



RESUMEN

Se realizó un estudio cuasiexperimental con el objetivo de promover y prevenir la epilepsia mediante la aplicación de conocimientos, actitudes y prácticas en los estudiantes y maestros de la parroquia Quingeo de la Provincia del Azuay en el año 2011.

Métodos: Se realizaron 249 encuestas estandarizadas, a estudiantes y docentes de la Parroquia Quingeo, posteriormente se brindó una intervención educativa a la población en estudio y para medir el impacto de la intervención se aplicó la misma encuesta post intervención.

Resultados: Las medias de las edades para la población estudiantil se ubicó en 14,10 años (DS=1,97) y para la población de profesores en 36,04 años (DS=9,99); la mayoría de la población había oído hablar epilepsia (93,2% estudiantes y 95,9% profesores), sin embargo el porcentaje de casos que conocían personas con esta enfermedad fue bajo (17,8% estudiantes y 60,3% profesores); se lograron cambios estadísticamente significativos en ($p < 0,05$) en los siguientes ítems: causa enfermedad cerebral, causa contagiosa, causa hereditaria (únicamente en estudiantes), enfermedades de la sangre (únicamente en estudiantes). La aceptación de las personas con epilepsia cambio notablemente con beneficio más para los estudiantes, también en cuanto hacia el estigma sobre la educación, igualdad de la inteligencia de personas con epilepsia, actividad sexual, embarazo y empleo y las practicas frente a una crisis epiléptica.

Conclusiones: Se lograron cambios positivos en los conocimientos, actitudes, y prácticas en los estudiantes en referente a las causas de la epilepsia.

PALABRAS CLAVE: EPILEPSIA-CONTROL Y PREVENCIÓN, CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICA, ZONAS RURALES, ESTUDIANTES, DOCENTES.



ABSTRACT

Quasi-experimental study was conducted with the aim of promoting and preventing epilepsy by applying knowledge, attitudes and practices among students and teachers of the parish Quingeo of the Province of Azuay in 2011.

Methods: 249 surveys were conducted standardized, students and teachers of the Parroquia Quingeo, subsequently provided an educational intervention to the study population and to measure the impact of the intervention was the same post intervention survey.

Results: The mean age for the student population stood at 14.10 years (SD = 1.97) and for the population of teachers in 36.04 years (SD = 9.99), most of the population had heard epilepsy (93.2% and 95.9% student teachers), but the percentage of cases heard by people with this disease was low (17.8% and 60.3% student teachers) were achieved statistically significant changes in ($p < 0.05$) in the following items: cause brain disease, infectious causes, heredity (students only), blood diseases (students only). The acceptance of people with epilepsy change significantly with more benefit for students, also as to the stigma on education, equality of intelligence of people with epilepsy, sexual activity, pregnancy and employment practices against a seizure.

Conclusions: We achieved positive changes in knowledge, attitudes, and practices regarding students in the causes of epilepsy.

KEYWORDS: EPILEPSY-CONTROL AND PREVENTION, KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICE, RURAL AREAS, students, teachers.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
1. INTRODUCCIÓN	8
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
3. JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS.....	14
4. MARCO TEÓRICO.....	16
5. HIPÓTESIS	22
6. OBJETIVOS	22
7. METODOLOGÍA.....	23
8. RESULTADOS	26
9. DISCUSIÓN	48
10. CONCLUSIONES.....	53
11. RECOMENDACIONES	55
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
13. ANEXOS	61



Nosotros, Daniela Nicole Almeida Aragundi, Israel Andrés Patiño Cabrera, Adrián Francisco Muñoz Rojas, reconocemos y aceptamos el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención del título de Médico y Médica respectivamente. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de nuestros derechos morales o patrimoniales como autores.

Nosotros, Daniela Nicole Almeida Aragundi, Israel Andrés Patiño Cabrera, Adrián Francisco Muñoz Rojas, certificamos que todas las ideas, opiniones, y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autores.



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**“PROMOVER Y PREVENIR LA EPILEPSIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA
DE SALUD MEDIANTE LA APLICACIÓN DE CONOCIMIENTOS,
ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN ESTUDIANTES Y MAESTROS DE LA
PARROQUIA QUINGEO, PROVINCIA DEL AZUAY, AÑO 2011.”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICO Y MÉDICA**

**AUTORES: DANIELA NICOLE ALMEIDA ARAGUNDI.
ISRAEL ANDRÉS PATIÑO CABRERA.
ADRIAN FRANCISCO MUÑOZ ROJAS**

DIRECTOR: DR. LUIS ARTURO CARPIO RODAS.

ASESOR: DR. JORGE LUIS GARCÍA ALVEAR.

**CUENCA – ECUADOR
2012**



DEDICATORIA

Nosotros, deseamos dedicar este proyecto a todo aquel individuo que con miedo y contradicciones aspira seguir el camino de la medicina, no le decimos que sea fácil pero con perseverancia, sacrificio y amor si es posible recorrerlo.

LOS AUTORES



AGRADECIMIENTO

Anhelamos manifestar nuestra gratitud eterna a cada una de nuestras familias que con paciencia y dulzura nos apoyaron en las decisiones que realizamos, a nuestros compañeros de clases que batallaron con nosotros todas nuestras guerras, a nuestros catedráticos que con sabiduría guiaron nuestra trayectoria, a nuestro director de tesis el Dr. Arturo Carpio quien nos planteó este proyecto que generó impacto en las comunidades rurales del Azuay y nos permitió conocer a otros compañeros que compartieron nuestras mismas vicisitudes; y a nuestro asesor el Dr. Jorge García que con paciencia nos supo explicar el mundo de la estadística.

A todos ellos muchas gracias.

LOS AUTORES.



1. INTRODUCCIÓN

La epilepsia es una de las enfermedades neurológicas de mayor consulta y con mayor frecuencia, tiene graves consecuencias biológicas, psicológicas y económicas no solo para el paciente y su familia, sino también para la sociedad en general (1).

Se han publicado varios estudios en relación a la prevalencia de esta enfermedad en la población general, con valores que fluctúan entre 7-10 casos por cada 1000 habitantes (2, 3, 4); estos datos muestran cifras más alarmantes en los países en vías de desarrollo (3, 4, 5) en relación a los países desarrollados (2, 6, 7). El mayor problema además, radica en que aproximadamente el 90% de los pacientes en estos países, no recibe ninguna clase de tratamiento (8). En el Ecuador, varios estudios descriptivos con cohorte epidemiológica se realizaron durante los años ochenta (9, 10), de ellos se recoge que la prevalencia de la epilepsia sería de 9 x 1000 habitantes; datos de prevalencia de la epilepsia en la parroquia Quingeo que fueron obtenidos en investigaciones recientes, demuestran que de la población el 2.7% resultó con sospecha de epilepsia; de estos, 1.6% resultó con diagnóstico de epilepsia confirmado por el neurólogo; de estos: el 66.6% tuvo crístico-clónicas y la mayor prevalencia en edad fue de 21 a 60 años (66.7%); en género fue el femenino (66.7%) (18).

A diferencia de los países desarrollados, donde las mayores tasas de epilepsia se concentran en los niños y los ancianos, en países subdesarrollados los más afectados son los niños y los adultos jóvenes, posiblemente debido a deficiencias en la atención perinatal y a una mayor incidencia de traumas craneanos y enfermedades infecciosas y parasitarias del sistema nervioso central (1, 2).

América Latina está sufriendo rápidos cambios en los perfiles de salud de su población, caracterizados por una disminución de las patologías propias del



subdesarrollo y el incremento de las enfermedades predominantes de los países industrializados. Mientras la mortalidad por enfermedades transmisibles se ha reducido radicalmente, las defunciones e incapacidades por padecimientos crónicos (tumores malignos, diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares) y enfermedades no transmisibles aumentan. La epilepsia se encuentra dentro de este grupo de enfermedades. Es por eso que lo ideal sería la aplicación de servicios de atención sostenible, la entrega de fármacos antiepilépticos de primera línea a través de Centros de Atención Primaria de Salud, con lo que se conseguiría reducir las brechas entre el enfermo y el tratamiento, mejorando así la calidad de vida (1, 2,3).

La epilepsia es también un importante factor que contribuye al desarrollo de discapacidades en los niños y adultos con alta incidencia de problemas emocionales, que pueden durar toda la vida, con consecuencias en las aptitudes individuales y en la interacción social. Tiene importantes consecuencias físicas, psicológicas, sociales y económicas. Además, las tasas de mortalidad son cuatro veces más altas en adultos jóvenes con epilepsia que en la población general. El bienestar económico y social de los individuos con epilepsia está drásticamente disminuido, y la carga en los sistemas de salud, en términos de costos por la enfermedad y personales, es significativa (1, 2,3).

Es por eso que queremos dirigir esta investigación a la promoción de salud y prevención de la enfermedad en la población de Quingeo, lo que se conseguiría mediante la capacitación de la comunidad respecto al problema, su sintomatología, identificación oportuna y eliminación de los factores de riesgo (genéticos, perinatales, infecciones del SNC, neurocisticercosis, traumatismos craneoencefálicos, intoxicaciones, evento cerebrovascular) para de esta manera brindar una adecuada atención.

El manejo temprano de la epilepsia es importante, puesto que es un trastorno controlable, si se lo detecta y trata en etapas tempranas. No obstante, esta situación es bastante diferente en los países menos desarrollados cuyas



familias, principalmente las de las áreas rurales, no tienen acceso a un diagnóstico y tratamiento temprano, por no disponer de asistencia médica calificada (1,2), insuficiente disponibilidad de medicamentos, sistemas de salud mal organizados, falta de transporte y seguro de salud. Comprender la influencia de estos factores puede ser vital en la elaboración de un diagnóstico definitivo de la necesidad de la comunidad para hacerle frente (1, 2, 3, 4).

La atención de los pacientes con epilepsia debe estar a cargo de neurólogos, aunque por diversas razones esto no se cumple en muchos países en desarrollo. En Ecuador hay 0,6 neurólogos por 100 000 habitantes, con la circunstancia agravante de que todos los neurólogos están concentrados en los centros asistenciales urbanos de las principales ciudades del país. Por lo que para poder cubrir las necesidades asistenciales de las personas con epilepsia en los países que no cuentan con suficientes neurólogos se ha propuesto que los médicos generales que laboran en la atención primaria puedan establecer el diagnóstico temprano e iniciar el tratamiento de la epilepsia. Esto es posible ya que el diagnóstico de la epilepsia es fundamentalmente clínico en el 80–90% de los casos (10) y que el pronóstico de la enfermedad, en términos generales, es favorable (1, 2, 3, 11, 12).

Por lo que nuestro trabajo está encaminado a la capacitación e información a los miembros de esta comunidad y así colaborar con una adecuada atención primaria y mejorar la calidad de vida de los pacientes.



2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La epilepsia es la enfermedad neurológica más común alrededor de todo el mundo (25). De acuerdo a la Liga Internacional Contra le Epilepsia (ILAE), el 85% de la población afectada con esta enfermedad proviene de los países subdesarrollados (26). Se estima que en Latinoamérica y el Caribe (LAC) existen alrededor de cinco millones de personas con epilepsia, de las cuales aproximadamente el 80% no reciben tratamiento médico (27).

En la última década se han realizado estudios, con recomendaciones metodológicas de la ILAE (28), la prevalencia de la epilepsia en países Latinoamericanos promedia la cifra de 10/1,000 (29, 30) y la incidencia es de más de 100/100,000 (29, 31). Esta última cifra es significativamente mayor a la obtenida en países desarrollados, que es de 40 a 70/100,000 (29). Dicha diferencia está probablemente relacionada con la presencia de potenciales factores de riesgo en países subdesarrollados, tales como atención perinatal deficiente, trauma de cráneo y enfermedades infecciosas y parasitarias del sistema nervioso central (32). De igual forma, en contraste con los países desarrollados, en donde las tasas de mayor frecuencia de epilepsia ocurren en los extremos de la vida (niños y población senil), en los países Latinoamericanos ocurre en niños y adultos jóvenes, lo cual a su vez estaría relacionado con la presencia de enfermedades de mayor prevalencia en estos grupos de edad, como las arriba mencionadas. Adicionalmente, la tasa de mortalidad de la epilepsia en Latinoamérica es tres a cuatro veces mayor que la reportada en la población general e incluso la razón de mortalidad estandarizada (33,27) es mayor que en países desarrollados (17).

En el Ecuador la incidencia alcanzó en el año 2005 alrededor de 25.8% por cada 100.000 habitantes según la MSP. En el Azuay para el año 2005 la dirección de salud registra 354 nuevos casos, que significa 54,49% por cada 100.000. En un estudio puerta a puerta realizado (etapa de pre-intervención del proyecto de "manejo integral de la epilepsia: un modelo de atención primaria de



salud), para conocer la prevalencia, conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs) de las familias sobre la Epilepsia en las Parroquias, El Valle, Quingeo, Santa Ana, Zhidmad, de la Provincia del Azuay en el 2009, los resultados del estudio, nos muestra una prevalencia significativa de epilepsia en cada parroquia, estos fueron confirmados con diagnóstico positivo por parte de neurólogos. Según los CAPs, la mayoría de los encuestados habían escuchado de epilepsia, conocían alguien con esta patología, y habían sido testigo de un ataque. Menos de la mitad de la población, desconocen la causa, y la otra parte, creen que la causa es hereditaria, y una pequeña parte, cree que se debe a una enfermedad cerebral. El estudio reveló que la mayoría de los padres permitirían a su hijo compartir actividades con un niño epiléptico, y piensan que el tratamiento lo debe realizar un especialista. Menos de la mitad de la población, entre las prácticas comunes usadas son buscar ayuda profesional. En conclusión el estudio reveló que el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas, en cierta forma son favorables en la mitad de la población, sin embargo surge la necesidad de programas educativos sobre epilepsia en las parroquias, para llenar los vacíos, y minimizar el estigma (18).

De esta manera, la epilepsia constituye un problema de salud pública, con graves consecuencias biológicas, psicológicas y económicas, no sólo para el paciente y su familia, sino para la sociedad en general (33). En virtud del peso social de esta enfermedad, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se unió al esfuerzo iniciado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), conjuntamente con la ILAE y el Buró Internacional de la Epilepsia en la Campaña Global contra la Epilepsia, a fin de “mejorar la aceptabilidad, tratamiento, servicios y prevención de la epilepsia alrededor del mundo”. En este contexto, y en virtud de la magnitud de la problemática de la epilepsia en niños menores de 10 años en los países de LAC, la OPS decidió incorporar la epilepsia al programa “Atención Integrada a la Enfermedades Prevalentes de la Infancia” (AIEPI).



El programa AIEPI fue inicialmente desarrollado por la OMS y la UNICEF, orientado a reducir la mortalidad de las enfermedades más comunes y prevenibles de la niñez. Este programa se basa en medidas preventivas e intervenciones clínicas bien validadas, y tiene los siguientes componentes: 1- componente clínico, diseñado para mejorar las destrezas de los trabajadores de la salud, 2- componente administrativo, dirigido al manejo de algunos aspectos operativos de la salud, y 3- componente comunitario, orientado a incrementar la información, educación y motivación de la familia y la comunidad sobre los problemas de salud de la infancia, en el nivel de atención primaria. El programa AIEPI inicialmente se orientó a cubrir las infecciones respiratorias agudas, diarrea, sarampión, malaria y desnutrición, que eran las principales causas de mortalidad en niños menores de 5 años. Posteriormente, en virtud del éxito alcanzado, se incorporó al programa el manejo del asma, diabetes y maltrato infantil.

Por tales razones, la perspectiva de esta investigación es contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de pacientes con epilepsia, informando, educando y comunicando mediante la aplicación de un cuestionario PRECAPS-POSCAPS.



3. JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS

La epilepsia es una de las enfermedades graves más comunes del cerebro, afectando a cerca de 50 millones de personas en todo el mundo y representando el 1% de la carga mundial de morbilidad, de lo cual el 80% de ello está en los países en desarrollo (16). En Ecuador, de acuerdo a varios estudios, la prevalencia de la epilepsia es de alrededor de siete por 1.000, lo cual es similar a las cifras reportadas en los países desarrollados. Sin embargo, la incidencia reportada es mucho mayor (alrededor de 140 por 100.000), en comparación a la de los países industrializados (40-70/100.000), lo cual probablemente significa que los factores de riesgo para epilepsia son diferentes en los países socioeconómicamente deprivados (17). Mientras los estudios de países desarrollados muestran un modelo consistente que sugiere que el inicio de la epilepsia ocurre en ambos extremos de la vida, las cifras de los países en desarrollo son más altas en los jóvenes y en adultos de edad media, quizás como una manifestación secundaria de algunas enfermedades prevalentes en estos grupos etarios, tales como enfermedades infecciosas y parasitarias que son endémicas en estos países (16,17).

Debido a la importancia de la epilepsia en nuestro país hemos decidido realizar este proyecto, ya que aparte de medir los conocimientos, actitudes y prácticas de epilepsia en la parroquia Quingeo de la provincia del Azuay también vamos a realizar la promoción de la epilepsia que es parte fundamental de la atención primaria de salud (APS). Sabemos que más de 300.000 ecuatorianos han presentado una crisis convulsiva, de los cuales aproximadamente 150.000 padecen epilepsia y cada año serán diagnosticados en nuestro país entre 12.000 a 18.000 nuevos casos de epilepsia. Casi la mitad de estos pacientes son niños o adultos jóvenes, lo que constituye un importante sector de la población potencialmente productiva que estaría en riesgo de constituirse en una carga para la sociedad, debido a los estigmas y prejuicios sociales que lamentablemente persisten en nuestro medio. (20)



Los resultados científicos demuestran que la atención primaria de salud (APS) es un componente clave para alcanzar la efectividad de los sistemas de salud y puede adaptarse a los diversos contextos sociales, culturales y económicos de los diferentes países. Un sistema de salud basado en la APS, además de estar conformado por elementos estructurales y funcionales que garanticen la cobertura universal con equidad, es decir, que abarque a todos los individuos incluidos en un sistema de salud y que todos ellos tengan las mismas posibilidades y facilidades de acceder a él, debe prestar atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, hacer hincapié en la prevención y en la promoción y garantizar la atención del paciente en el primer contacto. Las familias y las comunidades son la base para su planificación y puesta en práctica (15).

Se ha propuesto en el 2009 el Programa de Manejo Integral de la Epilepsia en Atención Primaria de Salud (PROMEAPS) que integra medidas para la detección precoz, tratamiento efectivo y prevención de la epilepsia, cuyo proceso tiene una duración de por lo menos 5 años e incluye componentes de investigación epidemiológica, clínica y de salud pública (18).

Con todo lo expuesto anteriormente cabe recalcar que nuestros esfuerzos están dirigidos a enseñar a la comunidad sobre esta enfermedad, como prevenir y manejar una crisis epiléptica en el hogar y como aportar un mejor ambiente y posibilidades de desarrollo personal para estos pacientes con mejora en la calidad de vida, (20) ya que los sistemas de salud centrados en la atención individual, los enfoques curativos y el tratamiento de la patología deben incluir acciones encaminadas hacia la promoción de la salud, la prevención de enfermedades e intervenciones basadas en la población para lograr la atención integral e integrada (19).



4. MARCO TEÓRICO

La epilepsia es un trastorno neurológico grave y es también uno de los más frecuentes dentro de las enfermedades no transmisibles (ENT). Se estima que más de cuatro quintas partes de los 50 millones de personas con epilepsia en el mundo se encuentran en los países en desarrollo. La brecha de las cifras de tratamiento en los países en desarrollo sugiere que en algunos lugares, hasta el 90% de los pacientes con epilepsia activa no están recibiendo la terapia anticonvulsiva, y el costo es sólo uno de una serie de razones. La mejora en la atención médica de las personas con epilepsia se encuentra compuesta de muchos factores, entre ellos la mejora de las capacidades de gestión de personal de atención de la salud en el nivel de atención primaria, por lo que el empoderamiento de salud de los trabajadores capacitados se ha recomendado como un medio de mejorar el acceso a la atención (4).

La epilepsia, enfermedad crónica que afecta de diversos modos la vida psíquica y social del paciente y su familia, es una entidad donde los investigadores realizan importantes esfuerzos por revertir los estigmas que prevalecen en la población producto de toda una historia de incomprensión y enañamiento con estos enfermos (1), obviamente, considerar el concepto de sí mismo como un aspecto que debe ser llevado a análisis, reestructuración y adecuación en la atención a los pacientes con epilepsia, introduce cambios metodológicos y de procedimientos en el orden práctico-asistencial (1).

La epilepsia es altamente prevalente, de allí ha surgido el interés hacia ella, y el deseo de prestar adecuada atención al paciente con esta entidad (2). Probablemente la estigmatización de la enfermedad como un “mal diabólico” o como una “posesión de seres sagrados” fue lo que despertó este interés, que se mantiene hasta hoy (8).

El desarrollo de los conceptos de calidad de vida y de bienestar psicológico y su importancia en las tareas de salud, así como la caracterización de la atención primaria de salud como escenario fundamental para el desarrollo de



acciones de salud y el trabajo en equipos, son hechos que en las últimas décadas han condicionado la inclusión de las ciencias sociales en una nueva forma de pensar en salud (1).

El Programa de Atención Integral al paciente con epilepsia, diseñado en 1999 y aplicado parcialmente, persigue la asistencia especializada (terciaria) y la cobertura en el medio rural, mediante la implementación de un sistema de atención semejante a las Clínicas Móviles de Epilepsia, trasladándose así el recurso especializado al lugar de origen de la población, con el objeto de mejorar de esta forma los índices de cobertura y deserción (2).

La atención de la epilepsia se ha criticado por tener una repercusión limitada al no abordar todas las necesidades de salud de las personas que la padecen. También se ha sugerido que la atención de la epilepsia conlleva una disminución del cumplimiento con los planes de atención acordados. Debido a las imprecisiones percibidas en la calidad de la atención, se han desarrollado varios modelos de prestación de servicios, por ejemplo, clínicas especializadas en epilepsia para pacientes ambulatorios, servicios de enlace entre la atención primaria (MG) y secundaria/terciaria proporcionados por enfermeras (en los hospitales) y equipos multidisciplinarios comunitarios especializados en epilepsia, incluidas las aportaciones de atención social o el sector voluntario. Estos servicios pueden incluir clínicas especializadas para grupos específicos, como mujeres embarazadas o adolescentes, o combinar varios elementos en redes clínicas multidisciplinarias (3).

La atención de profesionales con capacitación especializada en epilepsia puede mejorar la calidad de la atención, promover el seguimiento multidisciplinario sistemático de los participantes, y mejorar la comunicación entre los profesionales, los pacientes y otros servicios. Por otro lado, los pacientes pueden beneficiarse de los servicios no especializados en cuanto a períodos de espera más cortos y continuidad mejorada de la atención ya que participa un número escaso de profesionales (3).



A nuestro parecer la salud debe ser llevada más allá del individualismo y la curación, abordando a la comunidad, tratando de educarles acerca de la epilepsia y su impacto social por lo que los sistemas de salud centrados en la atención individual, los enfoques curativos y el tratamiento de la enfermedad deben incluir acciones encaminadas hacia la promoción de la salud, la prevención de enfermedades e intervenciones basadas en la población para lograr la atención integral e integrada (5).

Los modelos de atención de salud deben basarse en sistemas eficaces de atención primaria, orientarse a la familia y la comunidad (5); logrando así un mayor control de la enfermedad, limitando su riesgo, disminuyendo su prevalencia, el impacto psicosocial y los costos de salud pública.

El estigma ha acompañado a la epilepsia durante toda la historia, afecta a todas las razas y clases sociales y limita el desarrollo humano de los individuos afectados. El estigma tiene explicaciones antropológicas y psicológicas fuertes, que pueden ser intervenidas para que las personas con epilepsia logren una mejor calidad de vida (6).

En el caso de la epilepsia, el estigma se refiere a la magnitud y alcance de la exclusión social padecida por las personas con la enfermedad; dicho rechazo se basa en la percepción y el desconocimiento sobre este mal (6,7).

Nuestro trabajo estaría encaminado a informar a la población que la epilepsia no constituye una limitante automática para gozar de todos los beneficios legales y sociales; y que su etiología en países en desarrollo muestra que la proporción de epilepsia idiopática /criptogénica (60-70 %) con respecto a la sintomática (30-40 %) es mayor a la reportada en los países desarrollados. Entre el grupo sintomático, las enfermedades infecciosas, las parasitarias, particularmente la neurocisticercosis, el daño cerebral perinatal y el traumatismo de cráneo, son los desordenes más frecuentes que se han reportado como causa de epilepsia (9).



El conocimiento sobre la enfermedad reduce el temor asociado con las crisis comiciales, evita prácticas potencialmente autolesivas y aminora el impacto psicológico de la enfermedad y del tratamiento (6).

En un estudio realizado en la India una gran mayoría (94%) había oído acerca de la epilepsia y el 91% sabía que la epilepsia puede ser tratada con medicamentos modernos. Se observó una actitud positiva con respecto a permitir que un niño con epilepsia estudie (80%), no se opusieron a que los niños jueguen con uno con epilepsia (95%), al matrimonio (89%) y al tener hijos (92%). La creencia de que la epilepsia se debe a los poderes sobrenaturales (16%) y los pecados cometidos por el paciente o ancestros (21%). Los análisis de los datos de la India reveló diferencias regionales en el CAP que podría atribuirse a factores, tales como la alfabetización, el conocimiento sobre la epilepsia, y la práctica de diferentes sistemas de la medicina (10).

En otro estudio en República Dominicana se estudió 100 acompañantes de pacientes epilépticos que acuden a la consulta de la Sociedad Dominicana contra la Epilepsia (SDCE), la mayoría de los cuales eran madres entre 21 a 49 años de edad. En general los conocimientos y actitudes sobre la epilepsia eran adecuados, aunque existía alrededor de un 15% de ellos, con ignorancia acerca de aspectos básicos de esta enfermedad (11).

Un estudio realizado en la Habana que incluyeron 307 de un total de 340 educadores que trabajan en los centros de cuidado infantil, fueron encuestados para evaluar sus conocimientos y actitudes en relación con la epilepsia. Los resultados fueron los siguientes: 39,6% no sabe qué tipo de enfermedad es la epilepsia, el 100% nunca ha recibido información especializada al respecto, su origen es desconocido por el 51% de ellos, el 46,2% considera que estos niños son menos inteligentes que los niños normales, mientras que el 38% piensan que deben estar en instituciones especializadas (10).



Otro estudio fue llevado a cabo al Sur de Lima, la capital del Perú, en donde se conformaron cinco grupos de 50 profesores cada uno, a los que se les aplicó una encuesta anónima y estructurada, destinada a este fin. Los resultados muestran que los profesores tienen ideas erróneas y prejuicios que influyen negativamente en el proceso de aprendizaje e integración social del niño con epilepsia.

Estos resultados nos han llevado a realizar una labor de información, capacitación y educación en el sector docente, creando las condiciones para un cambio de actitud de la población hacia la epilepsia siendo la misma conocida como promoción de la salud frente a la epilepsia (12). El pensamiento de Galeno es una de las primeras evidencias escritas acerca de la relación entre "estilos de vida " y salud. El historiador Henry Sigerist es el primero en usar la palabra promoción de la salud " La salud se promueve proporcionando un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, ejercicio físico y los medios de descanso y recreación" (21). La promoción de la salud ha sido definida como acción y abogacía para abordar el rango completo de los determinantes de la salud que son potencialmente modificables (OMS 1998) (22). La promoción de la salud y la prevención son actividades que necesariamente se relacionan. Debido a que la promoción se ocupa de los determinantes de la salud y la prevención se centra en las causas de la enfermedad, la promoción, algunas veces, se utiliza como un concepto paraguas que abarca también las actividades más específicas de la prevención (22). La OMS y sus asociados reconocen que la epilepsia es un importante problema de salud pública. La OMS, la Liga Internacional contra la Epilepsia y la Oficina Internacional para la Epilepsia están llevando a cabo una campaña mundial para mejorar la información y la sensibilización acerca de esta patología y fortalecer las medidas públicas y privadas para mejorar la atención y reducir el impacto de la enfermedad (24).

El nivel de conocimientos y actitudes es bajo, por lo que las comunidades necesitan de programas educativos para mejorar los conceptos erróneos, y



minimizar el estigma social. Hay una necesidad de crear conciencia acerca de la epilepsia en un nivel base de la nación para disipar los conceptos erróneos y el estigma a través de programas eficaces con el objetivo de disminuir la carga de morbilidad (14).

Estos esfuerzos se llevan a la aceptación del tratamiento, y la aceptación de los pacientes epilépticos en sus comunidades, lo que refleja como una entrada positiva en la calidad de vida de los pacientes y sus familias (13).



5. HIPÓTESIS

La promoción y prevención mediante la aplicación de conocimientos actitudes y prácticas frente a la epilepsia permitirá una mejor concepción y desmitización de la enfermedad en la comunidad Quingeo en la provincia del Azuay.

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

Promover y prevenir la epilepsia en la atención primaria de salud mediante la aplicación de conocimientos, actitudes y prácticas en los estudiantes y maestros de la parroquia Quingeo de la provincia del Azuay en el año 2011.

6.2 Objetivos específicos

1. Determinar Conocimientos, Actitudes y Prácticas en los estudiantes y maestros de la parroquia Quingeo.
2. Promover el conocimiento de epilepsia a través de un programa educacional dirigido a la comunidad.
3. Promover conductas para desestigmatizar la epilepsia y mejorar la aceptación social de los pacientes con epilepsia.
4. Evaluar los conocimientos aprendidos en la muestra escogida para dicho estudio.
5. Ofrecer medidas de prevención sobre los factores de riesgo desencadenantes de epilepsia.



7. METODOLOGÍA

7.1 Tipo de estudio y diseño general

El tipo de estudio es cuasi-experimental de una cohorte.

7.2 Área de estudio

El área de estudio de nuestro proyecto fue el Colegio “Red Educativa de Quingeo”, ubicado en la parroquia Quingeo, perteneciente al Cantón Cuenca de la provincia del Azuay.

7.3 Operalización de variables (Anexo 6).

7.4 Universo y muestra

El universo de estudio estuvo constituido por todos/as los/las 173 estudiantes del colegio “RED EDUCATIVA DE QUINGEO” de la parroquia Quingeo y los/las 30 maestros del mismo colegio.

7.5 Unidad de Análisis y Observación

La unidad de análisis y observación fueron los/las estudiantes y maestros/as del colegio “RED EDUCATIVA DE QUINGEO” de la parroquia Quingeo.

7.6 Criterios de inclusión

Se incluyó a los/las estudiantes que estuvieron matriculados y cursaron el periodo lectivo 2011 – 2012 del colegio “RED EDUCATIVA DE QUINGEO”, que aceptaron participar en la investigación firmando el asentimiento informado (Anexo 2) y cuyos padres también firmaron el consentimiento informado (Anexo 3). Además, se incluyó a los/las maestros/as del colegio “RED



EDUCATIVA DE QUINGEO” que aceptaron participar en la investigación firmando el consentimiento informado (Anexo 4).

7.7 Criterios de exclusión

No participaron en la investigación las personas que no firmaron el asentimiento informado y/o el consentimiento informado. Así mismo, los/las estudiantes que desertaron y los/las maestros/as que no se presentaron por inaccesibilidad geográfica.

7.8 Métodos, Técnicas e Instrumentos para la recolección de los datos.

7.8.1 Método

La información se obtuvo a través de una encuesta.

7.8.2 Técnica

Se utilizó interrogatorio a través de una entrevista estructurada, en la cual se aplicó un cuestionario de preguntas cerradas previamente validado que fue llenado por los/las adolescentes y maestros antes y después de una conferencia dialogada sobre Epilepsia que impartimos los autores del presente proyecto previa capacitación por neurólogos que trabajan en el centro de Epilepsia del Hospital Vicente Corral Moscoso.

7.8.3 Instrumentos

- Formulario tipo cuestionario (ver Anexo 5)



7.9 Procedimientos para garantizar aspectos éticos

- Se solicitó la aprobación: del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.
- Se obtuvo el permiso correspondiente de las autoridades de los Colegios para la investigación.
- Se entregó el consentimiento informado a los/las representantes legales de los y las adolescentes.
- Se entregó el asentimiento informado a los y las adolescentes.
- Los y las participantes fueron informados sobre los objetivos del estudio antes de someterse a la entrevista, donde se les aplicó el formulario. Se les indicó también que la información es estrictamente confidencial y que no serán utilizados los nombres ni datos particulares en otros trabajos, ni serán expuestos de ninguna forma.
- Se respetó su autonomía.

7.10 Plan de tabulación de los resultados

Los datos recolectados fueron ingresados en la base de datos diseñada para el efecto en el software Estadístico SPSS (StatisticalPackageforthe Social Sciences) versión 15.00. La Tabulación y presentación de los datos se realizó en tablas de acuerdo con el tipo de variable. Para el análisis estadístico se utilizó medidas de frecuencia absoluta y relativa para las variables cualitativas y medidas de tendencia central de dispersión para las variables cuantitativas. Para determinar asociación estadística se utilizó chi cuadrado de McNemar.



8. RESULTADOS

8.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN

La población total en estudio incluyó 2 grupos, el grupo de los estudiantes y el de los maestros, para el análisis de los resultados estos grupos serán tratados por separado debido a sus variabilidades y características propias.

8.1.1 Edad

Tabla 1. Distribución de 493 individuos de la Parroquia Quingeo según edad. Cuenca 2011.

Grupo	Edad	Pre intervención		Post intervención	
		n=176	%=100	n=175	%=100
Estudiante	11-15 años	141	80,1	143	81,7
	16-20 años	33	18,8	32	18,3
	21-25 años	1	0,6	0	0
	26-30 años	1	0,6	0	0
Profesor		n= 73	%=100	n=69	%=100
	16-20 años	3	4,1	2	2,9
	21-25 años	14	19,2	11	15,9
	26-30 años	7	9,6	8	11,6
	> 30 años	49	67,1	48	69,6

*

\bar{X} = 14,10 DS=1,97 años

**

\bar{X} =36,04 DS 9,99 años

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

La tabla 1 nos indica la manera en que la edad fue distribuida, la media de edad para el grupo de estudiantes fue de 14,10 años con una desviación de 1,97 mientras que para el grupo de profesores fue de 36,04 años con una desviación estándar de 9,9 años; en el grupo de estudiantes el 80,1% de la población se ubicó entre los 11-15 años de edad siendo éste el intervalo de mayor prevalencia; en el grupo de profesores el 67,1% de la población tenía más de 30 años de edad.



8.1.2 Ocupación

Tabla 2. Distribución de 493 individuos de la Parroquia Quingeo según ocupación. Cuenca 2011.

Grupo	Pre intervención		Post intervención	
	n=176	%=100	n=175	%=100
Estudiante	176	70,7	175	71,7
Profesor	n= 73 73	%=100 29,3	n=69 69	%=100 28,3

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

La población basal estuvo constituida por 176 estudiantes y 73 profesores mientras que la población post intervención estuvo constituida por 175 estudiantes y 69 profesores; las diferencias entre los grupos son mínimas lo que hace comparables los grupos.



8.1.3 Sexo

Tabla 3. Distribución de 493 individuos de la Parroquia Quingeo según sexo.
Cuenca 2011.

Grupo	Sexo	Pre intervención		Post intervención	
		n=176	%=100	n=175	%=100
Estudiante	Femenino	74	42	75	42,9
	Masculino	102	58	100	57,1
Profesor		n= 73	%=100	n=69	%=100
	Femenino	46	63	43	62,3
	Masculino	27	37	26	37,7

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

En el grupo de estudiantes el sexo masculino fue el de mayor prevalencia con un 58% pre intervención y un 57,1% post intervención, en el grupo de profesores al contrario que el grupo anterior fue el sexo femenino el de mayor prevalencia en las proporciones que se aprecian en la tabla 3.



8.1.4 Estado civil

Tabla 4. Distribución de 493 individuos de la Parroquia Quingeo según estado civil. Cuenca 2011.

Grupo	Estado civil	Pre intervención		Post intervención	
		n=176	%=100	n=175	%=100
Estudiante	Soltero	172	97,7	175	100
	Casado	3	1,7	0	0
	Unión libre	1	0,6	0	0
Profesor		n= 73	%=100	n=69	%=100
	Soltero	23	31,9	18	26,9
	Casado	45	62,5	45	67,2
	Viudo	1	1,4	1	1,5
	Divorciado	2	2,8	2	3
	Unión libre	1	1,4	1	1,5

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Los autores

El estado civil de mayor prevalencia en el grupo de estudiantes antes y después de la intervención fue el soltero, mientras que en el grupo de profesores fue el estado civil casado.



8.1.5 Nivel de instrucción

Tabla 5. Distribución de 493 individuos de la Parroquia Quingeo según nivel de instrucción. Cuenca 2011.

Grupo	Instrucción	Pre intervención		Post intervención	
		n=176	%=100	n=175	%=100
Estudiante	Secundaria incompleta	176	100	175	100
Profesor		n= 73	%=100	n=69	%=100
	Secundaria completa	6	8,2	3	4,3
	Superior incompleta	14	19,2	16	23,2
	Superior completa	53	72,6	50	72,5

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Los autores

El 100% de la población estudiantil se encontraba en secundaria, aun incompleta. En la población de profesores la instrucción superior completa representó la de mayor prevalencia.



8.2 CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD

Se analizan los siguientes resultados en base a ambos grupos y en base a los resultados obtenidos pre intervención, post intervención educativa

8.2.1 Conocimiento sobre la enfermedad

Tabla 5. Distribución de individuos de la Parroquia Quingeo según conocimientos sobre la enfermedad pre y post intervención. Cuenca 2011.

Grupo	Conocimiento	Pre intervención		Post intervención		Total		Chi cuadrado	p
		n=176	%=100	n=175	%=100	n=349	%=100		
Estudiante	SI	164	93,2	166	94,9	330	94	0,483	0,78
	NO	11	6,3	8	4,6	19	5,4		
	No sabe/rehusa	1	0,6	1	0,6	2	0,6		
		n= 73	%=100	n=69	%=100	n= 142	%=100		
Profesor	SI	70	95,9	69	100	139	97,9	2,89	0,08
	NO	3	4,1	0	0	3	2,1		
	No Sabe/Rehusa								

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Los autores

En el grupo de estudiantes observamos que en general el 94% de esta población conocía sobre la enfermedad, antes de la capacitación este conocimiento representaba el 93,2% mientras que después de la intervención se aumentó hasta un 94,9%, el desconocimiento como es obvio descendió porcentualmente de 6,3% al 4,6% pre y pos intervención.

En el grupo de profesores el conocimiento sobre la enfermedad en general fue del 97,9%, antes de la intervención el 95,9% de esta población conocía, mientras que después de la intervención este porcentaje ascendió hasta el 100%.



Se observa que en ambos grupos el conocimiento sobre la enfermedad es elevado, antes de la intervención, y posterior a ella los cambios son mínimos pero representan un gran avance pues superan el 95% de conocimiento llegando incluso al 100% en el grupo de profesores. No se logró demostrar significativamente que la intervención educativa haya mejorado estos conocimientos en ninguna de las poblaciones encuestadas.



8.2.2 Conocimiento sobre personas con epilepsia

Tabla 6. Distribución de individuos de la Parroquia Quingeo según conocimientos sobre personas con epilepsia pre y post intervención. Cuenca 2011.

Grupo	Conocimiento	Pre intervención		Post intervención		Total		Chi cuadrado	p
		n=176	%=100	n=175	%=100	n=349	%=100		
Estudiante	SI	31	17,6	46	26,3	77	21,9	3,88	0,14
	NO	141	80,1	125	71,4	266	75,8		
	NO SABE	4	2,3	4	2,3	8	2,3		
		n= 73	%=100	n=69	%=100	n= 142	%=100		
Profesor	SI	44	60,3	51	73,9	95	66,9	2,98	0,08
	NO	29	39,7	18	26,1	47	33,1		

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Los autores

Se evidencia que el 17,6% de la población estudiantil conoce sobre personas con epilepsia, pos intervención el 26,3%; mientras que entre los profesores antes de la intervención este porcentaje llegaba a 60,3% y pos intervención al 73,9%, en ningún grupo las diferencias fueron estadísticamente significativas.



8.2.2 Observación de una crisis epiléptica

Tabla 7. Distribución de individuos de la Parroquia Quingeo según observación de una crisis epiléptica pre y post intervención. Cuenca 2011.

Grupo	Observación	Pre intervención		Post intervención		Total		Chi cuadrado	p
		n=176	%=100	n=175	%=100	n=349	%=100		
Estudiante	SI	39	22,2	53	30,3	92	26,2	3,04	0,21
	NO	133	75,9	119	68	252	71,8		
	NO SABE	4	2,3	3	1,7	7	2		
		n= 73	%=100	n=69	%=100	n= 142	%=100		
Profesor	SI	48	65,8	52	75,4	100	70,4	1,57	0,21
	NO	25	34,2	17	24,6	42	29,6		

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

El 22,2% de los estudiantes había observado una crisis epiléptica posterior a la intervención este porcentaje subió a un 30,3% en cambio en la población de profesores en un principio fue del 65,8% y post intervención ascendió a un 75,4%.



8.2.3 Conocimientos sobre causas de epilepsia

Tabla 8. Distribución de individuos de la Parroquia Quingeo según conocimiento sobre causas de epilepsia pre y post intervención. Cuenca 2011.

Grupo	Enfermedad Mental	Pre intervención		Post intervención		Total		Chi cuadrado	p
		n=176	%=100	n=175	%=100	n=349	%=100		
Estudiante	SI	41	23,3	35	20	76	21,7	0,56	0,45
	NO	135	76,7	140	80	275	78,3		
		n= 73	%=100	n=69	%=100	n= 142	%=100		
Profesor	SI	2	2,7	6	8,7	8	5,6	2,23	0,12
	NO	71	97,3	63	91,3	134	94,4		

Grupo	Enfermedad Cerebral	Pre intervención		Post intervención		Total		Chi cuadrado	p
		n=176	%=100	n=175	%=100	n=349	%=100		
Estudiante	SI	82	46,6	147	84	229	65,2	54	0,00
	NO	94	53,4	28	16	122	34,8		
		n= 73	%=100	n=69	%=100	n= 142	%=100		
Profesor	SI	32	43,8	56	81,2	88	62	20,96	0,00
	NO	41	56,2	13	18,8	54	38		

Grupo	Causa contagiosa	Pre intervención		Post intervención		Total		Chi cuadrado	P
		n=176	%=100	n=175	%=100	n=349	%=100		
Estudiante	SI	23	13,1	2	1,1	25	7,1	18,6	0,00
	NO	153	86,9	173	98,9	326	92,9		
		n= 73	%=100	n=69	%=100	n= 142	%=100		
Profesor	SI	0	0	0	0	0	0		
	NO	73	100	69	100	142	100		

Grupo	Causa hereditaria	Pre intervención		Post intervención		Total		Chi cuadrado	P
		n=176	%=100	n=175	%=100	n=349	%=100		
Estudiante	SI	30	17	3	1,7	33	9,4	24,21	0,00
	NO	146	83	172	98,3	318	90,6		
		n= 73	%=100	n=69	%=100	n= 142	%=100		
Profesor	SI	25	34,2	17	24,6	42	29,6	1,57	0,21
	NO	48	65,8	52	75,4	100	70,4		

Grupo	Problemas en el nacimiento	Pre intervención		Post intervención		Total		Chi cuadrado	P
		n=176	%=100	n=175	%=100	n=349	%=100		
Estudiante	SI	32	18,2	28	16	60	17,1	0,29	0,58
	NO	144	81,8	147	84	291	82,9		



		n= 73	%=100	n=69	%=100	n= 142	%=100		
Profesor	SI	12	16,4	30	43,5	42	29,6	12,45	0. 00
	NO	61	83,6	39	56,5	100	70,4		
Grupo	Enfermedades de la sangre	Pre intervención n=176	%=100	Post intervención n=175	%=100	Total n=349	%=100	Chi cuadrado	P
	Estudiante	SI	23	13,1	11	6,3	34		
	NO	153	86,9	164	93,7	317	90,3		

		n= 73	%=100	n=69	%=100	n= 142	%=100		
Profesor	SI	3	4,1	0	0	3	2,1	2,89	0,08
	NO	70	95,9	69	100	139	97,9		
Grupo	Desconoce causa	Pre intervención n=176	%=100	Post intervención n=175	%=100	Total n=349	%=100	Chi cuadrado	P
	Estudiante	SI	38	21,6	4	2,3	42		
	NO	138	78,4	171	97,7	309	88		

		n= 73	%=100	n=69	%=100	n= 142	%=100		
Profesor	SI	17	23,3	0	0	17	12	18,25	0. 00
	NO	56	76,7	69	100	125	88		

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Los autores

En primer lugar observamos que el conocimiento sobre la epilepsia y su causa atribuible a enfermedad mental en los estudiantes fue del 23,3% posteriormente se redujo a un 20%; en los profesores en cambio aumento esta causa del 2,7% al 8,7% en ninguno de los grupos las diferencias fueron estadísticamente significativas.

La causa de epilepsia: enfermedad cerebral en los estudiantes ascendió de un 46,6% a un 84% pre y post intervención respectivamente, en el grupo de profesores sucedió algo similar antes de la intervención el 43,8% atribuía que la epilepsia es de causa cerebral posterior a la intervención este porcentaje ascendió hasta un 81,2%; en ambos grupos la intervención mejor estos conocimientos, los resultados fueron estadísticamente significativos en ambos grupos.



El 13,1% de los estudiantes colocaba como causa contagiosa atribuible a epilepsia, posterior a la intervención esta afirmación se redujo a un 1,1% mientras que en los profesores ninguno de ellos afirmó que la causa de epilepsia sea infecciosa; en el grupo de estudiantes las diferencias fueron estadísticamente significativas.

En lo que a causa hereditaria el 17% de los estudiantes la atribuía como causa de epilepsia este porcentaje disminuyó hasta un 1,7% posterior a la intervención; en el grupo de profesores este porcentaje se redujo de un 34,2% a un 24,6% tras la intervención; únicamente en el grupo de estudiantes las diferencias fueron estadísticamente significativas.

El 18,2% de la población estudiantil atribuía a problemas con el nacimiento la causa de epilepsia pre intervención, tras ésta este porcentaje se redujo a un 16%; en el grupo de profesores el porcentaje inicial de 16,4% a un 43,5% tras la intervención siendo en este grupo que los resultados fueron estadísticamente significativos.

El conocimiento que la epilepsia se debe a enfermedades de la sangre se redujo en la población estudiantil de un 13,1% a un 6,3% tras la intervención; y en el grupo de profesores de un 4,1% a un 0%; únicamente en el grupo de estudiantes estos resultados fueron estadísticamente significativos.

El 21,6% de la población estudiantil y el 23,3% de la población de profesores desconocían la causa, posteriormente a la intervención este porcentaje se redujo al 2,3% y al 0% respectivamente; estos resultados en ambos grupos fueron estadísticamente significativos.



8.2.4 Conocimiento sobre el personal encargado del tratamiento de epilepsia

Tabla 9. Distribución de individuos de la Parroquia Quingeo según conocimiento del personal que trata la epilepsia pre y post intervención. Cuenca 2011.

Grupo	Encargado del tratamiento	Pre intervención		Post intervención		Total		Chi cuadrado	p
		n=176	%=100	n=175	%=100	n=349	%=100		
Estudiante	MEDICO	168	95,5	169	96,6	337	96	8,66	0,12
	CURANDERO	4	2,3	0	0	4	1,1		
	NATURISTAS	1	0,6	0	0	1	0,3		
	OTROS	1	0,6	0	0	1	0,3		
	NO SABE	2	1,1	4	2,3	6	1,7		
	TODOS	0	0	2	1,1	2	0,6		
		n= 73	%=100	n=69	%=100	n= 142	%=100		
Profesor	MEDICO	72	98,6	68	98,6	140	98,6	2	0,36
	OTROS	1	1,4	0	0	1	0,7		
	NO SABE	0	0	1	1,4	1	0,7		

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

En grupo de estudiantes el 95,5% refirió que es el medico la persona indicada para el tratamiento de esta enfermedad posterior a la intervención educativa este porcentaje ascendió hasta un 96,6%; en el grupo de profesores el 98,6% refirió que es el médico quien es el encargado del tratamiento, este porcentaje permaneció antes y después de la intervención. No se presentaron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los grupos.



8.2.5 Aceptación de las personas con epilepsia

Tabla 10. Distribución de individuos de la Parroquia Quingeo según aceptación de las personas con epilepsia, pre y post intervención. Cuenca 2011.

Grupo	Aceptación de pacientes epilépticos	Pre intervención		Post intervención		Total	Chi cuadrado	p	
		n=176	%=100	n=175	%=100				n=349
Estudiante	SI	58	33	154	88	212	60,4	114,21	0.00
	NO	115	65,3	18	10,3	133	37,9		
	NO SABE	3	1,7	3	1,7	6	1,7		
		n= 73	%=100	n=69	%=100	n= 142	%=100		
Profesor	SI	64	87,7	65	94,2	129	90,8	3,29	0,192
	NO	6	8,2	4	5,8	10	7		
	NO SABE	3	4,1	0	0	3	2,1		

Fuente: Formulario de recolección de datos
 Elaborado por: Los autores

En la población estudiantil se observó que la aceptación de las personas con epilepsia aumentó de un 33% a un 88% tras la intervención, siendo uno de los logros mas aceptables del estudio no solo por la significancia estadístico sino por el componente social que trae esta situación; en la población de profesores en cambio la aceptación inicial a este tipo de pacientes fue alta es decir del 87,7% mientras que posterior a la intervención fue de un 94,2% en este grupo los resultados no fueron estadísticamente significativos.



8.2.6 Estigma de la epilepsia sobre la educación

Tabla 11. Distribución de individuos de la Parroquia Quingeo según estigmatización sobre la educación de las personas con epilepsia, pre y post intervención. Cuenca 2011

Grupo	Estigma	Pre intervención		Post intervención		Total	Chi cuadrado	p
		n=176	%=100	n=175	%=100			
Estudiante	SI	101	58	16	9,1	117	33,5	94,18
	NO	71	40,8	157	89,7	228	65,3	
	NO							
	SABE	2	1,1	2	1,1	4	1,1	
Profesor		n= 73	%=100	n=69	%=100	n= 142	%=100	9,27
	SI	27	37	11	15,9	38	26,8	
	NO	45	61,6	58	84,1	103	72,5	
	SABE	1	1,4	0	0	1	0,7	

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Los autores

Otro de los logros de la intervención educativa fue disminuir el estigma de las personas con epilepsia para la educación, en el grupo de estudiantes el 58% creía que esta enfermedad afecta la educación, posterior a la intervención este porcentaje se redujo a un 9,1%; en la población de profesores se redujo de un 37% a un 15,9% en ambos casos las diferencias fueron estadísticamente significativas.



8.2.7 Igualdad de la inteligencia de personas con epilepsia

Tabla 12. Distribución de individuos de la Parroquia Quingeo según igualdad de la inteligencia de las personas con epilepsia, pre y post intervención. Cuenca 2011.

Grupo	Igualdad	Pre intervención		Post intervención		Total	Chi cuadrado	p
		n=176	%=100	n=175	%=100			
Estudiante	SI	44	25	134	76,6	178	94,44	0,00
	NO	128	72,7	38	21,7	166		
	NO							
	SABE	4	2,3	3	1,7	7		
		n= 73	%=100	n=69	%=100	n= 142	%=100	
Profesor	SI	56	76,7	65	94,2	121	8,93	0,01
	NO	15	20,5	4	5,8	19		
	NO							
	SABE	2	2,7	0	0	2		

Fuente: Formulario de recolección de datos
 Elaborado por: Los autores

El 25% de los estudiantes aseveraba que la inteligencia de las personas con epilepsia es igual a la de las personas no afectadas con esta enfermedad; posterior a la intervención este porcentaje aumentó a un 76,6%; en el grupo de profesores el 76,7% de esta población afirmó que la inteligencia es igual y tras la intervención este porcentaje se elevó hasta un 94,2%; en ambos grupos de estudio las diferencias fueron estadísticamente significativas.



8.2.8 Discriminación a personas con epilepsia

Tabla 13. Distribución de individuos de la Parroquia Quingeo según discriminación de las personas con epilepsia, pre y post intervención. Cuenca 2011.

Grupo	Discriminación	Pre intervención		Post intervención		Total		Chi cuadrado	p
		n=176	%=100	n=175	%=100	n=349	%=100		
Estudiante	SI	134	76,1	118	67,4	252	71,8	3,49	0,17
	NO	40	22,7	53	30,3	93	26,5		
	NO SABE	2	1,1	4	2,3	6	1,7		
		n= 73	%=100	n=69	%=100	n= 142	%=100		
Profesor	SI	62	84,9	53	76,8	115	81	2,97	0,22
	NO	10	13,7	16	23,2	26	18,3		
	NO SABE	1	1,4	0	0	1	0,7		

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Los autores

El 76,1% de la población estudiantil refirió que si existe discriminación para las personas con epilepsia, antes de la intervención, posterior a ella el porcentaje descendió a un 67,4%; mientras que en la población de profesores este porcentaje alcanzó un 84,9% mientras que tras la intervención disminuyó hasta un 76,8%; en ambos grupos de estudio no fue significativa la relación ni las diferencias.



8.2.9 Epilepsia y actividad sexual

Tabla 14. Distribución de individuos de la Parroquia Quingeo según epilepsia y actividad sexual, pre y post intervención. Cuenca 2011.

Grupo	Actividad sexual normal	Pre intervención		Post intervención		Total	Chi cuadrado	p
		n=176	%=100	n=175	%=100			
Estudiante	SI	41	23,3	159	90,9	200	163,74	0,00
	NO	132	75	15	8,6	147		
	NO SABE	3	1,7	1	0,6	4		
Profesor	SI	n= 73	%=100	n=69	%=100	n= 142	10,16	0
	NO	63	86,3	69	100	132		
	NO SABE	9	12,3	0	0	9		
		1	1,4	0	0	1		

Fuente: Formulario de recolección de datos
 Elaborado por: Los autores

El 23,3% de la población estudiantil antes de la intervención expresó que las personas con epilepsia llevan una vida sexual normal, tras la intervención este porcentaje aumento en un 90,9%; en el grupo de profesores el porcentaje inicial fue de un 86,3% y tras la intervención ascendió hasta un 100%; en ambos grupos se evidenció que las diferencias pre y post capacitación fueron estadísticamente significativas.



8.2.10 Epilepsia y embarazo

Tabla 15. Distribución de individuos de la Parroquia Quingeo según epilepsia y embarazo, pre y post intervención. Cuenca 2011.

Grupo	Embarazo normal	Pre intervención		Post intervención		Total		Chi cuadrado	p
		n=176	%=100	n=175	%=100	n=349	%=100		
Estudiante	SI	31	17,6	165	94,3	196	55,8	212,30	0.00
	NO	143	81,3	8	4,6	151	43		
	NO SABE	2	1,1	2	1,1	4	1,1		
		n= 73	%=100	n=69	%=100	n= 142	%=100		
Profesor	SI	39	53,4	68	98,6	107	75,4	38,91	0.00
	NO	28	38,4	1	1,4	29	20,4		
	NO SABE	6	8,2	0	0	6	4,2		

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

El 17,6% de la población de la población estudiantil antes de la intervención expresó que las mujeres epilépticas pueden llevar un embarazo totalmente normal a pesar de su enfermedad; posterior a la intervención este porcentaje aumentó a un 94,3%; en la población de profesores este conocimiento inicial fue del 53,4% y tras la intervención fue de 98,6%, en ambos grupos las diferencias fueron estadísticamente significativas evidenciándose los logros de la intervención en este aspecto.



8.2.11 Epilepsia y trabajo

Tabla 16. Distribución de individuos de la Parroquia Quingeo según epilepsia y trabajo, pre y post intervención. Cuenca 2011.

Grupo	Trabajo	Pre intervención		Post intervención		Total	Chi cuadrado	p
		n=176	%=100	n=175	%=100			
Estudiante	SI	88	50,3	155	88,6	243	68,58	0,00
	NO	87	49,7	17	9,7	104		
	NO							
	SABE	0	0	3	1,7	3		
Profesor	SI	57	78,1	64	92,8	121	6,56	0,03
	NO	14	19,2	5	7,2	19		
	NO							
	SABE	2	2,7	0	0	2		

Fuente: Formulario de recolección de datos
 Elaborado por: Los autores

En la población estudiantil el 50,3% expresó que las personas con epilepsia deberían tener un trabajos o empleos similares a las demás personas previa a la intervención, después este porcentaje se elevó hasta un 88,6% mientras que en el grupo de profesores en un principio fue del 78,1% mientras que tras la intervención ascendió hasta un 92,8%; en ambos grupos estas diferencias fueron estadísticamente significativas.



8.2.12 Prácticas ante una crisis epiléptica

Tabla 17. Distribución de individuos de la Parroquia Quingeo según prácticas ante una crisis epiléptica, pre y post intervención. Cuenca 2011.

Grupo	Prácticas ante un ataque epiléptico	Pre intervención		Post intervención		Total		Chi cuadrado	p
		n=176	%=100	n=175	%=100	n=349	%=100		
Estudiante	AYUDA PROFESIONAL	56	31,8	109	62,3	165	47	89,25	0,00
	PRIMEROS AUXILIOS	21	11,9	38	21,7	59	16,8		
	AYUDAN	42	23,9	9	5,1	51	14,5		
	RETIRAR OBJETOS	7	4	16	9,1	23	6,6		
	CURSO NATURAL	3	1,7	0	0	3	0,9		
	CREENCIAS POPULARES	3	1,7	0	0	3	0,9		
	MEDIDAS CASERAS	12	6,8	1	0,6	13	3,7		
	MIEDO/PREJUICIO	3	1,7	1	0,6	13	3,7		
	MANIOBRAS PERJUDICIALES	3	1,7	0	0	3	0,9		
	NO SABE/REHUSA	26	14,8	1	0,6	27	7,7		
		n= 73	%=100	n=69	%=100	n= 142	%=100		
Profesor	AYUDA PROFESIONAL	14	19,2	9	13	23	16,2	47,24	0,00
	PRIMEROS AUXILIOS	3	4,1	29	42	32	22,5		
	AYUDAN	35	47,9	25	36,2	60	42,3		
	RETIRAR OBJETOS	4	5,5	0	0	4	2,8		
	CURSO NATURAL	0	0	1	1,4	1	0,7		
	CREENCIAS POPULARES	3	4,1	0	0	3	2,1		
	MEDIDAS CASERAS	0	0	4	5,8	4	2,8		
	MANIOBRAS PERJUDICIALES	8	11	1	1,4	9	6,3		
	NO SABE/REHUSA	6	8,2	0	0	6	4,2		

Fuente: Formulario de recolección de datos
 Elaborado por: Los autores

En ambos grupos se evidenció que las practicas cambiaron tras la intervención y que estas variaciones fueron estadísticamente significativas; en el grupo de estudiantes la practica más prevalente antes de la intervención fue buscar ayuda profesional tras la intervención esta practica continua siendo la de mayor prevalencia con el 62,3%; una mejoría significativa se evidenció en cuanto a la



práctica de brindar primeros auxilios que mejoraron de un 11,9% a un 21,7% antes y después de la intervención; en el grupo de profesores lo más prevalente fue que buscan ayuda aunque no se especifica de que tipo con el 47,9% posterior a la intervención este porcentaje se redujo a un 36,2% sin embargo tras la intervención en este grupo los primeros auxilios fueron la práctica de mayor prevalencia con un 42%.



9. DISCUSIÓN

La epilepsia es una de las enfermedades neurológicas de mayor consulta y con mayor frecuencia, tiene graves consecuencias biológicas, psicológicas y económicas no solo para el paciente y su familia, sino también para la sociedad en general (1).

La epilepsia es una de las afecciones reconocidas desde la antigüedad, y durante siglos ha estado rodeada por el miedo, el desconocimiento, la discriminación y la estigmatización social que persiste aún en muchos países y puede afectar a la calidad de vida de los pacientes y de sus familias.

En este sentido se planteó el presente estudio en una población de estudiantes y de profesores de la parroquia de Quingeo, con medias de edad de 14,10 años (DS= 1,97) y de 36,04 años (DS= 9,99) para estudiantes y profesores respectivamente. En el grupo de estudiantes la mayor prevalencia fue para el sexo masculino y en la población de profesores fue el sexo femenino el de mayor prevalencia, los grupos fueron los mismos antes y después con ligeras diferencias porcentuales por pérdida de 1 caso posterior a la intervención en el grupo estudiantil y de 4 casos en la población de profesores.

El conocimiento sobre la enfermedad se colocó con un 93,2% en el grupo de profesores y de un 95,9% en el grupo de profesores antes de la intervención, se evidencia que el porcentaje de conocimiento de esta enfermedad es grande en ambos grupos, posteriormente a la intervención se mejoraron los conocimientos aunque de manera leve, es por esta razón que no resultó significativa la intervención ($p > 0,05$); al respecto Agurto y colaboradores (34) encontraron en una muestra de una Parroquia cercana a la nuestra y en una población de estudiantes y docentes y con las mismas herramientas que nuestro estudio que los conocimientos sobre la enfermedad esa población fue del 54,1% la basal en los estudiantes y del 86,2% en la población de



profesores observamos que en comparación con esta población en la nuestra el conocimiento sobre esta patología es alto.

Internacionalmente citamos un estudio llevado a cabo en la India y citado por Gonzáles (35) donde se encontró que la población tenía conocimiento sobre la enfermedad en un 94%, además este estudio nos contribuye con los siguientes resultados el 91% sabía que la epilepsia puede ser tratada con medicamentos modernos. Se observó una actitud positiva con respecto a permitir que un niño con epilepsia estudie (80%), no se opusieron a jugar los niños con un niño con epilepsia (95%), el matrimonio (89%) y tener hijos (92%). La creencia de que la epilepsia se debe a los poderes sobrenaturales (16%) y los pecados cometidos por el paciente o ancestros (21%). Análisis de los datos de la India reveló diferencias regionales en el CAPs que podría atribuirse a factores, tales como la alfabetización, el conocimiento sobre la epilepsia, y la práctica de diferentes sistemas de la medicina.

Es evidente que el conocimiento sobre alguna enfermedad que por años ha sido motivo de discriminación es importante pues pone en evidencia puntos que la gente común desconoce y contribuyen a la discriminación, en nuestra población evidenciamos satisfactoriamente que la gran mayoría conoce sobre la enfermedad sin embargo y como vamos apreciar su conocimiento es deficiente en otras particularidades de ésta.

La intervención educativa mejoró significativamente los siguientes conocimientos, actitudes y prácticas en esta población:

En lo referente a las causas de la enfermedad, el 46,6% de la población estudiantil conocía que la causa de epilepsia era una causa cerebral y este porcentaje en la población de profesores alcanzó un 43,8%, luego de la intervención este porcentaje ascendió hasta un 84% en estudiantes y hasta un 81,2% en profesores con una significancia estadística $p < 0,05$; lo que nos indica que la intervención mejoro estos conocimientos a cerca de esta causa, estos



datos concuerdan con lo encontrado por Agurto y colaboradores (34) quienes también lograron mejorar este conocimiento. Datos similares encontraron Aguirre y colaboradores (36) en un estudio llevado a cabo en la Parroquia Santa Ana en la Provincia del Azuay.

También se logró modificar los conocimientos sobre la causa contagiosa de la epilepsia pues en el grupo de estudiantes antes de la intervención el 13,1% creía en esta afirmación tras la intervención se disminuyó hasta un 1,1% con un valor de $p < 0,05$; en los 2 estudios locales anteriormente citados no se logró modificar este conocimiento.

También la intervención logró mejorar los conocimientos en cuanto a las causas hereditarias, problemas al nacimiento, enfermedades de la sangre (aunque únicamente en el grupo de estudiantes), pues ambos grupos poseían conocimiento errados sobre el tema. Agurto y colaboradores (34) y Aguirre y colaboradores (36) poseen resultados similares.

En nuestra población el 21,6% de la población estudiantil y el 23,3% de los profesores desconocían sobre las causas de epilepsia, luego de la intervención el 2,3% en los estudiantes y el 0% de los profesores desconocían las causas; estos resultados demuestran que los conocimientos sobre las causas de la enfermedad se modificaron significativamente ($p < 0,05$); resultados similares encontró Agurto y colaboradores (34) quien disminuyó de un 52,4% a un 0,90% en estudiantes y de 17,20% a un 0% en profesores ($p < 0,05$).

Otro ítem modificado satisfactoriamente fue el hecho de la aceptación de las personas con epilepsia en la sociedad, pues en el grupo de estudiantes el 33% refirió aceptar a este tipo de pacientes mientras que tras la intervención ascendió hasta un 88%, y en el grupo de profesores alcanzó de un 87,7% a un 94,2%, es de recalcar que fue en los estudiantes donde más se logró modificar estos conocimientos e importantes pues las personas jóvenes se convierten en diseminadores de la información reduciendo así la inclusión de las personas



afectadas con esta enfermedad. Agurto y colaboradores (34) en una muestra parecida la nuestra modificó también estos conocimientos aunque únicamente en la población estudiantil ($p < 0,05$) pues de un 45,9% inicial de aceptación subió a un 78,9%,

Otro conocimiento errado fue la estigmatización que las personas con epilepsia sufrían en lo referente a la educación en esta población, en este sentido el 58% de la población estudiantil tenía criterios errados y se disminuyó hasta un 9,1% , en la población de profesores se disminuyó el estigma sobre la educación de un 37% a un 15,9%, en ambos casos los resultados fueron significativos ($p < 0,05$). Aguirre y colaboradores (36) también cambió estas actitudes en su población de un 60,5% a un 9,7% en estudiantes ($p < 0,05$) y en profesores este cambio no fue significativo ($p > 0,05$).

La igualdad de la inteligencia erróneamente durante años ha sido mal entendida pues se creía que es menor en personas con epilepsia, y esto se evidencia en que el 72,2% de estudiantes y 20,5% de los profesores mantengan esta idea en las encuestas basales, post intervención se logró reducir esta creencia a un 21,7% en estudiantes y aun 5,8% en profesores, siendo estos significativos ($p < 0,05$). Agurto y colaboradores (34) y Aguirre y colaboradores (36) lograron también modificar estos conocimientos aunque únicamente en estudiantes en ambos estudios ($p < 0,05$).

Con la intervención educativa se logró mejorar los conocimientos sobre las relaciones entre la actividad sexual y la epilepsia, el 23,3% de los estudiantes expusieron que una persona con epilepsia puede llevar una vida sexual normal este porcentaje en profesores alcanzó un 86,3%; luego de la intervención fue del 90,9% y del 100% para profesores con un valor de $p < 0,05$.

Se logró mejorar los conocimientos sobre el embarazo, pues el 81,3% de los estudiantes y el 38,4% de los profesores creía que una mujer con epilepsia no puede llevar un embarazo normal, tras la intervención se disminuyó esta



creencia errónea a un 4,6% en estudiantes y aun 1,4% en profesores ($p < 0,05$). También se logró mejorar la creencia que las personas con epilepsia deben y pueden poseer empleos similares que las personas no afectadas con epilepsia ($p < 0,05$).

Las practicas sobre las acciones a tomar ante una crisis fueron también modificadas significativamente con la intervención ($p < 0,05$); los primeros auxilios a brindar a la persona con una crisis fueron las practicas de mayor prevalencia tras la intervención, con un valor de $p < 0,05$.

Los demás ítems fueron modificados satisfactoriamente, sin embargo no se logró demostrar que la intervención haya jugado un papel significativo, sin embargo en la práctica se notarán estas diferencias.

En un estudio en República Dominicana se estudió 100 acompañantes de pacientes epilépticos que acuden a la consulta de la Sociedad Dominicana contra la Epilepsia (SDCE), la mayoría de los cuales eran madres entre 21 a 49 años de edad. En general los conocimientos y actitudes sobre la epilepsia eran adecuados, aunque existía alrededor de un 15% de ellos, con ignorancia acerca de aspectos básicos de esta enfermedad, este estudio se parece al nuestro aunque la población estudiada difiere de la nuestra.

La población objeto de este estudio demostró conocimientos básicos sobre la enfermedad, la intervención educativa mejoró de manera significativas estos conocimientos, un punto básico fue la aceptación de las personas con epilepsia pues se logró que sean aceptadas en la mayoría de los casos después de conocer su enfermedad por parte de los demás.

Este trabajo se limitó a una población estudiantil y de profesores, sin embargo es vital que la comunidad sea evaluada, que tenga los conceptos claros sobre la enfermedad y apoye a las personas con esta enfermedad con un conocimiento solido y correcto.



10. CONCLUSIONES

- Las intervenciones educativas llevadas de manera adecuada con un enfoque correcto y con la dedicación de los participantes han demostrado modificar los conocimientos actitudes y prácticas sobre el tema de la epilepsia.
- En este estudio se logró modificar los conocimientos de los estudiantes en mayor porcentaje que el de los profesores pues en éstos últimos los conocimientos sobre la epilepsia no eran tan ambiguos como en la población joven.
- Es cierto que no se logró estadísticamente mejorar todos los ítems evaluados sin embargo en la práctica basta que un caso haya mejorado sus conocimientos se verá traducido en un mejor manejo, cuidado y trato a los pacientes con epilepsia.
- Se logró mejorar los conocimientos actitudes y prácticas en los siguientes casos con un valor de $p < 0,05$: Causas de epilepsia (enfermedad cerebral, causa contagiosa solo en estudiantes, causa hereditaria solo en estudiantes, problemas al nacimiento solo en profesores, enfermedades de la sangre solo estudiantes, y causa desconocida).
- En lo referente a las actitudes se modificaron las siguientes: aceptación de las personas con epilepsia (únicamente en estudiantes), estigma de la epilepsia sobre la educación (en ambos grupos), sobre la igualdad de la inteligencia (en ambos grupos), sobre epilepsia y actividad sexual (en ambos grupos), epilepsia y embarazo (en ambos grupos), epilepsia y empleo (en ambos grupos) y en las acciones sobre el comportamiento frente a una crisis de epilepsia.



- El impacto de la intervención se verá reflejado en los siguientes meses y años pues la comunidad informada es menos excluyente y discriminatoria con las personas cuyas enfermedades conoce y entiende.



11. RECOMENDACIONES

- Los estudios sobre la epilepsia son escasos en nuestro país la mayoría aborda temas descriptivos, las intervenciones educativas como hemos revisado modifican los conocimientos, actitudes y prácticas en una población blanco, continuar con este tipo de intervenciones es de vital importancia, pues la familia y la comunidad debe ser informada sobre la epilepsia y con esto reducir la discriminación de este tipo de pacientes.
- El estudio de la epilepsia debe ser continuo, por lo que se recomienda continuar evaluando la epilepsia en sus esferas: clínicas, sociales, familiares, económicas, etc. en nuestra población.
- Este proyecto debe integrarse a los ya existentes con el fin de obtener de manera integral datos sobre el comportamiento social y comunitario de esta enfermedad.



12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gladys A. Rojas Sánchez. Percepción sobre sí mismos en las personas con epilepsia. Hospital General de Sancti Spíritus. Año 2008. [sitio en internet] Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Faustino Pérez Hernández". Sancti Spíritus disponible en [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.11.\(2\)_06/p6.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.11.(2)_06/p6.html) acceso enero 2011
2. Juana Rondón. Prevalencia real de Epilepsia en un Programa de Salud Mental. Merida-Venezuela {Sitio en internet} Programa de Salud Mental. Corporación de Salud. Mérida, Venezuela Availablefrom: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0124-00642008000400014&script=sci_arttext&tIng=pt acceso enero 2011
3. Bradley PM, Lindsay B. Estrategias de autocuidado y de atención para adultos con epilepsia La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. Acceso enero 2011
4. André Pascal Kengne et al. atención dirigida por enfermeras para la epilepsia en el nivel primario en una zona de salud rural en Camerún 2008 http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1528-1167.2008.01580_2.x/full acceso enero 2011
5. Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud (declaración de Montevideo), 2005.
6. CARRIZOSA MOOG, Jaime. Stigma in epilepsy. *Iatreia*, July/Sept. 2009, vol.22, no.3, p.246-255. ISSN 0121-0793.
7. McLin WM, de Boer HM. Public perceptions about epilepsy. *Epilepsia* 1995; 36: 957–959.



8. *Rojas Sánchez G.* Factores que modulan el ajuste personal y social del paciente epiléptico. Facultad de Ciencias Médicas. Cuba 2009
9. *Acevedo C.; et al.* Informe sobre la epilepsia en Latinoamérica. Organización Panamericana de la Salud. Panamá. 2008
10. *Ricardo González Arencibia.* Conocimientos y actitudes de las educadoras de círculos infantiles sobre epilepsia HOSPITAL PEDIÁTRICO DOCENTE "JUAN MANUEL MÁRQUEZ" Rev Cubana Pediatr v.69 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 1997
11. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=132173&indexSearch=ID>
12. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=336605&indexSearch=ID>
13. *Sidig et al. Un estudio de Conocimientos, Actitudes, Práctica para la epilepsia entre relativa de los pacientes epilépticos en el estado de Jartum* Disponible en: <http://translate.google.com.ec/translate?hl=es&sl=en&tl=es&u=http%3A%2F%2Fwww.sjph.net.sd%2Ffiles%2Fvol4i4%2FSJPH-vol4i4-p393-398.pdf&anno=2>
14. *M Gourie-Devi, Vijander Singh, Kiran Bala.* Knowledge, attitude and practices among patients of epilepsy attending tertiary hospital in Delhi, India and a review of Indian studies, 2010. Disponible en: <http://translate.google.com.ec/translate?hl=es&sl=en&tl=es&u=http%3A%2F%2Fwww.neurology-asia.org%2Farticles%2Fneuroasia-2010-15%283%29-225.pdf&anno=2>
15. *Macinko James, Montenegro Hernán, Nebot Adell Carme, EtienneCarissa.* La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev PanamSaludPublica [serial on the Internet]. 2007 Mar



- [cited 2010 Dec 28] ; 21(2-3): 73-84. Available from:
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200003&lng=en. doi: 10.1590/S1020-49892007000200003.
- 16.** Carpio A, Hauser WA. Epilepsy in the developing world. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 2009: 319 – 326.
- 17.** Carpio A, Placencia M, Lisanti L, Aguirre R, Román M, et al. The Ecuadorian study of prognosis of epilepsy. In, Jallon P, (ed.) *Prognosis of Epilepsies*. Paris: John LibbeyEurotext, 2003:85-100.
- 18.** Rodas A, Sánchez A, Pesantez E. Prevalencia, conocimientos, actitudes y prácticas de epilepsia en la parroquia Quingeo de la provincia del Azuay, 2009
- 19.** Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud (declaración de Montevideo), 2005.
- 20.** Perfil de la Epilepsia en el Ecuador Dr. Arturo Carpio,^{1,2} Dr. Marcelo Placencia,^{3,4} Dr. Marcelo Román,⁵ Dr. Rafael Aguirre,⁶ Dra. Noemí Lisanti,¹ Dr. Jorge Pesantes.⁷ Centro Regional de Epilepsias Ciudad de Cuenca (1), Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca (2), Hospital Carlos Andrade Marín, Quito (3), Universidad Católica de Quito (4), Hospital Baca Ortiz, Quito (5), Hospital Teodoro Maldonado Carbo, Guayaquil (6), y Hospital Eugenio Espejo, Quito (7)
- 21.** Molina H. Estrategias de promoción de la salud en la adolescencia pag. 1. Departamento de Salud Pública. Pontificia Universidad Católica de Chile. [sitio en internet]
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/Leccion17/M4L17Leccion.html>
- 22.** OMS Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente y práctica [sitio en internet]



http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

23. Frenk J. Et al. Servicios de salud mental actualizaciones en Epilepsia. . [sitio en internet] <http://bibliotecas.salud.gob.mx/gsdl/collect/publin1/index/assoc/HASH018a/439f71e4.dir/doc.pdf> pag: 9
24. OMS. [sitio en internet] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/es/index.html>
25. Chadwick D. Epilepsy. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1994; 57:264-277
26. WHO and ILAE join forces in a Global Campaign against Epilepsy” - Press Release, WHO, 56. WHO Press Office; 1996
27. Sander JW, Shorvon SD. Epidemiology of the epilepsies. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1996;61:433-43.
28. Quiñones-Núñez M, Lira-Mamani D. Perfil epidemiológico de la epilepsia en una población hospitalaria en Lima, Perú. Rev Neurol 2004;38(8):712-715.
29. Placencia M, Shorvon SD, Paredes V, et al. Epileptic seizures in an andean region of Ecuador. Incidence and prevalence and regional variation. Brain 1992;115:771-782
30. Nicoletti A, Reggio A, Bartolini A, et al. Prevalence of epilepsy in rural Bolivia. Neurology 1999;53:2064-2069.
31. Mendizabal JE, Salguero LF. Prevalence of epilepsy in a rural community of Guatemala. Epilepsia 1996;37:373-76
32. Bittencourt PRM, Adamolekun B, Bharucha N, Carpio A, Cossío OH, et al. Epilepsy in the tropics: I. Epidemiology, socioeconomic risk factors, and etiology. Epilepsia 1996;37:1121-1127



- 33.** Lavados J, Germain L, Morales A, et al. A descriptive study of epilepsy in the district of El Salvador, Chile, 1984-1988. *Acta NeurolScand* 1992;85:249-256
- 34.** Agurto X, Muñoz E, Barros P. Cambios en las actitudes, conocimientos y prácticas de adolescentes y docentes sobre epilepsia tras la intervención educativa. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. 2011
- 35.** *González R.* .Conocimientos y actitudes de las educadoras de círculos infantiles sobre epilepsia HOSPITAL PEDIÁTRICO DOCENTE “JUAN MANUEL MÁRQUEZ” *Rev Cubana Pediatr* v.69 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 1997
- 36.** *Aguirre M, Alvarado B, Apolo K.* PROMOVER Y PREVENIR LA EPILEPSIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MEDIANTE LA APLICACIÓN DE “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS” EN ESTUDIANTES Y MAESTROS DE LA PARROQUIA SANTA ANA, PROVINCIA DEL AZUAY, AÑO 2011.” Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. 2011



13. ANEXOS

ANEXO 1:

Solicitud a los representantes de las unidades educativas correspondientes.

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

Cuenca, Día.....Mes.....Año.....

Sr./ra

Rector/ra del colegio

Ciudad.

De nuestras consideraciones:

Nosotros, Daniela Nicole Almeida Aragundi, Israel Andrés Patiño Cabrera, Adrián Francisco Muñoz Rojas, estudiantes de la Escuela de Medicina estamos por realizar un proyecto de investigación de tipo cuasi experimental de promoción de salud en atención primaria, cuyo objetivo es **“PROMOVER Y PREVENIR LA EPILEPSIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MEDIANTE LA APLICACIÓN DE “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS” EN LA PARROQUIA QUINGEO, PROVINCIA DEL AZUAY, AÑO 2011.”** para lo cual es necesario la participación de los y las estudiantes y docentes de su establecimiento, por el lapso de 2 horas al día durante una semana, a quienes se les entregará un cuestionario formulado antes y después de una capacitación sobre epilepsia , el mismo que será respondido de acuerdo



a los conocimientos que cada estudiante posee sobre la mencionada enfermedad.

La información recogida será utilizada únicamente con fines científicos guardando la confidencialidad de la misma. El beneficio será conocer los resultados de la investigación y saber que su participación permitirá disminuir el estigma de la epilepsia así como fomentar la salud en atención primaria.

Esperamos contar con su colaboración y agradecemos de antemano por la atención brindada.

Atentamente,

Nicole Almeida Aragundi Israel Patiño Cabrera Adrián Muñoz
Rojas



ANEXO 2:

Asentimiento informado del/la adolescente

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

ASENTIMIENTO INFORMADO DEL/LA ADOLESCENTE

Nosotros, Daniela Nicole Almeida Aragundi, Israel Andrés Patiño Cabrera, Adrián Francisco Muñoz Rojas estudiantes de la Escuela de Medicina estamos por realizar nuestro proyecto de tesis con el tema: **“PROMOVER Y PREVENIR LA EPILEPSIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MEDIANTE LA APLICACIÓN DE “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS” EN LA PARROQUIA QUINGEO, PROVINCIA DEL AZUAY, AÑO 2011.**” para lo cual es necesario la participación de usted Señor/Señorita estudiante. Para dicho proyecto se le entregará un cuestionario formulado, el mismo que será respondido de acuerdo a los conocimientos que cada uno/a posee sobre el tema de la investigación, posterior a ello se procederá a capacitar por un periodo de una semana, 2 horas por día, acerca del tema de investigación y al finalizar se procederá a realizar el mismo cuestionario.

La información recogida será utilizada únicamente con fines científicos guardando la confidencialidad de la misma. El beneficio será conocer los resultados de la investigación y saber que su participación permitirá disminuir el estigma de la epilepsia así como fomentar la salud en atención primaria.



Yo he sido informado sobre mi participación en este estudio y entiendo que voy a ser sometido/a a dos encuestas y que estas pruebas no tienen riesgo alguno porque se mantendrá confidencialidad de los datos obtenidos. También comprendo que no tengo que gastar ningún dinero por los cuestionarios.

Yo:

_____, **estudiante** **del** **colegio:**
_____, **curso:**
_____;

luego de que mis padres o representantes legales firmaron el respectivo consentimiento informado el cual valida mi decisión sobre este documento, libremente y sin ninguna presión acepto participar en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido.

Firma del/la adolescente

Fecha: _____



ANEXO 3:

Consentimiento informado del representante legal para el/la adolescente.

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REPRESENTANTE LEGAL

Nosotros, Daniela Nicole Almeida Aragundi, Israel Andrés Patiño Cabrera, Adrián Francisco Muñoz Rojas estudiantes de la Escuela de Medicina estamos por realizar nuestro proyecto de tesis con el tema: **“PROMOVER Y PREVENIR LA EPILEPSIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MEDIANTE LA APLICACIÓN DE “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS” EN LA PARROQUIA QUINGEO, PROVINCIA DEL AZUAY, AÑO 2011.”** para lo cual es necesario la participación de su hijo/hija estudiante. Para dicho proyecto se le entregará un cuestionario formulado, el mismo que será respondido de acuerdo a los conocimientos que cada uno/a posee sobre el tema de la investigación, posterior a ello se procederá a capacitar por un periodo de una semana, 2 horas a la día, acerca del tema de investigación y al finalizar se procederá a realizar el mismo cuestionario.

La información recogida será utilizada únicamente con fines científicos guardando la confidencialidad de la misma. El beneficio será conocer los resultados de la investigación y saber que su participación permitirá disminuir el estigma de la epilepsia así como fomentar la salud en atención primaria.

Yo padre de familia y/o madre de familia, o representante legal de:
_____ **estudiante del colegio:**



_____ libremente y sin ninguna presión
acepto que mi hijo/a participe en este estudio. Estoy de acuerdo con la
información que he recibido.

Firma de el Padre y/o Madre de familia, o Representante legal



ANEXO 4:

Consentimiento informado para el/la profesor/a

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROFESOR/A.

Nosotros, Nicole Almeida A., Israel Patiño C. y Adrián Muñoz R. estudiantes de la Escuela de Medicina estamos por realizar nuestro proyecto de tesis con el tema: **“PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA EPILEPSIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MEDIANTE LA APLICACIÓN DE “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS” EN LA PARROQUIA QUINGEO, PROVINCIA DEL AZUAY, AÑO 2011.”** para lo cual es necesario la participación de usted Señor/Señora profesor/a. Para dicho proyecto se le entregará un cuestionario formulado, el mismo que será respondido de acuerdo a los conocimientos que cada uno/a posee sobre el tema de la investigación, posterior a ello se procederá a capacitar por un periodo de 1 semana, 2 horas al día, acerca del tema de investigación y al finalizar se procederá a realizar el mismo cuestionario.

La información recogida será utilizada únicamente con fines científicos guardando la confidencialidad de la misma. El beneficio será conocer los resultados de la investigación y saber que su participación permitirá disminuir el estigma de la epilepsia así como fomentar la salud en atención primaria.

Yo he sido informado sobre mi participación en este estudio y entiendo que voy a ser sometido/a a dos encuestas y que estas pruebas no tienen riesgo alguno



porque se mantendrá confidencialidad de los datos obtenidos. También comprendo que no tengo que gastar ningún dinero por los cuestionarios.

Yo:

_____, **profesor** **del** **colegio:**

_____; libremente y sin ninguna presión acepto participar en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido.

Firma del/la profesor/ra

Fecha: _____



ANEXO 5

Cuestionario utilizado.

CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS POBLACIONES, ZHIDMAD, SANTA ANA, EL VALLE Y QUINGEO FRENTE A LA EPILEPSIA

No. Formulario _____

DATOS GENERALES

ZHIDMAD SANTA ANA EL VALLE QUINGEO

Dirección (zona o caserío): _____

EDAD: _____ (en años) SEXO: Masculino Femenino

Instrucción: Ninguna Primaria incompleta Primaria completa Secundaria
incompleta Secundaria Completa

Superior incompleta Superior completa

Ocupación: _____

Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Unión Libre

Cuestionario CAPs

1. ¿Ha oído o leído acerca de la enfermedad llamada Epilepsia? SI NO



2. ¿Conoce alguien que tuvo epilepsia?

SI NO

3. ¿Usted ha visto a una persona tener un ataque de epilepsia?

SI NO

4. ¿Cual cree que es la causa de la epilepsia?

Enfermedad mental

Enfermedad cerebral

Contagiosa

Hereditaria

Problemas en el nacimiento

Enfermedades de la sangre

No sé

Otros (especifique)

5. ¿Quien trata a los pacientes con epilepsia?

Médicos

Curanderos

Naturistas

Otros (especifique:

_____)

6. ¿Permitiría a su hijo compartir actividades con un niño epiléptico?

SI NO

7. ¿Cree que la epilepsia afecta la educación de una persona?

SI NO

8. ¿Cree que la inteligencia de una persona con epilepsia puede ser igual a la de las demás personas?

SI NO



9. ¿Cree que hay personas que discriminan a los que tienen epilepsia? SI NO

10. ¿Los pacientes con epilepsia pueden llevar una vida sexual normal? SI NO

11. ¿Cree que las mujeres con epilepsia pueden tener un embarazo normal? SI NO

12. ¿Cree que las personas con epilepsia deberían tener empleos similares a los de las demás personas? SI NO

13. ¿Que haría si ve a una persona teniendo una crisis epiléptica?

Nombre del entrevistador: _____ Firma: _____

Fecha: ____/____/____ (día / mes / año)



ANEXO 6.

Operalización de las variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Ocupación	Tiempo usado para realizar una actividad laboral y/o estudiantil	Estudiante Profesor	Individuo matriculado en el año lectivo 2010 - 2011 Individuo que trabaja en la docencia.	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de ingresar al estudio	Años	Número de años Cumplidos	Intervalos
Estado Civil	Condición a la cual está sujeta la vida de un individuo	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión Libre	Individuo que no tiene esposo/a o pareja. Individuo que tiene esposo/a. Individuo cuyo/a esposo/a ha muerto. Individuo cuyo matrimonio ha finalizado por una decisión oficial de una corte de leyes. Individuo que tiene una pareja sin necesidad de estar casado/a.	Nominal
Sexo	Clasificación de un individuo en masculino y femenino teniendo en cuenta criterios anatómicos	Masculino Femenino	Clasificación de un individuo en masculino y femenino teniendo en cuenta criterios anatómicos	Dicotómica
Conocimiento sobre Epilepsia	Entendimiento o inteligencia con relación a la enfermedad mencionada.	Presencia de conocimiento	Presencia de conocimiento	Dicotómica



Conocimiento de personas con Epilepsia	Saber si una persona padece o no de dicha enfermedad.	Presencia de conocimiento	Presencia de conocimiento	Dicotómica
Observación de una crisis epiléptica	Haber visualizado alguna manifestación clínica que indique la Enfermedad.	Observar una crisis epiléptica	Observar una crisis epiléptica	Dicotómica
Causas de la Epilepsia	Motivo por el cual se suscita la enfermedad.	Enfermedad mental Enfermedad cerebral Contagiosa Hereditaria Problemas en el nacimiento Enfermedades de la sangre No sé Otro	Crear que la epilepsia tiene un origen mental. Crear que la epilepsia tiene un origen cerebral. Crear que la epilepsia se la adquiere mediante el contagio. Crear que la epilepsia tiene un origen hereditario. Crear que la epilepsia se da por problemas en el nacimiento. Crear que la epilepsia se origina por enfermedades de la sangre. No saber cuál es el origen de la epilepsia. Crear que otro es el origen de la epilepsia.	Nominal
Personal encargado de atender a un enfermo con Epilepsia	Persona y/grupo de personas encargadas de vigilar, mejorar y hasta curar a dicho enfermo.	Médicos Curanderos Naturistas	Persona calificada y licenciada para dar tratamiento médico a la población. Equivalente moderno del chamán o hierbero. Individuo que fomenta la terapéutica fundamentada en el apoyo de la	Nominal



		Otros	tendencia espontánea a la curación. Otras de las personas ya mencionadas que crean que es el encargado de atender a un enfermo con epilepsia.	
Discriminación de personas con Epilepsia	Vejar, maltratar y/o despreciar a una persona por su condición de salud.	Presencia	Presencia	Dicotómica
Estigma de la Epilepsia sobre la educación	Creencia de que dicha enfermedad causa dificultad en el aprendizaje y aprehensión de conocimientos nuevos	Presencia	Presencia	Dicotómica
Estigma de la Epilepsia sobre la inteligencia	Creencia de que dicha enfermedad causa dificultad para relacionarse con los demás y para adquirir nuevos conocimientos.	Presencia	Presencia	Dicotómica
Conocimiento de personas que discriminan epilépticos	Saber de la existencia de individuos que rechacen o desprecien a personas con Epilepsia	Presencia	Presencia	Dicotómica
Estigma de la Epilepsia sobre el embarazo	Creencia de que la enfermedad puede causar problemas en la gestación y mal formaciones congénitas	Presencia	Presencia	Dicotómica
Estigma de la Epilepsia con respecto al trabajo	Creencia de que la enfermedad cause dificultad para que pueda desempeñarse bien en la ocupación de su vida cotidiana	Presencia	Presencia	Dicotómica
Actuación frente a una crisis epiléptica	Actitud o conducta de una persona frente a un paciente que presente manifestaciones clínicas de la Epilepsia	Adecuada Inadecuada	La forma de actuar frente a una crisis epiléptica del sujeto en estudio.	Dicotómica