



RESUMEN

Un estudio cuasiexperimental de una cohorte se utilizó para conocer los Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Epilepsia en la población de la parroquia Santa Ana de la provincia del Azuay antes y después de la intervención de un programa educativo.

MÉTODOS: un total de 988 encuestas (entre antes y después) realizadas en estudiantes de colegios y en profesores de las instituciones pertenecientes a la parroquia de Santa Ana fueron recolectadas en el período de junio a diciembre del 2011. Se utilizó un cuestionario estandarizado por neurólogos para las encuestas. Se exoneran de la investigación a las personas que por diferentes causas se encontraban ausentes de las instituciones.

RESULTADOS: La población estudiada incluye a 504 personas, entre ellos 437 estudiantes y 67 profesores. La edad media en la población de estudiantes fue 14.66 y de profesores fue 39.93.

CAPs, las variables que tuvieron significancia estadística, con una $p < 0.05$ fueron: Conocimiento sobre epilepsia, causas de la epilepsia, personal encargado de atender pacientes con epilepsia; las variables que estudiaron los conocimientos y actitudes frente a la epilepsia también tuvieron significancia estadística. La variable que determinó prácticas adecuadas e inadecuadas tuvo una significancia estadística con una $p = 0.000$

Se cumplió con los objetivos planteados, observando que la intervención educativa tuvo un gran impacto en la población, cambiando así la forma de ver y actuar frente a un paciente con epilepsia.

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



ABSTRACT

A cuasiexperimental study of one cohort was used to know the knowledge, attitudes and practices about Epilepsy within population of Santa Ana, Azuay, Ecuador, before and after the intervention of an educational program.

METHODS: 988 surveys (between before and after) performed on college students and teacher of institutions of Santa Ana were recollected between June and December 2011. A standardized questionnaire was realized by neurologists and was used for surveys. Investigation exonerated those who were not in the institutions for different reasons.

RESULTS: the study population includes 504 people, 437 students and 67 teachers. The average age in students was 14.55 and 39.93 in teachers.

CAPs, variables that were statistically significant, with $p \leq 0.05$ were: knowledge about Epilepsy, causes of Epilepsy, personnel caring for patients with Epilepsy, variables that studied practices of population in cases of seizure were statistically significant too. The variable that determined appropriate and inappropriate practices had a statistical significance at $p=0.000$.

The set objectives were met, noting that the educational program had a major impact on the population, changing the way we see and act on a patient with Epilepsy.

KEY WORDS: EPILEPSY, CAPS, EDUCATIONAL PROGRAM, SANTA ANA.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
1. INTRODUCCIÓN.....	10
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
3. JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS	17
4. FUNDAMENTO TEÓRICO	19
5. HIPÓTESIS.....	25
6. OBJETIVOS.....	25
6.1 OBJETIVO GENERAL.....	25
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
7. DISEÑO METODOLÓGICO	26
8. RESULTADOS	31
9. DISCUSIÓN	38
10. CONCLUSION.....	41
BIBLIOGRAFÍA	43
ANEXOS.....	47



Nosotros, María Fernanda Aguirre Zavala, Olga Beatriz Alvarado Siguenza, Kerly Yuliana Apolo Loayza, 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. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de nuestros derechos morales o patrimoniales como autoras.

Nosotros, María Fernanda Aguirre Zavala, Olga Beatriz Alvarado Siguenza, Kerly Yuliana Apolo Loayza, certificamos que todas las ideas, opiniones, y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autoras.



**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 SANTA ANA,
PROVINCIA DEL AZUAY, AÑO 2011.”**

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

**AUTORAS: MARÍA FERNANDA AGUIRRE ZAVALA
OLGA BEATRIZ ALVARADO SIGUENZA.
KERLY YULIANA APOLO LOAYZA.**

DIRECTOR: DR. ARTURO CARPIO RODAS.

ASESOR: DR. JORGE GARCÍA ALVEAR.

**CUENCA – ECUADOR
2012**



DEDICATORIA

Quiero agradecer de una manera muy especial primeramente a mi Dios, que ha sido la base y el motor de mi profesión, y después agradecer también a mi familia, especialmente a mis padres, porque han confiado en mí y me han apoyado para cumplir uno de mis más grandes sueños, llegar a graduarme de esta dura y apasionante carrera que espero sea el comienzo de muchos triunfos en un futuro.

María Fernanda



DEDICATORIA

Dedico este proyecto a mi dulce Señor Jesucristo que ha sido mi fortaleza en todos estos largos años de carrera, me guiaste y jamás me abandonaste, eres el único merecedor de todos mis logros; también se lo dedico a mi padre por su apoyo incondicional ya que sin él no hubiese llegado donde estoy. Después de tantos obstáculos en mi camino ¡lo logré!

Olga



DEDICATORIA

Quiero dedicar este proyecto al pilar fundamental en mi vida, mi pequeña hija, Amy Sofía, gracias mi amor por compartir todos mis logros, te amo. Así mismo todo esto no hubiera sido posible sin el apoyo incondicional de mi abnegada madre, sin tu sacrificio y amor no hubiese llegado donde estoy, por eso esto va por ti también. Y finalmente quiero dedicarle todos mis logros obtenidos a la memoria de mi padre, papi lo hice, cumplí la promesa que te hice!

Kerly



AGRADECIMIENTO

Queremos dar un sincero agradecimiento al Dr. Arturo Carpio por permitirnos formar parte de este proyecto, al Dr. Jorge García por su eficiente asesoramiento, a los doctores Alberto Vásquez, Mónica Pacurucu, Santiago Peralta, la licenciada Rosi Rosstoni y la ingeniera Karina Quinde, por su colaboración en la realización del mismo.

Las Autoras



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 Santa Ana que fueron obtenidos en investigaciones recientes, demuestran que de la población el 2.8% resultó con sospecha de epilepsia; de estos, 1.7% resultó con diagnóstico de epilepsia confirmado por el neurólogo; de los cuales el 66.6% tuvo crisis tónico-clónicas, la mayor prevalencia en edad fue de 20 a 64 años (66.6%); en género fue el masculino (66.6%)(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 dirigimos esta investigación a la promoción de salud y prevención de la enfermedad en la población de Santa Ana, lo que se consiguió 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 cerebro vascular) 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 estuvo 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.

Aplicamos un estudio cuasiexperimental de una cohorte a una población de 504 personas entre estudiantes y maestros de la parroquia estudiada.

Se realizó un pre CAPs y un pos CAPs para valorar los conocimientos, actitudes y prácticas antes y después de una intervención educativa.

Los resultados fueron significativos, consiguiendo mediante la intervención que estudiantes como profesores conozcan la verdadera causa de la epilepsia, así 91.8% de estudiantes y el 90.7% de maestros señalaron que la epilepsia es una enfermedad cerebral.



Antes de la intervención los estudiantes tenían mayores prejuicios que los profesores con respecto a la epilepsia, señalando que: no permitirían a su hijo compartir con niños epilépticos (58.1%), que la epilepsia afecta la educación (60.5%), que la inteligencia de una persona con epilepsia no es igual a la de los demás (64.6%), que los pacientes con epilepsia no puede llevar una vida sexual normal (74%), que las mujeres que padecen epilepsia no puede tener un embarazo (87%) y que personas con epilepsia no pueden tener empleos similares a los demás (46.%). Sin embargo, la intervención educativa modificó significativamente ($p=0.000$) estos prejuicios. En el caso de los profesores, también fue positiva la mediación del 50% pasó a 27.8% de quienes creían que la epilepsia afecta la educación ($p>0.05$), y de 2.9% a 0% de quienes creían que las mujeres con epilepsia no pueden tener un embarazo ($p=0.00$).

Antes de nuestra intervención el 99.3% de estudiantes y el 76.1% de profesores realizarían una práctica perjudicial frente a una crisis epiléptica, esto se logro cambiar significativamente consiguiendo que el 83.6% de estudiantes y el 77.8 de maestros realicen una práctica adecuada frente a una crisis.

Con mucha satisfacción podemos decir que nuestra intervención logró cumplir con los objetivos planteados y así desestigmatizar la epilepsia y brindar una mejor calidad de vida para estos 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 testigos 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 las 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. Desde esta perspectiva pretendemos responder la siguiente pregunta que constituye el objetivo fundamental de este trabajo: ¿La promoción sobre la prevención de la epilepsia contribuirá a corregir y a reforzar los conocimientos sobre esta patología?



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 de privados (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 (CAPs) de epilepsia en la parroquia Santa Ana de la provincia del Azuay también realizamos 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, 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 primordialmente hacia la promoción de la epilepsia por lo que creemos es de vital importancia 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. FUNDAMENTO 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 ensañamiento 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 estuvo 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 revelaron 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 desestigmatización de la enfermedad en la comunidad Santa Ana 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 SANTA ANA 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 Santa Ana.
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 población
5. Ofrecer medidas de prevención sobre los factores de riesgo desencadenantes de epilepsia.



7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 Tipo de estudio y diseño general

Se realizó un estudio cuasi-experimental de una cohorte, en el periodo comprendido entre junio-diciembre del 2011.

7.2 Variables estudiadas

Las variables estudiadas fueron: (Anexo 6)

- Ocupación
- Edad
- Estado Civil
- Sexo
- Conocimiento sobre Epilepsia
- Conocimiento de personas con Epilepsia
- Observación de una crisis epiléptica
- Causas de epilepsia
- Personal encargado de atender a un enfermo con Epilepsia
- Discriminación de personas con Epilepsia
- Estigma de la Epilepsia sobre la educación
- Estigma de la Epilepsia sobre la inteligencia
- Conocimiento de personas que discriminan epilépticos
- Estigma de la Epilepsia sobre el embarazo
- Estigma de la Epilepsia con respecto al trabajo
- Actuación frente a una crisis epiléptica

7.3 Área de estudio

El área de estudio de nuestro proyecto fue la parroquia Santa Ana perteneciente al Cantón Cuenca de la provincia del Azuay: número de habitantes (5536 habitantes). (Censo 2001).(ANEXO 5)



7.4 Universo y muestra

El universo del estudio estuvo constituido por 504 personas entre estudiantes (437) del colegio “DANIEL HERMIDA” y maestros (67) de las instituciones pertenecientes a la parroquia Santa Ana.

7.5 Unidad de Análisis y Observación

La unidad de análisis y observación estuvo constituido por los/las estudiantes del colegio “DANIEL HERMIDA” y maestros de la parroquia Santa Ana.

El presente proyecto tuvo como centro de operaciones el Centro de Epilepsias de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, en donde se han realizado durante los últimos 15 años varios proyectos de investigación relacionados con epilepsia. Este Centro cuenta con un equipo multidisciplinario de investigadores, tiene local propio, con 5 oficinas de trabajo, equipadas con computadoras, impresoras, scanners, conexión permanente a internet, servicio de fax, fotocopiado, etc.

El Centro de Epilepsias funciona en el Hospital Vicente Corral Moscoso, que a su vez es un hospital de especialidades de Tercer Nivel, que cuenta con equipo humano, material y técnico para cubrir las necesidades asistenciales de la región austral del país. En este Centro funciona un equipo administrativo que se responsabilizó de la coordinación general de actividades. En el proyecto trabajaron los especialistas neurólogos del CEREPi, el neurólogo por el Subcentro de Salud de la parroquia Santa Ana, al menos 2 horas a la semana, y se contó con la participación de los estudiantes: Kerly Yuliana Apolo Loayza, Olga Beatriz Alvarado Siguenza y María Fernanda Aguirre Zavala estudiantes de pregrado de medicina, quienes realizaron la promoción en epilepsia, las encuestas y tabulación de los datos obtenidos. También se contó con el apoyo estadístico a cargo del Dr. Jorge García, profesor de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca.



Todas las actividades fueron aprobadas por el Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

7.6 Criterios de inclusión y exclusión

7.6.1 Criterios de inclusión

Se incluyó a los/las estudiantes que se encontraban matriculados y cursando el periodo lectivo 2010 – 2011 del colegio “DANIEL HERMIDA”, 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 “DANIEL HERMIDA” que aceptaron participar en la investigación firmando el consentimiento informado (Anexo 4).

7.6.2 Criterios de exclusión

No participaron en la investigación los/las estudiantes que desertaron y los/las maestros/as que no se presentaron por inaccesibilidad geográfica.

7.7 Intervención

7.7.1 Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs) en la comunidad.

Se realizó una encuesta aplicando un cuestionario previamente validado por un estudio realizado anteriormente, que permitió determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de la comunidad frente a la Epilepsia. (Anexo 4)

7.7.2 Promoción y Prevención de Epilepsia mediante un programa educacional.

Se realizó una intervención mediante una conferencia dialogada sobre Epilepsia que fue impartida por las autoras del presente proyecto, previa



capacitación por neurólogos que trabajan en el centro de Epilepsia del Hospital Vicente Corral Moscoso; con la finalidad de promover el conocimiento sobre Epilepsia y a la vez impartir conductas para su desestigmatización y lograr mejorar la aceptación social de los pacientes con esta patología.

7.7.3 Evaluar los conocimientos aprendidos en la comunidad

Para evaluar los conocimientos se aplicó nuevamente la encuesta utilizando el mismo cuestionario, así se pudo valorar si la intervención tuvo resultados estadísticamente significativos.

7.8 Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control y calidad de los datos.

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

El método para recolectar los datos es la encuesta que se aplicó antes y después de la intervención educativa, la técnica es el interrogatorio a través de “entrenamiento estructurado” y el instrumento es un formulario tipo cuestionario que fue previamente validado en un estudio anterior.

7.8.2 Plan de tabulación y análisis de los datos.

Los datos recolectados fueron ingresados en la base de datos diseñada para el efecto, en el software Estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 19.0. La Tabulación y presentación de los datos se realizaron en tablas y gráficos de acuerdo con el tipo de variable. Para el análisis estadístico se utilizaron medidas de frecuencia absoluta y relativa para las variables cualitativas y medidas de tendencia central de dispersión para las variables cuantitativas.



7.8.3 Técnica

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

7.9 Procedimientos:

- 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.

7.10 Aspectos Éticos

- Se entregó el consentimiento informado a los/las representantes legales de los y las adolescentes. (Anexo 1)
- Se entregó el consentimiento informado a los/las maestros de la parroquia Santa Ana. (Anexo 2)
- Se entregó el asentimiento informado a los y las adolescentes. (Anexo 3)
- 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.
- Los datos recolectados fueron ingresados en una base de datos, con acceso únicamente a las autoras del proyecto.

8. RESULTADOS

La población estudiada incluyó a 504 personas, entre ellos 437 estudiantes y 67 profesores.

De los 437 estudiantes, 241 fueron hombres mostrando una relación hombres/mujeres de 1:1,2. Entre los profesores 43 fueron mujeres con una relación mujeres/hombres de 1:1,8.

Tabla 1. Estudiantes y profesores distribuidos según sexo, de acuerdo a la aplicación de la encuesta

		Intervención Educativa					
		Antes		Después		Total	
Ocupación	Sexo	No.	%	No.	%	No.	%
Estudiante	Femenino	188	43,8	200	45,7	388	44,8
	Masculino	241	56,2	238	54,3	479	55,2
	Total	428	100	437	100	867	100
Profesor	Femenino	43	64,2	35	64,8	78	64,5
	Masculino	24	35,8	19	35,2	43	35,5
	Total	67	100	54	100	121	100

Fuente: Base de datos del Programa Manejo Integral de la Epilepsia: Un Modelo de Atención Primaria de Salud en la Provincia del Azuay.

La edad media en la población de estudiantes fue de 14.66 años con una desviación estándar de 1.94, edad mínima 11 y máxima 24. En los profesores, la media fue de 39.93 años, con una desviación estándar de 10.54, edad mínima de 22 y máxima de 61. El nivel de instrucción se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. Instrucción de la población estudiada según ocupación

Ocupación	Instrucción	Intervención Educativa					
		Antes		Después		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%
Estudiante	Secundaria incompleta	429	100	438	100	867	100
Profesor	Secundaria incompleta	0	0	1	1,9	1	0,8
	Secundaria completa	4	6,0	3	5,6	7	5,8
	Superior incompleta	13	19,4	13	24,1	26	21,5
	Superior completa	50	74,6	37	68,5	87	71,9
	Total	67	100	54	100	121	100

Fuente: Base de datos del Programa Manejo Integral de la Epilepsia:
Un Modelo de Atención Primaria de Salud en la Provincia del Azuay.

Al preguntarles si han oído o leído acerca de la Epilepsia antes de aplicar las herramientas de educación el 55% respondieron que sí. De ellos, 53.2% de estudiantes y 97% de profesores. Luego de utilizar la herramienta educativa, los estudiantes que han oído o leído sobre la epilepsia pasan de 53.2% a 88.5%; mientras que los profesores pasan de 97% a 100%. Seguramente porque en la capacitación se les indicó que una sola crisis no es epilepsia. La intervención tuvo significancia estadística con una p igual a 0,000.

Al preguntarles si conocen a alguien con epilepsia, respondieron que sí el 26.7% de estudiantes y el 71.6% de profesores. Luego de la intervención educativa, los estudiantes pasan del 26.7% al 37.6% y tuvo significancia estadística con una p igual a 0,003. En los profesores pasó de 71.6% a 73.6% lo cual no fue significativo.

En el caso de los estudiantes, la intervención también fue significativa ($p=0,000$) con respecto a la pregunta ha visto a una persona tener un ataque de epilepsia, pues pasan de 27% que respondieron que sí a un 38.5%; mientras que los profesores pasan de 80% a 83%, lo cual no fue significativo.

Tabla 3. Causas de epilepsia según la aplicación de las herramientas de educación

Causas de Epilepsia		Intervención Educativa				Valor p
		Antes		Después		
		No.	%	No.	%	
No es una enfermedad mental (SI)	Estudiantes	59	13,8	53	12,1	>0.05
	Profesores	4	6%	3	5,6	>0.05
Si es una enfermedad cerebral (SI)	Estudiantes	85	19,8	401	91,8	0,000
	Profesores	41	61,2	49	90,7	0,000
No es una enfermedad contagiosa (SI)	Estudiantes	19	4,4	6	1,4	>0.05
	Profesores	0	0	0	0	>0.05
No es una enfermedad hereditaria (SI)	Estudiantes	45	10,5	26	5,9	>0.05
	Profesores	14	20,9	8	14,8	>0.05
No se debe a problemas del nacimiento (SI)	Estudiantes	21	4,9	45	10,3	>0.05
	Profesores	9	13,4	16	29,6	>0.05
No se debe a problemas de la sangre (SI)	Estudiantes	28	6,5	8	1,8	>0.05
	Profesores	0	0	2	3,7	>0.05

Fuente: Base de datos del Programa Manejo Integral de la Epilepsia: Un Modelo de Atención Primaria de Salud en la Provincia del Azuay.

En la Tabla 3 se puede apreciar que con la intervención educativa se consiguió que tanto los estudiantes como los profesores modifiquen su conocimiento con respecto a la causa de la epilepsia; los estudiantes pasaron de 19.8% a 91.8% y los profesores de 61.2% a 90.7% en señalar que la epilepsia es una enfermedad cerebral ($p=0,000$).

Tabla 4. Quién trata la epilepsia según la aplicación de las herramientas de educación

¿Quién trata a los pacientes con epilepsia?	Intervención Educativa					
	Antes		Después		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Médicos	454	91.5	484	98.4	938	94.9
Curanderos	11	2.2	0	0.0	11	1.1
Naturistas	12	2.4	4	0.8	16	1.6
Otros	2	0.4	2	0.4	4	0.4
No sabe	14	2.8	2	0.4	16	1.6
Todos	3	0.6	0	0.0	3	0.3
Total	496	100	492	100	988	100

Fuente: Base de datos del Programa Manejo Integral de la Epilepsia:
Un Modelo de Atención Primaria de Salud en la Provincia del Azuay.

Al preguntarles quien trata la epilepsia no se modificó significativamente de 91.5 a 98.4% la creencia de que es el médico quien debería tratar la epilepsia.

Tabla 5. Conocimientos y actitudes según la aplicación de las herramientas de educación

Conocimientos y actitudes sobre Epilepsia		Intervención Educativa				Valor p
		Antes		Después		
		No.	%	No.	%	
¿Quién trata a los pacientes con epilepsia? Médico	Estudiantes	389	90.7	429	98.4	0.000
	Profesores	64	97.0	53	98.1	>0.05
¿Permitiría a su hijo compartir actividades con un niño epiléptico? No	Estudiantes	232	58.1	43	10.0	0,000
	Profesores	1	1.5	0	0	>0,05
¿Cree que la epilepsia afecta la educación de una persona? Si	Estudiantes	264	60.5	41	9.7	0.000
	Profesores	34	50.0	13	27.8	>0.05
¿Cree que la inteligencia de una persona con epilepsia es igual a la de las demás? No	Estudiantes	286	64.6	53	12.1	0.000
	Profesores	14	18.2	2	3.1	>0.05
¿Cree que hay personas que discriminan a los que tienen epilepsia? Si	Estudiantes	337	77.9	328	74.8	0.000
	Profesores	59	88.1	47	86.8	>0.05
¿Los pacientes con epilepsia pueden llevar una vida sexual normal? No	Estudiantes	325	74.0	14	3.2	0.000
	Profesores	7	11.5	0	0	0.01
¿Cree que las mujeres con epilepsia pueden tener un embarazo normal? No	Estudiantes	376	87.0	11	2.5	0.000
	Profesores	15	2.9	0	0	0.000
¿Cree que las personas con epilepsia deberían tener empleos similares a las demás personas? Si	Estudiantes	216	53.2	394	89.6	0.000
	Profesores	59	88.1	54	100	0.00

Fuente: Base de datos del Programa Manejo Integral de la Epilepsia: Un Modelo de Atención Primaria de Salud en la Provincia del Azuay.

En la Tabla 5, se puede apreciar las repuestas sobre conocimientos y actitudes sobre epilepsia. Los estudiantes tenían mayores prejuicios que los profesores con respecto a la epilepsia, señalan que: no permitirían a su hijo compartir con niños epilépticos (58.1%), que la epilepsia afecta la educación (60.5%), que la inteligencia de una persona con epilepsia no es igual a la de los demás (64.6%), que los pacientes con epilepsia no puede llevar una vida sexual normal (74%), que las mujeres que padecen epilepsia no puede tener un embarazo (87%) y que personas con epilepsia no pueden tener empleos

similares a los demás (46.%). Sin embargo, la intervención educativa modificó significativamente ($p=0.000$) estos prejuicios. En el caso de los profesores, también fue positiva la mediación del 50% pasó a 27.8% de quienes creían que la epilepsia afecta la educación ($p>0.05$), y de 2.9% a 0% de quienes creían que las mujeres con epilepsia no pueden tener un embarazo ($p=0.00$).

Tabla 6. Prácticas en Epilepsia según la aplicación de las herramientas de educación

Prácticas		Intervención Educativa						Valor p
		Antes		Después		Total		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Estudiantes	Prácticas adecuadas	3	0.7	366	83.6	369	42.6	0,000
	Prácticas perjudiciales	426	99.3	72	16.4	498	57.4	
Profesores	Prácticas adecuadas	16	23.9	42	77.8	58	47.9	0,000
	Prácticas perjudiciales	51	76.1	12	22.2	63	52.1	

Fuente: Base de datos del Programa Manejo Integral de la Epilepsia: Un Modelo de Atención Primaria de Salud en la Provincia del Azuay.

Para conocer qué harían los estudiantes o profesores si ven a una persona teniendo una crisis, se les realizó una pregunta abierta: ¿Qué haría si ve a una persona teniendo una crisis epiléptica? Las respuestas fueron muy variadas; para el análisis se agruparon en dos niveles: prácticas adecuadas y prácticas perjudiciales, a fin de realizar el chi cuadrado de Pearson (Tabla 6).

El 99.3% de los estudiantes y el 76.1% de los profesores realizaría una práctica perjudicial frente a una crisis epiléptica; nuevamente la herramienta educativa sirvió en los dos grupos para modificar sus posibles prácticas perjudiciales en otras más adecuadas, lo cual fue estadísticamente significativo ($p=0.000$).

Tabla 7. Clasificación de las prácticas frente a una persona con crisis epilépticas según la aplicación de las herramientas de educación

Clasificación de las prácticas		Intervención Educativa					
		Antes		Después		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%
Estudiante	1. Ayuda	3	0.7	366.0	83.6	369	42.6
	2. Trasladarlo a otro lugar	130	30.3	50.0	11.4	180	20.8
	3. Curso natural	75	17.5	15.0	3.4	90	10.4
	4. Medidas caseras	5	1.2	0	0.0	5	0.6
	5. Miedo/prejuicio	13	3.0	0	0.0	13	1.5
	6. Maniobras perjudiciales	60	14.0	2	0.5	62	7.2
	7. No sabe/rehusa	143	33.3	5	1.1	148	17.1
	Total	429	100	438	100	867	100
Profesor	1. Ayuda	16	23.9	42	77.8	58	47.9
	2. Trasladarlo a otro lugar	8	11.9	6	11.1	14	11.6
	3. Curso natural	21	31.3	5	9.3	26	21.5
	6. Maniobras perjudiciales	19	28.4	1	1.9	20	16.5
	7. No sabe/rehusa	3	4.5	0	0.0	3	2.5
	Total	67	100	54	100	121	100

Fuente: Base de datos del Programa Manejo Integral de la Epilepsia: Un Modelo de Atención Primaria de Salud en la Provincia del Azuay.

Además, las respuestas se clasificaron en siete niveles con la finalidad de conocer cuáles eran las prácticas más frecuentes y cuáles se modificaron con la intervención educativa (Tabla 7). Se consideró como prácticas básicas al nivel 1 (Ayuda): guardar la calma, colocar la cabeza de lado, permitir el flujo de saliva, aflojar la ropa, mirar la duración de la crisis, esperar a que pase la crisis para poder auxiliarle, llamar al médico. Las demás (nivel 2-7) se consideraron como perjudiciales.



9. DISCUSIÓN

La epilepsia es una de las enfermedades graves más comunes del cerebro. En Ecuador, de acuerdo a varios estudios, la prevalencia es de alrededor de siete por 1.000, lo cual es similar a las cifras reportadas en los países desarrollados.

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.

Comenzaremos comparando los dos proyectos sobre Epilepsia realizados en nuestra provincia, el uno “Prevalencia, conocimientos – actitudes y prácticas de Epilepsia en la parroquia Santa Ana, provincia del Azuay, año 2010” y el otro “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”. El primero fue un estudio puerta a puerta, se aplicaron encuestas, procesaron 528 datos, fueron 109 informantes. En nuestro estudio, que corresponde al segundo, también se aplicaron encuestas y fueron 495 personas.

La edad mínima fue de un año, la máxima de 97 años, con una desviación estándar de 20.95 en el primer estudio, y en el segundo La edad media en la población de estudiantes fue de 14.66 con una desviación estándar de 1.94 y en los profesores, la media fue de 39.93, con una desviación estándar de 10.54.

En nuestro estudio, los resultados revelan que del total de las encuestas que se aplicaron antes de la intervención educativa (496), un 55% de la población en estudio ha oído sobre Epilepsia comparando con el proyecto anterior en donde el 85.2% responde que han oído sobre esta enfermedad lo cual es un valor similar y alto a otro estudio realizado en la India en donde un 94% había oído acerca de la epilepsia.



Al referirse sobre la pregunta de las causas de epilepsia, en el estudio realizado en el 2010 anterior al nuestro, se observa que 1.9% de personas todavía piensan que la principal causa es contagiosa, comparado con nuestro proyecto en donde un 4.4% piensa lo mismo pero llama la atención en otro estudio en un área suburbana de Senegal realizada en el 2001 entre 4500 personas en el distrito de Pikine (población total 480000) en donde este valor se incrementa a 35.

Según los resultados obtenidos en el estudio realizado en la parroquia Santa Ana del cantón Cuenca de la provincia del Azuay del año 2010, entre otras respuestas se encuentran que el 44.4% que desconoce la causa de esta enfermedad, el 16.7% piensa que la causa es hereditaria, un 7.4% responde que se debe a problemas en el nacimiento.

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, comparado con el nuestro en donde un 45% no sabe que es la epilepsia, en donde también toda la población si recibió información sobre esta patología (excepto los que se encuentran con criterios de exclusión).

En cuanto a quien debería tratar esta enfermedad, el estudio anterior al nuestro, muestra que un 85.2% señalan que son los médicos, algo similar sucede en Pekine con un 82%, teniendo en nuestro estudio 90.2% que corresponde a un valor un poco más alto, pero que constituyen mayoría. Sin embargo 1.9% (Santa Ana 2010), y el 18% (Pikine) de los encuestados aún creen que la epilepsia debe ser tratada por medicina tradicional (curanderos y naturistas), comparando con 2.2% (curanderos), 2.4% (naturistas) de Santa Ana 2011.



Sobre si han visto tener un ataque de Epilepsia, en nuestro estudio se pudo ver que un 27% (estudiantes) y 80% (maestros) respondieron que si, en comparación con el estudio anterior de Santa Ana que aparece un valor mayor de 53.7%.

Con respecto al comportamiento frente a un paciente con epilepsia, en nuestro estudio, señalan que no permitirían a su hijo compartir con niños epilépticos (58.1%), que la epilepsia afecta la educación (60.5%), que la inteligencia de una persona con epilepsia no es igual a la de los demás (64.6%), que los pacientes con epilepsia no puede llevar una vida sexual normal (74%), que las mujeres que padecen epilepsia no puede tener un embarazo (87%) y que personas con epilepsia no pueden tener empleos similares a los demás (46%). Comparando con el estudio realizado en India llama la atención 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%).

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.

En el estudio realizado en la Habana que se mencionó anteriormente, 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.

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.

10. CONCLUSION

Hay escasos estudios sobre Epilepsia en nuestro país y países en vías de desarrollo por lo que se hace difícil comparar y obtener información precisa sobre los conocimientos, actitudes y prácticas más comunes de la población frente a esta enfermedad, quizá por falta de disposición de personas que se involucren en este tipo de investigaciones, al bajo nivel socio económico, o deficiencia de programas relacionados con este tipo de actividades en la población en general.

Por lo tanto, se ha enfatizado en comparar los dos estudios que tratan sobre la Epilepsia y que constituyen parte de un extenso e innovador proyecto de investigación como es “Sacando la Epilepsia de las Sombras”.

Los resultados evidencian que la intervención educativa realizada en la parroquia fue bastante significativa, hablando en términos generales, comparando con los resultados que se obtuvieron un año anterior y sirvió para que la gente tuviera un conocimiento mucho más amplio sobre esta patología y despejara inquietudes, dudas y falsas creencias que ponían en riesgo el bienestar e incluso la vida de las personas que la padecían por falta de una correcta información, consiguiendo de esta manera una mayor aceptación social de las personas afectadas disminuyendo el grado de incapacidad a nivel del país.

Además se logra disminuir la congestión en niveles terciarios de salud, pudiendo atenderse casos como éstos en los niveles primarios, dejando la atención especializada para luego de haber superado la emergencia.



Esperamos que este proyecto no sea uno de los pocos ni de los últimos, si no que pueda servir para en un futuro realizar más investigaciones en pro de la salud de nuestro país y de Latinoamérica.



BIBLIOGRAFÍA

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. *latreia*, 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=lnk&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=lnk&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, Etienne Carissa. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Publica [serial on the Internet]. 2007 Mar [cited 2010 Dec 28]; 21(2-3): 73-84. Available from: http://www.scielosp.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 Santa Ana 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 NeurolNeurosurg 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 NeurolNeurosurg Psychiatry 1996;61:433-43.
28. Quiñones-Núñez M, Lira-Mamani D. Perfil epidemiológico de la epilepsia en una población hospitalaria en Lima, Perú. RevNeurol 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. NF.Ndoye,A.D.Sow.Prevalenceofepilepsyitstreatmentgapand knowledge,attitudeandpracticeofitspopulationinsub-urbanSenegal anILAE/IBE/WHOstudy.*Seizure*(2005)14,106-111



ANEXOS

ANEXO 1

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, Ma. Fernanda Aguirre Z, Olga Alvarado S y Kerly Apolo L. 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 SANTA ANA, 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 y que durará aproximadamente quince minutos, inmediatamente se procederá a capacitar acerca del tema de investigación por treinta minutos y al finalizar la charla nuevamente se le entregará el mismo cuestionario que durará quince minutos.

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 del Padre y/o Madre de familia, o Representante legal



ANEXO 2

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

ASENTIMIENTO INFORMADO DEL/LA ADOLESCENTE

Nosotros, Ma. Fernanda Aguirre Z, Olga Alvarado S y Kerly Apolo L. 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 SANTA ANA, 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 y que durará aproximadamente quince minutos, inmediatamente se procederá a capacitar acerca del tema de investigación por treinta minutos y al finalizar la charla nuevamente se le entregará el mismo cuestionario que durará quince minutos.

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: _____, **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.

Yo: _____, **estudiante del colegio: _____, curso: _____**; libremente y sin ninguna presión acepto participar en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido.

Firma del/la adolescente

Firma del Padre y/o Madre de familia, o representante legal

Fecha: _____

María Fernanda Aguirre Zavala
Olga Beatriz Alvarado Siguenza.
Kerly Yuliana Apolo Loayza



ANEXO 3:

Consentimiento informado para el/la profesor/a

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROFESOR/A.

Nosotros, Ma. Fernanda Aguirre Z, Olga Alvarado S y Kerly Apolo L, 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 SANTA ANA, 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 y que durará aproximadamente quince minutos, inmediatamente se procederá a capacitar acerca del tema de investigación por treinta minutos y al finalizar la charla nuevamente se le entregará el mismo cuestionario que durará quince minutos.

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 4

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

APLICACIÓN: ANTES DESPUÉS

INSTITUCIÓN: _____

NOMBRE DEL ENCUESTADO: _____

PARROQUIA:

ZHIDMAD SANTA ANA EL VALLE QUINGEO

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?

ANEXO 5

