

11241
2 ej 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

ANALISIS RETROSPECTIVO EPIDEMIOLOGICO DEL PACIENTE EPILEPTICO
CON TRASTORNOS PSIQUIATRICOS EN UN HOSPITAL DE LA CD. DE MEXICO.

T E S I S

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE
PSIQUIATRIA

M. K...

P R E S E N T A .

MARIO LOMELI GARCIA.

COPIA CON
FALLA LE ORIGEN

México, D.F.

1988.

[Signature]

Vo. Bo.
[Signature]
21-II-89



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

I N D I C E.

INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
HIPOTESIS.	11
OBJETIVOS	12
MATERIAL Y METODOS	13
RESULTADOS	14
DISCUCION Y CONCLUSIONES	18
CONCLUSION FINAL	22
BIBLIOGRAFIA	23

Apendice 1	

I N T R O D U C C I O N .

La constitución de una epidemiología de la enfermedad y de la salud mental, quizá sea el principal objetivo de la medicina del mañana; Puesto que hay razones para pensar que las enfermedades mentales obedecen a múltiples causas, es evidente la necesidad de estudiar el problema con una vasta perspectiva; Uno de los sectores en los cuales esa perspectiva puede ser especialmente fructífera es el de la epidemiología, ya que contempla el estudio de la distribución de una enfermedad en el espacio y en el tiempo dentro de una determinada población, así como los factores que influyen sobre esa distribución persiguiendo los siguientes objetivos:

- a.-Evaluar la prevalencia de los distintos tipos de enfermedades mentales en una población para servir de base a la prevención y tratamiento de dichas enfermedades.
- b.-Descubrir las relaciones entre ciertas características de una población y la enfermedad mental para tratar de precisar el origen de éstas.
- c.-Comprobar las hipótesis etiológicas derivadas de los trabajos de laboratorio o de las observaciones clínicas.
- d.-Evaluar los índices de curación espontánea para apreciar la eficacia de las medidas preventivas y terapéuticas.(1)

Los estudios epidemiológicos y sociomédicos están permitiendotener mejor conocimiento de la prevalencia y de las características propias de algunos de los problemas de salud mental mas graves que afectan a un gran número de personas. En una primera etapa son necesarios los estudios epidemiológicos del tipo tradicional, pero en la segunda etapa tienen ventajas los estudios transversales en los cuales se incluye la investigación de factores sociales y familiares específicos que intervienen en el desencadenamiento, mantenimiento y ---

desenlace de los problemas. Estos estudios de un sector bien definido son susceptibles de repetirse y permiten una aproximación longitudinal y hacer inferencias confiables. La investigación y la evaluación de servicios de salud facilitan la tarea de mejorar su eficacia. (2) En la lucha contra las enfermedades es aceptado que el estudio epidemiológico no se reduce al simple recuento de casos dentro de una población y que su utilidad no se limita a determinar la frecuencia de las enfermedades, propósito de por sí ya relevante y difícil de lograr; sino que entre otros objetivos permite integrar la historia natural de la enfermedad, completar el cuadro clínico e identificar los factores de riesgo cuyo conocimiento es indispensable para la adopción de medidas preventivas.

Respecto a la epilepsia puede mencionarse condicionantes como la actitud de los individuos ante la enfermedad, la disponibilidad de recursos y servicios, así como el grado de exposición a los factores de riesgo. (3)

Así la prevalencia de enfermedades mentales en diferentes ciudades es del 14 al 30%, en Londres por ejemplo es del 14%; en México del 39%; en otros países como Estados Unidos el 23%, en Chile el 18% y en la India el 35%. Señalando que del 4 al 14% de la población mundial presentan en algún momento de su vida una enfermedad psiquiátrica.

Dentro de las entidades psiquiátricas con más frecuencia de hospitalización en el país son: Esquizofrenia (36.3%); Alcoholismo (15.2%); Neurosis depresiva (7.6%); Psicosis Alcohólicas (7.6%); Neurosis histérica (5.7%); Epilepsia parcial del lóbulo temporal de (3.8%) y Demencia senil de (3.7%). Otros trabajos reportan la epilepsia en segundo término. (4, 5, 6, 7.) Cabe señalar en cifras la atención a más de 63,000 pacientes durante 1974 con un equipo de 90 Psiquiatras y 40 Psicólogos, donde la epilepsia ocupó el 7o. lugar con un 2.54% en los diez principales diagnósticos psiquiátricos en el área metropolitana y foraneos, de la siguiente manera:

Neurosis, Alcohólicismo, Esquizofrenia, Otras psicosis, Psicosis SAI, --
 Psicosis afectivas, EPILIPSIA, Psicosis alcohólicas, Oligofrenia y --
 Adicción a drogas. (8)

Como lo menciona el Dr. Ramón de la Fuente la epilepsia es un --
 desorden cerebral que afecta las funciones mentales, la personalidad --
 y la conducta, de la cual una proporción importante de enfermos que
 acuden a la consulta del Psiquiatra y también enfermos hospitaliza--
 dos en los servicios o instituciones psiquiátricas sufren desordenes
 mentales de etiología epiléptica, así como una variedad de desordenes
 psiquiátricos de carácter persistente como depresión, angustia o psi--
 cosis que se presentan en los intervalos entre las crisis, o las su--
 plen; de ahí la importancia del Psiquiatra para identificar la natura--
 leza de los desordenes y establecer el tratamiento oportuno. (9)

Etimológicamente la palabra epilepsia deriva del griego, que sig--
 nifica "ser sobrecogido bruscamente". En el diccionario de epilepsia --
 publicado por la Liga Internacional Contra la Epilepsia y la OMS en
 1973; se define como una afección crónica de etiología diversa caracte--
 rizada por crisis recurrentes debidas a una descarga excesiva de las
 neuronas cerebrales, asociadas eventualmente con diversas manifestae--
 ciones clínicas y paraclínicas. El reconocimiento unánime ha sido --
 indispensable para realizar diversos estudios de prevalencia e in --
 cidencia en diferentes regiones del mundo y han permitido conocer --
 mejor cual es la historia natural de este padecimiento. (10)

HISTORIA.

Se tienen conocimientos de la epilepsia desde la época de los Sume--
 rios, descritas en tablas de barro; En el código de Hamurabi de las --
 civilizaciones Asirias; En los egipcios en el papiro denominado de
 Berlín, siendo hasta la época de Hipócrates cuando asegura que toda
 enfermedad es orgánica cambiando el concepto que se le tenía de en--
 fermedad sagrada. Y es hasta la etapa de John Hughlings Jackson en--
 que estudia racionalmente la enfermedad y se inician los tratamien--

con bromuro; define a la epilepsia como las descargas locales, ocasionales, subitas, excesivas y rápidas de la sustancia gris; Hubló de que podrian permanecer localizadas o generalizarse dentro del enecefalo para explicar las que llamó crisis de pequeño y gran mal.

Con Hans Berger se introduce la electroencefalografía como un estudio paraclínico. En la actualidad con el desarrollo de otros estudios como los potenciales evocados, la tomografía por emisión de positrones, la tomografía computada por emisión de fotones simples y la resonancia nuclear magnetica han favorecido el estudio y permiten conocer mejor la funcionalidad anormal de la epilepsia. (11)

FISIOPATOLOGIA.

Las crisis epilépticas son el resultado de una descarga neuronal anormal y exagerada, la que a su vez es la responsable de una despolarización rápida y repetitiva de las neuronas; La despolarización implica una pérdida de potasio intracelular con acumulación de sodio dentro de la neurona. El mecanismo intimo por el cual la neurona epiléptica tiene particular facilidad para despolarizarse y dificultad para retornar a su potencial de reposo no se conoce con precisión. Se conocen algunos factores que afectan el proceso de despolarización hiperpolarización; como la captación de calcio, alteraciones de la conductancia de los neurotransmisores a nivel sináptico, particularmente los de tipo inhibitorio como el GABA, y alteraciones de la glía (astrocitos) que regulan el medio extracelular. (10)

CLASIFICACION.

La definición que prevalece hasta la fecha es la que dió Jackson - en 1862, esta descarga puede ocurrir a nivel cortical o subcortical y las crisis epilépticas se pueden manifestar clinicamente de diversas maneras. De ahí que la Liga Internacional contra la Epilepsia y la OMS han definido y clasificado las crisis epilépticas de acuerdo con sus manifestaciones clinicas y su correlación EEG. De esta manera los 2 grandes grupos son: el de las crisis generalizadas que representan el 45% y el 2do. grupo el de las crisis parciales o

focales. De conformidad con este criterio también se denominan focales de sintomatología simple y f. de sintomatología compleja. (12)

En este estudio se considera la clasificación de la O.M.S.

- 1.-Epilepsia convulsiva generalizada.
- 2.-Estado de pequeño mal.
- 3.-Estado de gran mal.
- 4.-Epilepsia parcial con alteraciones de la conciencia.
- 5.-Epilepsia parcial sin alteraciones de la conciencia. (13)

Dentro de los principales trastornos psiquiátricos asociados con epilepsia (mas frecuentemente con la del l. temporal) se han encontrado: Trastornos afectivos como angustia, depresión e irritabilidad; Trastornos cognitivos, alteraciones de memoria e inteligencia Trastornos psicóticos; Trastornos de la personalidad y Trastornos sexuales. (14) En estudios realizados, el riesgo de sufrir epilepsia en hijos de padres epilépticos varía de 0.3 a 7.7% según Thom y Walker.

	No. de hijos estudiados.	Madre	o Padre epilépticos.
Annegers y col. 1976	830	2.8	1.6
Tsuboi y Endo. 1977	506	2.9	2.3

En estudios de hermanos la incidencia en por ciento varía de 1.7 a 9.6 (Mettrakos y Mettrakos) En los estudios realizados en gemelos se ha encontrado una frecuencia en monocigotos de 61% y en dicigotos de 5 a 15%. (3)(23)

Otras variables relacionadas con la epilepsia han sido el sexo y estado civil; siendo el predominio en sexo masculino con edad de 20 a 39 años casados con escolaridad de primaria incompleta y dedicados a oficios no formales. (19) En este aspecto social de la escolaridad, muchos de los profesores de primaria consideran, sin énfasis que es conveniente que un niño con epilepsia, no debe ser aceptado en las escuelas tradicionales o que si la desarrolla debe ser retirado de la escuela. (10) ya que los niños con crisis con frecuencia tienen fallas en el aprendizaje, atención y en áreas sociales. (15)

En cuanto a la frecuencia por edad, a pesar de las variaciones en la selección de los casos en diferentes reportes publicados es claro que una proporción importante de casos de pacientes epilépticos (1 de cada 3 ó 1 de cada 4) tienen su primera crisis en la edad adulta y que estos presentan un problema diagnóstico de importancia. Siendo así evidente que la frecuencia varía de acuerdo al grupo de edad.

Autores	No. de pacientes	Edad de inicio	%
Sal y Rosas 1948	1221	0-19 Años	65.5
		20-29 "	8.5
		30- "	25.0
Bicard, et, al. 1956	1000	0-19 "	67.0
		21-30 "	11.8
		31-40 "	8.5
		41- "	12.7
Lennox y Lennox. 1960	4000	0-19 "	77.0
		20-29 "	12.7
		30-39 "	6.1
		40-49 "	2.7
		50- "	1.7
Juul-Jensen 1963	1008	0-19 "	50.1
		20-29 "	19.1
		30-39 "	13.5
		40-49 "	9.6
		50- "	7.7

A pesar de que no existe ninguna razón válida de tipo estadística, etiológica, fisiológica o anatómica, se considera como epilepsia de inicio tardío cuando se presenta después de los 20 años y la atención a este tipo de epilepsia se debe a que es más probable que su etiología se origine en una enfermedad cerebral progresiva sintomática, a diferencia de la epilepsia de causa desconocida idiopática que usualmente aparece en la niñez o adolescencia. (20)

Todo el panorama social, familiar e institucional cuenta para que el epiléptico sufra consecuencias de tipo económico en su adultez y se coloque entre los sujetos desprotegidos de la sociedad y marginado laboral, ya que de la actitud de la sociedad ante un grupo depende de la actitud laboral. Así de un grupo de 500 sujetos con epi-

lepsia que ameritaron hospitalización para control o estudio Dx el 38% eran trabajadores y más del 25% de ellos desarrollaban tareas incompatibles con su problema neurológico, por el riesgo implicado. En la encuesta realizada donde la epilepsia ocupó el 9o. lugar en Dxs Psiquiátricas, se encontró la siguiente relación en cuanto a la variable ocupacional. Amas de casa el 22.5%; Oficios no formales el 21% ; Jornaleros el 19.7% y Estudios formales el 9%. En de notar que el índice de desempleo del grupo de epiléticos duplica al índice nacional así como el de subempleo al nacional. (10 - 19).

No está por demás considerar que ciertos factores de riesgo ---- pueden aumentar la probabilidad de complicaciones psiquiátricas como la presencia y extensión del daño cerebral; daño cerebral en la infancia con o sin crisis, T.C.E., enfermedad crónica, la frecuencia y severidad de las crisis, debilidad mental, alcoholismo y estados confucionales, así como también cefaleas paroxísticas mal tratadas. De la variedad de manifestaciones conductuales ocurridas en epilepsia se pueden mencionar las preictales (pensamiento forzado, alucinaciones), de las ictales (automatismos, o conductas vizarras); en las interictales (el miedo o angustia) y postictales como el periodo confuncional prolongado. (en relación al TCE) en 28 pacientes con epilepsia se encontró que 18 tenían el antecedente. (15, 24) En relación a los cuadros -- esquizofreniformes en la epilepsia menciona el Dr. Dionicio Nieto, -- que la Esquizofrenia tiene un sustrato anatómico en los niveles diencefalo meencefálico, mientras que la epilepsia tiene su base en el -- lóbulo temporal especialmente en el hipocampo; Y en algunos casos de alteración anatómica del hipocampo se puede comprobar una degeneración subsecuente en diencefalo y de esta manera habría casos en -- que la patología de la epilepsia podría desarrollar una patología -- secundaria en diencefalo ocasionando cuadros de tipo esquizofrenoides añadidos a la epilepsia y por lo tanto una hospitalización mas prolongada. (16)

En un número importante de casos, hay condiciones psiconeurológicas que acompañan al alcoholismo o a la adicción a él. En general, los epilépticos reaccionan mal a la ingestión de alcohol aún en pequeñas cantidades, presentando estos brotes de agresividad incontrolable (25) (26).

Cualquier acto de hospitalización, independientemente de su razón generadora, implica un acto de exclusión social que en el caso del enfermo mental representa una exclusión espacial, relacional y discursiva, a mayor hospitalización mayor acumulación de los efectos de exclusión, así también se han visto factores que prolongan la hospitalización como: rechazo familiar, falta de preparación profesional, empobrecimiento, ausencia de ligas familiares o rechazo de ser externado. En un estudio realizado por el Dr. Krassoievitch, donde la epilepsia ocupó el 50. lugar en un Hospital Compestre se encontró un margen de 1 a 19 años en los grupos de mayor proporción. (18) (27)

En la práctica psiquiátrica no es raro encontrar alteraciones EEG en pacientes que nunca han tenido síntomas de epilepsia o pacientes con manifestaciones epilépticas y el reporte de un EEG normal, de cualquier manera la conducta a seguir no puede hacerse exclusivamente con base en el criterio EEG.

En un estudio reportado de 290 pacientes con epilepsia se encontró la siguiente distribución en cuanto a lateralización EEG.

Gpo con auras	der.	isq.	bilateral.	normal.
Con sig. motores	22	11	3	1
" sint. psiq.	50	11	5	5
" sint. autonom.	48	9	2	1
Sin aura	18	64	10	13.

En el estudio realizado por el Dr. Diaz en pacientes con cefalea paroxística epiléptica se encontró: de 125 epilépticos 32 con cefaleas de los cuales el EEG se localizó en L. temporal en un 56.2%; centroencefálica con un 12.5% y el resto en otros focos. Llama la atención también el hecho de que tras lograr una normalización del EEG por medio de medicamentos se presenten Sin. psiquiátricos, los cuales se

remiten al suspender el tratamiento como lo cita Hubert.(14,17,21,24)

La etapa Radiologica dentro del Dx de la epilepsia, se adopta solamente en los casos de epilepsia organica, o cuya lesi3n cerebral epilept3gena sea evidente y con una finalidad por lo general quirurgica o por que se sospeche naturaleza tumoral.(22)

Por lo que respecta al tratamiento; con el fin de lograr resultados optimos requiere; Seleccionar el farmaco segun el tipo de crisis; Administrar solo un medicamento al iniciar el Tx.; Agotar las posibilidades terapeuticas antes de cambiar o agregar otro; Establecer el nivel serico mediante determinaciones periodicas; Logrando el control conservarla, cuando menos durante 5 aros; Tomar en cuenta factores como el crecimiento o embarazo.(14)

JUSTIFICACION.

En México es grande la incidencia de enfermedades mentales, donde es posible hallar una gran variedad de entidades nosológicas dentro de las cuales se encuentra la epilepsia.

Por naturaleza de su formación y practica clínica, los neurólogos tienden a subestimar los trastornos psiquiátricos de los pacientes epilépticos, ocurriendo algo similar en algunos Psiquiatras quienes no consideran a la epilepsia dentro del diagnostico diferencial de muchos de sus pacientes. El problema radica en la gran variabilidad y poca especificidad de las manifestaciones -- psiquiátricas de los pacientes epilépticos; no obstante se estima que cerca del 10% de los enfermos en hospitales psiquiátricos -- son epilépticos y que por lo menos el 25% de los pacientes epilépticos tienen trastornos psiquiátricos graves, dentro de los -- diversos tipos la que con frecuencia se asocia a alteraciones -- psiquiátricas es la del L. Temporal; sin embargo la hipoxia tisular que es una de las causas del deterioro mental, observado en estos enfermos puede ocurrir en todas las formas de epilepsia.

Las manifestaciones psiquiátricas de éstos pacientes pueden ser episódicas o relativamente persistentes y la gravedad y complicaciones dependera de multiples factores como: condiciones de riesgo premorvido, edad de inicio, lateralidad y localización de la lesión, rechazo social, limitaciones economicas, mala detección o mal manejo. Por lo cual es necesario afrontar el problema y detectar estos factores mediante investigaciones clínico epidemiológicas y lograr avances en la Medicina preventiva y social.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

De acuerdo con los antecedentes, se hace esta investigación para determinar la prevalencia de las características en la población de los diferentes tipos de epilepsia con trastorno --- psiquiátrico hospitalizado y factores de riesgo en los cinco -- tipos más frecuentes de epilepsia, de acuerdo a las variables -- sociodemográficas, las referentes a hospitalización, antecedentes personales así como la interrelación entre ellas.

HIPOTESIS.

Es probable que los factores que reposta la literatura como factores de riesgo premórvidas, edad de inicio de la enfermedad, localización de la lesión, rechazo social, limitaciones laborales, traumatismos craneoencefálicos, epilepsias mal diagnosti-- cadas o tratadas, limitaciones económicas y la estigmatización del paciente, lo llevé a un deterioro de las funciones mentales y sus complicaciones como Psicosis. También se espera que la epilepsia del Lobulo Temporal sea la mas frecuentemente asociada a trastornos mentales.

OBJETIVOS.

OBJETIVOS GENERALES. Determinar el tipo de epilepsia con trastornos psiquiatricos más frecuentes, sus factores de riesgo, del tipo epidemiológico que guardan mas estrecha relación con estas entidades.

OBJETIVOS SECUNDARIOS.

- 1.-Definir cual es el tipo de epilepsia en un Hospital Psiquiatrico, diagnosticada con mas frecuencia durante los meses de Enero a Abril de 1987, así como su distribución por sexo.
- 2.-Obtener los promedios de edad de inicio y su correlación con los diferentes tipos de epilepsia.
- 3.-Correlación entre los diferentes tipos de epilepsia y variables sociodemograficas.
- 4.-Determinar la relación que guarda con antecedentes heredofamiliares cada uno de los diferentes tipos.
- 5.-Apreciar su relacion de la epilepsia y cada uno de los antecedentes personales patologicos.
- 6.-Saber que relación guarda cada una de las variables referentes a la hospitalización con la epilepsia en estudio.

MATERIAL Y METODO.

Se efectuó un análisis retrospectivo epidemiológico en los expedientes del archivo del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" de esta ciudad, revisando un total de 711 expedientes de aquellos pacientes que egresaron durante los meses de Enero a Abril de 1987 seleccionandose de la muestra 145 casos que correspondían a los diferentes tipos de epilepsia.

Se obtubieron las siguientes variables.

I.-Sociodemograficas.

- a).-Edad,
- b).-Sexo.
- c).-Ocupación.
- d).-Escolaridad.

II-Antecedentes Personales.

- a).-Heredofamiliares.
- b)- Personales patológicos

III-VARIABLES REFERENTES A HOSPITALIZACIÓN.

- a).-Diagnostico.
- b).-Dias estancia.
- c).-Resultados de gabinete (R."X" y EEG)
- d).-Tratamiento establecido
- e).-Motivo de Egreso.

RESULTADOS.

Tabla 1.-Se muestra en orden de frecuencia los tipos de epilepsia que integran este estudio, la distribución por sexo y la razón que guardan. Se aprecia un predominio global del sexo masculino, debido a la mayor predisposición al alcoholismo y traumatismos en las actividades laborales. En la epilepsia parcial con alteraciones de conciencia, así como las de tipo generalizada, la razón hombre/mujer, es muy semejante y cercana a la unidad.

Tabla 2.-Los diagnosticos que más se asociaron a la epilepsia fueron entre otros, la debilidad mental en sus diferentes grados, relacionandose principalmente con la epilepsia parcial y el alcoholismo con la de tipo gran mal así como el estado confusional agudo y subagudo, obteniendose también una asociación entre farmacodependencia múltiple con la epilepsia parcial compleja. Siendo mínimos los casos de dismorfia de cráneo, asociadas a E. tipo gran mal.

Tabla 3.-En relación a la edad de inicio no existe diferencia significativa en cuanto al sexo; únicamente notando que la epilepsia parcial con alteraciones de conciencia es más tardía que las de tipo generalizadas, siendo atribuida en la mayoría a traumatismos postnatales.

Tabla 4.-Los motivos de egreso en la mayoría fue por mejoría clínica de su padecimiento, siendo notorio que en el caso de pacientes se daban a la fuga y que en ningún caso fue por petición familiar y esto es debido al gran rechazo que existe de la familia hacia este tipo de pacientes, además que su poca preparación los limita para tener un adecuado nivel económico, sin dejar de tener en cuenta el riesgo que sufren en determinados trabajos por las crisis. Todo panorama social, familiar e institucional, cuenta finalmente, para que el epiléptico sufra consecuencias del tipo económico en su adultez y se coloque entre los sujetos desprotegidos y marginados laboral, social y psicológicamente.

Tabla 5.-El promedio de estancia hospitalaria sobrepasa los 30 días, haciendo énfasis que la epilepsia convulsiva generalizada registró el promedio más alto, sobre todo en aquellos pacientes que tenían un deterioro mental o algún grado de retraso, seguido de las Epilepsias tipo parcial con alteraciones de la conciencia sobre todo en aquellas asociadas a farmacodependencia. En ocasiones resulta difícil distinguir en ciertas etapas de la enfermedad hasta que punto algunos de los síntomas son producto de la evolución "natural" o son una expresión del estado sostenido de desafrentación psicológica afectiva y social ya que muchos de los pacientes por recomendaciones permanecen hospitalizados, en un Hospital para pacientes agudos.

Tabla 6.-Es considerable el número de analfabetas, esto fué debido en gran parte a las condiciones socioeconómicas de nuestros enfermos, pero en otras ocasiones la baja escolaridad se debió a que el enfermo epiléptico interrumpe la escuela al inicio de las crisis convulsivas. Siendo mayor el número en los que presentarón crisis convulsivas generalizadas tónico clónicas, seguida de las generalizadas y después las parciales con alteraciones de la conciencia. Ningún paciente se encontró en el nivel de carreras Universitarias.

Tabla 7.-Aquí se muestra el tipo de ocupación que tienen o tuvieron alguna vez los pacientes. Ocupando un 40% los que no tenían ocupación o la tuvieron eventualmente, seguidos por las amas de casa, obreros no calificados, campesinos, estudiantes y la minoría dentro de empleados de oficina o técnicos.

La mayoría de los pacientes que laboran manifestaban el tener que guardar en secreto padecer de epilepsia al efectuar la solicitud ya que de lo contrario eran rechazados o les hacían saber que no se hacían responsables de consecuencias ocurridas en las empresas o fábricas a donde acudían.

Tabla 8.-Antecedentes Heredo-Familiares. En este apartado al investigar el antecedente sobre enfermedad psicótica no especificada el recorte no fue completo ya que en 68 casos no se había investigado el antecedente y en los restantes se encontró que el 35.2% correspondió a la Epilépsia parcial compleja, mientras que el 19% fue a la epilepsia tipo gran mal, siendo mínima en el resto de los casos el antecedente fue siempre en uno de los padres no se reportaron casos donde existiera en ambos padres, y fue mayor en otros familiares como tíos o primos que en hermanos.

El alcoholismo en sus diferentes grados se presentó en los diferentes tipos de epilepsia ocupando el 16% la de tipo parcial con alteraciones de la conciencia, el 10% el la de tipo gran mal y bajo el porciento en las demás lo cual nos habla de la gran disposición que hay en la población en general.

En cuanto a la farmacodependencia, no se encontraron casos en la epilepsia de tipo generalizado y un 7% en las parciales.

En nuestros enfermos el antecedente familiar de epilepsia se presentó en todos los tipos con mayor predominio en la parcial con alteraciones de la conciencia con un 18% y en la generalizada de tipo tonico clonico un 8%. Aún es un problema el poder llevar a cabo un estudio de este tipo de enfermedades por su heterogeneidad en sus manifestaciones, las convulsiones o crisis pueden no diagnosticarse sobre todo cuando no hay ataques proclímax diurnas o ser ignoradas o no considerarse algunas manifestaciones, en contadas ocasiones tambien sucede que los familiares lo ocultan. Así es como multiples factores dificultan su estudio, sin embargo las diversas investigaciones proporcionan evidencias de la frecuencia con que se presenta.

La otra variable heredofamiliar fue la investigación de el retraso mental de etiología no especificada, la cual se encontró únicamente en la epilepsia generalizada tonico clonico con un 6.7% esto debido a que la mayoría de los casos no se tenía investigada.

Tabla 9.-En cuanto a el Traumatismo craneoencefalico sin especificar pérdida de la conciencia, los datos obtenidos fueron muy pobres ya que el 43,9% de los casos no se obtuvo el dato, el cual no sabemos si se omitió o fue negativo. solo en le resto de pacientes se encontró un 12% positivo de aquellos casos de epilepsia parcial co alteraciones de la conciencia y 5% en la de tipo gran mal; el resto positivo fueron cifras muy bajas y en los casos que se investigó reportandose como negativo fue de un 10%.

10.-Tabla 11.-Esta se refiere a los hallazgos Electroencefalograficos, donde se clasificó de la siguiente manera; No se reportó en algunos casos; El 20.4% fueron reportados como normales; El 20% se reportó como potenciales epileptiformes generalizados difusos; el 23,2% como potenciales epileptiformes localizados en diferentes lobulos y el 9.6% como sugerentes de daño organico.

Si se considera que la epilepsia es un trastorno funcional (disrritmia cebral paroxistica) el Electroencefalograma es el procedimiento más sensible de que se dispone para detectar los procesos epilepticos. Por lo tanto su utilidad clinica, no se limita a identificar estos procesos, sino a tener una idea mas clara de su localización y estención, por lo tanto este es útil para diferenciar las crisis epilépticas de las que ocurren en un cerebro normal afectado por cambios sistemicos (hipoglucemia, diabetes, eclampsia, etc.) así como por trastornos de otra naturaleza como en el alcoholismo. Por otra parte como cualquier otro procedimiento diagnóstico, tiene que ser considerado dentro de la clinica ya que nos aporte datos para confirmar el diagnóstico.

En el caso de estudios radiologicos (de craneo AP simple) solo se encontraron 3 casos con dismorfias en epilepticos con crisis de tipo gran mal. con mas del 60% normales y el resto no se le solicitó.

DISCUSION Y CONCLUSIONES.

De acuerdo con los datos y los resultados obtenidos se discuten en los apartados aquellas características que fueron comunes a la mayoría de los padecimientos, para que posteriormente se aborden los datos relevantes de cada uno de los padecimientos.

a).--Coincidiendo con los reportes de la literatura que fué revisada, existe un franco predominio del sexo masculino en la epilepsia de tipo Gran mal y Generalizada tónico clónica, sobre todo en los casos que se asociaron a alcoholismo y farmacodependencia; sin poder determinar bien la influencia de los TCE ya que muchos de los casos no fue reportado el dato, pero es de notar que los datos obtenidos indican el aumento de la farmacodependencia y el alcoholismo en aumento en la clase socioeconómica que se atiende en el Hospital P. Fray Bernardino Alvarez, además de que las medidas preventivas para corregir estos factores que propician reinternamientos no han sido suficientes.

b).--En cuanto al promedio de edad de inicio del padecimiento no se encontró diferencias importantes con los reportes recabados en la literatura, coincidiendo en que las epilepsias parciales con alteraciones de la conciencia a diferencia de las generalizadas son de aparición más tardía, también se vió que el resultado encuesta a sexo no hubo diferencias quedando localizado el periodo de inicio entre la primera y segunda década de la vida, esto se explica si tenemos en cuenta que existen numerables factores de riesgo, por el nivel socioeconómico que cursan los de epilepsia generalizada como la desnutrición de las madres embarazadas, la mala atención a los recién nacidos, generalmente por empíricas, las malas condiciones de higiene y las frecuentes enfermedades sistémicas o aplicaciones de fórceps y partos prolongados, así como los traumatismos cerebrales en diversa magnitud en las epilepsias parciales.

c).--En cuanto a la escolaridad, es uniforme la concordancia y el nivel escolar es bajo, sobre todo en la crisis convulsiva generalizada tónico clónica, se aprecia como, en la mayoría no tiene una primaria completa y en estos casos; como los Profesores al ver un niño convulsionando en clases le consideraron no apto para asistir -- y si tomamos en cuenta la dificultad económica para realizar los -- estudios o para que consigan un empleo la situación es más crítica Si a esto aunamos la situación crítica del país, este tipo de pacientes ocuparon el mayor índice de desempleados.

d).--En cuanto a otros diagnósticos asociados a la Epilepsia también se encontró que el retraso mental con bajo rendimiento escolar es frecuente en el grupo de crisis tónico clónicas y en pacientes mayores el alcoholismo como un factor desencadenante de la epilepsia Es importante mencionar que un paciente epiléptico con estos problemas altera la dinámica familiar, por un lado es sobreprotectora y temerosa de que sufra un ataque epiléptico y por otro lado lo -- rechaza tratando de mantenerlo el mayor tiempo posible lejos de -- ellos.

e).--En cuanto a la estancia hospitalaria los datos que se refieren difirieron, en cuanto a los reportados en un estudio, esto se explica por que el hospital efectúa el manejo del paciente "agudo" pero existen casos aislados similares, cuando el paciente es abandonado o la familia es foránea.

f).--El resultado de el EEG en relación a otros estudios, se obtuvieron resultados similares, considerando que no todo los pacientes llegan a tener un registro alterado pese al cuadro clínico.

g) los dos tipos de epilepsia (G.M. y TC.) coincidieron en asociarse también al Dx. de confusión aguda; teniendo un porcentaje similar--

de antecedentes familiares con epilepsia, reportándose en ambos casos resultados de Electroencefalogramas anormales.

También se coincide en que estos tipos de epilepsia son los que con más frecuencia tienen reinternamientos.

C O N C L U C I O N .

La epilepsia como un complejo patológico, en forma global desde el punto de vista "Bio Psico Social" , afecta al individuo; esta afección, puede no ocurrir si las características de la sociedad son -- tolerantes y amortiguadoras de su problemática médica; ante todas -- estas circunstancias que son del dominio público, las tomas de deci -- siones para objetivos preventivos y terapéuticos de la condición -- social del epiléptico, se hace necesario el conocer algunos marcadores o indicadores de la condición del enfermo mental en forma más objetiva.

El objetivo de esta revisión, de acuerdo con los resultados obtenidos, intenta dar un perfil clínico epidemiológico aproximado de las variedades de epilepsia estudiadas en nuestro medio, que pueda servir para investigaciones futuras, que bajo una fuente de información más sólida, su metodología le permita llegar a un avance estadístico mayor que el de la presente descripción; sin embargo es muy conveniente hacer notar que nos encontramos con algunos obstáculos como la información incompleta de los expedientes de nuestro Hospital o se encuentra supeeditada a diferentes criterios como en las clasificaciones empleadas en los censamientos. Se hace esta connotación por que el expediente clínico debe ser una herramienta de trabajo de donde debe partir el estudio de la enfermedad mental por -- que brinda un abordaje desde la perspectiva del individuo que padece una enfermedad mental.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- TSUNG-YI LIN, C.C. STANDLEY libro: Importancia de los métodos epidemiológicos en psiquiatría. Pág 9-11 OMS GINEBRA(Suiza) 1964.
- 2.- DE LA FUENTE R. Cuaderno de psicología médica y psiquiatría (psiquiatría y ciencias sociales II). Pág 26-30
- 3.- GUTIERREZ Avila J.H. libro : Epilepsia , principios y práctica. Cap. II Epidemiología Pág: 33-38 Ed. Marcos Velazco IMSS 1985.
- 4.- DE LA FUENTE R.: La prevención en el campo de la Salud Mental : Revista: De la Salud Publica de México. Vol. 28 No. 4 Pág:354-360 1986.
- 5.- TOVAR ACOSTA H Y COLS.: La Investigación epidemiologica de - las alteraciones mentales: Trascendencia, métodos y lineamientos para su desarrollo en México. Revista: De Salud Mental. Vol 7 No.4 Pág 10-23 1984.
- 6.- LARA TAPIA H.: Estudio Epidemiologico de padecimientos psi--quiátricos dentro de un sistema de seguridad social (ISSSTE). Revista: Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. Pág 225-240 1975.
- 7.- GUTIERREZ AVILA H.: La vigilancia epidemiologica de las alteraciones mentales. Revista: De Salud Pública de México. Vol 26 Pág: 464-483 1984.
- 8.-DALLAD Y CASTILLO E. Psiquiatria y Salud Mental en el ISSSTE. Filosofía de su desarrollo. Revista: Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría (México). Vol 18. No. 1 Pág.27-37:1977.
- 9.- DE LA FUENTE R. Cuaderno de Psicología Médica y Psiquiatría (Desordenes Psiquiatricos y el Lobulo Temporal). Pág 1-10.
- 10.-RUBIO DONNADIEU F. libro: Epilepsia en niños(P.P.E) Pág:9-18 Editor Programa Prioritario de la Epilepsia SSA. 1986.

- 11.- JIMENEZ OLIVAREZ E. "La epilepsia en la historia" Revista: Prensa Médica México. Vol39 No. 7-8 Pág 323-327 1974.
- 12.- RUBIO DONNADIEU F. "Diagnostico y tratamiento de la epilepsia". Revista: Mundo Médico Pág 8-17 Agosto 1979.
- 13.-C.I.E.9 - O.M.S. Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales. Dirección General de Salud Mental.
- 14.- DE LA FUENTE J.: SEPULVEDA AMOR J. Libro Epilepsia, Principios y Práctica. Cap. 25 Psiquiatría Pág: 363-373 Ed. Marcos Velazco IMSS. 1985. (Clínica de Estudios Especiales del I.N.P.S.M.).
- 15.-GREEN JOSEPH B,M.D. Y MERCILLE RITA A. Ph.D."Psychiatric Complications of Epilepsy" Revista:Neurologic Clinics. Vol.2 No.1 pág.103-111 Febrero 1984.
- 16.-NIETO G. DIONISIO. "Psicosis Esquizofrenoide en la Epilepsia" Lobulo Temporal(Symposium Internacional) INNN. Pág. 129-133 1965.
- 17.-TELLENBACH HUBERT.La Epilepsia como Enfermedad Convulsiva y como Psicosis" Revista de Psicoanálisis, Psiquiatría y Psicología Vol, 1 Pág. 55 a 67 , abril 1967.
- 18.- MASSOIEVITCH Z. MIGUEL. "Situación asistencial y factores de Hospitalización prolongada en una población de enfermas mentales", Revista Salud Mental Vol, 5 No. 2 Pág. 8 a 13, Verano 1982.
- 19.- TOVAR ACOSTA H., VELAZCO ALVA F, y LOPEZ VILLANUEVA J. "Estudio comparativo de población psiquiatrica hospitalaria en el IMSS"1971-1976." Revista Nuerología, Neurocirugía, Psiquiatría Vol: 19 No. 4 : Pág. 251-263 1978.
- 20.- MEJIA VALDEZ A. y ESCOBAR IZQUIERDO A. Epilépsia de inicio tardío. Revista Instituto Nacional de Neurología México, Vol 14 No. 3-4 , Pág 145-149 año 1980.
- 21.- GUPTA A.K. JEAVONS PM, CHUGHES, COVANIS A. "Aura in temporal lobe epilepsy clinical and electroencephalographic correlation" Revista Journal of neurology, Neurosurgery and Psychiatry Vol 46 Pág 1079- 1083 año 1983.

(3)

- 22.-GASTAUT H. Texto "Epilepsia Diagnostico y Tratamiento" Ed. Universitaria de Buenos Aires. 5a Edición Dic 77 Argentina B.A.
- 23.-METRAKOS, J.D., D METRAKOS. Genetics of Convulsive disorders G. and Electroencephalographic studies in centreenphalic epilepsy. Neurology II, 476 1961.
- 24.-DIAZ y DIAZ H. Cefalea Paroxistica Epileptica. Rev. Neurologia Neurocirugia, Psiquiatria (Mex) V.17, No.2 1976
- 25.-DE LA PUENTE R. C.de Psicologia Medica y Psiquiatria. Aspectos Psicologicos y Soci les del Alcoholismo. Depto. de Salud Mental.
- 26.-Cutting J. Alcoholism Neuropsychiatric Complications of Alcoholism. British Journal, Abril 82.
- 27.-ROZANES T.M. Algunas Consideraciones sobre la Hospitalización parcial del paciente psiquiatrico. Rev. Salud Mental, V.7 No.3; 1984.

Diagnostico de Egreso y Sexo del paciente

Enero - Abril 1987.

	DIAGNOSTICO.	Razon		No.Total.	%
		Masc.	Fem.		
1.-	Epilepsia Convulsiva Generalizada	14	5	19	22.75%
2.-	Estado de Pequeño Mal.	5	3	8	5.51
3.-	Estado de Gran Mal.	19	14	33	13.10
4.-	Epilepsia Parcial con alteraciones de la conciencia.	38	27	65	58.61
5.-	Epilepsia Parcial sin alteraciones de la conciencia	12	8	20	13.72

DIAGNOSTICO PRIMARIO y Diagnosticos Asociados.
Enero Abril 87.

Tabla.2

No.	DIAGNOSTICO	I	II	III	IV	V
1.-	Epilépsia Convulsiva Generalizada	1.5 %	1%			1.5%
2.-	Estado de Pequeño mal.			1.0%		
3.-	Estado de Gran Mal	0.5 %	6.0%	3.6%	13.1%	3.0%
4.-	Epilépsia Parcial con alteraciones de la conciencia.	7.5%	3.0%	5.4%	6.9%	
5.-	Epilépsia Parcial sin alteraciones de la conciencia	1.0%				1.0%

- I.-Farmacodependencia multiple.
- II.-Debilidad mental en diferentes grados.
- III.-Alcoholismo.
- IV.-Estado confusional.
- V.-Disomorfias de craneo.

DIAGNOSTICO Y EDAD DE INICIO.

Tabla 3.

No.	DIAGNOSTICO	Hombre	Mujer.		
1.-	Epilépsia convulsiva generalizada	15 años	14 años.		
2.-	Estado de pequeño mal	5 años	6 años.		
3.-	Estado de Gran mal.	15 años	12 años.		
4.-	Epilépsia parcial con alteraciones de la conciencia.	21 años	24 años.		
5.-	Epilépsia parcial sin alteraciones de la conciencia.	16 años	15 años.		

DIAGNOSTICO Y MOTIVO de EGRESO.

Tabla 4.

No.	DIAGNOSTICO.	I	II	III	IV	V	VI
1.-	Epilepsia convulsiva generalizada	70%	15.5%	-	-	1.5%	13%
2.-	Estado de pequeño mal	70%	20.0%	-	-	-	10.0%
3.-	Estado de gran mal	90%	5.0%	-	3.2%	1.8%	-
4.-	Epilepsia parcial con alteraciones de la conciencia	89.5%	3.5%	-	-	2.5%	4.5%
5.-	Epilepsia parcial sin alteraciones de la conciencia.		10.0%	-	-	-	-

I.- Mejoría.

II- Fuga.

III- Por petición familiar.

IV- Por defunción.

V- Traslado.

VI- Maximo beneficio Hospitalario.

DIAGNOSTICO Y DIAS DE ESTANCIA.

Tabla 5.

No.	DIAGNOSTICO	Primera vez.	Subsecuente.	Promedio en dias estancia.
1.-	Epilepsia convulsiva generalizada	6%	1 %	30 dias.
2.-	Estado de pequeño mal	2 %	1 %	25 dias.
3.-	Estado de gran mal	30 %	60 %	85 dias.
4.-	Epilepsia parcial con alteraciones de conciencia.	45 %	50 %	70 dias.
5.-	Epilepsia parcial sin alteraciones de conciencia.	3 %	2 %	15 dias.

DIAGNOSTICO Y Escolaridad.

Tabla C.

No.	DIAGNOSTICO.	I	II	III	IV	V	VI	Total
1.-	Epilepsia convulsiva generalizada	2	8	5	1			16
2.-	Estado de pequeño mal	10	12	5		2		29
3.-	Estado de gran mal	30	15	10	7	10		72
4.-	Epilepsia parcial con alteraciones de la conciencia.	8	4	5	4	2	8	26
5.-	Epilepsia parcial sin alteraciones de la conciencia.	0.	1		1			2

I.- Analfabeta.

II.- Primaria incompleta.

III.- Primaria completa.

IV.- Secundaria completa.

V.-Sec. incompleta;Sec. Tecnica incompleta.O

VI.-Preparación Universitaria o equivalente.

DIAGNOSTICO Y OCUPACION,

Tabla 7.

No.	DIAGNOSTICO.	I	II	III	IV	V	VI
1.-	Epilepsia convulsiva generalizada	10	9	6	5	4	1
2.-	Estado de pequeño mal	4	1	4	3	8	2
3.-	Estado de gran mal	25	7	2	1	4	-
4.-	Epilepsia parcial con alteraciones de la conciencia	15	10	2	1	8	-
5.-	Epilepsia parcial sin alteraciones de la conciencia.	4	3	-	1	1	2

I.- Ninguna ocupación.

II.- Ama de casa.

III.- Estudiante.

IV.- Campesino.

V.- Obrero no calificado o eventual.

VI.- Empleado de oficina o técnico.

DIAGNOSTICO Y ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.

Tabla 2.

No.	DIAGNOSTICO.	I	II	III	IV	V
1.-	Epilépsia convulsiva generalizada	0.7%	3%	-	3%	-
-	Estado de pequeño mal.	-	3%	-	2%	-
3.-	Estado de gran mal.	10 %	10%	-	8%	6.1%
4.-	Epilépsia parcial con alteraciones de la conciencia.	35.1%	16%	7%	18%	-
5.-	Epilépsia parcial sin alteraciones de la conciencia.	-	4%	0.1%	2%	-

I.-Antecedentes de Enfermedad psicótica no especificada.

II.-Antecedentes de Alcoholismo.

III.-Ant.de Dependencia.

IV.-Ant.de Epilépsia.

V.-Ant. de Retraso mental no especificado

DIAGNOSTICO

Tabla 9.

No.	DIAGNOSTICO.	T.CEE. con perdida de conciencia#	Negativo	No se reportó
1.-	Epilepsia convulsiva generalizada.	1.9%	1%	10%
2.-	Estado de pequeño mal.	4.3%	1%	10%
3.-	Estado de gran mal.	5%	2%	15%
4.-	Epilepsia parcial con alteraciones de la conciencia.	12%	6%	12%
5.-	Epilepsia parcial sin alteraciones de la conciencia.	4%	-	1.9%

no especificada al tiempo.

DIAGNOSTICO Y RESULTADO E.E.G.

Tabla 10.

No.	DIAGNOSTICO.	I	II	III	IV	V	VI	VII	%.
1.-	Epilepsia convulsiva generalizada	10	8	2	9	-	-	-	22.7%
2.-	Estado de pequeño mal.	-	3	-	-	-	-	-	3.7%
3.-	Estado de gran mal.	15	-	20	20	-	-	-	24.1%
4.-	Epilepsia parcial con alteraciones de la conciencia.	10	20	-	-	31	2	1	51.4%
5.-	Epilepsia parcial sin alteraciones de la conciencia.	-	-	-	-	-	-	-	0%

I.-No se reportó.

II.-Normal.

III.-Anormal sin especificación.

IV.-Potenciales epileptiformes generalizados difusos.

V.-E.temporal.

VI.-E.Frontal.

VII.-E.Parietal.

III-Susceptible de daño organico.

DIAGNOSTICO Y RESULTADOS DE R."X".

Tabla 11.

No.	DIAGNOSTICO.	Normal	Anormal	No se practico.	Total en %
-	Epilepsia convulsiva generalizada	24	3	15	28,9
-	Estado de pequeño mal	-	-	-	-
-	Estado de gran mal.	23	-	20	28,6
-	Epilepsia parcial con alteraciones de la conciencia.	37	-	23	41,9%
-	Epilepsia parcial sin alteraciones de la conciencia.	-	-	-	-