



11226
39
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios Superiores

Instituto Mexicano del Seguro Social

Hospital General de Zona No. 24 "INSURGENTES"

Las Relaciones Familiares del Paciente Epiléptico

T E S I S

Que para obtener el título de:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P r e s e n t a n :

Dra. Ma. de la Luz Jacqueline Chávez Figueroa

Dra. Angélica Herrera Macías

Dra. Elisa Sánchez Salas

Dr. Leonardo Antonio Soroa García

Generación 1980 - 1981



México, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2002



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

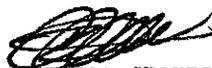
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA INSURGENTES

ASESOR DE TESIS



DR. VÍCTOR CHAVEZ AGUILAR

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VO. BO.



DR. ENRIQUE BETANCOURT CASTILLA

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

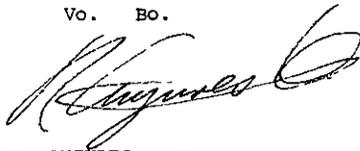
HOSPITAL GENERAL DE ZONA INSURGENTES No. 24



DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION DE LA
CLINICA HOSP. No. 24

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Vo. Bo.



DR. RICARDO ANZÚRES CARRO

COORDINADOR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR

HOSPITAL GENERAL DE ZONA INSURGENTES No. 24

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"NUNCA INTENTARAS CURAR EL CUERPO
SIN CURAR EL ALMA" HIPOCRATES.

"NO HAY MAYOR SATISFACCION Y GRATITUD
PARA EL MEDICO FAMILIAR, QUE EL APRE
CIAR LA ESTABILIDAD Y FELICIDAD DE
LA FAMILIA".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	12
HIPOTESIS	14
OBJETIVOS	15
MARCO TEORICO	16
MATERIAL Y METODOS	40
RESUMEN	54
RESULTADOS Y CONCLUSIONES	129
DISCUSION	134
BIBLIOGRAFIA	136

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

La epilepsia, al igual que otras enfermedades, ha venido sufriendo cambios, conforme el hombre ha evolucionado. - Se sabe que desde los griegos, consideraban a la epilepsia como una palabra tabú, así como algo divino, como un castigo que provenía de los dioses del olimpo. Los romanos la llamaban mal sagrado ó morbus sacer, considerándola como un presagio de mal. También ha recibido diferentes nombres, como gota coral, mal caduco, gran mal, mal de San Pablo, -- Mal de Hércules, etc. (11, 25, 27, 35) .

Sin embargo, ocasionalmente fue considerada como una gracia espiritual y en otros momentos como la manifestación de una posesión por los espíritus demoniacos. Actualmente todavía se ve como algo misterioso y temeroso, ó algo vergonzoso, por lo que se desencadena un problema de gran confusión, rechazo, desagrado y vergüenza (11, 35).

A pesar de que actualmente persiste el término epilepsia, todos están de acuerdo en que no es entidad patológica, sino que es un complejo de síntomas que se caracteriza por episodios periódicos y transitorios de alteración en el estado de la conciencia, los cuales pueden asociarse a movi



mientos convulsivos y trastornos en el sentimiento y/ó en la conducta. (5)

La epilepsia sintomática puede ser producida por una variedad de estados patológicos e intoxicantes, por ejemplo un tumor encefálico, accidentes angioencefálicos, traumatismos encefálicos, infecciones intracraneanas, uremia, hipoglucemia, hipocalcemia e hiperhidratación. Es decir, los padecimientos convulsionantes están caracterizados por síntomas abruptos y transitorios de naturaleza motora, sensorial, psíquica ó del sistema autónomo asociados frecuentemente con alteraciones del sensorio (19). Se cree que éstos cambios son secundarios a alteraciones repentinas y transitorias de las funciones encefálicas, asociadas con descargas eléctricas excesivamente rápidas en la materia gris. Las convulsiones ocurren más fácilmente en un paciente con enfermedad encefálica orgánica que en el que tiene un S.N.C normal. En la epilepsia idiopática no pueden demostrarse alteraciones morfológicas (11,33). Algunos individuos pueden heredar una tendencia convulsionante. La epilepsia Idiopática se presenta por lo general antes de los 30 años de edad. El comienzo a una mayor edad sugiere enfermedad orgánica.

Algunos ataques tienden a presentarse durante el sueño (Síndrome de Lennox-Gastaut), ó después de algún estímulo físico, por ejemplo luz ó sonido. (10). En algunos pacientes las perturbaciones afectivas desempeñan un papel desen-

cadena (11, 16).

La reacción psicológica al ataque puede causar problemas emocionales, sociales y profesionales. Las crisis psicomotoras o del lóbulo temporal pueden producir alteraciones tales como amnesia, automatismo, conducta caprichosa y confusión. Las alteraciones posconvulsivas, tales como los trastornos del carácter, reacciones paranoides, estados de agitación, reacciones psicóticas y conducta agresiva, generalmente secundarias a las limitaciones a que se ve sometido el paciente, se observan también a veces.

Ciertos estados, tales como neurosis, psicosis y defectos de la personalidad, así como comportamiento psicopático, parecen a menudo como complicaciones.

Un buen porcentaje de los pacientes vistos a causa de una epilepsia, llegan a sufrir una incapacitación debido a sus problemas psicológicos. Para poder llegar a una conclusión con éstos pacientes se requiere una prolongada observación y el ensayo de varios medicamentos. En algunos pacientes el trastorno emocional agrava las crisis.

Las reacciones de la familia ante la enfermedad del paciente pueden producir problemas tanto para esto como --

para su familia (1).

La familia es importante porque tiene como responsa -
bilidades básicas organización social, atención, afecto, -
reproducción y otorgamiento de un estado. Estas funciones
se describen en relación de los papeles interrelacionados -
de los miembros de la familia. La familia será tan sólida
como los lazos sociales que la conservan unida. (2).

Los problemas de adaptación que tienen las familias se
relacionan con sus capacidades para llenar las funciones bá
sicas que la sociedad espera de ellas. Se han desarrollado
cinco funciones de la familia.

1. Adaptación social
2. Cuidado
3. Afecto
4. Reproducción
5. Otorgamiento de status.

Es importante determinar no sólo si la familia llena -
éstas funciones, sino también el modo en que sus papeles se
conforman para lograr éstas labores.

Adaptación Social: Una manera de medir el buen éxito

de la familia consiste en valorar los logros del proceso - de adaptación social, parte de éste abarca la adquisición de conceptos, actitudes y conductas de salud.

Atención: Significa llenar las necesidades físicas y sanitarias básicas de los miembros de la familia. Las respuestas a las demandas de cuidado dependen no sólo del -- acceso de recursos sociales, sanitarios y de bienestar, sino también del nivel de conocimientos de la familia.

Afecto: La familia debe llenar las necesidades a - fectivas de un individuo a otro, proporcionan las recompensas básicas de la vida familiar. Uno de los paradigmas usa dos con más amplitud es el de Abraham H. Maslow, distingue entre cinco tipos de necesidades:

- a) Necesidad Fisiológica: hambre, sed, sexo activa - dad física.
- b) Necesidad de seguridad: seguridad y protección.
- c) Necesidad de pertenencia y amor: respuesta, afecto y amor filial.
- d) Necesidad de respeto: deseo de que toda la fami - lia tenga un concepto propio, estable y positivo y, el respeto de los demás.
- e) Autoactualización: culminación de las otras necesi - dades que dan por resultado autorealización ó sa - tisfacción de las capacidades totales propias.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Reproducción: La función única de la familia consiste en reproducir y producir reemplazos para la sociedad. Matrimonio y familia tienen por objetivo regular y controlar la conducta sexual, lo mismo que la reproducción. La reproducción sexual se ha reconocido como parte importante de los niños, que se están adaptando desde el punto de vista social, pero sigue siendo un asunto de controversia en el sistema escolar.

Otorgamiento de Status: La familia adopta a un niño desde el punto de vista social en una clase social, e instila en él todas las aspiraciones importantes. El estado está relacionado directamente con la tradición familiar. La familia tiene la responsabilidad de proporcionar la adaptación social necesaria y las experiencias educativas que permiten al individuo adoptar una vocación y ciertos papeles en grupos que coinciden con las esperanzas de su estado.

La Familia con Problemas. Catástrofes internas: fracasos principales no deseados. Los trastornos mentales, emocionales y fisiológicos graves producen fallas del papel, aunque el individuo sigue presente es incapaz de cumplir con sus obligaciones a causa de su incapacidad. Las crisis agudas exigen movilización de los recursos familiares para satisfacer las necesidades de los individuos afligidos.

Las incapacidades crónicas constituyen un problema -
distinto. El término cronicida implica una alteración pro-
longada de las capacidades del papel desempeñado. Cuando
la persona afectada es la cabeza de la familia, la incapa-
cidad crónica da por resultado pérdida de los ingresos. -
Todas las familias tienen que hacer ajustes a causa de la
persona incapacitada. Las personas con enfermedad crónica
deben ajustar sus necesidades personales y sociales de modo
que sean congruentes con su capacidad (2).

Ser un paciente es un roll, así como ser esposo, esposa
doctor. Lo que es importante con respecto al roll de pa -
ciente, es que se presenta en dos formas: el voluntario y
el involuntario. Muchos pacientes no quieren ser pacien -
tes y son colocados involuntariamente en este roll (3).

La negación de la enfermedad puede producir muchos -
problemas psicológicos, así como físicos, en los pacientes.
Esto incluye a aquellas personas que cambian considerable -
mente de médico, con la esperanza de que alguno les haga un
diagnóstico mágico.

Muchas concepciones erróneas acerca del sistema con -
vulsivo y del pronóstico final sublevan la visión de la so-
ciedad y requieren ser cambiadas.

Una de las principales finalidades es mostrar al epiléptico como puede aprender a superar sus problemas, si recibe el apoyo necesario y las circunstancias son favorables.

El control más eficaz de la crisis no puede hacer más que preparar el terreno para que el paciente pueda enfrentarse con las complejidades de la vida moderna, que si ya exigen grandes esfuerzos del individuo sano, mayor dureza representan para el que sufre este tipo de enfermedad. Ahora bien, ¿debe considerarse necesariamente como minusválido en sentido amplio al enfermo epiléptico?. En algunos casos, ciertamente sí, por la lesión cerebral, el menoscabo intelectual y/o las anomalías de la conducta.

La vieja convicción de que el epiléptico presenta trastornos de la conducta y rasgos psíquicos negativos a causa de su enfermedad, está ya menos difundida ó al menos se ha matizado mucho entre la clase médica y el público en general.

La epilepsia, como cualquier enfermedad crónica, acarrea modificaciones psicológicas que degradan la imagen que el paciente tiene de si mismo, menoscaban su confianza y su propia estimación y le imponen un sentimiento de "invalidéz". Por alterar la conciencia, la epilepsia puede plantear dificultades aún más graves que otras enfermedades crónicas.

Los efectos sociales de la epilepsia son diversos:

- a) En la familia el celo excesivo de los progenitores puede coartar la libertad del paciente.
- b) Los ataques repetidos significan un estigma social que muchas veces condena al aislamiento.
- c) El desempleo y la pobreza consiguiente pueden llevar a formar conductas propias de una posición social inferior.

El sentimiento de incapacidad provocada por la epilepsia es abrumador, porque el paciente sabe que en cualquier momento puede perder el control de sí mismo. La consecuencia es una norma de la propia identidad. Por tanto, la edad de aparición y el estado de madurez y consolidación de la identidad modifican la influencia de la epilepsia sobre la personalidad (7).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En relación a los grupos operativos, podemos decir - que la actividad esta enfocada en la movilización de estructuras estereotipadas, dificultades de comunicación y de - aprendizaje, debidas al monto de ansiedad que ocasiona todo cambio (ansiedad depresiva, por abandono del vínculo anterior y ansiedad paranoide creada por el vínculo nuevo y la inseguridad). Estos dos son coexistentes y cooperantes y si son intensas pueden lograr el cierre del sistema (circulo vicioso).

Los roles generalmente tienden a ser fijos al principio, hasta que se configura la situación de liderazgos funcionales, es decir, liderazgos operativos que se hacen más eficaces en determinado momento de la tarea.

Los grupos pueden ser verticales, horizontales, homogéneos o heterogéneos, primarios o secundarios pero en todos se observa una diferenciación progresiva (heterogenidad adquirida) en la medida en que aumenta la homogenidad en la - tarea. Si se trata de un grupo terapéutico, la tarea es resolver el común denominador de la ansiedad del grupo que adquiere en cada miembro características particulares. Es la curación de la enfermedad del grupo.

El terapeuta con su técnica, favorece el vínculo entre el grupo y el campo de su tarea, en una situación triangular. El vínculo transferencial debe ser comprendido siempre en este último contexto. La aplicación de esta técnica

a grupos primarios (familia) donde la tarea es curar alguno de sus miembros ofrece el ejemplo significativo. La familia se reorganiza con las características de liderazgos funcionales; los mecanismos de segregación que alinean al paciente disminuyen progresivamente. La ansiedad es redistribuída y cada uno se hace cargo de una cantidad determinada. Así, el grupo familiar se transforma en una empresa y el negocio que realiza es la curación de la ansiedad del grupo a través de uno de sus miembros. La envidia intra o intergrupal disminuye observándose como de un buen pronóstico la aparición de reacciones de gratitud de ambos campos (28).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

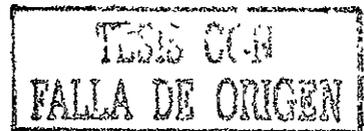
"La epilepsia es un verdadero problema que afecta por su frecuencia los países tanto desarrollados como subdesarrollados . Las últimas cifras disponibles indican que ésta entidad afecta mundialmente a 5 por 1000 adultos y 18 por 1000 niños, no pareciendo existir diferencia en cuanto a sexo afectado (27, 28).

Es importante saber cuántos epilépticos se registran anualmente. Al aplicar las cifras anteriores a la población de México, se llega a la conclusión de que hay actualmente - 900 000 epilépticos en el país. También es importante conocer el número de epilépticos nuevos por año, u ésto se acepta que globalmente la incidencia mundial es de 0.5 por 1000, lo que para México dá una cifra aproximada de unos 25 000 - casos nuevos al año". (27).

El conocer el problema que entraña a la epilepsia sería trascendental unido al problema médico, el paciente epiléptico podría tener diversos tipos de alteraciones, entre las cuales se podría considerar la falta de adaptabilidad en la familia, lo que causaría en cierto modo, repercusiones así como bloqueos en las actividades cotidianas.

Cuando a los pacientes epilépticos no se les trata con inteligencia y no se les hace concientes de sus responsabilidades para consigo mismo y para con su problema, pueden caer en una situación en la que se modifica su roll dentro de la Dinámica Familiar, lo que podría ocasionar no llevar adecuadamente su tratamiento.

La información que obtenga el paciente epiléptico - acerca de su enfermedad, influye en forma decisiva para integrarse adecuadamente al núcleo familiar, y es responsabilidad del Médico Familiar dar adecuada educación para la salud a sus pacientes epilépticos.



HIPOTESIS

1. La Dinámica familiar alterada, puede en ocasiones ser la causa de que el epiléptico actúe como depositario, depositante y chivo expiatorio de la angustia que exista y afecta a la Familia.
2. Suponemos que las "normas sociales" pueden ser la causa de que el paciente epiléptico se sienta rechazado ó incapacitado, por lo que aún oculta su enfermedad
3. Consideramos que las crisis epilépticas que escapan al control médico, es por falta de confianza y de colaboración por parte del paciente epiléptico, lo que viene a influir en la gravedad y control de las crisis.
4. Consideramos que la orientación y la información que el médico proporciona, no es óptima para el manejo y control del paciente epiléptico.

OBJETIVOS

1. Investigar el roll que desempeña el epiléptico como individuo en la familia.
2. Investigar las funciones de la familia que se ven más afectadas cuando un miembro es epiléptico.
3. Conocer la orientación o la ayuda que proporciona el Médico Familiar al paciente epiléptico.
4. Investigar los factores que influyen para que un paciente epiléptico abandone su tratamiento.

MARCO TEORICOANTECEDENTES1.- HISTORIA

Desde siempre, la epilepsia ha constituido el mal - sagrado que involucra, como a la persona y a la sociedad en su significado de problema para la salud pública, al encéfalo por entero en el individuo que la sufre. El fenómeno por focal ó generalizado parece exclusivo de la neurona y , su característica crítica de descarga hizo entender que - energía parecida, si no es que definitivamente eléctrica, ponía en términos de la física y después de la bioquímica la explicación del ataque.

Hipócrates consideró al problema "como de causa natural" y Galeno, a pesar de sus errores, la conceptuó como mal caduco pasajero, diremos, sin embargo, que es a fines del siglo XVIII y principios del XIX, que adquiere la epilepsia su mayor importancia como proceso cerebral y que, es la escuela inglesa, con John Huglins Jackson y Sir William Gowers, la que explica las convulsiones generales o unilaterales, por desórdenes ó lesiones localizado ó no en distintas alturas del sistema nervioso, como enfermedad cerebral,

y sirve ó auxilia a Sherrington para formular su doctrina - de los niveles de integración funcional del neuroeje.

Desde la necesidad de entender el significado del aura, que a veces constituye el ataque mismo, y que puede representar su origen motor, sensorial, visceral emocional ó psíquico; designada por Galeno como "Soplo ó hábito que avisa" y su substitución por "síntomas señal", hasta el estado de coma, la epilepsia expresa la disociación paralítica de los más altos centros relacionados con la conciencia, la memoria y el poder convulsivo.

2.- DEFINICION

Epilepsia proviene del griego: Epileimbanem que significa "apoderarse" ó "tomar posesión de", y se refiere a los diversos tipos de ataques recurrentes producidos por descargas neuronales paroxísticas excesivas en diferentes partes del cerebro, que pueden depender de diversos trastornos cerebrales. (27,30).

Han ocurrido muchos problemas tratando de definir qué es la epilepsia: se le ha considerado como síntoma y como una enfermedad. En el momento actual la definición que se acepta de manera universal es la que a través del Diccionario de Epilepsia como "una afección crónica de etiología di



versa, caracterizada por crisis recurrentes debidas a una -
descarga excesiva de las neuronas cerebrales, asociadas e -
ventualmente con diversas manifestaciones clínicas ó para -
clínicas" (32).

3. ETIOLOGIA

Son múltiples los motivos capaces de desencadenar las -
crisis epilépticas, por lo que la etiología es muy variada.
Esta etiología varía de acuerdo con la edad. En relación -
con la herencia, sabemos que únicamente una variedad rara -
de la epilepsia se puede considerar como definitivamente he -
reditaria. En general, se acepta que se hereda un umbral
convulsivo que, cuando es bajo, permite que algunas fami -
lias presenten varios casos de epilepsia entre sus miembros
Sin embargo, debe mencionarse que aún están inconclusos los
estudios referentes a determinar el papel que juega la he -
rencia en el problema.

Por lo anterior, nos podemos dar cuenta que no se -
puede precisar una etiología determinada, sino que lo que
sucede es que hay factores predisponentes, los cuales pode -
mos clasificar como sigue:

a) Factores del Agente: traumatismo craneoencefálico; enfermedades del sistema nervioso central tales como: infecciones, tumores, masa ocupativas, parasitosis, otras. Aquí se incluyen también, las infecciones y traumatismos del producto en el pre, intra y posparto; el alcoholismo; toxicomanías; Herencia; trastornos metabólicos, hiperventilación, y drogas convulsivantes.

b) Factores del Huésped: Edad, ocupación, hábitos, alimentación, antecedentes gestacionales y perinatales; herencia y tendencia familiar; nivel socioeconómico, educación y cultura.

c) Factores del Ambiente: Nivel de desarrollo socioeconómico de la comunidad; facilidades médicas de la población; grado de saneamiento ambiental (contaminación ambiental por plomo y otros tóxicos (30).

En un momento dado, los factores antes mencionados, funcionan como un estímulo desencadenante de crisis convulsivas.

4.- EPIDEMIOLOGIA

Recientemente, en todo el mundo se han incrementado -

los estudios epidemiológicos para tratar de definir cuál es la verdadera frecuencia de éste problema. Las cifras que se habían obtenido con anterioridad variaban grandemente, sin lugar a duda por la metodología empleada y por la falta de unificación de criterio para diagnosticar la enfermedad (28).

Una terminología uniforme permite realizar estudios epidemiológicos adecuados y comparativos que constituyen una base fundamental para poder luchar contra la enfermedad y tratar adecuadamente a los pacientes (27).

En México, no disponemos de datos estadísticos relativos a la frecuencia de epilepsia. Los estudios publicados se refieren a frecuencia relativa, es decir al estudio de grupos de personas que no son una representación real de la población general, pero que permiten calcular el número de epilépticos que hay actualmente en el país con base en la experiencia mundial que indica una prevalencia de epilepsia de 5 por cada mil en adultos y de 18 por mil en la población infantil. Al aplicar éstas cifras a la población de México se llega a la conclusión de que hay actualmente unos 900 000 epilépticos en el país. Otro criterio epidemiológico importante es conocer el número de epilépticos nuevos por año, ó sea la incidencia del padecimiento; se acepta globalmente que la incidencia mundial es de 0.5 por mil, lo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

que para México da una cifra aproximada de 25,000 nuevos - casos cada año (27).

5.- FISIOPATOLOGIA

Convienes mencionar algunos conceptos básicos de neurofisiología que colaboran al entendimiento del problema.

La descarga de una neurona se produce como un proceso electroquímico; es una condición completamente normal que ocurre mediante la utilización de la energía liberada a - partir de complejos fosforados de alta energía y que lleva al intercambio iónico a través de la membrana.

La exageración en la frecuencia de la descarga de una neurona es elemento fundamental en una crisis, y sucede como consecuencia de la sincronización con otras neuronas - que no estaban originalmente sincronizadas.

La producción de estas descargas sincronizadas es po - sible como consecuencia de una pérdida del equilibrio entre la inhibición y la excitación de la célula.

Este mecanismo de excitación-inhibición es un proceso continuo, muy activo, en el que la inhibición juega aparentemente un papel muy significativo en el desarrollo de las crisis epilépticas. Entre las diferentes sustancias que -

están involucradas en este proceso se encuentra el ácido gama-amino-butírico (GABA) como uno de los inhibidores más efectivos.

Es posible que a través de este metabolito cerebelo-participe de manera definitiva en la inhibición de las descargas anormales.

Anatómicamente se halla una esclerosis característica de las astas de Ammon; en la corteza cerebral, muy a menudo lesiones hísticas del desarrollo embrionario, en período de mencionar, atrofia del encéfalo con aumento considerable de la neuroglía. En las necropsias de los fallecidos durante accesos suñtrantes, se halla edema de la corteza cerebral y sufisiones hemorrágicas meníngeas. (20,23,27,32).

En la patogenia de la epilepsia deben analizarse:

- La predisposición convulsiva de base hereditaria.
- Las normas irritativas locales, y
- Los factores de su activación.

6.- CLASIFICACION

Son muchos los intentos que se han realizado para hacer

una clasificación uniforme que permita considerar tanto los aspectos clínicos como los electroencefalográficos de la epilepsia.

En 1970, la Liga Internacional contra Epilepsia, Federación Mundial de Neurología, Federación Mundial de Sociedades Neuroquirúrgicas, Federación Internacional de Sociedades de Electroencefalografía y Neurofisiología Clínica aprobaron la clasificación que se mencionará a continuación, que como nos podemos dar cuenta tiene aceptación mundial, favoreciendo una mejor comunicación entre las personas dedicadas a estos problemas, y además, se revisa continuamente. (27,28):

I. Crisis Parciales.

A. Crisis parciales con sintomatología elemental.

1. Con síntomas motores.
2. Con síntomas sensitivos ó sensoriales.
3. Con sintomatología afectiva
4. Formas compuestas

B. Crisis Parciales con sintomatología compleja.

1. Con trastorno únicamente de la conciencia.
2. Con sintomatología cognocitiva.
3. Con sintomatología afectiva.

4. Con sintomatología psicosensoorial.
5. Con sintomatología psicomotora
6. Formas compuestas.

C. Crisis parciales secundariamente generalizadas.

II. Crisis Generalizadas.

1. AUSENCIAS

- a) Ausencias simples.
- b) Ausencias complejas
 - I. Con componente clónico medrado (mioclónicas).
 - II. Con aumento del tono postural (retropulsivas).
 - III Con disminución ó abolición del tono postural (atónicas).
 - IV. Con automatismos (automáticas)
 - V. Con fenómenos autonómicos.
 - VI. Formas mixtas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. MIOCLONICAS BILATERALES MASIVAS
3. ESPASMO INFANTIL
4. CONVULSIONES CLONICAS
5. CONVULSIONES TONICAS
6. CONVULSIONES TONICAS-CLONICAS
7. CONVULSIONES ATONICAS
8. CONVULSIONES AQUINETICAS.

III. Crisis unilaterales ó predominantemente unilaterales.

IV. Crisis Epilépticas no Clasificables.

En esta clasificación no se incluyen los términos "Granmal", "Pequeño Mal", "Crisis Jacksoniana" ó "Crisis del Lóbulo temporal", que han caído en desuso.

El término Gran mal, era el que se aplicaba para definir un grupo de crisis convulsivas tónico-clónicas ó bien para nombrar algunas crisis parciales que se inician de manera local pero que se generalizan secundariamente y terminan en una convulsión tónica-clónica.

El término "pequeño mal" ó Petit Mal se utilizó para definir las ausencias. El de crisis Jacksonianas se intro-

dujo como homenaje al médico inglés Jackson. Comprende las crisis focales con sintomatología elemental fundamentalmente motora y en particular si existe una progresión de las crisis que se dió en llamar "Marcha Jacksoniana". Por último, las crisis del lóbulo temporal son las que corresponden a las crisis focales con sintomatología compleja y en su gran variedad pueden simular ausencias, crisis psicomotoras u otras de diferentes índoles. (27,28,29).

7.- CUADRO CLINICO

Cuando el médico se enfrenta a un enfermo con crisis paroxísticas, es indispensable recurrir a una metodología bien determinada que pueda conducir al diagnóstico preciso del problema. Sin duda, el interrogatorio directo e indirecto juega el papel fundamental para precisar si las crisis del enfermo son auténticamente epilépticas. Debe insistirse en el interrogatorio indirecto, puesto que hay muchas variedades de epilepsia en que la conciencia se pierde (28).

Por otra parte, un minucioso exámen físico puede dar la clave de cual es el problema. De esta manera, el examen neurológico, bien realizado, será indispensable para tratar de descubrir la presencia de afección neurológica orgánica.

Es importante, que en el interrogatorio se incluya siempre la historia familiar, el embarazo, el parto, el desarrollo neurológico y sobre todo la edad de principio de la crisis y su forma de precipitación.

En forma general, se puede hacer la descripción de los cuadros clínicos más frecuentes.

PEQUEÑO MAL, EPILEPSIA MENOR O CRISIS DE AUSENCIA.

Forma específica para denominar ataques de breve período de pérdida de la conciencia, no más de 30 seg., por lo general es de 5 a 10 segundos. Las crisis de este tipo aparecen casi siempre en la infancia, iniciándose entre los 3 y los 10 años de edad. Su frecuencia disminuye después de la pubertad y es muy raro que existan en la vida adulta después de los 30 años. Se considera Ideopática. En raros casos se ha señalado la existencia de una lesión específica. Se presenta como brusca sensación de la actividad, el paciente parece atontado, pone la mirada fija, pálido, no hace movimientos, hay ligera desviación de ojos ó de la cabeza, ó breves movimientos de labios y manos. El paciente no cae ni tiene convulsiones. Se manifiestan en gran frecuencia, un paciente puede sufrir varias decenas de estas crisis en un día. Cuando la crisis no es muy fuerte, el paciente puede no perder completamente la consciencia, pero nota que su estado no

es normal y lo describe como una sensación, originan confusión y desorientación. (8,12,16,25).

GRAN MAL, EPILEPSIA MAYOR O CRISIS GENERALIZADAS.

Tiene diversas causas y se observan en todas las edades. -
 Estos ataques pueden ser de tipo uniforme comenzando con -
 una fase prodómica que dura minutos u horas. Lo más fre -
 cuente es el comienzo específico de ataque con aura. Son
 auras frecuentes la impresión de miedo a alucinaciones sen -
 sitivas como olores, sabores, sonidos, ó sensaciones anorma
 les referidas a alguna parte del cuerpo. En ocasiones el
 ataque va precedido de movimientos localizados a una extre -
 midad ó a una parte de la cara. La convulsión misma ocurre
 con una súbita emisión de la voz (el grito epiléptico),péx
 dida del conocimiento, rigidéz extensora tónica del tronco
 y extremidades, la mayoría de las veces para ambas partes -
 del cuerpo. Debido al espasmo de los músculos respirato -
 rios, la respiración cesa durante unos segundos hasta no -
 más de medio minuto. En seguida viene la fase clónica en
 donde hay contracciones violentas, cortas y bruscas, incon -
 tinencia de orina y neces, mordedura de lengua y la parte -
 interna de los carrillos, espuma por la boca. Hacia el fi -
 nal de esta face los intervalos entre las contracciones se
 van haciendo mayores hasta que al final cesan. El pacien -

te permanece inconciente durante un tiempo variable de pocos minutos hasta media hora ó más y habiendo recobrado la conciencia suele dormir varias horas. La cefalea es frecuente los reflejos osteotendinosos pueden estar abolidos y el plantar en extensión. Después de la actividad motora excesiva la respiración se normaliza y poco a poco se recupera la conciencia. Con frecuencia viene un estado especial caracterizado por confusión, fatiga general, cefalea, y a -- veces unos signos neurológicos específicos residuales, como hemiparesias, trastornos sensoriales y disfagia, también - llamada parálisis de Todd, que suele durar de unos minutos- hasta unas horas. La frecuencia según su presentación es muy variable, pudiéndose presentarse de una a dos veces al año ó hasta varias veces diarias. En el 30% de los pacientes se presentan nocturnamente. En la mujer se puede presentar cíclicamente en relación con la menstruación, disminuir ó sumentar en el embarazo y aumentar en la toxemia.

EPILEPSIA JACKSONIANA O CRISIS MOTORAS.

Se caracteriza por lesión localizada estrictamente en una - región específica de la corteza motora, comienza con un movimiento repetitivo de la parte distal de una extremidad, - por lo general movimientos clónicos (5), como dedos de manos ó pies y luego de toda la extremidad hacia el tronco, puede distribuirse por el resto de los músculos ipsolaterales de

cara y lado contralateral. En ocasiones estas crisis comienzan en el ángulo de la boca y se acompañan de movimientos masticatorios y trastornos del habla. Afecta principalmente a los músculos flexores (5). Una crisis Jacksoniana va a menudo seguida por debilidad que afecta aquellos músculos que han participado en las convulsiones. Esta puede durar entre pocas horas y 1 ó 2 días. (5).

EPILEPSIA DEL LOBULO TEMPORAL O PSICOMOTORA.

Es común en niños y adultos. Estas crisis se manifiestan por una aúra inicial de ansiedad y síntomas viscerales especialmente por una sensación epigástrica peculiar que suba a la garganta. Movimientos de masticación, saboreo, chupeteo de los labios, deglutir, mamar, movimientos rápidos sin finalidad ninguna de brazos, piernas. El paciente puede llevar a cabo inconcientemente cierta actividad motora automática de alto nivel tal como desnudarse (20, 23). Suele manifestarse por un disturbio del contenido de la conciencia que puede ser de varios tipos por ejemplo: 1) alucinaciones sensitivas olfato y gusto ó algo más elaboradas como recuerdo de alguna escena visual, ó alguna tonada musical; 2) ilusiones perceptivas: esórdenes en cuanto a tamaño y distancia de los objetos que ve, ó de su propio cuerpo. 3)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fenómeno de Deja Vu donde el paciente tiene la sensación de que lo que ahora pasa ya ha acontecido anteriormente. (5,20).

Estado Epiléptico: La repetición rápida de cualquier tipo de ataques sin recuperación entre cada ataque se le llama Estado Epiléptico. El comienzo de éste, puede ser espontáneo, pero muchas veces la causa desencadenante es la suspensión de la medicación ó un cambio muy rápido de la misma.

8.- DIAGNOSTICO CLINICO ETIOLOGICO.

Así como a principio de éste siglo, ante un epiléptico se trataba fundamentalmente de decir acerca de su ingreso, ó no en una clínica psiquiátrica como solución final, actualmente se tiende al diagnóstico lo más exacto y precoz posible. Los métodos a que se recurren en la actualidad de modo sistemático, si es preciso, son: la determinación del conciente intelectual, el examen de fondo de ojo, la reacción de Wassermann, el test de Subin-Feldmann, el examen del L.C.R., la radiografía de cráneo, la neumoencefalografía y angiografía cerebral y, fundamentalmente el electroencefalograma, todo ello precedido de una anamnesis regocida en la forma más cuidadosa posible a partir de los familiares que describan la forma, duración y tipo de crisis.

En el diagnóstico de los trastornos convulsivos, el --

primer paso a establecer si el proceso es primario ó secundario, y el segundo, determinar si la convulsión se localiza y parten de un foco. El estudio de cada paso debe incluir el examen de los antecedentes, una exploración física y neurológica completa; estudio de L.C.R., exámenes de laboratorio corrientes para determinar el estado general. En los pacientes con trastornos neurológicos y manifestaciones de hipertensión intracraneal, accesos focales ó anomalías electroencefalográficas, puede estar indicada la práctica de exploraciones neurorradiológicas para llegar al diagnóstico preciso.

Tiene importancia en los niños diferenciar las llamadas convulsiones febriles ocasionales, las cuales se presentan aproximadamente el 3% de todos los niños que las presentan durante su primer cuatrienio, haciéndose más rara después de los 5 años. La edad más dispuesta es de los 12 a los 24 meses y existen casi siempre antecedentes hereditarios, tratándose casi siempre de niños neuropáticos con labilidad vasomotora.

Los componentes emocionales ó de conducta pueden ser tan pronunciados que logran enmascarar el cuadro convulsivo subyacente. Después de un episodio de gran mal ó de una serie de crisis breves, los pacientes quedan confusos durante minutos u horas. La desorientación, la ansiedad, las ideas-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

delirantes, paranoides, la excitación y la actividad agresiva pueden ser abrumadoras.

Puede haber temor ó depresión al comienzo de una convulsión y pensamiento automático de naturaleza estereotipada. Pueden manifestarse incrementos de irritabilidad, especialmente antes de los episodios de gran mal, y grados variables de torpeza mental. La psicosis episódica pueden ser parte del padecimiento en los pacientes epilépticos. (8).

9.- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Es muy importante tratar de determinar si el problema al que nos estamos enfrentando constituye una crisis epiléptica ó alguna otra forma de trastorno paroxístico no epiléptico, tal como las crisis febriles ó síncope. La diferenciación entre éstos adquiere significación muy grande en tanto que la terapéutica dependerá del diagnóstico acertado.

Consideramos inicialmente a las crisis que se producen como consecuencia de la fiebre y que se incluyen dentro del complejo denominado crisis febril simple (30,31).

Las características más efectivas y significativas son las siguientes: deben ocurrir entre los 6 meses y los 3 años de edad, con duración menor de 15 minutos (25, 36, 38); ser-

generalizada y no focal, acompañarse de un desarrollo neurológico normal y producirse al principio de la fiebre. Ocurren en un paciente que no tiene historia familiar de epilepsia y se deben acompañar de un E.E.G. normal una semana después de ocurrido el evento. Como puede verse, estas crisis febriles simples no constituyen un cuadro epiléptico. Son más bien raras y se diferencian de manera muy determinante de las crisis acompañadas de fiebre ó de las crisis que se producen en el transcurso de un episodio febril.

El síncope se presenta en pacientes que sufren desmayos particularmente en presencia de aglomeraciones o de estímulos muy importantes, y no representa un episodio epiléptico. Pueden ser debidos estos a anemia cerebral transitoria, se complican a menudo con ligeras reacciones tónico-clónicas y clónicas convulsivas de breve duración, limitadas en su mayoría al rostro y extremidades superiores. (30,32).

El síndrome de Stokes-Adama, que se produce en el bloqueo cardiaco, una breve reacción convulsiva acompaña con frecuencia al ataque sincopal, éste último aparece al cabo de 10 a 10 segundos del comienzo de la asistolia (22).

Una hiperreflexia del seno carotídeo se manifiesta por episodios de abolición de la conciencia acompañados de breves ataques convulsivos tónico-clónicos ó sin dicha asociación. (13).

El Espasmo del Solloso de los niños, que tampoco constituyen episodios epilépticos propiamente dichas, se complican a veces con movimientos tónico-clónicos.

Los ataques histéricos pueden parecerse a verdaderos - ataques epilépticos en un exámen superficial (12).

10.- TRATAMIENTO.

Tratamiento medicamentoso.

No obstante que la farmacoterapia es el elemento principal en el control de las convulsiones, debe subrayarse - que constituye solo una parte del tratamiento integral de la epilepsia. Desde 1960, han aparecido medicamentos nuevos, útiles para el tratamiento de la epilepsia; también - datos nuevos y algunos datos sobre los fármacos antiepilépticos tradicionales.

La carbamazepina (Tegretol), disponible desde 1959 y utilizada ampliamente desde 1963, ha demostrado ser particularmente útil en pacientes adultos con epilepsia generalizada (Gran mal) y en epilepsia del lóbullo temporal. Es - tos resultados se han confirmado en la epilepsia infantil. No han duda de que actualmente la carbamazepina es el medicamento de primera elección en el tratamiento de las convulsiones. Anteriormente este lugar lo compartía junto en la fenilhidantoina, pero actualmente muchos lo consideran mejor.

En 1972 en un simposio internacional, celebrado en - Londres, se tuvo una impresión muy favorable sobre su eficacia especialmente, cuando se utilizó para tratar ataques de gran mal o epilepsia del lóbulo temporal. Se puso de manifiesto la ausencia de efectos colaterales y tóxicos graves. En niños los efectos colaterales encontrados fueron principalmente, fatiga, ataxia, urticaria. El medicamento se utilizó solo o en combinación con otros anticonvulsivantes.

La dosis recomendada de carbamazepina es de 20mg-kg peso/día, dividida en dos o tres dosis.

El llamado efecto psicotrópico de la carbamazepina se relaciona con una mejoría en la capacidad de atención y -- concentración cuando se utiliza en lugar de los anticonvulsivantes tradicionales, que son más depresores.

Las benzodiazepinas, se han usado en forma generalizada desde el año 1960 y se han comunicado respuestas favorables en varios tipos de epilepsia. Posiblemente su éxito sea más notable en el tratamiento del estado epiléptico, para el que actualmente muchos consideran el tratamiento de elección. Es más eficaz cuando se administra por vía intravenosa, generalmente en dosis única (La dosis mínima es de 0.1 mg/kg peso, pero pueden requerirse de 0.3 a 0.5 mg/kg). En ocasiones se requieren aplicaciones repetidas con infusión continua. También puede administrarse por vía intramuscular, pero la absorción es lenta, y se requiere 1 mg/kg peso para -- producir niveles sanguíneos útiles en 10-15 minutos. La pre

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

paración intravenosa, también puede administrarse por vía--
rectal.

El diazepam es eficaz tanto en el estado de mal epilép-
tico como en el pequeño mal, pero el control definitivo pue-
de ser difícil de alcanzar sin la adición de un barbitúrico-
o de fenilhidantoina. Sin embargo, el diazepam por vía endove-
nosa puede producir depresión respiratoria, especialmente --
cuando se utiliza junto con un barbitúrico o cuando el pa --
ciente lo ha recibido anteriormente.

Otras benzodiazepinas como el nitrazepam, el cual se ha
utilizado con éxito en el tratamiento de casos complicados
de epilepsia mioclónica en niños y recientemente otras benzo-
diazepina nueva, el clonazepam, ha tenido posiblemente más é-
xito en el tratamiento de esta variedad de epilepsia. Ambos
medicamentos tienen la desventaja de producir efectos colate-
rales molestos, principalmente somnolencia. El clonazepam --
también es útil en casos de pequeño mal y no responden al --
tratamiento.

El valproato sódico es un medicamento que actualmente -
despierta gran interés. se ha utilizado en Europa continen--
tal desde 1964, donde se conoce como dipropilacetato, intro-
ducido en el Reino Unido desde 1975. Se dice que actúa inhi-
biendo la transaminasa del ácido gammaaminobutírico, produ--
ciendo una acumulación del ácido (AGAB), que puede tener un-
efecto inhibitor de la propagación de las descargas convuls_1
vas. Clínicamente, este medicamento parece ser más eficaz

en las epilepsias generalizadas, principalmente en las ausencias de pequeño mal y la combinación de pequeño mal y gran mal. También es útil en algunos casos de epilepsia mioclónica y parece ser relativamente ineficaz en la epilepsia del lóbulo temporal. Hasta la fecha parece ser un medicamento seguro pero costoso. Vale la pena señalar que la etosuximida, un anticonvulsivante bien conocido, sigue siendo de primera elección para tratar las ausencias del pequeño mal, siendo por lo menos tan seguro como el valproato sódico y mucho más barato.

Cirugía

El tratamiento quirúrgico de la epilepsia del lóbulo temporal mediante lobectomía está ligado a los nombres de Ben -- field, Rasmussen y Falconer, éste último y sus colegas en años recientes han hecho grandes aportaciones en los conocimientos de la epilepsia. Las indicaciones principales de Falconer -- para la lobectomía, implican que la epilepsia sea resistente a la medicación e incapacitante, que el nivel de inteligencia del paciente esté por lo menos dentro de límites normales, -- que presente un foco de espigas EEG permanente en algunos de los lóbulos temporales o cuando el accidente es bilateral, deberá ser cuando menos cuatro veces más grandes en un lado que en el otro.

Falconer emplea un procedimiento operatorio estándar que proporciona un solo bloque de téjido extirpado, incorporando el uncus, la amígdala y el hipocampo anterior junto con las -- porciones superficiales del lóbulo temporal. Las lesiones secundarias son esclerosis, zonas de infarto, cicatrices, hematomas y tumores benignos.

El pronóstico de cualquier paciente epiléptico está en relación directa con el logro del control de los ataques. El objetivo ideal en el tratamiento de la epilepsia es lograr el control completo de las convulsiones.

El análisis final de cualquier estudio sobre epilepsia, indicará que la principal esperanza para el futuro, debe de cansar en la prevención de la epilepsia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TIPO DE ESTUDIO. Será estudio retrospectivo y prospectivo, pues la muestra seleccionada se tomó de la consulta - de varios servicios, de los meses de octubre y noviembre de 1980, por lo que el estudio se efectuará a partir de esa fecha.

UNIVERSO DE TRABAJO. Constará de 10 familias con un integrante epiléptico, estudios en forma exploratoria.

LIMITES DE LA INVESTIGACION. La muestra para la investigación se obtendrá de los pacientes vistos por varios servicios del Hospital General de Zona # 24, en los meses de octubre y noviembre de 1980. Una vez ya seleccionada - la muestra, la investigación concluirá en el mes de noviembre de 1981.

AREA GEOGRAFICA. La investigación se llevará a cabo - en el D.F., específicamente en el Hospital de Zona # 24, - Insurgentes y en los domicilios de los integrantes de la muestra, que están ubicados en las colonias: Martín Carrera, Gabriel Hernández, Industrial, Guadalupe Tepeyac y Magdalena de las Salinas.

RECURSOS.

1. Recursos Humanos:

- a) Un investigador responsable, especialista en

Medicina Familiar.

- b) Cuatro investigadores colaboradores y residentes de 2o. año de la Residencia de Medicina Familiar.
- c) Médicos Familiares.
- d) Diez pacientes epilépticos.

2.- Recursos Materiales.

- a) Una grabadora.
- b) Hojas blancas y de papel carbón.
- c) máquina de escribir.
- d) Lápices, plumas y borradores.

DISEÑO EXPERIMENTAL. De la consulta externa de los servicios de Medicina Familiar, Psiquiatría, Psicología, Neurología y Urgencias, se seleccionará 10 pacientes epilépticos, confirmados clínicamente y con estudios de laboratorio y gabinete.

DESARROLLO Y EJECUCION DEL EXPERIMENTO. Se hará una lista de los pacientes captados en los servicios mencionados, una vez que ya esté, se obtendrá una muestra al azar, que conste de 10 pacientes. Se tomará en cuenta, que sean pacientes jóvenes y adultos, a partir de los 15 años de edad, y que reúnan los siguientes requisitos:

- a) Nombre
- b) Número de afiliación.

- c) Clínica de adscripción.
- d) Domicilio.
- e) Número telefónico, si es que cuenta con él.
- f) Aceptación por escrito del estudio a realizar.

En caso de que alguno de los pacientes captados para la muestra no acepte el estudio, será substituído por otro de la lista, siguiendo el mismo método de elección, hasta completar el número requerido.

Una vez formado el grupo se realizará lo siguiente: -

1. Historia Clínica y estudio médico integral para cada paciente.
2. Dinámica Familiar: el número de entrevistas será un mínimo de cinco, con una duración de una hora cada una, y con una frecuencia de una vez por semana, salvo en -- aquellos casos que lo requieran, se modificarán en números, frecuencia y duración. Para efectuar dichas entrevistas - se utilizará un consultorio de la Unidad, y ocasionalmente en el domicilio de la familia.
3. Las entrevistas se llevarán a cabo con la técnica de grupos operativos, usando como recurso de apoyo una gra-



badora, que tendrá como finalidad el análisis de cada entrevista que se efectuará inmediatamente después de esta, realizando dicho análisis, el equipo de trabajo, y así formar criterios para seguir con las entrevistas posteriores.

4. Se formularán cuestionarios, que se elaboraron --segun los tests ALEJ, para aplicarlos a los Médicos Familiares, a los pacientes, y a la familia de cada uno de los pacientes.

Los tests mencionados, los realizarán los cuatro médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar, y estarán valuados por ellos mismos, en la siguiente forma:

Se les pondrá una calificación a cada respuesta, obteniendo de ésta manera un porcentaje que saque en conclusión cifras exactas concernientes a investigar el rol que desempeña el epiléptico en su familia, si alguna de las funciones de la familia se encuentra alterada, a conocer la orientación y ayuda que proporciona el Médico Familiar, y los factores que influyen en un momento dado, para que un paciente epiléptico abandone su tratamiento.

El valor de cada respuesta será: Según el contenido de la misma calificando así con la escala del 0-10 por área Afectiva, Cognoscitiva y Psicomotriz.

CUSTIONARIO PARA EL PACIENTEAREA I

1. SE SIENTE QUE EL RESTO DE LA FAMILIA LE DA ESPECIAL ATENCION O CUIDADO ?.
SI () NO ()
2. LE GUSTARIA QUE SUS AMIGOS SUPIERAN SOBRE SU PADE - CIMIENTO ?.
SI () NO ()
3. CUANDO HAY OPORTUNIDAD O LE PREGUNTAN DE SU PADE -- CIMIENTO HABLA DE ELLO ?.
SI () NO ()
4. PARTICIPA EN LOS PROBLEMAS O ALEGRIAS DE LA FAMILIA ?
SI () NO ()
5. CREE QUE ES INDISPENSABLE COMO MIEMBRO DE LA FAMILIA ?.
SI () NO ()
6. LE AGRADAN LAS PERSONAS QUE LO RODEAN O MAS FRECUEN TA ?.
SI () NO ()
7. CONFIA SUS PROBLEMAS A ALGUN INTEGRANTE DE LA FAMI - LIA ?.
SI () NO ()
8. CUANDO TIENE REUNIONES FAMILIARES PARTICIPA EN ELLAS ?
SI () NO ()
9. CUANDO TIENE PROBLEMAS SE SIENTE SOLO ?.
SI () NO ()
10. SIENTE RECHAZO POR PARTE DE SU FAMILIA ?.
SI () NO ()

AREA II

1. CONSIDERA A LA EPILEPSIA COMO ENFERMEDAD MENTAL ?.
SI () NO ()
2. CREE QUE SU ENFERMEDAD ES HEREDITARIA ?.
SI () NO ()
3. CREE CONTAGIOSA SU ENFERMEDAD ?.
SI () NO ()
4. SABE A QUE ES DEBIDO SU PADECIMIENTO ?.
SI () NO ()
5. LE RESUELVE SU MEDICO TODAS SUS DUDAS ACERCA DE SU ENFERMEDAD ?.
SI () NO ()
6. CREE QUE SEA CURABLE SU ENFERMEDAD ?.
SI () NO ()
7. SABE QUE SI ABANDONA SU TRATAMIENTO PUEDE PRESENTAR ATAQUES ?.
SI () NO ()
8. UTILIZA SU ENFERMEDAD PARA SATISFACER SUS GUSTOS ?.
SI () NO ()
9. SABE EL RESTO DE SU FAMILIA ACERCA DE SU ENFERMEDAD ?.
SI () NO ()
10. CREE QUE EL HACER EJERCICIO FISICO PUEDE DAÑAR SU SALUD ?.
SI () NO ()

AREA III

1. SE SIENTE SEGURO(A) DE SALIR SOLO(A) A LA CALLE?.
SI () NO ()
2. PIENSA QUE PUEDE DESEMPEÑAR CUALQUIER ACTIVIDAD,
AL IGUAL QUE OTRA PERSONA ?.
SI () NO ()
3. LLEVA A CABO TODAS LAS INDICACIONES DE SU MEDICO ?.
SI () NO ()
4. PROCURA TOMAR SU MEDICAMENTO TAL COMO SE LO RECOMIENDA
SU MEDICO ?.
SI () NO ()
5. INFLUYEN DECISIVAMENTE SUS FAMILIARES PARA SUS
ACCIONES ?.
SI () NO ()
6. REALIZA CON LA FAMILIA ALGUNAS ACTIVIDADES ? .
SI () NO ()
7. SIENTE QUE UD. Y SU PADECIMIENTO SEAN EN ALGUNA OCA-
SION LA CAUSA DESENCADENANTE DE UN PROBLEMA FAMILIAR ?.
SI () NO ()
8. CREE QUE UD. DEBA ESTAR SIEMPRE ACOMPAÑADO ? .
SI () NO ()
9. CREE QUE UD. PUEDA PARTICIPAR EN ALGUN EVENTO DEPORTIVO
? .
SI () NO ()
10. SE SENTIRIA CAPAZ DE DESEMPEÑAR ALGUNA ACTIVIDAD
DE GRAN RESPONSABILIDAD ?.
SI () NO ()

CUESTIONARIO PARA LA FAMILIAAREA I AFECTIVA

- 1! PIEMSA QUE _____ TIENE SUFICIENTES AMIGOS ?.
SI () NO ()
2. CREE QUE _____ DEBA TENER MAS ATENCION QUE EL RESTO DE LA FAMILIA ?.
SI () NO ()
3. CUANDO _____ TIENE ALGUNA DUDA O PROBLEMA LO PARTICIPA A LA FAMILIA ?.
SI () NO ()
4. CREE QUE _____ SE SIENTE SOLO(A)
SI () NO ()
5. PEINSA QUE _____ SE SIENTE RECHAZADO, POR SU PADE- CIMIENTO ?.
SI () NO ()
6. CUANDO LE PREGUNTAN DE QUE SI _____ PADECE EPILEPSIA; HABLA O COMENTA DE ELLO ?.
SI () NO ()
7. PIENSA QUE EN ALGUN MOMENTO _____ SE PUEDE COMPORTAR AGRESIVAMENTE ?.
SI () NO ()
8. PIENSA QUE _____ SE AISLA DENTRO DE LA FAMILIA ?.
SI () NO ()
9. LE CONFIERE PROBLEMAS TENER UN EPILEPTICO EN LA FAMILIA ?.
SI () NO ()
- 10 QUIERE MAS A _____ QUE AL RESTO DE LA FAMILIA ?.
SI () NO ()

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AREA II COGNOSCITIVA

1. CONSIDERA QUE LA EPILEPSIA ES UNA ENFERMEDAD MENTAL ? .
SI () NO () IGNORADO ()
2. CREE QUE EL PADECIMIENTO DE _____ SEA CONTAGIOSO ? .
SI () NO () IGNORADO ()
3. SABE A QUE SE DEBE EL PADECIMIENTO DE _____ ? .
SI () NO () IGNORADO ()
4. CREE QUE EL PADECIMIENTO DE _____ SEA HEREDITARIO ? .
SI () NO () IGNORADO ()
5. CREE QUE SEA CURABLE SU ENFERMEDAD ? .
SI () NO () IGNORADO ()
6. PIENSA QUE SU MEDICO FAMILIAR LES ACLARA TODAS LAS DUDAS RESPECTO A EL PADECIMIENTO ? .
SI () NO () IGNORADO ()
7. CONSIDERA QUE _____ DEBA CONTINUAR CON SU MEDICAMENTO, O DE LO CONTRARIO PUEDA PRESENTAR CRISIS ? .
SI () NO () IGNORADO ()
8. LA FAMILIA CONOCE DEL PADECIMIENTO DE _____ ? .
SI () NO () IGNORADO ()
9. CREE QUE EL HACER EJERCICIO FISICO PUEDE DAÑAR SU SALUD ? .
SI () NO () IGNORADO ()
10. CREE QUE LA ENFERMEDAD DE _____ LE LIMITA FISICAMENTE ? .
SI () NO () IGNORADO ()

AREA III PSICOMOTRIZ

1. CONSIDERAN QUE _____ SIEMPRE DEBE ESTAR ACOMPAÑADO ?.
SI () NO ()
2. CONVIVE Y PARTICIPA EN LAS ACTIVIDADES FAMILIARES _____ ?.
SI () NO ()
3. CREEN QUE DEBE TENER ACTIVIDADES ESPECIALES POR SU ENFERMEDAD ? .
SI () NO ()
4. LE AYUDAN A QUE _____ TOME SU MEDICAMENTO Y NO LO OLVIDE ?.
SI () NO ()
5. CREEN QUE _____ PUEDA PARTICIPAR EN EVENTOS DEPORTIVOS ?.
SI () NO ()
6. ACOMPAÑAN A - _____ A SU CITA CON EL MEDICO ?.
SI () NO ()
7. CREEN QUE AL TOMAR SU MEDICAMENTO _____ PUEDE CURAR DE SU PADECIMIENTO ?.
SI () NO ()
8. EL MEDICO FAMILIAR LES HA DADO INFORMACION ACERCA DEL PADECIMIENTO DE _____ ?.
SI () NO ()
9. CUANDO HACEN REUNIONES FAMILIARES PARTICIPA _____ ?.
SI () NO ()
10. CREEN QUE _____ DEBA SALIR SIEMPRE ACOMPAÑADO A LA CALLE ? .
SI () NO ()

CUESTIONARIO PARA EL MEDICOAREA I AFECTIVA

1. HA OBSERVADO QUE ALGUN PACIENTE EPILEPTICO NIEGUE AUN SU ENFERMEDAD ?.
SI () NO ()
2. TRATA A SUS PACIENTES EPILEPTICOS DE IGUAL FORMA QUE AL RESTO DE LOS PACIENTES ? .
SI () NO ()
3. HA OBSERVADO RECHAZO POR PARTE DE LA FAMILIA HACIA EL PACIENTE EPILEPTICO ?.
SI () NO ()
4. CREE QUE EL PACIENTE DEBA TENER CIERTO TRATO DENTRO DEL SENO FAMILIAR ?.
SI () NO ()
5. CREE QUE EL PACIENTE EPILEPTICO DEBA DE PARTICIPAR EN LAS DECISIONES FAMILIARES ?.
SI () NO ()
6. HA OBSERVADO QUE EL PACIENTE EPILEPTICO MANIPULE A LA FAMILIA POR MEDIO DE SU ENFERMEDAD ?.
SI () NO ()
7. HA NOTADO QUE SE SEGREGUE EL PACIENTE EPILEPTICO DE LA FAMILIA ?.
SI () NO ()
8. NOTA UD. SI LA FAMILIA DE UN EPILEPTICO LA SOBREPOTEJE ?.
SI () NO ()
9. OBSERVA QUE EL PACIENTE EPILEPTICO TENGA INTENTOS DE SUICIDIO ?.
SI () NO ()
10. CREE QUE EL EPILEPTICO DESEMPEÑE EL ROL DE DEPOSITARIO DE ANGUSTIA FAMILIAR ?.
SI () NO ()

AREA II COGNOSCITIVA

1. ES FRECUENTE QUE ACUDAN PACIENTES EPILEPTICOS A SOLICITARLE INFORMACION RESPECTO A SU ENFERMEDAD ?.
SI () NO ()
2. LE HA ACLARADO A SUS PACIENTES EN QUE CONSISTE SU ENFERMEDAD ?.
SI () NO ()
3. LE HA ACLARADO LAS DUDAS EN CUANTO AL FACTOR HEREDITARIO EN ESTE PADECIMIENTO ?.
SI () NO ()
4. SABE POR QUE ABANDONAN EL TRATAMIENTO LOS EPILEPTICOS?.
SI () NO ()
5. DA INFORMACION AL RESTO DE LA FAMILIA ACERCA DEL PADECIMIENTO DEL PACIENTE ?.
SI () NO ()
6. INFORMA AL PACIENTE ACERCA DE LA CRONICIDAD DEL PADECIMIENTO ?.
SI () NO ()
7. CONOCE EL FACTOR CASUAL DE LA EPILEPSIA EN SUS PACIENTES ?.
SI () NO ()
8. CONSIDERA QUE LOS PROBLEMAS FAMILIARES SEAN CAUSA DESENCADENANTE DE LAS CRISIS ?.
SI () NO ()
9. LOS PACIENTES EPILEPTICOS DEBEN TENER UNA EDUCACION ESPECIAL ?.
SI () NO ()
10. EL COEFICIENTE INTELECTUAL DE LOS PACIENTES EPILEPTICOS ES SEMEJANTE AL RESTO DE LA POBLACION ?.
SI () NO ()

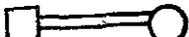
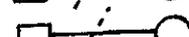
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AREA III PSICOMOTRIZ

1. CONSIDERA QUE EL PACIENTE EPILEPTICO DEBA DESARROLLAR CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD ?.
SI () NO ()
2. LLEVA EL PACIENTE EPILEPTICO ADECUADAMENTE EL TRATAMIENTO Y LAS INDICACIONES ?.
SI () NO ()
3. CREE QUE DEBA SALIR SOLO EL PACIENTE EPILEPTICO A CUALQUIER LUGAR ?.
SI () NO ()
4. PIENSA QUE TIENE LIMITACIONES FISICAS UN EPILEPTICO ?.
SI () NO ()
5. HA OBSERVADO QUE LLEVE A CABO TODAS SUS INDICACIONES EL EPILEPTICO ?.
SI () NO ()
6. OBSERVA QUE ESTE TIPO DE PACIENTES PARTICIPEN EN EVENTOS SOCIALES ?.
SI () NO ()
7. LE HA PRESCRITO TERAPIA FISICA ESPECIALMENTE A ESTE TIPO DE PACIENTES ?.
SI () NO ()
8. EN CADA VISITA POR PARTE DE SU PACIENTE LE RECUERDA LA IMPORTANCIA DE SU TRATAMIENTO ?.
SI () NO ()
9. PARTICIPA ACTIVAMENTE LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO DEL EPILEPTICO ?.
SI () NO ()
10. CONSIDERA QUE EL PACIENTE EPILEPTICO SE LE DEBA CONFIAR TAREAS DE GRAN RESPONSABILIDAD?.
SI () NO ()

S I M B O L O G I A

FAMILIOGRAMAS ESTRUCTURALES

	HOMBRE
	MUJER
	CASAMIENTO
	UNION LIBRE
	DIVORCIO - SEPARACION
	PACIENTE IDENTIFICADO
	EMBARAZO
	ABORTO
	MUERTE
	GEMELOS
	VINCULO RIGIDO
	VINCULO CLARO
	VINCULO DIFUSO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FAMILIA I

Se trata de paciente femenina de 51 años de edad.

A.H.F.:

Padre diabético falleció por AVC a los 65 años. Madre fallecida a los 55 años por Ca CU.

A.P. NO P.:

Producto del tercer embarazo, a termino, parto atendido por empírica. Ignora peso al nacer y Neonato. Alimentación: buena en calidad y cantidad. Inmunizaciones: Toxoide-antitetánico. Niega toxicomanías. Hábitos higiénicos: - baño diariamente con su respectivo cambio de ropa. Escolaridad: hasta tercer año de bachillerato. Ocupación actual: hogar. Estado civil: casada.

A.P.P.:

Niega antecedente de traumatismo craneoencefálico. - Amigdalectomía a los 4 años, hernioplastia inguinal derecha a los 49 años, fractura de clavícula a los 9 años.

P.A.:

Inició a los 15 años con ausencias que presentaba - diariamente y a los 18, su primera crisis convulsiva tónico-clónica sin previa aura, tipo gran mal, sin pérdida del control de esfínteres con una frecuencia de cada 24 hrs. pos -

teriormente cada tercer día. A los 47 años se controla totalmente con dfenilhidantoinato de sodio 1x3 y carbamazepina 1x3, valorada por el Servicio Neurología corroborado el diagnóstico con E.E.G.

ESTUDIO INTEGRAL DE LA FAMILIA

La paciente pertenece a una familia Nuclear, Urbana, en fase de Matrimonio, Tradicional, integrada.

Familia compuesta por dos miembros (esposo-esposa) de 67 y 51 respectivamente.

Socialización: La relación de ellos con la gente que les rodea es buena. Les agrada convivir, aunque lo hacen poco con su familia. Al esposo le agrada su empleo y prefiere tener buenos amigos dentro de él. A la paciente le gustan sus labores dentro del hogar y lo hace con agrado. Se dicen católicos y acuden al culto una vez por semana.

Status económico: El ingreso familiar mensual es aportado por el esposo cuya ocupación es sastre, empleado en una fábrica. Gana el sueldo mínimo y sus egresos son en una tercera parte, con lo cual viven desahogadamente según

refiere. Ahorran en un 10% mensual y poseen artículos y aparatos domésticos indispensables en buenas condiciones, adquiridos a crédito.

Cuidado: En su niñez tuvo magnífica alimentación y cuidados ya que sus padres poseían comodidades. Actualmente prefiere tenerla bien balanceada y con buen horario.

Cultural: Les gusta la música leer el periódico y en ocasiones si su economía lo permite acostumbran ir a un cine ó comer fuera de su casa.

Su casa habitación: departamento rentado que posee una recámara, cocina y sala. Cuentan con todos los servicios. Su esposo la atiende en caso de enfermedad, no la puede acompañar a sus citas con el médico pero le recuerda tomar su medicación.

Afecto: Se siente querida por su esposo, útil y necesaria para la familia. Sabe que su padecimiento no es hereditario ni es curable, pero conoce el hecho de la necesidad de su medicación. No se siente rechazada y comenta acerca de su padecimiento a quien se lo pregunte.

Reproducción: Nunca recibieron educación sexual, no han tenido hijos. No hay control natal.

SOCIODINAMIA

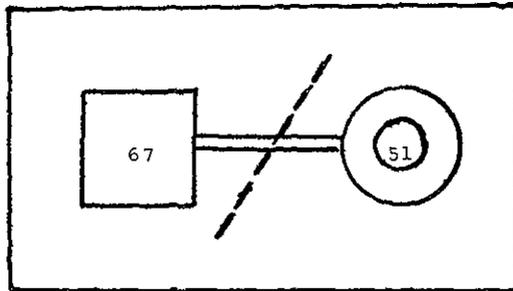
La paciente forma parte del subsistema conyugal, cuyos límites son claros. Desempeña el rol de Esposa-colaboradora, Esposa-compañera y su conyuge el de Esposo-colaborador-proveedor.

Se siente útil y querida, no siente rechazo por la gente que le rodea, con la cual lleva relaciones adecuadas. Suele hablar de su padecimiento. Las decisiones son tomadas por ambos.

Sus roles son complementados e independientemente de su padecimiento, sus relaciones tanto sexuales como afectivas son satisfactorias para ambos.

No existe problema aparente por el hecho de no haber procreado hijos.

FAMILIA 1



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FAMILIA 2

Se trata de paciente femenina de 31 años de edad con los siguientes datos:

A.H.F.:

Padre fallecido a los 76 años de edad, con asma bronquial cor pulmonale y probable insuficiencia renal aguda. Madre de 65 años con H.T.A. sistémica desde hace 16 años.

A.P.NO P.:

Fue producto de G-V, cursando el embarazo aparentemente normal y con control prenatal y de segundo parto, atendido en medio hospitalario, hubo sufrimiento fetal al momento del mismo por circular de cordón apretada, ignorándose el tiempo que tardó en llorar y respirar; su peso al nacer fue de 3.100 Kgs. Tuvo alimentación al seno materno durante 6 meses, y su ablactación la iniciaron a los 3 meses. Su desarrollo psicomotriz fue normal. Tuvo las inmunizaciones necesarias. Sus hábitos higiénicos y dietéticos son aceptables. Tabaquismo ocasional fumando un cigarro al día desde hace 2 años. Escolaridad. Primero de preparatoria; estudió piano. Actualmente está incapacitada en forma permanente por invalidez. Estado Civil: soltera.

A. P. P.:

Tuvo sarampión y varicela en su infancia. Cursó cuadros de amigdalitis de repetición frecuente. Como antecedentes quirúrgicos tiene lo siguiente: amigdalectomía a los 20 años de edad; a los 23 años se le practicó apendicectomía la cual se complicó por lo que le tuvieron que realizar resección intestinal, además de que en el postoperatorio presentó cuadro de Tifoidea y Hepatitis. A los 25 años de edad, se practicó una Neurocirugía para colocar un "descargador", que se lo cambiaron en dos ocasiones y una tercera vez que ya no se lo proporcionaron. Se le ha practicado cirugía menor en lesiones de la cara y de la cabeza ocasionadas por traumatismos accidentales como consecuencia de las crisis convulsivas.

A.G.O.:

Menarca a los 12 años con ritmo de 28 x 4, paciente -
múbil.

F.A.:

Lo inicia a los 12 años al presentar una primera crisis convulsiva tónica clónica que coincidió con la aparición de su primera menstruación. Estas crisis las presentaba mes con mes coincidiendo con su regla. Desde su -

inicio estuvo bajo tratamiento, el cual siempre ha sido di
fícil . Posteriormente las crisis se fueron haciendo más-
frecuentes, presentando dos al día, y exacerbándose por
cualquier tipo de emoción. Sin embargo, desde hace 6 años
aproximadamente, el patrón de las crisis cambió y se hicien
ron parciales, de semiología compleja, con movimientos -
esteriotipados, automatismos, ausencias, reflejos de -
succion espontáneo, con caída desde su altura, pese a la
cirugía neurológica que se le practicó, no hubo absoluta -
mente ninguna mejoría e incluso se exacerbó su problema.

Las crisis mencionadas son múltiples y se han maneja-
do con muchas anticonvulsionantes; inicialmente estuvo con
tratamiento basado con control de E.E.G. y por el servicio
de Neurología, en forma periódica, sin obtenerse respuesta
adecuada.

El 25 de junio de este año, se hizo nuevo estudio en-
el servicio de Neurología (E.E.G.) por presentar crisis in
controlables llegando al siguiente diagnóstico: Crisis -
convulsivas Parciales complejas con atrofia subcortical de
predominio derecho y Síndrome Orgánico Cerebral Secundario.
La paciente también presenta discreta hipertrofia de gingin
va. En esta ocasión evolucionó con crisis, pero no más -
de dos al día estando hospitalizada durante una semana -

antes de salir estuvo asintomática.

Después de este último estudio se hizo la siguiente recomendación: manejar a la paciente con valoración periódica y con criterio amplio, debido al tipo de crisis que presenta la paciente y por el Síndrome Orgánico Cerebral Secundario, porque tiende a manipular su enfermedad y en ocasiones finge las crisis.

Su tratamiento actual es a base de Difenilhidantoinato de sodio 300 Mg. diarios. Primidona y Carbamazepina, una tableta de cada una, cada 8 hrs. y una tableta diaria de acetazolamida. Con este tratamiento tiene 5 años.

ESTUDIO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Se trata de una familia de localización y origen urbano. Está compuesta por cinco elementos que corresponden a la madre, una hija con dos hijos y la paciente.

Socialización: La paciente se encuentra segregada, no tiene amigos, no sale sola, únicamente cuando tiene que ir con su médico la acompaña su madre. Esto sucede porque sus crisis son diarias, presentándolas en dos ó más ocasiones, incluso tiene que usar un casco para protegerse de los traumatismos. Le hubiera gustado ser profesionista -

pero cuando iniciaba la preparatoria tuvo sus primeras limitaciones al ya no ser aceptada. Fue entonces cuando empezó a trabajar pero por la evolución que ha tenido su padecimiento fue incapacitada en forma permanente por invalidez. Esto le afectó todavía más, porque poco a poco las limitaciones fueron siendo mayores y su aislamiento se acentuó más

En su casa la madre la protege, la cuida y le presta muchas atenciones que en un momento dado la molestan, pero por otro lado la hermana la segrega totalmente, no la atiende. Estos factores influyen a que la paciente sea de carácter difícil, y la conflictúan de tal manera que manipula su enfermedad y sus crisis se hacen más frecuentes, porque le es "indispensable" estar siempre acompañada y que le brinden cariño.

Status económico: Tienen un ingreso total de \$ 1,200.00, aportado por la pensión del padre finado, la pensión de la paciente y lo que proporciona la hermana. Con ello solventan sus gastos de primera necesidad, quedándoles para un pequeño ahorro y para tener algo para gastos imprevistos. La casa y el mobiliario son su patrimonio familiar.

Cultural: A la paciente le gusta la música y la lectura en general. Cuando tuvo oportunidad de estudiar y

trabajar desempeñaba con gusto esas actividades. Antes - le gustaba tejer y tocar el piano, pero poco a poco y como cada vez se siente más deprimida ha dejado esas activida - des.

Cuidado: Su alimentación ha sido adecuada desde su infancia. Cuida de su salud, pero no acude con su Médico-Familiar porque no le tiene confianza y además porque prefiere que la controle el Neurólogo, que es beneficioso - para ella, porque se le recomendó que dicho control fuera periódicamente y con criterio amplio. Pese a ésto, su problema es rebelde al tratamiento y se aumenta porque manipla en ocasiones su enfermedad.

Afecto: No cuenta con amigos y a pesar de que se - siente útil y "querida", esta muy segregada y cuando la madre la sobreprotege se siente molesta. Refleja alegría - cuando alguien la visita, pero esto es muy ocasionalmente.

Comunicación: Es reservada pero cuando siente algún-problema lo comenta unicamente con su madre. Con el resto de la familia no hay comunicación. Cuando es necesario - habla de su padecimiento y no lo niega ante nadie.

Código Legal Familiar: La hija mayor actúa como - dominante y prácticamente es la que toma las decisiones, a la paciente la limita en sus opiniones y expresiones.

Reproducción: Es núbil y aproximadamente a los 10 años refiere un noviazgo. Nunca ha tenido educación sexual.

SOCIODINAMIA DE LA FAMILIA

La paciente que pertenece a una familia Externa, se encuentra aislada y poco comunicada dadas las características de su padecimiento, ya que es portadora en un síndrome orgánico cerebral secundario. Se siente totalmente rechazada e incomprendida por su familia, principalmente por su hermana, refiriendo que no la comprende ni la entiende.

Juega el rol de chivo expiatorio y en ocasiones la angustia hace que se desencadenen sus crisis convulsivas.

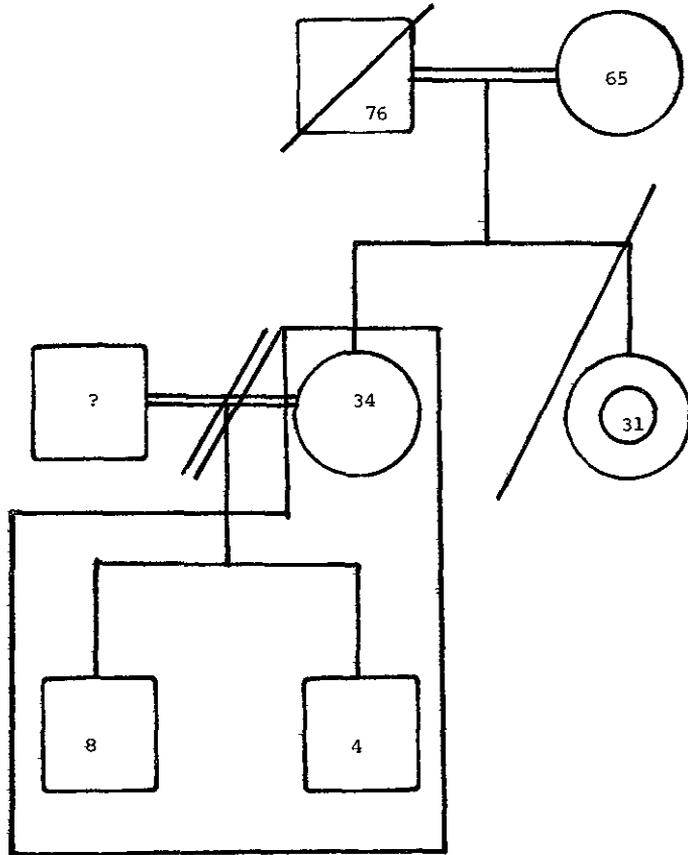
Refiere tener deseos de comunicarse y convivir con otras personas. Los vínculos con el resto de la familia son rígidos y los límites difusos; se siente incomprendida por ellos.

La dinámica de la familia esta alterada, no hay comunicación, cada uno atiende sus propias necesidades y no interactúan entre sí, repercutiendo en la paciente, de tal manera que no tenga control de sus crisis que no ha sido bueno por factor " medicamentos" y porque la paciente

utiliza su padecimiento para llamar la atención de sus familiares hacia ella, dándole cuidado, afecto y cariño de los cuales esta deseosa.

La hermana desempeña un rol de dominante y proveedora y la madre de sumisa y proveedora también; la segregación en esta familia es evidente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



FAMILIA 3

Se trata de un paciente masculino de 39 años de edad con los siguientes datos:

A.H.P.:

Tuvo un tío materno de segundo grado que padeció de epilepsia.

A.P. NO P.:

Fue producto de primer embarazo, el cual cursó aparentemente normal, llevó control prenatal y el parto fue atendido en medio hospitalario, fue eutócico y sin complicaciones, obteniendo producto único, vivo, con peso al nacer de 3,400 Kgs., con neonato inmediato normal. Tuvo alimentación al seno materno durante 3 meses, fecha en la que inician ablactación. Su desarrollo psicomotriz fue normal. Inmunizaciones: ninguna reciente, antitetánica - hace 5 años. Niega toxicomanías. Sus hábitos higiénicos-dietéticos son adecuados. Escolaridad: educación secundaria y un curso incompleto de Técnico en Radio y T.V. Ocupación actual: Ayudante de boleterero en F.F.C.C. (no remunerado). Estado Civil: separado.

A.P.P.:

Como antecedente de importancia tiene, que en septiem

bre de 1963 a la edad de 21 años, tuvo un traumatismo -
cranecencefálico al recibir accidentalmente una contusión
en región parieto-temporo-occipital del lado derecho con
pérdida del conocimiento durante 2 a 3 Hrs.

P.A.:

Lo inicia un 31 de diciembre de 1949 a la edad de 7
años al presentar por primera vez crisis convulsiva tónico
clónico, tipo gran mal, posterior a una ingesta exagerada-
de alimentos ameritando dos días de hospitalización. Pos-
terior a ésto se refiere que cuando el paciente presentaba
hipertermias, en ocasiones se desencadenaban las crisis, -
de menor tiempo de duración. En 1963 (a los 21 años), des
pués de sufrir el traumatismo cranecencefálico, su proble-
ma se exacerba, haciéndose las crisis más frecuentes, acom-
pañándose de pródromos - tales como mareos y vértigos y has-
ta después de dos años, cuando a su cuadro se agregan ausen
cias, acude con Médico, el cual encontró una exploración -
neurológica negativa, además fue visto por Neurología, en
donde se tomó E.E.G y se hizo el diagnóstico de Epilepsia-
Centro-encefálica con manifestaciones del lóbulo temporal.
A partir de esa se controló a base de 300 mg. diarios de -
difenilhidantoinato y 100 mg. de fenobarbital dos veces al
día.

En 1971 las ausencias y lagunas mentales son más largas y se acentuaban con cualquier tipo de emoción, fue entonces modificado su tratamiento por: carbamazepina 20 mg. 4 comprimidos al día; fenobarbital 100 mg. diarios y difenilhidantoína 300 mg. diarios, con el cual sigue hasta la fecha, lográndose controlar bastante bien, pues desde hace 6 meses no presenta convulsiones, desde hace 2 años, las lagunas mentales y las ausencias se presentan ocasionalmente y siempre desencadenadas por cualquier tipo de emoción.

ESTUDIO INTEGRAL DE LA FAMILIA

El paciente pertenece a una familia de origen y localización urbana; vive con sus padres, con su abuela materna con una hermana soltera y un hermano casado y con sus dos hijos.

Socialización: Sus relaciones y desenvolvimiento en general es bueno, sus deseos de progresar son evidentes, tiene una religión católica. Es afecto de tener amigos, le gusta bastarse por sí solo y si pudiera, le gustaría participar en algún deporte.

Status Economico: El ingreso mensual familiar lo aportan el padre, sus dos hermanos y él, pudiendo con ello solventar sus gastos indispensables además de tener un

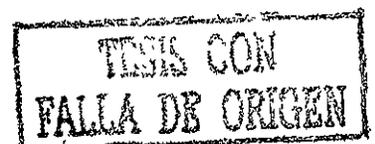
pequeño ahorro. Su mobiliario es moderno, de buena calidad y tienen artículos de primera necesidad, adquiriendo todo de contado.

Cultural: Le gusta la música, el teatro, la lectura de todo tipo, la pintura, el cine e incluso la madre llegó a participar como actriz.

Al paciente le gusta mucho su trabajo, y en cierta forma se siente mal debido a que tiene limitaciones en él pues primero desempeñaba el puesto de Portero de Pulman en F.C., que por los riesgos que implica el mismo, lo cambiaron a Recibidor de Boletos, pero en 1971 por las condiciones en que se encontraba por su padecimiento fue incapacitado en forma definitiva, por lo que solicitó a sus compañeros de trabajo, que le permitieran realizar ciertas actividades con ellos, aunque el trabajo que hiciera no fuera remunerado, motivo por el cual, sigue laborando con la esperanza de que se le vuelva a reinstalar.

Cuidado: Recibió alimentación adecuada desde su nacimiento. Actualmente su madre procura que su familia tenga una dieta balanceada además de un horario adecuado para tomar sus alimentos.

Cuenta con casa habitación rentada, con construcción-



de ladrillo, en buenas condiciones y con todos los servicios sanitarios, de luz, telefono, etc. Sus hábitos higiénicos son buenos, es un individuo metódico y persistente, cuida de su salud y acude con su médico cuantas veces es necesario siguiendo sus indicaciones y llevando su tratamiento como debe ser y sin olvidar tomarlo, pues esta conciente de que si lo abandona puede presentar las crisis. Tanto la familia como él, consideran que su padecimiento es hereditario y que es una enfermedad mental; creen que es curable y que el paciente puede realizar actividades de cualquier tipo.

Afecto: La familia siente que le resulta problemático tener un hijo epiléptico pero no niegan ante nadie su enfermedad. El se siente útil y querido por su familia, pero a la vez tiene momentos de depresión por falta de cariño por parte de su pareja, la cual refiere quererla pero su matrimonio no fue estable, pues la esposa cuando se casaron ya tenía 5 hijos, trabajaba y le gustaban reuniones sociales, por lo que a él casi nunca le prestó atención, en cierta forma lo rechazaba y lo olvidaba, por lo que solo duró dos años casado. Pese a esto ha querido superar su enfermedad, lográndolo casi en su totalidad, pues se desenvuelve como una persona normal y hasta le molesta que lo sobreprotejan, y en ocasiones hasta puede comportarse agresivo.

Comunicación: Cuando tiene problemas los comenta más con su madre, pero también con el resto de su familia con cierta reservación. Le gustan las reuniones familiares y participa activamente en ella. Nunca se inhibe para comentar sobre su padecimiento.

Código Legal Familiar: Aparentemente el padre es el que toma las decisiones pero pasa más tiempo en Veracruz, que es su lugar de origen que en su casa. En dicho lugar tiene una hija cuya madre falleció, pero fue aceptada por el resto de la familia sin hacer distinciones. Tratan de que haya comunicación entre toda la familia teniendo libertad de opinión y de expresión.

Reproducción: Nunca recibió orientación prematrimonial ni educación sexual. Tanto él como su esposa tuvieron experiencias sexuales premaritales, él cuando contrajo matrimonio tenía 37 años, y ella 34, era madre de 5 hijos y tenía Salpingoclasia, pero así la aceptó, solo vivieron juntos dos años, ella lo abandonó. En ese tiempo únicamente tuvieron relaciones sexuales en dos ocasiones de las cuales dice que las disfrutó.

SOCIODINAMIA DE LA FAMILIA

Se trata de una Familia Extensa, de localización Urbana, ocupación Obrera, con ciclo de Vida en la fase de Dis-

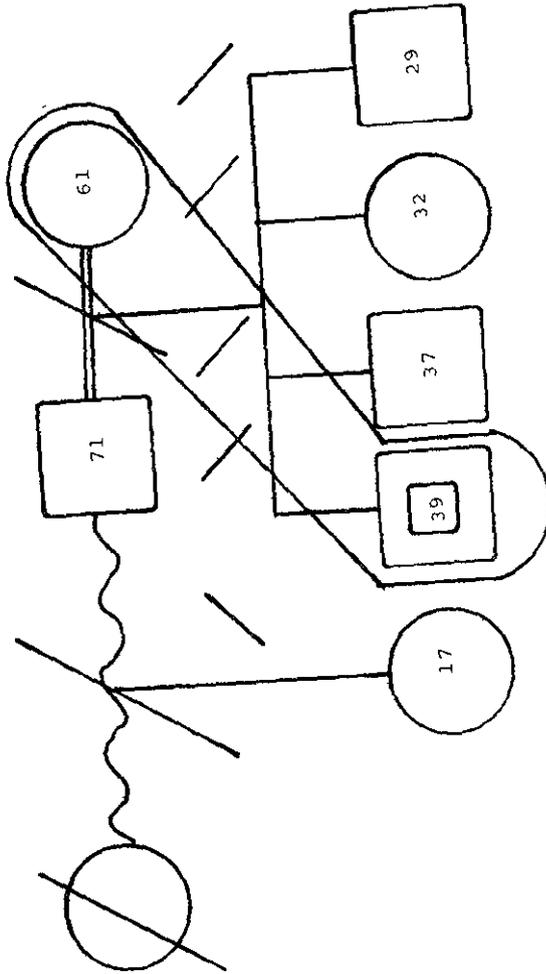
persión con un desarrollo Tradicional y Semi-integrada.

Los límites de la familia son claros. Su padre desempeña un rol de esposo proveedor, pasa mayor tiempo fuera de su casa, en Veracruz, que es su lugar de origen, en donde forma un subsistema filial con su hija, producto de relaciones extramaritales y cuya madre murió. Esta hija fue aceptada por su esposa y sus otros hijos y los vínculos con ella son rígidos. Aparentemente el padre es el que toma las decisiones pero en realidad la madre es la que desempeña esa función; además de que desempeña el rol de esposa madre y forma un subsistema filial con el paciente que juega un rol de chivo emisario y sus vínculos son claros. Es metódico y le desagrada que lo sobreprotejan. Tiene la esperanza de que se le vuelva a reinstalar en su trabajo.

Se casó cuando tenía 37 años y su esposa 34, la que tenía cinco hijos y ya le habían practicado salpingoclasia el paciente jugó un rol de sumiso y su esposa de dominante. Sus relaciones sexuales para él fueron satisfactorias, en dos ocasiones que las realizaron durante 2 años que duró su matrimonio, pero debido a la incompatibilidad de caracteres y expectativas diferentes en cuanto a su relación de

pareja, dicho matrimonio se disolvió, Esto ha hecho que el paciente se sienta segregado a parte de que el mismo se segrega y cursa con estados de depresión.

F A M I L I A 3



FAMILIA 4

Se trata de masculino de 45 años de edad, con los siguientes datos.

A.H.F.:

Un hijo de 15 años con I.Q. bajo, y una hija de 13 años con epilepsia.

A.P. NO P:

Fue producto de tercer embarazo el cual cursó aparentemente normal, no llevó control prenatal pero el parto fue eutócico, sin complicaciones y atendido en medio hospitalario. Ignoran el peso a su nacimiento, neonato inmediato normal. Tuvo alimentación al seno materno por un año y ablactación a los 6 meses. Su desarrollo psicomotriz fue normal. Tabaquismo negativo. Alcoholismo positivo desde los 17 años, llegando a la embriaguez cada 8 días y duraba tomando a veces hasta 15 días. Actualmente ingiere bebidas alcohólicas en forma ocasional. Sus hábitos higiénicos y dietéticos son más o menos aceptables. Escolaridad hasta tercero de primaria. Ocupación soldador. Estado civil: casado.

A.P.P.:

Tuvo un traumatismo craneoencefálico a la edad de 17 años, sufriendo contusión en región occipital con pérdida

del conocimiento en forma momentánea.

P.A.:

Lo inicia a la edad de 22 años, presentando contracciones tónico-clónicas, generalizadas, después de haber ingerido una gran cantidad de bebidas alcohólicas. Se le practicó su estudio general, de RX de cráneo y E.E.G., los cuales fueron normales. A partir de entonces se a base de difenilhidantoinato de sodio 200 mg. diarios y diazepam 10 mg. diarios. Sólo presenta crisis cuando suspende el medicamento y esto sucede cuando toma bebidas alcohólicas. Inicialmente lo hacía cada dos meses durante tomando de 8 y hasta 15 días. Ahora sólo es rara vez, por o que rara vez presenta las crisis.

ESTUDIO INTEGRAL DE LA FAMILIA

El paciente pertenece a una familia de localización y origen urbano al igual que sus padres. Es padre de familia, integrada por él, su esposa, un hijo entonado de 15 años de edad y 4 hijos más de 13, 11, 9 y 8 años de edad. Su esposa tiene 39 años.

Socialización: Es un individuo afecto a tener amigos

y a convivir con ellos en su trabajo y a veces en el deporte , pues ese ambiente le agrada más que el de su casa, que aunque sus relaciones con su esposa e hijos son buenas, es más rígido. Su religión es católica y sólo acuden a su culto en forma ocasional. Se desenvuelve como un individuo normal, sin sentir limitaciones en ningún aspecto, pero siempre evita comentar acerca de su enfermedad con sus amigos y en el trabajo.

Status Económico: Solo lo aporta él como padre de familia y corresponde al salario mínimo con un ingreso un poco mayor, porque trabaja con agrado. Ha querido superar su vicio del alcoholismo, y casi lo ha conseguido, para lo cual asistió a pláticas en el IMSS y en la Sociedad de Alcohólicos Anónimos.

Cuidado: Trata de llevar tanto para él como para su familia una dieta balanceada hasta donde sus posibilidades económicas se lo permiten. Vive en un departamento rentado, que esta construido de ladrillo y cuenta con todos los servicios.

Acude con su médico cuantas veces le es necesario, sobre todo si necesita de su medicamento, pues sabe que su

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

enfermedad solo se puede controlar así, que necesita tomar su medicamento de por vida y que si lo deja puede presentar convulsiones. Además piensa que su enfermedad es hereditaria y en cierta forma se siente culpable de que dos de sus hijos tengan, uno I.Q. bajo y la otra Epilepsia.

Afecto: Se siente querido y útil, en general lleva buenas relaciones con toda la gente. El hecho de que piensa que su padecimiento se hereda, es uno de los motivos por los que ya no desea tener más hijos.

Comunicación: Cuando tiene problemas los comenta con su esposa y a veces acude con su suegra. Ocasionalmente tiene reuniones familiares y participa activamente en ellas. Ante su familia no se inhibe para comentar acerca de su padecimiento. La comunicación con sus hijos es poca, pues es muy rígido, solo ocasionalmente les ayuda en sus tareas y su esposa es la que realmente les tiene todos los cuidados y atenciones.

Código Legal Familiar: El paciente es el que toma las decisiones, tenga ó no la razón, deja cierta libertad de opinión y expresión a su esposa. Cuando sus hijos comentan alguna falta los sanciona privándolos de actividades que les gustan.

Reproducción: No recibió orientación prematrimonial ni educa -

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ción sexual. Sí tuvo experiencias sexuales premaritales, de las cuales tiene un hijo de 15 años. Se casó cuando - tenía 34 años y su esposa 15 años, viviendo en amasiato - durante 3 meses y después se casó por el civil. Método - anticonceptivo con DIU desde hace 4 años.

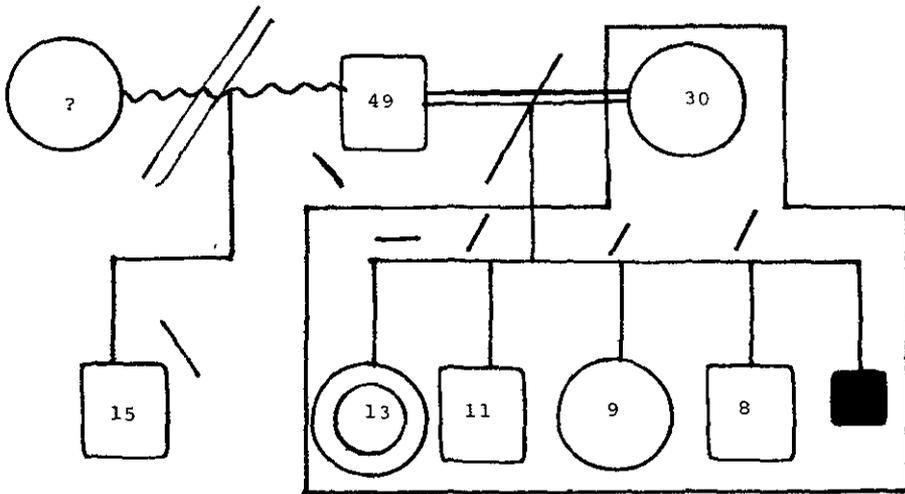
SOCIODINAMIA DE LA FAMILIA

La familia es de Composición Nuclear, localizada en medio urbano, ocupación obrera, con ciclo de vida en fase de dispersión, con un desarrollo tradicional y se encuentra integrada.

El paciente desempeña un rol de esposo proveedor dominante, y su esposa el de sumisa. Los límites en la familia son rígidos, dados por el vínculo del padre que se siente culpable de su enfermedad y de que tenga un hijo con I.Q. bajo y una hija también con epilepsia. Piensa que su padecimiento se hereda y recibe una orientación adecuada de su médico, lo que hace que ignore datos acerca de la epilepsia. Está consciente de que debe tomar su medicamento de por vida y de que si lo suspende presentará las crisis convulsivas; pese a lo anterior, en ocasiones suspende su tratamiento por darle preferencia a la ingestión-

de bebidas alcohólicas, haciéndolo ocasionalmente, pues le han sido de mucha utilidad las pláticas a las que asistió en el I.M.S.S. y en la Asociación de Alcohólicos Anónimos. Por lo mencionado anteriormente juega el rol de chivo expiatorio.

Los vínculos entre la madre e hijos son claros a excepción de su hijo entonado, con el cual los vínculos son rígidos y lo hacen que se segregue.

F A M I L I A 4

FAMILIA 5

Se trata de paciente femenina de 54 años de edad.

A.H.F.:

Tío materno fallecido, con problemas de epilepsia.

A.P. NO P.:

Producto de segundo embarazo del cual desconoce antecedentes, así como del parto y neonato. Alimentación actual: regular en cantidad y calidad. Inmunizaciones: ninguna. - Toxicomanías: negadas. Hábitos higiénicos: baño cada tercer día con cambio de ropa. Escolaridad: analfabeta. Ocupación actual: hogar. Estado civil: casada.

A.P.P.:

Traumatismo craneoencefálico con pérdida de conocimiento durante 24 hrs. a los 12 años de edad.

A.V.C. hace 10 años, dejándole como secuela hemiplejía derecha, de la cual se recuperó hace 4 años.

Antecedentes Gineco-obstétricos: Menarca: 11 años - Ritmo: 30 x 8 sin dolor. V.S.A.: 18 años. G: V, P:V. FUR: a los 50 años.

P.A.:

Iniciado desde hace 10 años cuando presentó por primera vez crisis convulsiva tónico-clónicas, previa presentación de "aura", mordedura de lengua, salivación espumosa y desviación ocular, sin pérdida del control de los esfínteres.

Controlándose en su inicio con Dizepam 1 x 1, difenilhidantoinato de sodio 1 x 3. Las crisis no cedían del todo, sin periodicidad ni ritmo. Hasta que remitieron por completo desde hace 4 años, con difenilhidantoinato de sodio 1 x 3 y carbamazepina 1 x 3.

Valorada por neurología quien corroboró el Dg. con el E.E.G.

ESTUDIO INTEGRAL DE LA FAMILIA

La paciente pertenece a una familia Nuclear, urbana, en fase de dispersión, tradicional, semi-integrada.

Familia compuesta por 5 miembros (padre, madre y 3 hijos cuyas edades respectivamente son: 55, 54, 28, 18 y 6).

Socialización: Tienen poca relación amistosa con la

gente que les rodea. Refieren "tenemos pocos amigos". -
No acostumbran hablar del padecimiento de la paciente por-
"pena", temen a la burla. Prefieren el "encierro". Se di-
cen son de religión Católica y acuden al culto frecuente -
mente.

Status: Económico: Ingreso total aportado por el -
padre, es inferior al sueldo mínimo. Egresos en su totali-
dad. Por lo cual no poseen ahorros y en caso de imprevis-
tos se ven en la necesidad de solicitar préstamos. Por -
medio del crédito han adquirido algunos aparatos eléctri-
cos. Carecen de propiedades (casa, terreno o auto etc.).

Cultural: Les agrada escuchar música de toda clase,-
ver televisión. La paciente se siente inútil, por lo cual
efectua algunas labores domésticas.

Cuidado: Refiere que su alimentación en su niñez no
fue la adecuada. Actualmente regular en cantidad y cali-
dad, sin horario adecuado.

Su casa habitación : Departamento pequeño que consta
de sala, comedor, una recámara y cocina. Cuentan con todos
los servicios. Se preocupa el resto de la familia de que
la paciente acuda al médico y que tome sus medicamentos, ya
que saben que su padecimiento no es curable, ni heredita -

rio, pero que si amerita control.

Afectos: La paciente refiere sentirse sola, rechazada por su propia familia; sin embargo para la familia no es problemático, pero si refieren negar el padecimiento de la paciente por "verguenza", temen a la "burla". La paciente no se siente útil y querida.

Reproducción: Nunca han recibido educación sexual. -
No han tenido control natal.

SOCIODINAMIA DE LA FAMILIA

La paciente identificada forma parte del subsistema conyugal presentando en este vínculos rígidos, ya que no han comunicación. Las relaciones afectivas con su esposo son satisfactorias y las sexuales nulas. Desempeña el rol de Esposa-madre, dominada o sumisa y depositante.

La paciente refiere sentirse rechazada por su propia familia, no tiene confianza de comunicar sus conflictos al resto de la familia, ni participa en la toma de decisiones.

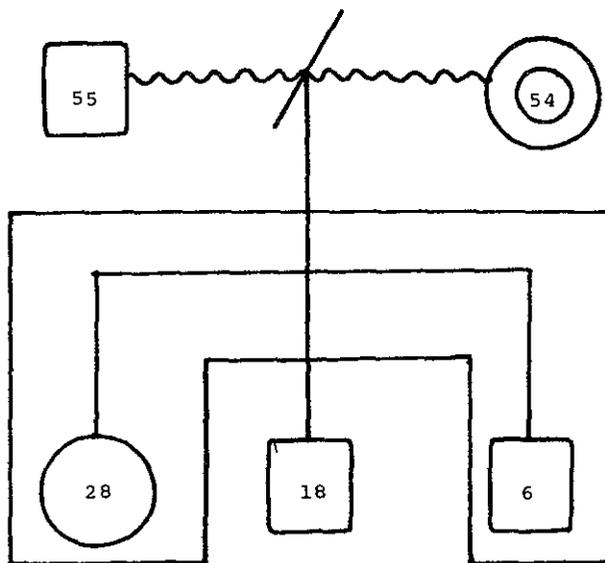
El esposo participa muy poco, él toma el rol de Esposo - proveedor, sin interesarse en las problemáticas familiares.

Existe un subsistema formado por los hijos mayor y -
menor que se segregan del resto de la familia.

En ocasiones la paciente utiliza su padecimiento para
sentirse sobreprotegida y apoyada y a veces le es útil -
para comunicarse.

Toda la familia ignora la causa del padecimiento de -
la paciente y se interesan poco por conocerla; sin embargo,
contribuyen en el control medicamentoso de la misma.

F A M I L I A 5



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FAMILIA 6

Se trata de paciente femenino de 16 años de edad con los siguientes datos:

A.H.F.:

Madre de 58 años con litiasis Vesicular e Insuficiencia Vascolar Periférica. Una hermana de 27 años con soplo funcional. Una prima con epilepsia.

A.P.NO. P.:

Producto del 13o. embarazo, el cual cursó aparente - mente normal bajo control prenatal, con parto eutócico a - tendido en medio hospitalario sin complicaciones, con peso al nacer de 3,300 grs., neonato inmediato normal. Tuvo - alimentación al seno materno durante 8 meses, ablactación - a los 3 meses, Su desarrollo psicomotriz fue normal. - Toxicomanías negativas. Hábitos higiénicos y dietéticos - aceptables.

Escolaridad: Primer año de preparatoria. Inmuniza - ciones: Esquema completo. Estado Civil: Soltera.

A.P.P.:

Tuvo traumatismo craneoencefálico a los 8 años de edad, sin haber pérdida de conocimiento. A.G.O.: Menarca - a los 12 años, ritmo 28 x 4. Nubil.

P.A. :

Lo inició a los 10 años de edad, presentando ausencias en número de 2-4 veces al día, las cuales se aumentaban en situaciones de stress, así como con la presentación de la menstruación, con duración de 5-10 segundos. Siendo vista por el servicio de Neurología donde se le corroboró el diagnóstico de Epilepsia de Pequeño Mal. Ha sido controlada a base de Etosuximida, con el cual las ausencias disminuyeron en número. Actualmente solo ocasionalmente las presenta.

ESTUDIO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Socialización: El lenguaje del paciente es de acuerdo a su edad. Los padres de la paciente esperan lo mejor para cada uno de sus hijos, esperando de la paciente realice su ideal que es el de ser aeromoza. Así como para los demás logren ser profesionistas.

Independientemente de su padecimiento le gusta relacionarse con los demás, aunque al prestar alguna ausencia, se angustia sintiendo "pena" ante sus amigos, ya que considera que no está bien que al estar entablando alguna plática presente este tipo de manifestaciones, sin embargo, les pone en conocimiento a sus amigos de su padecimiento. Estando consciente de que este desaparecerá en la pubertad o en la edad adulta. De ahí el esfuerzo por seguir estudiando ya que durante un año estuvo sin hacerlo, en parte por

impedimento de su madre, quien se preocupaba de que presentara alguna ausencia en la calle o en la propia escuela.

Sin embargo ingresó a una escuela preparatoria de paga, influyendo esto positivamente, ya que aquí tiene oportunidad nuevamente de relacionarse con personas de su misma edad.

La familia practica la religión Católica, asistiendo a la iglesia semanalmente.

Status Económico: El ingreso económico por parte del padre es de \$3,000.00, aportando 2 de los hijos 16,000.00-pesos mensuales lo que equivale a 19,000.00.pesos mensuales. Utilizando parte de esto para invertirlo en la educación de los hijos alimentación y una proporción para ahorro. El moviliario que poseen es moderno, constando de todas las comodidades, adquiriendolo al contado.

Cultura: En cuanto a recreación, gusta de la música-moderna, así como del cine, acostumbra leer revistas, libros, lecturas populares, etc. Se siente satisfecha con la actividad que realiza.

Afecto: Se siente querida, útil y necesaria en la familia.

familia, agradándole las personas que le rodean. Por tal motivo existe adecuada comunicación con su familia en especial con su madre, quien le confía sus problemas e inquietudes. No así con su padre, a quien considera demasiado rígido y drástico, por lo que no hay mucha confianza, lo que se refleja cuando ella quiere emitir algún comentario o sugerencia ante la presencia de su padre, el cual respeta y obedece, aunque en ocasiones no este de acuerdo con su modo de pensar y de proceder.

La madre de la paciente la protege, preocupándose por que tome sus medicamentos, además de acompañarla a las citas, así como por el futuro de ésta. Las relaciones con sus hermanos son adecuadas existiendo una comunicación funcional, en ocasiones preocupándose por lo que le pasa a la paciente.

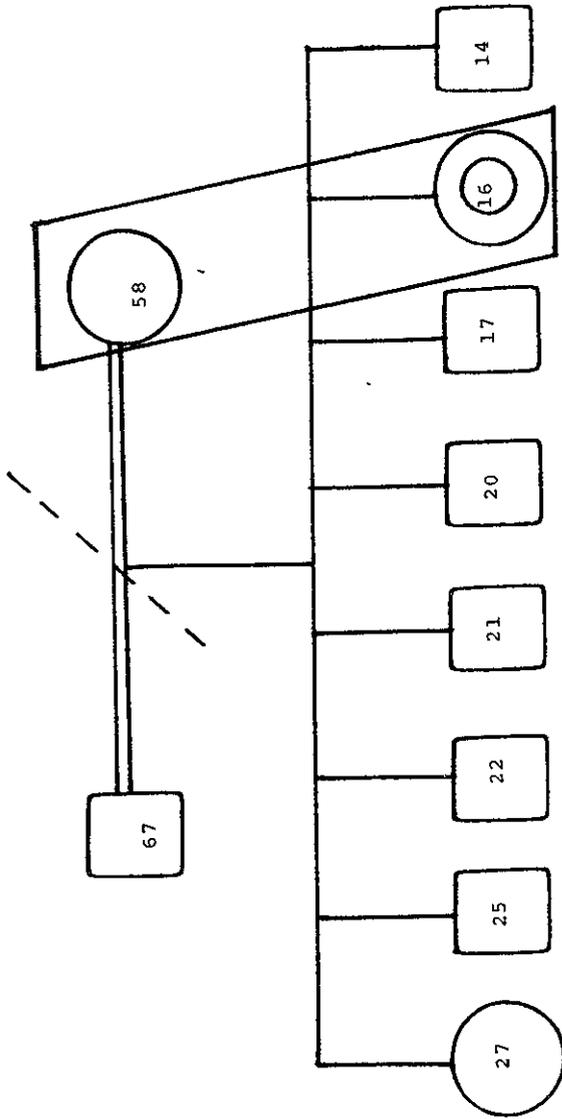
SOCIODINAMIA FAMILIAR

Se trata de una familia de composición Nuclear, localizada en medio urbano, ocupación obrera y profesional, con ciclo de vida en fase de dispersión, con un desarrollo tradicional y se encuentra integrada. La paciente es la 13a. hija, la cual convive con 7 hermanos formando un subsistema filial con la madre, con quien tiene confianza, ya que ésta se preocupa por su enfermedad y por su bienestar por lo tanto, hay una comunicación funcional entre ambas.

Existe un vínculo rígido con el padre a quien no le tiene la suficiente confianza para comentarle sus problemas e inquietudes, sin mostrar este aparente preocupación por el padecimiento de la paciente. Esta desempeña el rol de hija, hermana,; siendo generalmente sumisa ante las imposiciones del padre, mostrando ocasionalmente rebeldía e inconformidad ante éste.

La paciente se siente útil y necesaria, agradándole las personas que la rodean, gustándole la actividad que desempeña. Ella esta conciente de que su padecimiento se curará por lo que lleva a cabo todas las indicaciones de su médico.

F A M I L I A 6



FAMILIA 7

Se trata de paciente masculino de 36 años de edad con los siguientes datos:

A. H. F. :

Madre hipertensa, una hija de 5 años con aparente sople funcional.

A.P. NO. P.:

Se ignora que gesta fue y la evolución del embarazo . tuvo alimentación al seno materno por 8 meses y ablactación a los 3 meses. Con buen desarrollo psicomotor. Tabaquismo desde los 16 años, desde hace un año consume hasta 2 cajetillas al día. Alcoholismo ocasional. Sus hábitos-higiénicos y dietéticos son regulares. Escolaridad hasta 4o. año de primaria. Ocupación Pensionado. Estado Civil, Casado.

A.P.P.:

Sufrió traumatismo craneoencefálico a los 13 años lo que ameritó hospitalización durante 45 días en el C.M.N. Apendicectomía a los 15 años de edad.

P.A. :

Lo inicia a los 13 años presentando contracciones tónico-clónicas, generalizadas con pérdida de conocimiento.

Siendo visto por el Servicio de Neurología, donde se le diagnosticó Epilepsia de gran mal. Ha sido controlado a base de difenilhidantoinato de sodio, sin embargo, continúa presentando las crisis, precedidas de pérdidas de la sensibilidad, laterización derecha, cefalea, habiendo actualmente relajación de esfínteres.

ESTUDIO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Socialización: El lenguaje del paciente es de acuerdo a su edad, sin embargo en ocasiones presenta disartría. El paciente espera que sus hijos lleguen a ser profesionales sin especificar que tipo. Este generalmente se encuentra angustiado, decepcionado e incapacitado cuando a su padecimiento del cual manifiesta que lo está dejando inútil e impotente, tomando una actitud indiferente, alejándose de los demás. Cuenta con algunos amigos a los cuales no le gusta hablar sobre su padecimiento, del cual ignora por completo a qué se debe y qué evolución puede tener. De tal forma y a pesar de todo continúa teniendo esperanza de su recuperación.

La familia practica la religión católica, acudiendo esporádicamente a la iglesia, esta de acuerdo con la educación sexual.

Status Económico: El ingreso económico lo aporta solo él ayudándose en la atención de una miscelánea, con lo que el ingreso es de aproximadamente \$4,700 pesos mensuales. - El moviliario que poseen se encuentra en buenas condiciones contando solo con lo necesario e indispensable adquiriéndolo a crédito. (televisión, licuadora, plancha, estufa.).

Cultura: En cuanto a recreación gusta de la música - tropical, ranchera, acostumbrado a leer revistas populares y ha realizar dibujos.

Afecto: El paciente se siente solo, inútil, existiendo poca comunicación con su esposa y sus hijos ya que debido a su padecimiento ha perdido autoridad para someter a éstos, de los cuales dice que son irrespetuosos, sarcásticos e irresponsables por lo que no existe una buena relación con ellos.

Lo mismo ocurre con su esposa con la que las relaciones son malas ya que constantemente están disgustados, refiriéndo ella que solo lo soporta por sus hijos, manifestando además que en ocasiones se comporta agresivamente sobre todo durante el tiempo en que una ocasión trabajó, ya que debido a sus celos tuvo que abandonar su trabajo.- Debido a todo lo anterior cada vez tiene más temor, ya que manifiesta que esta agresividad se está acentuando ,

tanto con sus hijos como con ella. Las relaciones sexuales entre ambos son inadecuadas según refiere el paciente.

Las decisiones las toma aparentemente el paciente, sin embargo la esposa es quien las lleva a cabo.

Reproducción: La pareja recibió orientación prematrimonial, teniendo relaciones sexuales previas, siendo la Unión Civil-Religiosa, llegando a procrear 7 hijos, controlándose a través del método definitivo (Salpingoclasia)

SOCIODINAMIA FAMILIAR

Se trata de una familia de composición nuclear, localizada en medio urbano, ocupación obrera en fase de dispersión, integrada y tradicionalista.

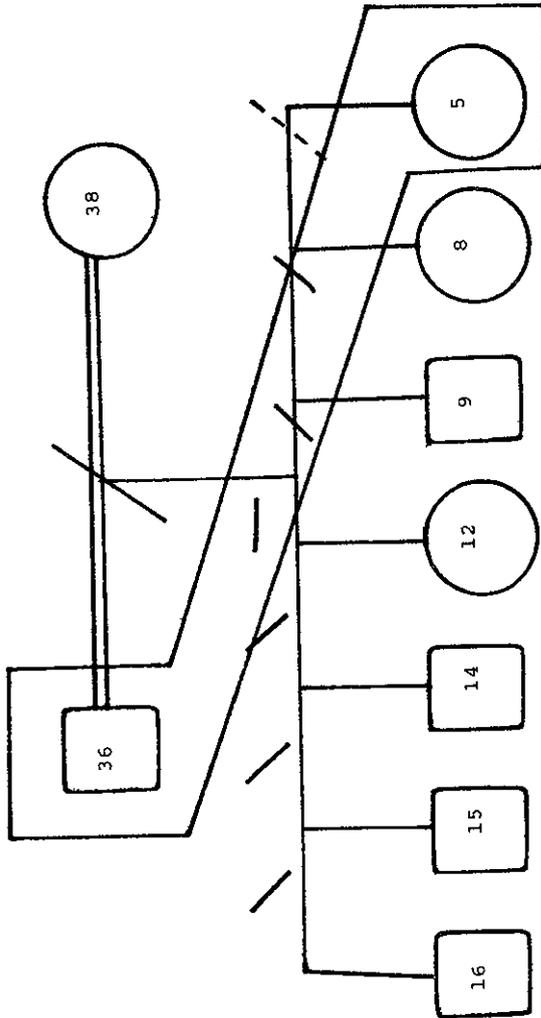
El paciente forma parte del subsistema conyugal, así como un subsistema filial. Desempeñando el rol de esposo-compañero, proveedor, chivo expiatorio y depositario.

Existiendo mala complementariedad entre la pareja, por lo cual hay desconfianza e inseguridad de tal forma ocasionando una inadecuada comunicación. Las relaciones sexuales y afectivas son insatisfechas habiendo un vínculo rígido entre ambos.

El paciente aparentemente toma las decisiones, siendo la esposa la que en un momento dado sea quien decida. Esta toma el rol de esposa compañera y líder.

Este se siente necesario para la familia, ya que su angustia en ocasiones es no darle lo suficiente económicamente. Forma además un subsistema filial con su hija de 5 años, de quien dice que es la más obediente. El paciente ignora todo lo referente a su padecimiento; sin embargo, sigue las indicaciones del médico. Cuenta con algunos amigos con los cuales no le gusta hablar de su padecimiento. La dinámica de la familia esta alterada, ya que el paciente en ocasiones se siente inútil, segregado, incapacitado y rechazado, repercutiendo en la relación con su esposa e hijos a quienes trata agresivamente, lo que trae como consecuencia rebeldía y desobediencia por parte de estos.

F A M I L I A 7



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FAMILIA 8

Se trata de una paciente femenina de 28 años de edad con los siguientes datos:

A.H.F. :

Una hermana de 40 años de edad, con antecedentes de -
Fiebre reumática, actualmente con cardiopatía. Esposo con
Gástritis Crónica.

A.P. :

Desconoce los antecedentes de su nacimiento y del em-
barazo, solo refiere que el parto fue atendido en domicilio
por empírica. Siendo producto de 10 embarazos y del 7o. -
parto. Su madre le refiere haber sido un parto prolongado.

Su alimentación actual es suficiente en calidad y -
cantidad. Desconoce su desarrollo psicomotriz. Inmunica-
ciones completas. Niega toxicomanías. Hábitos higiénicos
normales. Escolaridad analfabeta. Ocupación vendedora. -
Estado Civil: unión libre.

A.P.P. :

Padeció enfermedades de la infancia, a la edad de 12
años presentó parasitosis intestinal (helminthiasis). Ant_
cetentes quirúrgicos: Salpingoclasia en 1977. Antecedentes
Gineco-Ostetricia: Menarca a los 14 años; ritmo 28 x 3; VSA
16 años; G V; P III; A II, C O.

P. A. :

Lo inicia a la edad de 13 años de edad, al presentar en forma espontánea parestesia en brazo derecho, al estar efectuando labores domésticos y posteriormente presenta convulsiones tónico-clónicas generalizadas, acompañándose de sialorrea y mordedura de lengua; posteriormente se presentaron con una frecuencia de 3 al día.

Fue vista por médico facultativo prescribiendo difenilhidantoinato de sodio, cediendo las convulsiones, siendo de una frecuencia de cada 3 meses. El tratamiento se suspendió y nuevamente se volvieron a presentar 3 veces al día e inmediatamente se reinstaló el tratamiento. Refiere que durante sus tres embarazos se presentaron las convulsiones

Fue valorada por el Servicio de Neurología en donde se le diagnosticó Epilepsia tipo gran mal corroborando por medio de Electro-encefalograma; se le prescribió difenilhidantoinato de Sodio y posteriormente se substituyó por Fenobarbital 3 veces al día; terapéutica que hasta la fecha se administra.

Refiere que al suspender el tratamiento presenta cefalea así como parestesia en brazo derecho.

ESTUDIO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Se trata de una familia de localización y origen urbano, a excepción de la madre cuyo origen es rural. Se encuentra integrada por: padre, madre, dos hijas y un hijo.

Socialización: El lenguaje de los niños es adecuado para su edad. Los padres esperan que estudien hasta la profesional. Los hijos juegan con niños de su edad y cuando llega una persona extraña se acercan a ella.

Las relaciones del padre con sus compañeros de trabajo son regulares, pues no le gusta el trabajo que desempeña. Creen tener suficientes amigos. Practican la religión Católica acudiendo al culto religioso esporádicamente.

La paciente refiere que no le gustaría que sus amigos supieran de su padecimiento, pero que cuando hay oportunidad o le preguntan sobre éste, ella habla de ello sin decir que lo padece. Participa en los problemas de la familia al igual que en las reuniones familiares. Se siente indispensable en la formación familiar.

Status económico: El ingreso total mensual es de \$13,500.00, aportando por el padre \$9,500.00 y por la madre \$4,000.00, suficiente para cubrir sus necesidades básicas. Como patrimonio familiar únicamente cuentan con el -

moviliario de su casa y una motocicleta.

Cultura: Acostumbran la música ranchera y tropical, ocasionalmente leen el periódico y lectura popular.

Cuidado: Al nacimiento, sus hijos recibieron leche - al seno materno. La ablactación se inició al año 6/12 de edad, con frutas y verduras. Actualmente alimentación - suficiente en cantidad pero deficiente en calidad. Viven en una vecindad, rentan 2 cuartos de adobe, uno se utiliza como cocina, sala y comedor, el otro como recámara. El - baño es colectivo, tiene drenaje, luz, agua potable de toma pública.

Su higiene es regular acostumbran el baño y cambio de ropa cada tercer día.

Esporádicamente se enferman de amigdalitis, recurriendo al médico en caso necesario. Todas las inmunizaciones se les han aplicado a los niños. En relación a su padecimiento, la paciente desconoce si la epilepsia sea enfermedad mental; pero cree que su padecimiento se deba a un - traumatismo craneoencefálico. Sabe que si no abandona su tratamiento las crisis convulsivas pueden remitir, por lo que su familia coopera en la administración de estos medicamentos. Tiene un conocimiento general acerca de su padecimiento tanto la paciente como la familia.

Afecto: La paciente se siente útil y querida, así como necesaria en su familia, se cree agradable a los demás, pero no le simpatizan las personas que la rodean como lo son algunas vecinas.

El padre participa en la educación de sus hijos dedicándoles 5 minutos diariamente para jugar. Existe buena comunicación en la familia, refiriendo que las relaciones con los hijos y entre los hermanos son buenas.

Código Familiar: Existe libertad de opinión y expresión, las decisiones las toma el padre y cuando los miembros comentan alguna falta les reprende ó golpea.

Reproducción: No recibieron orientación prematrimonial ni educación sexual, no tuvieron experiencias previas al matrimonio. La edad del esposo al contraer matrimonio fue de 18 años y la de la esposa de 15. El tipo de unión es libre. A la paciente se le efectuó salpingoclasia indicada por el médico.

No creen que su padecimiento sea hereditario, por lo que tuvieron tres hijos que coincide con el número deseado, sin temor a que ellos padezcan epilepsia.

Concepto de P.P.F.: Tener el número de hijos deseados.

Concepto de Paternidad responsable: Educar y atender a los hijos.

SOCIODINAMIA FAMILIAR

Se trata de una familia de composición nuclear, urbana, de ocupación obrera, en fase de dispersión con desarrollo moderno y bien integrada.

Es una pareja complementaria con 3 hijos y con expectativas hacia el futuro.

Tienen convivencia adecuada a el núcleo familiar, - siendo la autoridad máxima el padre, participando activamente la madre, jugando un rol de esposa, madre, colaboradora y ocasionalmente como chivo expiatorio.

La paciente refiere sentir agradecimiento al esposo, - ya que desde el inicio de su enfermedad se mostró colaborador en su tratamiento, ocasionalmente al enfrentar discusiones; el esposo exterioriza su ayuda y por medio de esto impone su autoridad; sintiéndose la paciente reprimida y manipulada, obligada a cumplir sus obligaciones de esposa.

Los hijos desconocen la enfermedad de la paciente y - se muestran obedientes y cariñosos y en algún momento -

desobedientes a los mandatos de los padres. Acuden a la escuela, cumpliendo adecuadamente en sus tareas, así como brindan ayuda en las labores domésticas. Sus relaciones sexuales las mencionan como satisfactorias en general.

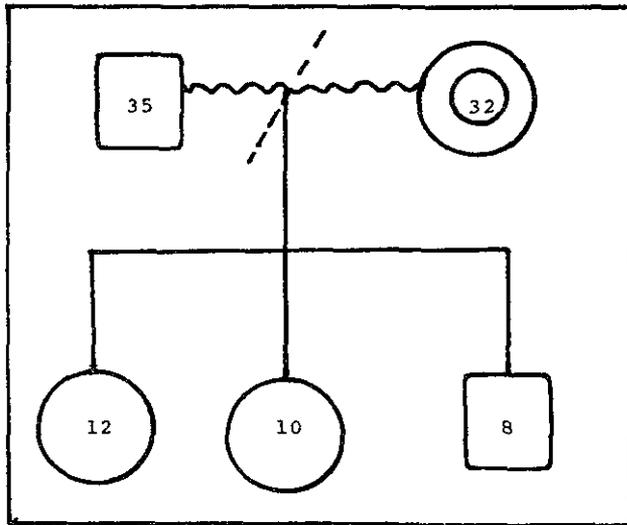
Es una familia que actúa ante su problemática aglutinándose y tienen un gran sentido de pertenencia.

Forma un subsistema conyugal el padre y la madre y los hijos un subsistema fraterno, funcionando adecuadamente con vínculos bien claros.

La paciente es una persona activa, positiva, que se muestra agradable y con gran expectativa al futuro. Actualmente acude a una escuela nocturna y refiere que le gusta superarse.

Generalmente no suspende su tratamiento y cuando lo ha hecho ha sido por falta de recursos económicos.

F A M I L I A 8



FAMILIA 9

Se trata de paciente femenina de 28 años de edad con los siguientes datos:

A.H.F. :

Padre de 53 años de edad con Enfisema Pulmonar, actualmente en tratamiento. Tío materno diabético. Abuelo materno fallecido por C. A. de próstata. Abuelo paterno fallecido de Infarto al miocardio. Tío paterno con antecedentes de haber padecido crisis convulsivas de vías urinarias.

A. P. NO. P.:

Fue producto del segundo gesta embarazo de 40 semanas parto eutócico atendido en domicilio; respiró y lloró inmediatamente al nacimiento. Desarrollo psicomotor normal.

Alimentación actual suficiente en calidad y cantidad. Inmunizaciones completas. Niega toxicomanías. Sus hábitos higiénicos son adecuados. Escolaridad primer año de medicina. Ocupación actual: hogar, Estado Civil: casada.

A. P. P.:

Padeció enfermedades propias de la infancia. Presentó Hepatitis post-transfusional en junio de 1981. Antecedentes Quirúrgicos: Apendicectomía en marzo de 1981; Amigdalectomía a los 6 años.

Antecedentes Transfucionales: Positivos en marzo de 1981 (1 lit.).

Antecedentes Traumáticos: Positivos a la edad de 8 años sufrió traumatismo craneoencefálico sin presentar pérdida de conocimiento.

P. A.

A los 15 años de edad, al estar en la escuela, en forma espontánea presentó convulsiones tónico-clónicas, sialorrea y mordedura de lengua y que posteriormente se presentaron con una frecuencia de 5 al año; tiempo en el cual estuvo en tratamiento con carbamazepina y manteniéndose asintomática durante 3 años en los cuales suspendió el medicamento. Nuevamente vuelve a presentar crisis convulsivas posteriormente a su primer parte, reinstalando la terapéutica indicada, a base de carbamazepina 1 x 3 medicamentos que hasta la fecha se administra.

Fue valorada por el Servicio de Neurología el cual diagnosticó Epilepsia Tipo Gran Mal, diagnóstico corroborado por medio de Electroencefalograma.

ESTUDIO INTEGRAL DE LA FAMILIA

La paciente pertenece a una familia de origen y localización urbana; vive con su esposo y con sus dos hijos.

Socialización: Sus relaciones, desenvolvimiento y adaptación en general es adecuada. Tiene deseos de educar y cuidar adecuadamente a sus hijos. La religión que practican es la católica. El resto de la familia piensa que la paciente tiene suficientes amigos, y al comentarle o preguntarle acerca de su padecimiento ella habla o comenta de ello.

Refiere que de ser posible le gustaría participar en algun deporte.

Status Económico: El ingreso mensual total es de \$21,000.00 aportado unicamente por el padre, siendo suficiente para cubrir sus necesidades básicas; asi como para sus diversiones y ahorros.

Patrimonio Familiar: Cuenta con casa propia, un terreno, automovil y mobiliario indispensable del hogar. Todo lo han adquirido a crédito y al contado.

Cultura: Acostumbran la música popular y ocasionalmente acuden a el cine. El tipo de lectura es el periódico y revistas.

Cuidado: El tipo de alimentación que recibieron los

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

niños al nacimiento fue a base de leche industrializada. - La ablactación se inició al mes de edad. La alimentación que reciben actualmente es suficiente en calidad y cantidad, siendo 3 comidas a el día.

El tipo de casa es propia, cuentan con tres recámaras, baño, comedor, cocina y sala. Tiene el servicio de drenaje, luz eléctrica y agua potable. Sus hábitos higiénicos son buenos, acostumbra el baño diario y cambio de ropa - respectivamente, lavado de manos 4 veces al día. Acostumbra acudir al médico esporádicamente solo cuando lo necesitan, los esquemas de inmunizaciones estan completos en los niños.

La paciente acude al médico cuantas veces sea necesario, siguiendo las indicaciones y llevando su tratamiento adecuadamente, los 3 años que fue suspendido se debió a falta de organización. Asimismo tiene conocimiento de que si abandona el tratamiento podían presentarse nuevamente las crisis convulsivas. La paciente cree que su enfermedad se debe a un traumatismo craneoencefálico, y que no es curable, piensa que puede realizar actividades de cualquier tipo.

Afecto: Todos los integrantes de la familia se sienten útiles, necesarios y queridos en la familia, especial-

mente la paciente. Les agradan las personas que los rodean al igual que se sienten agradables a los demás.

Comunicación: Cuando tienen problemas acuden con los abuelos paternos y maternos. Acostumbran comunicarse sus problemas a nivel familiar. Organizan reuniones familiares cada 8 días. Diariamente dedican a sus hijos 30 min. para jugar. El padre participa en una forma mínima en la educación de los niños. Las relaciones entre esposo e hijos respectivamente son adecuadas.

Código Legal Familiar: Las decisiones familiares las toma el padre existiendo libertad de opinión y expresión. Cuando alguien comente una falta se le castiga y se le llama la atención.

Reproducción: No recibieron orientación prematrimonial ni educación sexual. No tuvieron experiencias sexuales previas al matrimonio. La edad del padre al contraer matrimonio fue de 19 años y de la madre también. El tipo de unión es civil y religioso. Al esposo se le efectuó la vasectomía. El número de hijos deseados coincide con el número real que es de dos. Ambos partos atendidos en medio hospitalario. Las relaciones sexuales son satisfactorias. El concepto de Planificación Familiar es tener los hijos deseados para vivir bien. El concepto de Paternidad Res -

ponsable es: dar todo a los hijos para educarlos y darles-
lo indispensable para vivir.

Se trata de una familia nuclear, de localización urba-
na, de ocupación obrera, con ciclo de vida en fase de dis-
persión, con desarrollo tradicional bien integrada.

SOCIODINAMIA FAMILIAR

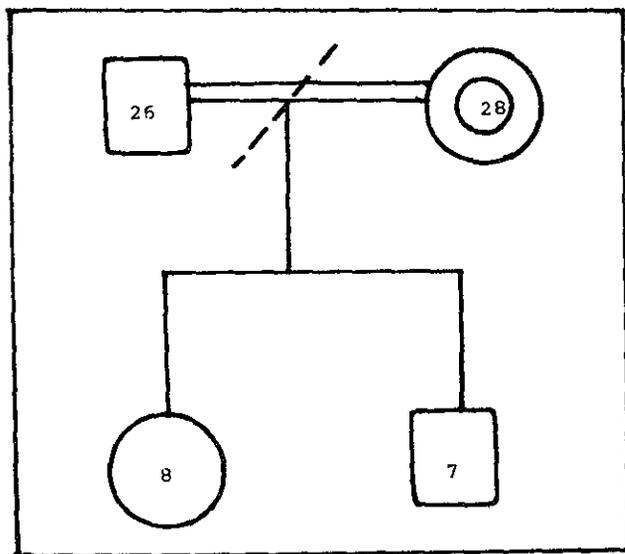
Se trata de una pareja complementaria con dos hijos -
teniendo expectativas hacia el futuro.

Las decisiones las toma únicamente el padre; funcio-
nando la madre como esposa-madre, con el rol ocasionalmen-
te de chivo expiatorio y generalmente siendo sumisa.

Los hijos acuden a la escuela, cumplen adecuadamente -
en sus tareas y son obedientes y cariñosos.

La paciente se muestra activa y colaboradora con el -
resto de la familia, sintiéndose útil, querida e indispen-
sable. En el área sexual sus relaciones son satisfactori-
as. Los padres se comunican diariamente, comentan sus pro-
blemas y los resuelven en com´un acuerdo con predominio de
las decisiones del padre, formando un subsistema conyugal-
funcionando adecuadamente con vínculos claros.

Los hijos forman un subsistema fraterno, funcionando-
adecuadamente con límites bien definidos.

FAMILIA 9

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FAMILIA 10

Se trata de paciente masculino de 34 años de edad con los siguientes datos:

A. H. F. :

Una hermana con crisis tónico-clónicas, siendo controlada en el H. Psiquiátrico Fray Fernando Alvarez. Un hermano de 50 años con cardiopatía no específica.

A. P. NO P.:

Producto del 4o. embarazo el cual cursó aparentemente normal, no llevó control prenatal siendo el parto eutócico, sin complicaciones, atendido en medio hospitalario. Se ignora el peso al nacer, con neonato inmediato normal. Tuvo alimentación con leche maternizada y ablactación a los 4 meses. Su desarrollo psicomotriz fue normal. Tabaquismo desde los 10 años llegando a consumir una cajetilla diaria. Alcoholismo positivo durante 15 años, llegando a la embriaguez ocasionalmente. Sus hábitos higiénicos dietéticos son malos. Escolaridad: hasta 4o. año de primaria. Ocupación: Pensionado. Estado Civil: Divorciado. Inmunizaciones: Esquema completo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A. P. P. :

Hospitalizado durante 7 días en 1976 por crisis tónico-clónicas.

P. A. :

Lo inició hace 6 años presentando hemiparesia derecha, focalizada, acompañándose posteriormente de crisis tónico-clónicas generalizadas en número de 2 en 24 hrs. Fue visto por el servicio de neurología donde se le corroboró Epilepsia tipo Gran Mal. Ha sido controlado a base de difenilhidantoinato 1 x 3 y diazepam.

Actualmente las crisis han disminuido en número e intensidad, aumentando en número en situaciones de stress.

ESTUDIO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Socialización: El lenguaje del paciente es de acuerdo a su edad. Las aspiraciones del paciente respecto a sus hijos son mínimas ya que espera terminen por lo menos de estudiar la secundaria, ignora que quiere que sean después de esto.

Las relaciones con sus amigos son adecuadas, sin embargo tienen pocos amigos, ellos saben del padecimiento y de los problemas que lo aquejan, sin embargo convive poco con ellos.

Respecto a su padecimiento ignora a qué se debe éste - la evolución que va a tener y que puede tener. Refiere - que en realidad no sabe, ya que no se le ha dado alguna - orientación por tal motivo, se siente angustiado e incapacitado. Desempeña la actividad de vendedor ambulante, refiriendo que de algún modo tiene que "ganarse la vida". - Esto a la vez le sirve de distracción y le hace sentirse - útil.

La familia practica la religión Católica, asistiendo - a la iglesia esporádicamente.

Status Económica: El ingreso económico que aporta el paciente es de \$3,200 pesos, utilizando parte de esto para la educación de sus hijos.

El mobiliario que posee es rudimentario contando - solo con lo necesario (plancha, cama, estufa de petróleo), encontrándose en malas condiciones; todo lo ha adquirido a crédito.

Cultura: Acostumbra a leer la Biblia, generalmente - acude a Alcohólicos Anónimos una vez por semana. La actividad que desempeña le es agradable, ya que esto le permite tener más amigos y a sentirse útil.

Afecto: El paciente se siente solo, segregándose de lo cual refiere que no quiere molestar a nadie en especial a su hermana, quien es la única que lo protege, brindándole su ayuda, así como lo indispensable. El vive en la casa de ésta, la cual se preocupa por él lo que en ocasiones trae problemas con su esposo, quien es una persona muy negativa y autoritaria. Estos problemas se acentúan más cuando los hijos de el paciente asisten en la casa, ya que estos están en un internado. Las relaciones con éstos son malas, refiriendo el paciente que no lo obedecen y que son muy inquietos, lo que genera más conflicto

Los hijos fueron procreados de su matrimonio, el cual se disgregó hace año y medio, debido a que la esposa lo abandonó dejándole los hijos, de ahí aumentaron los problemas para el paciente, el cual se dedicó a beber, exacerbándose más su padecimiento. Actualmente al parecer ya quedó olvidado.

Hay poca comunicación con sus hijos y con su hermana; cuando tiene problemas no los comunica sino que se aísla.

Generalmente las decisiones las toma su hermana y muy ocasionalmente él. No recibió orientación ni educación sexual. Se casó a los 24 años siendo la unión civil religiosa, las relaciones sexuales fueron insatisfechas.

SOCIODINAMIA FAMILIAR

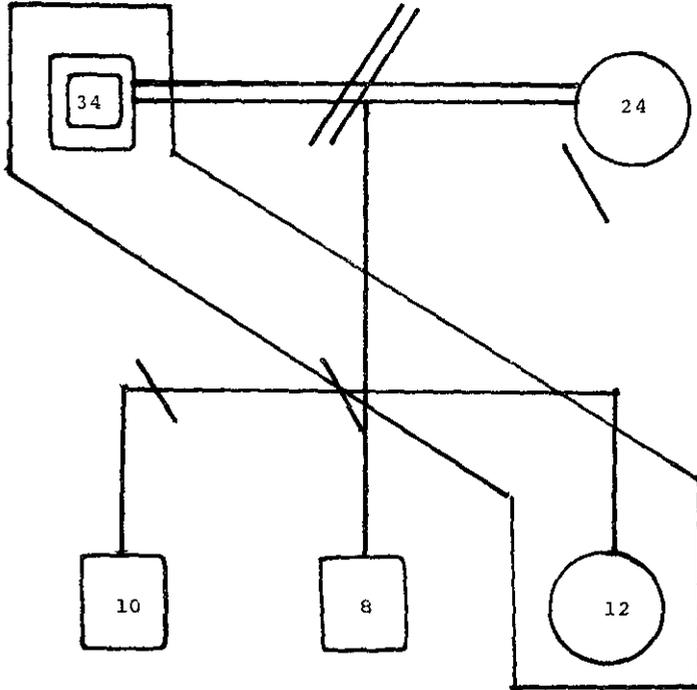
La familia es de composición Nuclear, localizada en medio urbano, ocupación obrera, con ciclo de vida en fase de dispersión tradicionalista.

Se trata de una familia desintegrada, sin expectativas a el futuro, de los cuales unicamente el paciente funciona como padre y madre apoyado por una hermana; acudiendo los hijos a un internado, conviviendo unicamente los fines de semana y vacaciones.

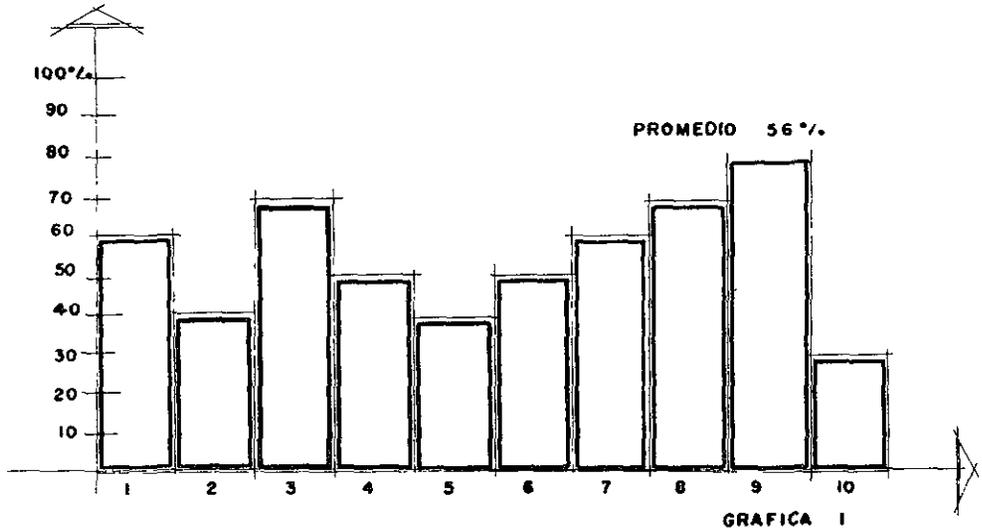
El padre forma subsistemas fraterno y filial con la hija y los otros dos hijos forman otro más. Existiendo vínculos rígidos entre ambos. El rol que desempeña el paciente es el de chivo expiatorio depositario. Este se siente solo, rechazado, con un gran sentido de minusvalencia y segregado. Ignorando completamente todo lo referente a su padecimiento.

Las decisiones las toma la hermana y ocasionalmente el paciente. La comunicación con sus hijos es inadecuada, ya que refiere que son rebeldes y desobedientes, no así su hija quien es todo lo contrario y es quien le ayuda a las tareas de la casa. La relaciones con sus amigos son adecuadas.

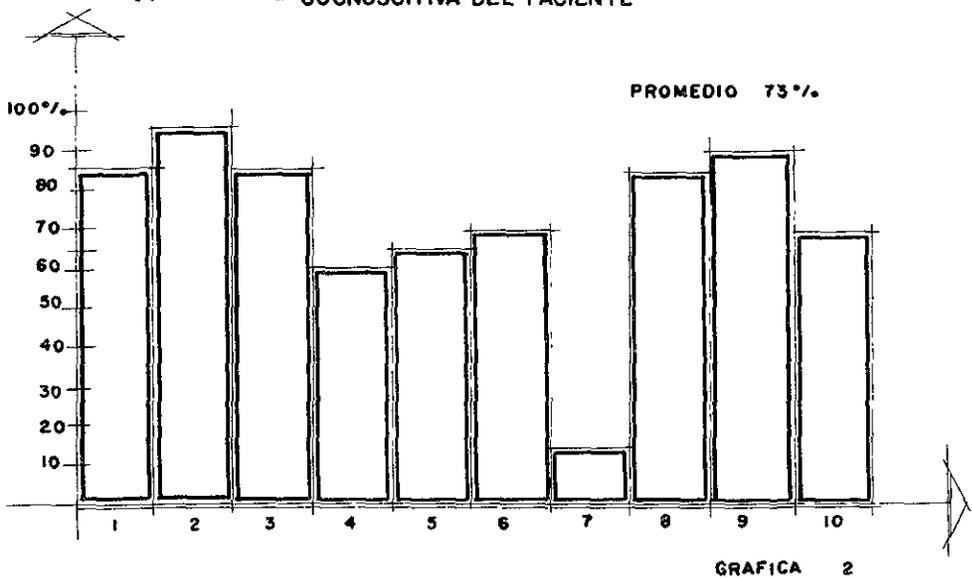
F A M I L I A 10



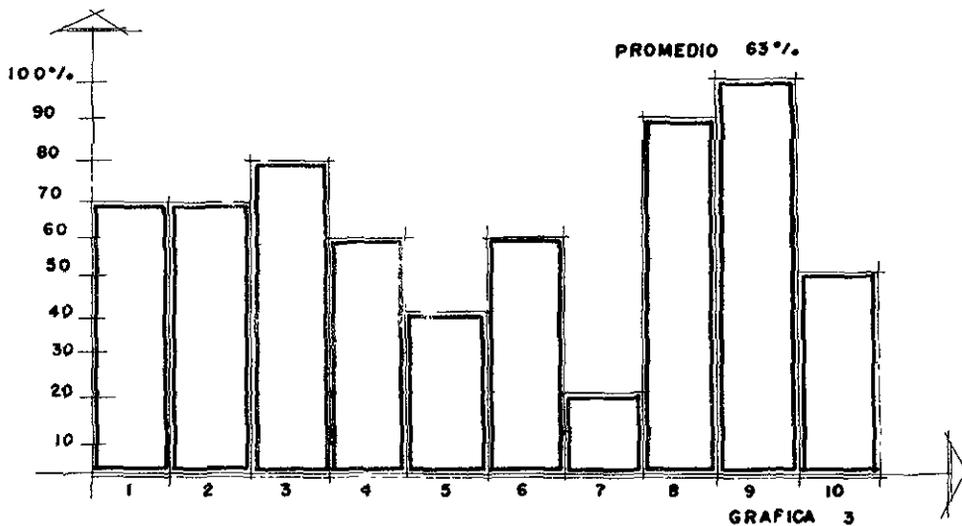
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



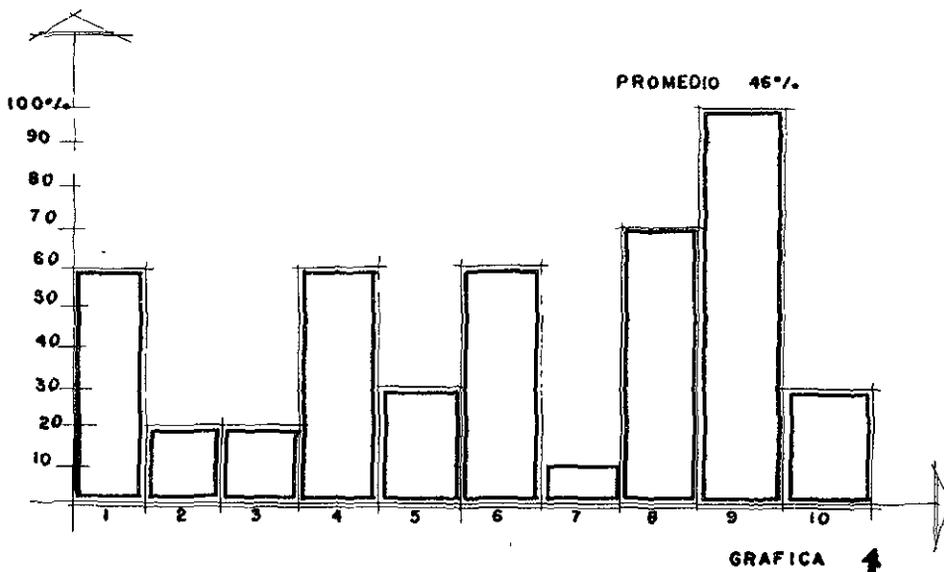
AREA II - COGNOSCITIVA DEL PACIENTE



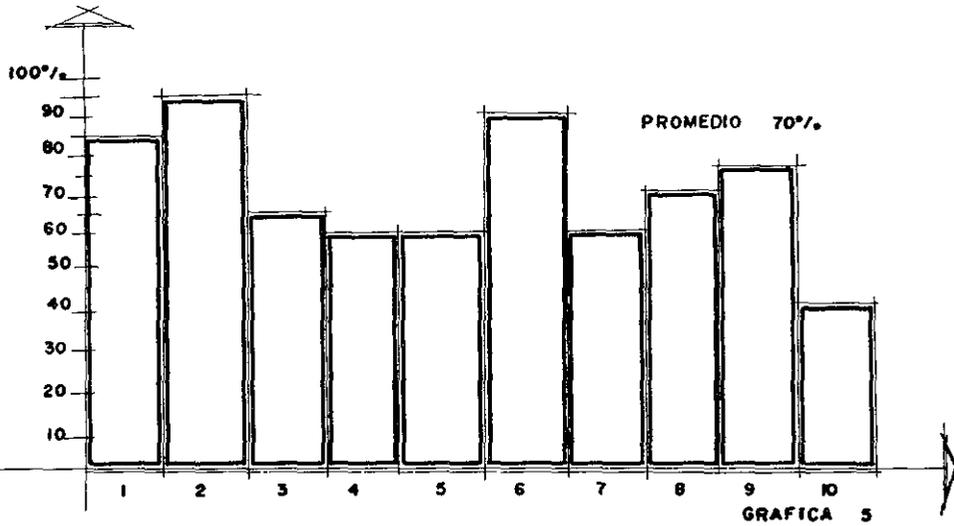
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



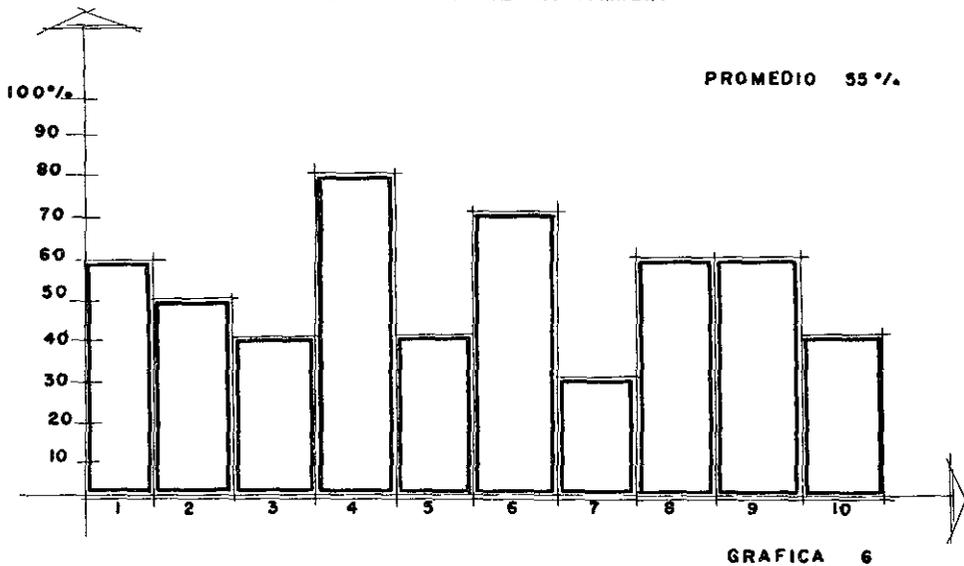
AREA I.- AFECTIVA DE LA FAMILIA



AREA II.- COGNOSCITIVA DE LA FAMILIA

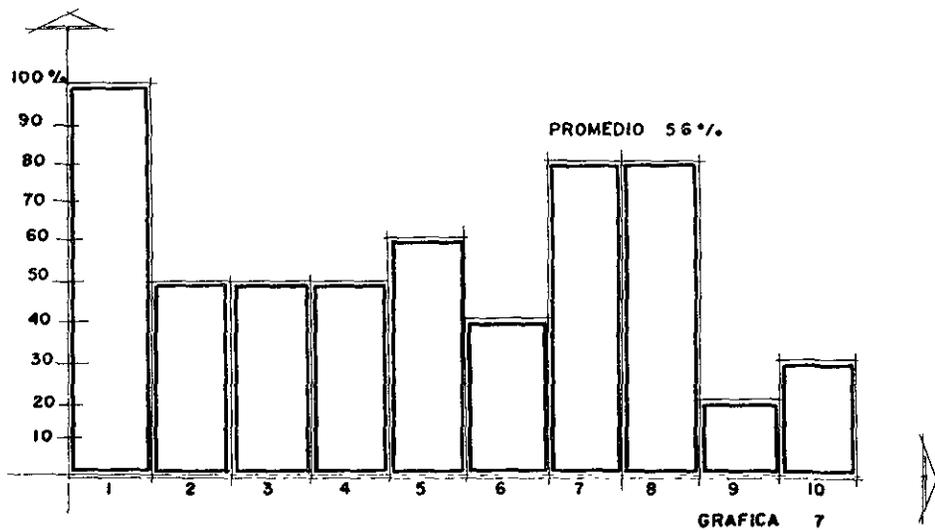


AREA III.- COGNOSCITIVA DE LA FAMILIA

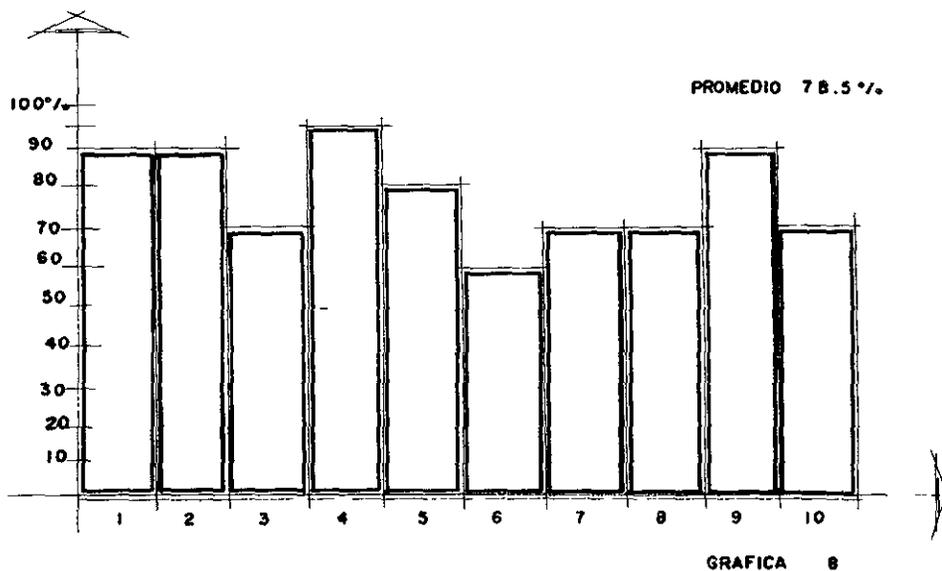


**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

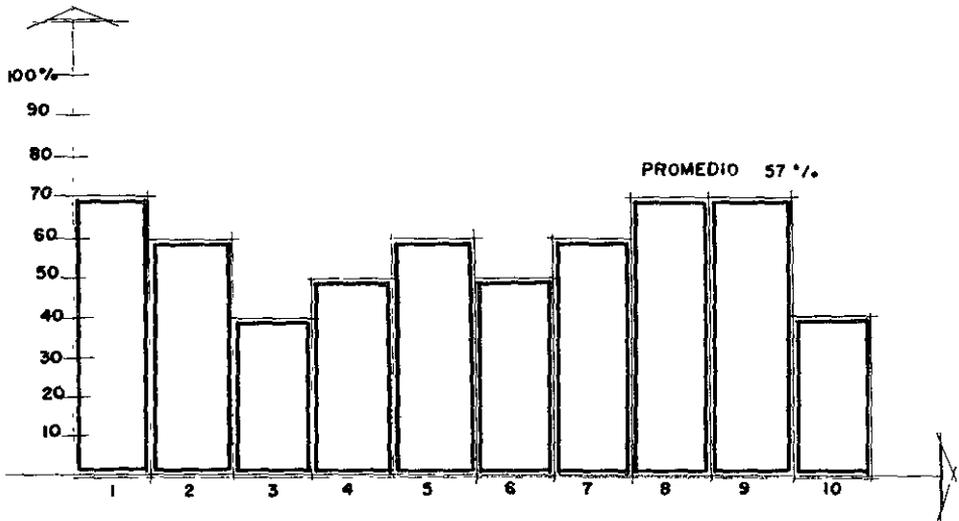
**AREA I — CONOCIMIENTO QUE TIENE EL MEDICO
SOBRE EL AREA AFECTIVA DEL PACIENTE
Y LA FAMILIA**



**AREA II — LO QUE CONOCE EL MEDICO DEL PADECIMIENTO -
Y LA ORIENTACION QUE LE DA AL PACIENTE.**



**AREA III - CONOCIMIENTO QUE TIENE EL MEDICO,
SOBRE EL AREA PSICOMOTRIZ DEL PACIENTE**



GRAFICA 9

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En la gráfica NO. 1 relativa al área afectiva del paciente puede verse que hay una inadecuada distribución del afecto en la familia que es percibida en forma más notoria por el paciente y que éste maneja sentimientos de rechazo y una tendencia al aislamiento en el grupo familiar. Este puede ser explicable por la percepción distorsionada que tiene el paciente epiléptico de los demás miembros de la familia y de la comunicación inadecuada que se maneja en el núcleo familiar, ya que los vínculos predominantes no son claros. Esto se demuestra por un 56 % obtenido por evaluación de ésta área.

En la gráfica NO. 2 relativa al área cognoscitiva del paciente en general la mayoría de ellos conocen acerca de la causa que originó su padecimiento, así como las repercusiones que le ocasiona la suspensión de su tratamiento, acudiendo frecuentemente a control con su médico familiar y cuando lo han requerido al Servicio de Neurología, quien es les han dado información.

Esto esta representado en un 73 %, resultando de la -

evaluación de ésta área. El 27% restante nos habla de que la información que posee el paciente aún es incompleta.

En la gráfica No. 3, relativa al área psicomotriz del paciente representada en un 63%, revela que existe una gran dependencia del paciente hacia la familia para realizar sus actividades cotidianas y demuestra además inseguridad para valerse por sí mismo. De esto se puede inferir que las limitaciones que el paciente epiléptico cree tener son en parte injustificadas y debidas a falta de información, como lo demostró el resultado de la gráfica del área anterior.

En la gráfica No. 4 relativa al área afectiva de la familia se obtuvo un bajo promedio de evaluación de 46%, lo que nos habla de que el núcleo familiar esta alterada, más marcadamente, la distribución del afecto repercutiendo de manera secundaria en la percepción del paciente, quedando claro en esta gráfica, que el efecto de red en cada uno de los miembros de la familia involucra a todos cuando se trata de una disfunción afectiva.

En la gráfica NO. 5 relativa al área cognoscitiva de la familia, también se obtuvo un porcentaje alto al igual que el área cognoscitiva del paciente, obteniendo un resul-

tado promedio de 70 % de la evaluación. Esto quiere decir que el índice de información que maneja la familia es factible de ser mejorado a un 100 % como una ayuda terapéutica en los problemas que presenta el paciente epiléptico, de tal manera que pudiéramos mejorar el manejo de todos y cada uno de los miembros de la familia en la medida en que se tenga mayor grado de información.

En la gráfica No. 6 correspondiente al área psicomotriz de la familia, puede observarse que el porcentaje obtenido de 55 % fue menor que al del área correspondiente a la del paciente. Esto quiere decir que la familia impone más limitantes que las que el mismo paciente percibe, pudiéndose atribuir a una mala orientación del equipo médico hacia la familia ó del interés de la misma para con el problema familiar y/ó la capacidad de manejarlo.

En la gráfica No. 7 correspondiente al conocimiento que tiene el médico sobre el área afectiva del paciente y la familia, se obtuvo un porcentaje relativamente bajo, de un 56%, lo que denota que no conoce como se maneja la afectividad dentro del núcleo familiar, por lo cual no detecta las disfunciones familiares. El médico familiar debe conocer más a sus pacientes y a su familia para que pueda orientarlos mejor.

En la gráfica No. 8 correspondiente al área cognoscitiva del médico (lo que conoce del padecimiento y la orientación que le dá al paciente), se obtuvo un porcentaje correspondiente de un 78.5 %. Esto quiere decir que el índice de conocimiento del médico no lo aplica adecuadamente - al paciente ó a la familia, de tal manera que repercute - en la dinámica familiar corroborándose por los resultados obtenidos en el área afectiva del paciente y sobre todo en el de la familia.

En la gráfica No. 9, correspondiente a lo que el médico conoce acerca del área psicomotriz del paciente, se obtuvo un porcentaje relativamente bajo, de 57 %, lo que - traduce que el médico desconoce su medio ambiente, si existen factores que desencadenan las crisis, así como las limitantes físicas que en un momento dado perciba el paciente.

De los resultados obtenidos, el rol mas frecuentemente encontrado fue el de depositario y chivo expiatorio, el cual persiste en forma estereotipada en casi todas las familias.

Las funciones que se vieron más afectadas en las familias estudiadas fueron la socialización y afecto del paciente epiléptico.

En dos casos de los pacientes estudiados, pudo encontrarse una causa específica de abandono de tratamiento que fue el alcoholismo.

DISCUSION

De este estudio puede desprenderse que el enfoque - que el médico tiene ante el paciente epiléptico es parcial, es decir, que toma el enfermo como un ente individual y no como parte de un grupo que es la familia, capaz de ayudarlo y alentarlo en el manejo de su enfermedad, que como lo demuestran los resultados, el médico tiene poca información acerca del resto de la familia y también de los factores que pueden ayudar como elementos terapéuticos y consideramos que el conocimiento integral del funcionamiento de la familia es parte importante del proceso terapéutico.

De lo anterior podemos sugerir la necesidad de que el médico se entreviste con todo el grupo familiar y/o haga visitas domiciliarias. Hay que recordar que el Médico Familiar es solo parte integrante del equipo de salud, de tal manera que lo que puedan proporcionar las trabajadoras sociales ó cualquier otro integrante del equipo de salud será de gran ayuda a estos pacientes.

Mediante las entrevistas conjuntas a toda la familia, el médico estaría en posibilidad de poder mejorar la comunicación que se da en el núcleo familiar, favoreciendo canales adecuados de comunicación, enfrentamientos cara-cara y poder lograr una mejor distribución del afecto dentro - del núcleo familiar.

Otro aspecto que puede ser mejorado es respecto a la información que el médico brinda a la familia que los resultados denotan que no son del 100 % y que en este tipo de pacientes se hace necesario que se conozcan las limitantes, causas desencadenantes de las crisis y pronóstico de la enfermedad. También solo mediante las entrevistas, el médico se puede dar cuenta de cómo se mueve el paciente dentro de la familia y de cuál es el sentir de este.

Consideramos por las conclusiones, que el Médico Familiar debe dedicar más tiempo a la orientación y al estudio integral del paciente epiléptico, incluyendo a su familia, logrando así también mejorar la relación Médico-Familia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VII B I B L I O G R A F I A

1. Areff Alex J.- Tratamiento de las Complicaciones Psiquiátricas de la Epilepsia y Trastornos afines.- TRATAMIENTOS MODERNOS.- Vol. 4 No. 6, 1969, Barcelona, España, Págs. 79-96.
2. Basaglia Franco y Col. RAZON, LOCURA Y SOCIEDAD. - Siglo XXI editores México, 1979. Págs. 85-102.
3. Bleger José. Temas de Psicología (Entrevista y Grupos) Ediciones Nuevas Visión. Argentina 1980. Págs. 9, 41, - 57, 86.
4. Brain Bannister. NEUROLOGIA CLINICA. Editorial Marín - México 1971, Págs. 128-144.
5. Conn Howard F. MEDICINA FAMILIAR. Editorial Interamericana. México, 1980. Págs. 2 a 15.
6. Coulam B. Carolyn And Annerggers. Do Anticonvulsants - Reduce The Efficacy of Oral Contraceptives. EPILEPSIA . Vol. 20 No. 5, 1979, Reven Press, New York. Págs. 519-526.
7. Chusid Joseph G. NEUROANATOMIA CORRELATIVA Y NEUROLOGIA FUNCIONAL. Editorial Manual Moderno. México 1974 - Págs. 400-409.
8. Dansky V. Linda and Andermann Frederick. Marriage And Fertility in Epileptic Patients. EPILEPSIA. Vol. 21 No. 3, 1980, Raven Press, New York, Págs. 261-271.
9. Dodrill B. Carl and R. Temklin Nancy. An Objective - Method for The Assessment of Psychological and Social



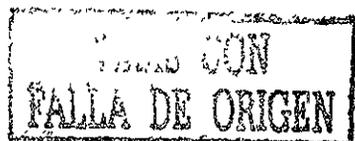
- Problems Among Epileptic. EPILEPSIA. Vol. 21. No. 2, -
1980, Raven Press, New York. Págs. 123-125.
10. Dublin, Dr. N.V. Odnohoe. PUNTOS BASICOS EN LA EPILEP-
SIA INFANTIL. Folletos de Ciba-Geigy-Tegretol.No.144.
 11. Farreras Rozman. MEDICINA INTERNA. Editorial Marin. -
México 1978. Tomo 11, Págs. 95-102.
 12. Gardner Ernest. FUNDAMENTOS DE NEUROLOGIA. Editorial -
Interamericana, S.A. México 1970. Págs. 292-293.
 13. Geier. Prolonged Psychic Epileptic Seizures, a Study -
of the Absence Status. EPILEPSIA. Vol. 19. No. 5, 1978,
Raven Press, New York, Págs. 431-445.
 14. Gimenez-Roldan S. and Martin M. Effectiveness of Clona-
zepam in Startle-Induced Seizures. EPILEPSIA. Vol. -
10 No. 5, 1979, Raven Press New York. Págs. 555-561.
 15. Harrison, MEDICINA INTERNA. Editorial Prensa Médica -
México, 1973. Págs. 191-196.
 16. Hernández Peniche J. EPILEPSIA FOTICA. Rev. Instituto-
Nacional de Neurología. Vol. IX No. 1-2, 1975, México,
Págs. 29-34.
 17. Livanainen and Lehtinen J. Causes of Death in Institu-
tionalized Epileptics. EPILEPSIA. Vol. 10. NO. 5, 1979,
Raven Press, New York. Págs. 485-492.
 18. Laue Friis Mogens. Epilepsy Among Parents of Children-
with Facial Clefts. EPILEPSIA. VOL. 20 N o 1, 1979, Ra-
ven Press, New York, Págs. 67-76.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

19. Loeb Cecil. MEDICINA INTERNA. Editorial Interamericana -
na, S.A. México, 1972. Tomo 1, Págs. 276-289.
20. Loscher Wolfgang and Gobel Wolfgang. Consecutive Gas -
Chromatographic Determination o Phenytoin, Primidone, -
Phenylethmalondiamide, Carbamazepine, Trimethadione, -
Ethosuximide, and Valprote from the Same Serum Speci -
men. EPILEPSIA. Vol. 19, NO. 5 978, Raven, Press, New
York. Págs. 463-473.
21. Montenegro Ramiro, Manejo del Status Epilépticus. Rev.
Instituto Nacional Neurología. Vol. XII Nos. 3-4, -
1978, México, Págs. 75-79.
22. Nelson E. Waldo. TRATADO DE PEDIATRIA. Editorial Salvat
6a. Edición 1974. Tomo 11. Págs. 1285-1296.
23. Numentha Ler Marco. NEUROLOGIA. Editorial Salvat.-Méxi
co, 1976. Págs. 288-300.
24. Numari Claudio. The Use of Althesin in Drug-Resistan -
Status Epilepticus. EPILEPSIA. Vol. 20. N.º 5, 1979, -
Raven Press, New York, Págs. 475-484.
25. Otero S. Enrique. INFLUENCIA DEL MEDIO AMBIENTE EN LA
epilepsia. Rev. Instituto Nacional de Neurología. Vol.
VIII. No. 1, 1978, México Págs. 17-23.
26. Passmore y Robson J.S. TRATADO DE ENSEÑANZA INTEGRADA
DE LA MEDICINA. Editorial. Científica Médica, España -
1971. Vol. III 2a. Parte. Cap. 34. Págs. 188-197.
27. Philips Salomon y Patch D. Vernol. MANUAL DE PSIQUIA -
TRIA Editorial Manual Moderno. Págs. 119,174,209,210.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

28. Pichon-Riviera Enrique. EL PROCESO GRUPAL. Ediciones - Nueva Visión, Argentina 1980. Págs. 118-119.
29. Rubio Donnadieu Francisco y Colab. HISTORIA NATURAL DE LA EPILEPSIA. Rev. Facultad. de Medicina de México. - Vol. XVIII No. 2, 1980. Pág. 4-33.
30. San Esteban, Dr. José Eduardo. AVANCES EN EPILEPSIA. - ACTUALIDADES MEDICAS. Vol. VI. No. 12, 1975, México. Págs. 14-24.
31. San Esteban, Dr. José Eduardo. Enfoque Clínico de la Epilepsia. Mundo Médico. Vol. VII. NO. 70, 1979, México. Págs. 9-22.
32. Schmidt Harvey Dieter. The Development of Tolerance - to the Anticonvulsant Effect of Phenobarbital in Mice - EPILEPSIA, Vol. 20, No. 2, 1980, Raven Press, New York, Págs. 141-147.
33. Shamansy L. Sherry and Glaser H. Gilbert. Socioeconomic Characteristics of Childhood Seizure Disorders in the New Haven Area: An Epidemiologic Study. EPILEPSIA. Vol. 20, No. 5, 1979, Raven Press, New York. Págs. 457-474.
34. Sillanpaa Matti. Carbamazepine in the Treatment of Partial Epileptic Seizures in Infants and Children: A Preliminary Study. EPILEPSIA. Vol. 20, NA. 5, 1979, - Raven Press, New York, Págs. 563-569.
35. Stirling Meyer & hn. MEDICAL NEUROLOGY, Editorial Macmillan, New York. 2a. Edición 1975. Págs.



36. Trupp Marcos A. DIAGNOSTICO CLINICO Y TRATAMIENTO. Editorial Manual Moderno.- México 1979. Págs. 645-652.
37. Valenzuela R.H. MANUAL DE PEDIATRIA. Editorial Inter - americana, S.A. Págs. 629-633.
38. Velasco Suárez Manuel.- LA EPILEPSIA EN EL DESARROLLO- DE LA NEUROLOGIA. REV. Instituto Nacional de Neuro - logía Vol. IX No. 1-2, 1975, México Págs. 5-7.
39. Walker Earl A. ADVANCES IN EPILEPSY. Rev. Instituto Na cional de Neurología. Vol. IX No. 1-2, 1975, México ~ Págs. 20-28.
40. Wannamaker B. Braxton. Improvement in Antiepileptic ~ Drug. Intervals Between Clinic Visits. EPILEPSIA VOL. 21. NA. 2, 1960, Raven Press, New York. Págs. 155 162.
41. Wyler R. Allen. Chronic Epileptic Foci in Monkeys, ~ Correlation Between Seizure Frequency and Proportion ~ of Pace maker Epileptic Neurons, EPILEPSIA. Vol. 19. ~ No. 5, 1978. Raven Press, New York. Págs. 475-483.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN