

11226  
9  
P/



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
E INVESTIGACION DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA GENERAL FAMILIAR

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales  
para los Trabajadores del Estado

UNIDAD ACADEMICA  
Clínica Hospital "Dr. Ismael Vázquez Ortiz" Querétaro

ALTERACIONES EN LA DINAMICA  
FAMILIAR DE PACIENTES EPILEPTICOS

T R A B A J O  
Que para obtener el Diploma de Especialista en  
M E D I C I N A F A M I L I A R  
P r e s e n t a :

Dr. Arcadio Antonio Leoncio / Angeles Ugalde



**ISSSTE**

Querétaro, Qro.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1997



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis 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.

**ALTERACIONES EN LA DINAMICA  
FAMILIAR DE PACIENTES EPILEPTICOS**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DR. ARCADIO ANTONIO LEONCIO**

**ANGEL ES UGALDE**

**AUTORIZACION**

**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**U.N.A.M.**

---

**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA  
COORDINACION DE INVESTIGACION  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**U.N.A.M.**

---

**DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY  
COORDINADORA DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**U.N.A.M.**

---

**ALTERACIONES EN LA DINAMICA  
FAMILIAR DE PACIENTES EPILEPTICOS**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DR. ARCADIO ANTONIO LEONCIO  
ANGELES UGALDE**

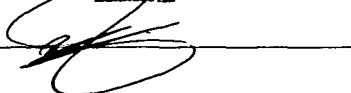
**DR. GABRIEL ARTEAGA ACEVES  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA NACIONAL**

**I.S.S.S.T.E.**



**DR. FERNANDO VIELMA VAZQUEZ  
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION  
CLINICA HOSPITAL "DR. ISMAEL VAZQUEZ ORTIZ" DE QRO.**

**I.S.S.S.T.E.**



**DR. HECTOR ROCHA  
ASESOR DE TESIS**



**DRA. GUILLERMINA GRANADOS AYALA  
ASESOR TECNICO DE TESIS**



**I. S. S. S. T. E.**  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**V. o. B. o.**

**07 JUL. 1997**



DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA

E INVESTIGACION

HOSPITAL GENERAL ISSSTE

QUERETERO, QRO.

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA

E INVESTIGACION

HOSPITAL GENERAL ISSSTE

QUERETERO, QRO.

**ALTERACIONES EN LA DINAMICA  
FAMILIAR DE PACIENTES EPILEPTICOS**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

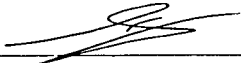
**PRESENTA:**

**DR. ARCADIO ANTONIO LEONCIO**

**ANGELES UGALDE**

**DR. FRANCISCO JOSE LIZCANO ESPERON**

**ASESOR DE TESIS POR LA U.N.A.M.**



---

# Indice

1) Antecedentes.....	1
2) Marco de referencia	
2.1 Familia. Concepto.....	3
2.2 Familia. Funciones.....	4
2.3 Familia. Estructura.....	7
2.4 Familia. Clasificación.....	9
2.5 Familia. Párrafo relacional físico.....	11
2.6 Familia. Impacto en la enfermedad.....	14
2.2.1. Epilepsia. Definición.....	18
2.2.2. Epilepsia. Clasificación.....	19
2.2.3. Epilepsia. Etiología.....	21
2.2.4. Epilepsia. Causas Clínicas.....	24
2.2.5. Epilepsia. Localización anatómica.....	29
2.2.6. Epilepsia. Diagnóstico.....	30
2.2.7. Epilepsia. Tratamiento.....	33
3) Planteamiento del problema.....	37
4) Justificación.....	38
5) Objetivos.....	40
6) Metodología.....	40
6.1. Tipo de estudio.....	40
6.2. Población, lugar y tiempo.....	41
6.3. Tipo y tamaño de la muestra.....	41
6.4. 1. Criterios de inclusión.....	42
6.4. 2. Criterios de exclusión y de eliminación.....	43
6.5. Métodos o procedimientos para captar la información.....	43
Anexo a.....	45
6.6. Información a recopilar.....	48
6.6. 1. Variable independiente.....	48
6.6. 2. Variables dependientes.....	48
6.7. Consideraciones éticas.....	49
7) Resultados.....	50
Graficas.....	54
8) Analisis.....	71
9) Conclusiones.....	73
Bibliografía.....	74
Notas.....	76

## *"Dedicatoria"*

*Dedico esta Tesis a mis pequeños hijos Alan Antonio y Adrian Ricardo, a mi madre la Sra, Maria del Carmen Ugaldé Vda. de Angeles a todos mis hermanos, así como a todas aquellas personas que tuvieron a bien encaminarme a la realización y finalización de estos estudios, ya que sin su apoyo y estímulo no hubiera sido posible.*

## *"Agradecimientos"*

*Con todo afecto, estima y cariño por su comprensión para la realización de esta Tesis.*

*A mi madre y hermanos que me han otorgado su confianza y apoyo.*

*En Psiquiatría*

*Al Dr. Hector Rocha por su asesoría en esta Tesis;*

*A la Dra. en Psiquiatría Laura Rivas por compartir su gran experiencia clínica, la cual fundamento mucha de la orientación de este trabajo.*

*Al Dr. Pedro Hernández Hernández por su confianza, gran coordinación y guía para lograr la finalización de esta investigación dentro de los planes fijados.*

*A todos mis amigos y compañeros del curso que tuvieron a bien soportarme y conllevarme, con todo respeto.*



## 1) Antecedentes

La Epilepsia es una enfermedad crónica degenerativa; a lo largo de la historia del hombre ha variado su concepción desde considerar al enfermo como un ser sagrado, hasta llegar a ser considerada como posesiones demoniacas, en las que el enfermo era torturado y hasta quemado. El mismo Hipócrates le dedica un tomo llamándolo "Enfermedad sagrada". El termino Epilepsia, es utilizado hasta el siglo X, por Avicena.

Desde esa época hasta nuestros tiempos, esta enfermedad ha sido objeto de atención "médica", con los Cirujanos-barberos de la edad Media, sujetos a trepanaciones, los Neurólogos europeos que los encadenaban de por vida hasta antes de la Revolución francesa. Más tarde tratado por clínicos. Neurólogos y Psiquiatras, y más reciente por Epidemiólogos. Durante una centuria la literatura se concentra casi absolutamente en los aspectos clínicos, patológicos y terapéuticos de este padecimiento. Durante la década de los años cuarenta empiezan a aparecer estudios epidemiológicos. Así sucesivamente surgen estudios en los que se relacionan algunas variables de interés en la enfermedad. Es realmente en la década de los sesenta que se observa un incremento en los estudios epidemiológicos, no solo en la Epilepsia, sino en diversas enfermedades crónicas, dando mayor relevancia a los aspectos sociales del enfermo y al ambiente en que se desenvuelve.

La Epilepsia es una enfermedad crónica de baja letalidad, pero que disminuye de forma importante la calidad de vida del enfermo,

tanto como de su familia. La cual funciona en el mejor de los casos dando contención al epiléptico. Las implicaciones del padecimiento durante la etapa de formación del individuo son innegables. Su incorporación al medio escolar, familiar y social frecuentemente se da con dificultad y hasta hostilidad. Cuando la familia no logra brindar adecuado apoyo suelen presentarse lesiones orgánicas, ya sea por mala o escasa atención médica.

Lo anteriormente mencionado hace a la enfermedad digna de estudio multidisciplinario. La autopercepción del individuo desmerece y se complica al percatarse de lo impredecible de su sintomatología, es decir, le asusta la incertidumbre de presentar una crisis convulsiva y la pérdida de autocontrol que representa. El estigma social se puede extender hasta afectar las oportunidades sociales, educacionales, físicas y vocacionales del individuo. Es por esto que el apoyo de la familia y su intervención activa en la aceptación y tratamiento médico se tornan imprescindibles.

## 2) Marco de Referencia

### I. 1. Familia. Concepto

La familia es un sistema vivo. De tipo "abierto", según lo describió Von Bertalanffy en 1968, en su Teoría General de los sistemas. De tal forma que se encuentra ligada e intercomunicada con otros sistemas, tales como el biológico, el psicológico, el social u el ecológico. La familia pasa por diferentes ciclos donde despliega diferentes funciones, a saber:

- Nacimiento
- Crecimiento
- Reproducción
- Muerte

Dichas funciones pueden adquirir características de enfermedad o patología. (1)

Los interaccionistas seguidores de la teoría de la comunicación establecen que la familia funciona con reglas que pueden ser establecidas o descritas para cada situación; es decir: todo mensaje es un informe sobre sucesos de un momento anterior, y a su vez, es una causa o estímulo para eventos posteriores.

"La familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud" (2).

Cada familia es diferente a las demás, igual que cada impresión digital, cada personalidad o cada rostro (3).

*La familia como estructura es conceptualizada no como sistema de parentesco, o consanguinidad, sino como un sistema arbitrario de representaciones y solamente en la conciencia de los hombres (Levi-Strauss).*

*Según la teoría de la homeostasis de Jackson, la familia es un sistema regido por un equilibrio dinámico, en el cual cada integrante interviene para sustentarlo. En tanto que la teoría de las interrelaciones establece que existe "un medio simple para dosificar los procesos familiares de una manera permanente, descriptiva, taxonómica" (Ehrenwald).*

*Par los evolucionistas de la indiscriminación-discriminación la familia tiene como característica principal la identificación proyectiva masiva cruzada y múltiple entre sus integrantes. Y es el reservorio de la parte menos diferenciada de la personalidad, y el rasgo cultural contemporáneo, lo corrobora. (Bleger).*

## *I. 2. Familia. Funciones.*

*La familia es un microcosmos insertado en la sociedad. El individuo es depositario de una experiencia de grupo; su identidad es simultáneamente individual y social. Y en todo momento se manifiesta con la identidad adquirida en el grupo familiar.*

*Solo puede darse una concepción significativa de "salud mental" cuando se relaciona el funcionamiento del individuo con las pautas de relación humana de su grupo primario (familia).*

*De tal forma que individuo y familia actúan recíproca e inter-*

*dependientemente. Influyéndose selectivamente en los procesos de cambio.*

*La familia cuenta con características que la pueden llevar a ser sana o enferma, es decir cuenta con mecanismos que pueden ser bien adaptativos o mal adaptativos.*

*Las tensiones dentro del grupo familiar puedan llegar a ser intolerables o bien persistir a lo largo de la vida, llegando en este caso a afectar, si no son solucionadas a todos sus miembros.*

*Las demandas provenientes de la comunidad, de la sociedad y de la cultura son factores determinantes que interfieren y dificultan el ajuste de la familia.*

*El grupo familiar deberá ser capaz de dar contención a los problemas de sus integrantes; asimismo permitir la expresión de sus necesidades y sus desarrollo. Por ejemplo, si la familia brinda adecuada contención al miedo, angustia y culpa ante una enfermedad crónica degenerativa, el individuo será capaz de afrontar las responsabilidades inherentes a su padecimiento, tales como la ingesta de medicamentos, asistencia puntual a sus citas médicas y en general a sus autocuidado. Cuando existen circunstancias que hacen difícil la adaptación individual a la enfermedad de un miembro, la asimilación de la misma y la toma de soluciones se verá interferida, agravando tanto el pronóstico del enfermo como el bienestar familiar.*

*La sintomatología del paciente está en conexión directa con un proceso de duelo no elaborado, la inadaptación paraliza tanto al paciente como al grupo familiar.*

*Pero: ¿Qué es una familia sana o enferma en nuestra sociedad? y*

*¿Cuándo una familia se considera así misma sana o enferma?*

*Para responder la primera pregunta hay que remitirnos a la relación entre familia y sociedad y los factores que coinciden como religión, ética. Moral y otros. Enfatizando en los modelos sociales de salud y enfermedad "en" y "de" la familia. A su vez, en la forma que ciertas estructuras sociales determinan las características de normalidad.*

*Esta influencia externa actúa en la ideología del grupo familiar.*

*La segunda pregunta está relacionada con la autopercepción de la familia en relación a lo socialmente determinado, así como los mecanismos de ajuste que ponen interjuego para adaptarse y ajustarse. Pichón Riviere señaló que la familia hace depositario a uno de los miembros de un monto de ansiedad determinada, producto de una problemática no solucionada, lo enferma, provocando la exclusión de este miembro mediante la internación o la expulsión del ámbito familiar (4).*

### *9.3. Familia. Estructura..*

*Para delimitar la estructura familiar me remitire a elementos previamente determinados y explicados por los estudiosos de la dinámica familiar:*

- Límites*
- Jerarquía*
- Centralidad*
- Involucración afectiva*
- Roles*
- Comunicación*
- Alianzas*

*Los límites pueden ser de cuatro tipos: Permeables, rígidos, laxos y mixtos.*

*En la familia de límites permeables, se permite la participación de todos los miembros, facilitando y hasta favoreciendo la comunicación, así como el desarrollo de la autonomía. En tanto la de tipo rígido, el control de cada integrante es controlado por alguno de sus integrantes, quien determinara normas y reglas la familia de tipo laxo, es permisiva en extremo, dando lugar a una comunicación desordenada, quien ejerce el nivel jerárquico más elevado inculca poco valores y normas. La familia de tipo mixto, oscila entre las previamente descritas, es inestable y proporciona a sus miembros poca contención.*

*Jerarquía: Cada integrante del grupo ocupa un nivel de mando y respeto, así como el poder hacia los otros integrantes. De tal*

*manera, se espera que sean los padres que ocupen el mayor nivel jerárquico.*

*Centralidad: Se refiere a la persona que ejerce como "pivote", es decir, alrededor de la cual los demás integrantes giran, manteniendo la estabilidad y funcionando como el núcleo del grupo.*

*En la involucración afectiva se describen tres subtipos:*

- Desprovista de afecto*
- Sobreinvolucrada afectivamente*
- Afectivamente madura*

*En el grupo familiar desprovisto de afecto, hay poca o nula cohesión, desinterés, pobre comunicación y falta de afecto. En tanto que en la familia con sobre involucramiento no se distinguen límites, hay conductas sobreprotectoras, simbióticas y pobre diferenciación en los individuos. La familia con afecto maduro, logra delimitar la participación de cada miembro, fomenta el crecimiento y la individuación, de contención y provee de afecto y gratificación emocional.*

*Roles: Al desempeño de las funciones correspondientes por parte de los sujetos que integran el grupo primario. De tal forma se da una distribución de la autoridad, la crianza, el aporte económico. Por ejemplo, en una sociedad tradicionalista se espera que el padre actúe como proveedor, la madre se ocupe del cuidado de la casa y la crianza y los hijos se aboquen a estudiar y respeten la autoridad de los padres.*

*Comunicación: Puede ser directa o indirecta, o bien clara o confusa.*



*En la comunicación directa hay un emisor, que es quién envía el mensaje, y un receptor, que es quién recibe dicho mensaje. En la comunicación indirecta hay un emisor, un intermediario y un receptor. En la comunicación clara, el mensaje emitido por el emisor es explícito y no conlleva ambivalencias, ni contradicciones; en tanto que en la comunicación confusa el mensaje es doble y contradictorio. La comunicación puede ser clara y directa; clara e indirecta; confusa y directa o confusa e indirecta.*

*Alianzas: ocurren cuando por afinidades o intereses dos o más miembros de la familia se unen con un fin. Las alianzas pueden ser fijas o variables.*

#### *I. 4. Familia. Clasificación.*

*A continuación se presentan las clasificaciones por tipología, punto de vista demográfico, por su estructura y funciones, por su estructura solamente, y variaciones:*

##### *I. Tipología (por valores predominantes e históricos)*

- Moderna*
- Tradicional*
- Arcaica o Primitiva*

##### *II. punto de vista demográfico*

- Urbana*
- Rural*

### *III. Punto de vista de su estructura y funciones*

- *Familia Integrada: Los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.*
- *Familia Semiintegrada: Los cónyuges viven juntos y no cumplen todas sus funciones.*
- *Familia Semiintegrada: Falta alguno de los cónyuges por muerte, divorcio, separación o abandono.*

### *IV. Punto de vista solo de su estructura:*

- *Familia Nuclear o Elemental: Esposo (padre)  
Esposa (madre)  
Hijos (biológicos o adoptivos)*
  - *Familia Extensa: Más de una Unidad Nuclear, se extiende a más de dos generaciones. Padres hijos casados o solteros, hijos políticos o nietos u otros consanguíneos: Primos, tíos, etc.*
  - *Familia Extensa Compuesta: Unidad nuclear más no consanguíneos: compadres, sirvientes, ahijados, etc.*
  - *Familia Compuesta: Uniones plurales con dos variantes:  
Poligamia (+ de una esposa)  
Poliandria (+ de un esposo)*
- ### *V. Variaciones en la Sociedad Occidental: La pareja sin hijos, padre o madre solteros.*

### *J. 5. Familia. Proceso Relacional Fasico.*

*"El concepto de proceso connota una sucesión temporal ordenada.....la conducta del grupo o transaccional de los miembros de la familia como su desarrollo intrapsíquico subjetivo, experiencial, tendrán que ser estudiadas como series organizadas de acontecimientos" (5).*

*Estrada Indu describe seis fases: El desprendimiento; el encuentro; los hijos; la adolescencia; el re-encuentro y la vejez. Durante la fase de desprendimiento, la persona se separa de la madre, algunas personas se quedan adheridos a ella para siempre. En la juventud temprana se sale del hogar paterno para buscar un compañero fuera del grupo. Resulta un proceso doloroso tanto para los padres como para el joven. De esta forma encontramos un conflicto: Un deseo en pro del desprendimiento y de la vida, y otro que tiende a detener o regresar el proceso creativo a etapas previas, mas seguras de la vida.*

*Durante la etapa de encuentro la tarea básico consiste en aprender el rol de cónyugo, presupone haber logrado adecuadamente el desprendimiento, y aventurarse a fungir como adulto. La capacidad de adaptarse al nuevo rol, esta en relación con lo aprendido de los propios padres. Es necesario cambiar los mecanismos que hasta entonces proveyeron de seguridad emocional al individuo, así como integrar un nuevo sistema que proporcione gratificación y seguridad tanto como al individuo como al nuevo compañero. Inicialmente ambos trataran de poner a funcionar los mecanismos conocidos, serán necesario establecer y estructurar un nuevo sistema.*

*Sager y Kaplan, (1972) describen tres tipos de contrato matrimonial: En el primero, se verbalizan expectativas tanto de dar como de recibir utilizando mensajes claros y directos; en el segundo, aún cuando no se verbalize, existen un sinnúmero de creencias planes, deseos y fantasías, coexistiendo el temor a ser rechazados dolorosamente; en el tercero, deseos y necesidades de naturaleza racional y contradictoria, de los que los cónyuges no se percatan, muchas veces de tipo patológico. Se depositan en la relación necesidades no resueltas de dominio, competencia, destrucción (6).*

*En la etapa de los hijos, hay que "abrir" un espacio emocional, económico y físico, lo cual plantea la necesidad de reestructurar el contrato matrimonial, y las reglas que venían rigiendo al matrimonio. La pareja necesita adquirir un anclaje de relación emocional, capacidad de ayudar al compañero para que lo haga, apoyo mutuo, reafirmar las alteradas relaciones sexuales, la planeación del número de hijos y la educación que se les proporcionará.*

*Durante la adolescencia la familia atravesará una severa crisis que pondrá a prueba la flexibilidad del sistema. En esta etapa se combinan varios factores: En esta edad se manifiestan con mayor frecuencia problemas emocionales serios; los padres se ven obligados a revivir su propia adolescencia, la edad de los propios padres es crítica, la enfermedad, la soledad y la muerte se constituyen en una preocupación, y la sexualidad adolescente moviliza gran conflictividad en el grupo.*

*El re-encuentro, llamado por llamado por Mc Iver (1937), "síndrome de nido vacío", es una fase en que se presentan aislamientos y depresión en la pareja, la crianza se ha terminado y se dan cambios sociales y familiares de mayor importancia, como son: Admitir y hacer lugar a nuevos miembros (cónyugos de los hijos), el nacimiento de los nietos, la muerte de la generación anterior, la jubilación, la declinación de las propias capacidades, el conflicto con las nuevas generaciones, el problema económico de los hijos que inician una familia, independizarse de hijos y nietos y formar otra vez una pareja.*

*Durante la fase de la vejez, la fuerza vital se invierte, el viejo se ensimisma y las nuevas generaciones no logran entender el fenómeno ni su problemática. Sin embargo una familia sin viejos es una familia mutilada, sin complemento histórico.*

*Frecuentemente los hijos les impiden una intimidad adecuada, con el pretexto de cuidarlos les imponen cargas emocionales muy fuertes.*

*En esta etapa se necesita una gran habilidad para aceptar las capacidades y limitaciones, aceptar el cambio del rol de padre al rol de hijo nuevamente.*

## *I. 6. Familia. Impacto de la Enfermedad*

*La complementariedad de las relaciones familiares puede revisarse en cinco niveles: 1) La defensa de la autoestima; 2) Cooperación a la búsqueda de soluciones del conflicto; 3) La satisfacción de necesidades; 4) El apoyo a las defensas necesarias contra la ansiedad y 5) apoyo para el desarrollo y la realización creativa del miembro individual de la familia.*

*Desde que nace hasta la muerte, el individuo se mueve, cambia y crece de acuerdo con su capacidad adaptativa entre las diferencias; en determinados momentos, los conflictos son inevitables siendo un proceso intrínseco tanto al cambio como al crecimiento.*

*El conflicto de las relaciones familiares expresa como es o debería ser la familia, y de que forma satisface o no las necesidades de sus miembros, y fortalece el adecuado desempeño de rol tanto intra como extrafamiliar. Lo que los individuos hacen o debería hacer por la familia, tanto como la familia por el individuo.*

*La adecuación de la familia para armonizar, integrar y equilibrar sus funciones, esta en relación directa con la aceptación, la comprensión empática y la cooperación (8).*

*Las convulsiones son los síntomas físicos de epilepsia, mas comunes, los tratamientos deben incluir más que las intervenciones médicas..... virtualmente todos los aspectos de la vida son afectados, incluyendo las relaciones personales, empleos, autopercepción y calidad de vida.....las intervenciones afectivas pueden desarrollarse tanto con las manifestaciones físicas de la epilepsia tanto como con factores relacionados. (9).*

*Cuando en el grupo familiar, las diferencias se constituyen como una amenaza, se conforma una grieta. En la familiar el conflicto se da en varios niveles: De afuera hacia adentro, es decir entre la familia y la comunidad; entre la familia nuclear y la familia extendida; entre un segmento de la familia nuclear y otro; entre determinados miembros; y por último, dentro de la mente de un miembro individual (10).*

*En un estudio sobre los efectos de las enfermedades crónicas infantiles en las familias, se encontró que pese a los padres intentan negarlo, la dinámica familiar se ve afectada, así como los sentimientos de los padres.... también fue un hallazgo del estudio, que los niños enfermos están propensos a desviaciones en su desarrollo, así como los hermanos de estos (11).*

*En otro estudio encaminado a determinar la calidad de vida en niños con epilepsia crónica y sus familiares, en donde se pilotearon 21 niños con epilepsia crónica, se encontró que ante mejor estilo de vida para los niños y familiares menor era la gravedad y la frecuencia de la crisis (12).*

*En un estudio realizado con 108 escolares con epilepsia crónica se muestra claramente que el padecimiento tuvo gran impacto en los niños, y adicionalmente en sus capacidades, el efecto adverso se observó en mayor claridad: en el manejo de la epilepsia, los efectos secundarios de los fármacos, el ajuste, desarrollo y restricciones en la vida y actividades familiares (13).*

*En la medida que una familia es un sistema abierto, el conflicto es una amenaza, una poderosa fuente de contagio, que afecta*

*Los diversos aspectos del grupo. La enfermedad de un miembro es por supuesto un conflicto familiar, sobre todo cuando el padecimiento es de tipo crónico degenerativo, tal cual la Epilepsia.*

*De tal forma, el conflicto, llámese enfermedad, y las formas de hacerlo frente un proceso dinámico peculiar. El resultado respecto a la adaptación y las vicisitudes de la salud y enfermedad dependen tanto de las formas de control como del contenido del padecimiento. Este proceso entraña una interacción entre la autopercepción y la imagen de la familia, una acomodación de las necesidades del individuo y el grupo, contra una amenaza a la continuidad, la estabilidad y el crecimiento de la familia.*

*En el intento de dar manejo a la problemática la enfermedad puede ser:*

- Correctamente percibida, brindándole una solución temprana y racional.*
- Correctamente percibida, atendida en forma adecuada pero parcial en tanto se busca una solución efectiva de la que no se dispone inmediatamente.*
- Percibido en forma errónea o distorsionada, sin lograr darle contención, y realizando acciones inadecuadas encaminadas a dar manejo a la conflictiva.*
- Con pérdida del control, desembocando en desorganización progresiva de las relaciones familiares.*

*El conflicto que un miembro enfermo del grupo genera puede ser sustituido por otro conflicto aparente, o bien; desplazado de una*



*parte de la familia a otra, o de una función a otra. El intento de control puede ser: Adecuado o inadecuado, racional o irracional, fuerte o débil. A nivel familiar puede haber un anquilosamiento de los patrones de rol, un aflojamiento exagerado, una mecanización y rutinización de las relaciones entre los integrantes, puede darse distanciamiento emocional, debilitamiento y distorsión de la comunicación, puede presentarse distractores o entregarse a un "chivo-emisarismo", es decir, el malestar, la ansiedad, y la culpa recaen en un integrante.*

*Así la familia comienza a formar síntomas, que no son otra cosa que formas persistentes y patógenas de conflicto familiar. Cuando dicho conflicto es absorbido, queda encerrado en la mente de uno de sus miembros y no puede ser solucionado, de tal forma queda arraigado y aislado, conduciendo progresivamente a la distorsión y la intensificación maligna del conflicto.*

*Entre los mecanismos emocionales específicos de la vida familiar, algunos contribuyen al derrumbe del proceso de salud. Algunas familias contraen la conflictiva en un miembro.*

## *I. I. Epilepsia. Definición.*

*La epilepsia es un padecimiento caracterizado por alteraciones súbitas y transitorias, de las funciones encefálicas, generalmente cursan con síntomas motores, sensoriales, autonómicos o psíquicos y se acompañan de alteraciones de la conciencia. Cambios pronunciados de las ondas encefálicas en el electroencefalograma que pueden ser demostradas durante estos episodios (14).*

*Los trastornos conflictivos nos muestran la relación existente entre el cerebro y la conducta. Estos trastornos dan por resultado disfunción parasísticas intermitente del cerebro, que se manifiesta como descargas eléctricas sincrónicas de alto voltaje y diversos fenómenos motores y sensoriales de la conducta. Llamada en la antigüedad "enfermedad sagrada".....(15).*

*"La epilepsias es susceptibles de una definición fisiológica: Se trata de una descarga en masa de un grupo de neuronas cerebrales, o de su totalidad, momentaneamente afectadas de una sincronía excesiva....es susceptible también una definición neurológica: Consiste en las manifestaciones convulsivas de esta hipersincronía.....además es posible todavía de una definición psiquiátrica: Por una parte comprende los aspectos de desestructuración de la conciencia, en relación con las crisis y accidentes comiciales; y por otra, las modificaciones de la personalidad que eventualmente están asociadas a estos trastornos...."(16).*

*La etiología es variable, y el diagnóstico puede hacerse sobre la base de*

*una historia recurrente de ataques, de una observación de la crisis convulsiva. Algunos estudios de laboratorio y gabinete suelen ser de utilidad.*

*Para Bernard y Trouve, el epiléptico está afectado por un padecimiento que acarrea periódicamente una brusca caída del nivel de conciencia, pudiendo llegar hasta el como profundo, pero contando con la posibilidad de detenerse en niveles intermedios y característicos, como son: Los equivalentes comiciales consciente y amnésicos, las ausencias y las auras. En estos estados intermedios donde se presentan los fenómenos de despersonalización y los automatismos psicomotores.*

### *II. 2. Epilepsia. Clasificación*

*Existen diversas clasificaciones del padecimiento, desde el punto de vista etiológico, según el patrón del ataque, datos del electroencefalograma, y otros estudios de gabinete, según los datos clínicos y patológicos. Otro tipo de clasificación es intado desde el tipo clínico y la localización de las crisis (Penderfield y Erickson), quien también intentaron una clasificación relacionada con la edad de inicio del padecimiento.*

*Me remitiré para el presente estudio a la clasificación internacional de las crisis epilépticas.*

*I.- Crisis parciales (crisis que comienzan localmente):*

*A. Crisis parciales con sintomatología elemental (sin detrimento de la conciencia).*

- 1. Con síntomas motores (Incluyen las crisis Jacksonianas).*
- 2. Con síntomas sensitivos o somatosensitivos especiales.*
- 3. Con síntomas autonómicos.*
- 4. Formas compuestas.*

*B. Crisis Parciales con sintomatología compleja (generalmente con detrimento de la conciencia) (crisis del lóbulo temporal o psicomotoras):*

- 1. Con detrimento de la conciencia solamente.*
- 2. Con sintomatología cognitiva.*
- 3. Con sintomatología afectiva.*
- 4. Con sintomatología "psicosensorial".*
- 5. Con sintomatología "psicomotora" (automatismo).*
- 6. Formas compuestas.*

*C. Crisis parciales consecutivamente generalizadas.*

*II. Crisis generalizadas (bilateralmente simétricas y sin inicio local):*

- 1. Ausencias (pequeño mal).*
- 2. Mioclonos epilépticos bilaterales masivos.*
- 3. Espasmos infantiles.*
- 4. Crisis clónicas.*

5. *Crisis tónicas.*
6. *Crisis tonicoclónicas (gran mal).*
7. *Crisis atónicas.*
8. *Crisis acinéticas.*

### *III. 3. Epilepsia. Etiología*

*Antaño se consideraba a la epilepsia idiopática o jacksoniana. Actualmente se ha encontrado que la idiopática, frecuentemente es resultado de la actividad anormal del tejido cerebral causada por diversos factores, tales como lesiones, infecciones, cisticercos y otros. También se ha observado una tendencia familiar en este tipo de epilepsia. En algunas ocasiones las crisis pueden presentarse también como manifestación de trastornos metabólicos, como son la uremia, la hipoglicemia, la hiperglicemia y hasta hidratación excesiva.*

*En los niños la etiología más frecuente se encuentra en torno a partos distócicos, malformaciones, encefalopatías y accidentes cerebrovasculares.*

*En las epilepsias primarias, no se encuentra alteración cerebral identificable. En tanto que en las epilepsias secundarias, la anomalía es estructural localizada en el encéfalo o metabólica.*

*En los individuos susceptibles, los estímulos físicos, por ejemplo la luz, el ruido o estímulos táctiles pueden precipitar las crisis.*

*Existen factores que pueden actuar como desencadenantes de las crisis convulsivas, como la ingesta de alcohol, la tensión emocional, la fatiga, ingesta muy espaciada de alimentos, incluso los síndromes de abstinencia tanto por drogas como medicamentosos.*

*Durante el embarazo las crisis pueden presentarse como dato de eclampsia.*

*El National Institute of Neurological disease and Blindness incluye las siguientes causas:*

*Factores genéticos y de nacimiento: Donde se incluyen las influencias genéticas; las anomalías congénitas; los factores prenatales y los factores perinatales; y la ictericia perinatal; premadurez.*

*Padecimientos infecciosos: Meningitis; abscesos epidurales y subdurales; abscesos encefálicos y granuloma metastásico por propagación directa; Encefalitis viral; parásitos, fiebre (convulsiones febriles).*

*Factores tóxicos: Por sustancias inorgánicas como el monóxido de carbono; sustancias metálicas como plomo y mercurio; sustancias orgánicas como alcohol; medicamentos y drogas; padecimientos alérgicos, embarazo (toxemia gravídica); uremia y otros.*

*Traumatismos o agentes físicos; traumatismos cráneo encefálicos: Hematoma subdural o epidural; cicatrización meningocerebral postraumática; anoxia o hipoxia (incluyendo ahogamiento).*

*Trastornos circulatorios: Hemorragia subaracnoidea; Trombosis sinusal; Encefalomalacia por trombosis; embolia o emorragia; Encefalopatía hipertensiva; Arterioesclerosis y enfermedad oclusiva de las arterias intra o extracraneal; Vasospasmo; Síncope; Cambios sanguíneos, como anemia y diátesis hemorrágica.*

*Trastornos metabólicos y nutricionales: como desequilibrio hidroelectrolítico: sodio, calcio, sobrehidratación, o deshidratación; Metabolismo de los glúcidos: hipoglucemia, diabetes mellitus, enfermedad por almacenamiento de glucógeno; Metabolismo proteico: fenilcetonuria, porfiria y otras; Metabolismo de las grasas: enfermedad por almacenamiento de lípidos y otras; deficiencias vitamínicas: deficiencia de piridoxina; padecimientos endócrinos: como la menstruación y otros.*

*Neoplasias: Tumores intracraneales primarios; tumores metastásicos; linfoma y leucemia; tumores y malformaciones vasculares por ejemplo malformaciones arteriovenosas, (síndrome de Sturge-Weber); parasitosis cerebral.*

*Enfermedades heredo-familiares y degenerativas: Esclerosis múltiple; esclerosis tuberosa; degeneración tuberosa; degeneración cerebelosa con convulsiones.*

*Causas psicógenas.*

*Causas desconocidas (17)*

#### *II. 4. Epilepsia. Cuadro Clínico.*

*Se considera que los pródromos pueden durar varias horas o días, actualmente se considera que los pródromos son por sí mismos crisis. Las manifestaciones clínicas van, desde un ligero cambio de carácter, comportamiento o pensamiento con aumento de la ansiedad, depresión o dificultad para concentrarse. El aura se considera la fase inicial de la crisis, durante este periodo el paciente logra recordar, esta ocurre en las crisis parciales de sintomatología simple y en las complejas. El aura suele durar minutos o segundos. En las crisis generalizadas no hay aura.*

*Las crisis inician súbitamente, cuando existe alteración de la conciencia, el paciente puede estar consciente o totalmente desconectado por espacio de 15 a 30 segs., o algo más en las ausencias, de 2 a 5 mins. en las crisis motoras generalizadas, o hasta 20 mins en las crisis parciales complejas. El electroencefalograma puede ser anormal si es registrado durante las crisis, si embargo en las crisis parciales complejas el registro puede ser normal aún durante la crisis. El paciente no guarda recuerdo en las complejas y en las generalizadas.*

*En las crisis parciales de sintomatología compleja, el paciente puede cursar con alucinaciones, de tipo visual, auditiva, uncinada conestésica (táctil). Durante los automatismos, el epiléptico puede efectuar efectos motores tales como caminar, hablar, realizar labores sencillas, sin conservar recuerdo amnésico.*

*Durante la fase postcrítica, el paciente puede estar alstargado*



*o confundido, o bien estar perfectamente alerta y reanudar la conversación o el trabajo donde lo había suspendido.*

*Entre los ataques el paciente es completamente normal, sobre todo si las crisis son espaciadas. La exploración neurológica debe efectuarse si es posible inmediatamente culminada la crisis aunque es más frecuente que la exploración se realice en el período intercrítico. Los puntos a interrogar son:*

- 1. Historia familiar de epilepsia, casos de muerte súbita inexplicada o enfermedades neurológicas o neurocutáneas.*
- 2. Historia perinata, especialmente a la hipoxia y sufrimiento fetal.*
- 3. Episodios previos de traumatismos craneales o de infección al sistema nervioso central.*
- 4. Consumo de medicamentos o drogas, incluido el alcohol, antihistamínicos, antipsicóticos o antidepresivos, y drogas como la marihuana, la cocaína, los inhalantes.*
- 5. Factores precipitantes como fiebre, privación de sueño, menstruación, hiperventilación, tensión emocional y exposición a destellos luminosos.*

*Se debe hacer perfecta somiología de las crisis, recabando datos de los pródromos, el aura, la crisis, la fase postcrítica y el período intercrítico. La exploración neurológica se puede realizar durante la fase intercrítica o postcrítica. En la primera, dirigir la atención hacia alteraciones mentales, déficit neurológico focal o hipertensión craneal (edema de papila), detectar soplos*

diagnósticos de malformación vascular buscar manchas, como signo de enfermedades neurocutáneas, neurofibromas, enangioma facial. Durante el período postcrítico buscar parálisis motora de Todd, defectos enmisoriales, o del campo visual, simetría de reflejos o signo de Bavishi.

Las crisis tónico-clónicas generalizadas primarias, motoras mayores o gran mal; inician súbitamente, con pérdida de consciencia brusca, se produce un grito por la expulsión forzada de aire en las cuerdas vocales. Frecuentemente hay cianosis, la lengua puede mancharse, puede haber incontinencia urinaria o fecal.

La fase tónica se interrumpe por la clónica, hay movimientos convulsivos ritmos y simétricos de cabeza, cuerpo y extremidades. Hay culminar hay confusión, somnolencia y mialgias.

En las crisis de ausencia, no hay pródromos ni aura, hay una desconexión brusca con el medio, durante la cual la cara del paciente parece inexpresiva y aturdida, no hay cambios en el tono muscular, ni estereotipias. Cuando se presentan hipotonías con caída de la cabeza o automatismo, se considera a la crisis como ausencia compleja.

En las crisis parciales simples o focales primarias, el inicio es unilateral, con síntomas motores, sensitivos o psíquicos. Se presentan movimientos flexores clónicos y rítmicos del pulgar que puedan detenerse o propagarse a grupos musculares contiguos. La crisis pasa a mano, brazo, hombro, extremidad inferior, cadera, rodilla, tobillo y ortegos.

Las crisis somatosensoriales y las sensitivas especiales, son menos fre-

cuentas, el paciente refiere sensación de pinchazos, hormigueo, calor, electricidad o vibración. Las sensaciones pueden ser bilaterales y pueden también presentarse sensaciones viscerales en abdomen y tórax. Las crisis parciales sensitivas especiales consisten en destellos de luz blanca, visión caleidoscópica de los colores, sensación de una mancha oscura desplazándose a través del campo visual, o sonidos como rumbidos, golpetaos o gritos.

Las crisis parciales simples con síntomas psíquicos cursan con afasia, fenómenos de deja vu o jamais vu, macropsias o micropsias, síntomas afectivos o cognitivos, hay estado de consciencia alerta y la crisis puede ser descrita.

Las crisis parciales complejas suelen asociarse a estados de alerta y capacidad de respuesta, estereotipias, automatismos, molestias abdominales, cambios afectivos con sensación de miedo o enojo y alucinaciones estructuradas auditivas o visuales (18).

Las crisis parciales que evolucionan a generalizadas tónico clónicas, son más o menos frecuentes, deben diferenciarse de las motoras generalizadas.

Las crisis epilépticas de la infancia son:

- Crisis neonatales: Estas crisis tiene una naturaleza fragmentaria. No tiene el patrón estereotipado de los otros tipos de crisis. Pueden simular la agitación del recién nacido, pueden consistir en desviación tónica de cabeza y cuello, movimientos orales, opistótonos o movimientos mioclónicos multifocales.
- Espasmos infantiles: Inician entre los 3 y 12 meses. Los espasmos pueden aparecer en un niño que previamente haya mostrado datos de

deterioro neurológico. Consisten en breves espasmos flaxores repentinos de la cabeza, cuello, tronco y extremidades, la duración es de segundos.

- Síndrome de Lennox Gastaut: Define los pacientes que desarrollan un trastorno epiléptico, caracterizado por la combinación de varios tipos de crisis, incluyendo ausencias típicas, crisis repentinas de "Drop Attacks" asintótico, con pérdida del tono postural y mioclonías generalizadas. Estas crisis inician entre los 2 y 4 años de edad. En casi todos se acompaña de retraso mental.

- Crisis febriles: consisten en breves periodos de crisis motoras generalizadas asociadas a la hiperternia. Los factores pronósticos para el desarrollo posterior de crisis no febriles recurrentes son: crisis prolongada de 20 a 30 mins.; origen focalizado; electroencefalograma anormal dos semanas después de la crisis; anomalías del desarrollo neurológico.

El impacto y consecuencias de la epilepsia en la calidad de vida desde hace tiempo de vida se ha considerado desde hace tiempo, inicialmente se utilizaban formas tradicionales de evaluación clínica, como funcionamientos psicosocial, funciones mentales, efectos de los medicamentos entre otros, después se elaboraron mediciones específicas de habilidades cognitivas, status psicológico y psicosocial, y más recientemente se usan modelos, técnicas y mediciones desarrolladas para evaluar la salud en relación de la calidad de vida . . . . el estudio del impacto de la epilepsia el estudio del impacto de la epilepsia no es nuevo, pero ha evolucionado encontrando mejores mediciones

(19).

*Se ha encontrado que los pacientes que tienen una mejor educación para la salud, presentan un grado inversamente proporcional de crisis. (20).*

*La epilepsia es una enfermedad estigmatizante y las evidencias sugieren que su diagnóstico puede tener importantes consecuencias psicosociales, así como reducir importantemente la calidad de cada día de la vida del enfermo. . . . cuando las crisis son adecuadamente controladas hay un ajuste psicosocial elevado (21).*

### *II. 5. Epilepsia. Localización Anatómica.*

*Las crisis motoras somáticas, cuyos tipo clínicos son: generalizada (gran mal), Jacksoniana (motora local), masticatoria, adversiva simple y postural tónica (descerebración, opistotónos); tienen una localización: motora completa, en la circunvolución prerrolándica, rolándica inferior, frontal y del tallo cerebral respectivamente.*

*Las crisis sensoriales somáticas, que son de tipo clínico: sómato sensorial, visual, auditiva, vertiginosa y olfativa; tienen una localización: en la circunvolución posterrolándica, occipital, temporal, temporal e infratemporal, respectivamente.*

*La crisis viscerales, cuyo tipo clínico es: autonómica; tiene una localiza-*

*ción diencefálica.*

*La crisis convulsiva psíquica: que tiene como tipos clínicos, el estado onírico, pequeño mal, automatismo (ictal o post ictal) y estados psicóticos (secundario a ...); tienen una localización en el área temporal (22).*

### *II. 6. Epilepsia. Diagnóstico.*

*El diagnóstico de epilepsia puede hacerse sobre la base de una historia de ataques recurrentes y de la observación de una crisis convulsiva típica. La exploración física y neurológica, las radiografías de cráneo, los estudios manométricos, de las células y proteínas del LCR, el gammagrama encefálico, la angiografía cerebral, la neumoencefalografía y la tomografía computarizada principalmente pueden ser útiles. La electroencefalografía se ha tornado un auxiliar de lo más eficaz en el diagnóstico de la epilepsia. Puede ser de utilidad para comprobar las disritmias o las descargas epilépticas. Puede recurrirse a maniobras provocadoras como privación del sueño, estimulación fónica, para disminuir el umbral convulsivo. Las derivaciones nasofaríngeas facilitan la identificación de la actividad de espigas de la parte medial o interna del lóbulo temporal. El electroencefalograma resulta muy útil para valorar causas tóxicas, metabólicas o infecciosas. Puede corroborar o no el diagnóstico. De forma que pueden observarse trazos anómalos en pacientes que no presentan crisis clínicas, o bien puede coexistir electros*

*normales en el paciente epiléptico.*

*Con el uso de medidas provocativas como pentametilentratozól (Metrazol) intravenoso y los barbitúricos, sueño, hiperventilación y cambios posturales, pueden llevar a diagnósticos precisos de epilepsia, con un grado importante de certeza.*

*La descripción de una crisis, debe incluir la observación detallada del paciente durante la fase clínica. Hay que seguir y obtener respuesta de los siguientes puntos:*

- 1. ¿ Se produjo antes de la crisis algún cambio de la personalidad, del estado de ánimo o del comportamiento del paciente?*
- 2. ¿ En que circunstancia ocurrió la crisis?*
  - a) ¿ La crisis fué diurna o nocturna?*
  - b) ¿ Hay siempre testigos presenciales o las crisis ocurren cuando el paciente esta solo?*
- 3. ¿ El comienzo y final de la crisis fueron bruscos?*
- 4. Descripción de los síntomas prodrómicos (sensación de cabeza vacía, visión borrosa, debilidad y mareo, son característicos síncope y no de crisis epilépticas).*
- 5. ¿ Que sucede durante las crisis?*
  - a) ¿ Hay pérdida de consciencia o desconación con el medio?*
  - b) ¿ El paciente pierde el control postural. Se cae al suelo y se lesiona?*
  - c) ¿ Que tipo de actividad motora realiza: ¿ tónico-clónica, rítmica y simétrica, sacudidas mioclónicas difusas, movimientos repetitivos estereotipados*

y semiintencionales?

d) ¿Se muerde la lengua?

e) ¿Hay incontinencia urinaria o fecal?

6. ¿Que caracteriza al paciente en la fase postcrítica?

a) ¿Hay letargia, desorientación o déficit neurológico focal?

¿Cuanto tiempo persisten?

b) ¿Hay alteraciones autonómicas? (Palidez y sudoración fría aparecen en los pacientes con síncope, mientras que después de una crisis epiléptica el paciente puede estar ruborizado y sudoroso)

c) ¿Cuáles son las quejas del paciente? (Después de una crisis tónico-clónica puede haber cefalea y mialgias).

7. ¿Cuál es la frecuencia de los ataques?

a) patrón: ¿aislados o en brotes?

b) ¿Duración de cada ataque?

c) Momento de la crisis: ¿Diurna o nocturna?

d) Relaciones con otros factores precipitantes?

8. ¿Los ataques son estereotipados o hay múltiples patrones clínicos?

9. ¿Cuál es la respuesta a la medicación?

10. ¿El paciente toma regularmente la medicación?

11. ¿Hay evidencia de toxicidad de los medicamentos?



*La exploración neurológica debe efectuarse ya sea en la intercrisis o inmediatamente después del ataque) (23).*

*En niños o adolescentes pueden activarse mecanismos autonómicos asociados a síncope vasovagotor, en que debe por obligación hacerse diagnóstico diferencial con epilepsia, se presenta relajación de sistema nervioso visceral, asociado a bradicardia y fallas en la presión sanguínea. Puede o no ocurrir pérdida de conciencia, los muchachos que presentan esta respuesta, generalmente son ansiosos o inhibidos. Frecuentemente se presentan otros síntomas conversivos, ninguno de estos tipos de síncopes parecen estar relacionados con la epilepsia y el diagnóstico diferencial es sencillo (24).*

### *II. 7. Epilepsia . Tratamiento.*

*El objetivo del tratamiento, es la supresión completa de los síntomas, por supuesto, esto no siempre es factible, en todo caso la posibilidad de mejorar la calidad de vida para el epiléptico tanto en su adaptabilidad a la vida familiar, como ante la comunidad pueden ser prioritarias, la mayor parte de los pacientes epilépticos deben continuar en tratamiento farmacológico a lo largo de su vida, lo cual implica un gran monto de disciplina, tolerancia a la frustración y ajuste en la auto imagen. Cuando las crisis son enteramente controladas por espacio de tres a cinco años, la dosis del medicamento puede ser reducida en forma lenta y gradual, incluso puede llegar a retirarse si la*

*crisis no recurren.*

*El paciente debe tener la mayor información posible y recibir estímulo en grupos de apoyo, de ser posible. Deben evitar las ocupaciones que presupongan riesgo, como el conducir. Debe mantener un régimen de vida ordenado, basado en alimentación y sueño adecuados. Debe abstenerse de uso de alcohol y drogas, así como evitar las tensiones emocionales. Puede recomendarse el uso de una tarjeta de identificación.*

### *Medicamentos Anticonvulsionantes:*

<i>Medicamento</i>	<i>Dosis/día</i>	<i>Indicaciones</i>	<i>Toxicidad y precaución</i>
<i>Fenitoína sódica</i>	<i>-300 a 500 mg - en 3 ó 4 dosis</i>	<i>Gran Mal. Epilepsia psicomotora</i>	<i>Gingivitis, Nerviosismo</i>
<i>Fenitoína sódica</i>			<i>ataxia, somnolencia, nistagmus</i>
<i>Carbamazepina</i>	<i>-300 a 1200mg - en 3 dosis</i>	<i>Epilepsia - psicomotora. Gran mal.</i>	<i>Diplopia, sueño, ataxia, depresión de médula ósea.</i>

---

*Fenobarbital* - 100 a 400 mg - *Todas las* - *Somnolencia,*  
*en 3 ó 4 dosis,* *pilepsias menos dermatitis.*  
*psicomotoras.-*

---

*Primidona* 0.5 a 2 gr - *Gran Mal.* - *Somnolencia,*  
*en 3 ó 4 dosis* *ataxia.*

---

*Etosusimida* - 750 a 1500 mg - *Pequeño mal* - *Somnolencia,*  
*en 3 dosis* *náusea y vómito.*

---

*Ac. Valproico* - 1 a 2 gr *Pequeño mal y* *Nausea, Vómito*  
*en 3 dosis* *sus variantes,* *y somnolencia.*  
*crisis mioclónicas*  
*y acinéticas.*

---

*Acetazolamida* - 1 a 3 gr - *Gran Mal,* - *Somnolencia y*  
*en 3 dosis* *pequeño mal.* *y parestesias.*

---

*Clonazapan* 1.5 a 20 mg - *Epilepsia menor,* - *Somnolencia,*  
*en 3 ó 4 dosis* *Crisis mioclónicas* *ataxia y*  
*y acinéticas.* *agitación.*

---

*Diazepam - 8 a 30 mg Epilepsias mixtas, - Somnolencia,  
en 3 ó 4 dosis en trast. de conducta y ataxia  
y estatus epiléptico*

---

*Los barbitúricos y la difenilhidantoína son anticonvulsivos de uso común. Estos fueron utilizados en un grupo de 26 pacientes cuyas edades estaban entre los seis y los trece años, los cuales tenían varios problemas importantes y electroencefalogramas anormales. El uso de la difenilhidantoína en su tratamiento no demostró control farmacológico en un estudio doble ciego. Estadísticamente, decreció la conducta disruptiva, la impulsividad, la hiperactividad, pero el placebo fue significativamente superior (25).*

*En Estados Unidos y Europa, se utiliza el vigabatrin para prevenir las crisis, por inhibición irreversible del ácido gama aminobutírico (GABA), en un estudio doble ciego utilizando vigabatrin contra placebo en pacientes con crisis focales y parciales complejas... los resultados mostraron una sustancial disminución de las crisis en los pacientes tratados con vigabatrin (26).*

*Sin embargo otro estudio donde se investiga los efectos del vigabatrin en las habilidades cognitivas y calidad de vida en epilépticos, se concluye que los niveles séricos del medicamento no tienen relación con mayoría, en las habili-*

*dados y ajustes de los pacientes (27).*

### *3) Planteamiento del Problema*

*Durante el proceso de mi formación como residente de Medicina Familiar, la cual tuvo una duración de dos años; al rotar por los servicios de Medicina Interna, Pediatría, Psiquiatría, Neurología, Urgencias y de la Consulta Externa, pude observar que la evolución de los pacientes epilépticos, en numerosos casos es tórpida y suelen tener poco apego a su tratamiento, agravándose así su pronóstico; entre un 80% a 90% de las familias de estos pacientes, coexiste alteración familiar. Pude observar que se presentan problemas de la dinámica familiar: 1. En la estructura, 2. En sus roles, 3. En el ciclo vital y 4. En su integridad sociocultural. Lo que repercute a su vez en el bienestar del enfermo.*

*Dado que la mal adaptación familiar, los errores en la educación y en el trato familiar suelen agravar el problema e incluso detener su solución, acarreando implicaciones que afectan el desarrollo del individuo enfermo y del núcleo familiar.*

*Es imperativa la identificación de la presencia de trastornos en la dinámica familiar, que se presentan ante la presencia de un miembro enfermo, de forma que sea factible el abordaje de las alteraciones en la estructura, los roles, el ciclo vital y el ajuste psicosocial, de tal manera que se logre brindar a la familia oportunidades para identificar su problemática y ayudarles a*

lograr un mejor ajuste.

#### 4) *Justificación*

*Las características del paciente epiléptico están multideterminadas, con frecuencia se hace depositario al paciente de una gran carga inerte a su auto imagen y a sus posibilidades, tanto en el núcleo familiar como en la sociedad. Siendo común que se vean limitadas sus capacidades vitales, de comunicación y de desempeño de sus actividades.*

*Se espera de la familia que se cumpla la función de contenedor para facilitar la adaptabilidad del epiléptico ante la sociedad. Sin embargo, para que la familia pueda cumplir esta función debe contar con recursos adaptativos encaminados a proteger (no sobreproteger) al individuo enfermo. Cuando la familia es disfuncional, y se encuentra atorada en una fase de su ciclo vital, o cuando existan fallas en la estructuración de la misma, el enfermo no logrará adaptarse adecuadamente a su padecimiento, incurriendo en fallas en lo relativo a su tratamiento, empaorando su pronóstico. El epiléptico a su vez, se constituye en una zona de conflicto para su grupo primario, tanto como para sí mismo; llegando a enfermar a otros miembros.*

*El impacto que el epiléptico causa en la familia, se encuentra ampliamente documentado en diversos estudios, principalmente en Estados Unidos; dichos estudios reportan alta disfuncionalidad y desajuste psicosocial. Es común que otros integrantes del grupo familiar presenten síntomas de tipo psicológico-psiquiátrico. Esto es valorable analizando las alternativas que la*

*Los recursos que pueden brindarse a éstas, son grupos de apoyo y auto ayuda, tanto para el epiléptico, como para su núcleo; Psicoterapia de apoyo a ambos por los servicios de Psicología y Psiquiatría; seguimiento por Trabajo Social.*

*Debido a la pobre infraestructura, con que las instituciones cuentan en México, este abordaje multidisciplinario se torna poco viable, por lo que considero de importancia la formación de equipos interdisciplinarios.*

*El propósito de esta investigación, es identificar el impacto que tiene el paciente epiléptico en su núcleo familiar y las repercusiones en la calidad de vida de la familia.*

## 5) *Objetivos*

*Determinar el impacto del paciente epiléptico en su núcleo familiar.*

## 6) *Metodología*

### 6.1. *Tipo de Estudio*

*De acuerdo con el período en que se capta la información, se trata de un estudio retrospectivo de causa a efecto.*

*De acuerdo con la evolución del fenómeno estudiado, es transversal.*

*De acuerdo con la interferencia del investigador en el fenómeno analizado es observacional.*

*De acuerdo con la comparación de las poblaciones, el estudio, es descriptivo.*



## 6.2. Población, Lugar y Tiempo.

La población estudiada estará constituida por pacientes derechohabientes del ISSSTE de la Clínica Hospital "Dr. Ismaél Vázquez Ortiz" de la Cd. de Queretaro, que padezcan epilepsia de cualquier tipo y sus familias.

Lugar: Medio urbano en la Cd. de Queretaro, Clínica Hospital del ISSSTE en Queretaro, Qro.

Tiempo: La duración de la investigación será de 1 año.

El estudio estará dividido en tres etapas. La primera estará dedicada a la recolección de información hemerográfica y bibliográfica, y estará comprendida de febrero a junio de 1995.

La segunda etapa estará dedicada a la metodología, es decir al estudio de los trastornos en la dinámica familiar cuando por lo menos un integrante del grupo sea epiléptico, al estudio y observación, mediante la aplicación de test, para determinar los trastornos en la dinámica familiar y su impacto con el paciente. Estará comprendida entre julio y noviembre de 1995.

La tercera etapa estará dedicada al análisis de resultados, y conclusiones, se realizará de diciembre de 1995 a febrero de 1996.

## 6.3. Tipo y Tamaño de la Muestra.

La muestra estará compuesta de un total de 30 familias derechohabientes del ISSSTE de Queretaro, Qro, que habiten en medio urbano y suburbano, en las que por lo menos uno de sus integrantes padezca epilepsia.

*Se será una muestra representativa de la población objetivo en la que muestreará el archivo clínico, captando los expedientes de pacientes epilépticos.*

*Se realizará un muestreo simple, es decir de una sola etapa y un solo estrato. Llevándose a cabo un muestreo sistemático, tomando como universo, 537 pacientes epilépticos y sus familias correspondiendo este número al total de pacientes epilépticos tratados en el ISSSTE, Qro. en el lapso de un año, de agosto de 1994 a julio de 1995. El universo (537) será dividido entre la muestra (39) se elegirá aleatoriamente un número entre el 1 y 17.9 (número resultante de la división). Se elegirá cada 8 expedientes, para conformar la muestra que se encuestará.*

*Se aplicará un test, con preguntas cerradas, elaborado y diseñado para determinar la estructura y el tipo de familia. El muestreo se realizará por separado a dos integrantes de cada familia: el paciente epiléptico y la figura sobre la que recae la centralidad de la familia. El tamaño de la muestra quedará arbitrariamente determinado en 30 familias, sin llegar a abarcar el universo, debido a razones de costo y tiempo.*

#### *6. 4. 1. Criterios de inclusión.*

*Familias derechohabientes de la Clínica hospital del ISSSTE "Dr. Ismael Vázquez Ortiz", de la Cd. de Querétaro:*

- Modernas, tradicionales y primitivas.*
- Urbanas y suburbanas. Cualquier clase social.*
- Integradas, semiintegradas y desintegradas.*

*-Nucleares, extensas, extensas compuestas, y familias con variaciones (padre o madre solteros).*

*-Que cuente con, por lo menos un miembro del grupo familiar que sea epiléptico.*

#### *6. 4. 2. Criterios de exclusión y de eliminación.*

*Familias no derechohabientes al ISSSTE.*

*De medio rural.*

*Que no habiten en la Cd. de Querétaro.*

*Que no tengan un integrante que padezca epilepsia.*

*Que no acepten ingresar a la presente investigación.*

#### *6. 5. Método o procedimiento para captar la información.*

*Por medio del diseño de un test de investigación de 32 ítems, se aplicará una encuesta descriptiva, retrospectiva dividida en dos subtest. Con el método de preguntas estructuradas o cerrada y de respuesta múltiple. Las preguntas cerradas podrán ser respondidas en forma dicotómica o en abanico.*

*Las preguntas serán aplicadas por el entrevistador, y estarán dirigidas al enfermo y a la persona que ocupa la centralidad en la familia. El test se anexa al estudio. (Anexo A)*

*Anexo A*

## *Anexo A*

### *Subtest 1*

- 1. ¿Cuántas personas habitan en su casa?*
- 2. ¿Hay padre?, ¿hay madre?, ¿hay hijos?, ¿hay otros miembros? (en caso de contestar afirmativamente, especificar).*
- 3. En caso de faltar el padre o la madre, explicar causa.*
- 4. ¿Que religión profesan?*
- 5. ¿Todos tienen la misma religión? en caso de contestar negativamente, explicar cuál cuáles y si esto causa problemas.*
- 6. ¿Quién mantiene a la familia?*
- 7. ¿En que medio viven? ¿urbano o suburbano?*
- 8. Nivel escolar, de cada uno de los integrantes del núcleo familiar.*
- 9. Ingresos promedio de la familia (especificando: un salario mínimo, dos a cuatro salarios, y cinco o más).*
- 10. ¿En que tipo de casa habitan? (propia, rentada o prestada).*
- 11. ¿De que material esta construida?.*
- 12. Número de cuartos con que cuentan.*

### *Subtest 2*

- 13. ¿Como son las normas y reglas en su familia? (estrictas, flexibles, desordenadas, combinadas).*
- 14. ¿Tienen funciones determinadas cada uno? ¿Cuáles son?.*

15. *Las funciones que se espera que cada miembro desempeñe: ¿son respetadas y desempeñadas en forma adecuada?*
16. *¿Que miembro de la familia tiene más poder y es más respetado?*
17. *¿Cuáles miembros de la familia lo siguen en autoridad? Especificar lugar que cada integrante del grupo familiar ocupa.*
18. *¿Alrededor de cuál de los integrantes, gira el resto del grupo familiar?. Especificar.*
19. *Si esta persona que ocupa un lugar central, faltara ¿la familia se vería amenazada?*
20. *¿Suelen expresar su afecto? ¿Cómo?*
21. *¿Se interesan en los asuntos de los demás?*
22. *¿Participan en actividades conjuntas? ¿Cuáles?. En caso de contestar afirmativamente: ¿las disfrutan?*
23. *¿Quién se encarga de la manutención de la familia?*
24. *¿Quién se encarga del cuidado de la casa?*
- ¿Quién se encarga del cuidado de los menores, discapacitados o ancianos (en caso de haberlos)?.*
25. *¿A que se dedica cada miembro de la familia? (especificar). y ¿cuál es el rendimiento de cada uno?.*
26. *¿Las funciones que cada miembro desempeña, ¿suelen resultarle muy pesadas?. En caso de contestar afirmativamente, especificar miembro y función desempeñada.*

27. Cuando hablan dos integrantes de la familia ¿lo hacen en forma directa o lo hacen a través de un intermediario?
28. La comunicación: ¿es clara o confusa? ¿Ud. a veces no entiende lo que se dijo? ¿Sus familiares se quejan a menudo de no entenderlo?
29. ¿Frecuentemente se dan malentendidos?
30. ¿Algunos miembros de su familia hacen alianza entre sí?
31. ¿La familia considera a algún integrante como problemático, o el peor del grupo? ¿Le encuentran casi siempre culpable de los eventos estresantes?. En caso de contestar afirmativamente especificar quién y qué problemas son identificados?.
32. ¿Se consideran uds. una familia sana?.

## *6. 6. Información a recolectar.*

*A través de la aplicación de la encuesta descriptiva, a la muestra conformada por 30 familias, se recolectará tipo de familia mediante el subtest 1. En el subtest 2 se determinará la estructura familiar: límites en los ítems 13 a 15; jerarquía en los ítems 16 y 17; centralidad en los ítems 18 y 19; involucración afectiva en los ítems 20 a 22; roles en los ítems 23 a 26; comunicación en los ítems 27 a 29; alianzas en el ítem 30; "chivo expiatorio" en el ítem 31 y autopercepción familiar en el ítem 32.*

### *6. 6. 1. Variable independiente:*

*Alteraciones en la dinámica familiar, cuando existe un integrante epiléptico.*

### *6. 6. 2. Variables dependientes:*

*Tipo y estructura de familia.*

*Área geográfica de procedencia.*

*Derechohabientes del ISSSTE.*

*Medio urbano.*



## 6. 7. Consideraciones éticas.

*La presente investigación está realizada en humanos, por ser de tipo observacional es de baja invasividad, aún así no deja de entrañar riesgo para las familias encuestadas, debido a que durante la aplicación del test se movilizarán algunos aspectos de índole psicológico. Algunas familias podrán percatarse de su disfuncionalidad. En todos los casos se solicitará su anuencia para la participación en este trabajo; en caso de que las familias se percaten de su problemática, serán canalizadas a los servicios de Psiquiatría, Psicología y Neurología. Como fundamento a las declaraciones con relación a la declaración de Helsinki de 1964, y posteriormente en Tokio en 1975; así como la norma oficial del 26 de enero de 1982 del comunicado de la Secretaría de Salubridad y Asistencia que fueron tomadas como bases normativas para la elaboración de este trabajo.*

## 7) Resultados

El test fue aplicado a la muestra consistente en 30 familias derechohabientes de la Clínica-Hospital del ISSSTE en Querétaro, Qro., las preguntas fueron dirigidas al integrante de la familia epiléptico, y a la figura que fingía como central en la familia. En las ocasiones en que la figura central coincidió con el paciente identificado, es decir el integrante epiléptico, se incluyó a la figura de mayor jerarquía en la familia.

Del total de la muestra encuestada (30), se encontró en relación al número de integrantes por familia que:

- 3 familias de 2 integrantes fueron el 10%
- 2 familias de 3 integrantes fueron el 6.6%
- 8 familias de 4 integrantes fueron el 26.7%
- 11 familias de 5 integrantes fueron el 36.6%
- 3 familias de 6 integrantes fueron el 10%
- 3 familias de 7 integrantes fueron el 10%

(Se anexa gráfica 1 : Número de integrantes por familia)

En referencia al rol ocupado por el integrante enfermo (paciente identificado), se encontró que:

- el 6.7% correspondió al padre (2 pacientes)
- el 30% correspondió a la madre (9 pacientes)
- el 40% correspondió a un hijo varón (12 pacientes)
- el 20% correspondió a una hija mujer (6 pacientes)
- el 3.3% correspondió a "otros" (una nieta) (1 paciente)

(Se anexa gráfica 2 : Paciente identificado en cada familia)

Solo en un caso, se encuestó a una familia con 2 integrantes epilépticos (madre e hijo varón), en cuyo caso se identificó como paciente identificado a la madre.

En cuanto al tipo de familia muestra encuestadas se realizaron 3 subdivisiones: 1) Nuclear, extensa y variaciones; 2) Moderna, tradicional o primitiva; y 3) Integrada, semiintegrada y desintegrada., observándose en el grupo 1:

- el 76.7% correspondió a familias nucleares
- el 23.3% correspondió a familias extensas (abarcando aquí extensas con variaciones y extensas compuestas)

En el subgrupo 2:

- el 30% correspondió a familias modernas
- el 70% correspondió a familias tradicionales
- no se encontraron familias primitivas

En el subgrupo 3:

- el 53.3% correspondió a familias integradas
- el 46.7% correspondió a familias semiintegradas
- no se reportan familias desintegradas

Para obtener el tipo de familia, las subdivisiones fueron agrupadas de la siguiente forma:

- 1) Familia nuclear, moderna, integrada: 26.7% (8 familias)
- 2) Familia extensa, tradicional, semiintegrada: 20% (6 familias)
- 3) Familia nuclear, tradicional, semiintegrada: 23.3% (7 familias)
- 4) Familia nuclear, tradicional, integrada: 26.7% (8 familias)
- 5) Familia extensa, moderna, semiintegrada: 3.3% (1 familias)

*(Se anexa gráfica 3: Tipo de familia)*

*Para determinar la funcionalidad o disfuncionalidad familiar, se valoraron 19 ítems del subtest 2; considerándose características de:*

<i>Funcionalidad</i>	<i>Disfuncionalidad</i>
<i>- límites rígidos y permeables</i>	<i>- límites laxos y mixtos</i>
<i>- mayor jerarquía ocupada por los padres</i>	<i>- menor jerarquía ocupada el pto. identificado o los padres</i>
<i>- centralidad ejercida por la madre o el padre</i>	<i>- centralidad ejercida por algún otro integrante</i>
<i>- el afecto maduro</i>	<i>- afecto sobreinvolucrado o desprovisto de afecto</i>
<i>- cuando cada integrante realiza las actividades que se esperan de él</i>	<i>- cuando los integrantes no desempeñan las funciones esperadas</i>
<i>- la comunicación clara y directa</i>	<i>- la comunicación confusa y/o indirecta</i>
<i>- cuando no se detectan alianzas</i>	<i>- cuando se detectan alianzas</i>
<i>- cuando los demás integrantes están psíquicamente sanos</i>	<i>- cuando hay otros integrantes sintomáticos</i>

*Se encontraron 22 familias: 73.3% fueron disfuncionales; y 8 familias: 26.7% fueron funcionales. (Se anexa gráfica 4: % familias disfuncionales y funcionales).*

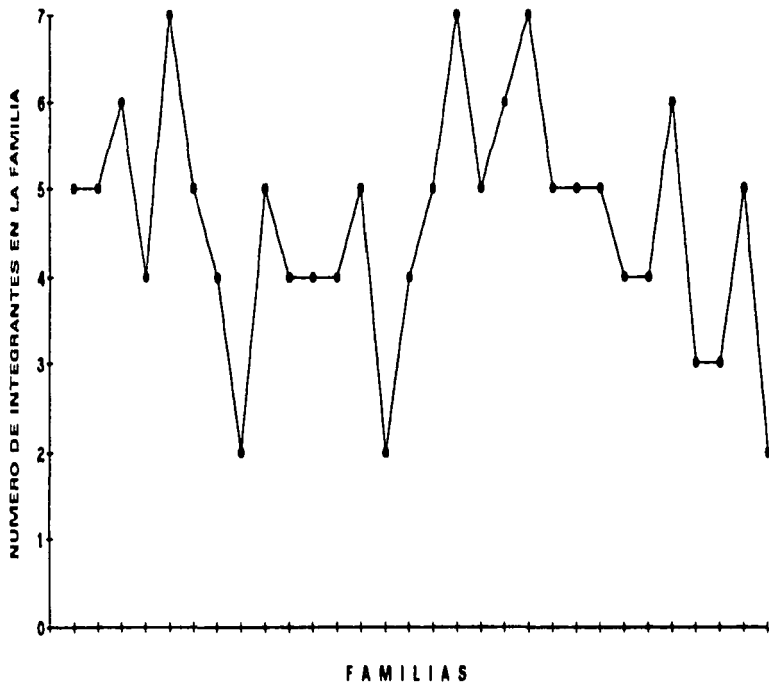
*En 19 familias: 63.3% se valoró que la menor jerarquía era ocupada por el paciente identificado (epiléptico); en 3 familias: 10% la menor jerarquía era ocupada por un integrante de la familia que no era el paciente; y en 8 familias : 26.7% no se reportó integrante de menor jerarquía (Se anexa gráfica 5: Integrante de la familia con menor jerarquía).*

*En 20 familias: 66.6% se identificó, que el miembro epiléptico si causa alteración en la dinámica del núcleo familiar; mientras que en 10 familias: 33.4% no se detectó causa-efecto en las alteraciones de la dinámica familiar, o no se encontró disfuncionalidad (Se anexa gráfica 7: Autopercepción familiar).*

*Es decir el 63.3%, tienen una percepción clara de su dinámica familiar; el 26.7% tiene una percepción errónea; el 10% tienen una percepción confusa (Se anexa gráfica 8: Percepción Clara Errónea Confusa).*

## *Gráfica 1*

# NUMERO DE INTEGRANTES POR FAMILIA

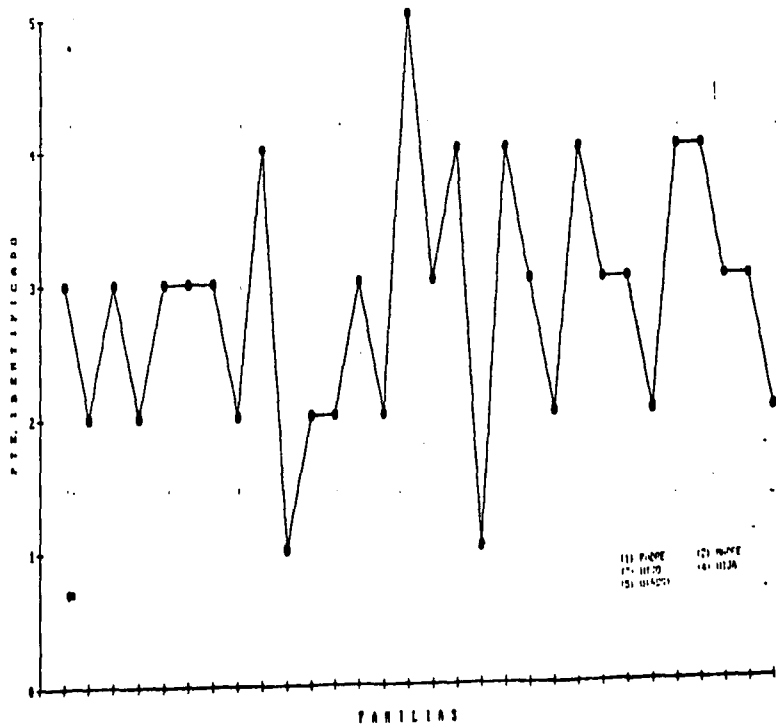


## *Gráfica 2*



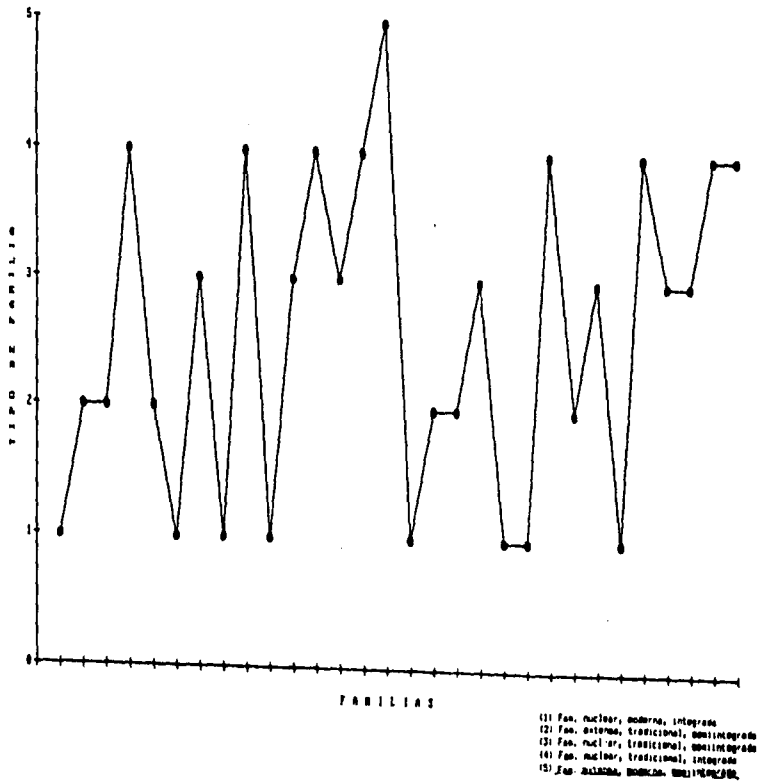
# PTE. IDENTIFICADO

DE CADA PAR.



## *Gráfica 3*

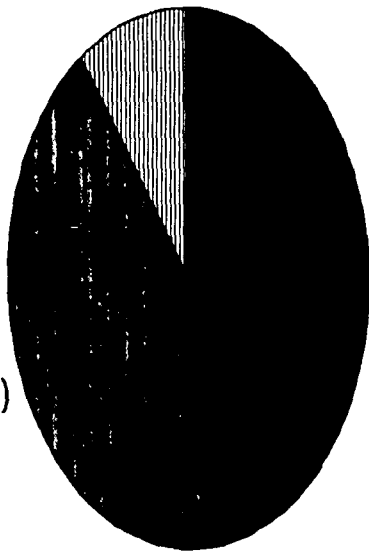
# TIPO DE FAMILIA



## *Gráfica 4*

**% DE FAMILIAS  
DISFUNCIONALES Y FUNCIONALES**

**CONFUSA (10.0%)**



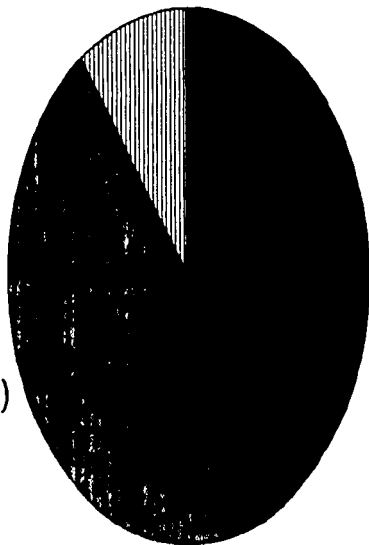
**SANAS (46.6%)**

**ENFERMAS (43.4%)**

## *Gráfica 5*

**INTEGRANTE DE LA FAMILIA  
CON MENOR JERARQUIA**

**CONFUSA (10.0%)**



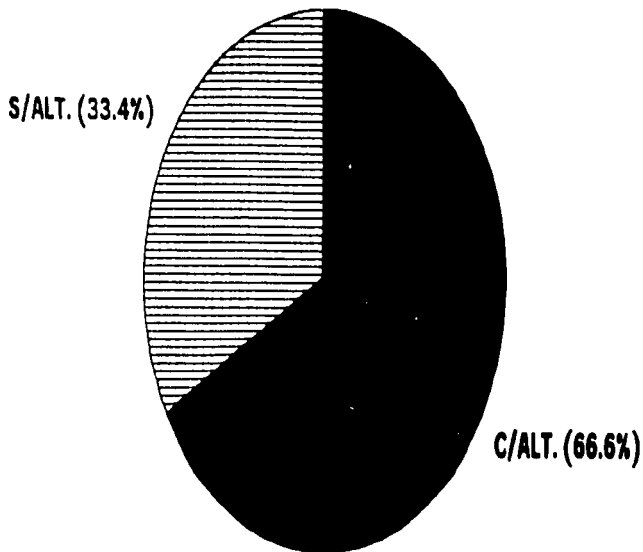
**SANAS (46.6%)**

**ENFERMAS (43.4%)**

## *Gráfica 6*



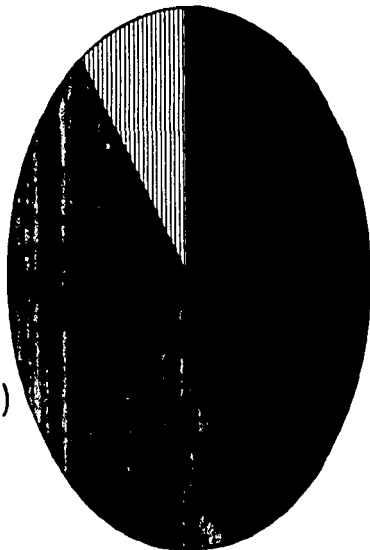
**ALTERACION EN LA DINAMICA FAM.  
POR UN INTEGRANTE EPILEPTICO**



## *Gráfica 7*

## AUTOPERCEPCION FAMILIAR

**CONFUSA (10.0%)**



**SANAS (46.6%)**

**ENFERMAS (43.4%)**

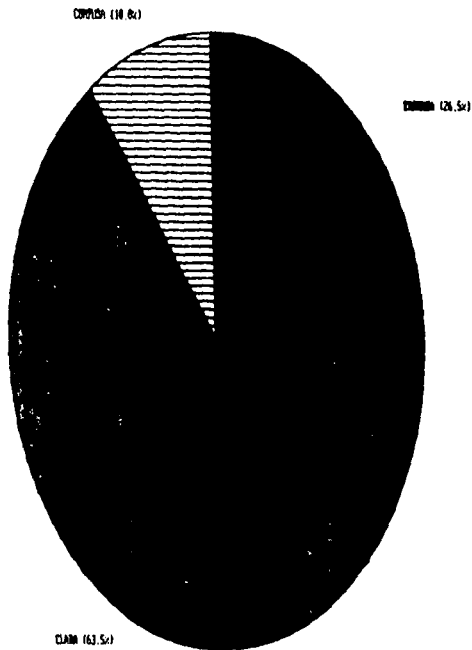
## *Gráfica 8*

**FALTA PAGINA**

NO. 62a la 70

# PERCEPCION FAMILIAR

CLAM EXOTICA-COMPLIX



## 8) Análisis

Se observó que las familias muestreadas, contaban entre dos y siete integrantes, correspondiendo el mayor porcentaje a familias integradas por 5 personas, seguidas por familias de 4 integrantes, y en el mismo porcentaje familias de dos, seis y siete integrantes. Las familias de 3 integrantes fueron las menos frecuentes.

Con mayor frecuencia, el paciente identificado fué un hijo varón, seguido por la madre; en tercer lugar se identificó como paciente a una hija mujer, por último se observó que el padre fué el epiléptico. Solo en un caso-familia, se observó a otro integrante (nieta), como a enferma.

Hubo un predominio de familias nucleares, sobre las extensas. Así mismo se mostró predominio de familias tradicionales sobre las modernas y no se encontraron familias primitivas durante la aplicación de encuestas. Un porcentaje levemente mayor correspondió a familias integradas, sobre las semiintegradas, no se encontraron familias desintegradas.

Fueron realizados agrupamientos para mejor determinación del tipo de familias; de tal forma pudo observarse mayor índice de familias nucleares, modernas e integradas -tanto como de- nucleares, tradicionales, integradas. Seguidas con poca diferencia por familias nucleares, tradicionales, semiintegradas; extensas, tradicionales, semiintegradas. Solo se observó una familia extensa, moderna, semiintegrada.

*La disfuncionalidad en la dinámica familiar, predominó de forma importante sobre el porcentaje de familias funcionales.*

*En un elevado porcentaje de familias, el menor nivel jerárquico familiar fue ocupado por el integrante que padecía epilepsia, en un pequeño porcentaje, la jerarquía menor fue ocupada por otro integrante diferente al epiléptico. Casi la tercera parte de las familias muestreadas, negaron que alguno de sus integrantes ocupara menor jerarquía.*

*Un número importante de familias, mostró que al tener un integrante epiléptico si causó alteraciones en la dinámica familiar, en cambio aproximadamente en una tercera parte de la muestra no se detectó causalidad de un integrante epiléptico en disfunción familiar, o se trató de familias funcionales.*

*Cabe resaltar en cuanto a la autopercepción familiar que la mayoría de las familias tienen una autopercepción clara de su proceso de funcionalidad-disfuncionalidad; casi una tercera parte de las familias encuestadas tiene una percepción errónea de sí mismas autodescribiéndose sanas, pese a ser disfuncionales; un número menor tienen una percepción confusa.*



## *Conclusiones*

*Del muestreo se observó que las familias encuestadas fueron nucleares y extensas, en cuanto a los integrantes que conformaban el grupo; modernas y tradicionales, en cuanto a las actitudes sociales; e integradas y semintegradas en cuanto a la forma de asumir los roles esperados.*

*Los pacientes identificados fueron con mayor frecuencia: un hijo varón y la madre. Las familias estuvieron conformadas entre dos y siete integrantes.*

*Se identificó franco predominio en la disfuncionalidad de estas familias en las que la menor jerarquía dentro del grupo era ocupada por el paciente epiléptico.*

*Un número importante de familias mostró que la presencia de un integrante epiléptico, si causa alteraciones en la dinámica familiar.*

*En la mayor parte de los grupos encuestados se detectó la existencia de una autopercepción clara de su disfuncionalidad, es decir, se percataron de las alteraciones en su dinámica familiar y con frecuencia de la causa (la presencia de un enfermo crónico).*

*De la observación, durante la aplicación del test, se encontró que si existe una correlación entre la presencia de un miembro epiléptico y la disfunción de estas familias.*

## Bibliografía

- Diagnostico y Tratamiento de las relaciones familiares.* Ed. Normé, 3a. edición. 1986.
- Ackerman N.: *Grupoterapia de la familia.* Ed. Normé, 2a. edición. 1981.
- Ackerman N.: *Psicoterapia de la familia neurótica.* Ed. Normé, 3a. edición. 1986.
- Bauleo A.: *Ideología, Grupo y familia.* Folios ediciones, 2a. edición. 1982.
- Bernard P., Trouve S.: *Semiología Psiquiátrica.* Ed. Toray Masson, 1a. edición. 1978.
- Boszormenyi J., Framo J.: *Terapia Familiar Intensiva.* Ed. Trillas, 1a. edición. 1988.
- Chusid J.: *Neuroanatomía Correlativa y Neurología Funcional.* Ed. El Manual Moderno, 6a. edición. 1984.
- De la Torre E.: *Metodología de la Investigación.* Ed. Mc Graw Hill, 1a. edición. 1988.
- Dodrill C. B., Arnett J. L., Sommerville K. W., Sussman N. M.: *Evaluation of the effects of vigabatrin on cognitive avilities and quality of life in epilepsy.* *Neurology*, 43 (12):2501-7, 1993.
- Dodrill C. B., Arnett J. L., Sommerville K. W., Sussman N. M.: *Effects of differing dosages of vigabatrin on cognitive avilities and quality of life in epilepsy.* *Epilepsia*, 36 (2):164-73, 1995.
- Estrada L.: *El ciclo vital de la familia.* Ed. Posada, 3a. edición. 1989.
- Ey H.: *Tratado de Psiquiatría.* Ed. Toray Masson, 8a. edición. 1980.

Jaeman D.: *Effects of childhood chronic illness on families. Soc. Work Health Care, 14 (3):37-53, 1990.*

Goldman H.: *Psiquiatría General. Ed. El Manual Moderno, 1a. edición. 1988.*

Harrison S.: *Basic Handbook of Child Psychiatry. Vol. III. Basic books, inc. publishers, 1a. edición. 1979.*

Hartshorn J., Byers V.: *Importance of health and family variables related to quality of life in individuals with uncontrolled seizures. J. Neurosci. Nurs., 26 (5):288-97, 1994.*

Hays R., Vickroy B., Hermann B., Perrine K., Cramer J., Meador K., Spritzer K., Devinsky O.: *Agreement between self reports and proxy reports of quality of life in epilepsy patients. Qual. Life Res., 4 (2):159-68, 1995.*

Heathfield H.: *Clinical course and prognosis of temporal lobe epilepsy. Brain, 30 (4):170-79, 1992.*

Hermann B.: *Evolution of health related quality of life assesment in epilepsy. Qual. Life Res., 4 (2):87-100, 1995.*

Hoare P., Russell M.: *The quality of life of children with chronic epilepsy and their Families: Preliminary findings with a new assessment measure. Dev. Med. Child Neurol., 37 (8):689-96, 1995.*

Hoare P.: *The Quality of Life of Children with Chronic Epilepsy and their Families. Seizures, 2 (4):269-75, 1993.*

Jacoby A.: *Epilepsy and the quality of every day life. Findings from a study of people with well-controlled epilepsy. Soc. Sci. Med., 34 (6):657-66, 1992.*

## Notas

- (1) Estrada Lauro: "El ciclo vital de la familia" Ed. Posada P. 21
- (2) Ackerman Nathan: "Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares" Ed. Hormé P. 174
- (3) Wallace, A.F. C.: "Culture and personality" Ed. Anthro: P. 218
- (4) Bauleo, Armando: "Ideología, grupo y familia"  
Folios ediciones. P. 86
- (5) Boszormenyi, Ivan: "Terapia familiar intensiva"  
Ed. Family process. P. 108, 109
- (6) Tomar; W: "Family Constellation" The free press. P. 12
- (7) Ackerman, Nathan: "Psicoterapia de la Familia Neurótica" Ed. Hormé P. 85
- (8) Spiegel, J. P.: "The family of the Psychiatric Patient" American Handbook of Psychiatric. P. 235
- (9) Hartshorn J. C.: "Importance of health and family variables related to quality of life in individuals with uncontrolled seizures" J. Neurosci-Nurs. P. 295
- (10) Sussman, M. B.: "Kinship family network: Unheralded structure in current conceptualization of family functioning" Marriage and fam. Liv. P. 327

- (11) Jaeman, D. J.: "Effects of childhood chronic illness on families" *SOC. Work-Health-Care*. P. 40
- (12) Hoare, P.: "The quality of life of children with chronic epilepsy and their families" *Seizure* P. 273
- (13) Hoare, P.: "The quality of life of children with chronic epilepsy and their families": preliminary findings with a new assessment measure. *Dev. Med. Child. Neurol.* P. 690
- (14) Chusid D, Joseph: "Neuroanatomía correlativa y Neurología funcional" *Manual Moderno*. P. 440
- (15) Goldman, Howard: "Psiquiatría general" *Manual Moderno*. P. 107
- (16) Ey, Henri: "Tratado de Psiquiatría" *Masson, ed.* P. 295, 295
- (17) Chusid, Joseph: "Neuroanatomía correlativa y Neurología funcional" *Manual Moderno*. P. 441
- (18) Heathfield, H. W.: "Clinical course and prognosis of temporal lobe epilepsy" *Brain*. P. 173
- (19) Herman, BP.: "The evolution of health related quality of life assessment in epilepsy" *Qual. Life. Res.* Pp. 98, 99

- (20) Hays, R.D.: "Agreement between self reports and proxy reports of quality of life in epilepsy patients" *Qual. Life. Res.* P. 165
- (21) Jacoby, A.: "Epilepsy and the quality of everyday life. Findings from a study of people with well controlled epilepsy" *Soc. Sci. Med.* Pp: 658-660
- (22) Chusid, Joseph: "Neuroanatomía correlativa y Neurología funcional" *Manual Moderno.* P. 442
- (23) Weisberg, L. A.: "Manual de Neurología clínica" *Interamericana.* Pp. 172-173
- (24) Harrison, Saul: "Basic Handbook of Child Psychiatry" Vol. III Basic Books, Inc., Publishers. Pp 582-583
- (25) Leshowitz, M. M: "Effects of Diphenylhydantoin on disruptive behaviors" *Archives of General Psychiatry.*
- (26) Dodrill, CB: "Effects of differing of vigabatrin (Sabril) on cognitive abilities and quality of life in epilepsy" *Epilepsia.* Pp: 166-169
- (27) Dodrill, CB: "Evaluation of effects of vigabatrin on cognitive abilities and quality of life in epilepsy" *Neurology.* Pp:2505-2507