

11226
2ej
150

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL GENERAL DE ZONA II No1
MEXICALI, B.C.**

**CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA II No1**

**"LA EPILEPSIA
Y SU REPERCUSION SOCIAL"**

TESIS DE POSTGRADO

DR. SERGIO KELLY BARRAZA

MEXICALI, B.C.

**TESIS CON
FALTA DE ORIGEN**

ENERO 1985





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.

1.- INDICE GENERAL

1.- Indice General	1
2.- Introducción	2
3.- Marco Teorico	3
1. Funciones esenciales de la familia	
1.A. Socialización	
1.B. Cuidado	
1.C. Afecto	4
1.D. Reproducción	
1.E. Estatus y Nivel Socioeconómico	
11. Ciclo Vital de la Familia	5
1.- Fase de Matrimonio	
2.- Fase de Expansión	6
3.- Fase de Dispersión	
4.- Fase de Independencia	7
5.- Fase de Retiro y Muerte	
111. Antecedentes científico de la epilepsia	8
4.- Objetivos	20
5.- Hipótesis	21
6.- Material y Métodos	22
7.- Resultados	29
8.- Discusión y Análisis	34
9.- Conclusiones	37
10.- Sugerencias	39
11.- Bibliografía	41

**Agradesco a la Psicologa
Clementina Cordova de Sanchez
su importante colaboraci3n
para la elaboracion de esta
tesis.**

2.- INTRODUCCION

El médico pronto olvida que las enfermedades, como todo lo que se relaciona con el hombre, su conducta, su forma de ser y de vivir, son el producto de la tradición y las costumbres, es decir, de fenómenos socioculturales que forman parte de la realidad, de esa realidad en la que el hombre nace crece, se reproduce, trabaja, envejece y muere, y en la cual el médico se encuentra también inmerso pero que no ve o no quiere ver.

Es así como la epilepsia, representa como muchas otras enfermedades, para el médico un problema de diagnóstico clínico y etiológico. Este problema tiene repercusiones sociales en cualquier edad que se presente, tanto si se observa en el recién nacido como en las edades avanzadas o intermedias. La información que el público en general tiene acerca de esta enfermedad es escasa, no pocas veces equivocada, y frecuentemente genera actitud de rechazo hacia el epiléptico además se presentan situaciones psicológicas conflictivas de frustración y dependencia, relacionados con la actitud de la sociedad hacia el paciente epiléptico y la de él hacia ésta, esto nos ha dado motivo a realizar una investigación de las alteraciones sociales que presentan los pacientes epilépticos.

Una de las ideas erróneas más frecuentes y nociva es la de que el mal no es curable. En terminos generales esto es una falsedad, ya que si se utilizan adecuadamente los recursos modernos de la clínica y la terapéutica antiepileptica actual se puede resolver el problema a un número considerable de enfermos: para otros la reducción en la frecuencia de las crisis y una información adecuada puede ser tan importante que les permitirá mejorar su calidad de vida.

3.- MARCO TEORICO

I.- FUNCIONES ESENCIALES DE LA FAMILIA.

I.A.- Socialización:

La tarea primordial de la familia es transformar en un tiempo determinado, a un niño totalmente dependiente de sus padres en un individuo autónomo con plena independencia para desarrollarse en la sociedad. Es importante aclarar que precisamente dentro de la función de socialización, la familia se perfila como una institución ideológica del estado con la misma fuerza e importancia que pudiera tener la iglesia, el sistema escolar, etc., ya que la familia es el vínculo entre el individuo y la sociedad, por lo que cada tipo de familia responde a la sociedad y por ende al sistema económico a que esta inmersa. Los estudiosos de la familia han colocado a la madre como el educador primario de la familia, con la responsabilidad de socializar a sus hijos en la etapa lactante y pre-escolar, constituyéndose el padre como un soporte a sus acciones por lo menos en estas etapas primarias, ya que posteriormente la responsabilidad de socializar a los nuevos miembros de la familia es compartido por los profesores, padres, clubes etc.

I.B.- CUIDADO:

Esta función significa para la vida familiar el resolver de la manera más adecuada las necesidades de la alimentación, vestido, seguridad física, acceso a los sistemas de salud. etc. en cada uno de los miembros. Para Conn y otros investigadores se encuentra una relación directamente proporcional entre larga vida estándares de salud satisfactorios y el nivel socioeconómico familiar. En este sentido es importante aclarar que en Medicina no existen leyes, más aún en la Medicina Familiar; pero resulta obvio que a mayor disponibilidad

se trata de un hijo varón, es aquí donde se encuentra respuesta al concepto de agnación, el cual arranca los orígenes de la familia en que la responsabilidad familiar se transmitía y prolongaba en los varones, pues la mujer más que como principio se consideraba como fin de la familia.

Es claro que los datos anteriores representan la mecánica de una familia típica de la clase media en la cultura occidental, pero debemos tener presente que son numerosas las variaciones a este esquema, así solo se constituye en el marco conceptual básico que nos permite reconocer variaciones y que nos hace capaces de considerar sus implicaciones.(1)

II.- CICLO VITAL DE LA FAMILIA

Los problemas de la familia cambian, y consecuentemente las prioridades en las funciones varían de acuerdo a las etapas por las que pase en su ciclo vital. ...

FASES EN EL CICLO DE VIDA DE UNA FAMILIA

- 1.- Fase de matrimonio
- 2.- Fase de expansión
- 3.- Fase de dispersión
- 4.- Fase de independencia
- 5.- Fase de retiro y muerte

1.- Fase de matrimonio:

Es importante distinguir entre fases del ciclo vital de la familia y el proceso existencial de ésta, ya que en este último se contempla la etapa prenupcial, la etapa nupcial así como la formación y educación de los hijos. En el Ciclo vital de la familia señalaremos como primer componente la fase de matrimonio la cual comienza propiamente con el matrimonio y termina con la llegada de el primer vástago al hogar, enumeraremos las tres esferas de integración con que se enfrenta el médico familiar en esta etapa:

1o. Ajuste sexual

2o. Información sobre planificación familiar

3o. Interacción de la personalidad

aclaremos que el orden propuesto no es estricto, ya que estas esferas se dan en la realidad de una manera dinámica, y son mutuamente modificables. Llama la atención que la interacción de dos personalidades debe tener como soporte básico el atender las necesidades básicas del compañero, facilitando de esta manera la complementaridad, llegando por se el ajuste sexual y teniendo la información sobre la planificación familiar como un valioso recurso, que manejado de una manera adecuada por el médico familiar, puede prevenir, la aparición de enfermedades venéreas, embarazos indeseados y una injustificada sensación de culpa, que sobre todo en nuestros países latinoamericanos se da con enorme frecuencia.

2.- Fase de expansión:

Las implicaciones psicológicas que trae consigo esta fase del ciclo vital familiar, son otro tratado aparte, en esta apartado nos limitaremos a enunciar las dos principales causas de consulta que tiene el médico familiar en esta fase:

1o. Atención y educación prenatal, atención del parto (aun cuando en nuestro medio usualmente el médico familiar no atiende el parto) cuidado postnatal y atención del niño sano.

2o. Solicitudes de aborto, por parte madres con numerosos hijos. Atención a pacientes con síndrome de niño maltratado. Teniendo como uno de los eventos más importantes en esta fase el ajuste por parte de la pareja a un nuevo miembro

3.- Fase de dispersión:

Una vez alcanzado el ajuste a un nuevo miembro. En la fase de dispersión se fragua la independencia y autonomía de

ese miembro, fenomeno que se da solamente si la pareja ha logrado realizar una adecuada socialización, para que él, por si mismo empiece a cubrir sus necesidades de una manera satisfactoria.

4.- Fase de independencia:

Resulta difícil ejemplificar cronológicamente el lapso ocurrido desde la fase de matrimonio hasta la fase de independencia porque familia es particular, pero generalmente ocurren 20 o 30 años y es ahora cuando la pareja debe aprender a vivir nuevamente de manera independiente, los hijos han formado nuevas familias, sin embargo, los lazos de unión entre padres e hijos no se rompen y es de procurar que las funciones de afecto, socialización, etc. no se pierdan.

5.- Fase de retiro y muerte:

El entusiasmo que caracterizaba el inicio del ciclo vital familiar, contrasta con la incertidumbre que se advierte al iniciar la fase final del ciclo, Los elementos que agravan la estabilidad familiar en esta etapa son los siguientes:

- Incapacidad para laborar (sin desempleo)
- Agotamiento de los recursos economicos
- Desempleo
- Las familias de los hijos casados, en fase de expansión, sin posibilidad de proporcionar recursos a los padres. (2)

III.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS DE LA EPILEPSIA

1.- Definición:

La epilepsia esta caracterizada por alteraciones subitas - transitorias de las funciones del éncefalo, usualmente con sintomas motores, sensoriales, autonómicos o psiquicos que se acompañan a menudo de alteraciones de la conciencia.(3)

Modificaciones pronunciadas y coincidentes de las ondas en cefalicas en el electroencefalograma (EEG), pueden ser demostradas durante estos episodios.(3) Es un trastorno intermitente - del SNC debido probablemente a la descarga brusca y desordenada de las neuronas cerebrales; éste fue el postulado de Huglis Jackson, el eminente neurólogo británico del siglo XIX y la electroencefalografía moderna no ofrece pruebas de lo contrario.(4)

La palabra epilepsia que antiguamente significaba "mal caduco" (de quien esta proximo a caer) tiene muchas connotaciones - desagradables y aunque es un término médico útil conviene evitarlo frente a un público no técnico que puede mal interpretarlo.

Puesto que la epilepsia es un síndrome mas que una entidad morbose específica no es sorprendente que en la mayoría de los casos de epilepsia idiopática, el exámen histopatológico no --- muestre alteraciones patológicas específicas de los tejidos.(3)

2.- Etiología de la epilepsia:

2.a) Factores genéticos y de nacimiento.

1.- Influencias genéticas.

2.- Anormalidades congenitas (incluyendo anormalidades cromosomicas).

3.- Factores prenatales. (infecciones, medicamentos, etc.).

4.- Factores perinatales. (Traumatismos al nacer, infecciones).

- 5.- Ictericia perinatal. Prematurez.
- 2.b) Padecimientos infecciosos.
 - 1.- Meningitis: Purulenta, TB, Viral, Parasitaria, - fungosa.
 - 2.- Abscesos epidurales y subdurales.
 - 3.- Encefalitis.
 - 4.- Diversos (incluyendo parasitos).
 - 5.- Fiebre (convulsiones febriles).
- 2.c) Factores tóxicos.
 - 1.- Sustancias inórganicas. (monóxido de carbono)
 - 2.- Sustancias metálicas (plomo, mercurio).
 - 3.- Sustancias orgánicas; Alcohol, otras.
 - 4.- Medicamentos y drogas.
 - 6.- Padecimientos alérgicos: Ingestión de proteínas extrañas, vacunación o inyecciones de proteínas extrañas.
 - 7.- Diversos; Uremia u otros padecimientos tóxicos.
- 2.d) Traumatismos o agnetes físicos.
 - 1.- Lesiones agudas craneocerebrales.
 - 2.- Hematoma subdural o epidural y efusión.
 - 3.- Cicatrizacion meningocerebral postraumática.
 - 4.- Anoxia o hiperoxia (incluyendo ahogo).
- 2.e) Trastornos circulatorios.
 - 1.- Hemorragia subaracnoidea.
 - 2.- Trombosis sinusal.
 - 3.- Encefalomalacia debida a trombosis, embolia o -- hemorragia.
 - 4.- Encefalopatía hipertensiva
 - 5.- Arterioesclerosis y enfermedad oclusiva de las arterias, intra o extracraneal.
 - 6.- Vasospasmo (migraña).
 - 7.- Sincope.
 - 8.- Cambios sanguineos (anemia, diatesis hemorragica)
- 2.f) Trastornos metabólicos y nutricionales.

- 1.- Desequilibrio hidroelectrolítico e hídrico: Na, Ca, sobrehidratación o deshidratación y otros.
 - 2.- Metabolismo de los glúcidos: Hipoglucemia, DM, Enf. por almacenamiento de glucógeno.
 - 3.- Metabolismo proteico: Fenilcetonuria, porfiria, otras.
 - 4.- Metabolismo de las grasas: Enfs. por almacenamiento de lípidos, otras.
 - 5.- Deficiencia de vitaminas: Def. de Piridoxina, otras.
 - 6.- Padecimientos endocrinos: Menstruación, otros.
- 2.g) Neoplasias.
- 1.- Tumores intracraneales primarios.
 - 2.- Tumores metastásicos.
 - 3.- Linfoma y leucemia.
 - 4.- Tumores y malformaciones vasculares (malformaciones A-V, Sínd. de Sturge/Weber).
- 2.h) Enfermedades heredo-familiares y degenerativas.
- 1.- Esclerosis múltiple.
 - 2.- Esclerosis tuberosa.
 - 3.- Degeneración cerebelosa con convulsiones.
 - 4.- Otras.
- 2.i) Causas psicógenas.
- 2.j) Causas desconocidas. (3)

IV. CLASIFICACION INTERNACIONAL DE LAS EPILEPSIAS.

- I.- Crisis parciales:(focales y locales).
- A.- Crisis parciales simples. (No hay alteración del conocimiento).
- a.1.- Con signos motores .
 - a.2.- Con síntomas somatosensitivos o sensoriales espe-

ciales (alucinaciones simples, parestesias, acufenos, etc.).

a.3.- Con síntomas o signos autonómicos (sensación epigástrica, palidez, midriasis, etc.).

a.4.- Con síntomas psíquicos (trastornos de las funciones cerebrales superiores).

B.- Crisis parciales complejas (hay alteración del conocimiento: pueden empezar con signos de crisis simples).

b.1.- Principia como crisis parciales simple y van seguidas por pérdida del conocimiento. Empiezan con sintomatología simple A1-A4 y después sólo se pierde el conocimiento.

b.2.- Desde que se inicia la crisis hay pérdida del conocimiento.

a) Únicamente se pierde el conocimiento.

b) Cursan con automatismos.

C.- Crisis parciales que secundariamente se generalizan. (pueden ser crisis tónicas, clónicas o tonoclonicas).

c.1.- Crisis parciales simples (A) que se generalizan.

c.2.- Crisis parciales complejas que se generalizan(B).

c.3.- Crisis parciales simples que evolucionan hasta el tipo complejo y luego se generalizan.

II. CRISIS GENERALIZADAS (CONVULSIVAS Y NO CONVULSIVAS)

A. Crisis de ausencia.

a) Únicamente son pérdida del conocimiento.

b) Con componentes clónicos moderados.

c) Con componentes atónicos.

d) Con componentes tónicos.

e) Con automatismos.

f) Con componentes autonómicos.

B. Crisis Mioclónicas. (contracciones mioclónicas aisladas o múltiples).

- C. Crisis Tónicas.
- D. Crisis Clónicas.
- E. Crisis Tónico-clónicas.
- F. Crisis Atónicas.

III. CRISIS APILEPTICAS NO CLASIFICABLES

Se incluyen todas las crisis que no caben en lo antes expuesto, ya que por la información que se brinda al médico sea inadecuada o incompleta, o por que el tipo clínico difiera de las categorías antes descritas, ejemplo: Algunas crisis del neonato que se caracterizan por movimientos oculares, de masticación o natorios.

IV. OTRAS.

Hay crisis que ocurren bajo circunstancias diversas:

- 1.- Ataques fortuitos que sobrevienen sin causa o motivo manifiesto, aislados, que a veces son únicos y no se repiten.
- 2.- Crisis cíclicas a intervalos más o menos regulares, -- ej.: en relación con el sueño y vigilia.
- 3.- Ataques provocados por:
 - a) Estímulos sensoriales como fatiga, alcohol, emociones, etc.
 - b) Estímulos sensoriales como la luz o sonidos; estas se llaman "Crisis reflejas".
- 4.- Ataques prolongados o subintrantes, el llamado (estado epileptico); el término se aplica a las crisis que persisten durante tiempo prolongado o que se suceden con frecuencia tal que no hay recuperación del sensorio entre crisis y crisis. El estado epiléptico puede ser parcial o generalizado. El estado-motor localizado se denomina epilépsia parcial continua.(5)

IV. DIAGNOSTICO.

El diagnóstico de la epilépsia puede hacerse sobre la base

de una historia de ataques recurrentes y de la observación de una crisis convulsiva típica. La exploración física y neurológica, las radiografías del cráneo, los estudios manométricos, de las células y las proteínas del LCR, el gammagrama del encefalo, la angiografía cerebral, la neumoencefalografía y la TAC pueden ser útiles. La electroencefalografía se ha vuelto un auxiliar de lo más eficaz en el diagnóstico de la epilepsia. Con el uso de medidas provocativas o de activación como el pentametilentetrazol y los barbitúricos, sueño, hiperventilación y -- cambios posturales, pueden hacerse diagnósticos de epilepsia - con un grado bastante de certidumbre. (3)

V. TRATAMIENTO.

Tipificar apropiadamente las crisis es requisito para seleccionar el fármaco más apropiado para su tratamiento. No utilizar el tratamiento adecuado da por resultado que los accesos no se controlen o que incluso se exageren. (5)

Las epilepsias representan un problema complejo en su asistencia y para obtener un adecuado control de los ataques se deben hacer las siguientes recomendaciones generales:

1.- Indicar el medicamento de mayor utilidad, según el tipo de crisis de que se trate.

2.- Iniciar el tratamiento con un solo producto. No deben emplearse varios simultáneamente.

3.- Por la acción sedante e hipnótica de algunos de ellos debe iniciarse el tratamiento con dosis bajas e incrementarlas gradualmente, hasta obtener los resultados deseados.

4.- Las dosis de medicamento deben ajustarse al peso del individuo y al tipo y la gravedad de las crisis. Deben aumentarse hasta lograr mitigar éstas, y disminuirse si aparecen fenómenos de intolerancia o toxicidad.

5.- No se debe añadir otro fármaco hasta estar convencidos que el que se esta usando no es útil.

6.- No debe interrumpirse bruscamente la administración de un fármaco si hay intolerancia habra que sustituirlo por otro- de manera gradual.

7.- Tampoco debe suspenderse el tratamiento porque el pa-- ciente este asintomatico; seguramente lo está por la acción del medicamento.

8.- Hay que esperar un mínimo de tres años a que el pacien esté sin crisis con el tratamiento. Si en este plazo el EEG no esta alterado, se podra suspender la medicación gradualmente. Recuerdese que para la eplipesia no hay tratamientos breves.

9.- No hay que confiar en un trazo electroencefalográfico- normal; se debe correlacionar siempre con los datos clinicos.

10.- Hay que cerciorarse que el paciente toma la mediciana como se le prescribió. Es frecuente que el enfermo, al verse - libre de ataques la tome con irregularidad o la suspenda.

11.- El epilético debe evitar situaciones de riesgo o de -- franco peligro. No debe conducir vehiculos o manejar maquina-- ria que en caso de crisis lo expongan a un accidente. Tampoco- debe realizar actividades que lo coloquen a él o a los demas - en situaciones de peligro (natación, deportes violentos).

12.- El epileptico debe evitar la ingestión de estimulantes como el alcohol, cafeina, etc., y no deben prescribirsele medi- camentos como cardazol. estrofantina, piperazina, teofilina, y en los niños efedrina ya que pueden precipitar la crisis.

13.- Es frecuente que el paciente epiléticoconsulte en re- lación con su descendencia: ¿Sera su hijo un epilético?; ¿De- de casarse?; ¿Debe la epilética embarazarse?; En estos casos - de recurrirse al especialista. El neurólogo y el genetista son quienes pueden indicar al enfermo las posibilidades de que sus descendientes tengan la misma afección.(6)

A continuación se describen las características de lo anti- epiléticos disponibles y se dan las indicaciones para su em-- pleo.

I. BARBITURICOS.

De este grupo de sustancias tienen interés para el médico - para el tratamiento antiepiléptico el fenobarbital y la primidona.

1.- Fenobarbital:

Nombre Genérico; Fenobarbital, fenobarbital sódico.

Acción: Se absorbe por vía digestiva, y su bioviabilidad máxima ocurre entre 6 y 18 hrs. después de su ingestión. Se metaboliza en el hígado y se elimina lentamente por vía urinaria.

Indicaciones: Crisis parciales simples y secundariamente generalizadas; crisis tónicoclónicas generalizadas; estados epilépticos.

Dosis y vía de administración: Se puede administrar por vía oral o IV, la IM no es recomendable.

En los niños hasta los 6 años se recomienda dosis de 15 a 50 mg/día en tomas fraccionadas; en personas mayores estas son de 100 a 300 mg/día. Se recomienda empezar con dosis bajas, que se aumentan cada 4 días hasta alcanzar niveles séricos adecuados.

2.- Primidona;

La primidona o desoxibarbiturato, se incluye en el grupo de los barbitúricos porque su fórmula es similar y al metabolizarse, se desdobra en fenobarbital y fenilmetilmalonamida (FEMA).

Acción: La forma en que actúa no es del todo clara, pues al desdoblarse en fenobarbital no se comporta como cuando se ingiere aislado, y de la FEMA no se ha podido establecer claramente su mecanismo de acción. Se absorbe bien por vía digestiva y se elimina por vía renal.

Indicaciones: Crisis parciales simples, complejas, secundariamente generalizadas y tónicoclónicas generalizadas.

Dosis y vía de administración: La primidona solo se administra por vía oral. La dosis óptima debe individualizarse según las concentraciones séricas y la tolerancia de cada paciente. En promedio, para adultos es de 750 a 1000 mg/día; para los niños la dosis es de 10 a 25 mg/kg/día.

II. BENZODIACEPINAS.

De este grupo tiene interés el clonacepam, diacepam y nitracepam.

1.- Clonacepam:

Nombre genérico: Clonacepam.

Acción: Su bioavilibilidad es de 80% en dos horas -- después de su ingestión. No se conoce bien su metabolismo. Se elimina en 22 a 33 hrs por vía renal, -- después de su reducción, acetilación e hidroxilación.

Indicaciones: Crisis generalizadas y mioclónicas -- acinéticas; puede administrarse por vía endovenosa para el control epilético.

Dosis y vía de administración: De ordinario se administra por vía oral: la IV se emplea solo en casos de estado epilético. La dosis para el lactante y hasta los 10 años varían entre 0.01 y 0.03 mg/kg día; para los de mayor edad y los adultos son de -- 1.5 a 6 mg/kg/día.

2.- Diazepam:

Es un fármaco de acción principalmente hipnótica y ansiolítica al que se han encontrado propiedades anti-epiléticas útiles, sobre todo en los casos de crisis subintrantes.

Acción: Su bioavilibilidad es de 75% aproximadamente una hora después de su ingestión. La vía IV produce-

efecto rápido pero con fluctuaciones que duran aproximadamente 10 hrs. Se elimina por vía renal en los niños en 18 hrs, tarda en cambio en los adultos de uno a tres días.

Indicación; Por vía IV para el tratamiento del estado epiléptico de diversos tipos de crisis, excepto en ausencias; por vía oral se puede administrar como coadyuvante en algunas formas de crisis mioclónicas refractarias a tratamiento.

Dosis y vía de administración: IV en el edo. epiléptico en niños hasta de 5 años de edad de 0.2 a 0.5 mg/kg; en niños mayores de 5 años 1 a 10 mgs; para adultos de 10 a 50 mgs.

3.- Nitrocepaam.

La única indicación en epileptología para este derivado de las benzodiazepinas es en las crisis mioclónicas del Síndrome de West.

Nombre generico: Nitrocepaam.

Acción: No se conoce bien la forma en que actúa.

Indicaciones: Crisis mioclónicas en el Sínd. de West.

Dosis y vía de administración: Oral, de 0.3 a 1.0 mg/kg/día en niños hasta de tres años de edad; en los mayores de 5 a 15 mg/día.

III. CARBAMACEPINA.

Esta sustancia no tiene relación con los otros grupos de antiepilépticos; es un compuesto tricíclico derivado de la imipramina y se le ha encontrado aplicación en terapéutica antiepiléptica así como en el tratamiento de la neuralgia del trigémino.

Acción: La concentración plasmática máxima se alcanza 8 hrs. después de su ingestión. Se metaboliza en el hígado y se elimina en 24 a 48 hrs.

Indicacion; Crisis parciales complejas, y tonico--
clónicas generalizadas y como coadyuvante en las -
crisis secundariamente generalizadas de difícil --
control.

Dosis y vía de administración: Solo se administra
por vía oral a dosis de 10 a 20 mg/kg/día; la do--
sis debe ajustarse a la reacción de cada paciente-
y controlarse mediante determinación de las concen-
traciones séricas.

IV. FENILSUCCIMIDAS.

Nombre generico: Etosuccimida.

Acción; No se ha establecido su forma de acción. Se eli-
mina por vía renal en 30 a 60 hrs. y en general, los a--
dultos la eliminan má lentamente por esta via.

Indicacion: Crisis generalizadas con ausencias.

Dosis y vía de administración; Dosis de 250 a 1000 mg/-
kg/día orales, en tomas fraccionadas.

V. HIDANTOINATOS.

Solo el difenilhidantoinato de sodio se sigue utilizando
en el tratamiento de las crisis epiléptics.

Acción: Alcanza 90% bioviabilidad en 3 a 10 horas, des--
pues de la ingestion o de la administración IV. Se meta-
boliza en el hígado y se elimina como glucuronato por ví-
a urinaria.

La sal no transformada se puede descubrir en cantidades-
pequeñas en las heces.

Indicación: Crisis parciales simples, crisis tónicas, --
clónicas y toniclónicas generalizadas; crisis parciales-
secundariamente generalizadas; coadyuvante en las crisis
parciales complejas de difícil control.

Dosis y vía de administracion; De preferencia se debe es-
coger la vá oral, y en casos especiales la IV. La dosis-

óptima se establece según las concentraciones séricas y - la reacción terapéutica individual. Para niños menores de 6 años se recomiendan dosis de 5 a 8 mg/kg/día, con 300 - como máximo; para niños mayores, adolescentes y adultos de 300 a 600 mg/día.

VI. _ ACIDO N-DIPROPILACETICO.

Nombre genérico; Acido valproico, Valproato de Magnesio.

Acción: No se conoce la manera como actúa y ni su biovia- bilidad. La concentración máxima se alcanza en 4 a 6 hrs. despues de la ingestión.

Indicación; Su principal empleo es en las crisis febriles y en las crisis generalizadas del tipo de las ausencias. Es útil como coadyuvante para el control de otros modelos ictales de difícil corrección.

Dosis y vía de administración; Para niños, 15 a 60 mg/kg- día, para adultos 800 a 1600 mg/día.(5)(6)(7)(8)

4.- OBJETIVOS

4.1.- OBJETIVO GENERAL:

Conocer que la información, que la sociedad en general, - tiene sobre la epilepsia, es errónea, las reacciones ad - versas y diversas tanto en el enfermo, como en el medio - que lo rodea para proporcionar una información actualiza - da, adecuada y práctica que ayude a los pacientes epilép - ticos a mejorar su integración en la sociedad actual.

4.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Conocer el concepto personal que un paciente epilép - tico tiene sobre su propia enfermedad, de la poblaci - ón controlada por el servicio de Neurología del HGZ - II No. 1 IMSS Mexicali durante marzo-agosto de 1984.
- 2.- Conocer cómo repercute en la vida cotidiana del pa - ciente el conocer dicha enfermedad.
- 3.- Conocer las alteraciones dinámicas de la unidad fami - liar en donde hay un paciente epiléptico.
- 4.- Determinar el grado de aceptación social de un pacien - te epiléptico.
- 5.- Educar a la familia y a la sociedad misma, para que - el paciente epiléptico no encuentre un medio hostil, - y adopte conductas antisociales.

5.- HIPOTESIS

- 1.- Ho: El paciente con Epilepsia no desconoce lo que es su padecimiento.
H1: El paciente epiléptico desconoce lo que es su enfermedad y tiene un concepto erróneo de la misma.
- 2.- Ho: El padecer epilepsia no repercute en la vida cotidiana del paciente que la padece.
H1: El padecer Epilepsia causa repercusiones en la vida cotidiana del paciente que la padece.
- 3.- Ho: El que en una familia exista un paciente epiléptico no causa alteraciones en la dinámica familiar y no desconoce lo que es en sí dicho padecimiento.
H1: En una familia en la cual se encuentre un paciente epiléptico hace que existan alteraciones en la dinámica familiar por el desconocimiento o el concepto erróneo de la misma.
- 4.- Ho: El paciente epiléptico no tiene problemas de rechazo social.
H1: El paciente epiléptico sí tiene problemas de rechazo social.
- 5.- Ho: El paciente epiléptico no tiene conducta antisocial y no encuentra un medio hostil, lo que no hace necesario educar a la familia y a la sociedad.
H1: El paciente epiléptico tiene conducta antisocial y encuentra un medio hostil, lo que hace necesario educar a la familia y a la sociedad.

6.- MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio de problemas personales entre dos grupos de personas. Cada grupo estaba compuesto por 50 personas.

El primer grupo, " A " , consistió de 50 pacientes con epilepsia, diagnosticados y controlados por el servicio de Neurología del Hospital General de Zona II, No. 1, IMSS, Mexicali-vistos en la consulta externa entre el período comprendido de Agosto de 1984 a Enero de 1985.

Se escogieron pacientes mayores de 10 años de edad, sin importar sexo, y que tuvieran cuando menos 1er. año de escolaridad, y que no tuvieran retraso mental.

El grupo control compuesto por 50 personas, sin patología aparentes consideradas normales, que también fueron mayores de 10 años de edad sin importar sexo, que hubiesen cursado cuando menos 1 año de escolaridad, y que en el momento del estudio no fuesen pacientes de ningún servicio.

Se prepararon dos encuestas de problemas personales:

La encuesta Número 1, estaba orientada a detectar problemas en cuanto a las funciones esenciales de la familia, y la encuesta Número 2, orientada a detectar problemas en el ciclo de vida de la familia.

La encuesta No. 1 consistió de 75 problemas divididos en 5 grupos de 15, de manera que los primeros 15 se enfocaban hacia alteraciones en fase de socialización, las siguientes en cuidado y así en todas las funciones de la familia. Cada grupo de 15, a su vez detectaba, en grupos de 5, alteraciones en el yo, en la familia y la sociedad.

La encuesta No. 2, detectaba alteraciones en las distintas fases del ciclo de vida, ésta constó de 50 problemas, de manera que las primeras 10 detectaban alteraciones en el matri-

monio, las siguientes en dispersión, y así sucesivamente, hasta terminar con retiro y muerte.

La encuesta No. 1, se le aplicó a todos los pacientes, - así como a los del grupo control, y la encuesta No. 2 solo a aquellos que estaban casados o vivían en unión libre.

A continuación se enlistan los problemas de ambas encuestas.

ENCUESTA NO. 1

Socialización.

- 1.- Dificultad para hacer amigos.
- 2.- Tener pocos amigos.
- Yo 3.- Haber asistido grande a la escuela.
- 4.- No haber asistido a la escuela.
- 5.- Sentirme incomprendido.

- 6.- Mi familia me vea convulsionar.
- 7.- Piensen de mi que soy menos.
- Fam 8.- No me dejen estar solo.
- 9.- No pertenecer a grupos con mi enfermedad.
- 10.- Mi compañero(a) sienta pena por mi.

- 11.- Me angustia tener crisis fuera de la casa.
- 12.- Hablar con desconocidos de mi enfermedad.
- Soc 13.- No asistir a fiestas.
- 14.- Dificultad para encontrar trabajo.
- 15.- No ser espontáneo o franco.

Cuidado.

- 1.- Tener que tomar medicamentos.
- 2.- Asistir con el médico.

- Yo 3.- Dependier económicamente de alguien.
 4.- No estar seguro de mis aptitudes.
 5.- Tener crisis frecuentemente.
- 6.- Que mis descendientes pudieran enfermarse.
 7.- No saber si mi enfermedad es hereditaria.
- Fam 8.- No atender a mi familia más adecuadamente.
 9.- Ganar poco dinero.
 10.- No trabajar.
- 11.- No desempeñar lo que me gusta.
 12.- Que mi esposa trabaje.
- Soc 13.- Que mi jefe me considere menos.
 14.- Lo mucho que me dificulta trabajar.
 15.- La falta de trabajo para personas con mi problema.

Afecto.

- 1.- No ser sociable.
 2.- Sentirme demasiado solo.
- Yo 3.- Comerme las uñas.
 4.- La falta de confianza en mi mismo.
 5.- Me avergüenzo de mi enfermedad.
- 6.- Mi familia se avergüenza de mi.
 7.- Mi familia no me acepta como soy.
- Fam 8.- Mi compañera (o) no me comprende.
 9.- Temor que mi compañera (o) me rechaze.
 10.- Que mis hijos sean rebeldes.
- 11.- Dificultad para hacer amigos.
 12.- Sientan lástima por mi.
- Soc 13.- Que mis hijos se orinen en la cama.
 14.- Que mi trabajo no sea tomado en cuenta.
 15.- Sentir que las personas me ven.

Reproducción.

- Yo 1.- Dificultad de tener compañero (a).
2.- Mi enfermedad sea hereditaria.
3.- No poder tener hijos.
4.- No tener interés en la vida sexual.
5.- No creer en el amor.
- Fam 6.- Mis hijos hereden mi enfermedad.
7.- Tener los hijos que tengo.
8.- Cohibirme con asuntos sexuales.
9.- No disfrutar adecuadamente las relaciones sexuales.
10.- Que mi compañero (a) no quiera tener hijos.
- Soc 11.- No desear tener hijos.
12.- No tratar a quien me gusta.
13.- No desear casarme.
14.- Ser celoso (a).
15.- No llegar a casarme.

Status y Nivel Socioeconómico.

- Yo 1.- Mi trabajo no es el adecuado.
2.- No poder trabajar en cualquier cosa.
3.- No tener más dinero.
4.- Gastar tanto dinero.
5.- No poder pagar un mejor tratamiento.
- Fam 6.- Mis hijos no asistan a la escuela adecuada.
7.- Temor a que mi matrimonio fracase.
8.- Temor a perder a quien quiero.
9.- Mis hijos me tengan miedo.
10.- No darle a mis hijos lo que se merecen.

- Soc
- 11.- No pertenecer a una mejor clase social.
 - 12.- No haber sido profesionista.
 - 13.- Dificultad para estudiar.
 - 14.- Que no reconozcan lo que soy.
 - 15.- Piensen que soy una persona incapacitada.

ENCUESTA NO. 2

Matrimonio.

- 1.- No entenderme sexualmente con mi compañero (a)
- 2.- Tener relaciones sexuales forzadas.
- 3.- Tener demasiados hijos.
- 4.- No saber como no tener demasiados hijos.
- 5.- Haber recurrido al aborto para no tener hijos.

- 6.- Tener hijos fuera del matrimonio.
- 7.- Vivir en unión libre.
- 8.- Haberme casado muy joven.
- 9.- Haberme casado muy viejo.
- 10.- Miedo a no tener hijos.

Expansion.

- 1.- Golpear a mis hijos.
- 2.- No dormir lo suficiente.
- 3.- No querer a mis hijos como se debe.
- 4.- Ser muy nervioso.
- 5.- Sentirme frecuentemente tenso y angustiado.

- 6.- Estar con muchas dudas y preocupaciones.
- 7.- Mi soledad.
- 8.- Falta de atención médica a mi compañera (o) enfermo.
- 9.- No tener quien cuide a mis hijos.

10.- No saber como cuidar a mis hijos.

Dispersion.

- 1.- Mi hijo sea rebelde.
- 2.- Mis hijos no vayan a la escuela.
- 3.- No quieran estudiar mis hijos.
- 4.- Que mi hijo se drogue.
- 5.- Que mis hijos no platiquen conmigo.

- 6.- Que mis hijos se orinen en la cama.
- 7.- Sobreproteger a mis hijos.
- 8.- Las frecuentes discusiones con mis hijos.
- 9.- Mi esposa no se preocupe por mis hijos.
- 10.- Mis hijos se peleen en la escuela.

Independencia.

- 1.- Falta de maduración personal.
- 2.- Mi hijo todavía se crea chico.
- 3.- Mi hijo no haya estudiado.
- 4.- Que me abandone mi hijo.
- 5.- No tener quien me cuide.

- 6.- No poder estar solo.
- 7.- Desear otra familia.
- 8.- Mi hijo no se case.
- 9.- La indiferencia de mis hijos.
- 10.- Ser una carga para mi familia.

Retiro y Muerte.

- 1.- Desear morir pronto.
- 2.- Miedo al futuro.
- 3.- No tener herencia que dejar.
- 4.- Muerte de mi conyugue (esposo-a).
- 5.- Tener que trabajar ya grande de edad.

- 6.- Vivir muchos años.
- 7.- No estar preparado para la muerte.
- 8.- Depender económicamente de mis hijos.
- 9.- Desorganización de mi familia.
- 10.- Ser una carga para mi familia cuando sea anciano.

7.- RESULTADOS

El primer grupo. " A ", estuvo compuesto por 24 pacientes masculinos y 26 del sexo femenino. Se dividieron en 4 grupos, por edad. En este grupo encontramos un total de 17 casados a los cuales se les aplicó la encuesta No. 2. Las edades iban de los 10 a los 64 años.

El subgrupo de cuyas edades eran de 10 a 19 años fué el más numeroso, mientras que el grupo por arriba de 40 años fué el más pequeño; (tabla 1).

El segundo grupo, el grupo control "B ", también se dividió en 4 subgrupos. De este grupo tuvimos 19 hombres y 31 mujeres. Así encontramos que en éste el más numeroso fué el de edades de 20-29 con un total de 21, mientras que el más pequeño fue el de 10-19 años. En este grupo encontramos 28 casados y 22 solteros. (tabla 2).

TABLA 1

Subgpo.	Edad	H	%	M	%	Total	%
1o.	10-19	7	14	13	26	20	40
2o.	20-29	10	20	6	12	16	32
3o.	30-39	5	10	2	4	7	14
4o.	40-mas	2	4	5	10	7	14
Total		24	(48%)	26	(52%)	50	(100%)
Casados		7		10		17	
Solteros		17		16		33	

TABLA 2

Subgpo.	Edad	H	%	M	%	Total	%
1o.	10-19	3	6	2	4	5	10
2o.	20-29	9	18	12	24	21	42
3o.	30-39	5	10	13	26	18	36
4o.	40-mas	4	8	2	4	6	12
Total		19	(38%)	31	(62%)	50	(100%)
Casados		8		20		28	
Solteros		12		10		22	

ALTERACIONES EN FUNCIONES DE LA FAMILIA.

Se obtuvo un porcentaje del número total de respuestas afirmativas por función. A su vez el número dado se dividió por grupo de edad; Ej.: El subgrupo 1 Grupo A, (1-A) presentó 32 respuestas en cuanto al "yo" en la función de socialización que divididas entre los integrantes de este subgrupo nos da 1.60 respuesta por paciente.

TABLA 3

Función de socialización:		231 respuestas		30.8% (gpo.A)	
Subgpo.	yo	fam	soc	Total	
1(20)	(32) 1.60*	(20) 1.00	(35) 1.75	4.35	
2(16)	(19) 1.19	(25) 1.56	(37) 2.31*	5.05*	
3(7)	(06) 0.85	(09) 1.28	(17) 2.42	4.55	
4(7)	(07) 1.00	(12) 1.71*	(14) 2.00	4.71	

Grupo B

113 respuestas 15.06

1(5)	(05) 1.00*	(09) 1.80*	(05) 1.00*	3.80*
2(21)	(18) 0.85	(30) 1.42	(07) 0.23	2.50
3(18)	(09) 0.50	(18) 1.00	(05) 0.27	1.77
4(6)	(02) 0.33	(03) 0.05	(02) 0.33	0.71

* mayor No. de respuesta/pac.

TABLA 4

Funcion de Cuidado.

Subgpo.	Grupo A			Total
	143 respuestas 19.06			
	yo	fam	soc	
1(20)	(39)1.95*	(31)1.55	(14)0.70	4.20
2(16)	(22)1.37	(29)1.81	(15)0.93*	4.11
3(7)	(09)1.28	(15)2.14*	(06)0.85	4.27*
4(7)	(10)1.42	(15)2.14*	(02)0.14	3.80

Grupo B

Subgpo.	Grupo B			Total
	97 respuestas 12.93			
	yo	fam	soc	
1(5)	(04)0.80	(02)0.40	(01)0.25	1.40
2(21)	(13)0.61	(15)0.71	(06)0.28	1.60
3(18)	(19)1.05*	(14)0.77*	(15)0.83*	2.65*
4(6)	(04)0.66	(03)0.50	(01)0.61	1.32

TABLA. 5

Función de Afecto.

Subgpo.	Grupo A			Total
	143 respuestas 19.06			
	yo	fam	soc	
1	(29)1.45	(09)0.45	(16)0.80	2.50
2	(26)1.62*	(05)0.31	(16)1.00	2.93
3	(08)1.14	(09)1.28*	(08)1.14*	3.56*
4	(05)0.71	(07)1.00	(05)0.71	2.42
Subgpo.	Grupo B			Total
	57 respuestas 7.67			
	yo	fam	soc	
1	(10)2.00*	(01)0.20	(0)0.00	2.20*
2	(11)0.52	(12)0.57*	(03)0.14	1.23
3	(06)0.33	(06)0.33	(05)0.27	0.93
4	(01)0.16	(02)0.33	(0)0.00	0.49

* mayor No. de respuesta/paciente.

TABLA 6

Función de reproducción.

Grupo A

138 respuestas 18.40

Subgpo.	yo	fam	soc	total
1	(20)1.00	(17)0.85	(14)0.70	2.55
2	(19)1.18	(19)1.18	(14)0.87*	3.23*
3	(05)0.71	(11)1.57*	(06)0.85	3.13
4	(09)1.28*	(05)0.71	(00)0.00	1.99

Grupo B

140 respuestas 18.67

Subgpo.	yo	fam	soc	total
1	(01)0.20	(02)0.40	(03)0.60	1.20
2	(05)0.23	(32)1.52*	(33)1.57*	3.32*
3	(17)0.94*	(23)1.27	(19)1.05	3.26
4	(01)0.16	(04)0.66	(0)0.00	0.82

TABLA 7

Función de Estatus y Nivel socioeconómico.

129 respuestas 17.32 Grupo A

Subgpo.	yo	fam	soc	Total
1	(10)0.50	(08)0.40	(25)1.25	2.15
2	(11)0.68	(07)0.43	(26)1.62	2.73
3	(10)1.42*	(12)1.71*	(08)1.14*	4.27 *
4	(04)0.57	(02)0.28	(06)0.85	1.70

103 respuestas 13.73 Grupo B

1	(05)1.00*	(01)0.20	(01)0.20	1.40
2	(07)0.33	(25)1.19	(19)0.90*	2.42*
3	(06)0.33	(23)1.27*	(07)0.38	1.78
4	(02)0.33	(06)1.00	(01)0.16	0.49

* mayor No. de respuesta/paciente.

ALTERACIONES EN EL CICLO VITAL DE LA FAMILIA.

El mismo mecanismo para las funciones, se llevo a cabo en el ciclo de vida. Como se menciona en su oportunidad para la aplicacion de la encuesta no. 2 se dividió solo en hombres o mujeres. Asi el numero de respuesta fue dado para verificar si los hombres o mujeres presentan mas alteraciones en cuanto al ciclo de vida.ej.: Del grupo A los hombres en fase de matrimonio obtuvieron un total de 10 respuestas que divididas entre los 7 integrantes nos da 1.42 respuesta por integrante.

TABLA 8

Fase de matrimonio.				
	<u>Grupo a</u>		<u>Grupo b</u>	
Hombres (7)	10	1.42	(8)	16 2.00
Mujeres (10)	23	2.30	(20)	12 1.10
Fase de expansión.				
Hombres	19	2.70	6	0.75
Mujeres	23	2.30	14	0.70
Fase de dispersión.				
Hombres	8	1.14	16	2.00
Mujeres	15	1.50	11	0.55
Fase de independencia.				
Hombres	6	0.85	3	0.37
Mujeres	14	1.40	5	0.25
Fase de retiro y muerte.				
Hombres	12	1.71	3	1.00
Mujeres	19	1.90	16	0.80

La primera cifra () nos indica el numero de pacientes, la siguiente cifra el No. de respuesta y la tercera el No. de resp. por paciente.

8.- DISCUSION Y ANALISIS

Como pudimos apreciar en las tablas anteriores, el grupo de pacientes epilépticos presenta más alteraciones en lo que corresponde a la función de socialización. Vemos que el grupo de edad de 20-29 años, presenta mas alteraciones pues el nivel de respuesta por paciente fue de 5.05, aunque para el yo el subgrupo 1-A presenta mas disfunción, en la familia el 4-A y en lo concerniente a la sociedad el 2-A. Podemos deducir que en esta edad (20-29) es cuando todos los individuos empiezan a ser la sociedad economicamente activa y cuando las deficiencias de socialización se hacen patentes. Tabla No. 1.

En la función de Cuidado, el grupo A, (epilepticos), presenta mas alteraciones comparada con el grupo control. Podemos apreciar que en el 3er subgrupo encontramos una proporción de 4.27 respuesta por paciente. Llama la atención que el grupo control (subgrupo 3-B) presento el nivel mas alto, (edad de 30-39). Para el yo correspondió para el subgrupo 1-A, para la familia similitud entre el 3 y 4 A, para la sociedad el 2-A. A los pacientes mas jovenes lo que mas les molestaba era el tener que tomar medicamentos. En general a los pacientes les preocupaba el no tener un mejor trabajo de acuerdo a su condición, que causa repercusiones en cuidado para su familia. Tabla 2.

En la función de Afecto, el porcentaje mas alto lo ocupó nuevamente el grupo A, nuevamente el subgrupo 3 (30-39 años), para el yo correspondió para el subgrupo 2-B, para la familia el 3-A, y sociedad para el 3-A. Dentro de este grupo de edad vemos mas alteraciones de rechazo por parte de la familia como de la sociedad. Tabla 3.

En la función de Reproduccion, vemos que es la funcion en que la que menos alteraciones vemos , existiendo una similitud-

casi igual en ambos grupos por edad, aunque el grupo A, supera ligeramente a el grupo control. El que más alteración presenta es el grupo 3, (30-39 años), con un porcentaje de 3.23 respuesta por paciente para el subgrupo 3-A, mientras que para el 3-B, fue de 3.32. En el yo tenemos que el subgrupo 1-A fue el mas alto, para la sociedad el 3-B, y para la sociedad correspondió al subgrupo 2-B. En ambos subgrupos 2, A y B, la reproducción es la fase que más alteraciones podemos ver ya que de hecho es la edad reproductiva de todos los individuos. Tabla 6.

En la función de Estatus y nivel socioeconomico, llama la atención que para los tres enfoques que se le dió, el subgrupo 3-B, fue el que mas alteración presentó, con un total de 4.27 respuesta por paciente. Sabemos que la poblacion economica activa es en este grupo de edad y que la mayoría del paciente epiléptico pocas oportunidades de trabajo tiene lo que hace se sienta incapacitado para proporcionar un apoyo economico adecuado.

Las alteraciones en cuanto al ciclo de vida familiar los pacientes casados epilépticos presentan alteraciones en todos ciclos en una proporción más elevada que el grupo control.

Tabla 9

Total de las fases del ciclo vital de la familia

Fase	Grupo a			Grupo b		
	H	M		H	M	
Matrimonio	1.42	2.30	-3.72	2.00	1.10	-3.10
Expansión	2.70	2.30	-5.00	0.75	0.70	-1.45
Dispersión	1.14	1.50	-2.64	2.00	0.55	-2.55
Independencia	0.85	1.40	-2.25	0.37	0.25	-0.62
Ret. y Muerte	1.71	1.90	-3.61	1.00	0.80	-1.80

Como podemos observar en la Tabla 8 y posteriormente en la 9, las alteraciones en el ciclo vital, el nivel más alto lo ocupa el grupo A, sobre todo el sexo femenino, mientras que el que menos alteraciones presenta es el sexo femenino del grupo B. Como podemos apreciar el nivel más alto de alteraciones ocurre con la llegada de los hijos, la cual inicia la fase de expansión, y posteriormente en la de matrimonio. Posteriormente las alteraciones decrecen en las fases de dispersión e independencia para volver a incrementarse durante la fase de retiro y muerte. En cuanto al grupo control la semejanza en la cual los problemas se presentan nos hace reafirmar lo expuesto dentro del marco teórico, aunque en menor proporción.

Todas las alteraciones que observamos que ocasionan alteraciones en la Dinámica Familiar las observamos en la sociedad en general pero con mayor proporción con los paciente epilépticos.

9.- CONCLUSIONES

1. La epilepsia es un padecimiento que requiere cuidados medicos, medidas higienicas especiales, consejo profesional y programas de rehabilitación con el objeto de rehincorporar al enfermo a la comunidad. Hay que recordar que es un ser útil que puede funcionar como cualquier otro individuo, si se le proporcionan las condiciones óptimas para superar sus limitaciones.

2. El paciente con epilép^sia generalmente desconoce en que consiste su enfermedad, ya que la información que maneja generalmente es equivocada o escasa.

3. El padecer epilép^sia repercute en la vida del paciente ya que provoca situaciones psicológicas conflictivas de frustración y dependencia relacionadas con la actitud de la sociedad hacia el paciente y lo limita en su educación, en su trabajo, y en su vida familiar y social. El niño sujeto a crisis se siente inseguro en un medio familiar o escolar mal informado, hostil o indiferente; esta situación se hace más difícil ya que si los padres se avergüenzan de él, o en cuyo caso lo rechazan, provoca sobre protección o una exagerada dependencia.

4. En la familia en la cual existe un paciente epiléptico, provoca que los mismo integrantes por su propia ignorancia, rechacen al enfermo y de esta manera se rompa la unidad familiar.

5. El paciente epiléptico, además de que se encuentra sujeto a las manifestaciones de la epilép^sia, se agregan otros problemas como son desajustes en el hogar, ya que la madre en los pacientes menores o la esposa en los mayores es la que se en-

carga de auxiliar al paciente en las manifestaciones de la epilépsia, provocando desatención en otros problemas del hogar o de otros hijos sobretodo cuando el paciente no logra contro--larse.

6. Los pacientes solteros, presentan mas alteraciones que el -paciente casado, ya que este no ha cumplido con una socializa--ción adecuada, tambien observamos que durante la fase de dis--persión hay un disparo de las alteraciones y que durante la fa--se de retiro o muerte en contra de lo que se esperaria, dismi--nuye en una proporción que casi se puede comparar con la socie--dad en general.

7. Por supuesto que las alteraciones descritas anteriormente, -no son exclusivas de los pacientes con epilepsia, ya que se --pueden presentar en culaquier otra patologia o en cualquier o--tro grupo o familias mal adaptadas o colocadas en un medio im--propio.

8. Aún cuando los problemas mencionados no incapacitan al indi--viduo, pueden afectar, como se demostro en el presente estudio sus relaciones personales y en caso de los adultos ocasionar--frecuentes problemas en el trabajo y en el matrimonio.

10.- SUGERENCIAS

1.- Espertinente dar al paciente epiléptico, las explicaciones necesarias sobre su enfermedad e instruir a los familiares, ya sea una información como la que se maneja para los programas de planificación familiar, a través de folletos ilustrativos, con el objeto de lograr su cooperación para que el tratamiento tenga éxito.

2.- Debe hacerse incapie en el continuo tratamiento ya que al irse espaciando las crisis o desaparecer estas, el paciente adquirira confianza en si mismo, y de esta manera el solo empe sara su socialización.

3. Deben combatirse los temores, y las ideas equivocadas y su persticiosas que existen acerca de este padecimiento.

4. La forma de evitar alteraciones como las que vimos, es una buena relación entre los padres y profesores, asi como el 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.

5. El entrenamiento adecuado cuando un paciente vaya a desarrollar un trabajo especializado, ayudara en gran forma, y el informe a las empresas acerca del tipo de trabajo que un paciente epiléptico puede desempeñar y la observación de las medidas de protección necesarias para quienes tengan un riesgo relativo, ayudara y quitará la idea de dependencia que los pacientes manifiestan.

6. Es deber del Médico familiar el poseer una información adecuada a cerca de este padecimiento, no solo la informacion-cientifica sino todos los problemas que enfrenta un paciente-epiléti co en su esfera biopsicosocial.

11.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Wall Montejano y cols.
La familia. Fundamentos de Medicina Familiar.
Ediciones de Medicina Familiar Mexicana.
1a. Edición. 1982. 3-11.

- 2.- Irigoyen Coria y cols.
Ciclo Vital de la Familia. Fundamentos de Med. Familiar.
Ediciones Medicina Familiar Mexicana.
1a. Edición 1982. 15-17.

- 3.- Chusid J. Epilepsia.
Neuroanatomía Correlativa y Neurología Funcional.
5ta. Edición. El Manual Moderno. 422.

- 4.- Raymond L. Adams. Crisis Convulsivas Recurrentes.
Medicina Interna de Harrison.
6ta edición. Cap. 28.
La prensa Médica Mexicana.

- 5.- Vasconcelos, Lombardo. Clasificación de las crisis epilepticas. Conceptos actuales.
Revista Médica del IMSS. Vol. 21. No 3. 1983. Mayo-Junio
275-286.

- 6.- Lombardo Luis. Tratamiento de las epilepsias.
Revista Medica del IMSS. 1982. Vol. 20
677-680

- 7.- Engel j Jr. Recent Development in the Diagnosis and Therapy of Epilepsy.
Ann of Internal Med. 1982. Oct 97, (4): 584-98.

8.- Ojemann LM. Treatment of Epilepsy.

Am. Fam Physician. 1984 Aug; 30 (2) 113-28.

- 0 -