pausa pensativo) tal vez enojo.</p> <p>Mi enojo está a nivel 10, o a veces cuando no sacó mi enojo, me lo retengo tal vez</p>			<p>cuerpo ya no puede hacer una nada y estalla. O sea, no estalla en el mismo día, sino con el tiempo.</p>	<p>me pone como la gran.</p> <p><b>#16:</b> Porque estoy enojada.</p> <p>Yo creo que mi enojo puede influir en tu epilepsia o el cansancio o cuando hago sobre esfuerzo; aunque con cansancio me refiero a estar harta pues o agobiada.</p> <p>Convulsiono por estar enojada (permanece en silencio) Al principio solo era por sobre esfuerzo, pero como eso no es un sentimiento (se ríe); pero cuando ya estaba en mi casa y no me creían entonces me enojaba mucho y... me daba (calla pensativa) tal vez como una dos veces a la</p>	<p>mienten sobre mí, cuando la gente no me escucha o colma mi paciencia o que se quejan de todo y no aceptan consejos ni nada.</p> <p>Me pelee con un compañero del trabajo porque mintió con algo que dijo que yo había hecho y no era así.</p> <p><b>#16:</b> Cuando estoy estresada o enojada me dan. Más cuando estoy estresada o triste convulsiono; por ejemplo cuando se murió mi tía, convulsione, en ese periodo... y cuando me pelee un montón con mi novio también convulsione.</p>	<p><b>#12:</b> Pues... cuando... nadie me pone atención y cuando... a veces tengo que.... Tengo... estoy aburrido, sólo.</p>
--	--	---	--	--	--	--	--	--

		<p>me siento muy... muy alterado verdad.</p> <p>Mamá: Ahorita sí ha tenido muy seguidas las crisis.</p> <p>Todos los días, cada dos días...</p> <p>Mamá: No estaba así, pero tiene como unos dos meses de estar así.</p> <p>Me irritó con facilidad muy rápido creo yo... pura mujercita (risas)</p> <p><b>#18:</b> Antes como te digo puedo estar en cualquier estado de ánimo, tanto triste, enojado o feliz... eh... a veces no tengo una reacción normal, creo que es más por enojo; pero</p>			<p>semana.</p> <p><b>#18:</b> Mi estado de ánimo antes... sí estaba enojada o cuando estaba muy cansada o hacía cosas muy pesadas bajo del sol.</p> <p>Estresada porque sentía que me estaba cansando mucho y no quería... y cuando pasaban los ataques me sentían muy cansada desorientada...</p> <p>Luego de la convulsión como ya había descargado todo ya me levantaba como más... eh... ¿Como sé dice? Como que se hubiera reventado el cascarón.</p>	
--	--	---	--	--	--	--

		<p>después de que me dan sientto tristeza, sientto decepción o pasa todo lo que he vivido por esa maldita enfermedad entonces... sólo eso.</p>						
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Emergentes	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4	Sujeto 5	Sujeto 6	Sujeto 7	Sujeto 8
Cansancio		<p><b>#15:</b> En ésta sí. En la que yo tengo sí porque... y tanto no asimilo el hecho que soy epiléptico, pero... e... creo que tal vez en un nivel de estrés o un nivel de enojo, uniendo las dos, puede resultar un evento de crisis. Según sabía yo, mis crisis era por no dormir bien, por estar mucho en el teléfono todo eso, pero según entiendo</p>		<p><b>#2:</b> No tengo un &lt;&lt;time frame&gt;&gt;, es más que todo depende de otra cosas, pero no tengo algo así como... cada mes o cada dos meses me sucede, es cuando pasa así como Y o X específicas cosas como estrés, cansancio, cansancio más que todo.</p> <p><b>#5:</b> Sí. Cansancio más que todo... eh... estrés, es cuando estoy</p>		<p><b>#15:</b> Sí, porque si me enojo mucho me empieza a doler la cabeza. Verdad... pues, las primeras veces que me pasaba fue por cansancio, te dije, pero si me enojaba en mi casa también caía y convulsionaba o si estaba muy cansada caía. Si estaba bajo del sol todo el día o todo un día, caía... y así, como cuando tenía mucha presión.</p>	<p><b>#5:</b> Generalmente sí, a veces es cansancio, a veces es por mucho estrés. Me ha pasado cuando estoy enojada, me ha pasado cuando a veces estoy muy, muy triste; por ejemplo una vez se murió mi tía y cabal en esa época me dio una.</p> <p><b>#18</b> Generalmente estoy como... o sea generalmente estoy como</p>	

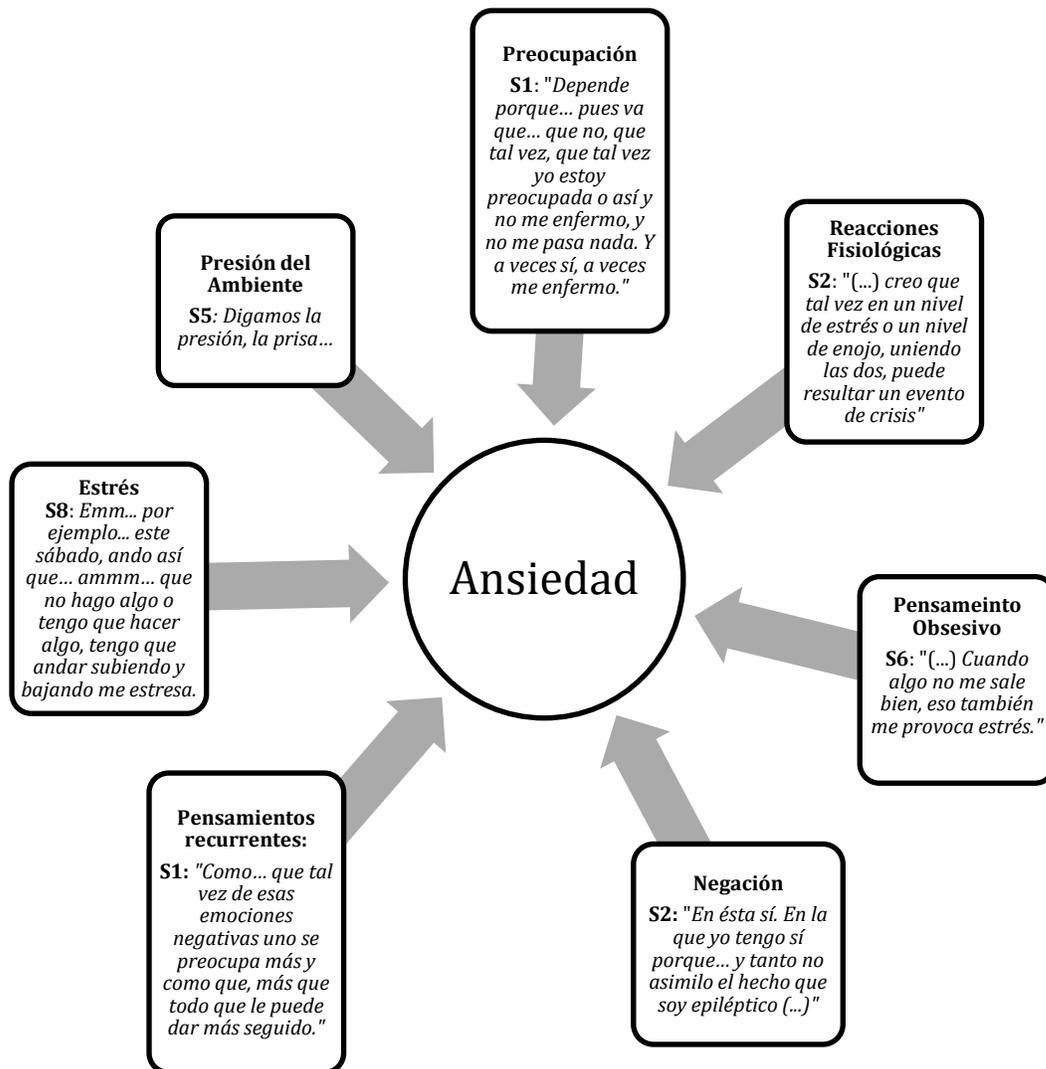
		<p>la epilepsia también puede producirse algún ataque por enojo o por... estrés.</p>		<p>agotado, que ya físicamente estoy... ya así... cuando llego a cierto límite de estrés. Una vez que me sucedió iba manejando y había mucho tráfico y... ya iba a tarde, ya llevaba como que... varias semanas de estar trabajando así, fuerte, sin hacer ejercicio, sin descansar, sin relajar mi cuerpo y... cuando sucedió la convulsión fue... me empecé a sentir... pues de repente mi cuerpo se empezó a tensar, al principio creí que era un ataque al corazón y así, pero no... eso fue hace... como 6 años así, de las</p>			<p>estresada, triste o cansada.</p> <p>Me siento como más relajada digamos... o sea siempre está el sentimiento porque no lo quita, pero me siento mejor, como que lo hubiera liberado todo.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--

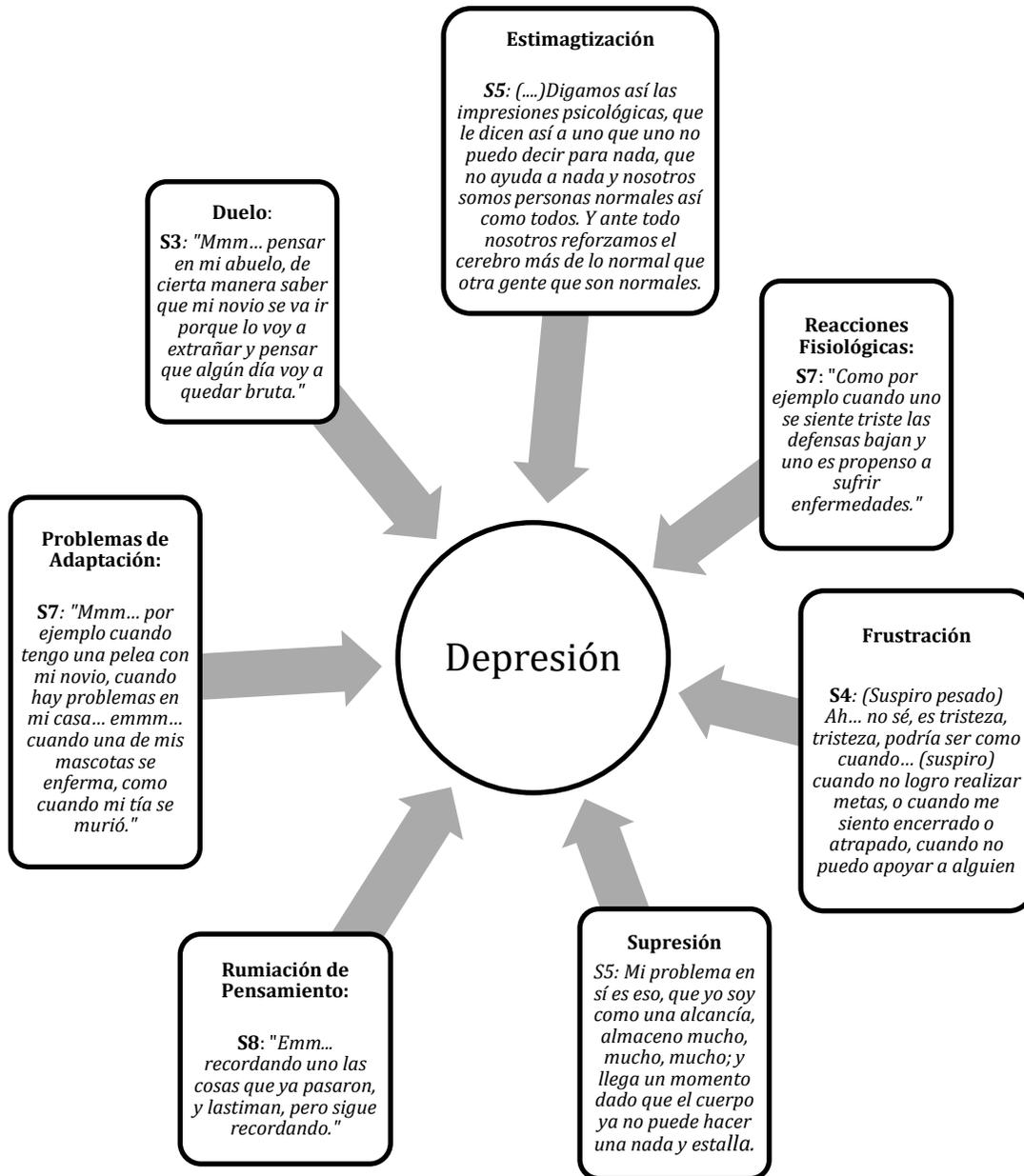
				<i>primeras veces y de ahí sólo se ha replicado una vez, se ha replicado más.</i>				
Felicidad		<p><b>#5:</b> <i>¿Qué me he puesto a pensar? (Guarda silencio varios segundos) Es variado... porque con las veces que más recuerdo, por ejemplo ese emocional, recuerdo que estaba muy tranquilo, pues estaba adormitado, porque llegaba al colegio adormitado. Una vez que se me durmió el brazo por ejemplo estaba muy feliz porque estaba jugando con mis primos en McDonald's estaba en el resbaladero y se me puso tieso el brazo.. O sea es variado el sentimiento, no</i></p>						<p><b>#1:</b> <i>Enojo...me enojo... me enojo y a veces quiero agredir a alguien o cuando me pongo feliz. Con una emoción muy fuerte, ya con eso. Cuando convulsiono me da sueño... me da sueño... pero conforme van pasando los días ya no me pasaba nada.</i></p> <p><b>#5:</b> <i>¡Sí! Felicidad, enojo, tristeza, ¡lo que sea!</i></p>

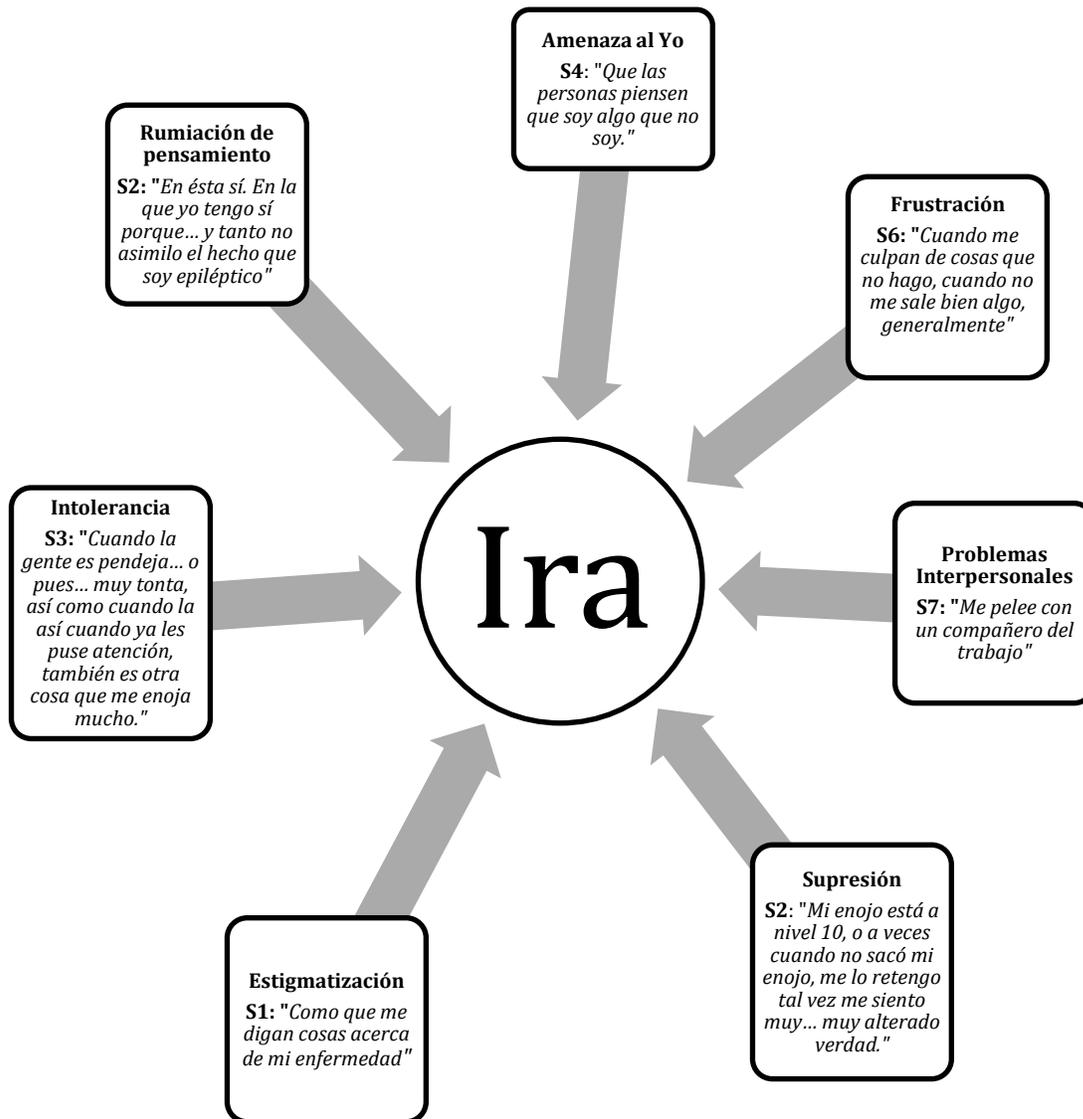
		<i>es por alguna causa de algún sentimiento creo que me den.</i>						
Período Menstrual			<b>#5:</b> <i>Convulsiono porque me vino la regla, porque camine... no sé (se ríe).</i>					
Ejercicio			<b>#5:</b> <i>Convulsiono porque me vino la regla, porque camine... no sé (se ríe).</i>			<b>#2:</b> <i>Cuando estoy muy cansada o cuando hago mucho ejercicio o cuando estoy bajo el sol, o cuando tengo mucho estrés.</i>		
Miedo		<b>#7:</b> <i>Lo que yo he podido observar es que ahorita le ha dado más ansiedad y miedo. Porque a veces se va a su cuarto y cuando nosotros miramos está ahí con nosotros y nos dice: "¿Me puedo a quedar aquí con ustedes?" Entonces como</i>						

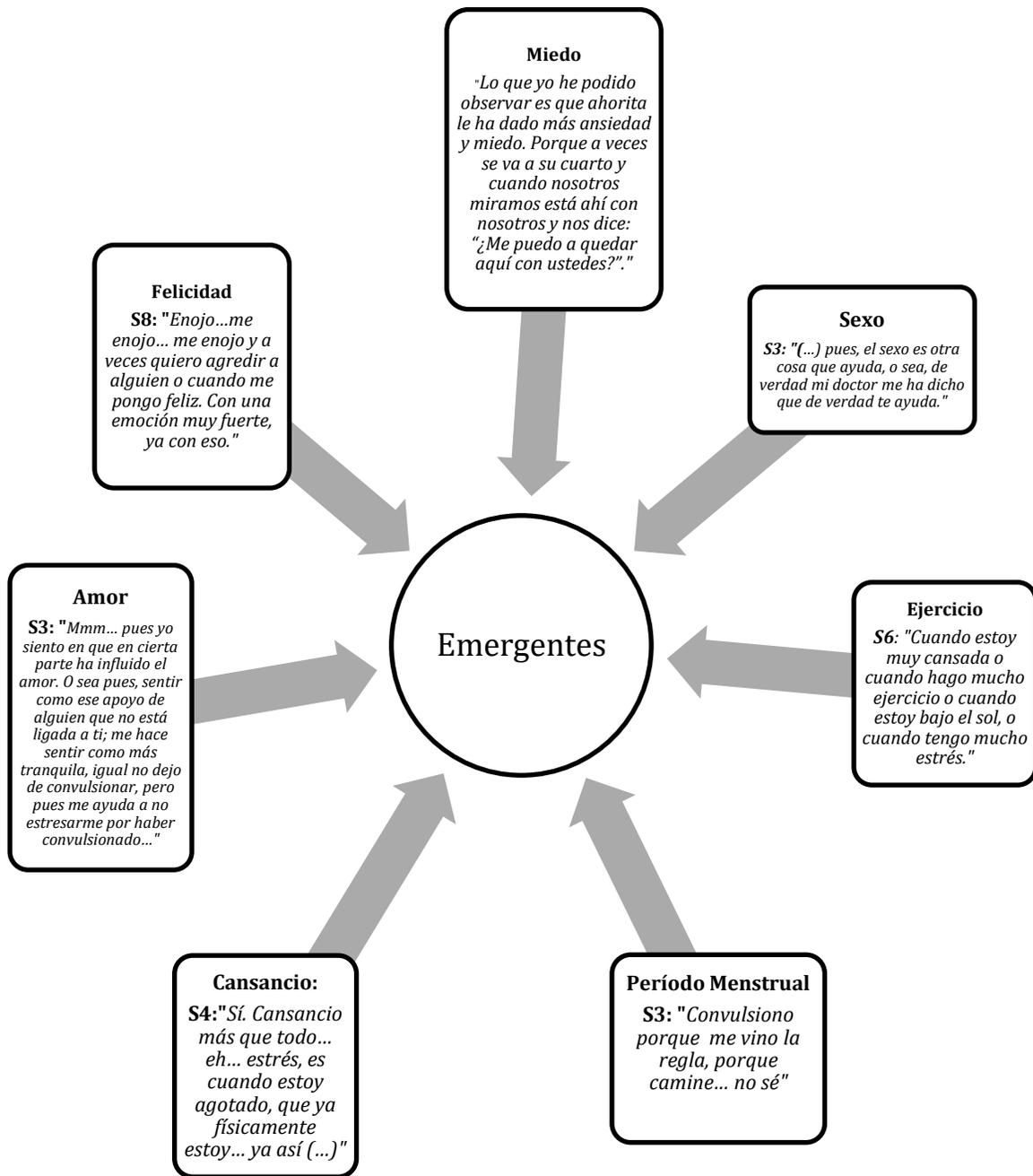
		<p><i>que retrocedió. Ahorita nosotros lo miramos con miedo, con inseguridad no quiere salir es como que... ahorita está en ese proceso, como que retrocedió. Se siente inseguro, no quiere estar solo, y si no lo lleva su papá quiere que yo ande con él y si no, no quiere salir.</i></p>						
Amor			<p><b>#16:</b> <i>Mmm... pues yo siento en que en cierta parte ha influido el amor. O sea pues, sentir como ese apoyo de alguien que no está ligada a ti; me hace sentir como más tranquila, igual no dejo de convulsionar, pero pues me ayuda a no estresarme por haber convulsionado...</i></p>					

			<p><i>pues, el sexo es otra cosa que ayuda, o sea, de verdad mi doctor me ha dicho que de verdad te ayuda.</i></p>					
Sexo			<p><b>#16:</b> <i>Mmm... pues yo siento en que en cierta parte ha influido el amor. O sea pues, sentir como ese apoyo de alguien que no está ligada a ti; me hace sentir como más tranquila, igual no dejo de convulsionar, pero pues me ayuda a no estresarme por haber convulsionado... pues, el sexo es otra cosa que ayuda, o sea, de verdad mi doctor me ha dicho que de verdad te ayuda.</i></p>					









## V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A continuación se presenta la discusión de resultados de la investigación realizada. La misma tuvo como objetivo determinar las emociones negativas más frecuentes que desencadenan una crisis convulsiva en pacientes epilépticos del Hospital General San Juan de Dios y para poder responder a este objetivo se tomó una muestra de 8 sujetos conformada por 4 hombres y 4 mujeres a quienes se les aplicó una entrevista semi-estructurada. Como parte de los elementos de estudio se analizaron tres indicadores, los cuales se presenta a continuación. Así como aquellos factores emergentes que se encontraron durante la entrevista.

La ansiedad es uno de los elementos más estudiados y a su vez de los hallazgos más comunes en pacientes que padecen enfermedades crónicas o quienes se encuentran hospitalizados; así, García (2006), realizó un estudio en donde concluye que los pacientes al momento de padecer una enfermedad crónica utilizan como mecanismo de afrontamiento más recurrente ante la ansiedad, la negación, siendo este el más usado también por los familiares al momento de enterarse de dicha enfermedad. Esto se confirmó en las entrevistas realizadas a los participantes en la presente investigación, en donde el Sujeto 2 y el 6 afirman que el diagnóstico de epilepsia es un foco de ansiedad considerable en su vida, así como para sus familiares, causando a su vez problemas en su salud. También afirmaron que el mecanismo de defensa más utilizado por ellos era la negación especialmente al hablar sobre su epilepsia; aseverando que esto repercutió en su enfermedad de manera indirecta o directa aumentando así los niveles de ansiedad que ellos manejaban; como menciona el Sujeto 6: *“Porque estoy enojada. Yo creo que mi enojo puede influir en tu epilepsia o el cansancio o cuando hago sobre esfuerzo; aunque con cansancio me refiero a estar harta pues o agobiada. Convulsiono por estar enojada (permanece en silencio). Al principio sólo era por sobre esfuerzo, pero como eso no es un sentimiento (se ríe); pero cuando ya estaba en mi casa y no me creían entonces me enojaba mucho y... me daba... (calla pensativa) tal vez como una dos veces a la semana.”* (S6, p.16). Y también el Sujeto 2, quien dijo: *“En esta sí. En la que yo tengo sí porque... y tanto no asimilo el hecho que soy epiléptico, creo que tal vez en un nivel de estrés o un nivel de enojo, uniendo las dos,*

*puede resultar un evento de crisis. Según sabía yo, mis crisis era por no dormir bien, por estar mucho en el teléfono todo eso, pero según entiendo la epilepsia también puede producirse algún ataque por enojo o por... estrés.” (S2, p.15)*

Según Tajer (2008), existen una serie de respuestas adaptativas a la gran exigencia, estas son denominadas sistema de adaptación o estrés; los cuales pueden ser nocivos si se mantiene de manera permanente o prolongada sobre la salud. En las entrevistas realizadas se demostró 4 de 4 pacientes indican que el estrés o la ansiedad es una de las causas más probables para desarrollar una enfermedad o empeorar la misma, así como indicaron que la ansiedad afectaba directamente la epilepsia. Por otro lado, López (2011), realizó un estudio con el objetivo de indagar en las alteraciones emocionales en pacientes hospitalizados, en donde determinó que a medida que van comprendiendo su enfermedad los niveles de ansiedad van en aumento, en especial si no se recibió la correcta preparación o información para adaptarse a su enfermedad. A su vez, estos hallazgos fueron encontrados en los participantes de este estudio, en donde los pensamientos recurrentes y la preocupación son elementos que se pudieron vislumbrar en las entrevistas realizadas. Tal es el caso del Sujeto 4, quien afirma: “...Eh... estrés, es cuando estoy agotado, que ya físicamente estoy... ya así... cuando llego a cierto límite de estrés. Una vez que me sucedió iba manejando y había mucho tráfico y... ya iba a tarde, ya llevaba como que... varias semanas de estar trabajando así, fuerte, sin hacer ejercicio, sin descansar, sin relajar mi cuerpo y... cuando sucedió la convulsión fue... me empecé a sentir... pues de repente mi cuerpo se empezó a tensar...” (S4, p.5) . Así como el Sujeto1, quien indica: “Como cuando me tengo que hacer los exámenes médicos, como una vez me tenía hacer una tomografía... pero no entendí para qué. Igual no sabía cómo pagarlo y eso me generó ansiedad.” (S1, p.12)

Sin embargo, Castillo (2015), realizó un estudio en donde se midió los niveles de ansiedad en pacientes con una enfermedad de tipo crónica, en el cual los niveles de ansiedad mostraron ser leves o bajos; sin embargo, en la presente investigación los pacientes indicaron manejar altos niveles de ansiedad en su vida diaria, lo cual dificultaba el correcto manejo de diferentes aspectos de su vida, como fue el caso del sujeto 2, sujeto 6 y sujeto 7, quienes indicaron en diferentes preguntas que la ansiedad es parte de su cotidianidad.

Así, referente a la ansiedad, se puede concluir que el tipo de estrategia de afrontamiento que utilizan los pacientes para el manejo de los problemas de su vida diaria, así como la información recibida sobre su enfermedad, tienen influencia sobre el manejo de su epilepsia. Se pudo observar que para 4 de los 8 entrevistados, la ansiedad sí es un factor influyente en el desencadenamiento de una crisis convulsiva de manera directa, en donde el género era indistinto siendo dos mujeres y dos hombres, siendo así el sujeto 2, el sujeto 4, el sujeto 6 y el sujeto 7 quienes aseveraron verse directamente afectados por las convulsiones debido a un pobre manejo de su ansiedad; así como se pudo observar que los sujetos que tienen un pobre manejo de los problemas de su vida eran más propensos a tener niveles de ansiedad más altos a su criterio, y a su vez, a ser más propensos en sufrir una crisis convulsiva debido a esto.

Por otra parte, en el tema de la depresión, se pudo observar que la depresión y la ansiedad son de los trastornos mentales más frecuentes en las personas que padecen enfermedades de cualquier tipo, los cuales, influyen en la calidad de vida de los mismos; esto se ve íntimamente relacionado a su capacidad de resiliencia para afrontar los problemas de la vida diaria, así como la red de apoyo social y familiar que los pacientes reciben, los cuales pueden ayudar a disminuir o aumentar los síntomas de su enfermedad. Así pues, Jiménez (2014), hizo un estudio en donde determinó que la depresión, los trastornos ansiosos, el suicidio y la psicosis se encuentran dentro de los trastornos psiquiátricos más prevalentes en las personas con epilepsia; también concluyó que los factores psicosociales que son predisponentes para una depresión en personas epilépticas son: los eventos vitales estresantes, la dificultad para adaptarse a la epilepsia y un estado económico menor. Se puede entender que la poca tolerancia y el pobre manejo a las situaciones estresantes son factores intrínsecos, los cuales se ven directamente relacionados en las crisis convulsivas y en el manejo de la epilepsia. Esto se pudo observar que de los 8 pacientes entrevistados, 3 indicaron que un estado de ánimo depresivo afectaba directamente a sus crisis convulsivas, ya bien fuera como un elemento que pudiera inducir una convulsión o como estado de ánimo luego de haber sufrido una crisis convulsiva. Tal es el caso del Sujeto 1: *“Sí a veces sí, más cuando me agarraba seguido, después de la*

*convulsión.” (S1, p.5); así como del Sujeto 5 quien indicó: “Generalmente sí, a veces es cansancio, a veces es por mucho estrés. Me ha pasado cuando estoy enojada, me ha pasado cuando a veces estoy muy, muy triste; por ejemplo una vez se murió mi tía y cabal en esa época me dio una.” (S7, p.5).*

Paiz (2012), por otro lado, concluyó que el predominio de la sintomatología ansiosa y depresiva se debe a la carga emocional, ya que, influye gradualmente al aumentar los síntomas desde que se diagnostica la enfermedad. La carga emocional relacionada con la epilepsia abarcada diferentes aspectos de la vida del sujeto, dándoles así una intensidad subjetiva a cada quien, esto influirá sobre el desenvolvimiento de la enfermedad misma así como su pronóstico y la calidad de vida del paciente. Al momento de realizar las entrevistas se pudo observar como el estigmatismo que se tiene en la sociedad referente a la epilepsia afecta el estado anímico de los pacientes, tal fue el caso del Sujeto 2, Sujeto 4, Sujeto 5 y Sujeto 6, quienes convirtieron la opinión pública en algo determinante sobre la influencia en su estado del ánimo y su percepción del yo; el cual, al verse amenazado se defiende con diferentes mecanismos de defensa, los cuales pueden o no funcionar, ya que al no haber afrontando situaciones similares, en especial al inicio de la enfermedad, la discriminación y estigmatización por parte de la sociedad y quienes los rodean causan sentimientos de frustración, tristeza e impotencia en quienes la viven. Así se vio reflejado en el Sujeto 4 quien indicó: *“Ah... no sé, es tristeza, tristeza, podría ser como cuando... (suspiro) cuando no logro realizar metas, o cuando me siento encerrado o atrapado, cuando no puedo apoyar a alguien.” (S4, p.11)*, y también en el Sujeto 5 quien aseveró: *“Mmm... pues... tal vez que la gente tiene algo así negativo contra uno. Digamos así las impresiones psicológicas, que le dicen así a uno que uno no puedo decir para nada, que no ayuda a nada y nosotros somos personas normales así como todos. Y ante todo nosotros reforzamos el cerebro más de lo normal que otra gente que son normales.” (S5, p.11)*

Sin embargo, Paiz (2012), también indican que en los pacientes con epilepsia existen puntuaciones similares entre ansiedad y depresión en donde se presentaron más síntomas depresivos sobre los síntomas ansiosos, esto es contrario a los resultados recabados en esta investigación, en donde la depresión presentó menos síntomas de los tres elementos estudiados, así, sólo tres participantes que indicaron presentar síntomas

depresivos recurrentemente, de los cuales únicamente el Sujeto 7, indicó que éstos los relacionaba directamente con su epilepsia.

De los pacientes entrevistados únicamente el Sujeto 5, Sujeto 7 y Sujeto 8 indicaron que el estado de ánimo depresivo, si no es manejado correctamente, puede influir en el desencadenamiento de una crisis convulsiva o generarse después de la misma. Se vio un predominio en la población masculina, referente a los síntomas depresivos. La estigmatización, el duelo, la frustración, así como los problemas de adaptación fueron algunos de los elementos que se observaron a partir de las entrevistas, los cuales, los pacientes indicaron estar estrechamente relacionados con su epilepsia; así pues, se pudo inferir que un estado de ánimo depresivo puede generar un episodio convulsivo en pacientes que sufren de epilepsia; la intensidad del estado de ánimo y la causa del mismo será subjetivo al sujeto y dependerá en gran manera de la red de apoyo que éste tenga y las estrategias de afrontamiento que utilice para lidiar con los problemas de su vida diaria.

Con relación a la ira, Del Cid (2010), realizó un estudio para evaluar las consecuencias del estigma social en pacientes enfermos con VIH, en donde el autor concluyó que el estigma social por dicha enfermedad, afecta de forma definitiva la vida del sujeto de manera integral, en el ámbito psicológico-emocional a través de la introyección e integración de dicho estigma y que se manifiesta a través de sentimientos negativos. Esto se pudo vislumbrar en los resultados de la entrevista, en donde, 5 de los 8 sujetos mostraron a relucir emociones negativas, en especial altos niveles de agresión o ira al momento de sentirse discriminados.

Para los pacientes epilépticos, en especial aquellos carecen de estrategias de afrontamiento adecuados o quienes consideraban que tienen dificultades para manejar los problemas de su vida de manera eficiente o práctica, mostraron tener mayor problema en relación a la estigmatización respecto a su enfermedad, que aquellos que consideraban tener un mejor manejo de sus problemas. Así, quienes indicaban a su vez enojarse constantemente o ser menos tolerantes, indican que existe una relación entre su estado de ánimo iracundo con el inicio de una crisis convulsiva, infiriendo así, que un estado de

ánimo iracundo puede desencadenar una crisis convulsiva en pacientes que padecen epilepsia; así, se pudo ver la dificultad para sobrellevar su enfermedad y cómo esto les afecta directamente, en la entrevista del Sujeto 1 al aseverar: *“Como que me digan cosas acerca de mi enfermedad, cosas que yo siento que me duelen o que me lastimen.”* (S1, p.13) y como en el caso del Sujeto 4, quien indicó: *“Que las personas piensen que soy algo que no soy.”* (S4, p.13); y el Sujeto 2, quien dijo: *“En ésta sí. En la que yo tengo sí porque... y tanto no asimilo el hecho que soy epiléptico, pero... e... creo que tal vez en un nivel de estrés o un nivel de enojo, uniendo las dos, puede resultar un evento de crisis.”* (S2, p.15)

Para muchos pacientes epilépticos la misma discriminación, y por consiguiente, los efectos nocivos que esto trae para su salud, les dificulta poder realizar actividades regulares como trabajar o estudiar, lo que empeora su sentimiento de frustración e ira ante dicha situación. Por dicha razón, Rojas (2012), realizó un estudio donde concluyó que existen insatisfacciones por conflictos no resueltos, éstas se observaron en el área personal, familiar y matrimonial. En donde dichas situaciones los hicieron vulnerables a padecer estrés y alteraciones diversas, con consecuencias emocionales nefastas, tal como lo sería la ira o agresión; a su vez Rojas pudo concluir que entre los estilos de afrontamiento de los sujetos ante la enfermedad fue: el miedo, negación y rechazo. Esto concuerda con los resultados obtenidos en las entrevistas, en los cuales se vislumbró, negación y rechazo como también frustración y supresión. Asimismo los pacientes afirmaron que un estado de ánimo iracundo afectaba de forma directa en sus convulsiones, ocasionando que éstas fueran más propensas a pasar; como ejemplifica el Sujeto 2: *“Ansioso, triste o enojado (pausa pensativo) tal vez enojo. Mi enojo está a nivel 10, o a veces cuando no sacó mi enojo, me lo retengo tal vez me siento muy... muy alterado verdad. Mamá: Ahorita sí ha tenido muy seguidas las crisis. Todos los días, cada dos días...”* (S2, p.17) Y el sujeto 8: *“Enojo...me enojo... me enojo y a veces quiero agredir a alguien. Yo convulsiono casi siempre cuando me enojo o cuando me pongo feliz”.* (S8, p.1).

A pesar de la información recabada, Macías (2006), indicó que los pacientes con una enfermedad crónica, puntúan niveles más bajos de ira que las población promedio; esto

se contradice con la muestra de la presente investigación, en donde cinco de los ocho sujetos (Sujeto 2, Sujeto 4, Sujeto 6, Sujeto 7 y Sujeto 8) entrevistados indicaron manejar altos niveles de ira de manera interna y externa, a diferencia de las puntuaciones obtenidas, lo que da a entender que dentro de este estudio, los pacientes con epilepsia mantenían un estado de ánimo iracundo durante la mayor parte del tiempo, teniendo un menor control de esta emoción.

De los 8 sujetos entrevistados, 5 de ellos, con predominancia en el sexo masculino, mostraron mayores complicaciones referente a su epilepsia por un estado de ánimo iracundo, el cual nace de problemas a nivel personal o social, poca tolerancia a situaciones estresantes, un pobre manejo a los problemas de la vida y estigmatización por parte de la sociedad. Así, en base a las respuestas obtenidas en la entrevista se pudo inferir que la ira es una emoción que influye directamente en el desencadenamiento de una crisis convulsiva; esto es apoyado por la bibliografía en donde se menciona que un estado de ánimo colérico o iracundo desencadena reacciones fisiológicas que incurren en alteraciones de la salud en los individuos que son más propensos a mantener dicho estado de ánimo.

Dentro de las preguntas realizadas a los participantes se les preguntó por el foco epiléptico de su enfermedad en donde los sujetos indicaron tener afectado los siguientes lóbulos: temporales (Sujeto 5, Sujeto 7 y Sujeto 8), Parietal (Sujeto 2), Frontotemporal (Sujeto 3), Parietofrontal (Sujeto 4), Occipital (Sujeto 6) y sin foco conocido por el paciente (Sujeto 1). Esto indicó que no existe una correlación directa en la localización del foco epiléptico con su relación en el desencadenamiento de las convulsiones por la influencia de las emociones negativas, ya que, como se menciona en la biografía, se cree que los sujetos con foco epiléptico en el lóbulo temporal, son más propensos a padecer de convulsiones debido a las emociones.

Asimismo, 7 sujetos de 8 indicaron que las emociones tienen una relación directa con sus convulsiones, mientras que únicamente 4 de ellos (Sujeto 2, Sujeto 6, Sujeto 7 y Sujeto 8) afirmaron haber convulsionado debido a una emoción negativa; así se puede ver que para los pacientes epilépticos las emociones sí juega un papel determinante en su

epilepsia, para ellos las mismas pueden empeorar o mejorar su sintomatología, como lo afirma el Sujeto 3, quien indicó que el amor y el sexo mejoraba su condición. De estos cuatro sujetos tres ellos (Sujeto 2, Sujeto 6 y Sujeto 8) indicaron tener un pobre manejo de los problemas de su vida en general lo cual puede verse relacionado con un incremento en la ansiedad y la ira que manejan en su vida diría, mientras que únicamente el Sujeto 7, quien a su vez, aseveró manejar los problemas de su vida de forma adecuada, no presentó problemas para el manejo de la ansiedad y la ira, así también, fue el único que sujeto que indicó convulsionar al tener un estado de ánimo depresivo.

Así también, se encontró que todos lo sujetos indicaron que sus convulsiones habían disminuido o mejorado con el tiempo gracias al medicamento según mencionaron los participantes, esto descartó que las crisis convulsivas presentadas por estos pacientes sea de tipo Psicogénicas no Epilépticas (CPE), las cuales se creen que son convulsiones no epilépticas de causa emocional, ya que éstas, según la bibliografía, tienden a tener una mal respuesta al tratamiento antiepiléptico, ya que el problema es psicológico y no neurológico.

Se observó que las emociones negativas tienen una importancia considerable para los pacientes al momento, no sólo de presentar enfermedades en general, sino también, sobre el efecto que tiene sobre su epilepsia, ya que consideran que estas se relación de manera directa o indirecta sobre su enfermedad, sin embargo, cabe resaltar que señalaron a las mismas como una causa que influyen en el desencadenamiento, así como otros factores encontrados los cuales se mencionaron anteriormente, que tienen una mayor prevalencia como lo serían el cansancio o el sobre esfuerzo físico. También, se pudo ver que emociones positivas juegan un papel importante respecto al control o mantenimiento de la incidencia de crisis convulsivas en los pacientes, pues quienes afirmaban tener un mejor control sobre los problemas de su vida, mostraron una menor incidencia o recurrencia respecto a las convulsiones.

Las emociones negativas demostraron influenciar en todos los aspectos de la vida de los participantes, incluyendo su epilepsia y el mejoramiento o el empeoramiento de la misma; debido a la subjetividad de las emociones, estas pueden influir de manera diversa

sobre los individuos afectando las áreas más vulnerables de los mismos, esto se nota de mayor manera en pacientes que padecen de enfermedades crónicas; por esta razón se debe de considerar su importancia sobre el organismo y brindar la guía adecuada a quienes tienen un pobre manejo de sus emociones para enfocarse en el bienestar integral de cada uno de los pacientes.

Por último, como parte del análisis de resultados de la presente investigación, se hará mención de aquellos elementos adicionales encontrados en las entrevistas, los cuales los pacientes indicaron estar relacionados con su epilepsia, conocidos como elementos emergentes. Sanya, Mustapha, Ademiluye, Bello y Aloafin, (2014), realizaron un estudio en el cual obtuvieron como resultado que los precipitantes para que se desarrollara una crisis convulsiva era el estrés, falta de sueño, trauma de la cabeza, ataques demoniacos y hechizos; en donde el sexo, la edad, la educación y foco epiléptico no eran influyentes en los precipitadores. Parte de los hallazgos encontrados en dicho estudio pudieron verse reflejados en las entrevistas realizadas, en donde factores como felicidad, cansancio, miedo, el período menstrual y el ejercicio, fueron elementos mencionados o descubiertos en los pacientes de manera singular, es decir, dichos elementos no se remetían necesariamente a todos ellos como una causa común o probable para inducir o emporar una crisis convulsiva; sin embargo, también se encontró que el sexo y el amor eran factores que ayudaban al paciente a controlar o mejor la incidencia de crisis convulsivas. Así lo ejemplifica a continuación por el Sujeto 5 quien dice: *“Cuando estoy muy cansada o cuando hago mucho ejercicio o cuando estoy bajo el sol, o cuando tengo mucho estrés”*. (S6, p.2); y el Sujeto 8 quien aseveró: *“Enojo...me enojo... me enojo y a veces quiero agredir a alguien. Yo convulsiono casi siempre cuando me enojo o cuando me pongo feliz. Convulsiono con una emoción fuerte; después me da sueño... me da sueño...”* (S8, p.1). También, a su vez, el Sujeto 3 mencionó: *“Mmm... pues yo siento en que en cierta parte ha influido el amor. O sea pues, sentir como ese apoyo de alguien que no está ligada a ti; me hace sentir como más tranquila, igual no dejo de convulsionar, pero pues me ayuda a no estresarme por haber convulsionado... pues, el sexo es otra cosa que ayuda, o sea, de verdad mi doctor me ha dicho que de verdad te ayuda.”* (S2, p.16).

## VI. CONCLUSIONES

- No se encontraron distinciones entre el lugar del foco epiléptico con la prevalencia de la influencia de las emociones negativas en las crisis convulsivas en ninguno de los pacientes entrevistados.
- Un pobre manejo en los problemas del diario vivir está relacionado con los niveles de ansiedad, ira y depresión, así como en el aumento de crisis convulsivas.
- Las estrategias de afrontamiento en los pacientes epilépticos son de vital importancia para un correcto manejo sobre la epilepsia y disminuir las crisis convulsivas que pueden generarse debido a un estado de ánimo depresivo, ansioso o iracundo.
- La psicoeducación respecto los factores desencadenantes de la epilepsia, así como qué esperar y el pronóstico de la enfermedad son indispensables para poder aliviar los niveles de ansiedad de los pacientes.
- Las emociones negativas que sobresalieron más por su influencia directa con la epilepsia fue la ansiedad y la ira, las cuales se vieron estrechamente relacionadas unas con otras y con un pobre manejo de los problemas de la vida.
- Se encontró que los hombres son más propensos a tener efectos secundarios por un mal manejo de las emociones negativas que las mujeres; esto debido a la poca expresión de las mismas, indicando así que las emociones negativas tenían un impacto directo en su epilepsia.
- Se demostró que los sujetos entrevistados calificaban su manejo de los problemas de la vida como deficiente o malo, o que habían tenido problemas para manejarlos en un período reciente incrementaba sus niveles de ansiedad e ira; indicando así una relación directa entre sus crisis convulsivas y sus emociones.

## **VII. RECOMENDACIONES**

### **Al Hospital:**

- Al departamento de neurociencias del Hospital General San Juan de Dios impartir psicoeducación de manera puntual y preferentemente individual a los pacientes que son diagnosticados con epilepsia para disminuir la ansiedad y miedo referente a su enfermedad.
- Promover programas de formación e información para los familiares y sobre el pronóstico, así como las limitantes que presentan los pacientes con epilepsia.
- A los neurólogos, no descartar la influencia de las emociones sobre las crisis convulsivas dentro de una crisis epiléptica.

### **A los Pacientes:**

- A los pacientes, adicional al tratamiento médico, llevar un tratamiento psicológico para mejorar las estrategias de afrontamiento que actualmente manejan y disminuir así la ansiedad e ira que manejan principalmente en relación a su epilepsia.

### **A Investigadores:**

- A los neuropsicólogos se recomienda hacer investigaciones sobre las emociones negativas y su influencia en las crisis epilépticas a mayor profundidad; así como la relación entre las estrategias de afrontamiento y la relación con la cantidad de crisis epilépticas vividas por el paciente.

## VIII REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. (5ª Ed.) Arlington, VA.: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Asociación Colombiana de Neurología. (2011). *Epilepsia*. Asociación Colombiana de Neurología. Recuperado de: <http://www.acnweb.org/docs/epilepsia1.pdf>
- Brufal, J. (2012) *La Salud y la Influencia de las Emociones Positivas* [Mensaje en un blog]. Blog de Naturopatia. Recuperado de: <https://www.naturopatamasdeu.com/la-salud-y-las-emociones-positivas/>
- Castillo, D. (2015). *Manifestaciones de ansiedad que presentan los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, en la edad adulta media*. [Tesis de Pregrado]. Recuperado de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/05/42/Castillo-Dalia.pdf>
- Del Cid, W. (2010). *Forma en que afecta el estigma social que lleva implícito el estar infectado o padecer VIH / SIDA*. [Tesis de Pregrado]. Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- García-Noval, J., Moreno, E., De Mata, F., Soto, H., Fleres, C., Craig, F y Alan, J.C. (2001). *An Epidemiological study of epilepsy and epileptic seizures in two rural Gutemalan communities*. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, Vol. 95, pp. 167 – 175.
- García, E. (2006). *Afrontamiento, emociones y creencias de la Enfermedad Pulmonar Obstructivo Crónica en pacientes y familiares* [Tesis de Maestría] Recuperado de: <http://eprints.uanl.mx/1712/1/1020154536.PDF>

García, G. (2012). *Análisis socioepidemiológico de la epilepsia. Área del oeste de Málaga. Gestión sanitaria y calidad de vida* [Tesis de doctorado] Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=24824>

Gonçalvez, F., González, V. y Vásquez, J. (2008). *Atención Primaria de Clínica, Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad*. 2da Ed. Madrid: Editorial International Marketing and Communications, S.A.

Gorosabel, J. (2013). *Estudio de los síntomas somáticos asociados a los trastornos depresivos y de ansiedad en una población de atención primaria* [Tesis de Doctorado] Recuperado de: [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/14125/66216\\_gorosabel%20rebolleda%20jesus.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/14125/66216_gorosabel%20rebolleda%20jesus.pdf?sequence=1)

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ª Ed.). México: McGraw-Hill.

Instituto Nacional de Salud Mental y Servicios Humanos de Estados Unidos. (Enero 2009). Depresión. Instituto Nacional de Salud Mental. Número SP 09, pp. 2-29. Recuperado de: [https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion\\_38791.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion_38791.pdf)

Jerez, A. (2014). *Epilepsia, depresión y ansiedad en coexistencia*. En: Lara Girón JC, Jerez Magaña AA, Ramírez Samayor OG, Pérez Córdova JM. *Clínicas de Neurociencias: Epilepsias, enfoque Multidisciplinario*. 2a Ed, (p. 72) Guatemala: Humana.

Jiménez, C. (2014). *Análisis de la relación entre la epilepsia y los trastornos psiquiátricos* [Tesis de Maestría] Recuperado de: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis55.pdf>

- Layton, E. (2013). *Calidad de vida en pacientes con epilepsia del área de neuropsicología en el Hospital General San Juan de Dios*. [Tesis de Pregrado]. Recuperado de: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/42/Velasquez-Mario.pdf>
- Lennart, G. y Mogens, D. (1995). *Epilepsia*. Recuperado de: [http://books.google.es/books?id=jHiWb6ONF58C&printsec=frontcover&dq=epilepsia&hl=es&sa=X&ei=pvxDT-HIEvO00AH-\\_YHOBw&sqi=2&ved=0CEEQ6AEwAg#v=onepage&q=epilepsia&f=false](http://books.google.es/books?id=jHiWb6ONF58C&printsec=frontcover&dq=epilepsia&hl=es&sa=X&ei=pvxDT-HIEvO00AH-_YHOBw&sqi=2&ved=0CEEQ6AEwAg#v=onepage&q=epilepsia&f=false)
- López, I. (2011). *Alteraciones emocionales en la hospitalización infantil*. [Tesis de Doctorado] Recuperado de: . <https://hera.ugr.es/tesisugr/20314528.pdf>
- Macías, Y. (2006) *Ansiedad, Ira y tristeza-Depresión en la enfermedad de Parkinson* [Tesis de Pregrado] Recuperado de: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/psi/ucm-t29262.pdf>.
- Martín, E. (2017). *Epilepsia: Tipos de crisis epilépticas*. *Webconsultas Heath Care*. Recuperado de: <http://www.webconsultas.com/epilepsia/tipos-de-crisis-epilepticas-300>
- Montelongo, R., Zaragoza, A., Morales, G. y Villaseñor, S. (2005) *Trastornos de Ansiedad*. *Revista Digital Universitaria*. Vol. 6 No. 11. Pp. 2-8. Recuperado de: [http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art109/nov\\_art109.pdf](http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art109/nov_art109.pdf)
- Nieto-Barrera, M. (1999). *Trastornos Paroxísticos no Epilépticos*. *Neurología.Com*. Recuperado de: <https://www.neurologia.com/articulo/98353>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión*. *Who.it*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Ortuño, F. (2009). *Lecciones de Psiquiatría*, España: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Paiz, M. (2012). *Niveles de depresión y ansiedad en pacientes epilépticos que asisten a consulta externa de adultos al departamento de Neurociencias del Hospital General*

*San Juan de Dios*. [Tesis de Pregrado]. Recuperado de:  
<http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/42/Paiz-Maria.pdf>

Pérez, M., Redondo, M. y León L. (2008). *Aproximaciones a la emoción de la ira*. Revista Electrónica de Motivación y Emoción. Volumen (21), p. 3.

Pineda, E., Alvarado, E. y Canales, F. (1994). *Metodología de la Investigación* (2ª. Ed.). Washington, D.C., Estados Unidos: Organización Panamericana de La Salud

Pinel, J. (2007). *Biopsicología*. 6ta Ed. Madrid, España: Editorial Pearson.

Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A. y Oblitas, L. (Diciembre 2009). *Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física*. Revista Suma Psicológica. Vol. 16. N° 2. (pp 87-108)

Ramón, J. (2008). *Entrevista* [Mensaje de Blog]. Sapere aude. Recuperado de:  
<https://pochicasta.files.wordpress.com/2008/11/entrevista.pdf>

Ramos-Loyo, J. & Sanz-Martín A. (2005). *Trastornos emocionales en la epilepsia*. Revista Ciencia. Recuperado del sitio web:  
[http://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/56\\_3/trastornos\\_emocionales.pdf](http://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/56_3/trastornos_emocionales.pdf)

Rauch, E. (8 diciembre 2007). *Factores desencadenes de crisis epilépticas*. Revista Chilena de Epilepsia. Recuperado del sitio web:  
[http://www.revistachilenadeepilepsia.cl/revistas/revista\\_a\\_8\\_n1\\_diciembre2007/a8\\_1\\_tr\\_desencadenantes.pdf](http://www.revistachilenadeepilepsia.cl/revistas/revista_a_8_n1_diciembre2007/a8_1_tr_desencadenantes.pdf)

Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la Lengua Española* (23ª ed.). Consultado en: <http://dle.rae.es/?id=HTiXnHN>

Rodenas, S. (2014). *Problemas Psicosociales en la Epilepsia*. En: Lara Girón JC, Jerez Magaña AA, Ramírez Samayor OG, Pérez Córdova JM. *Clínicas de Neurociencias*:

*Epilepsias, enfoque Multidisciplinario*. 2a Ed, (pp. 284) Humana Editores: Guatemala.

Roja, G. (2012). *Estrategia psicoeducativa para la prevención y control de riesgos emocionales en personas con epilepsia* [Tesis de doctorado] Recuperado de: <http://tesis.repo.sld.cu/669/>

Rubia, F. (2009) Los asombrosos síntomas de la disfunción del lóbulo temporal [Mensaje de Blog]. Recuperado de: [http://www.tendencias21.net/neurociencias/Los-asombrosos-sintomas-de-la-disfuncion-del-lobulo-temporal\\_a15.html](http://www.tendencias21.net/neurociencias/Los-asombrosos-sintomas-de-la-disfuncion-del-lobulo-temporal_a15.html)

Salas, T. y Palomino, A. (2010). *Trastornos paroxísticos no epilépticos. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP*. 2ª Ed. España: Ergon, S.A.

Salas-Puig, J., Mateos, V., Amorín, M., Calleja, S., y Jiménez, L. (2000). *Epilepsias reflejas*. Revista de Neurología, Volumen 1, p. 85 - 89.

Santos, J. (2010). *Fenomenología de la depresión y disfunción límbica en epilepsia refractaria* [Tesis de Doctorado] Recuperado de: [https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/83184/1/DPPMMLHM\\_SantosGarcia\\_Fenomenologiadeladepresion.pdf](https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/83184/1/DPPMMLHM_SantosGarcia_Fenomenologiadeladepresion.pdf)

San, L. y Arranz, B. (2010). *Comprender la depresión*. Barcelona: editorial Amat, S.L.

Sanya, E., Mustapha, K., Ademiluye, A., Bello, A. & Aloafin, B. (2014) Self-perceived seizure precipitants among patients with epilepsy in middle-belt Nigeria: Nigeria, Africa: de Nigerian Journal of Clinical Practice. Recuperado del sitio web: <https://www.ajol.info/index.php/njcp/article/view/111193>

Vallejo, J. y Gastón, F. (2000). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. (2da edición) Barcelona: Masson. [11]

Velázquez, M. (2012). *Una aproximación a la valoración neuropsicológica de las funciones cognitivas en pacientes con epilepsia que asisten al Hospital General San Juan de Dios*. [Tesis de Pregrado]. Recuperado de: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/42/Velasquez-Mario.pdf>

Villalobos, X. (s.f.). *Comprender la depresión*. Psicovital. Recuperado de: <http://psicovital.cl/articulos/Comprender.pdf>

Villarejo, F. (1998). *Tratamiento de la epilepsia*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos. S.A.

## ANEXO

Instrumento: Entrevista Semi-estructurada

### Entrevista dirigida a Pacientes con Epilepsia del Hospital General San Juan de Dios

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### DATOS GENERALES

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Ubicación de Foco epiléptico: \_\_\_\_\_

Lugar de procedencia: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Tiempo de padecer la enfermedad: \_\_\_\_\_

1. ¿Podría describirme cómo son sus crisis convulsivas?
2. ¿Cada cuánto suceden las crisis epilépticas?
  - ¿Han disminuido o aumentado con el tiempo?
3. ¿Qué medicamento toma para la epilepsia?
  - ¿Ha notado algún efecto secundario con el medicamento?
  - ¿Cuánto tiempo lleva usándolo?
  - Adicional a esto, ¿toma algún otro medicamento?
4. ¿Se mantiene consciente al momento de presentar una crisis epiléptica?

5. ¿Ha pensado o puesto atención a lo que está sintiendo justo antes de experimentar una convulsión?, ¿Si es así, podría describirlos?:
6. ¿Qué le han dicho las personas que lo han visto durante una crisis epiléptica?
7. ¿Cómo considera usted que maneja los problemas en su vida en general?
8. ¿Considera que puede enojarse con facilidad o perder los estribos con frecuencia?
9. Cuando se siente triste o decaído, ¿Qué es lo que hace para poder manejar dicha situaciones?
10. ¿Considera que es una persona ansiosa o que se estresa con facilidad?
11. ¿Qué tipo de situaciones le generan tristeza?, ¿Existe alguna que haya pasado recientemente?
12. ¿Qué tipo de situaciones le generan estrés o ansiedad?, ¿Podría ejemplificarme alguna?
13. ¿Qué tipo de situaciones lo molestan o sulfuran?, ¿Podría brindarme un ejemplo?
14. Podría decirme para usted ¿cuáles son emociones negativas?
15. ¿Considera que las emociones negativas influyen en las enfermedades?, ¿Cómo?

16. ¿Cómo cree usted que sus emociones pueden influir en su epilepsia?

17. ¿Ha padecido de una crisis convulsiva luego o en el transcurso de alguna situación que lo hizo sentir ansioso, triste o iracundo?

- De ser el caso, ¿En la escala de 1 al 10, en donde 1 se calificaría como ninguna molestia y 10 la máxima expresión del sentimiento, qué puntaje le daría?
- ¿Con frecuencia esto sucede?

18. Podría describir su estado de ánimo antes de iniciar una crisis convulsiva y después de la misma: