

Calidad de Vida en la Epilepsia

Fernando Ivanovic-Zuvic

Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile

Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago de Chile.

E-mail: ferlore@terra.cl

RESUMEN

La calidad de vida constituye un constructo teórico-valorativo que es útil para evaluar las percepciones sobre el grado de bienestar tanto individual como social en una determinada población. Los pacientes al ser portadores de una enfermedad a menudo prolongada, experimentan una serie de factores de riesgo tanto individuales como sociales que influyen en la calidad de vida que logran alcanzar. El cuantificar estas variables permite obtener una visión objetiva de la adaptación social junto a impresiones subjetivas del paciente y del entorno que lo rodea. Diversos instrumentos se han empleado para evaluar el nivel de calidad de vida. El W.P.S.I ha mostrado que en Chile los pacientes con epilepsia pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos poseen deficientes índices de adaptación cuando se comparan con pacientes con epilepsia de estratos sociales medios o altos, los que poseen mejores índices de adaptación psicosocial. Individuos epilépticos que han cursado por cuadros psicóticos poseen similares índices de adaptación que epilépticos no psicóticos pertenecientes al mismo nivel socioeconómico.

INTRODUCCION

Lo que se entiende por calidad de vida posee dificultades en su definición, ya que este término señala una condición tanto física como mental que depende de la valoración tanto del que la experimenta, como también por la sociedad.

Este término posee diversos usos en la medicina, ya sea para optimizar los tratamientos de los pacientes, como una medida de evaluación de las investigaciones y ensayos clínicos en la planificación de la asistencia sanitaria, para conocer los requerimientos y la distribución de los recursos en una población determinada y para evaluar la multiplicidad de factores que influyen en las enfermedades.

Una definición de calidad de vida, la caracteriza el grado de bienestar general que alcanza una persona tanto en lo físico, mental y social. Se incluyen aspectos tales como síntomas, disfunción física, roles, funcionamiento social, emociones, cogniciones, percepciones acerca de la salud y la satisfacción general.

Su empleo en la salud física está ampliamente difundido. En estas enfermedades la presencia de síntomas provoca que el paciente esté incapacitado para efectuar las labores cotidianas en el trabajo, estudios, etc. Esta condición afecta la calidad de vida tanto para el sujeto que padece la enfermedad como a su entorno. A modo de ejemplo, un estado febril significará que el sujeto empeore su calidad de vida aunque sea en forma transitoria, pero que de hacerse permanente como en el caso de una parálisis muscular como consecuencia de un accidente vascular encefálico, significará un estado de pérdida de las capacidades físicas, lo que llevará a un empeoramiento permanente de la calidad de vida, no sólo por los síntomas clínicos sino también por las consecuencias ambientales y familiares que se originan a partir de este hecho.

De este modo, la calidad de vida de un sujeto está relacionada no sólo con las consecuencias físicas de la enfermedad orgánica, sino también con el entorno del paciente. Más aún es la totalidad de la relación del sujeto con el medio ambiente la que se compromete, pues la sociedad en su conjunto recibe las consecuencias de las enfermedades incapacitantes, tales como pérdida de fuentes laborales, menor productividad, gastos médicos asociados, pensiones laborales, etc.

Cabe preguntarse si este esquema útil para los trastornos orgánicos es válido para conocer la calidad de vida de los sujetos que padecen cuadros patológicos mentales. Es un hecho reconocido que los pacientes con trastornos mentales tienden a valorar su estado general en estrecha relación con las vivencias subjetivas determinadas por el proceso

patológico mismo. De este modo, un sujeto que cursa con una depresión percibirá su estado personal y su entorno en forma pesimista, mientras que el maníaco lo hará sobrestimando exageradamente su estado actual. Esquizofrénicos perciben la realidad influidos por su peculiar forma de vivenciarse a sí mismos y a los otros, como resultado de los delirios. En consecuencia, al abordar las apreciaciones subjetivas a partir del relato proporcionado por los propios pacientes pueden estar influidas por el proceso patológico mismo. Los instrumentos destinados a cuantificar el estado de la calidad de vida deben contener conceptos y una metodología adecuada que considere estos factores.

CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA

Mediciones objetivas efectuadas por medio de encuestas y test psicométricos también deben cumplir con una serie de postulados que a menudo surgen desde una posición valorativa acerca de lo que entendemos como “calidad”.

Al emplear conceptos tales como bienestar y satisfacción se debe indicar que estos términos son empleados para señalar un estado que se puede alcanzar a partir de un constructo valorativo teórico. La propia definición de salud, concepto estrechamente relacionado con el de calidad de vida, incorpora conceptos que van más allá de los impedimentos físicos o enfermedades somáticas tradicionales. La definición proporcionada por la Organización Mundial de la Salud señala que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social. No consiste solamente en la ausencia de enfermedad o dolencia” (O.M.S. 1948) (1).

Esta definición de salud incorpora un concepto valorativo que se acerca a las definiciones tradicionales de calidad de vida, pues la salud no es entendida sólo como ausencia de un proceso patológico, sino además se debe mantener un estado de bienestar mental. Como consecuencia de estas definiciones, la O.M.S. ha elaborado un instrumento de calidad de vida (W.H.O.Q.O.L.), que junto al I.C.D. 10 constituyen herramientas para medir la calidad de vida y un manual para la clasificación de los desórdenes mentales representado por el I.C.D. 10.

Debido a que el término calidad de vida en sus definiciones incorpora necesariamente un aspecto valorativo, este concepto se torna a menudo vago e

impreciso. La noción de bienestar posee múltiples definiciones, desde aquellas que incorporan variables sociológicas como el bienestar de una nación hasta factores subjetivos comprometidos en la felicidad individual. Sin embargo, los profesionales comprometidos en los equipos de salud mental reconocen ciertos hechos como necesarios para lograr una adecuada calidad de vida de un paciente, donde son de relevancia la presencia o ausencia de síntomas y enfermedades. En la valoración y medición de la calidad de vida en la salud mental se deben incorporar aspectos de mayor complejidad como las variables sociales, culturales, satisfacción vital, apoyo social, estado funcional, lo que requiere de indicadores normativos, objetivos y subjetivos para reconocer estas variables físicas, sociales y emocionales.

La mayoría de los cuestionarios empleados para medir la calidad de vida emplean técnicas subjetivas, cuyas respuestas dependen no sólo de la patología aguda que pueda presentar un paciente sino también de las cogniciones permanentes que posee un sujeto con alguna patología mental. Por ejemplo, pacientes crónicos pueden valorar en forma satisfactoria su nivel de calidad de vida al estar institucionalizados, lo que no concuerda con las valoraciones externas efectuadas por la comunidad o desde un observador externo (2).

La valoración de la calidad de vida debe contener además una opinión externa formulada por familiares, amigos y los profesionales de la salud mental. Para ponderar los logros obtenidos por un determinado paciente no sólo dependen de su opinión subjetiva, sino también se deben considerar los roles sociales que es capaz de alcanzar en el contexto social. El concepto de red social de apoyo también debe ser incluido para establecer el nivel de calidad de vida en una determinada población.

Diversos modelos se han empleado para comprender el concepto de calidad de vida. Algunos la consideran como el resultado de un proceso continuo de adaptación, durante el cual el individuo debe conciliar los propios deseos con los del entorno y las demandas sociales relacionadas con estas aspiraciones. Este es un proceso dinámico, pues estas variables cambian a lo largo del tiempo, con variaciones en los niveles de satisfacción al modificarse los valores y preferencias del entorno social. Las necesidades personales cambian a lo largo del tiempo y

habitualmente están influidas por el conjunto de valores y aspiraciones del grupo social al que pertenece el individuo.

El esquema tradicional de Maslow (3) enumera un conjunto de necesidades humanas, desde aquellas más necesarias hacia las de más alto grado espiritual. Entre las más básicas están las necesidades fisiológicas, luego las dependientes de la realización emocional, luego las necesidades de aceptación social y finalmente las necesidades de realización y significado personal (Tabla Nº 1). Estas necesidades se satisfacen en la medida que el sujeto supera las más básicas, por lo que su percepción de calidad de vida estará influida por el rango de necesidades y aspiraciones que alcance en un momento determinado. De este modo, los valores y necesidades establecidas para evaluar la calidad de vida son relativas al conjunto de aspiraciones individuales, sociales, y las necesarias para satisfacer las necesidades del individuo, que en algunos casos sólo estarán supeditadas a la satisfacción de las necesidades básicas.

Tabla Nº 1
Escala de necesidades según Maslow

- Necesidades fisiológicas
- Necesidades de seguridad
- Necesidades de pertenencia
- Necesidades de autoestima
- Necesidades de autorrealización

Los factores directamente relacionados con la enfermedad incidirán en la percepción de las necesidades y repercutirán sobre la adaptación social y la satisfacción personal. Debido a la naturaleza de un proceso patológico, los pacientes se ven enfrentados a mantener un rol social a lo menos parcial, ante los cuales pueden valorar de muy diversa forma el nivel de adaptabilidad y consecuente calidad de vida que han logrado.

Diversos procedimientos han sido diseñados para evaluar la calidad de vida. Algunas escalas contienen ítems que consideran solamente aspectos específicos de la enfermedad a estudiar, tales como diabetes, S.I.D.A., etc. Otros instrumentos utilizan escalas que pueden ser aplicadas a todos los sujetos independientemente de la enfermedad que cursan. Como ejemplo de esta situación está el W.H.O.Q.O.L. de la O.M.S.

Estas escalas pueden complementarse mediante la utilización de sistemas diagnósticos multiaxiales. El emplear esquemas diagnósticos multiaxiales junto a test destinados a evaluar la calidad de vida debe considerar que ambos procedimientos son complementarios, ya que los instrumentos de calidad de vida están centrados en las personas, recogen una perspectiva subjetiva del paciente e incluyen variables culturales y espirituales. Por otro lado, los manuales diagnósticos que se emplean en psiquiatría poseen un mayor carácter objetivante y universal e intentos por delimitar las categorías nosológicas entre sí. Ambos sistemas pueden complementarse logrando una mejor comprensión del sujeto que padece de una enfermedad mental diagnosticada y clasificada según los manuales diagnósticos y conjuntamente valorada en su calidad de vida obteniéndose una visión holística del paciente, incorporando variables subjetivas, objetivas y socioculturales.

Estos instrumentos también pueden ser perfeccionados por cuestionarios que incluyan otras variables subjetivas para valorar la perspectiva personal del paciente mediante guías flexibles o de preguntas sugeridas para superar la rigidización de los procedimientos estandarizados (4).

Los instrumentos diseñados para medir la calidad de vida en enfermedades específicas mentales deben incorporar los hechos peculiares de estas enfermedades, tales como los efectos del ambiente en su génesis, persistencia de factores involucrados en el nivel de calidad de vida, las dificultades para efectuar las mismas entrevistas y las distorsiones propias del mismo cuadro psiquiátrico que se desea evaluar. Se incorporan además preguntas para conocer la estigmatización social de las enfermedades mentales, los efectos colaterales de las terapias que a menudo provocan síntomas no sólo físicos sino que también psicológicos secundarios, las influencias de una determinada cultura en el individuo, la medición de la psicopatología propiamente tal de modo objetivo y la fluctuación de la sintomatología y del cuadro clínico a lo largo del tiempo. De ahí la dificultad que se desprende de emplear solo un procedimiento estadístico, lo que habitualmente está dirigido a evaluar algunos aspectos en la complejidad de las variables involucradas.

Evaluar la calidad de vida permite obtener una visión lo más cercana posible al real estado del individuo, aspecto de relevancia pues muchas veces las

impresiones subjetivas de los profesionales, la familia o la sociedad no concuerdan con la experimentada por los propios pacientes, como también puede suceder lo inverso.

Se plantea que la reinserción social plena del sujeto poseedor de una patología mental es el óptimo logro en la rehabilitación. Sin embargo, en oportunidades se observa que en algunos pacientes, especialmente aquellos con patologías crónicas y deteriorantes, esta ambición no es factible, ya que por la naturaleza misma de la patología el sujeto no está preparado para asumir los roles que la sociedad exige a un individuo común, lo que debe ser ponderado en forma realista en cada caso en particular. De ahí la necesidad de encontrar un justo equilibrio entre los requerimientos de la sociedad, de la familia y los del paciente en particular, equilibrio a menudo inestable y que es tensionado tanto por la patología misma como por las reglas y demandas socioculturales que se establecen en un determinado grupo humano.

Alcanzar este equilibrio entre la sociedad y el paciente implica considerar los diversos agentes sociales que influyen sobre el paciente y el equipo de salud mental. Es habitual que consideraciones culturales, políticas y grupos de acción social influyan en este delicado equilibrio que ha alcanzado un sujeto en la sociedad, factores que pueden comprometer y muchas veces hacer retroceder el nivel de calidad de vida real que se ha obtenido. El nivel real de adaptación alcanzado implica una ecuación entre la factibilidad de recuperación como resultado de técnicas terapéuticas con que se cuenta en un momento determinado y los niveles de funcionalidad que son posibles de alcanzar. De este modo, la opinión del especialista experto es de importancia para conocer el nivel que puede lograr un determinado sujeto, donde consideraciones sociales o políticas a menudo ideologizadas provocan dificultades en un paciente que ya ha alcanzado un nivel de vida aceptable para su particular patología.

EPILEPSIA Y CALIDAD DE VIDA

La epilepsia es una enfermedad que es afectada por diversas variables tanto individuales como la presencia de las crisis mismas, pero también por el conjunto de situaciones sociales que en diversa forma afectan al paciente en su autoestima, independencia personal, relación con los otros, etc. Este concepto de calidad de vida como se ha dicho es relativo, ya que las apreciaciones subjetivas en oportunidades no coinciden

con las objetivas proporcionadas por los que lo rodean. De hecho, pacientes con epilepsias graves en oportunidades se aprecian a sí mismos como portadores de una calidad de vida aceptable, lo que no se encuentra en otros pacientes con crisis esporádicas, pero que las experimentan como gravemente perturbadoras para su desarrollo personal. El tipo de crisis es un factor a considerar en la medida que aquellos que poseen crisis con compromiso del sistema motor afectan en mayor forma el desempeño social al ser comparadas con crisis parciales simples sin mayor compromiso de la conciencia y de la conducta (Tabla N° 2).

Tabla N° 2 **Aspectos a Evaluar en la Calidad de Vida en los** **Pacientes con Epilepsia**

Somáticos:

- Crisis epilépticas
- Salud general, desempeño general, actividades diarias
- Síntomas físicos
- Ritmicidad sueño-vigilia
- Efectos laterales de fármacos

Psicológicos

- Auto percepción, autoestima
- Sensación de bienestar, satisfacción
- Presencia de psicopatología

Social

- Familia
- Relación y comunicación con los otros
- Género
- Recreación
- Roles

Cognitivos

- Memoria, alerta, juicio

Económicos

- Ingresos
- Actividad laboral

Adaptación a las crisis

Relación con equipo de salud mental, medicamentos

Variables como la frecuencia de las crisis, los efectos adversos de los anticonvulsivantes u otros fármacos,

el uso de cirugía afectan las percepciones tanto individuales como ambientales acerca de la calidad de vida. Otras variables que influyen son el estado funcional, la salud general, las alteraciones psicopatológicas que puedan estar presentes, las relaciones sociales que se establecen y los factores económicos involucrados. La severidad de las crisis también afectan la calidad de vida, aspectos que se enumeran en la tabla N° 3. Las áreas donde los individuos con epilepsia tienen mayor preocupación son las que están en la tabla N° 4.

Tabla N° 3
Escala de Severidad de las Crisis Epilépticas

- Tipo de crisis
- Frecuencia de las crisis
- Status epiléptico
- Factores precipitantes ambientales
- Niveles plasmáticos de anticonvulsivantes
- Ritmos de sueño vigilia en las crisis
- Interferencia con el desempeño social

(De Cramer)

Tabla N° 4
Áreas de Especial Preocupación de los Pacientes con Epilepsia

- Aceptar las crisis epilépticas
- Actitudes ante el hecho de ser epiléptico
- Temor a las crisis
- Temor al estigma social
- Pérdida de confianza en sí mismo y el futuro
- Preocupaciones laborales
- Efectos laterales de fármacos
- Preocupaciones sexuales
- Preocupaciones sobre la herencia
- Preocupaciones acerca de la relación de pareja y crisis epilépticas

(De Chaplin, modificado)

De este modo, el cuantificar el nivel de calidad de vida en el sujeto con epilepsia requiere de instrumentos capaces de incorporar la multiplicidad de variables que intervienen tanto en la apreciación objetiva como subjetiva del epiléptico. Pocos instrumentos existen en la actualidad para la epilepsia, siendo los más destacados el W.P.S.I. y el Q.O.L.I.E.

El primero aporta información general sobre las percepciones del sujeto ante su enfermedad y entorno, el segundo es útil para conocer el impacto de los tratamientos sobre el sujeto y el estudio comparativo de los procedimientos terapéuticos. El Q.O.L.I.E. posee 98 preguntas que se refieren a percepciones sobre la condición médica general, funcionamiento físico, limitaciones en los roles debidos a dificultades físicas, roles limitados debido a dificultades emocionales, funcionamiento social, energía y fatiga, bienestar emocional y dolor. Se incluyen las respuestas proporcionadas por un sujeto próximo al paciente (5).

El W.P.S.I. (Washington Psychosocial Seizure Inventory) ha sido utilizado en Chile, lo que ha aportado una visión de los pacientes con epilepsia en cuanto a sus impresiones subjetivas acerca de la adaptación social.

Es un hecho reconocido que los enfermos con epilepsia poseen dificultades en su adaptación, lo que ha sido relacionado con el tipo de crisis, ya sea del lóbulo temporal (6), o con diversos tipos de epilepsia (7). Los individuos con epilepsia reciben salarios más bajos que el resto de la población, permanecen con mayor frecuencia solteros, poseen mayores dificultades para adquirir independencia y ser autovalentes. Las alteraciones psicopatológicas son mayores que la población general y alcanzan cifras de alrededor del 60% de ellos (8).

El rol de los medicamentos y la frecuencia de las crisis influyen en la calidad de vida de los pacientes con epilepsia. Estudios recientes han mostrado que la disminución de los efectos laterales de los anticonvulsivantes reducen las dificultades adaptativas e incluso disminuyen los estigmas asociados a esta enfermedad. Los sujetos con epilepsia con crisis menos frecuentes se adaptan mejor (9).

ADAPTACION SOCIAL DE LOS EPILEPTICOS EN CHILE

Para evaluar el grado de adaptación en Chile, se ha empleado el W.P.S.I., instrumento elaborado en E.E.U.U. por Dodrill (10), y que contiene ocho escalas tales como Historial familiar, Adaptación emocional, Adaptación interpersonal, Adaptación vocacional, Situación económica, Adaptación a las crisis, Medicamento y tratamiento médico y Funcionamiento psicosocial global. Este instrumento contiene 132 ítems breves y de fácil respuesta. Los

resultados son graficados en una tabla donde aparecen cuatro niveles, siendo el primer nivel la zona que indica ausencia de dificultades, el nivel dos, presencia de dificultades sin mayor gravedad. La zona tres indica dificultades relevantes para el individuo en su adaptación social y la zona cuatro señala graves problemas en la adaptación social.

Este instrumento fue utilizado en una primera muestra proveniente del Instituto Psiquiátrico de Santiago, la que estuvo constituida por 116 pacientes ambulatorios provenientes del programa de epilepsia pertenecientes a un servicio público de salud. Los resultados mostraron trastornos en diversas áreas del ajuste psicosocial cuya distribución fue similar a las señaladas en aplicaciones del W.P.S.I. en otros países, aunque su severidad fue mucho mayor. Los sujetos evaluados presentaban problemas importantes en todas las escalas, destacando el mal ajuste emocional e interpersonal, la situación económica y el funcionamiento psicosocial global (11).

En un trabajo posterior, 125 individuos con epilepsia que concurrían a la Liga Chilena Contra la Epilepsia fueron entrevistados por medio del W.P.S.I., los que fueron distribuidos en tres grupos pertenecientes a los estratos sociales bajos, medios y altos. Esta muestra quedó conformada por 41 sujetos de clase social baja, 43 sujetos de clase social media y 41 de clase social alta, lo que se obtuvo luego de aplicar el test de Graffar, escala que está adaptada a la población chilena y ha sido utilizada en varios estudios en el área de la salud (12, 13).

Los resultados obtenidos indicaron que las escalas del instrumento se ordenaron de menor a mayor severidad, siendo la menor severidad las que corresponden al nivel socioeconómico alto, luego en nivel socioeconómico medio y con mayor severidad la del nivel socioeconómico bajo. Las escalas más afectadas en el total de la muestra correspondieron a Adaptación emocional y Situación económica, aunque también más de la mitad de los sujetos poseían dificultades en Adaptación interpersonal, Funcionamiento psicosocial global y Adaptación a las crisis.

De este modo, los sujetos con epilepsia provenientes de estratos altos presentan menores dificultades de adaptación psicosocial que los provenientes de estratos bajos. Además los de estrato medio presentan menos dificultades que los de estrato bajo. Según los análisis

estadísticos las diferencias entre estratos medios y altos no fueron de importancia, pero tanto los estratos medios y altos, mostraron índices de significación estadística al ser comparados con los estratos bajos, lo que señala una particular mala adaptación de estos últimos. Este grupo, los estratos bajos, impresionan con serias dificultades en su adaptación psicosocial, constituyéndose en un grupo de riesgo tanto en presencia de psicopatología como en una mala adaptación social.

Al comparar estos resultados con los observados en otros países, podemos señalar que los estratos socioeconómicos altos y medios se asemejan a lo observado en países plenamente desarrollados. Sólo el estrato socioeconómico bajo chileno presenta importantes alteraciones en la adaptación psicosocial en relación a los resultados aportados por otros países (13).

Este último estudio fue concordante con el efectuado en un servicio estatal de salud, en este caso el Instituto Psiquiátrico de Santiago, ya que ambas muestras que contenían sujetos provenientes de estratos sociales bajos mostraron malos índices de adaptación social, siendo un grupo de alta incidencia de alteraciones en la adaptación y por lo tanto vulnerables a las dificultades que habitualmente encuentra el paciente con epilepsia en relación a su enfermedad.

Una tercera aplicación de este instrumento se efectuó en un grupo de individuos con epilepsia que experimentaron cuadros psicóticos, los que fueron comparados con epilépticos no psicóticos que poseían características demográficas y epileptológicas semejantes entre sí.

Los resultados encontrados mostraron que los pacientes que experimentaron cuadros psicóticos tanto lúcidos como confusos no se diferenciaron con la muestra control. Los índices de adaptación psicosocial fueron semejantes para ambos grupos. Se puede concluir que el hecho de presentarse un cuadro psicótico no indicó una peor adaptación. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las psicosis que cursaron con alteración de la conciencia al ser comparadas con psicosis con lucidez de la conciencia.

Estos resultados señalan que la capacidad de adaptarse de los pacientes con epilepsia psicóticos también fueron semejantes a los del grupo social a

que pertenecen, puesto que esta muestra estuvo constituida por sujetos pertenecientes a estratos sociales bajos, los que tuvieron un comportamiento similar a individuos con epilepsia del mismo estrato social, donde la presencia de un episodio psicótico no significó mayores dificultades en la adaptación social (13,14).

CONCLUSIONES

Como resumen de los trabajos mencionados, se puede decir que las dificultades en la adaptación social de las personas con epilepsia en Chile muestran cifras altas, tanto en pacientes con epilepsia psicóticas como no psicóticas. Los sujetos provenientes de estratos bajos poseen una particular dificultad en la adaptación social, por lo que implementar mayores facilidades en la rehabilitación es una alternativa de utilidad para mejorar estos índices. Países donde existen programas de rehabilitación con mayores recursos, las dificultades de adaptación son menores, ya que tanto el apoyo médico como social fomentan una mejor adaptación ante las dificultades a que se ven expuestos. La rehabilitación implica no sólo tratar las crisis epilépticas, sino implementar un conjunto de medidas que van más allá del uso correcto de los anticonvulsivantes que permitan incorporar al sujeto con epilepsia a la sociedad en forma efectiva y duradera.

Agradecimientos

El autor desea agradecer a los pacientes que voluntariamente participaron en estos estudios. Además valoramos y agradecemos a la Liga Chilena Contra la Epilepsia y al Instituto Psiquiátrico de Santiago, quienes facilitaron las instalaciones y personal para efectuar estos estudios.

REFERENCIAS

1. Lain Entralgo P. Salud y Enfermedad, Barcelona, Salvat. 1973.
2. Barry M. Bienestar y satisfacción en la vida como componentes de calidad de vida en los trastornos mentales. En: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (Eds.). Calidad de vida en los trastornos mentales. Barcelona, Masson. 2000: 31-41.
3. Maslow AH. Motivation and Personality. New York, Harper and Row. 1954
4. Mezzich JE, Schmolke MM, Calidad de vida y diagnóstico comprensivo. En: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (Eds.) Calidad de vida en los trastornos mentales. Barcelona, Masson. 2000: 107-114.
5. Devinsky O, Vickrey G, Cramer J, Perrine K, Hermann B, Meador K, Hays R. Development of the Quality of Life in Epilepsy Inventory. *Epilepsia* 1995; 36 (11): 1089-1104.
6. Flor-Henry P. Ictal and Interictal Psychiatric Manifestations in Epilepsy. *Epilepsia* 1972; 13: 773-783.
7. Dodrill C. Correlates of Generalized Tonic-Clonic Seizures with Intellectual, Neuropsychological, Emotional, and Social Function in Patients with Epilepsy. *Epilepsia* 1986; 27 (4): 399-411.
8. Ivanovic-Zuvic F. Epilepsia. Psicopatología y Tratamiento. Santiago, Ediciones Universidad Católica de Chile. 2000: 67-77.
9. Baker G, Jacoby A, Buck D, Stalgis C, Monnet D. Quality of Life of People with Epilepsy: A European Study. *Epilepsia* 1997; 38(3): 353-362.
10. Dodrill C, Batzel L, Queisser H, Temkin N. An objective method for the assessment of psychological and social problems among epileptics. *Epilepsia* 1980; 21: 123-135.
11. Alvarado L, Ivanovic-Zuvic F, Candia X, Ibarra X, Mendez MD. Psychosocial Evaluation of Epilepsy in Chile. *Epilepsia* 1992; 33: 651-656.
12. Ivanovic-Zuvic F, Alvarado L, Rivas R, González R. Psychosocial Evaluation of Epileptic Patients of Different Socioeconomic Status in Chile. *Epilepsia*. Abstracts from the VIII Pan American Epilepsy Congress. Buenos Aires, Argentina, 1997. Vol. 38, Suppl. 7:35.
13. Ivanovic-Zuvic F, Alvarado L. Evaluación psicossocial de los Epilépticos en Chile. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2001; 39 (4): 303-315.
14. Ivanovic-Zuvic F, Alvarado L, Candia X, Méndez M, Ibarra X, Alarcón A, Campos A, Marchant P. Psychosocial evaluation of Epileptic Psychoses in Chile. *Epilepsia*. Abstracts from the VIII Pan American Epilepsy Congress, Buenos Aires, Argentina, 1997. Vol. 38, Suppl. 7: 34.
15. Rojas V, Andrade L, Novoa F. Calidad de vida en niños con epilepsia, comparado con niños sanos. *Rev Chil Epilepsia*, 2000 (1), 4-8.