



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**HGZ/MF NO. 3  
“DR. HECTOR GONZALEZ GUEVARA”  
MAZATLAN, SINALOA**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON EPILEPSIA.**

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

**PRESENTA:**

**DRA. CONCEPCIÓN SANTOS FRAGOSO**

**MEDICO GENERAL ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
NO. 21 LA CRUZ, DE ELOTA, SINALOA**

**MAZATLÁN, SIN.**

**2010**



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.

## DEDICATORIA

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

Al señor Jesucristo, mi Señor y Dios, por enseñarme el camino correcto de la vida, guiándome y fortaleciéndome cada día con su Santo Espíritu.

A mi querido esposo, mi ayuda idónea, por su amor, paciencia, comprensión y motivación, sin lo que hubiese sido posible lograr terminar estos estudios.

Primero y antes que nada, doy gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

En general quisiera agradecer a todas y cada una de las personas que han vivido conmigo la realización de esta tesis doctoral, con sus altos y bajos y que no necesito nombrar porque tanto ellas como yo sabemos que desde lo más profundo de mi corazón les agradezco el haberme brindado todo el apoyo, colaboración, ánimo y sobre todo cariño y amistad.

Para mi hija, Keila Paola. Su nacimiento ha coincidido con el final de la tesis. Ella es lo mejor que nunca me ha pasado, y ha venido a este mundo para darme el último empujón para terminar el trabajo. Es sin duda mi referencia para el presente y para el futuro. Muy especialmente con todo mi amor a mi mamá, quien me ha enseñado con su ejemplo a rebasar todas las barreras que la vida nos presenta, a querer ser mejor cada día, a entender que no hay nada imposible y que sólo hay que esmerarse y sacrificarse, si es necesario, para lograr las metas que nos planteamos.

A los que siempre les daré las gracias porque me dieron su apoyo, guía y comprensión sin condición ni medida desde el primer día de clase hasta el último para salir adelante con mi carrera, rompiendo esas barreras que me impedían trabajar a pesar de que hubo tiempos difíciles con la economía, enojos y regaños pero siempre estuvieron a mi lado. Quienes me guiaron por el camino de la educación y me alentaron a efectuar uno de mis anhelos más grandes de mi vida.

Maestros:

Los que siempre me ponían el ejemplo de ser puntual, ser una persona disciplinaria cuidando cualquier detalle desde el uniforme hasta las tareas y claro poner el ejemplo a mis compañeros y nuevas generaciones.

A mis amigos:

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE  
MEXICO**

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 3

“Dr. Héctor González Guevara”

**Funcionalidad Familiar En Pacientes Con Epilepsia**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA,  
PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

**DRA. CONCEPCIÓN SANTOS FRAGOSO**

MAZATLAN, SINALOA-2009

ASESOR DE TESIS

DR. GUSTAVO BAZA SALINA MF

DRA. MARIA DE LOS ANGELES RODRIGUEZ LEDEZMA

# ÍNDICE

## Contenido

ÍNDICE.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
MARCO TEORICO .....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	19
JUSTIFICACION.....	20
OBJETIVOS .....	22
METODOLOGÍA.....	23
CONSIDERACIONES ETICAS.....	27
RESULTADOS.....	28
FACES III.....	28
APGAR.....	30
DISCUSIÓN Y ANÁLISIS .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
CONCLUSIONES.....	33
GRAFICAS .....	34
BIBLIOGRAFIA.....	43
ANEXOS.....	47
Encuesta.....	47
Cronograma de actividades .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Consentimiento informado .....	49

## INTRODUCCIÓN

La epilepsia es uno de los grandes problemas a los que se enfrenta la humanidad; se estima que cerca de 400 años a. de C., Hipócrates describió la epilepsia como: "...en cuanto a la enfermedad que llamamos sagrada, he aquí lo que es: ella no me parece ni más sagrada ni más divina que las otras, ella tiene la misma naturaleza que el resto de las otras enfermedades, y por origen las mismas causas que cada una de ellas. Los hombres le han atribuido una causa divina, por ignorancia y a causa del asombro que les inspira, pues no se parece en nada a las enfermedades ordinarias" <sup>(1)</sup>. Resulta comprensible que algo tan impresionante, misterioso y sobrecogedor como las convulsiones, haya despertado tanto interés y curiosidad en el hombre, desde el momento de su inserción en el mundo biológico y que permanece hasta nuestros días <sup>(2)</sup>.

Familia es el nombre con que se ha designado a una organización social tan antigua como la propia humanidad y que, simultáneamente con la evolución histórica, ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época. No solo el seguimiento al tratamiento y diversas intervenciones garantizan una evolución adecuada, sino también el apoyo que recibe el paciente, juega un papel muy importante en la mejoría de su estado de salud y la prevención de recaídas <sup>(3)</sup>.

La epilepsia, representa uno de los trastornos más comúnmente observados en la práctica clínica cotidiana de los servicios de neurología. La epilepsia, por sí sola, o bien por la serie de padecimientos asociados, potencia la estigmatización, malentendidos, y además del gran número de implicaciones psicosociales que existen a su alrededor. Por su naturaleza a veces impredecible, la epilepsia está rodeada de conceptos erróneos, y de mitos, ambos históricos y culturales <sup>(4)</sup>.

En los últimos decenios se han conseguido importantes avances en la lucha contra la epilepsia, pero aún siguen influyendo numerosos perjuicios. La ignorancia y la superstición forman las raíces de la discriminación de los enfermos, aunque las crisis hayan sido eliminadas con ayuda de métodos terapéuticos modernos. Con los actuales conocimientos científicos debemos considerar a la epilepsia una enfermedad como cualquier otra. Dependiendo de su causa, su evolución puede ser benigna o maligna. No es una

enfermedad mental. Y en muchos casos es curable. La prevalencia de la epilepsia es tres veces más elevada en los países en desarrollo que en los industrializados<sup>(5)</sup>.

Dentro del papel del médico familiar extensible a todos los integrantes del sistema sanitario, se encuentra como labor esencial el reconocer la influencia de los factores familiares sobre los pacientes epilépticos y tenerlos en cuenta para el cuidado del mismo, reconociendo igualmente la influencia de los problemas del paciente en su familia. Las personas epilépticas tienen síntomas y tienen también familia<sup>(6)</sup>.

La influencia del médico en la conducta del paciente frente a la enfermedad constituye un punto cardinal, pues muchos profesionales de la salud se limitan al diagnóstico y a la prescripción facultativa, dejando a un lado la valiosa herramienta de la educación<sup>(7)</sup>.

Es importante hacer énfasis en la educación al paciente en el consultorio, lo cual implica enseñar aspectos básicos de la epilepsia, promover la modificación de conocimientos y solucionar problemas inmediatos con cambios en el marco psicológico de referencia para ayudar al paciente a aceptar su enfermedad<sup>(8)</sup>.

La definición de epilepsia, ha permanecido en una lucha entre la explicación científica y mágica. Por siglos la creencia prevaleciente fue, que se trataba una manifestación de la posesión demoniaca, impuesta en la gente que pecaba contra alguna divinidad. Los científicos han luchado en contra de esta tendencia a la superstición, ofreciendo explicaciones más "reales" de dicho trastorno<sup>(9)</sup>, pero aún así continúan prevaleciendo dichos conceptos.

Unas de las funciones esenciales de la familia la constituye el prestar apoyo a sus miembros. En el caso de aparición de una enfermedad crónica esta función adquiere singular importancia, tanto desde el punto de vista físico como emocional y gracias a ella se pueden resolver situaciones conflictivas que influirán a su vez en el correcto control de la enfermedad. Por otra parte le permitirá proteger a la familia de situaciones disfuncionales

que puedan ser desencadenadas por la aparición de la enfermedad o de sus complicaciones.  
(10).

El interés de la medicina por el estudio sistemático y científico de la familia, se debe, en gran medida, al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad. Con este enfoque, el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan en una u otra forma a la salud del individuo. Según lo anterior, el ambiente familiar se convierte en un medio que influye en alguna forma sobre el individuo, ya sea inhibiendo o favoreciendo su desarrollo, fenómeno que ha sido observado a través del tiempo y en los diferentes grupos culturales <sup>(3)</sup>.



## MARCO TEORICO

La palabra epilepsia de deriva del griego...."Epilambaleim" que significa "intercepción", los antiguos creían que este fenómeno era como "caer enfermo" o "ser posesionado del demonio"; el término para algunos tiene una connotación desagradable, aunque su uso es general para indicar convulsiones recurrentes <sup>(11)</sup>.

En 1973 la Liga Internacional contra la Epilepsia y la O.M.S. definieron la epilepsia como "una afección crónica de etiología diversa caracterizada por crisis recurrentes originadas por descargas excesivas de un grupo neuronal hiperexcitable y que se asocia con diferentes manifestaciones clínica" <sup>(12)</sup>.

Se estima que existen alrededor de 50 millones de casos en el mundo. Se tiene calculado que aproximadamente del total de personas con Epilepsia, que existen en el mundo, el 85% de éstas, viven en los países en vías de desarrollo, en tanto que las cifras de prevalencia son mucho menores en países industrializados; en México, se considera que existen un aproximado de 900,000 personas con Epilepsia, de los cuales, tres cuartas partes de ellos son menores de 20 años <sup>(13,14)</sup>.

La epilepsia como problema de salud pública se define como una afección de etiología diversa caracterizada por crisis recurrentes y no provocadas, debidas a descargas excesivas de las neuronas cerebrales, asociadas a manifestaciones clínicas. La Academia Americana de Neurología la define como un síndrome, es decir, un conjunto de signos y síntomas que denotan una disfunción cerebral con cuadros convulsivos paroxísticos intermitentes, reversibles y con una notoria tendencia a recurrir. Producida por causas diversas pero con una fisiopatología común la mayoría de las veces controlable y en un pequeño porcentaje discapacitante <sup>(15,16)</sup>.

Un avance importante en la epileptología es sin duda, la estandarización de una clasificación de crisis (1981) y una clasificación de epilepsias y síndromes epilépticos (1989).

La clasificación internacional contra las epilepsias establece de manera sencilla 4 grupos, entre los que destaca:

1. Epilepsias y síndromes epilépticos relacionados a una localización (parciales, focales, epilepsias y síndromes epilépticos generalizados,
2. Epilepsias y síndromes epilépticos generalizados (crisis de ausencia, tónico-clónicas, tónicas, atónicas y mioclonicas),
3. Epilepsias y síndromes epilépticos en los que no es posible determinar si son generalizados o focales (convulsiones neonatales, espasmos infantiles)
4. Síndromes especiales.

Esta clasificación mantiene la distinción de epilepsias generalizadas y epilepsias parciales e introduce, además de los conceptos clásicos de epilepsias idiopática y epilepsia sintomática, un nuevo concepto, el de epilepsia criptogénica (criptogénico significa "que tiene origen oculto")<sup>(17,18)</sup>.

Las crisis epilépticas constituyen las manifestaciones clínicas resultantes de una descarga anormal y excesiva de un grupo de neuronas en el cerebro. Las manifestaciones clínicas consisten en fenómenos anormales súbitos y transitorios que pueden incluir alteraciones de la conciencia, motoras, sensoriales, autonómicas o eventos psíquicos, percibidos por el paciente o por un observador. El término convulsión se refiere a un paroxismo intenso de contracciones musculares involuntarias, por lo que no es una definición apropiada para un problema, como la epilepsia, que está constituido de alteraciones diversas: sensoriales, motoras y del conocimiento<sup>(19)</sup>.

La epilepsia resulta de un numeroso grupo de enfermedades, que en ocasiones se atribuyen a un problema de origen genético, trastorno perinatal, postraumático o criptogénico, cuando no se conoce su etiología. La magnitud de la epilepsia se delimita en cuanto a su distribución, a su frecuencia y a las variaciones que tiene a lo largo del tiempo en diferentes condiciones geográficas, en diversos tipos de personas y en la comparación de grupos escogidos. Una manera de abordar el problema es identificar la prevalencia, que se establece en relación con el tiempo, el espacio y la persona.

En cuanto a la etiología de la epilepsia en los pacientes hospitalizados, Aguilar y colaboradores encontraron que la cisticercosis es una de las causas más frecuentes de crisis convulsivas y epilepsia en la población infantil, estos hallazgos son semejantes a otros informados en pacientes adultos. El resto de las causas son similares a las reportadas en

otros países <sup>(20)</sup>. En este contexto la epilepsia representa un problema de salud pública donde se involucran aspectos de carácter social, además de los puramente biológicos <sup>(21)</sup>.

El diagnóstico de esta patología se realiza con una anamnesis y exploración física detallada y a fondo, pruebas de laboratorio para identificar posibles causas metabólicas, alteraciones en los electrolitos, glucosa, enfermedad hepática o renal o infecciosa, exámenes toxicológicos en sangre y orina, punción lumbar si está indicada en sospecha de meningitis. Electroencefalograma, imagenología cerebral, se debe realizar un diagnóstico diferencial con trastornos que simulen convulsiones.

El tratamiento de un paciente con un trastorno convulsivo es casi siempre multimodal y comprende el tratamiento de los procesos subyacentes que causan o contribuyen a las convulsiones, el evitar los factores desencadenantes, la supresión de las convulsiones recurrentes mediante tratamiento preventivo con fármacos antiepilépticos o cirugía y la orientación de diversos factores sociales y psicológicos. El plan de tratamiento debe ser individualizado, teniendo en cuenta los distintos tipos y causas de convulsiones, así como las diferencias en cuanto a eficacia y toxicidad de los fármacos antiepilépticos en cada paciente. En casi todos los casos un neurólogo con experiencia en el tratamiento de la epilepsia debe diseñar y supervisar el cumplimiento del plan terapéutico, además, los pacientes que sufren una epilepsia refractaria o aquéllos que requieren varios antiepilépticos debe permanecer bajo la atención periódica de un neurólogo <sup>(22)</sup>.

La estigmatización es un concepto que se utiliza para señalar, para poner una etiqueta o membrete negativo a la persona con alguna enfermedad, la cual impacta a la familia y a su entorno. El 75% de los padres de pacientes con epilepsia tiene una reacción de miedo y angustia al confrontar este diagnóstico, el 3% siente un franco rechazo y el 1% reacciona con sobreprotección al enfermo. Del total 15 % de los informantes oculta su diagnóstico, aun a sus familiares cercanos (fuera del núcleo familiar), 20% lo oculta a los amigos íntimos y 10% de los encuestados no lo comunica jamás a sus maestros <sup>(23)</sup>.

En el aspecto emocional, también se ve afectado en varias esferas: como la autoestima, sentimientos de culpa, temores, incluso la asociación con depresión. Además,

tiene mayor dificultad para conseguir pareja (por la misma estigmatización y rechazo social a la que son expuestos desde pequeños); incluso cuando lo logra, presenta temores de concebir hijos. Cuando todo lo anterior pudiera ser evitado, si todos aquellos que rodean al paciente tuvieran la información adecuada, incluyendo profesionales que son los primeros que refuerzan, en muchos casos, este tipo de problemas. De tal manera, la cronicidad y el estigma social de estas personas agregan mucho a su sufrimiento <sup>(24)</sup>.

A raíz de que se precisó que la familia afecta la salud de los individuos y con ello a la sociedad, la ciencia médica la retoma como objeto de estudio. De ahí que el personal de salud en general, y el médico familiar en particular, enfrenten ahora el problema de tener que modificar un modelo de atención basado en un enfoque biológico en otro tipo de integrador en el que se considera al individuo como unidad biopsico-social. Esta investigación tiene el propósito de concentrar los diferentes enfoques que se han desarrollado sobre el estudio de la familia, y hacerlos converger bajo un punto de vista pragmático, es decir, bajo la perspectiva de la medicina familiar, de manera que puedan ser de utilidad al médico familiar en su práctica cotidiana de análisis de las familias <sup>(1)</sup>.

En general se acepta que un 5% de la población sufrirá una crisis convulsiva en algún momento de su vida y que un 0.5% de la población tiene crisis recurrentes. En 75% de los pacientes con crisis recurrentes se tendrá una remisión completa 20 años después del inicio. Es muy interesante reconocer y recordar que en un 40% de los pacientes no se identificará la etiología después de realizar una cuidadosa historia clínica y practicar estudios de diagnóstico adecuados.

La familia se ha estudiado en el transcurso de la historia desde varios enfoques, y su relación con diversas enfermedades, debido a la complejidad de este sistema llamado familia, es necesario entender y poderla clasificar desde la función hasta la forma como se desarrolla así como la influencia que juega esta en la progresión o modificación de la historia natural de la enfermedad, en este caso la epilepsia juega un papel importante debido a que modifica la dinámica y los roles de los integrantes así como la visión de los cuidadores en casos de paciente que se han vuelto disfuncionales <sup>(25)</sup>.

Al paso del tiempo, con la evolución que ha experimentado el grupo familiar y conforme a diferentes enfoques científicos, han ido surgiendo diferentes definiciones, cada una de las cuales tiene diferentes niveles de aplicación, Así por ejemplo la Organización Mundial de la Salud señala que por familia su entiende, "a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre. Adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial" <sup>(3)</sup>.

El Diccionario de la Lengua Española señala que, por familia, se debe entender "al grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una ellas. Número de criados de uno, aunque no vivan dentro de su casa. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje." En esta definición, en la cual están reunidas tres acepciones de lo que se debe entender por familia, se esboza ya una cierta jerarquización y distribución del poder dentro del seno familiar <sup>(3)</sup>.

La familia como grupo social debe cumplir ciertas funciones básicas que son: la función económica, la biológica y la educativa, cultural y espiritual y es precisamente éste uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionalismo familiar, o sea, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo <sup>(26)</sup>.

Las familias aún en las sociedades más modernas necesitan ser dinámicas, evolutivas y tienen funciones que se deben cumplir durante las etapas de desarrollo de la misma, principalmente en las funciones de afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus familiar. Estos aspectos interesan a la medicina contemporánea llamándola funcionalidad familiar y corresponde a uno de los parámetros principales que se evalúa en el estudio de la salud familiar. La disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de alguna o algunas de estas funciones por alteración en algunos de los subsistemas familiares. Por otra parte, analizando a la familia como sistema, ésta es disfuncional cuando alguno de sus subsistemas se altera por cambio en los roles de sus integrantes <sup>(27,28)</sup>.

Minuchin menciona que en la evaluación del funcionamiento familiar es importante definir conceptos de organización tales como: roles, jerarquía y demarcación de los límites,

adaptabilidad como: flexibilidad, versus rigidez, cohesión como: proximidad versus distancia y estilos de comunicación <sup>(28)</sup>.

La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione bien o mal como unidad. En la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás. En cambio, las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas <sup>(29)</sup>.

Cuando una familia sufre una crisis familiar accidental, como por ejemplo una enfermedad crónica, una característica importante es la temporalidad pudiendo ser transitorias o continuas. Las familias con un enfermo crónico, por su carácter de permanente provocan mayores dificultades en la respuesta adaptativa de la familia. Una familia con un enfermo crónico, presenta un evento tensionante que afecta no sólo al enfermo, sino a cada uno de sus integrantes y a la familia como un todo.

La enfermedad, la discapacidad y la muerte son experiencias universales que ponen a las familias frente a uno de los mayores desafíos de la vida. Algunas familias sufren un deterioro en su calidad de vida mientras otros tienen capacidad de adaptación y superan con éxito la crisis.

Los pacientes epilépticos se caracterizan por limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre y trabajo <sup>(30)</sup>. La familia siempre ha sido, y es, no sólo el entorno más próximo a la persona con discapacidad, ya que dichas personas tienen necesidades especiales, en las que se han centrado a todo ser humano: fisiológicas, seguridad, pertenencia, estima y autorrealización. La dinámica familiar de una persona con discapacidad está marcada por situaciones críticas que se añaden a las habituales en la

relación familiar y la forma de resolverlas condicionará los apoyos que se le ofrezcan a la persona <sup>(31, 32, 33)</sup>.

Algunos autores han descrito que puede haber dos tipos de reacciones extremas del núcleo familiar, cuando un miembro de la misma padece epilepsia y que son sobreprotección o rechazo, este último es menos factible que se presente en ambos padres pero puede darse en uno de ellos, los hermanos por su parte experimentan con más frecuencia rechazo por el niño epiléptico cuando los padres le dan a éste un trato especial, lo que los hace sentir desplazados del cariño y cuidados a los que tienen derecho <sup>(34, 35, 36)</sup>.

La familia tiene diversos efectos principales sobre la salud del individuo, entre las que destaca, las Influencias genéticas, Influencias sobre el desarrollo del niño, Influencias sobre la transmisión de enfermedades, Influencias sobre la morbilidad y la mortalidad en adultos y las influencias familiares sobre el control de la enfermedad <sup>(37)</sup>.

La familia como sistema juega un papel importante no solo en el proceso generador de la alteración de la salud, sino en un proceso de rehabilitación, esto depende si la familia es disfuncional, o por el contrario es funcional y cuente con unos recursos adecuados de soporte social. La familia es la más antigua de las instituciones sociales humanas y sobrevivirá de una forma u otra mientras exista nuestra especie. La familia es la unidad social básica y como tal, es la causa de muchos problemas relacionados con la funcionalidad familiar <sup>(38)</sup>.

Se define como apoyo emocional a las acciones encaminadas a reforzar las sensaciones de seguridad, bienestar y autoestima en el individuo, en suma, se trata de expresiones de amor, de brindar ánimos, hacer compañía, proporcionar confianza, escuchar, expresar preocupación, interés, dar afecto y consolar <sup>(39)</sup>.

Un paciente con adecuado apoyo familiar, no solo tendrá mejor estado de ánimo, sino también un mejor estado inmunológico que le permitirá defenderse más adecuadamente de una enfermedad que es inmunodepresora por naturaleza. Por tal motivo es el apoyo emocional es un factor muy importante en la evolución favorable de los pacientes <sup>(39)</sup>.

La mayoría de los niños con epilepsia no grave pueden tener buen rendimiento escolar, dependiendo del medio en que se encuentren y en un buen porcentaje el coeficiente intelectual es normal. Los problemas con el paciente epiléptico se han atribuido a la severidad de las convulsiones, retardo mental y tratamiento prolongado en forma rutinaria. Muchos de los problemas sociales del epiléptico son el producto de la ignorancia que prevalece respecto a la enfermedad. Los profesionales que tienen a su cargo niños epilépticos deben contemplar además de establecer un diagnóstico y tratamiento adecuados, el lograr su aceptación como un enfermo sin estigma, que le permita una calidad de vida digna poniendo en relieve la necesidad de conocer su problemática psicosocial para intentar una mejor comunicación entre la familia, maestros y sociedad en general, brindando con ello un tratamiento integral <sup>(40,41)</sup>.

La familia es una unidad biopsicosocial que tiene un comportamiento como tal frente a la salud y atención sanitaria, de manera que, mediante la transmisión de creencias y valores a sus hijos; lo cual explica el proceso que acontece desde que se reconoce una hasta que se cura o desaparece esta.

Se define como familia sana aquella que desempeña adecuadamente sus funciones y por lo tanto normo funcional, una familia disfuncional es aquella que no cumple sus funciones de acuerdo con la etapa del ciclo vital el que se encuentra y en relación con las demandas que percibe en su entorno <sup>(6)</sup>.

En el contexto de la atención primaria, la utilidad que brindan los instrumentos que evalúan la funcionalidad familiar tiene gran importancia, ya que ayudan y apoyan al médico de familia a cumplir con una de sus funciones sustanciales: el estudio de la unidad familiar. Conocer y saber cómo «funciona una familia» en el continuo salud-enfermedad, en las etapas del ciclo vital de la familia, en las crisis normativas y no normativas, etc., es fundamental para otorgar una atención médica realmente integral, que incluya no sólo los aspectos biológicos, sino también los psicológicos, sociales, legales, morales y espirituales. Se debe resaltar, sin embargo, que los instrumentos para evaluar la funcionalidad de la familia son tan sólo herramientas de cribado, y que llegar al diagnóstico de familia funcional o disfuncional requiere otras muchas herramientas que el médico de familia y el equipo de atención médica deben saber utilizar adecuadamente, sobre todo la entrevista clínica familiar <sup>(42)</sup>.



Evaluar la funcionalidad de la familia se ha convertido en una necesidad sentida y real de la práctica integral de la medicina de familia, para lo que se ha utilizado el Apgar familiar. Sin embargo, su utilización en la práctica clínica del médico de familia en México no es generalizada, argumentándose que es un instrumento breve y que la información que se obtiene para evaluar la funcionalidad familiar es escasa, por lo que es necesario utilizar, además del Apgar, otros instrumentos <sup>(43)</sup>.

El clínico identifica con mucha facilidad la disfunción familiar severa, bien sea por el interrogatorio o por la observación de las interacciones familiares. Sin embargo, lo más común en la práctica ambulatoria es que el enfermo haga una negación de sus problemas familiares o que el agente de salud tenga dificultad para abordar tales temas. En esas oportunidades el APGAR familiar cobra su importancia como herramienta de enfoque del problema, en el seguimiento y orientación para una remisión oportuna y adecuada en los casos que sea necesario <sup>(27, 44,45)</sup>.

El APGAR Familiar es un instrumento limitado ya que explora solo la comunicación, el afecto, la cooperación, la crisis familiares y la autoestima; la exploración de la funcionalidad familiar se hace a través de preguntas de respuesta breve, siendo una incursión corta en amplitud dejando sin explorar importantes funciones como la gratificación sexual, la toma de decisiones y los roles desempeñados en la familia. Es un instrumento cuya sensibilidad y especificidad es de alrededor del 60%, lo cual se debe considerar bajo para un instrumento.

Se diseñó para el uso potencial de personas en distintos estratos socioeconómicos y en diversos contextos socioculturales; además, es capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes de la función familiar. Sus parámetros se delinearon sobre la premisa que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar <sup>(44,45)</sup>.

El APGAR familiar puede utilizarse periódicamente para detectar un problema específico de disfunción familiar. Puede incluirse en la evaluación inicial y también como evaluación a través del tiempo, sobre todo cuando se hace necesario involucrar a la familia

en el manejo del paciente El resultado puede ser diferente para cada miembro de la familia, ya que la percepción individual o la situación de cada uno pueden variar.

Componentes del APGAR familiar: Adaptación, Participación, Ganancia o crecimiento, Afecto, Recursos. Para el instrumento inicial se propusieron 3 posibles respuestas (2, 1, 0) en cada parámetro; al sumar los 5 parámetros, el registro oscilaba entre 0 y 10 puntos, que indican baja o alta satisfacción con el funcionamiento de la familia. Más adelante se observó que la precisión del instrumento se aumentaba cuando cada uno de los 5 aspectos que se evalúan en el APGAR familiar se categorizaba bajo 5 opciones (4, 3, 2, 1, 0). Así, al sumar los 5 parámetros, el puntaje oscila de 0 a 20, para indicar baja o alta satisfacción con el funcionamiento de la familia<sup>1</sup>. Este sistema de puntuación es el que se utiliza actualmente a nivel de atención primaria y de investigación<sup>(44,45)</sup>.

Componentes del APGAR familiar:

Componentes	Definición
<b>Adaptación</b>	Adaptación es la utilización de los recursos intra y extra familiares, para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un cambio o período de crisis.
<b>Participación</b>	Es la participación como socio, en cuanto se refiere a compartir la toma de decisiones y responsabilidades como miembro de la familia. Define el grado de poder y participación de cada uno de los miembros de la familia.
<b>Crecimiento</b>	Es el logro en la maduración emocional y física y en la autorrealización de los miembros de la familia a través de soporte y fuerza mutua.
<b>Afecto</b>	Es la relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia.
<b>Recursos</b>	Es el compromiso o determinación de dedicar (tiempo, espacio, dinero) a los demás miembros de la familia.

El APGAR se califica de la siguiente manera:

0	=	Nunca
1	=	Casi nunca
2	=	Algunas veces
3	=	Casi siempre
4	=	Siempre

El APGAR, no sólo sirve para detectar la disfuncionalidad familiar sino que guía al profesional de la salud a explorar aquellas áreas que la persona ha señalado como problemáticas.

Este cuestionario ha sido utilizado en diversas culturas y ha sido comparado con cuestionarios más complejos, con muy buena correlación <sup>(46, 47,48)</sup>.

En otro sentido, el APGAR familiar es un instrumento de medición del funcionamiento familiar, que refleja de qué forma percibe un individuo el apoyo que recibe por parte de su familia. Cabe mencionar que el soporte familiar juega un papel importante en la mejoría clínica del paciente.

La forma de aplicación del APGAR familiar, es importante para evitar la introducción de sesgos del investigador o del trabajador de campo; sólo cuando la persona no está en capacidad de leer, lo puede hacer el entrevistador. Si el individuo puede leer, existe una contraindicación absoluta, debido a que influye el tono de la voz, la comunicación no verbal difícil de controlar en el investigador, y las presiones involuntarias que él mismo puede ejercer <sup>(43)</sup>.

Existen diversos instrumentos que pretenden evaluar la funcionalidad de la familia. Entre lo más importantes se encuentran los siguientes: *Family Assessment Device* (FAD), *Self-report Family Inventory* (SFI), *Family Assessment Measure* (FAM), *Family Environment Scale* (FES), *Family Functioning Index* (FFI), *Family Functioning Questionnaire* (FFQ), *Family APGAR* y *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales* (FACES) . Aunque existe esta variedad de instrumentos, la entrevista clínica es el patrón de referencia y su calidad y eficacia dependen mucho de las capacidades, las habilidades, las destrezas, la experiencia, la competencia y la ética de los propios médicos familiares, enfermeras, terapeutas de familia, psicólogos, psiquiatras y psicoterapeutas, principalmente. Por estas razones, los instrumentos para evaluar la funcionalidad familiar deben ser fiables y válidos para que realmente sean de utilidad en la práctica de los profesionales mencionados y de otros que trabajan en el marco de la atención primaria <sup>(43)</sup>.

En estudios previos se ha descrito el proceso de traducción y adaptación transcultural de FACES III en población mexicana y su fiabilidad en su versión en el español que se habla en México. Se obtuvo un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0,70 y se concluyó como un valor alto y adecuado comparado con la versión anglosajona, desarrollada por Olson et al, que observaron una fiabilidad media en sus trabajos de 0,80.

Los fundamentos, el desarrollo y la evolución, la fiabilidad y la validez de FACES III en los países de habla inglesa han sido extensamente expuestos, analizados y discutidos. No se encontraron antecedentes publicados de FACES III en el idioma español usado en México ni en otros países latinoamericanos <sup>(42)</sup>.

El valor de fiabilidad obtenido en la primera versión en español que se usa en México fue considerado necesario y suficiente para proseguir con la determinación de la validez de constructo de FACES III en población mexicana. Por tanto, la fiabilidad constituye un requisito previo y necesario para establecer la validez. Cuando se construyen pruebas de puntuación existen tres tipos de validez: de contenido, de criterio relacionado (validez predictiva y concurrente) y de constructo. Anastasi, Sheper y Stapleton sostienen que al obtener validez de constructo se logra también la validez de contenido y la de criterio relacionado <sup>(42)</sup>.

Es la tercera versión de una serie de escalas del FACES desarrollada para evaluar las dos dimensiones mayores del modelo circunflejo como son cohesión y adaptabilidad familiar.

Para evaluar la función familiar se utiliza *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III* (FACES III) en su versión al español, el cual contiene 20 ítems o preguntas: las 10 ítems evalúan la cohesión familiar y las 10 ítems, la adaptabilidad familiar. Las preguntas están planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert de 1 a 5 (1 nunca, 2 casi nunca, 3 algunas veces, 4 casi siempre, 5 siempre); de tal manera que la puntuación posible para cohesión y la adaptabilidad es de 10 a 50. *Niveles de cohesión*: No relacionada o dispersa, 10 a 34, Semirrelacionada o separada, 35 a 40, Relacionada o conectada, 41 a 45, Aglutinada, 46 a 50. (49)

La "cohesión familiar" es definida como la liga emocional que los miembros de una familia tienen entre sí<sup>(50)</sup>. Existen varios conceptos o variables específicas para diagnosticar y medir las dimensiones de cohesión familiar: ligazón emocional, fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y formas de recreación. Dentro de la dimensión de cohesión es posible distinguir cuatro niveles: desvinculada (muy baja), separada (baja a moderada), conectada (moderada a alta) y enmarañada (muy alta)<sup>(51)</sup>.

La "adaptabilidad familiar" es definida como la capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo<sup>(52)</sup>. La descripción, medición y diagnóstico de esta dimensión incluye conceptos tales como poder (capacidad de afirmación, control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de roles y reglas de relación de la familia. Los cuatro niveles de adaptabilidad que se describen son: Rígida (muy baja) con un valor entre 10 y 19 puntos, Estructurada (baja a moderada) entre 20 y 24, Flexible (moderada a alta) entre 25 y 28 puntos y Caótica (muy alta) entre los 29 y 50 puntos.

El modelo circunflejo nos permite también la posibilidad de elaborar una clasificación de las familias según una tipología que considera 16 tipos específicos de familia y que pueden ser integradas en tres niveles de funcionamiento familiar definidas como: *balanceadas*, *intermedias*, *Rango Medio* o *Moderadamente Disfuncionales* y *extremas* o severamente disfuncionales, según el modelo circunflejo de Olson, resultado que permite tomar decisiones sobre el tratamiento a seguir con las familias.

## CALIFICACION

La calificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes de los ítems nones y la de adaptabilidad a la de los ítems pares, calificándolas según la siguiente tabla

		↓ Cohesión ↑			
		Disgregada 10 a 34	Semirrelacionada 35 a 40	Relacionada 41 a 45	Aglutinada 46 a 50
↓ <b>Ada</b> <b>pta</b> <b>bili</b> <b>dad</b>	Caótica 29 a 50	Caóticamente disgregada	Caóticamente semirrelacionada	Caóticamente relacionada	Caóticamente aglutinada
	Flexible 25 a 28	Flexiblemente disgregada	Flexiblemente semirrelacionada	Flexiblemente relacionada	Flexiblemente aglutinada
	Estructurada 20 a 24	Estructuralmente disgregada	Estructuralmente semirrelacionada	Estructuralmente relacionada	Estructuralmente aglutinada
	Rígida 10 a 19	Rígidamente Disgregada	Rígidamente semirrelacionada	Rígidamente relacionada	Rígidamente Aglutinada

En esta tabla los espacios en gris oscuro se toman como familias con disfunción grave, los espacios en gris claro como disfunción leve y los espacios en blanco son familias funcionales.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Dentro del papel del médico familiar, se encuentra como labor esencial el reconocer, la influencia de los factores familiares sobre la salud del paciente epiléptico, los cuales repercuten en el mejor control de la enfermedad y así evitar las complicaciones tardías y mejorar la sobrevida de estos pacientes.

Una de las funciones básicas de la Familia es el cuidado y dentro del papel del médico familiar se encuentra la de identificar las alteraciones en la dinámica así como de reconocer múltiples factores que puedan llevar al paciente a un buen auto control en patologías crónicas, para de esta manera poder incidir positivamente en la funcionalidad familiar.

La familia y el paciente epiléptico deben tener la capacidad de asumir los cambios que conlleva su enfermedad, de esta manera se podrá obtener resultados mejores en el control de su tratamiento.

En el Hospital General de Zona No. 3 en número de pacientes con Epilepsia se encuentra en constante aumento, y debido a que la epilepsia tiende a llegar a ser incapacitante o generar dependencia, esto a su vez lleva a alteraciones de la dinámica de las familias.

Por lo que se genera la siguiente pregunta a investigar:

¿Cuál es la funcionalidad familiar en pacientes con epilepsia de acuerdo a los instrumentos de medición FACES III y APGAR FAMILIAR en familias con pacientes epilépticos?

## JUSTIFICACION

Se calcula una incidencia mundial de Epilepsia de 50 millones de personas según la OMS. La epilepsia afecta a más del uno por ciento de la población mundial y los especialistas advierten que los afectados tienen un riesgo de muerte tres veces más alto que quienes no la padecen y se estima que al menos 100 millones de personas a nivel mundial, presentarán Epilepsia en algún momento de su vida <sup>(55,56)</sup>. Del total de personas con Epilepsia, el 85% de éstas viven en los países en vías de desarrollo, en tanto que las cifras de prevalencia son mucho menores en países industrializados <sup>(57)</sup>. En América Latina, se considera que al menos 5 millones de personas y probablemente más padecen Epilepsia, de los cuales más de 3 millones no reciben tratamiento <sup>(58)</sup>.

En México país en desarrollo, la prevaecía de la epilepsia, de acuerdo con estudios realizados en áreas rurales, urbanas, y suburbanas, alcanzan la cifra de 10 a 20/1,000, lo cual demuestra que en nuestro país existen por lo menos un millón de personas con alguna forma de epilepsia.

En Sinaloa se estima más de 35,000 epilépticos, y más de 6,000 en Mazatlán Sinaloa, siendo de gran impacto en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

La Epilepsia es considerada la enfermedad neurológica más frecuente en el mundo y en México <sup>(59,60)</sup>. es un problema de Salud Pública no reconocido como tal en muchos países, especialmente en aquellos en vías de desarrollo, donde los indicadores epidemiológicos son hasta cuatro veces más altos que en el mundo industrializado, por lo que se postula una relación entre su frecuencia y el desarrollo económico <sup>(61,62)</sup>. En nuestros días, la Epilepsia sigue siendo un problema de Salud Pública mundial y una causa frecuente de discriminación social. Este prejuicio causa mayor sufrimiento a los pacientes que sus propias crisis, y ha sido descrita ampliamente en diversos países y grupos sociales <sup>(63)</sup>.

El diagnostico de un trastorno como la epilepsia suele ser un duro golpe desde el punto de vista de la vida familiar la cual se verá afectada debido a la aparición de una



enfermedad crónica. En su condición de cronicidad exige modificaciones de hábitos, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar la estabilidad interna afectada. Es por ello que consideramos que el estudio de la epilepsia es de gran trascendencia en nuestra comunidad debido a la afectación que ésta enfermedad produce en los miembros de las familias que se pueden ver afectados con la presencia de un paciente epiléptico.

Sin embargo a pesar de la afectación familiar que la epilepsia produce, se trata de un problema vulnerable, debido a que cuando existe la información adecuada la familia se suele adaptar de una mejor manera y puede mantener su funcionalidad a pesar de la enfermedad de uno de sus miembros, esto es más probable cuando se encuentra bien controlada y las crisis son esporádicas o no se han presentado en largo tiempo y el paciente se encuentra sin secuelas, lo cual se logra mediante una atención oportuna tanto al diagnóstico de epilepsia como a que la familia supere la crisis inicial y comience cuanto antes el proceso de adaptación.

Consideramos que el estudio es factible debido a que se cuenta con todos los elementos necesarios para su realización, por una parte un gran número de pacientes epilépticos así como consultorios de medicina familiar que serán la línea de abordaje para este grupo de pacientes, por otra parte se cuenta con el apoyo de los médicos de los diversos consultorios de este hospital, que facilitara un resultado más fiable. Además la epilepsia es una enfermedad que se puede estudiar en cualquier época del año, por lo que no se esperan variaciones estacionales.

Se trata de un estudio viable en el que se cuenta con recursos materiales e intelectuales así como el tiempo que se necesita para su realización.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Determinar la funcionalidad familiar en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona # 3 de acuerdo a los instrumentos de medición FACES III y APGAR FAMILIAR en familias con pacientes epilépticos.

## METODOLOGÍA

**DISEÑO DE ESTUDIO:** Trasversal

**TIPO DE ESTUDIO:** Descriptivo

**UNIVERSO DE TRABAJO:** Derechohabientes de ambos sexos diagnosticados epilépticos, que acuden a la consulta de Medicina Familiar, adscritos al Hospital General de Zona # 3 del IMSS en Mazatlán

**LUGAR:** Consultorios de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar #3 “Dr. Héctor González Guevara” Ubicado en Mazatlán, Sinaloa.

**DURACIÓN DEL ESTUDIO:** 1 de enero al 30 junio 2008

### PROCEDIMIENTOS

Cálculo de la muestra: Se realizó para una población calculada de aproximadamente 3000 epilépticos, con una confianza de 95% y una precisión de 5%, una proporción de 5% utilizando la siguiente fórmula<sup>64</sup>:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

- $Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$  (ya que la confianza es del 95%)
- $p =$  proporción esperada (en este caso  $5\% = 0.05$ )
- $q = 1 - p$  (en este caso  $1 - 0.05 = 0.95$ )
- $d =$  precisión (en este caso deseamos un 5%)
- $N =$  población estudiada en este caso 3,000

Nos da una muestra mínima de 75 pacientes.

Muestreo: Se realizará Muestreo No probabilístico. Se tomaron los primeros 2 pacientes de cada consultorio que cumplieron con los criterios de inclusión, Se seleccionaron de entre los pacientes que acudieron a consulta en la semana en que se recolectaron los datos. Esto nos da un total de 110 pacientes.

## **TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS**

La investigación se realizó en las salas de espera del área de consulta externa de medicina familiar localizando a los pacientes que acudían a control por epilepsia, una vez identificando al paciente se entregaba y firmaba consentimiento informado y se procedía a la aplicación de la encuesta; para esto se le entregaba al paciente la encuesta para ser llenada por el paciente mismo aclarando las dudas que surgieran durante la misma. Y se repetía el proceso hasta completar todos los consultorios.

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** se incluyeron en el estudio los pacientes que cumplieron con los siguientes criterios:

- Derechohabientes adscritos al HGZ # 3
- Que acudan a la consulta externa de medicina familiar
- Con diagnóstico de epilepsia
- Que acepten participar
- Pacientes mayores de 12 años.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes epilépticos con retraso mental.
- Pacientes con severas limitaciones físicas.
- Pacientes que no puedan contestar la encuesta.

## **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Encuestas incompletas
- Encuestas mal llenadas

## VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDICION
<b>Funcionalidad familiar</b>	Capacidad Del sistema Familiar Para resolver Sus problemas En forma Efectiva	Puntaje obtenido en la escala de FACES III	NOMINAL	Funcional: Lugares 6,7,10 y 11 de acuerdo a la tabla de FACES III  Disfuncional: Resto de lugares.
		Puntaje obtenido en la escala del APGAR FAMILIAR	NOMINAL	FUNCIONAL 14- 20 PUNTOS  DISFUNCIONAL <13 PUNTOS
<b>EPILEPSIA</b>	una afección crónica de etiología diversa caracterizada por crisis recurrentes originadas por descargas excesivas de un grupo neuronal hiperexcitable y que se asocia con diferentes manifestaciones clínicas	Diagnostico previo de epilepsia realizado por neurólogo		SI NO
<b>EDAD</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento de realización de la encuesta	Años cumplidos al momento de la encuesta	ORDINAL	Menor de 18 años  Mayor de 18 años
<b>ESCOLARIDAD</b>	Grado de estudios formales obtenido por el paciente	Último grado de estudios completados al momento de la encuesta	ORDINAL	BAJO Secundaria o menos.  ALTO Bachillerato
<b>OCUPACIÓN</b>	Actividad primordial que el paciente realiza en sus actividades diarias	Actividad que el paciente declare tener	NOMINAL	EMPLEADO -Cualquier actividad remunerada. NO EMPLEADO -Estudiantes y amas de casa
<b>SEXO</b>	Característica de género de un individuo	Genero que el paciente declare tener	NOMINAL	MASCULINO FEMENINO
<b>ESTADO CIVIL</b>	Estado que, ante la sociedad mantiene una persona dependiendo de su relación conyugal	Estado civil que el paciente declare al momento de la encuesta	NOMINAL	CASADO  SOLTERO

## RECURSOS HUMANOS

- Medico responsable del proyecto.
- Médicos auxiliares de los consultorios de la consulta externa de medicina familiar.
- Asesor estadístico.
- Trabajadora social.
- Asistente médico.

## MATERIAL CONSUMIBLE

PRESUPUESTO.

CONCEPTO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
Copias	1000	0.50	500.00
Impresión Protocolo	4 juegos	120.00	460.00
Plumas y lápices	10 de cada una	3.00	60.00
1 computadora	1	personal	No genera gastos
			Total: 1020.00

## **CONSIDERACIONES ETICAS**

El presente estudio no presenta dificultades éticas, debido a que solo se recabara información de los pacientes, no se modificarán los manejos ya establecidos, y se conservará el anonimato de los pacientes así como de la información recabada.

Por lo que este estudio cumple con lo establecido en la Ley General de Salud en materia de Investigación, título cuartos y quinto modificada en 2006; y con la declaración de Helsinki de 1975 revisada en 1989.

Se recabará consentimiento por escrito para la realización de esta investigación de cada uno de los pacientes estudiados.

## **RESULTADOS**

Se realizaron 108 encuestas a pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión que anteriormente mencionamos, de estas se desecharon 8 por no encontrarse debidamente llenadas, lo que nos da un total de 100 encuestas que entraron al análisis de datos. Todos los elementos de la muestra seleccionada fueron derechohabientes de la unidad de atención médica del IMSS HGZ# 3 de Mazatlán Sinaloa, Todas las personas incluidas en el estudio fueron pacientes que estuvieron acudiendo a consulta al servicio de medicina familiar. Tomándose en cuenta por igual a ambos sexos que se encontraran dentro del grupo de edad requerido para el estudio a quienes se les aplicó una encuesta a manera de cuestionario utilizando las escalas de medición para disfunción familiar: FACES III, así como también el test de APGAR familiar.

La muestra quedó integrada por cien pacientes epilépticos, se incluyeron 58 masculinos y 42 femeninos, el 89% fueron mayores de 18 años, 63% casados, el 62% su ocupación era empleado. Se encontró un nivel bajo de escolaridad en el 94%. Urbano con 83 %. (Véase graficas)

De acuerdo al FACES III se presentó disfunción familiar en el 59%, y con el APGAR familiar en el 52 %.

### **FACES III**

Al realizar un cruce de datos para buscar los factores que pudieran influir en la funcionalidad familiar y tomando en cuenta las diferentes variables como: sexo, edad, estado civil, ocupación, y residencia, obtuvimos los siguientes resultados según la escala de

### **FACES III:**

Según el sexo de los pacientes, la muestra incluyó 58 pacientes masculinos y 42 del sexo femenino. De los varones las familias de 33 de ellos resultaron con algún grado de disfunción y 25 mostraron funcionalidad adecuada. Dentro de los femeninos solo 26 familias presentaron disfunción y 16 tuvieron buena funcionalidad. Por lo tanto



mencionándolo de otra manera encontramos un OR de 0.81 (0.33 a 1.97). Una Chi de 0.25 y un valor P de 0.6.

De acuerdo a la edad de los pacientes, formamos un grupo de edad de los 12 años en adelante, montando a su vez 2 subgrupos, uno en los que incluimos a los menores de 18 años y el otro subgrupo los mayores de 18 años, para lo cual, de la muestra de 100 pacientes obtuvimos que en el subgrupo de mayores de 18 años de edad pudimos colocar 89 pacientes de los que 54 familias presentaron datos de disfunción y 30 resultaron con buena función, y en el subgrupo de los menores de 18 años entraron solo 16 pacientes y de estos solo en 5 familias se presentaron datos de disfunción y las 11 familias restantes tuvieron funcionalidad adecuada. Para lo anterior tenemos un OR de 3.96 (1.12 a 14.63), una Chi de 6.06 y un valor P de 0.01.

En cuanto a la variable de estado civil tuvimos 63 pacientes casados de estos 39 presentaron disfunción familiar y 24 se encontraron funcionales, se incluyeron también 39 pacientes solteros de estos 20 presentaron datos de disfunción y solo en 17 encontramos funcionalidad adecuada., por lo tanto tenemos un OR de 1.38 (0.56 a 3.41), con una Chi<sup>2</sup> de 0.59 y un valor P de 0.44.

Tomando en cuenta el grado de escolaridad de los pacientes en este estudio los dividimos en dos subgrupos un subgrupo en nivel bajo (primaria y secundaria) en los que tenemos 94 pacientes de estos 58 presentaron disfunción y 36 tenían funcionalidad adecuada, el segundo subgrupo de nivel alto en los que tuvimos solo 6 pacientes y de estos 5 presentaron buena función y solo uno estuvo disfuncional, con un OR de 8.06 (0.85 a 189.81) una chi<sup>2</sup> de 4.73 y con un valor P de 0.02.

En cuanto a la ocupación manejamos dos subgrupos uno de ellos incluimos a los empleados con un total de 62 pacientes en los que 41 fueron disfuncionales y 21 tenían buena función, el otro subgrupos es el de los no empleados (amas de casa y estudiantes) tuvimos 38 pacientes de los que 20 fueron funcionales y 18 tuvieron algún grado de disfunción. Por lo tanto tenemos un OR de 2.17 (0.88 a 5.40) una chi<sup>2</sup> de 3.43 y un valor P de 0.06.

De acuerdo a la residencia de cada uno de los elementos de la muestra pudimos formar dos grupos: un grupo urbano con 83 pacientes de los que 50 presentaron disfunción y 33 no tuvieron buena función, otro grupo fue el grupo rural que incluía 17 pacientes y de estos 9 con problemas de funcionalidad y 8 con un grado funcional adecuado por lo que tenemos un OR de 1.35 (0.42 a 4.32) una  $\text{Chi}^2$  de 0.31 y un valor P de 0.57.

## **APGAR**

Los resultados obtenidos en este estudio de acuerdo a la aplicación del cuestionario o escala de medición APGAR FAMILIAR son los siguientes:

Según el sexo de los pacientes, la muestra incluyo 58 pacientes masculinos y 42 del sexo femenino. De los cuales 25 masculinos resultaron con algún grado de disfunción y 33 mostraron funcionalidad adecuada. Dentro de los femeninos solo 16 presentaron disfunción y 26 tuvieron buena funcionalidad. Por lo tanto mencionándolo de otra manera encontramos un OR de 0.85 (0.35 a 2.03). Una  $\text{Chi}^2$  de 0.16 y un valor P de 0.68.

De acuerdo a la edad de los pacientes, formamos un grupo de edad de los 12 años en adelante, montando a su vez 2 subgrupos, uno en los que incluimos a los menores de 18 años y el otro subgrupo los mayores de 18 años, para lo cual, de la muestra de 100 pacientes obtuvimos que en el subgrupo de mayores de 18 años de edad pudimos colocar 84 pacientes de los que 46 presentaron datos de disfunción y 38 resultaron con buena función, y en el subgrupo de los menores de 18 años entraron solo 16 pacientes y de estos solo 4 presentaron disfunción y los 12 restantes tuvieron funcionalidad adecuada. Para lo anterior tenemos un OR de 0.28 (0.07 a 1.03), una Chi de 4.76 y un valor P de 0.029.

En cuanto a la variable de estado civil tuvimos 63 pacientes casados de estos 33 presentaron disfunción familiar y 30 se encontraron funcionales, se incluyeron también 37 pacientes solteros de estos 17 presentaron datos de disfunción y solo en 20 encontramos funcionalidad adecuada., por lo tanto tenemos un OR de 1.29 (0.53 a 3.17), con una  $\text{Chi}^2$  de 0.39 y un valor P de 0.5.

En cuanto a la ocupación manejamos dos subgrupos uno de ellos incluimos a los empleados con un total de 62 pacientes, en los que 34 fueron disfuncionales y 28 tenían buena función, el otro subgrupos es el de los no empleados (amas de casa y estudiantes) tuvimos 38 pacientes de los que 16 fueron funcionales y 22 tuvieron algún grado de disfunción. Por lo tanto tenemos un OR de 1.67 (0.68 a 4.10) una chi2 de 1.53 y un valor P de 0.2.

De acuerdo a la residencia de cada uno de los elementos de la muestra pudimos formar dos grupos: un grupo urbano con 83 pacientes de los que 43 presentaron disfunción y 40 no tuvieron buena funcional otro grupo fue el grupo rural que incluía 17 pacientes y de estos 7 con problemas de funcionalidad y 10 con un grado funcional adecuado por lo que tenemos un OR de 1.54 (0.48 a 5.02) una Chi<sup>2</sup> de 0.64 y un valor P de 0.42.

Tomando en cuenta el grado de escolaridad de los pacientes en este estudio los dividimos en dos subgrupos un subgrupo en nivel bajo ( primaria y secundaria)(hasta nivel secundaria) en los que tenemos 94 pacientes de estos 49 presentaron disfunción y 45 tenían funcionalidad adecuada, el segundo subgrupo de nivel alto en los que tuvimos solo 6 pacientes y de estos 5 presentaron buena función y solo uno estuvo disfuncional, con un OR de 5.44 (0.58 a 127.99) una chi2 de 2.84 y con un valor P de 0.09.

### **FACES III**

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
FUNCIONAL O BALACEADA	1	41	41
DISFUNCION SEVERA	3	59	59
	Total	100	100.0

### **APGAR FAMILIAR**

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
FUNCIONAL	1	48	48
DISF. SEVERA	2	52	52
	Total	200	100.0

## DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Al observar los resultados obtenidos en este estudio llama la atención la sumamente alta disfuncionalidad encontrada, que en ambas escalas es mayor al 50 %, sin embargo fracasamos al tratar de localizar factores asociados a esta disfunción debido principalmente a que no era el objetivo principal de esta investigación. Haciendo un análisis de los factores asociados encontramos que en cuanto a la edad el 64% de los mayores de 18 años presentaron disfuncionalidad mientras que en el 68% de los menores de 18 años se encontró disfunción de acuerdo a la escala de FACES III, la escala del APGAR el resultado es una disfunción en el 54% de los mayores de 18 años y en el 75% de los menores de 18. Parecería indicar el que el caso de los menores de edad el APGAR es más sensible para identificar disfunciones que se pudieran perder en el FACES III.

En cuanto al sexo el 62 % de las mujeres contra el 56% de los hombres tuvieron disfunción familiar según la escala de FACES III contra solo el 52% de las mujeres y el 48% de los hombres en el APGAR, aquí destaca la reducción de los porcentajes en ambos sexos y la inversión de la tendencia en el sexo masculino.

En cuanto a la escolaridad encontramos como dato interesante que a mayor escolaridad fue menor la disfunción familiar, presentándose en el 61 % de los pacientes con escolaridad baja y en el 20% de los pacientes con escolaridad alta. Este dato nos lleva a pensar que a mayor nivel educativo existe una mejor comprensión del problema y esto llevaría a menor disfunción familiar.

El sitio de residencia también nos deja ver una diferencia en la función familiar, mientras que las familias urbanas presentaron disfunción en el 51% de los casos, las familias rurales presentaron disfunción solo en el 41%, de acuerdo al APGAR familiar.

En este estudio llama la atención la gran cantidad de pacientes casados y con una integración casi total a la vida productiva ya sea como empleados o en etapa de estudiantes y como amas de casa que cumplen con sus funciones, lo que nos habla de lo noble que llega a ser esta enfermedad y lo compatible con la vida normal que puede llegar a ser, lo cual viene como consecuencia de los adecuados controles que se llevan en el Instituto, que permiten al paciente llevar una vida normal, contrario a los antiguos estigmas que aun prevalecen en algunos sectores en relación a la epilepsia.

## CONCLUSIONES

Como se puede ver, la disfuncionalidad de las familias de los pacientes epilépticos es alta, llegando arriba del 50% en las dos escalas, con el APGAR el 52% de las familias presentaron un grado de disfuncionalidad y de acuerdo al FACES III el 59%. Con esto podemos concluir que la presencia de una enfermedad crónica como la epilepsia afecta negativamente a las familias, lo que nos debe alertar para buscar intencionadamente esta disfuncionalidad cuando atendemos a nuestros pacientes.

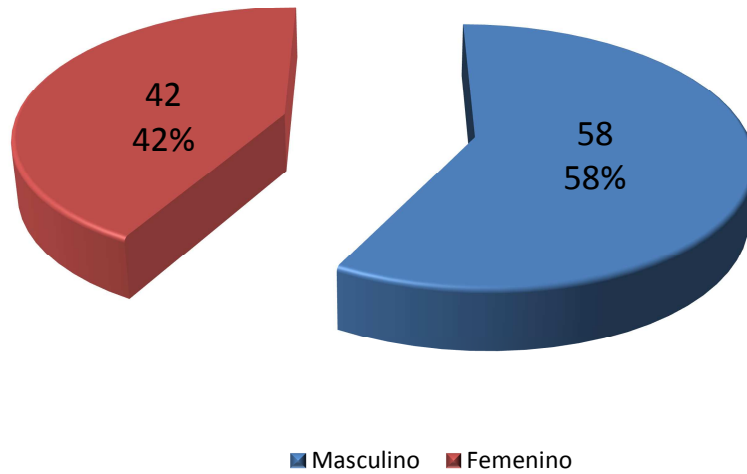
A nivel institucional es importante la búsqueda de los factores que más puedan influir en esta disfuncionalidad y trabajar en aquellos que sean modificables con la intención de mejorar la atención que las familias reciben dentro del IMSS.

Valdría la pena realizar estudios similares pero que abarque a otras unidades en el estado para conocer si los hallazgos de este estudio son consistentes en otras unidades, ampliar la muestra y agregar otros datos como el nivel de control en dichos pacientes, los que nos permitiría conocer un poco más las características de los pacientes epilépticos en nuestra unidad e identificar el funcionamiento familiar en ellos como un factor que puede influir en su adecuado control.

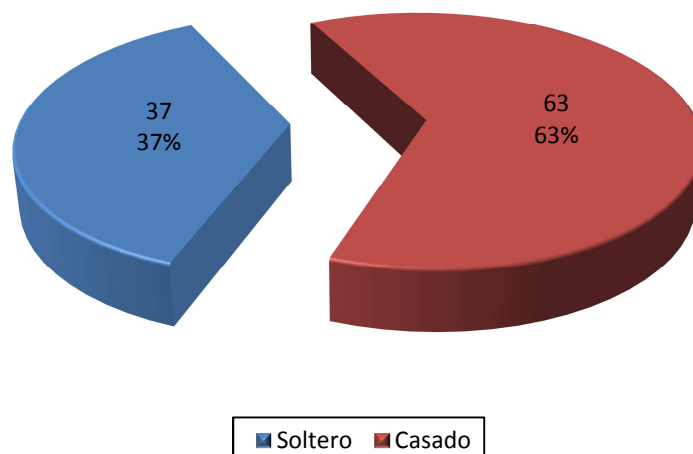
Este tipo de estudios nos aportan un importante conocimiento del medio específico en el que nos desarrollamos y del que carecemos de suficiente información publicada, por lo que este tipo de investigaciones deben de ser estimuladas, además su costo es muy reducido, y nos permite tener una mejor visión de nuestra realidad para el mejoramiento continuo de nuestros pacientes.

GRAFICAS

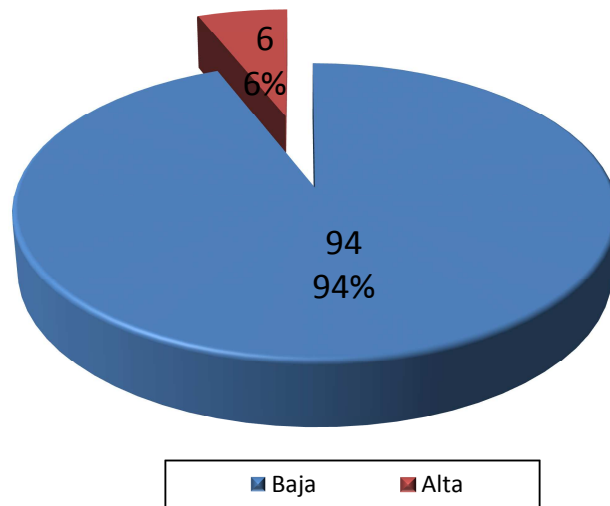
**Grafica 1.- Distribucion de los pacientes por sexo**



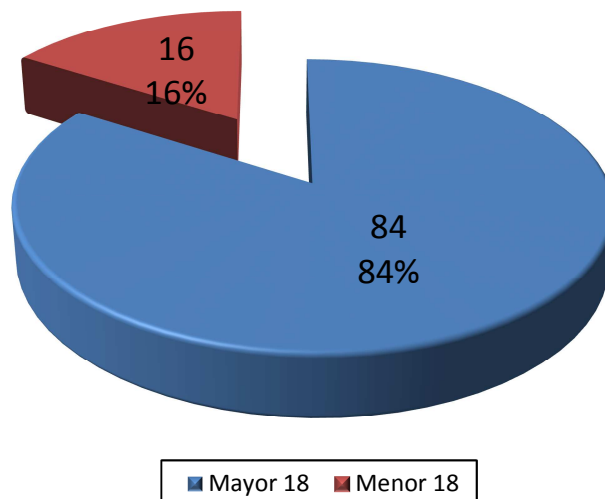
**Grafica 2.- Distribucion de los pacientes por Estado Civil**



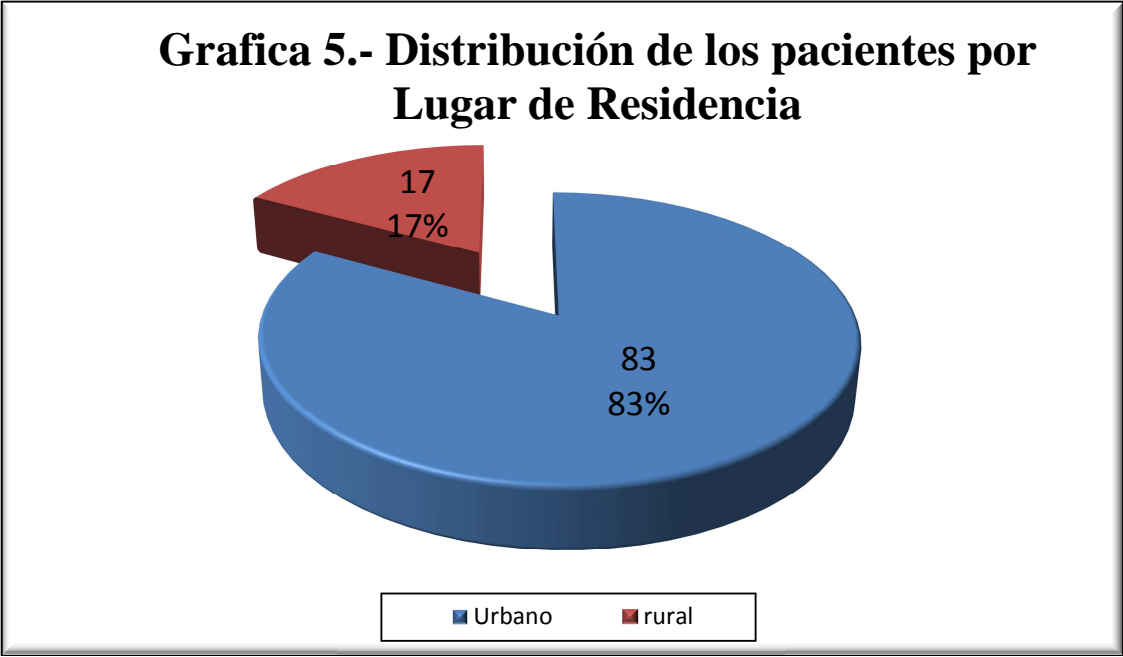
**Grafica 3.- Distribucion de los pacientes por Escolaridad**



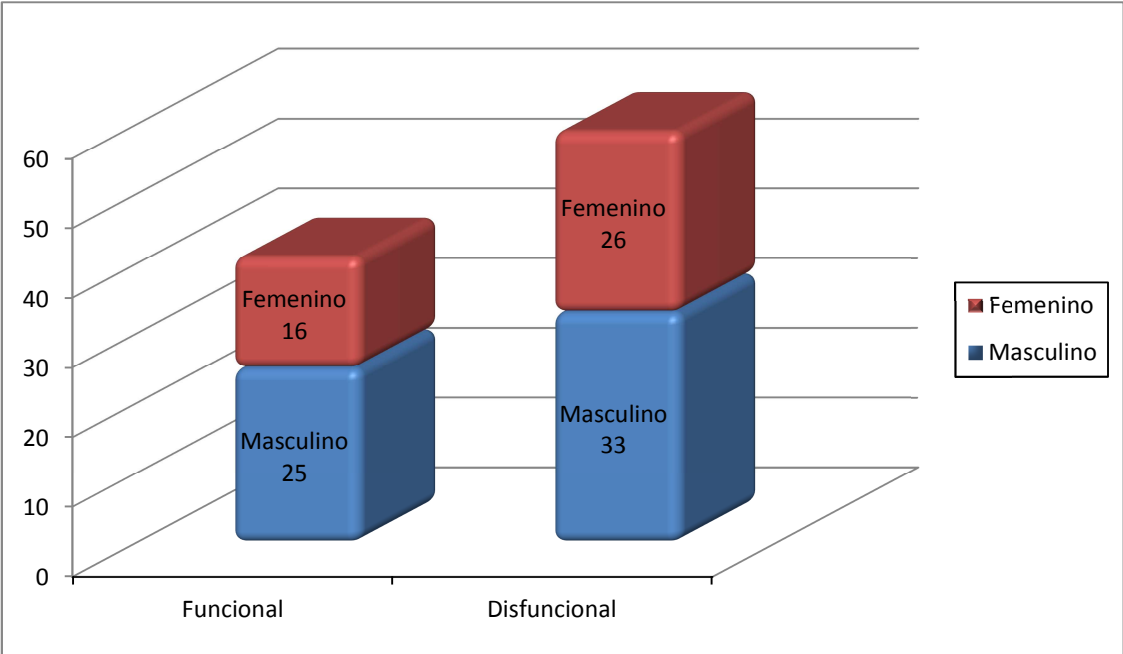
**Grafica 4.- Distribucion de los pacientes por Edad**



**Grafica 5.- Distribución de los pacientes por Lugar de Residencia**

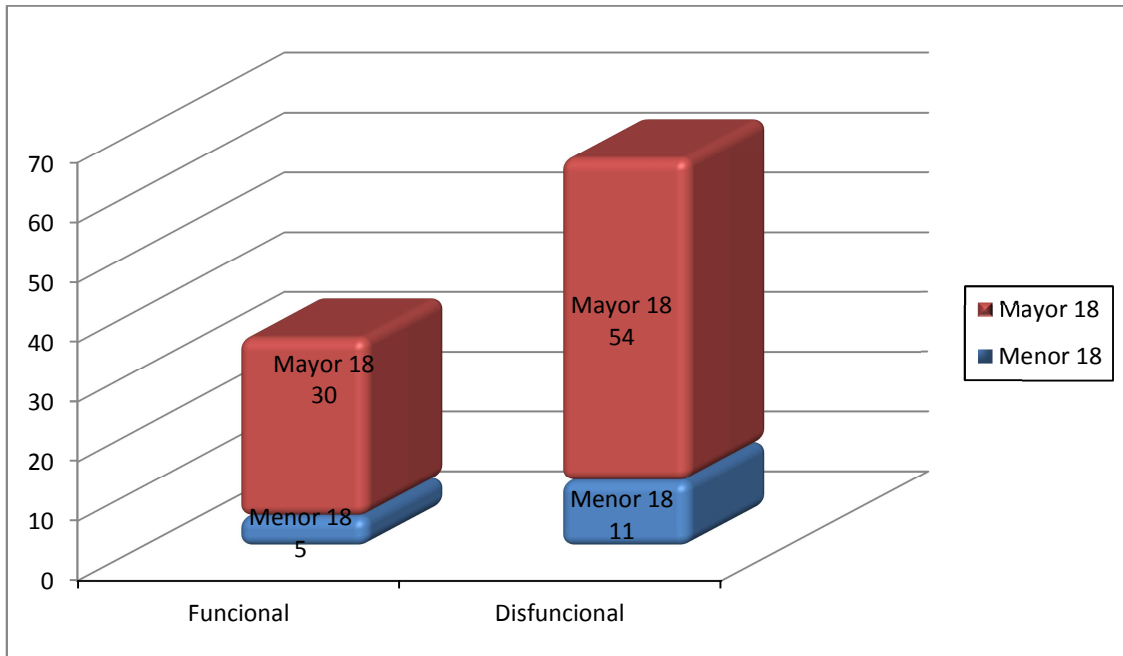


**Grafica 6.- Distribución de los pacientes de acuerdo al sexo y a la funcionalidad familiar Según FACES III**

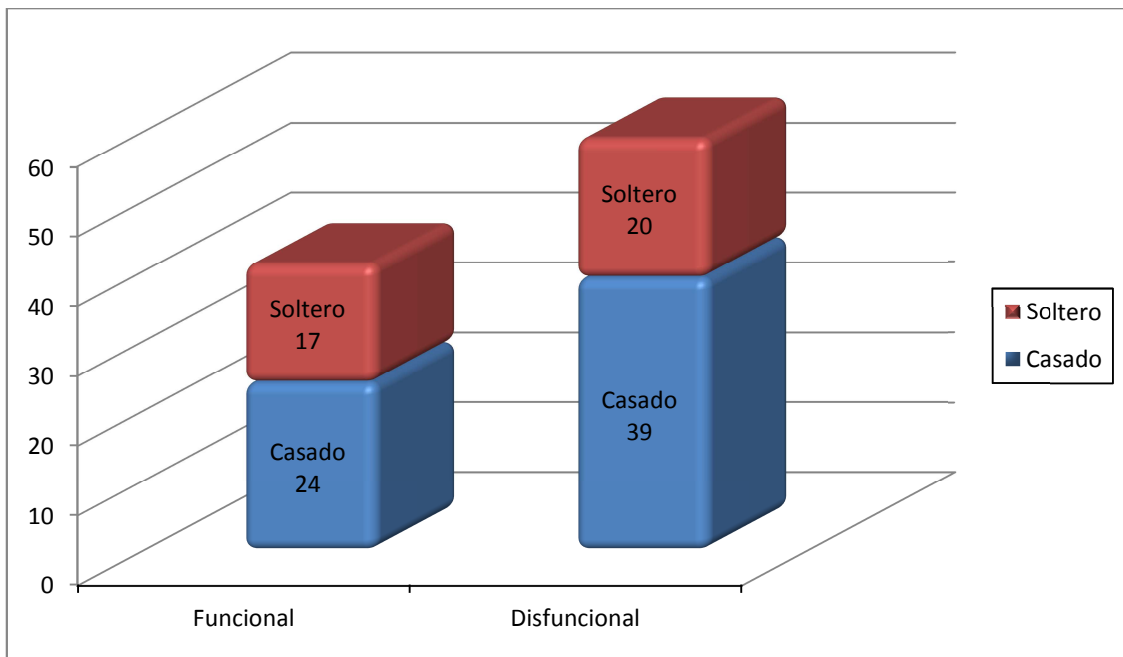




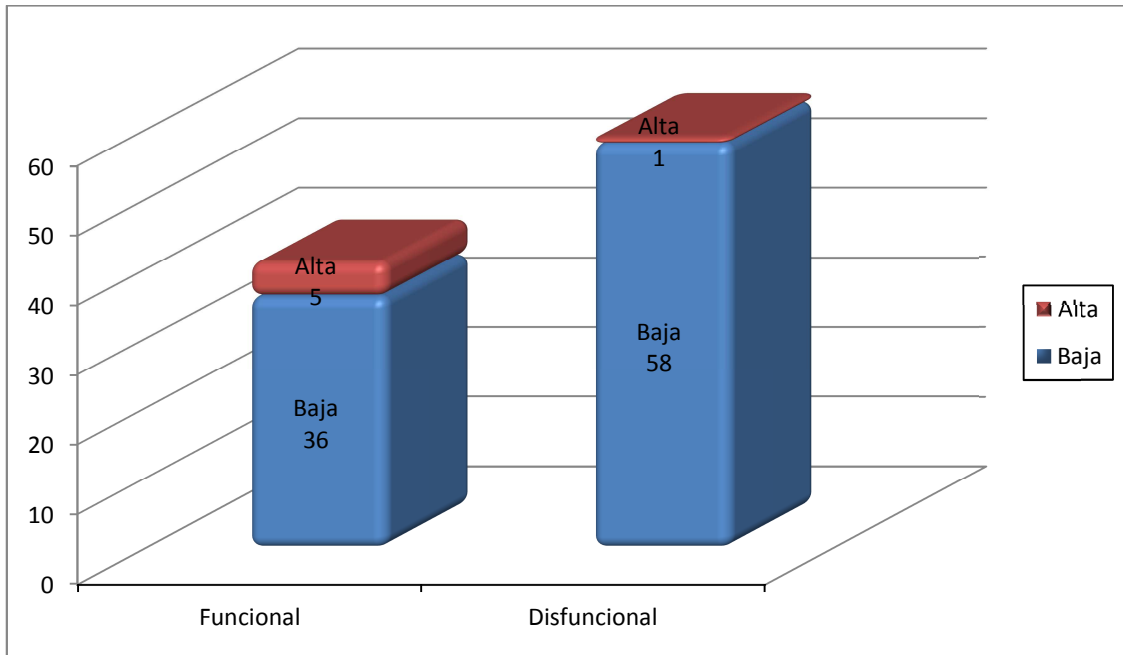
**Grafica 7.-Distribución de los pacientes de acuerdo a la edad y a la funcionalidad familiar Según FACES III**



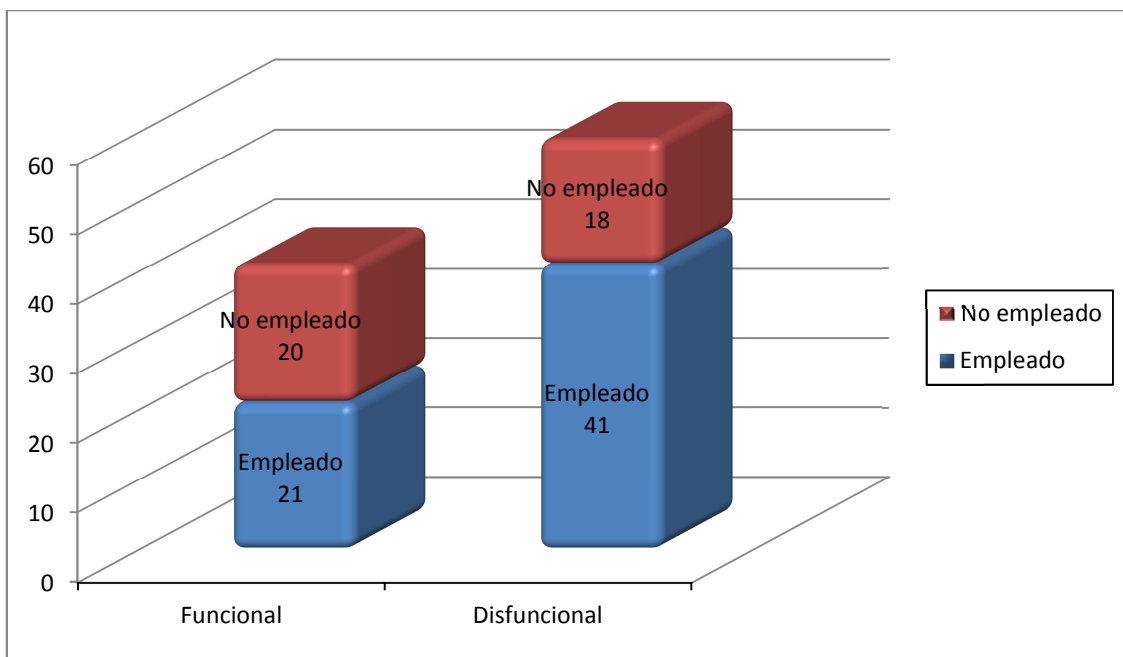
**Grafica 8.-Distribución de los pacientes de acuerdo al estado civil y la funcionalidad familiar Según FACES III**



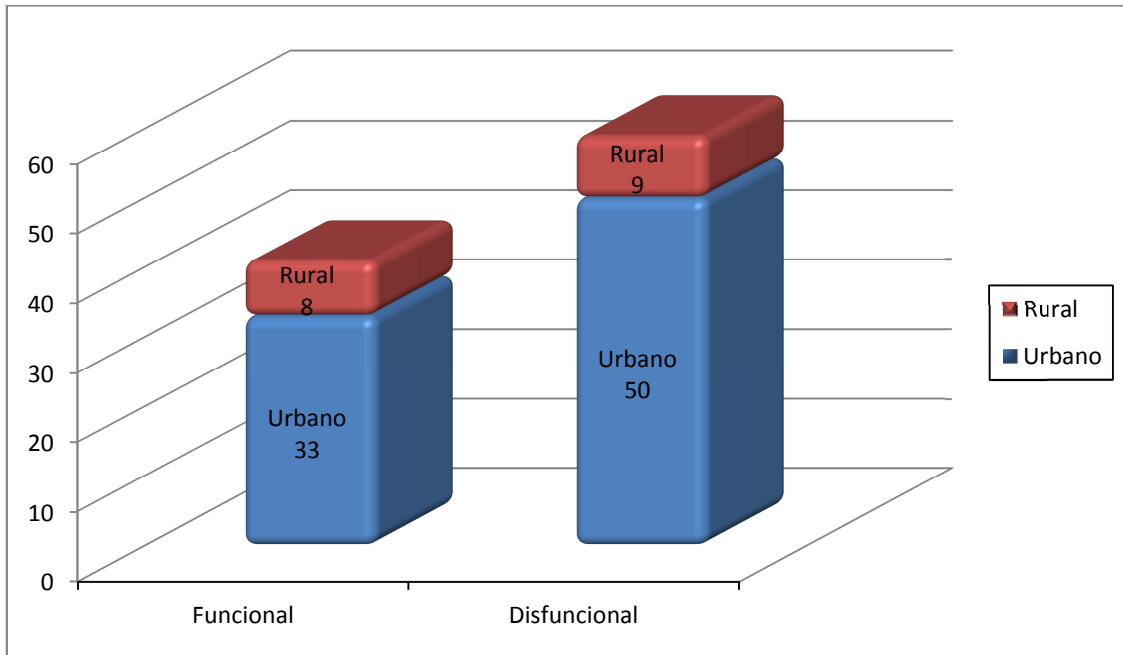
**Grafica 9.-Distribución de los pacientes de acuerdo a la escolaridad y a la funcionalidad familiar según FACES III**



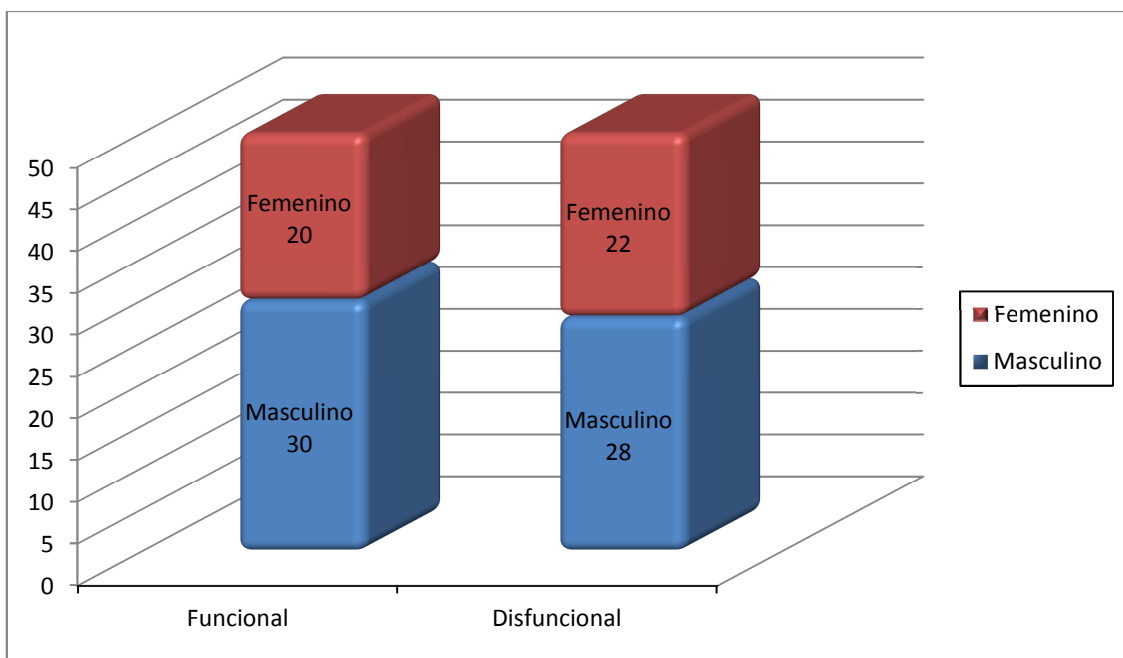
**Grafica 10.-Distribución de los pacientes de acuerdo a la ocupación y a la funcionalidad familiar Según FACES III**



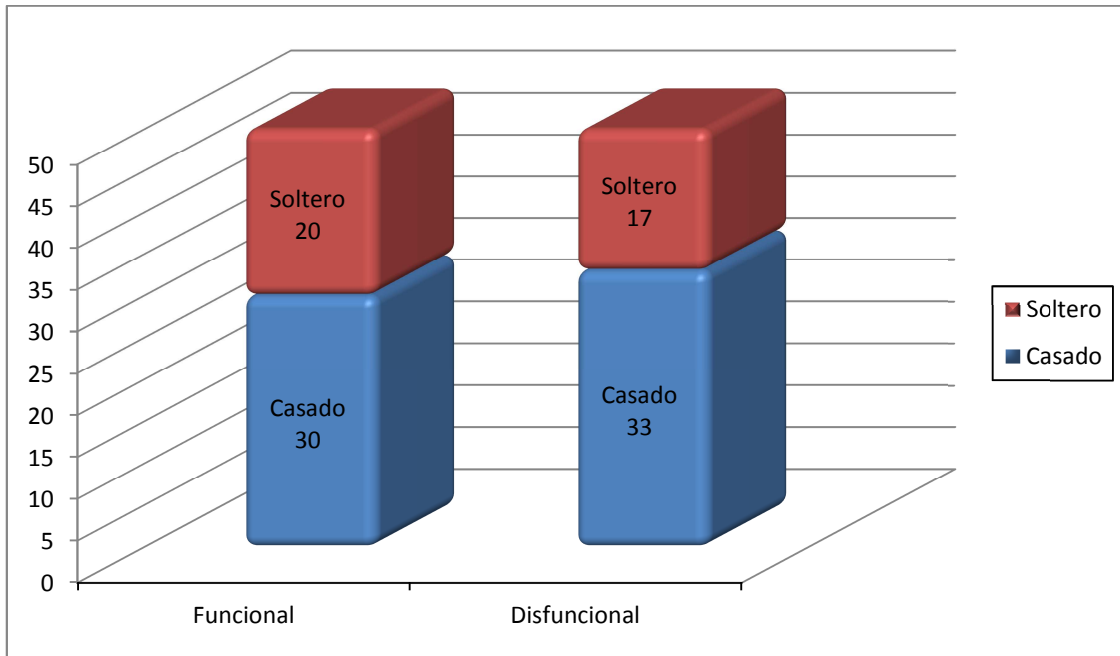
**Grafica 11.-Distribución de los pacientes de acuerdo al lugar de residencia y a la funcionalidad familiar Según FACES III**



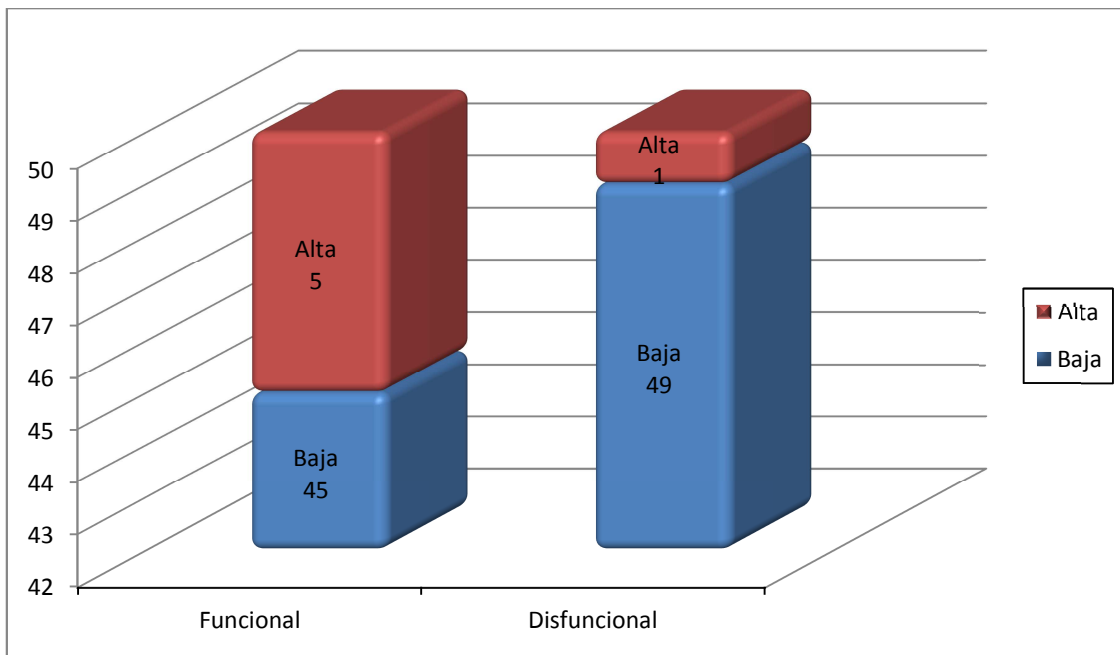
**Grafica 12.-Distribución de los pacientes de acuerdo al sexo y a la funcionalidad familiar Según APGAR**



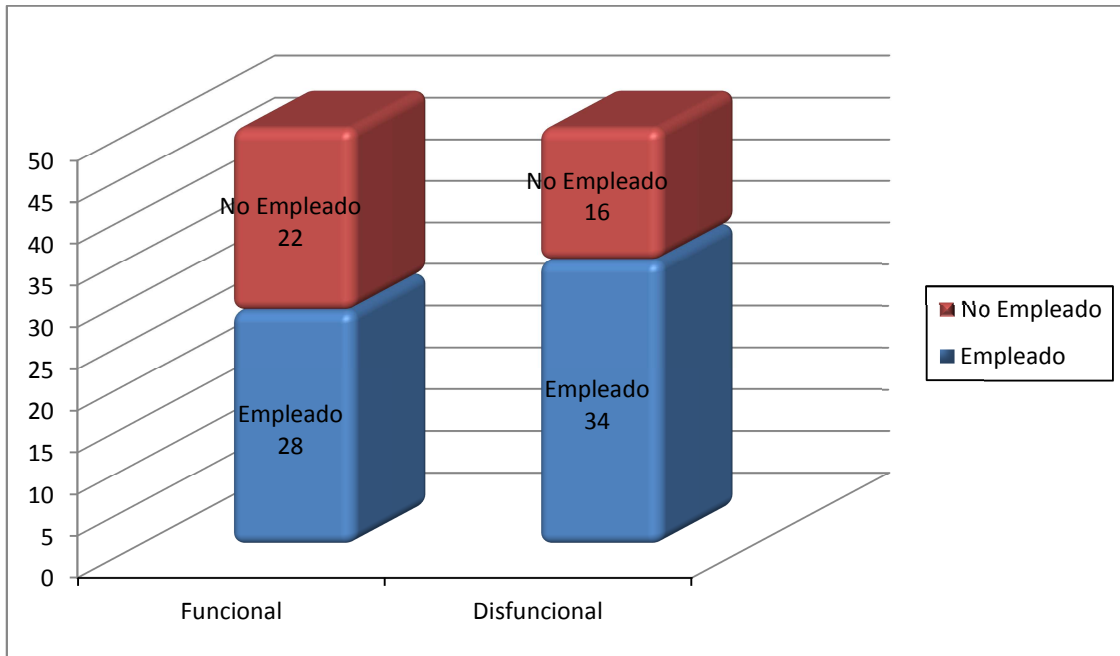
**Grafica 13.-Distribución de los pacientes de acuerdo al estado civil y a la funcionalidad familiar Según APGAR**



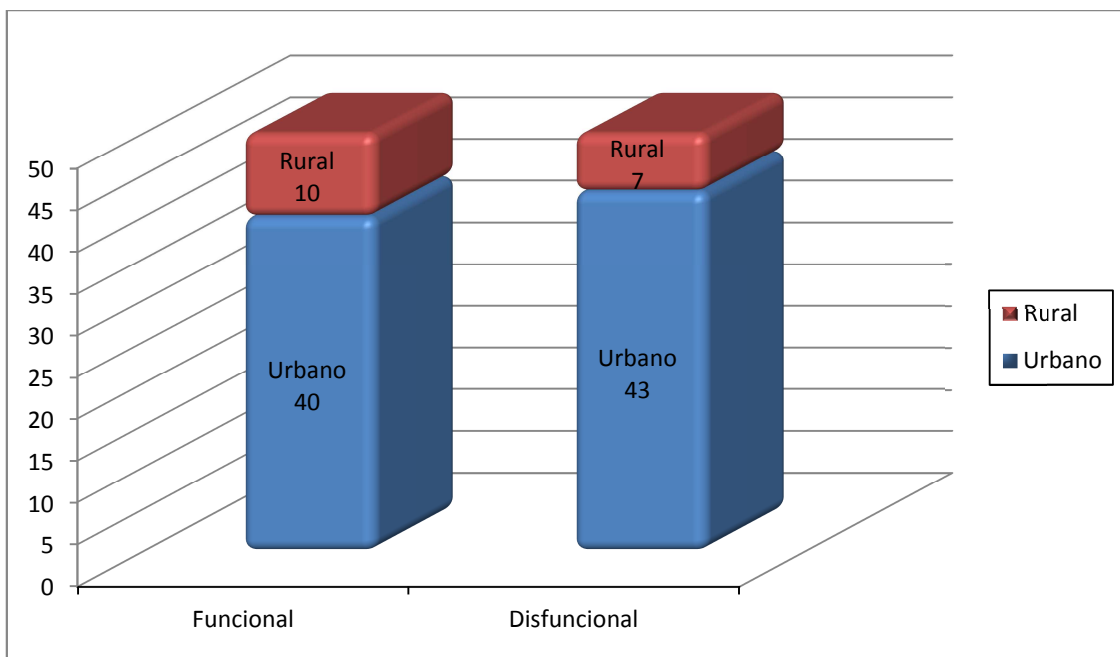
**Grafica 14.-Distribución de los pacientes de acuerdo a la escolaridad y a la funcionalidad familiar Según APGAR**



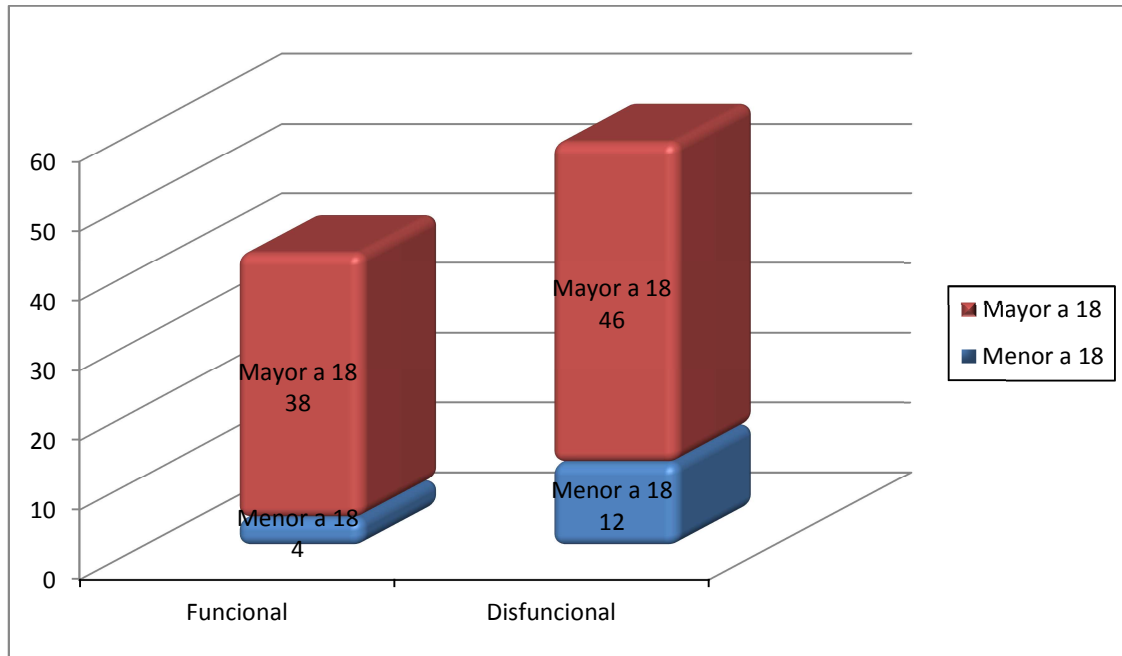
**Grafica 15.-Distribución de los pacientes de acuerdo a la ocupación y a la funcionalidad familiar Según APGAR**



**Grafica 16.-Distribución de los pacientes de acuerdo al lugar de residencia y a la funcionalidad familiar Según APGAR**



**Grafica 17.-Distribución de los pacientes de acuerdo a la edad y a la funcionalidad familiar Según APGAR**



## BIBLIOGRAFIA

1. Berg B. Convulsive disorders. Child neurology, a clinical manual. Philadelphia: JB Lippincott Company 1994: 135-138.
2. Couldridge L, Kendall S, March A. A systematic overview a decade of research ". The information and counselling needs of people with epilepsy. *Seizure* 2001;10:605-14
3. Ansgar Matthes y Rolf Kurse: El enfermo epiléptico. Consejos para el enfermo, su familia, profesores, educadores y asistentes sociales, Barcelona Editorial Herder S.A., 1998, págs. 11- 48.
4. Revilla L., Conceptos e instrumentos de la Atención familiar. Barcelona, DOYMA, 1994) 125 -138.
5. Zuloaga L, Soto C. Jaramillo D. Prevalencia de epilepsia en Medellín. *Bol Sanit Panam*, 1988;104:331-44
6. Kumate J. *Libellus medicinalibus. Indorum herbis*. Origen y peripecias del manuscrito. *Gac Med Mex* 1991;127(1):105-17.
7. Ortega Miguel. El impacto de la enfermedad en la familia, *Rev. Fac. Med. UNAM* vol. 47 No6 2004: 44 - 47.
8. García-Albea Ristol Epilepsia. Historia. Concepto. Síndromes epilépticos. Serie 9, N°. 75, 2007 (Ejemplar dedicado a: Enfermedades del sistema nervioso (VI)), 4801-4805
9. PAC de Neurología Parte D, México: Intersistema; 1997 Libro 3 pag 31- 36.
10. Kale J. Bringing epilepsy out of shadows. *BMJ* 1997; 315:2-3.
11. Olmos de A G. Modelo de clínica de epilepsia. *Boletín Camelice* 1990; 1(7):3-4.
12. Aguilar Rebolledo F. Rehabilitación neurológica en los pacientes con epilepsia. En: *Avances en la Restauración del Sistema Nervioso*. Editorial Vicova México 1994: 327-75.
13. Frith JF, Mark F et al. Management and attitudes of epilepsy by a group of Sydney general practitioners. *Epilepsy* 1994; 35(6): 1244-47. Sydney, Australia.
14. Wyllie E (Ed). *The Treatment of Epilepsy: Principles and Practice*. 2nd ed. Baltimore, Williams and Wilkins, 1996: 75-90.

15. Aguilar Rebolledo F, Sosa R, Del Castillo C, ¿Se debe realizar tomografía axial computada de cráneo en todos los pacientes pediátricos con epilepsia? *Bol Méd Hosp Infant Méx* 1992; 49: 845-50.
16. Canger R., eds. *Epilepsy and Society. Realities and Prospects. Prevalence of Epilepsy; and epidemiological study on epilepsies.* Excerpta Medica. 1988; 113-125.
17. Dennis L. Kasper, Eugene Braunwald, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, J. Larry Jameson, y Kurt J. Isselbacher, Eds. *Harrison principios de medicina interna en español.* 16 ed. Parte XIV. Parte XV. Trastornos neurológicos, Sección 2. enfermedades del sistema nervioso central Capítulo 348. Convulsiones y epilepsia. Págs.12236-12296.
18. García -Pedroza F, Rubio-Donnadieu F. Velasco-Fernandez R. Knowledge and attitudes toward the epilepsy in México. *Epilepsia* 1991; 32:(Suppl. 1); 106-12.
19. *Funcionalidad Familiar y Enfermedad Crónica Infantil.* Dra. Clara Eugenia Ramírez Lumbreras, Dr. Eduardo Méndez,Espinosa, Dra. Fabiola Barrón Garza, Dr. Héctor Riquelme Heras, Dr. Raúl Cantú Leyva. Hospital Universitario “Dr. José E. González”, Monterrey, Nuevo León.
20. Miguel Ángel Ortega, el impacto de la enfermedad en la familia, *Rev. Fac. Med. UNAM* vol. 47 No 6 2004.
21. Commission on classification and terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for classification of epilepsy and epileptic syndromes. *Epilepsia* 1985; 26:268-278.
22. Minuchin Salvador. *Familias y Terapia Familiar* 2a. Ed. 1979.Barcelona. pp. 78-138.
23. Saucedo-García JM. Psicología de la vida en familia: una visión estructural. *Rev Med IMSS* 1991; 29(1):61-68.
24. Steinhausen HC, Losche G. The psychological development of children of epileptic parents. I. Study, design and comparative findings *Acta Paediatrica* 1994; 83: 955-960
25. Rolland Jhon S. *Familias, Enfermedad y Discapacidad.* Gedisa. Barcelona. Julio 2000. pp. 95-110.
26. Garza Elizondo Teófilo Dr. *Trabajo con Familias.* Primera edición. 1997 Universidad Autónoma de Nuevo León. pp. 89-97 y 153-161.
27. Laybourn A. Hill M. "Children with epilepsy and their families: needs and services". *Child care Health and Developmental*, 1994;20:1-14



28. Hoese P., Russell M. "The quality of life of children with chronic epilepsy and their families. Preliminary findings with a new assessment measure". *Develop Med Child Neurol* 1995; 37:689-696.
29. Arias-Lilian, Herrera-Julián A. Apgar familiar en el cuidado primario a la salud. *Colombia-Medica* 1994; 8:25-26.
30. Huerta-González José Luís. Estudio de la salud familiar, en programa de actualización continúa en medicina familiar. D.F., México. Intersistemas editorial; 1999, 56-58.
31. Bauman Laurie J. Ph. D. A review of psychosocial Interventions for Children with chronic Health conditions *Pediatrics*. American Academy of Pediatrics vol.100(2) August 1997 pp. 244-251.
32. Ponce Rosas, FJ Gómez Clavelina, M Terán Trillo, AE Irigoyen Coria, S Landgrave. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México) en [www.unam/facultadmedicinaposgrado/medicinafamiliar/gob.edu/mx](http://www.unam/facultadmedicinaposgrado/medicinafamiliar/gob.edu/mx).
33. Smilkstein G. The family APGAR: A proposal for a family function test and its used by physicians. *J Fam Pract* 1978; 6: 12-31.
34. Bellón Saameño, A Delgado Sanchez, J de D Luna del Castillo y cool., Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención primaria* 1996, vol. No6, 289-296.
35. Mejía, Gómez Diego; Molina de Uriza Jackeline. Sistema de educación continua. Salud Familiar. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Bogotá, Octubre de 1990.
36. Mejía, Gómez Diego; Salud Familiar para América Latina. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Bogotá. 1991.
37. Corzo Coello S. M. T. Determinantes Sociales en la Cohesión y Adaptabilidad. Familiar. *Atención Primaria*. Vol.21 (5) pp. 275-282. Marzo 1998.
38. Polaino-Lorente A, Martínez Cano P. Evaluación Psicológica y Psicopatológica de la Familia. España: Instituto de Ciencias para la Familia. Universidad de Navarra. Ediciones Rialp, S.A.1998: 43-48.
39. Olson D, Russell C, Sprenkle D. Circumplex model of marital and family systems: VI. Theoretical update. *Family Process* 1983; 22: 69-83

40. Olson D. Tipos de familia, estrés familiar y satisfacción con la familia: una perspectiva del desarrollo familiar: continuidad y cambio en el ciclo de vida. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1991. pp. 99-129
41. Olson D, Sprenkle D, Russell C. Circumplex model of marital and family systems I: Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. *Family Process* 1979; 14: 1-35.
42. Polaino-Lorente, A & Martínez-Cano, P. Como Evaluar el Funcionamiento Familiar. España: Instituto de Ciencias para la Familia. Universidad de Navarra. Servicio Publicación de Universidad de Navarra S.A., 1998: 43 – 48.
43. Jacobs MP, Fischbach GD, Davis MR, et al. Future directions for epilepsy. *Neurology* 2001; 57: 1536-1542.
44. Reynolds EH. Introduction: Epilepsy in the World. *Epilepsia* 2002; 6: 1-3.
45. Wolf P. Regional Declarations and White Papers. *Epilepsia* 2002; 43: S37-43.
46. Lara TH, Ramírez RL: Epidemiología de la Epilepsia en México. Un análisis interinstitucional de veinticinco años. *Rev. Neurol. Neurocir. Psiquiat.* 1993; 33: 11-20.
47. Lara TH: Análisis Clínico-epidemiológico de la Epilepsia en la hospitalización psiquiátrica del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez” Una revisión de cuatro años. *Rev. Neurol. Neurocir. Psiquiat.* 2002; 35: 177-182.
48. Espinoza J, Madrid L, Soto F, Montoya M. Impacto de la Información en Epilepsia
49. sobre las Actitudes y Creencias de un grupo de profesores. *Rev. de Neuro-Psiquiatría* 2002; 65: 104-112.
50. Levav I, Stephenson C, Theodore W. Epilepsy in Latin America and the Caribbean: a survey need and resources. *Pan Am J Public Health* 1999; 6: 342-345.
51. Reynolds E. Out of the Shadows. *New Scientist* 1997; 27: 48.
52. Gómez Claverina FJ. Irigoyen Coria A. Bases para la investigación en especialidades médicas. Ed. Medicina Familiar mexicana. 1999.

## ANEXOS

### ENCUESTA

# ENCUESTA \_\_\_\_\_ CONS \_\_\_\_\_  
FECHA \_\_\_\_\_ NSS \_\_\_\_\_  
NOMBRE \_\_\_\_\_  
EDAD \_\_\_\_\_ SEXO: M F  
ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_ ESTADO  
CIVIL \_\_\_\_\_ DOMICILIO \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Leer cuidadosamente la pregunta, responder con  
Nunca, **1.** Casi Nunca, **2.** Algunas Veces, **3.** Casi Siempre, **4.** Siempre, **5**

#### DESCRIBA A SU FAMILIA:

- \_\_\_\_\_ 1 Los miembros de la familia se dan apoyo entre sí.
- \_\_\_\_\_ 2 En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
- \_\_\_\_\_ 3 Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
- \_\_\_\_\_ 4 Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
- \_\_\_\_\_ 5 Nos gusta convivir solamente con los familiares cercanos
- \_\_\_\_\_ 6 Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
- \_\_\_\_\_ 7 Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.
- \_\_\_\_\_ 8 Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas
- \_\_\_\_\_ 9 Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
- \_\_\_\_\_ 10 Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.
- \_\_\_\_\_ 11 Nos sentimos muy unidos.
- \_\_\_\_\_ 12 En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
- \_\_\_\_\_ 13 Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.
- \_\_\_\_\_ 14 En nuestra familia las reglas cambian.
- \_\_\_\_\_ 15 Con facilidad podemos planear actividades en familia.
- \_\_\_\_\_ 16 Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
- \_\_\_\_\_ 17 Consultamos unos con otros para la toma de decisiones.
- \_\_\_\_\_ 18 En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.
- \_\_\_\_\_ 19 La unión familiar es muy importante.
- \_\_\_\_\_ 20 Es difícil decir quien hace las labores del hogar.

**INSTRUCCIONES:** Leer cuidadosamente la pregunta, responder con  
Siempre 4 CASI SIEMPRE 3 ALGUNAS VECES 2 CASI NUNCA 1 nunca 0  
1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema \_\_\_\_\_  
2. Discute con su pareja los problemas que tienen en el hogar? \_\_\_\_\_  
3. Las decisiones importantes las toman en conjunto? \_\_\_\_\_

4. Se encuentra satisfecho con el tiempo que permanecen juntos?\_\_\_\_\_

5. Siente que su familia le quiere?\_\_\_\_\_

### **CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>FECHA PROGRAMADA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Elaboración de protocolo.	Enero-junio 2008	
Aprobación del protocolo.	Junio de 2008	
Recolección de las Variables	Agosto de 2008	
Procesamiento estadístico.	Octubre de 2008	
Interpretación de los resultados.	Febrero- Mayo 2009	
Redacción del in extenso	Julio-Agosto de 2009	
Entrega del Proyecto	Septiembre de 2009	

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y FORMATO DE CONSENTIMIENTO

**TÍTULO:** Funcionalidad familiar en pacientes con epilepsia en la consulta externa de medicina familiar del Hospital General de Zona No. 3.

**INVESTIGADOR:** Dra. Concepción Santos Fragoso

**PROPÓSITO DEL ESTUDIO:** Se espera conocer la funcionalidad familiar en los pacientes con epilepsia.

**QUIEN PARTICIPARA:** Este estudio se llevará a cabo en el HGZ 3 del IMSS en la Ciudad de Mazatlán Sinaloa. Se buscará pacientes con diagnóstico de epilepsia a quienes se les aplicara una encuesta

**PROCEDIMIENTO:** Después de haber firmado su consentimiento para participar en este estudio, se le preguntarán algunos datos generales y luego una encuesta sobre su vida familiar con lo que concluye su participación; el investigador analizará los datos de todos los participantes.

### CONSENTIMIENTO:

**Yo he leído y entendido la información anterior y he tenido la oportunidad de hacer preguntas para las cuales he recibido respuesta satisfactoria.**

**Consiento voluntariamente ser un participante en este estudio, sabiendo que si me negara NO se verían afectados mis derechos de atención dentro del IMSS**

**Al firmar este formato de consentimiento no he renunciado a ninguno de los derechos legales que pudiera tener como un participante en un estudio de investigación.**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma

\_\_\_\_\_  
Fecha