

11226
Zej
296



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

Instituto Mexicano del Seguro Social

"La Epilepsia como Problema Psicosocial"

TESIS

Para obtener el Grado de Especialista en :

MEDICINA FAMILIAR

Presentada por:

Dr. Leopoldo Tenorio Rosas

I. M. S. S.



IMSS
SEGUNDA
VICERRECTORÍA
SOCIAL

Puebla, Pue.

1983 - 85





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

1.-INTRODUCCION	Pag. 1
2.-GENERALIDADES	2-6
3.-MATERIAL Y METODOS	7
4.-RESULTADOS	8-18
5.-CONCLUSIONES	19
6.-COMENTARIOS	19-20
7.-BIBLIOGRAFIA	21-22

INTRODUCCION

La epilepsia representa para el médico un problema de diagnóstico clínico y etiológico. Este problema tiene repercusiones en cualquier edad que se presente, tanto si se observa en el recién nacido como en las edades avanzadas o intermedias.

La epilepsia tiene síntomas diversos cuyas manifestaciones paroxísticas o repentinas, debidas a una descarga hipersincrónica neuronal que puede quedar limitada a una zona específica o propagarse a otras con síntomas subjetivos y objetivos que dependen de la zona alterada, de esto se deduce que el fenómeno sorprenderá al paciente en cualquier sitio, y producirá reacciones adversas y diversas tanto en el enfermo como en el medio que le rodea, representado por la sociedad en todos sus estratos sociales.

La epilepsia es un problema complejo que implica no sólo consideraciones diagnósticas y terapéuticas, sino la observación del paciente como un todo; es decir, de los aspectos clínicos, neurológicos y psicológicos de éste, del medio familiar, escolar y de trabajo, y otros problemas asociados.

Numerosos investigadores han identificado problemas psicológicos y sociales entre los epilépticos y en muchos casos estos problemas parecen ser más importantes que los mismos ataques, sin embargo cuando se ha intentado establecer la existencia de tales conflictos se ha utilizado medios subjetivos e pruebas objetivos -- que casi siempre habían sido desarrollados y estandarizados para poblaciones no epilépticas.

GENERALIDADES

El término epilepsia tiene su origen verbal del griego antiguo -- que significa ser agredido desde arriba, esto es, desde estratos superiores y á satánicos o de índole divino, de ahí la denominación de enfermedad sagrada.

Las ideas de los presocráticos, Alemón de Crotona atribuía a la -- epilepsia una causa divina.

Hipócrates aplicando el método clínico, establece que el origen de la enfermedad es el cerebro, y confirma sus pensamientos mediante la observación y descripción de hechos.

Hasta la segunda mitad del siglo XIX se inicia propiamente el estudio científico de la epilepsia.(22).

La epilepsia se define según la OMS, como una afección crónica de etiología diversa, caracterizada por crisis paroxísticas recurrentes, debidas a una descarga excesiva de las neuronas cerebrales, - con diversas manifestaciones clínicas o paraclínicas.(20). De esto se deduce que el fenómeno sorprenderá al paciente en cualquier sitio y producirá situaciones adversas y diversas, tanto en el enfermo como en el medio que lo rodea.(1).

La epilepsia representa para el médico un problema de diagnóstico clínico y etiológico, teniendo repercusiones psicosociales en cualquier edad que se presente.(1).

Una vez obtenido el diagnóstico etiológico de la epilepsia e instituido el tratamiento adecuado, los problemas siguientes a resolver son los conflictos, las frustraciones y las dependencias que se observan en los enfermos y la actitud que el paciente adopta - ante la sociedad, y de esta última, hacia él.(14).

Si el padecimiento se inicia desde la edad temprana, y el enfermo está sujeto a manifestaciones frecuentes de epilepsia y a sus problemas inherentes, se provocarán conflictos ,por ejm. Cuando el pa

decimiento se encuentra en los primeros meses de vida, puede haber desajustes en el hogar, debido a que la madre es, en nuestro medio, quien más directamente se encarga de llevar al hijo a la consulta y quien lo auxilia en las manifestaciones de epilepsia; esto motiva desatención de otros problemas del hogar o de otros hijos, en especial cuando el padecimiento no logra controlarse. Pero es posible al iniciar el niño su vida escolar cuando aparecen las primeras alteraciones de conducta y la inseguridad ante la familia y la sociedad. Muchos de estos cambios se deben a la ignorancia y a los prejuicios de la sociedad hacia el paciente epiléptico, quien se enfrenta a graves problemas en un medio hostil. (1).

Debe recordarse que por lo recurrente de las crisis, en especial cuando existe poco control, el enfermo queda incapacitado temporalmente como miembro de la sociedad y se sitúa en un ambiente de inseguridad que altera su vida personal y familiar.

Si el fenómeno epiléptico se repite con frecuencia, provoca situaciones psicológicas conflictivas de frustración y dependencia relacionadas con la actitud de la sociedad hacia el paciente con epilepsia y lo limita en su educación, en su trabajo, y en su vida familiar y social; paulatinamente, crecen las restricciones que él mismo se provoca o que el medio le impone. El niño sujeto a frecuente crisis se siente inseguro en un medio familiar y/o escolar mal informado, hostil o indiferente; su situación se hace cada vez más difícil sobre todo si los padres se avergüenzan de él, en cuyo caso pueden rechazarlo o, si tienen sentimientos de culpabilidad, la madre especialmente, tenderá a sobreprotegerlo y a crearle una exagerada dependencia. (11). Esto provoca que otros miembros de la familia, en particular los hermanos, rechacen al paciente y rompan así la unidad familiar. Como ya se mencionó anteriormente, el problema se agrava aún más cuando el niño entra a la escuela, apareciendo los trastornos de conducta que pueden persistir por años.

Por otra parte, el niño epiléptico puede ser subnormal intelectual- mente, lo que le crea problemas de aprovechamiento escolar si el profesor y los padres no contribuyen a su ajuste y rendimiento en la escuela, o bien incluso puede ser expulsado de la escuela por las autoridades escolares, debido a que presenta un ataque epiléptico en el aula, provocando una impresión desagradable (temor y/o miedo) en sus compañeros.(3).

Un profesor con la preparación adecuada puede contribuir en gran medida a la solución de los problemas escolares de los epilépticos. Cuando un niño sufre crisis convulsiva, el profesor puede manejar la situación con los otros alumnos y lograr el ajuste del niño con el grupo. Esto es muy importante no solo para el enfermo sino para la educación social y escolar y para el desarrollo de las actitudes adecuadas en la escuela.

El conocimiento del problema de la epilepsia es útil no solo para proteger al epiléptico sino también para que alumno afectado no tenga excusas o ganancias secundarias, se discipline y no se sienta discriminado dentro del grupo escolar.(12).

El paciente epiléptico presenta frecuentemente sensación de inseguridad, insuficiencia, ansiedad, irritabilidad y nerviosismo en grado variable y si tales manifestaciones no se tratan adecuadamente el enfermo se sentirá incapaz de hacer algo, lo que le conduce a ser hostil, resentido y a adoptar conductas antisociales de diversa magnitud. Por supuesto que estos cambios de conducta no son exclusivos de los pacientes con epilepsia y pueden encontrarse en otras personas de familias mal adaptadas o colocados en un medio impropio.

Aún cuando los problemas mencionados no incapaciten al individuo, pueden afectar sus relaciones personales y, en el caso de los adultos, ocasionar frecuentes problemas en el trabajo o en el matrimonio. Con respecto al trabajo los pacientes tienen dificultades pa-

ra obtener empleo, o si lo tienen, este pueden perderlo si son observados con una crisis convulsiva dentro de su trabajo. Los pues tos pueden variar desde los de menor riesgo a muy peligro sos, así como pueden ser los menos remunerados.

La integridad familiar puede verse afectada por la separación de uno de los conyuges, en particular del paciente no epiléptico. (20). La forma de evitar el tipo de conducta anteriormente mencionado puede ser una buena relación entre los padres y profesores, así como entre médico y paciente y entre médico y familiares. La forma de lograrlo es educar a la familia, a las autoridades escolares y a la sociedad misma.

Al ser el Instituto Mexicano del Seguro Social quien presta atención médica a la mayoría de los trabajadores del país, es conveniente mencionar los problemas que enfrentan los epilépticos y las precauciones que deben imponérseles ya que de alguna manera tienen el riesgo de sufrir accidentes; en este caso se hallan los albañiles, los conductores de vehículos, las personas que manejan maquinaria o simplemente los empleados que no tienen grandes responsabilidades y que no pueden aspirar a otros puestos u otras jerarquías debido a su padecimiento. Sin embargo, es bien conocida la capacidad que tiene el paciente con epilepsia cuando desempeña el trabajo más apropiado para él, lo que le permite enfrentar responsabilidades, desempeñarse bien y competir para alcanzar mejores puestos. Se ha demostrado que los paciente bien controlados tienen el mismo riesgo de tener accidentes que las personas sanas.

La finalidad de los Servicios Médicos y Sociales es la integración social del paciente epiléptico. Para el logro de esto se requieren de varios factores, entre los que cabe señalar:

- a) El entrenamiento adecuado cuando se trata de manejar maquinaria o se adquieren responsabilidades de un trabajo especializado.
- b) El tratamiento especializado para controlar la epilepsia.

e) El apoyo continuo y la guía del personal de trabajo social que vigile la toma adecuada de los medicamentos con ayuda de la familia, verifique si el trabajo encomendado se desarrolla bien e informe a las compañías o empresas contratadoras de la evolución clínica de los pacientes.

d) El informe a las empresas acerca del tipo de trabajo que un paciente epiléptico puede desempeñar y la observancia de las medidas de protección necesarias para quienes tienen un riesgo relativo.

(1).

MATERIAL Y METODOS:

Se estudiaron 50 pacientes, adolescentes y adultos, con epilepsia-Idiopática o Secundaria (Grupo control), y 50 pacientes con patología no epileptica. (Grupo testigo).

Los pacientes con epilepsia fueron tomados al azar, del servicio de consulta externa de Neurología del Hospital Regional de Especialidades de la Delegación Puebla.

Estos pacientes tenían más de 5 años de evolución y

continúan presentando crisis convulsivas.

Los 50 pacientes de patología no epileptica (grupo testigo) también fueron tomados al azar, de la consulta externa de Medicina -- Familiar de la Unidad Médico Familiar # 2 de la Delegación Puebla. La recolección de datos fue a través de un cuestionario que incluyó los puntos siguientes:

- A) Ficha de Identificación.
- B) Aspectos de Dinámica Familiar.
- C) Interacción Social.
- D) Trabajo.
- E) Rango dentro de la familia.
- F) Medicación.

El motivo del cuestionario fue explicado a los pacientes.

El método estadístico utilizado fue χ^2 .

RESULTADOS:**Cuadre No 1****PACIENTES EPILEPTICOS POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO**

Edad en años	Hombres	Mujeres
15-19	12	7
20-24	2	3
25-29	5	7
30-34	5	3
35-39	0	0
40-44	1	0
45-49	2	1
50 o más	1	1
Subtotal	28	22
Total	50	

Fuente: Encuesta específica.

Cuadre No 2**PACIENTES NO EPILEPTICOS POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO**

Edad en años	Hombres	Mujeres
15-19	3	1
20-24	1	2
25-29	7	5
30-34	3	1
35-39	5	3
40-44	2	2
45-49	5	4
50 o más	3	3
Subtotal	29	21
Total	50	

Fuente: Encuesta específica.

Cuadro No 3

TIPO DE EPILEPSIA

Tipo de - Epilepsia	No de pacientes	%
Idiopática	46	92
Secundaria	4	8
Total	50	100

Fuente: Encuesta específica.

Cuadro No 4

PACIENTES CON PATOLOGIA NO
EPILEPTICA

Tipo de - enfermedad	No de pacientes	%
Diabetes Mellitus	14	28
Hipertensión Arterial S.	13	26
Síndrome - Diarreico	10	20
Inf. Vías Resp. Sup. (s)	11	22
Osteoartrosis	2	4
Total	50	100

Fuente: Encuesta específica.

ESCOLARIDAD.**Cuadro No 5****GRADO DE ESCOLARIDAD DE LOS
PACIENTES EPILEPTICOS**

Grado de Esco- laridad.	No de pacientes	%
Nula	8	16
Primaria	14	28
Secundaria	13	36
Preparatoria	4	8
Profesional	6	12
Total	50	100

Fuente: Encuesta específica.**Cuadro No 6****GRADO DE ESCOLARIDAD DE LOS
PACIENTES NO EPILEPTICOS**

Grado de esco- laridad.	No de pacientes	%
Nula	6	12
Primaria	17	34
Secundaria	13	26
Preparatoria	10	20
Profesional	4	8
Total	50	100

Fuente: Encuesta específica.

EDUCACION:

Grupo Control (epilépticos).

Del total de 50 pacientes epilépticos, 17 pacientes actualmente -- están en escuelas.

17 pacientes acuden a escuelas ordinarias con clases normales.

Con respecto a sus relaciones con sus compañeros de salón de clases, 13 pacientes tienen relaciones normales, y 4 pacientes con -- relaciones regulares.

De los 13 pacientes con buenas relaciones, en 5 se encontró que en su escuela se ignoraba de su padecimiento. De los 4 pacientes con deficientes relaciones, en 2 conocían su patología.

GRUPO TESTIGO (no epilépticos).

De los 50 pacientes con patología no epiléptica, 26 pacientes están actualmente en la escuela. Todos ellos acuden a escuelas normales, con clases ordinarias, y sus relaciones con sus compañeros -- de escuela eran normales.

Cuadro No 7

ASPECTOS DE LA EDUCACION

PACIENTES EPILEPTICOS		PACIENTES NO EPILEPTICOS	
Tipo de escuela	# de pacientes	Tipo de Escuela	# de pacien- tes.
Ordinaria	17	Ordinaria	26
Especial	0	Especial	0
Tipo de clases	# de pacientes	Tipo de clases	# de pacien- tes.
Ordinaria	17	Ordinaria	26
Especiales	0	Especiales	0
Tipo de Rela- ciones.	# de pacientes	Tipo de Rela- ciones.	# de pacien- tes.
Buenas	20	Buenas	26
Regulares	3	Regulares	0
Malas	2	Malas	0
P > 0.05			

Fuente: encuesta específica.

AFECTACION DE LA EDUCACION:

Pacientes Epilépticos.

De los 17 pacientes que actualmente acuden a la escuela, en 12 se vio afectada su educación, y en 5 no.

Las formas de afectación fueron las siguientes.

AFECTACION DE LA EDUCACION - EPILEPTICOS

modo de afectación.	# de pacientes	%
Mal desempeño	9	75
Abandono de - la escuela.	1	8.3
Inasistencia	2	16.6
TOTAL	12	100

Fuente: Encuesta específica.

PACIENTES NO EPILEPTICOS:

Del total de los 26 pacientes que acuden a la escuela en ninguno se afectó su educación.

P < 0.001

Del total de los 50 pacientes epilépticos, 33 actualmente no están en la escuela. 8 pacientes nunca han asistido a una escuela, 25 pa pacientes si lo han estado. De estos últimos 25 pacientes 24 acudieron a escuelas de tipo normal con clases ordinarias, y solo un- (1) paciente acudió a una escuela especial (nivel bajo). 6 de es- tos 25 pacientes terminaron carrera profesional.

Con respecto a sus relaciones con sus compañeros de estudio, 20 - tuvieron buenas relaciones, 3 de ellos con regulares y 2 con malas. Pacientes no Epilépticos; 24 pacientes no están en la escuela. De estos 17 pacientes han acudido a escuelas normales con clases ordi- narias, con relaciones normales, 4 pacientes terminaron carrera - profesional, y 3 son analfabetas. (ver cuadro n° 5)

CUADRO No 9

ASPECTOS DE LA EDUCACION EN PACIENTES

QUE HAN ACUDIDO A LA ESCUELA

Pacientes Epilepticos que han acudido a la escuela		Pacientes No Epilepticos que han acudido a la escuela.	
Tipo de escuela.	# de pacientes	Tipo de escuela.	# de pacientes
Ordinaria	24	Ordinaria	17
Especial	1	Especial	0
Total	25	Total	17
Tipo de clases	# de pacientes	Tipo de clases	# de pacientes
Ordinaria	24	Ordinaria	17
Especial	1	Especial	0
Total	25	Total	17
Tipo de Relaciones.	# de pacientes	Tipo de Relaciones	# de pacientes
Buenas	20	Buenas	17
Regulares	3	Regulares	0
Malas	2	Malas	0
Total	25	Total	17

Fuente: Encuesta específica.

 $P > 0.05$

Los motivos que originaron que los 19 pacientes no continuaran - en sus estudios, se resumen en el cuadro siguiente. Haciendo la observación que el principal motivo fué por mal desempeño aunado a problemas financieros. Mientras que en el grupo testigo el principal motivo fué los problemas financieros unicamente.

Cuadro No 10

MOTIVO DE NO CONTINUACION DEL ESTUDIO	# DE PACIENTES
Por la epilepsia y finanzas.	5
Por mal desempeño y finanzas.	13
Por la epilepsia unicamente.	1
TOTAL	19

Fuente: encuesta específica.

TRABAJO:**GRUPO CONTROL (EPILEPTICOS).**

De los 50 pacientes con patologia convulsiva, 27 de ellos tienen empleo actualmente. 12 pacientes trabajan en servicio público (11 ocupan puestos de mínimo riesgo y 1 con alto riesgo), 9 pacientes trabajan en forma privada y 6 por sí mismos.

De los 27 pacientes que trabajan, en 18 pacientes se encontró que en sus centros de trabajo saben su patologia y en 9 no lo saben.

GRUPO TESTIGO (NO EPILEPTICOS).

Del total de los 50 pacientes, 16 de ellos tienen trabajo actualmente. 10 de ellos trabajan en servicio público y 6 en forma privada.

En los pacientes que trabajan con patologia de Diabetes mellitus (14 pacientes), HAS (13 pacientes), que suman en total 27, en 9 de ellos saben en sus centros de trabajo de su enfermedad.

— Cuadro No 11

ASPECTOS EN EL TRABAJO

Pacientes epilepticos que trabajan.			Pacientes no epilepticos que trabajan.		
Tipo de servicio	# de pacientes	%	Tipo de Servicio.	# de pacientes.	%
Firma privada	9	33	Firma privada.	6	38
Servicio Público.	12	44	Servicio público.	10	62
Por sí mismo	6	23	por sí mismo	0	0
Total	27	100	Total	16	100

Fuente: Encuesta específica.

//-----//

P > 0.05

AFECTACION EN EL TRABAJO:

Del total de 50 pacientes epilepticos, 27 son los que actualmente tienen empleo. En 26 pacientes su trabajo se afectó, así como su progreso. Las principales causas fueron: pérdida de promoción, ataques frecuentes. En 1 (uno) paciente no se afectó su trabajo.

GRUPO TESTIGO (no epilepticos).

De los 16 pacientes que tienen trabajo actualmente, 15 no mostraron afectación en el trabajo, y en 1 paciente con Diabetes Mellitus se vio afectado.

CUADRO No 12

AFECTACION EN EL TRABAJO

Pacientes epilepticos		Pacientes no epilepticos	
Afectacion de su trabajo.	# de pacientes 26	Afectación de su trabajo.	# de pacientes 15
No afectacion de su trabajo.	1	No afectacion de su trabajo	1
Total	27	Total	16

Fuente: Encuesta especifica.

//-----//

 $P < 0.05$

OBSERVACION: Económicamente los 27 pacientes se vieron afectados por baja remuneración.

De los 50 paciente epilepticos que componen el grupo control, 23 - pacientes no tienen trabajo actualmente. 10 pacientes de estos 23- han tenido empleo y 13 nunca han tenido empleo.

De los que han tenido empleo 6 pacientes han dejado su empleo por su enfermedad y 4 por otras razones. De los 13 que nunca han sido empleados, todos ellos nunca intentaron solicitar empleo debido al miedo de su enfermedad, del rechazo, burlas, etc.

INTERACCION SOCIAL.

Grupo control (epilépticos).

De los 50 pacientes, 33 pacientes tienen pocos amigos con malas relaciones, y en 17 son muchos amigos con buenas relaciones.

Los motivos encontrados fueron; los pacientes desean que la gente no sepa de su trastorno neurológico, miedo a que los rechacen, por que creen que asustan.

GRUPO TESTIGO (no epilepticos).

49 pacientes manifestaron tener muchos amigos con buenas relaciones y en un (1) paciente se encontró malas relaciones con pocos amigos. Motivo; neurosis de angustia-depresión al saberse con Diabetes M.

INTERACCION SOCIAL.

Grupo Control		Grupo Testigo	
Pocos amigos con malas relaciones.	#de pacientes 33	Pocos amigos con malas relaciones.	#de pacien- tes. 1
Muchos amigos con buenas relaciones	17	Muchos amigos con buenas relaciones	49
Total	50	Total	50

Fuente: Encuesta específica.

// ----- //

P > 0.05

***RANGO:**

Con respecto al rango que ocupan entre su familia, se encontró entre los pacientes epilepticos que; 32 pacientes ocupan un rango medio, 17 rango fuerte y 3 nada.

Entre los pacientes del grupo testigo (no epilepticos) el rango observado fue el siguiente; fuerte 13 pacientes, medio 37, y, nada, 0.

*Rango; jerarquía que ocupan dentro de la familia, en el aspecto de ingreso económico.

CUADRO No 14

RANGO DENTRO DE LA FAMILIA

PACIENTES NO EPILEPTICOS		PACIENTES EPILEPTICOS	
Rango	# de pacientes	Rango	# de pacientes
Fuerte	13	Fuerte	17
Medio	37	Medio	32
Nada	0	Nada	3
Total	50	Total	50

Fuente: Encuesta específica.

//-----//

P<0.05

DINAMICA FAMILIAR:

GRUPO CONTROL(epilépticos)

En 6 pacientes se encontró trastornos en la dinámica familiar, y - en 44 fué negativo.

La forma en que se vió alterada la dinámica familiar fué la sig;
 Las 6 pacientes tenían relaciones tensas con el resto de la familia; 2 pacientes fueron objeto de maltrata físico, 1 (una) paciente abandonó el hogar y 1 paciente (adolescente) desarrolló conducta - agresiva contra sus padres y hermanos.

GRUPO ESTIGO (no epilepticos).

En (1) un solo paciente se encontró alteración en la dinámica familiar manifestado por relaciones tensas con su esposa, con maltrato físico hacia sus hijos.

//-----//

P<0.05

MEDICACION.

Pacientes Epilépticos; Los 50 pacientes no tienen problemas para la adquisición de sus medicamentos, estos son obtenidos del IMSS. 47 pacientes toman regularmente sus medicamentos y 3 no.

15 pacientes manifestaron solvencia económica si se diese el caso de comprar los medicamentos, y el resto no (35).

Con respecto al grupo testigo (pacientes no epilépticos), los 50 - pacientes no tienen problemas para adquirir sus medicamentos .

//-----//

PRO.05

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES

Se encontraron diferencias estadísticas significativas entre los pacientes epilépticos y no epilépticos. Los aspectos en los que se presentaron las alteraciones fueron.

1) Afectación de la educación: 12 pacientes epilépticos VS cero (0) pacientes no epilépticos ($P < 0.05$), el modo de afectación más observado fue por MAL DESEMPEÑO.

2) Afectación en el trabajo: 26 pacientes epilépticos VS 15 pacientes no epilépticos ($P < 0.05$), el modo de afectación fue PERDIDA DE PROMOCION.

3) Afectación en la dinámica familiar: 6 pacientes epilépticos VS 11 un paciente no epiléptico ($P < 0.05$).

Con respecto al resto de los puntos, interacción social, rango que ocupa dentro de la familia y medicación, no se encontraron diferencias estadísticas significativas entre los 2 grupos estudiados.

COMENTARIO

El estudio de pacientes epilépticos correspondió a las edades en que se han descrito como más afectadas por los trastornos psicosociales. Podríamos decir que el grupo resultó representativo en forma parcial, siendo muy posible que al aumentar el número de la muestra podríamos encontrar las diferencias significativas en los puntos en que no se observaron.

Los trastornos psicosociales en el paciente epiléptico lo conducen a ser hostil y a adoptar conductas antisociales de diversa magnitud. Aun cuando los problemas mencionados no incapacitan al individuo, sí lo conducen a afectar sus relaciones personales y,

en el caso de los adultos, ocasionarle problemas en el trabajo y/o en el matrimonio.

Bien puede pensarse en alternativas de solución, por ejm.

Una adecuada relación entre los padres y profesores, Médico-paciente y entre médico y familiares.

La forma de lograrlo es educar a la familia, a las autoridades escolares y a la sociedad misma. El fin a lograr es LA INTEGRACION - SOCIAL DEL PACIENTE EPILEPTICO.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-López, M.: La epilepsia como problema social. *Rev. Med.* 19:499-503, 1981.
- 2.-Danesi, M.A., Odusote, K.A.: Social problems of adolescent and adult epileptic in developing country, as seen in Lagos, Nigeria. *Epilepsia*. 22:689-696, 1981.
- 3.-Bruce, H., Black, R.: Behavior problems and social competence in children with epilepsy. *Epilepsia*. 22:703-710, 1981.
- 4.-Dodrill, C., Batzel, L., Queisser, H.: An objective method for the assessment of psychological and social problems among epileptic. *epilepsia*. 21:123-135, 1980.
- 5.-Bruce, H.: Neuropsychological functioning and psychopathology in children with epilepsy. *epilepsia*. 23:545-554, 1982.
- 6.-Smith, B.: Effects of epilepsy on sexuality, *Gynecology*. 16:83-83, 1982.
- 7.-Dodrill, C., Batzel, L., Marriage and fertility in epileptic patients. *Epilepsia*. 21:150-156, 1980.
- 8.-Dodrill, C.: Development of intelligence and neuropsychopathological impairment scales for the washinton psychosocial seizure inventory. *Epilepsia*. 24:1-10, 1983.
- 9.-Laisean, P., Dartigues, J.F., Festre, M.: Prognosis of partial epileptic in the adolescent. *Epilepsia*. 24:472-481, 1983.
- 10.-Hoppener, R.J., Kueyr, A.: Epilepsia y alcohol. *Epilepsia*. 24:459-471, 1983.
- 11.-Ireton, H.R.: Psychologic problems of children. *Br. J. Prev. soc. Med.* 7:9-13, 1953.
- 12-Henderson, P.: Epilepsy in school children. *Br. J. Prev. Soc. Med.* 7: 119-123, 1969.
- 13.-Green, J.B.: Comparative performance of epileptic and nonepileptic children and adolescents. *Dis. Nerv. Syst.* 32:418-421, 1971.
- 14.-Velasco, M., López, M.: Algunos aspectos médicos y sociales de la epilepsia en México. *Rev. Med.* 7:251-260, 1969.
- 15.-Sands, H.: Effects of and educational campaign to change employer attitudes toward hiring epileptic. *Epilepsia*. 13:87-96, 1972.
- 16.-Metrakos, K.: Genetics of convulsive disorders. *Neurology*. 10: 228-240, 1960.
- 17.-Sorel, L.: The epileptic workers in the construction industry. *Epilepsia*. 13:57-62, 1972.
- 18.-Soulayrol, E.: Study of familial factors in the population of epileptic children observed at the Sain Paul Centre, *Epilepsia*. 10:33-46, 1969.
- 19.-Sallou, G.: familial factors in a population of epileptic adolescents. *Epilepsia*. 10:47-54, 1969.

- 20.-Vasconcelos, M., San Esteban, J. E. Epilepsia. Ciclos IX y X. Facultad de Medicina UNAM. Eds. Talleres de Redacción UNAM, México, 1982, pag. 3-31.
- 21.-Adams, R.: Epilepsia Idiopática. En. Medicina Interna. Wintrobe, M., Thorn, G., R., Bennet, I., Harrison, R. Eds. La prensa médica mexicana. México, 1973, pag. 2073-2074.
- 22.-Vasconcelos, D.: La enfermedad sagrada: Aspectos históricos y situación actual. Gac. Med. de Méx. 118:35-38, 1982.
- 23.-Gelfand, M.: The traditional concept of the Shona to epilepsy. - Cent. Afr. Med. 19:184-187, 1973.
- 24.-Giel, R.: The epileptic outcast. Esat. Afr. Med. J. 45:27-31, 1968.
- 25.-Osuntokun, B. O.: Management of epilepsy in developing countries. Niger Med. J. 9:1-11, 1979.