



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN**



**“DETERMINACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN
ESCOLARES Y ADOLESCENTES CON EPILEPSIA EN EL
HGZ/UMF No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

T E S I S

**QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TITULO DE POSGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE:**

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

**DRA. NOLASCO VEGA IVONNE ALICIA
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

**DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO
DIRECTOR DE TESIS**

**DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO
ASESOR METODOLÓGICO**

**DRA. RODRIGUEZ BLANCAS Y HERRERO MARIA CRISTINA
ASESORA CLÍNICA**

**DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

MÉXICO, D.F. ENERO 2013



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.

“DETERMINACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES CON EPILEPSIA EN EL HGZ/UMF No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

AUTORES: Dra Nolasco Vega Ivonne Alicia¹, Dr. Espinoza Anrubio Gilberto², Vilchis Chaparro Eduardo³, Dra. Rodríguez Blancas y Herrero María Cristina⁴.

1. Médico Residente de Medicina Familiar en el HGZ/UMF No. 8
2. Coordinador de Educación e Investigación en Salud en el HGZ/UMF No. 8
3. Profesor titular de la especialidad en Medicina Familiar en el HGZ/UMF No. 8
4. Médica adscrita al servicio de Neuropediatría en el HGZ/UMF No. 8

OBJETIVO:

Determinar la calidad de vida en escolares y adolescentes con Epilepsia en el HGZ/UMF No 8.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Tipo de investigación: Descriptivo, transversal, observacional. Criterios de inclusión: Derechohabientes de 8 a 15 años 11 meses de edad, con diagnóstico de Epilepsia mínimo 1 mes previo, que acudan al servicio de neuropediatría del HGZ/UMF No 8, que firmen consentimiento bajo información. Criterios de exclusión: Padres o hijos analfabetas, pacientes discapacitados para responder el cuestionario. Tamaño de la muestra: 87 pacientes, intervalo de confianza 99%, proporción 0.015, amplitud total del intervalo de confianza 0.01. Instrumento: Cuestionario COOP-DARMOOUTH para evaluar calidad de vida.

RESULTADOS:

Se estudiaron 87 pacientes, con un promedio de edad de 11 años; predominando el sexo masculino con 57.5%; las crisis generalizadas correspondieron al 79.3%; tomaban monoterapia el 65.5%; realizaron actividad física muy pesada el 59.8%; se sintieron ligeramente irritados o tristes el 43.7%; no tuvieron afectación en sus actividades sociales el 47.1%; tuvieron excelente condición general de salud el 35.6%; los pacientes con crisis generalizadas tienen buena calidad de vida en 37.7% y muy buena en 29%; los pacientes con monoterapia tienen buena calidad de vida en 35.1% y muy buena en 33.3% de los casos.

CONCLUSIONES:

Los escolares y adolescentes con Epilepsia en el HGZ/UMF No 8 tienen muy buena calidad de vida en el 34.5% y buena en el 33.3% de la población.

PALABRAS CLAVE:

EPILEPSIA, CALIDAD DE VIDA, COOP-DARMOOUTH

**“DETERMINACIÓN DE LA CALIDAD
DE VIDA EN ESCOLARES Y
ADOLESCENTES CON EPILEPSIA EN
EL HGZ/UMF No. 8 DR. GILBERTO
FLORES IZQUIERDO”**

AUTORIZACIONES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOPITAL GENERAL DE ZONA NO. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

Dr. Padilla Del Toro Francisco Javier
Director del Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dr. Espinoza Anrubio Gilberto
Especialista en Medicina Familiar
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud del HGZ/UMF No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dr. Vilchis Chaparro Eduardo
Especialista en Medicina Familiar
Profesor Titular de la Especialidad en Medicina Familiar del HGZ/UMF No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

ASESORES

Dr. Espinoza Anrubio Gilberto

Especialista en Medicina Familiar

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud del HGZ/UMF No. 8

Director de Tesis

Dr. Vilchis Chaparro Eduardo

Especialista en Medicina Familiar

Profesor Titular de la Especialidad en Medicina Familiar del HGZ/UMF No. 8

Asesor Metodológico

Dra. Rodríguez Blancas y Herrero María Cristina

Especialista en Neuropediatría

Médica Adscrita al Servicio de Neuropediatría del HGZ/UMF No.8

Asesora Clínica

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios y a mis ángeles que siempre me han permitido crecer como persona y levantarme ante la adversidad.

ÍNDICE	PÁGINAS
Resumen	2
Marco teórico	18-20
Planteamiento del problema	21
Justificación	21
Objetivos	21
Hipótesis	21
Material y métodos	22
Tipo de investigación	22
Diseño de investigación	23
Población, lugar y tiempo	24
Muestra	24
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	24-25
Variables	25-28
Diseño estadístico	29
Instrumento de recolección	29
Método de recolección de datos	29
Maniobras para evitar y controlar sesgos	30
Cronograma	31
Recursos humanos y materiales	32
Consideraciones éticas	33-33
Resultados	34-85
Discusión	86-87
Conclusiones	88-89
Bibliografía	90-92
Anexos	93-100

MARCO TEÓRICO

EPIDEMIOLOGÍA

Estudios epidemiológicos indican que entre 0.5 y 1% de la población mundial padece epilepsia y se considera que entre 1 y 3 % de la población tendrá epilepsia durante su vida. ⁽¹⁾

En México, la prevalencia de pacientes con epilepsia es de 10 a 20 por cada 1000, lo cual sugiere que en nuestro país existen por lo menos un millón de personas con alguna forma de epilepsia. ⁽²⁾

CONCEPTO

Epilepsia deriva de una preposición y un verbo irregular griego, *Epilambanein* que significa “ser sobrecogido bruscamente”. En 1973 la Liga Internacional Contra la Epilepsia (ILAE) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) definieron **Epilepsia** como la afección crónica y recurrente de crisis epilépticas, desencadenadas por descargas eléctricas anormales que tienen manifestaciones clínicas variadas de origen multifactorial, asociadas a trastornos paraclínicos (anormalidades electroencefalográficas) y que se presentan de manera no provocada. ⁽³⁾

Síndrome epiléptico se refiere a un conjunto de signos y síntomas que definen una única condición epiléptica e implica algo más que el tipo de convulsión. **Convulsiones** son episodios de contracciones musculares anormales excesivas, usualmente bilaterales, que pueden ser mantenidas o interrumpidas. ⁽⁴⁾

En 2005 la Liga Internacional Contra la Epilepsia y el Buro Internacional para la Epilepsia (IBE) expandieron las definiciones de los términos epilepsia y crisis epiléptica como siguen: La **epilepsia** es una familia heterogénea de trastornos cerebrales que tienen en común una predisposición anormalmente incrementada para generar crisis epilépticas; así como, consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales producidas por esta afección. El diagnóstico de epilepsia, bajo este concepto, requiere la presencia de al menos una crisis epiléptica asociada a una alteración cerebral permanente capaz de provocar otra crisis epiléptica. Múltiples crisis epilépticas secundarias a múltiples causas diferentes en el mismo paciente no se considera epilepsia. Una sola crisis epiléptica ocasionada por una anormalidad epileptogénica persistente podría indicar epilepsia, mientras que, una crisis epiléptica individual en un cerebro normal no lo haría. Una **crisis epiléptica** es la aparición transitoria de signos y/o síntomas debido a la actividad neuronal anormal excesiva o sincrónica en el cerebro. Los elementos que definen a una crisis epiléptica incluyen la forma de inicio y término, manifestaciones clínicas y sincronía neuronal incrementada. ⁽⁵⁾

ETIOLOGIA

La Liga Internacional Contra la Epilepsia separó las epilepsias y los síndromes epilépticos según su etiología en: a) Sintomáticas. Secundarias a un proceso patológico del SNC de causa conocida o sospechada, como pueden ser hipoxia-isquemia, infecciones, traumatismos, malformaciones congénitas, alteraciones innatas del metabolismo, neoplasias e intoxicaciones, entre otras. b) Idiopática. Se define como un padecimiento de etiología desconocida, que no es precedido u ocasionado por otro y no existe otra causa que no sea una aparente predisposición hereditaria. c) Criptogénicas. Presumiblemente sintomáticas, se refieren a trastornos de causa desconocida o aún no determinada que no son idiopáticos. En el reporte de la Liga Internacional Contra la Epilepsia del 2006, se evita usar el término criptogénico por la ambigüedad que representa; y se considera a la epilepsia idiopática como de etiología desconocida y con características *sui generis*. (6)

FISIOPATOLOGIA

LAS CRISIS EPILÉPTICAS PARCIALES O DE INICIO FOCAL

Las crisis parciales se caracterizan porque la actividad eléctrica anormal inicia y se queda restringida en cierta área cerebral y forma el foco epiléptico, pudiendo restringirse a un hemisferio cerebral. Las crisis parciales simples son aquellas en las que la conciencia no se ve alterada; mientras que en las crisis parciales complejas existe pérdida de la conciencia y generalmente se involucra al sistema límbico, que incluye estructuras como el hipocampo y la amígdala. No obstante, una crisis parcial simple puede convertirse en una crisis parcial compleja o en una generalizada. (7)

Mecanismos de generación de la epilepsia focal

La capacidad de algunas poblaciones de neuronas de generar descargas sincrónicas, excesivas y de alta frecuencia determina el desarrollo de la epileptogénesis focal y depende de la interacción de varios factores que incluyen los siguientes mecanismos: 1) Generación de descargas en ráfaga. Es un mecanismo de amplificación de señales, ya que las neuronas que generan múltiples impulsos en respuesta a un estímulo tenderían a liberar más neurotransmisores desde su terminal sináptica. En condiciones en que los eventos sinápticos excitatorios aumentan o los inhibitorios disminuyen, la actividad de las descargas en ráfaga en las células marcapaso, como las células piramidales de las áreas CA1-CA3 del hipocampo y las células corticales de las capas IV-V, pueden ejercer una despolarización intensa y la generación repetida y sincrónica de espigas en otras neuronas o en ellas mismas. (8)

2) Disminución de mecanismos inhibitorios. La inhibición postsináptica está ampliamente distribuida en los circuitos corticales y es el mecanismo de control que previene el desarrollo de descargas epilépticas sincrónicas. Este evento inhibitorio es mediado por el GABA (ácido gama-amino butírico) y funciona para: restringir la propagación de la actividad epiléptica a través de la corteza (área de inhibición); disminuir la propagación a otras estructuras distantes; prevenir la generación de descargas en ráfaga por un incremento en las conductancias de Cl⁻ y K⁺ y por el control del potencial de membrana; y disminuir la actividad de circuitos excitatorios. La reducción en la inhibición mediada por el GABA interfiere en estos mecanismos y podría conducir al desarrollo de epileptogénesis.

(9)

3) Potenciales postsinápticos excitatorios. Los circuitos sinápticos excitatorios en estructuras corticales representan un tercer elemento que determina el desarrollo de la epileptogénesis focal. Los potenciales postsinápticos excitatorios (PPE) participan en este proceso y son evidentes cuando la inhibición está disminuida. ⁽¹⁰⁾

Los PPE se relacionan con la generación de eventos intrínsecos de membrana como las descargas en ráfaga en neuronas susceptibles. Además, la propagación de los impulsos en circuitos excitatorios tales como las arborizaciones de neuronas tálamo-corticales, o las conexiones excitadoras recurrentes entre las neuronas piramidales del hipocampo o la corteza, sirven para sincronizar la población neuronal tras la activación de PPE. Cuando los PPE se suman a través de la activación de circuitos excitatorios recurrentes poli-sinápticos, se generan múltiples despolarizaciones postsinápticas largas, lo que conduce a la generación de potenciales de acción repetidos de alta frecuencia y a una cascada de excitación en dichos circuitos. ⁽¹¹⁾

La suma de las corrientes de membrana sinápticas e intrínsecas generadas por la activación de múltiples grupos de células producen un potencial de campo extracelular característico de las espigas epilépticas presentes en el electroencefalograma. Es decir, dichas espigas se generan cuando la despolarización transitoria de las dendritas apicales de una población neuronal se sincroniza altamente. La activación de PPE en circuitos corticales complejos es el principal factor de sincronización. Aunado a lo anterior, existen mecanismos “no sinápticos” (aquellos que son independientes de la transmisión sináptica química) que participan en la sincronización de la actividad neuronal durante las crisis epilépticas. Estos mecanismos incluyen el acople eléctrico a través de las uniones estrechas entre las células, los efectos del campo eléctrico y cambios en el volumen extracelular, así como las interacciones iónicas (incremento de la concentración extracelular de K⁺). ⁽¹²⁾

En la epilepsia relacionada con la localización del área afectada el fenómeno ictal depende de la complejidad de las estructuras anatómicas involucradas en la generación de las descargas epilépticas (zona epileptogénica). Específicamente, en las crisis parciales que se propagan desde estructuras límbicas, el *claustrum* participa en la activación de los mecanismos motores del hemisferio ipsilateral, mientras que los dos tercios anteriores del cuerpo calloso son necesarios para la propagación bilateral de las crisis motoras parciales. ⁽¹³⁾

LAS CRISIS EPILÉPTICAS GENERALIZADAS O DE INICIO GENERALIZADO

En las crisis generalizadas, la descarga incontrolable de las neuronas involucra a ambos hemisferios cerebrales. La crisis epiléptica inicia en un área del cerebro y se propaga a toda la masa encefálica. La conciencia se altera como posible manifestación inicial y se presentan conductas motoras bilaterales. El patrón electroencefalográfico ictal es bilateral al inicio y presumiblemente refleja descarga neuronal, la cual involucra a ambos hemisferios. Las crisis generalizadas pueden además subdividirse en crisis convulsivas (crisis tónico-clónicas, tónicas y clónicas) y en crisis no convulsivas (crisis de ausencia, mioclónicas y atónicas). ⁽¹⁴⁾

Mecanismos de generación de la epilepsia generalizada

Los mecanismos patológicos de la epilepsia generalizada involucran interacciones complejas entre estructuras corticales y subcorticales. Algunos de los mecanismos involucrados en la génesis de la epilepsia generalizada incluyen: 1) Una respuesta anormal de la corteza hiperexcitable a las proyecciones de entrada inicialmente normales del tálamo. 2) La existencia de un generador subcortical primario. 3) Inervaciones corticales anormales desde estructuras subcorticales. ⁽¹⁵⁾

Las diferentes formas de las crisis epilépticas dependen de la región y las proyecciones anatómicas involucradas. Algunos modelos experimentales indican que en la generación y la propagación de las crisis generalizadas están implicadas estructuras del tallo cerebral, incluyendo el cuerpo geniculado lateral, las vías ascendentes a través de los cuerpos mamilares, el tálamo anterior, la sustancia negra y circuitos relacionados. La evidencia experimental indica que el cerebro anterior, principalmente en regiones relacionadas con el sistema límbico, es necesario para la inducción de las convulsiones caracterizadas por crisis clónicas faciales y de los miembros anteriores, pero no para otros componentes de las crisis clónicas y tónicas. En contraste, la formación reticular y el tallo cerebral están implicados en el componente tónico de las crisis. ⁽¹⁶⁾

PERÍODOS DE LA ACTIVIDAD EPILÉPTICA

1) El período ictal o *ictus*, que corresponde a la crisis epiléptica *per se*, es un evento intermitente y breve que puede durar desde segundos hasta minutos y que presenta un patrón electroencefalográfico hipsincrónico asociado con cambios conductuales. Las crisis recurrentes inducen mecanismos homeostáticos que actúan para disminuir la hiperexcitabilidad. Estos mecanismos terminan con el evento ictal, previenen la propagación de la actividad epiléptica y mantienen el estado interictal. Los factores fisiológicos que influyen en la transición del estado interictal al ictal son la sincronización y la excitabilidad neuronal. ⁽¹⁷⁾

2) El período postictal es aquel que se presenta inmediatamente después de la crisis epiléptica y cuya duración varía desde minutos hasta días. El período postictal sigue a la mayoría de las crisis convulsivas parciales y generalizadas. Durante este período se presenta la depresión postictal, que se caracteriza por la inmovilidad corporal y representa el umbral de una crisis epiléptica (refractoriedad postictal). Además, se observan algunas alteraciones conductuales tales como paresias (parálisis ligera o incompleta), automatismos, así como amnesia anterógrada y analgesia, las cuales se asocian a la activación del sistema de los opioides endógenos. Otro sistema involucrado en el período postictal es el GABAérgico. ⁽¹⁸⁾

3) El período interictal es el transcurrido entre crisis y crisis. Se ha propuesto que los cambios asociados con éste son consecuencia de mecanismos inhibitorios que se desarrollan para disminuir la hiperexcitabilidad epiléptica e impedir la aparición de nuevas crisis. Algunas veces es difícil identificar el estado interictal, porque ciertas conductas como depresión y agresividad se presentan durante este período, en el que además se ha propuesto la participación de los péptidos opioides. ⁽¹⁹⁾

CLASIFICACIÓN

Se utilizan dos tipos de clasificaciones: a) Clasificación de las crisis epilépticas. Trata de clasificar cada crisis individual como un episodio único a partir de la información clínica y del EEG. b) Clasificación de las epilepsias. Tiene por objeto clasificar los síndromes en los que el tipo o tipos de crisis constituyen una o varias de las manifestaciones del síndrome, pero no las únicas. También se toma en cuenta características como la etiología, edad de inicio, genética y los signos de patología del cerebro. En 2010, la Liga Internacional Contra la Epilepsia propuso una nueva clasificación de las crisis epilépticas y epilepsias, sin embargo en la actualidad aún no ha sido aceptada por su forma poco convencional en la práctica clínica. La clasificación clínica y electroencefalográfica de las crisis epilépticas que se utiliza en la presente tesis es la revisión aprobada en 1981 de la Liga Internacional Contra la Epilepsia. ⁽²⁰⁾ Ver anexo 1

La Liga Internacional Contra la Epilepsia propuso en 1989 la clasificación de epilepsias y síndromes epilépticos a la cual se le hizo una revisión en el 2001. Esta última no ha sido generalmente aceptada por el gremio médico, sin embargo debido a que se han suscitado nuevos síndromes epilépticos en más de una década se tomara en cuenta la clasificación de 2001 en el presente trabajo. ⁽²¹⁾ Ver anexo 2

DIAGNÓSTICO

Electroencefalograma. Es la prueba de elección para demostrar el carácter epiléptico de un paroxismo e instituíble para definir muchos síndromes epilépticos. Un EEG convencional suele mostrar alteraciones epileptiformes en la mitad de los epilépticos, aunque no debemos olvidar que un 10-15% de la población normal puede tener alguna anomalía electroencefalográfica, por lo que un paciente con un EEG anormal sin síntomas nunca debe ser tratado. Los estudios de EEG con privación parcial de sueño, foto estimulación y/u otras activaciones son útiles para discriminar actividad epileptiforme no visible en el EEG convencional. **Neuroimagen.** La tomografía computada (TC) y la resonancia magnética (RM) son las técnicas de elección para detectar lesiones estructurales del SNC, siendo la segunda más sensible y específica, especialmente para el estudio de la esclerosis temporal. **Video electroencefalografía.** Método que resulta de la asociación y sincronización del registro electroencefalográfico y vídeo. Permite identificar, descartar y clasificar las crisis epilépticas. ⁽²²⁾

TRATAMIENTO

Ácido valproico

Mecanismo de acción. Descarga neuronal repetitiva sostenida limitante a través del bloqueo dependiente de los canales de sodio, tiene también otros mecanismos como el aumentar la inhibición del GABA. 2. Efecto gabaérgico a diferentes niveles: inhibición de gaba-transaminasa (GABA-T), aumentando la síntesis de enzimas sintetizadoras de GABA o aumentando la liberación de GABA. 3. Inhibición de los canales de calcio de bajo umbral (tipo T) en el tálamo. **Indicaciones.** Tratamiento inicial o coadyuvante en las crisis de ausencia y como coadyuvante en pacientes con crisis generalmente tónico-clónicas, mioclónicas o ambas que incluyan crisis de ausencia. También en monoterapia o coadyuvante en el tratamiento de las crisis parciales complejas que se presentan aisladas o asociadas con otros tipos de crisis. **Efectos secundarios.** Anorexia, náusea, dispepsia, temblor, necrosis hepática, pancreatitis, empeoramiento de conducta y depresión. **Dosis.** Inicio: 15-20mg/kg/día cada 6-8hrs. Mantenimiento: 30-80mg/kg/día. **Rango terapéutico.** 50-150 µg/ml. ⁽²³⁾

Fenitoína.

Mecanismo de acción. Bloqueo de los canales de sodio voltaje-dependientes. **Indicaciones.** Tratamiento inicial o coadyuvante de las crisis parciales complejas o tónico-clónicas. También es eficaz en las crisis tónico-clónicas de inicio generalizado. De manera parental se utiliza para el estado epiléptico. **Efectos secundarios.** Hiperplasia gingival reversible, hirsutismo, acné, tosquedad de los rasgos faciales, erupción cutánea, nistagmo, ataxia, disartria, sedación, anemia aplásica, hepatitis, tiroiditis, deficiencia de vitamina K, entre otras. **Dosis.** Inicial: 5mg/kg/día cada 12hrs. Mantenimiento: 5-8mg/kg/día. **Rango terapéutico.** 10-25µg/ml. ⁽²⁴⁾

Carbamazepina

Mecanismo de acción. Bloqueo mantenido y repetitivo de los canales de sodio voltaje-dependientes; además de por la inhibición de los canales de calcio tipo T y la modulación de los neurotransmisores. **Indicaciones.** Terapia de inicio o como coadyuvante de las crisis parciales complejas y tónico-clónicas. **Precaución.** Puede exacerbar las crisis de ausencia de algunos pacientes. **Efectos secundarios.** Mareo, vértigo, diplopía, visión borrosa, sedación, cefalea, hiponatremia, disfunción hepática o leucopenia reversible leve. **Dosis.** Inicio: 10-15mg/kg/día, Mantenimiento: 10-30mg/kg/día cada 12hrs. **Rango terapéutico.** 4-12µg/ml. ⁽²⁵⁾

Clonazepam

Mecanismo de acción. Es un agonista del receptor GABA. **Indicaciones.** Fármaco de tercera elección para las crisis de ausencia. Indicado como tratamiento inicial o coadyuvante en crisis de ausencia atípica, atónicas y mioclónicas. **Efectos secundarios.** Somnolencia, ataxia, trastornos de la conducta, tolerancia a la acción antiepiléptica. **Dosis y titulación.** Inicio: 10 años o <30kg dar 0.01-0.3mg/kg, >10 años dar 1-1.5mg/día cada 6-8hrs. Mantenimiento 0.1-0.3mg/kg/día. **Rango terapéutico.** 0.02-0.08µg/ml. ⁽²⁶⁾

Etosuximida

Mecanismo de acción. Inhibición de los canales de calcio de bajo umbral (tipo T) en el tálamo. **Indicaciones.** Únicamente en crisis de ausencias típicas, pudiendo usarse de forma eficaz en monoterapia. **Efectos secundarios.** Los más comunes son de tipo digestivo (náuseas, vómitos, dolor abdominal, anorexia, diarrea) o sobre el SNC (somnolencia, mareo, cefalea). Menos frecuentes alteraciones cognitivas o de la conducta, leucopenia. **Dosis.** Inicial: <6 años: 10-15mg/kg, sin superar los 250 mg/día, >6 años: 250mg/día cada 6-8hrs. Mantenimiento: 15-40mg/kg/día. **Rango terapéutico.** 120 µg/ml.

(27)

Lamotrigina

Mecanismo de acción. Su efecto más probable es mediante una inhibición de las corrientes de sodio voltaje-dependientes. **Indicaciones.** Fármaco coadyuvante en adultos con crisis parciales que no pueden controlarse con los fármacos de primera elección. Coadyuvante para el Síndrome de Lennox-Gastaut en niños y adultos. **Efectos secundarios.** Erupción cutánea, síndrome de Stevens Johnson. **Dosis.** Para evitar reacciones cutáneas graves, la titulación debe ser lenta y en pequeñas dosis, dependiendo también de la coexistencia de tratamiento previo con otros fármacos. En monoterapia se comenzará con 0.5 mg/kg/día cada 8.12hrs y se mantendrá a 10mg/kg/día. Asociado a ácido valproico se comenzará por 0.3-0.5mg/kg/día y se mantendrá a 10mg/kg/día. (28)

Oxcarbazepina

Mecanismo de acción. A través de un metabolito activo, el MHD, produciendo, al igual que la carbamazepina, un bloqueo de los canales de sodio voltaje-dependientes. Produce también inhibición de los canales de calcio y de potasio. **Indicaciones.** Utilización como monoterapia o coadyuvante en las crisis parciales (simples, complejas y secundariamente generalizadas). **Efectos secundarios.** Somnolencia, cefalea, mareo, infección vírica y náusea. **Dosis.** Inicio: 10mg/kg/día cada 12hrs. Mantenimiento: 30mg/kg/día. (29)

Gabapentina

Mecanismo de acción. Actúa a nivel de la unión a los canales de calcio en el hipocampo y neocórtex y en la liberación de neurotransmisores. No tiene efecto como agonista GABA. **Indicaciones.** Tratamiento coadyuvante de las crisis parciales (con o sin generalización secundaria) en los niños a partir de los 3 años. **Efectos secundarios.** Es un fármaco relativamente bien tolerado. Puede ocasionar labilidad emocional, hostilidad, trastorno del pensamiento o hipercinesia. **Dosis.** Inicial: 10mg/kg/día cada 8hrs. Mantenimiento: 30-100mg/kg/día. (30)

Pregabalina

Mecanismo de acción. Parece que actúa como neuromodulador, de forma que reduce la entrada de calcio en las terminaciones nerviosas presinápticas y la liberación de neurotransmisores excitadores. **Indicaciones.** Coadyuvante de las crisis parciales (con o sin generalización secundaria). **Efectos secundarios.** Somnolencia, mareo, ataxia y aumento de peso. **Dosis.** Inicio: 1-2mg/kg cada 12hrs. Mantenimiento: 5-20mg/kg/día. (31)

Topiramato

Mecanismo de acción. Probablemente es multimodal, mediante la inhibición de los canales de sodio sobre la membrana neuronal; la acción gabaérgica e inhibitoria de los receptores del glutamato, sobre todo del AMPA y la inhibición de la anhidrasa carbónica.

Indicaciones. Tratamiento coadyuvante en crisis parciales, tónico-clónicas primariamente generalizadas y las asociadas con el Síndrome de Lennox-Gastaut en pacientes mayores de 2 años. **Efectos secundarios.** Parestesias, mareo, fatiga y pérdida de peso. Menos frecuentes son cálculos renales y miopía aguda asociada a un glaucoma secundario de ángulo cerrado. **Dosis.** Inicial: 1-3mg/kg/día cada 12hrs. Mantenimiento: 5-9mg/kg/día. ⁽³²⁾

Fenobarbital.

Mecanismo de acción. Aumento de la actividad del receptor GABA, prolongando así la apertura del receptor de cloro y, por tanto, la hiperpolarización. También disminuye la conductancia de los canales de sodio, potasio y calcio y glutamato. **Indicaciones.** Tratamiento inicial o coadyuvante de las crisis parciales y tónico-clónicas. También se utiliza en el estado epiléptico por vía parenteral. **Efectos secundarios.** Sedación, irritabilidad, hiperactividad y alteraciones del rendimiento intelectual, ataxia, hepatitis, anemia aplásica y erupción cutánea. **Dosis.** Inicio: <1 año se da 3-5mg/kg/día, >1 año se da 2-4mg/kg/día cada 12-24hrs. Mantenimiento: Igual que dosis inicial. **Rango terapéutico.** 10-40 µg/ml. ⁽³³⁾

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Aproximadamente el 20-40% de los pacientes epilépticos no responden a los anticonvulsivos. Se estima que el 25% de estos pacientes son candidatos a la cirugía. La cirugía de la epilepsia es aquella que tiene como objetivo buscar una mejoría en la calidad de vida en un paciente con epilepsia fármaco-resistente. El objetivo fundamental es la resección de la zona epileptogénica, sin ocasionar déficits neurológicos. En caso de que no sea posible, se recurrirá a procedimientos de desconexión, cirugía paliativa o neuroestimulación. ⁽³⁴⁾

CALIDAD DE VIDA Y EPILEPSIA

La Organización Mundial de la Salud define **Calidad de vida** (CV) como la “La percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores, que él vive en relación a sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones”. Este grupo asimismo propone seis dimensiones compuestas por diversos subdominios a evaluar: físico, psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, medio ambiente y por último espiritualidad, religión y creencias personales. (35)

Desde el punto de vista subjetivo, la **Calidad de vida relacionada con la salud** (CVRS) es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado, y refleja el grado de satisfacción con una situación personal a nivel: fisiológico (síntomatología general, discapacidad funcional, situación analítica, sueño, respuesta sexual), emocional (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración), y social (situación laboral o escolar, interacciones sociales en general, relaciones familiares, amistades, nivel económico, participación en la comunidad, actividades de ocio, entre otras). (36)

El esquema tradicional de Maslow enumera un conjunto de necesidades humanas, desde aquellas más necesarias hacia las de más alto grado espiritual. Entre las más básicas están las necesidades fisiológicas, luego las dependientes de la realización emocional, luego las necesidades de aceptación social y finalmente las necesidades de realización y significado personal. Estas necesidades se satisfacen en la medida que el sujeto supera las más básicas, por lo que su percepción de calidad de vida estará influida por el rango de necesidades y aspiraciones que alcance en un momento determinado. De este modo, los valores y necesidades establecidas para evaluar la calidad de vida son relativos al conjunto de aspiraciones individuales, sociales, y las necesarias para satisfacer las necesidades del individuo, que en algunos casos sólo estarán supeditadas a la satisfacción de las necesidades básicas. (37)

Los instrumentos para medir calidad de vida se clasifican en instrumentos genéricos y específicos. Los primeros son útiles para comparar diferentes poblaciones y padecimientos, pero tienen el riesgo de ser poco sensibles a los cambios clínicos, por lo cual su finalidad es meramente descriptiva. Los instrumentos específicos se basan en las características especiales de un determinado padecimiento, sobre todo para evaluar cambios físicos y efectos del tratamiento a través del tiempo. Estos nos dan mayor capacidad de discriminación y predicción, y son particularmente útiles para ensayos clínicos. Deben tener dos características principales: *Validez*. Esta se realiza para demostrar la utilidad clínica de un cuestionario, de tal forma que los datos obtenidos sean confiables. *Consistencia interna*. Con el propósito de validar un instrumento se debe demostrar que es confiable. La confiabilidad de una escala de medición compuesta por preguntas múltiples debe ser demostrada, ya que no existe manera de compararla con una variable externa. (38)

Actualmente, se asiste al auge del enfoque global de la enfermedad, en el que se consideran tanto los factores psicológicos como los sociales, y la implicación que su presencia tiene en la vida del paciente. Esta nueva perspectiva intenta situar la enfermedad desde el punto de vista del paciente, y donde cobra más importancia es en las enfermedades crónicas, como la diabetes, enfermedades renales que precisan diálisis o epilepsia. Por ello, se han desarrollado diferentes cuestionarios en los que el objetivo es la medida de la salud percibida por el paciente, y cuya utilidad dependerá de su fiabilidad y validez así como de las posibilidades de interpretación de los resultados desde la óptica clínica, psicológica y social. (39)

Los principales factores que condicionan la problemática social y la repercusión negativa en la calidad de vida del niño con epilepsia son los siguientes: **1) Factores de tipo clínico** a) Tipo de crisis, frecuencia de crisis, ritmo horario de las crisis, intensidad de las crisis y la imprevisibilidad de las mismas. b) Necesidad de la toma regular de fármacos antiepilépticos. c) Toxicidad potencial y real de los antiepilépticos. d) Necesidad de controles periódicos de tipo clínico, hematológico, electroencefalográfico u otros. **2) Factores de tipo psicológico** a) Retraso psicomotriz. b) Alteraciones de la conducta y de la personalidad, trastornos psiquiátricos. c) Defectuoso aprendizaje escolar. d) Baja autoestima. e) Sentimiento de estigmatización. **3) Factores de tipo social** a) En el entorno familiar: sobreprotección, rechazo, escasa autonomía personal. b) En el entorno escolar: sobreprotección o rechazo por maestros o compañeros. c) En las relaciones sociales: limitada sociabilidad, pocos amigos, restricción en actividades sociales y deportivas. d) En la formación profesional: limitaciones en adquisición de titulaciones y en las expectativas laborales. e) Menos expectativas de emancipación personal y de formación de núcleo familiar propio. (40)

No se produce en las personas con epilepsia, como en la mayor parte de las enfermedades crónicas, una relación directa obligada entre la frecuencia y la intensidad de los síntomas físicos y la calidad de vida de las personas que los padecen. Esta situación se produce, esencialmente, por la mala aceptación de la epilepsia por parte de la población, por el rechazo secular de las personas con epilepsia y por el desconocimiento de las perspectivas actuales de la enfermedad. Cuando se valoran los conocimientos y las actitudes de la población general, o de los profesores, sorprende que se siga expresando con relativa frecuencia que la epilepsia es una enfermedad mental, hereditaria, incurable y para toda la vida, y que las personas con epilepsia deben someterse todavía a limitaciones en su vida personal, académica y social. A modo de ejemplo, la adaptación social de las personas con epilepsia es normal en el 46% cuando tienen crisis diarias, en el 67% con crisis mensuales y en el 83% con crisis anuales; así como en el 87% con inteligencia normal, en el 25% con retraso psicomotriz moderado y en el 5% con retraso psicomotriz severo; y en el 80% cuando no hay alteraciones de la personalidad, en el 40% con alteraciones ligeras y en el 14% con graves alteraciones de la misma. (41)

La epilepsia tiene características únicas en comparación con otras enfermedades crónicas. Aunque no suele ocasionar limitaciones físicas, condiciona con frecuencia en los pacientes limitaciones psicológicas y sociales, que son las responsables del deterioro de la calidad de vida del paciente con epilepsia y que suelen pasar desapercibidas para el médico. De hecho, Herranz y Sellers (1996), en su investigación denominada “Análisis de datos epidemiológicos de la epilepsia en España” sobre 4452 pacientes con epilepsia, expusieron que los pacientes con epilepsia refieren aspectos negativos como sensación de enfermedad, sensación de sobreprotección, influencia de la epilepsia en la vida diaria, ansiedad, depresión y repercusión en el rendimiento escolar y académico, problemas que van aumentando de frecuencia e intensidad cuando se valora a niños menores de 13 años, adolescentes y adultos. (42)

Brown SW (1994) en su estudio llamado “Calidad de vida, una vista desde el patio de recreo” en Inglaterra, expuso que la medicación inapropiada y/o continuación de las crisis tienen efectos nocivos sobre la calidad de vida. También encontró que el 42% de su población de estudio no le importaban sus crisis, por otro lado, los encuestados restantes describieron sus crisis como hacer que se sientan desamparados, con miedo, pánico, frustrado y diferente de los demás. El 36% de los casos dijeron que su médico nunca les había explicado acerca de su enfermedad. (43)

Enzo Rivera et al. (2005), en su estudio denominado “Factores pronósticos de la calidad de vida en pacientes con epilepsia”, de publicación chilena, encontraron que los pacientes en monoterapia tuvieron mejor calidad de vida en el 62% de los casos, mientras que el 48% de los pacientes con politerapia señalaron peor calidad de vida. (44)

Alva Moncayo et al (2008), expusieron en su estudio “Calidad de vida del paciente epiléptico pediátrico” en nuestro país, que la calidad de vida pediátrica es muy mala en 70% de los casos; este grupo consideró que los resultados se debieron a que existe poca información y orientación en los pacientes, pero también que al enfermo epiléptico se le continúa limitando en el desarrollo de sus actividades en el núcleo familiar. (45)

MEJORANDO LA CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES CON EPILEPSIA

Información adecuada sobre la epilepsia

Eliminando mitos sobre la enfermedad epiléptica: La epilepsia no es una enfermedad mental, pocas veces es hereditaria, la mayor parte de las veces es controlable o curable, no suele precisar tratamiento de por vida, los fármacos antiepilepticos no son tóxicos cuando se utilizan correctamente. Informar a los padres, profesores, tutores, psicólogos y población general, de modo que no se produzcan actitudes de rechazo o de sobreprotección, de ansiedad, de ambivalencia afectiva, de discriminación. Fomentar la vida cotidiana del niño en todos los sentidos, siempre que sea posible. Insistir en que la actividad y la relación social del niño durante el tiempo libre es tan importante como el control de las crisis. (46)

Tratamiento adecuado

Elección del fármaco más eficaz y mejor tolerado. Monoterapia, reservando la politerapia para los casos rebeldes. Administrar los medicamentos sin horarios rígidos. Fomentar el cumplimiento terapéutico del paciente. Insistir en que cada nueva crisis supone fracaso de la pauta terapéutica y obliga a efectuar cambios en la misma. (47)

Controles adecuados

Periodicidad individualizada, cada 6 meses en casos favorables, pero con la frecuencia necesaria en los niños no bien controlados de sus crisis. Disponibilidad del médico para consultas y dudas del paciente y de los familiares. Realizar solamente los análisis de sangre que sean lógicos y que estén absolutamente justificados, nunca de modo rutinario. Realizar controles del EEG cada año, cuando la evolución es buena, o con más frecuencia en los casos en que pueda suponer de ayuda diagnóstica o terapéutica, pero insistiendo en que la mejoría o el empeoramiento clínico vienen dados por el grado de control de las crisis y por la calidad de vida del paciente, y no por los hallazgos de los registros EEG. Fomentar el cumplimiento terapéutico en cada revisión clínica. Fomentar en el niño los hábitos de estudio, el esfuerzo personal, la actividad deportiva, la relación social. Valorar la calidad de vida del niño con la aplicación de escalas específicas cada 6 ó 12 meses. Cuando se aplican todas estas medidas, la aparición de problemas psicológicos y sociales suele ser excepcional, de modo que los niños y sus familias viven la enfermedad con naturalidad y sin menoscabo de su calidad de vida. (48)

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Las láminas COOP fueron diseñadas originalmente por un grupo de médicos investigadores de Atención Primaria en Estados Unidos: The Dartmouth Primary Care Cooperative Information Project (COOP Project), Hanover, New Hampshire. Este grupo sentía y reconocía la necesidad de incorporar la evaluación del estado funcional en su trabajo diario, y decidieron elaborar un instrumento que no sólo proporcionara datos válidos y fiables, sino que tuviera una interpretación sencilla, fuera útil clínicamente y sobre todo, manejable y eficiente en el contexto de la práctica clínica. Denominaron al nuevo instrumento "COOP charts", obviamente por el nombre del grupo, y porque además la escala mostraba una serie de dibujos para ilustrar cada una de las posibles opciones de respuesta. Los estudios iniciales impulsados en 1986 confirmaron su validación de constructo y contenido, en cuanto a su confiabilidad es una prueba reproducible con consistencia interna. Basándose en estos resultados preliminares, el grupo investigador diseñó un total de nueve láminas: Cuatro focalizadas en las dimensiones específicas de funcionamiento: física, emocional, rol y función social. Tres referidas a la salud en general: salud global, cambio en la salud y dolor. La dimensión de dolor es opcional en caso de entidades con esta sintomatología. Dos concernían a la calidad de vida: calidad de vida y apoyo social. Cada lámina consta de un título, una cuestión referida al estado del paciente en las últimas cuatro semanas, y cinco posibles respuestas. Cada opción está ilustrada con un dibujo que representa un nivel de funcionamiento en una escala ordinal tipo Likert de cinco puntos. Las puntuaciones más altas expresan peores niveles de funcionamiento. Las láminas pueden administrarse por un profesional sanitario o ser autoadministradas.

(49)

Fueron evaluadas la fiabilidad, validez y viabilidad de las láminas, en una muestra combinada de unos 2000 pacientes, extraídos de cuatro centros médicos: 2 rurales y 2 urbanos. Todas las consultas eran de Atención Primaria. Los resultados muestran que los gráficos son fiables y válidos. La fiabilidad intraclase test-retest a las 4 semanas, evaluada por medio de correlación de Spearman para los pacientes ancianos fue de 0.78-0.98 y 0.73-0.98 para los pacientes de bajos ingresos. El coeficiente de correlación de Pearson entre las cartas y las medidas previamente validadas de función fue de 0.61, siendo las cartas capaces de detectar la asociación entre enfermedad y funcionamiento. Si bien en sentido estricto el cálculo del alfa de Cronbach para estimar la consistencia interna carece de sentido, dada la estructura unidimensional de cada una de los esquemas, sí podría ser relevante si pretendemos agregar las puntuaciones para tener un índice global. Bajo esta perspectiva se calculó el coeficiente de 0.73. El uso de las láminas descubre que el 89% de los pacientes les agrada las láminas y al 93% les gusta las ilustraciones; el 99% entiende perfectamente las cuestiones. Al menos 9 de cada 10 pacientes creen que las láminas proporcionan una información importante para sus médicos. (50)

En 1996, en el Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS, fue validado el Cuestionario COOP-Dartmouth para evaluar el estado funcional biopsicosocial en escolares y adolescentes con enfermedad crónica. Se obtuvo validez de apariencia, de contenido y de constructo. (51)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la calidad de vida en escolares y adolescentes con Epilepsia en el HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo?

JUSTIFICACIÓN

La epilepsia afecta todas las áreas en la vida del niño que la padece. Estudios previos señalan la importancia de factores que afectan la calidad de vida, como la duración de la enfermedad, edad del paciente, frecuencia de crisis y el tipo de éstas, entre otros. Hay pocos estudios al respecto en poblaciones latinoamericanas, en especial en México. Por ello es de suma importancia valorar la percepción de calidad de vida en escolares y adolescentes de nuestro entorno, así como identificar los factores que influyen en la misma.

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la calidad de vida en escolares y adolescentes con Epilepsia en el HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar la condición física, emocional, social y de salud de los pacientes pediátricos epilépticos.
- Analizar la relación entre el tipo de crisis epilépticas y la calidad de vida percibida por los pacientes en edad pediátrica con epilepsia.
- Valorar la relación entre el tipo de tratamiento para controlar la epilepsia y la calidad de vida en los escolares y adolescentes epilépticos.

HIPÓTESIS

Se coloca la hipótesis para fines académicos

HIPÓTESIS NULA

H⁰ Los escolares y adolescentes con Epilepsia no tienen buena calidad de vida.

HIPÓTESIS ALTERNA

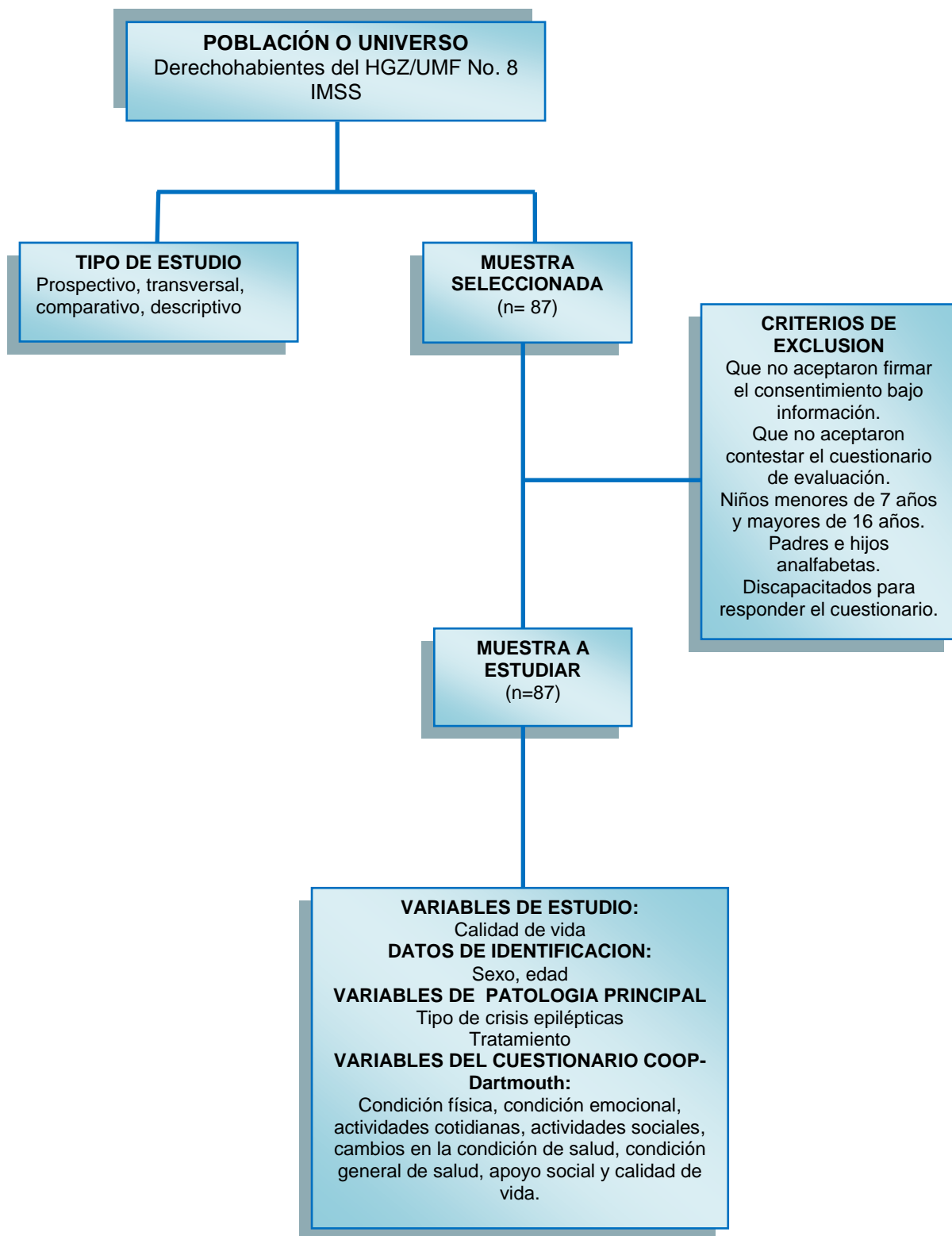
H¹ Los escolares y adolescentes con Epilepsia tienen buena calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN

- a) Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: PROSPECTIVO.
- b) Según el número de una misma variable ó el periodo y secuencia del estudio: TRANSVERSAL.
- c) Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: NO COMPARATIVO.
- d) Según el control del las variables o el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO.
- e) Según la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: OBSERVACIONAL

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO



ELABORÓ: DRA NOLASCO VEGA IVONNE ALICIA

POBLACIÓN Ó UNIVERSO

El estudio se realizó en escolares y adolescentes con epilepsia, derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, que cumplieron los criterios de inclusión.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN

Se efectuó en la consulta externa del servicio de neuropediatría, del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, ubicado en Avenida Rio Magdalena 289, colonia Tizapán San Ángel, delegación Álvaro Obregón. Del 1 de Marzo del 2012 al 31 de Diciembre del 2013.

TIPO DE MUESTRA

TAMAÑO DE MUESTRA

Tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de tipo probabilístico, con variable dicotómica para población finita necesaria será de 87 pacientes con intervalo de confianza del 99%, con una proporción esperada de 0.015 y con amplitud total del intervalo de confianza 0.10.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA: Donde se conoce el tamaño finito de la población.

N= Número total de individuos requeridos

n= Tamaño muestral

Z alfa = Valor correspondiente a la distribución de Gauss 2.58 para alfa= 0.05 y 2.58, para alfa=0.01

p =Prevalencia esperada del parámetro a evaluar

q= 1-p

l= Error que se prevé cometer

$$n = \frac{Z^2 (N) (p) (q)}{l^2 (N-1) + Z^2 (p)(q)}$$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Derechohabientes del IMSS
- Pacientes de 8 años a 15 años 11 meses
- Con diagnostico de Epilepsia mínimo un mes previo
- Que recibieron información y orientación acerca de su enfermedad
- Que firmaron consentimiento bajo información

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Que no aceptaron firmar el consentimiento bajo información
- Que no aceptaron contestar el cuestionario de evaluación
- Niños menores de 7 años y mayores de 16 años
- Padres e hijos analfabetas
- Discapacitados para responder el cuestionario

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Que respondieran incompletamente el instrumento de evaluación

VARIABLES

VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN

- Edad
- Rango de edad
- Sexo

VARIABLES DE PATOLOGIA

- Tipo de crisis epilépticas
- Tipo de tratamiento

VARIABLES DEL CUESTIONARIO

- Condición física
- Condición emocional
- Actividades cotidianas
- Actividades sociales
- Cambios en la condición de salud
- Condición general de salud
- Apoyo social
- Calidad de vida

VARIABLE INDEPENDIENTE

- Epilepsia

VARIABLE DEPENDIENTE

- Calidad de vida

DEFINICIÓN DE VARIABLES DE ESTUDIO

Epilepsia: Afección crónica y recurrente de crisis epilépticas, desencadenadas por descargas eléctricas anormales que tienen manifestaciones clínicas variadas de origen multifactorial, asociadas a trastornos paraclínicos (anormalidades electroencefalográficas) y que se presentan de manera no provocada.

Calidad de vida: Percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores, que él vive en relación a sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DE VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
SEXO	Característica fenotípica que diferencia hombre de mujer.	Cualitativa	Nominal	1= Femenino 2= Masculino
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual.	Cuantitativa	Continua	Números enteros
RANGO DE EDAD	Escolares: Tiempo transcurrido de los 6 a 11 años. Adolescentes: Tiempo transcurrido de los 12 a 18 años.	Cualitativa	Nominal	1= Escolares 2= Adolescentes

ELABORÓ: NOLASCO VEGA IVONNE ALICIA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DE LA PATOLOGÍA

NOMBRE DE VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
TIPO DE CRISIS EPILEPTICAS	Clasificación clínica y electroencefalográfica de la Liga Internacional Contra la Epilepsia 1981.	Cualitativa	Nominal	1= Parciales simples 2= Parciales complejas 3= Parciales secundariamente generalizadas 4= Generalizadas
TRATAMIENTO	Número de medicamentos que controlan las crisis epilépticas.	Cualitativa	Nominal	1= Sin medicamento 2= Monoterapia 3= Politerapia

ELABORÓ: NOLASCO VEGA IVONNE ALICIA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES CUESTIONARIO COOP-DARTMOUTH

NOMBRE DE VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
CONDICIÓN FÍSICA	Cualquier movimiento voluntario producido por la contracción del músculo esquelético, que tienen como resultado un gasto energético que se añade al metabolismo basal.	Cualitativa	Ordinal	1= Muy pesado 2= Pesado 3= Moderado 4= Leve 5= Muy leve
CONDICIÓN EMOCIONAL	Estado de ánimo que se produce por causas que lo impresionan, estas causas pueden ser alegres y felices o dolorosos o tristes. Surgen como resultado de una emoción que permite que el sujeto sea consciente de su estado de ánimo.	Cualitativa	Ordinal	1= No molesto 2= Ligeramente molesto 3= Moderadamente molesto 4= Bastante molesto 5= Excesivamente molesto
ACTIVIDADES COTIDIANAS	Son acciones que se realizan en base a ciertas actividades que podemos cambiar pero siempre van a tener el mismo fin o resultado.	Cualitativa	Ordinal	1= Sin dificultad 2= Poca dificultad 3= Moderada dificultad 4= Mucha dificultad 5= Sin realizarlas
ACTIVIDADES SOCIALES	Capacidad que tiene alguien para efectuar acciones, moverse, funcionar o actuar con un número indeterminado de personas que interactúan entre ellas para conseguir un objetivo común y diverso.	Cualitativa	Ordinal	1= Sin afectación 2= Afectado ligeramente 3= Afectado moderadamente 4= Afectado bastante 5= Afectado extremo
CAMBIOS EN LA CONDICIÓN	Cambios en el estado de completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de enfermedad.	Cualitativa	Ordinal	1= Mucho mejor 2= Poco mejor ahora 3= Casi igual 4= Poco mas mal ahora 5= Peor ahora
CONDICIÓN GENERAL	Estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad	Cualitativa	Ordinal	1= Excelente 2= Muy buena 3= Buena 4= Regular 5= Mala
APOYO SOCIAL	Totalidad de recursos provistos por otras personas	Cualitativa	Ordinal	1= Tanta ayuda 2= Suficiente ayuda 3= Alguien para ayudar 4= Poca ayuda 5= Nada de ayuda
CALIDAD DE VIDA	Percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores, que él vive en relación a sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones.	Cualitativa	Ordinal	1= Muy buena 2= Buena 3= Regular 4= Mala 5= Muy mal

ELABORÓ: NOLASCO VEGA IVONNE ALICIA

DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 20 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda), frecuencias, porcentajes y de dispersión (desviación estándar, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones. El tipo de muestra fue representativa y se calculó de acuerdo a la prevalencia de una población finita con intervalo de confianza (IC) del 99%. La muestra a estudiar fue de 87 pacientes.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

El cuestionario autoadministrable COOP-DARTMOUTH nos permitió evaluar el grado de calidad de vida percibido por el paciente pediátrico a través de 8 componentes:

1. Condición física
2. Condición emocional
3. Actividades cotidianas
4. Actividades sociales
5. Cambios en la condición de salud
6. Condición general de salud
7. Apoyo social
8. Calidad de vida

Existen 8 opciones ilustradas con un dibujo que representa un nivel de funcionamiento. A su vez, cada pregunta presenta 5 posibles respuestas enumeradas sobre una escala likert, del 1 a 5. Las puntuaciones más altas expresaron peores niveles de funcionamiento. Las láminas pudieron administrarse por un profesional sanitario o ser autoadministradas.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN

Se implementó el cuestionario COOP-DARTMOUTH a pacientes pediátricos derechohabientes del HGZ No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", que se encontraron en la sala de espera de la consulta externa del servicio de neuropediatría, en el turno matutino. Fue contestado voluntariamente, en forma individual, previa aceptación y autorización por parte del padre y/o tutor y el paciente. Se firmó hoja de consentimiento bajo información, garantizando la confidencialidad de sus respuestas y se giró instrucciones, tanto verbales como escritas, de cómo realizar los cuestionarios.

La hoja de recolección contuvo los datos de identificación y el cuestionario COOP-DARTMOUTH; este último tenía 8 reactivos, cada uno con 5 probables respuestas y un esquema ilustrativo como complemento de ayuda para la elección de la respuesta adecuada. Dando un tiempo máximo de 10 minutos para concluir con los cuestionarios. Si el paciente pediátrico tuvo duda sobre alguna pregunta, se le explico de acuerdo a las definiciones conceptuales de las variables. Dicha recolección se implementó de Marzo a Diciembre del 2012.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

Se explicó verbalmente y con instrucciones por escrito para evitar confusiones. Se realizó el cuestionario de manera individual para evitar que se comentaran las respuestas hacia los padres. Se aclaró las dudas de los pacientes pediátricos, con total apego a las definiciones conceptuales de las variables, utilizando sinónimos fáciles de entender cuando se requiriera, para no distorsionar el objetivo de la pregunta, como fue el caso de la percepción de "Calidad de vida". Posterior a la total comprensión de las preguntas por parte del escolar o adolescente, el investigador no habló con los participantes para evitar distracciones y no influir en las respuestas.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS E INVESTIGACIÓN MÉDICA
“HGZ/UMF No 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
“CALIDAD DE VIDA EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES CON EPILEPSIA EN EL HGZ/UMF No.
8 DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
2012-2014**

FECHA	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2013	2013-2014
TITULO	x											
ANTECEDENTES	x											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	x											
OBJETIVOS	x											
HIPÓTESIS	x											
PROPOSITOS	x											
DISEÑO METODOLÓGICO		x										
ANÁLISIS ESTADÍSTICO		x										
CONSIDERACIONES ÉTICAS		x										
RECURSOS		x										
BIBLIOGRAFÍA		x										
ASPECTOS GENERALES		x										
ACEPTACIÓN		x										
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO			x									
RECOLECCIÓN DE DATOS				x								
ALMACENAMIENTO DE DATOS				x								
ANÁLISIS DE DATOS					x							
DESCRIPCIÓN DE DATOS						x						
DISCUSIÓN DE DATOS							x					
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO								x				
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL									x			
REPORTE FINAL										x		
AUTORIZACIONES											x	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO											x	
PUBLICACIÓN												x

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Se contó para la realización de este protocolo de investigación con recursos humanos a base de un investigador y asesor quien dirigió esta investigación.

Dentro de los recursos materiales se utilizaron consentimiento bajo información y cuestionarios suficientes para la muestra, lápices y borradores. Para la recolección y el análisis de los resultados se contó con un equipo de cómputo HP con XP, memoria USB de 16 GB para almacenar la información datos y análisis de resultados como respaldo.

Como recursos físicos contamos con la unidad del servicio de neuropediatría, servicio de fotocopiado para reproducir el cuestionario y biblioteca de la misma. Los gastos de esta investigación corrieron por cuenta del investigador residente de Medicina Familiar Ivonne Alicia Nolasco Vega.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio no se contrapone con los lineamientos que en materia de investigación y cuestiones éticas se encuentran aceptados en las normas establecidas en la declaración de Helsinki (1964), por la 18va Asamblea Medica Mundial y la modificada en la 52va, en Edimburgo, Escocia en Octubre del 2000 y sus posteriores modificaciones, así como en la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos.

Reglamento de la Ley General de Salud, de los aspectos éticos de la investigación en seres Humanos.

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

El presente trabajo se clasifica como categoría uno, con base en el título segundo del artículo 17, que lo clasifica como investigación sin riesgo.

Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación ó en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación.

Artículo 21. Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación ó en su caso su representante legal, deberá recibir una explicación clara y completa de tal forma que pueda comprender, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- La justificación y los objetivos de la investigación.
- Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- Las molestias o los riesgos esperados.
- Los beneficios que puedan observarse.

- Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.

El consentimiento voluntario se encuentra en anexos.

RESULTADOS

- Se realizó el estudio a 87 pacientes adscritos al HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, encontrándose un predominio de pacientes del sexo masculino 50 (57.5%), sexo femenino 37 (42.5%). Ver tabla y gráfica 1
- La media de edad fue de 11.85 años, mediana 12 años, moda 13 años; donde el mayor porcentaje lo representaron los pacientes de 13 y 14 años con 19.9% respectivamente y el menor porcentaje lo representó la edad de 9 años con 4.6%.
- Al hablar de rango de edad 33 (37.9%) pacientes pertenecían al grupo de escolares y 54 (62.1%) al grupo de adolescentes. Ver tabla y gráfica 2
- En este estudio se encontró que 8 (9.2%) fueron crisis parciales simples, 4 (4.6%) pacientes se clasificó como crisis parciales complejas, 6 (6.9%) fueron crisis parciales secundariamente generalizadas y 69 (79.3%) pacientes se clasificaron como crisis generalizadas de acuerdo a la clasificación internacional de las crisis epilépticas de la Liga Internacional contra la Epilepsia de 1981. Ver tabla y gráfica 3
- Con respecto al tipo de tratamiento se encontró que 17 (19.5%) pacientes no tomaban anticonvulsivos debido al control de sus crisis por 2 años consecutivos, 57 (65.5%) pacientes tenían monoterapia y 13 (14.9%) pacientes tenían politerapia. Ver tabla y gráfica 4
- En el apartado de condición física se encontró que 52 (59.8%) pacientes realizaron actividad física muy pesada; 16 (18.4%) pesada; 14 (16.1%) moderada; 4 (4.6%) leve y 1 (1.1%) pacientes muy leve. Ver tabla y gráfica 5
- En el rubro de condición emocional se observó que 29 (33.3%) pacientes no manifestaron molestia; 38 (43.7%) manifestaron ligera molestia; 9 (10.3%) moderada molestia; 6 (6.9%) bastante molestia y 5 (5.7%) pacientes se sintieron excesivamente molestos. Ver tabla y gráfica 6
- En cuanto a actividades cotidianas 37 (42.5%) pacientes tuvieron poca dificultad para realizar sus actividades cotidianas; 33 (37.9%) no tuvieron dificultad; 8 (9.2%) mostraron moderada dificultad, 3 (3.4%) mucha dificultad y 6 (6.9%) pacientes no pudieron realizar ninguna actividad. Ver tabla y gráfica 7
- Respecto a actividades sociales 41 (47.1%) de los pacientes no tuvieron ninguna afectación para realizar sus actividades sociales; 27 (31%) se afectaron ligeramente; 15 (17.2%) afectaron moderadamente; 3 (3.4%) afectaron bastante y 1 (1.1%) se afectó en extremo. Ver tabla y gráfica 8
- En el apartado de cambios en la condición de salud 36 (41.4%) de los paciente se sintieron mucho mejor ahora; 22 (25.3%) un poco mejor ahora; 18 (20.7%) igual; 4 (4.6%) un poco más mal actualmente y 7 (8%) de los pacientes manifestaron sentirse peor actualmente. Ver tabla y gráfica 9

- En el rubro de condición general de salud el 31 (35.6%) de los pacientes tuvieron un estado excelente de salud; 19 (21.8%) muy buena salud; 22 (25.3%) buena salud; 13 (14.9%) regular estado de salud y 2 (2.3%) pacientes expresaron mal estado de salud. Ver tabla y gráfica 10
- De acuerdo al apoyo social el 34 (39.1%) de los pacientes recibieron tanta ayuda como lo necesitaron; 25 (28.7%) suficiente ayuda; 19 (21.8%) tuvieron alguna persona que les ayudara; 8 (9.2%) poca ayuda y 1 (1.1%) pacientes no tuvieron ayuda. Ver tabla y gráfica 11
- Respecto al rubro de calidad de vida 30 (34.5%) de los pacientes expresaron muy buena calidad de vida; 29 (33.3%) buena calidad de vida; 19 (21.8%) regular, 6 (6.9%) mala y 3 (3.4%) pacientes reportaron muy mala calidad de vida. Ver tabla y gráfica 12
- En el rubro de sexo y actividad física se observó que los pacientes del sexo masculino 34 (68%) tuvieron actividad física muy pesada, 7 (14%) pesada, 6 (12%) moderada y 3 (6%) pacientes expresaron leve actividad física. En pacientes del sexo femenino 18 (48.6%) realizaron actividad física muy pesada, 9 (24.3%) pesada, 8 (21.6%) moderada actividad física, 1 (2.7%) leve actividad física y 1 (2.7%) de las pacientes realizaron muy leve actividad física. Ver tabla y gráfica 13
- En esta investigación se encontró en el apartado de sexo y capacidad emocional 21 (42%) de los pacientes masculinos no expresaron sentirse molestos, 21 (42%) se sintieron ligeramente molestos, 3 (6%) moderadamente molestos, 3 (6%) bastante molestos y 2 (4%) pacientes se sintieron excesivamente molestos. En pacientes del sexo femenino 8 (21.6%) no expresaron sentirse molestas, 17 (45.9%) se sintieron ligeramente molestas, 6 (16.2%) moderadamente molestas, 3 (8.1%) bastante molestas y 3 (8.1%) pacientes se sintieron excesivamente molestas. Ver tabla y gráfica 14
- Respecto a sexo y actividades cotidianas 23 (46%) pacientes pediátricos con Epilepsia del sexo masculino manifestaron realizar sin dificultad sus actividades cotidianas, 19 (38%) tuvieron poca dificultad, 4 (8%) moderada dificultad, 1 (2%) mucha dificultad y 3 (6%) pacientes no realizaron actividades cotidianas. En pacientes femeninas 10 (27%) no tuvieron dificultad para realizar sus actividades cotidianas, 18 (48.6%) tuvieron poca dificultad, 4 (10.8%) moderada dificultad, 2 (5.4%) mucha dificultad y 3 (8.1%) pacientes no realizaron actividades cotidianas. Ver tabla y gráfica 15
- En cuanto a sexo y actividades sociales se encontró que en pacientes del sexo masculino 29 (58%) no tuvieron afectación en sus actividades sociales, 12 (24%) se vieron ligeramente afectadas, 7 (14%) moderadamente afectadas y en 2 (4%) pacientes se afectaron bastante. En pacientes femeninas pediátricas con Epilepsia 12 (32.4%) no tuvieron afectación en sus actividades sociales, 15 (40.5%) se vieron ligeramente afectadas, 8 (21.6%) moderadamente afectadas, 1 (2.7%) bastante afectadas y en 1 (2.7%) pacientes se afectaron en extremo las actividades sociales. Ver tabla y gráfica 16

- En el rubro de sexo y cambios en la condición de salud se observó que 25 (50%) pacientes del sexo masculino calificaron su condición de salud comparado con el de hace 4 semanas como mucho mejor ahora, 15 (30%) un poco mejor ahora, 6 (12%) casi igual, 2 (4%) un poco más mal ahora y 2 (4%) pacientes manifestaron estar peor ahora. En pacientes femeninas 11 (29.7%) calificaron su condición de salud mucho mejor ahora, 7 (18.9%) un poco mejor ahora, 12 (32.4%) casi igual, 2 (5.4%) un poco más mal ahora y 5 (13.5%) pacientes expresaron estar peor actualmente. Ver tabla y gráfica 17
- Referente al sexo y condición general de salud se encontró que pacientes del sexo masculino 24 (48%) calificaron su salud como excelente, 14 (28%) como muy buena, 6 (12%) buena, 5 (10%) regular y 1 (2%) de los pacientes la calificaron como mala. En pacientes del sexo femenino 7 (18.9%) calificaron como excelente su condición de salud, 5 (13.5%) muy buena, 16 (43.2%) buena, 8 (21.6%) regular y 1 (2.7%) pacientes expresaron tener mala condición de salud. Ver tabla y gráfica 18
- En el apartado de sexo y apoyo social se destaco que 22 (44%) pacientes del sexo masculino recibieron tanta ayuda como fue necesaria, 19 (38%) recibieron suficiente ayuda, 7 (14%) alguien los apoyaba y 2 (4%) pacientes recibieron poca ayuda. Pacientes de sexo femenino 12 (32.4%) expresaron recibir tanta ayuda como fue necesaria, 6 (16.2%) percibieron suficiente apoyo, 12 (32.4%) alguien las ayudaba, 6 (16.2%) poca ayuda y 1 (2.7%) pacientes no recibieron apoyo. Ver tabla y gráfica 19
- Respecto a sexo y calidad de vida se encontró que 20 (40%) pacientes del sexo masculino reportaron que su calidad de vida era muy buena, 21 (42%) buena, 5 (10%) regular, 3 (6%) mala y 1 (2%) pacientes manifestaron mala calidad de vida. En cuanto al sexo femenino 10 (27%) expresaron que su calidad de vida era muy buena, 8 (21.6%) buena, 14 (37.8%) regular, 3 (8.1%) mala y 2 (5.4%) pacientes afirmaron tener muy mala calidad de vida. Ver tabla y gráfica 20
- En el rubro de rango de edad y actividad física se observó que pacientes escolares con Epilepsia 24 (72.7%) tuvieron actividad física muy pesada, 4 (12.1%) pesada y 5 (15.2%) pacientes expresaron moderada actividad física. En pacientes adolescentes 28 (51.9%) realizaron actividad física muy pesada, 12 (22.2%) pesada, 9 (16.7%) moderada, 4 (7.4%) leve y 1 (1.9%) de las pacientes realizaron muy leve actividad física. Ver tabla y gráfica 21
- Referente al apartado de rango de edad y capacidad emocional 16 (48.5%) de los pacientes escolares no expresaron sentirse molestos, 12 (36.4%) se sintieron ligeramente molestos, 4 (12.1%) moderadamente molestos y 1 (3%) pacientes se sintieron bastante molestos. En pacientes adolescentes 13 (24.1%) no expresaron sentirse molestos, 26 (48.1%) se sintieron ligeramente molestos, 5 (9.3%) moderadamente molestos, 5 (9.3%) bastante molestos y 5 (9.3%) pacientes se sintieron excesivamente molestos. Ver tabla y gráfica 22

- Respecto a rango de edad y actividades cotidianas 18 (54.5%) pacientes escolares manifestaron realizar sin dificultad sus actividades cotidianas, 11 (33.3%) tuvieron poca dificultad, 3 (9.1%) moderada dificultad y 1 (3%) pacientes expresaron mucha dificultad para realizar actividades cotidianas. En pacientes adolescentes 15 (27.8%) no tuvieron dificultad para realizar sus actividades cotidianas, 26 (48.1%) tuvieron poca dificultad, 5 (9.3%) moderada dificultad, 2 (3.7%) mucha dificultad y 6 (11.1%) pacientes no realizaron actividades cotidianas.
Ver tabla y gráfica 23

- En cuanto a rango de edad y actividades sociales se encontró que en pacientes escolares 23 (69.7%) no tuvieron afectación en sus actividades sociales, 7 (21.2%) se vieron ligeramente afectadas, 1 (3%) moderadamente afectadas y en 2 (6.1%) pacientes se afectaron bastante. En adolescentes con Epilepsia 16 (29.6%) no tuvieron afectación en sus actividades sociales, 14 (25.9%) se vieron ligeramente afectadas, 15 (27.8%) moderadamente afectadas, 2 (3.7%) bastante afectadas y en 7 (13%) pacientes se afectaron en extremo las actividades sociales.
Ver tabla y gráfica 24

- En el rubro de rango de edad y cambios en la condición de salud se observó que 20 (60.6%) escolares calificaron su condición de salud comparado con el de hace 4 semanas como mucho mejor ahora, 8 (24.2%) un poco mejor ahora, 3 (9.1%) casi igual y 2 (6.1%) pacientes manifestaron sentirse un poco más mal actualmente. En pacientes adolescentes 16 (29.6%) calificaron su condición de salud como mucho mejor ahora, 14 (25.9%) un poco mejor ahora, 15 (27.8%) casi igual, 2 (3.7%) un poco más mal ahora y 7 (13%) pacientes expresaron estar peor actualmente.
Ver tabla y gráfica 25

- Referente a rango de edad y condición general de salud se encontró que pacientes escolares 19 (57.6%) calificaron su salud como excelente, 7 (21.2%) como muy buena, 6 (18.2%) buena y 1 (3%) pacientes la calificaron como regular. En adolescentes 12 (22.2%) calificaron como excelente su condición de salud, 12 (22.2%) muy buena, 16 (29.6%) buena, 12 (22.2%) regular y 2 (3.7%) pacientes expresaron tener mala condición de salud.
Ver tabla y gráfica 26

- En el apartado de rango de edad y apoyo social se destacó que 15 (45.5%) pacientes escolares recibieron tanta ayuda como fue necesaria, 13 (39.4%) recibieron suficiente ayuda, 4 (12.1%) alguien los apoyaba y 1 (3%) pacientes recibieron poca ayuda. En pacientes adolescentes 19 (35.2%) expresaron recibir tanta ayuda como fue necesaria, 12 (22.2%) percibieron suficiente apoyo, 15 (27.8%) alguien los ayudaba, 7 (13%) poca ayuda y 1 (1.9%) pacientes no recibieron apoyo.
Ver tabla y gráfica 27

- Respecto a rango de edad y calidad de vida se encontró que 15 (45.5%) pacientes escolares reportaron que su calidad de vida era muy buena, 13 (39.4%) buena, 3 (9.1%) regular, 1 (3%) mala y 1 (3%) pacientes manifestaron mala calidad de vida. En cuanto al grupo de adolescentes 15 (27.8%) expresaron que su calidad de vida era muy buena, 16 (29.6%) buena, 16 (29.6%) regular, 5 (9.3%) mala y 2 (3.7%) pacientes afirmaron tener muy mala calidad de vida.
Ver tabla y gráfica 28

- En el rubro de tipo de crisis epilépticas y actividad física se observó que los pacientes con crisis parciales simples 5 (62.5%) tuvieron actividad física muy pesada, 1 (12.5%) pesada y 2 (25%) pacientes expresaron moderada actividad física. En pacientes con crisis parciales complejas 3 (75%) realizaron actividad física muy pesada y 1 (25%) pacientes realizaron actividad física pesada. Pacientes con crisis parciales secundariamente generalizadas 5 (83.3%) realizaron actividad física muy pesada y 1 (16.7%) efectuaron actividad física pesada. En pacientes con crisis generalizadas 39 (56.5%) hicieron actividad física muy pesada, 13 (18.8%) pesada, 12 (17.4%) moderada, 4 (5.8%) leve y 1 (1.4%) pacientes expresaron realizar actividad física muy leve. Ver tabla y gráfica 29

- En este estudio se encontró en el apartado de tipo de crisis epilépticas y capacidad emocional 2 (25%) de los pacientes con crisis parciales simples no expresaron sentirse molestos, 4 (50%) ligeramente molestos y 2 (25%) pacientes se sintieron moderadamente molestos. En pacientes con crisis parciales complejas 3 (75%) no expresaron sentirse molestos y 1 (25%) pacientes se sintieron moderadamente molestos. Pacientes con crisis parciales secundariamente generalizadas 2 (33.3%) no manifestaron sentirse molestos, 1 (16.7%) ligeramente molestos, 2 (33.3%) moderadamente molestos y 1 (16.7%) pacientes expresaron bastante molestia. En pacientes con crisis generalizadas 22 (31.9%) refirieron no sentirse molestos, 33 (47.8%) ligeramente molestos, 4 (5.8%) moderadamente molestos, 5 (7.2%) bastante molestos y 5 (7.2%) pacientes calificaron estar excesivamente molestos. Ver tabla y gráfica 30

- Respecto a tipo de crisis epilépticas y actividades cotidianas 5 (62.5%) pacientes con crisis parciales simples manifestaron realizar sin dificultad sus actividades cotidianas, 2 (25%) tuvieron poca dificultad y 1 (12.5%) pacientes tuvieron moderada dificultad. En pacientes con crisis parciales complejas 3 (75%) no tuvieron dificultad y 1 (25%) pacientes tuvieron moderada dificultad. Pacientes con crisis parciales secundariamente generalizadas 2 (33.3%) no tuvieron dificultad, 1 (16.7%) ligera dificultad, 1 (16.7%) mucha dificultad y 2 (33.3%) pacientes no realizaron sus actividades cotidianas. Paciente con crisis generalizadas 23 (33.3%) no tuvieron dificultad, 34 (49.3%) ligera dificultad, 6 (8.7%) moderada dificultad, 2 (2.9%) mucha dificultad y 4 (5.8%) pacientes no realizaron sus actividades cotidianas. Ver tabla y gráfica 31

- En cuanto a tipo de crisis epilépticas y actividades sociales se encontró que pacientes con crisis parciales simples 5 (62.5%) no tuvieron afectación en sus actividades sociales y 3 (37.5%) pacientes reportaron estar ligeramente afectadas. Pacientes con crisis parciales complejas 3 (75%) no tuvieron afectación y 1 (25%) pacientes expresaron estar bastante afectadas. Pacientes con crisis parciales secundariamente generalizadas 2 (33.3%) no tuvieron afectación, 2 (33.3%) ligeramente, 1 (16.7%) moderada y en 1 (16.7%) pacientes se afectaron bastante. Pacientes con crisis generalizadas 31 (44.9%) no se afectaron sus actividades sociales, 22 (31.9%) se afectaron ligeramente, 14 (20.3%) moderadamente, 1 (1.4%) bastante y 1 (1.4%) se afectaron en extremo las actividades sociales. Ver tabla y gráfica 32

- En el rubro de tipo de crisis epilépticas y cambios en la condición de salud se observó que 6 (75%) pacientes con crisis parciales simples calificaron su condición de salud comparado con el de hace 4 semanas como mucho mejor ahora y 2 (30%) pacientes manifestaron sentirse un poco mejor ahora. En crisis parciales complejas 3 (75%) pacientes calificaron su condición de salud mucho mejor ahora y 1 (25%) pacientes expresaron estar un poco más mal ahora. En pacientes con crisis parciales secundariamente generalizadas 1 (16.7%) pacientes se sintieron mucho mejor ahora; 2 (33.3%) un poco mejor ahora, 2 (33.3%) igual y 1 (16.7%) se sintieron un poco más mal actualmente. Ver tabla y gráfica 33

- Referente a crisis epilépticas y condición general de salud se encontró que pacientes con crisis parciales simples 4 (50%) calificaron su estado de salud como excelente, y 4 (50%) pacientes como muy buena. Pacientes con crisis parciales complejas 3 (75%) calificaron como excelente su condición de salud y 1 (25%) pacientes como buena. En pacientes con crisis parciales secundariamente generalizadas 3 (50%) calificaron como excelente su condición de salud, 2 (33.3%) muy buena y 1 (16.7%) pacientes expresaron regular estado de salud. Pacientes con crisis generalizadas 21 (30.4%) manifestaron excelente condición de salud, 13 (18.8%) muy buena, 21 (30.4%) buena, 12 (17.4%) regular y 2 (2.9%) pacientes expresaron tener mala condición de salud. Ver tabla y gráfica 34

- En el apartado de crisis epilépticas y apoyo social se destacó que 3 (37.5%) pacientes con crisis parciales simples recibieron tanta ayuda como fue necesaria, 4 (50%) recibieron suficiente ayuda y 1 (12.5%) pacientes alguien los apoyaba. Pacientes con crisis parciales complejas 3 (75%) expresaron recibir tanta ayuda como fue necesaria y 1 (25%) pacientes alguien los ayudaba. En pacientes con crisis parciales secundariamente generalizadas 2 (33.3%) expresaron recibir tanta ayuda como fue necesaria, 3 (50%) percibieron suficiente apoyo y 1 (16.7%) pacientes recibieron poca ayuda. Pacientes con crisis generalizadas 26 (37.7%) expresaron recibir tanta ayuda como fue necesaria, 18 (26.1%) suficiente apoyo, 17 (24.6%) alguien los ayudaba, 7 (10.1%) poca ayuda y 1 (1.4%) pacientes no recibieron apoyo. Ver tabla y gráfica 35

- Respecto a crisis epilépticas y calidad de vida se encontró que 5 (62.5%) pacientes con crisis parciales simples reportaron que su calidad de vida era muy buena, 2 (25%) buena y 1 (12.5%) pacientes manifestaron regular calidad de vida. Pacientes con crisis parciales complejas 3 (75%) expresaron que su calidad de vida era muy buena y 1 (25%) pacientes afirmaron tener mala calidad de vida. En pacientes con crisis secundariamente generalizadas 2 (33.3%) expresaron que su calidad de vida era muy buena, 1 (16.7%) buena, 1 (16.7%) regular, 1 (16.7%) mala y 1 (16.7%) pacientes afirmaron tener muy mala calidad de vida. Pacientes con crisis generalizadas 20 (29%) expresaron que su calidad de vida era muy buena, 26 (37.7%) buena, 17 (24.6%) regular, 4 (5.8%) mala y 2 (2.9%) pacientes afirmaron tener muy mala calidad de vida. Ver tabla y gráfica 36

- En el rubro de tratamiento y actividad física se observó que los pacientes sin medicamento 9 (52.9%) tuvieron actividad física muy pesada, 4 (23.5%) pesada, 3 (17.6%) moderada y 1 (5.9%) pacientes expresaron leve actividad física. En pacientes con monoterapia 38 (66.7%) realizaron actividad física muy pesada, 9 (15.8%) pesada, 9 (15.8%) moderada y 1 (1.8%) de los pacientes realizaron muy leve actividad física. Pacientes con politerapia 5 (38.5%) realizaron actividad física muy pesada, 3 (23.1%) pesada, 2 (15.4%) moderada y 3 (23.1%) pacientes realizaron leve actividad física. Ver tabla y gráfica 37

- En este estudio se encontró en el apartado de tratamiento y capacidad emocional 7 (41.2%) de pacientes sin medicamento no expresaron sentirse molestos, 8 (47.1%) se sintieron ligeramente molestos y 2 (11.8%) pacientes se sintieron moderadamente molestos. En pacientes con monoterapia 21 (36.8%) no expresaron sentirse molestos, 27 (47.4%) se sintieron ligeramente molestos, 6 (10.5%) moderadamente molestos y 3 (5.3%) pacientes se sintieron excesivamente molestos. Pacientes con politerapia 1 (7.7%) no expresaron sentirse molestos, 3 (23.1%) se sintieron ligeramente molestos, 1 (7.7%) moderadamente molestos, 6 (46.2%) bastante molestos y 2 (15.4%) pacientes se sintieron excesivamente molestos. Ver tabla y gráfica 38

- Respecto a tratamiento y actividades cotidianas 11 (64.7%) pacientes sin medicamentos realizaron sin dificultad sus actividades cotidianas, 5 (29.4%) tuvieron poca dificultad y 1 (5.9%) pacientes manifestaron moderada dificultad. En pacientes con monoterapia 20 (35.1%) no tuvieron dificultad para realizar sus actividades cotidianas, 25 (43.9%) tuvieron poca dificultad, 6 (10.5%) moderada dificultad y 6 (10.5%) pacientes no realizaron actividades cotidianas. En pacientes con politerapia 2 (15.4%) realizaron sin dificultad sus actividades cotidianas, 7 (53.8%) tuvieron poca dificultad, 1 (7.7%) moderada dificultad y 3 (23.1%) pacientes presentaron mucha dificultad para realizar actividades cotidianas. Ver tabla y gráfica 39

- En cuanto a tratamiento y actividades sociales se encontró que pacientes sin medicamento 9 (52.9%) no tuvieron afectación en sus actividades sociales, 6 (35.3%) se vieron ligeramente afectadas y 2 (11.8%) pacientes se afectaron moderadamente. En pacientes con monoterapia 28 (49.1%) no tuvieron afectación en sus actividades sociales, 18 (31.6%) ligeramente afectadas, 9 (15.8%) moderadamente afectadas y 2 (3.5%) pacientes se afectaron bastante. Pacientes con politerapia 4 (30.8%) no tuvieron afectación en sus actividades sociales, 3 (23.1%) se vieron ligeramente afectadas, 4 (30.8%) moderadamente afectadas, 1 (7.7%) bastante afectadas y 1 (7.7%) pacientes se afectaron en extremo las actividades sociales. Ver tabla y gráfica 40

- En el rubro de tratamiento y cambios en la condición de salud se observó que 10 (58.8%) pacientes sin medicamento calificaron su condición de salud comparado con el de hace 4 semanas como mucho mejor ahora, 4 (23.5%) un poco mejor ahora, 2 (11.8%) casi igual y 1 (5.9%) pacientes manifestaron estar peor ahora. En pacientes con monoterapia 23 (40.4%) calificaron su condición de salud mucho mejor ahora, 14 (24.6%) un poco mejor ahora, 15 (26.3%) casi igual, 1 (1.8%) un poco más mal ahora y 4 (7%) pacientes expresaron estar peor actualmente. En pacientes con politerapia 3 (23.1%) calificaron su condición de salud mucho mejor ahora, 4 (30.8%) un poco mejor ahora, 1 (7.7%) casi igual, 3 (23.1%) un poco más mal ahora y 2 (15.4%) pacientes expresaron estar peor actualmente. Ver tabla y gráfica 41

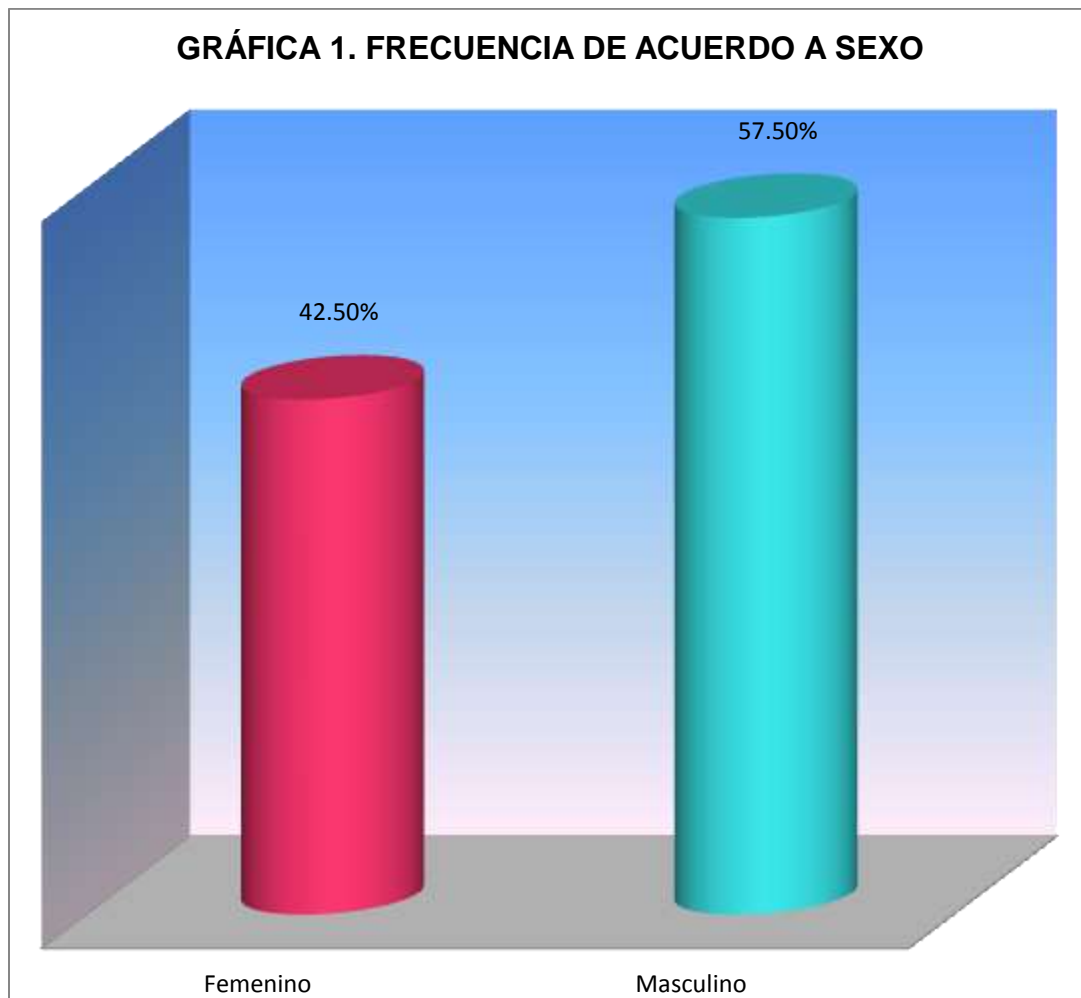
- Referente al sexo y condición general de salud se encontró que pacientes sin medicamento 6 (35.3%) calificaron su salud como excelente, 6 (35.3%) como muy buena, 4 (23.5%) buena y 1 (5.9%) pacientes la calificaron como regular. En pacientes con monoterapia 21 (36.8%) calificaron como excelente su condición de salud, 10 (17.5%) muy buena, 16 (28.1%) buena, 9 (15.8%) regular y 1 (1.8%) pacientes expresaron tener mala condición de salud. En pacientes con politerapia 4 (30.8%) calificaron como excelente su condición de salud, 3 (23.1%) muy buena, 2 (15.4%) buena, 3 (23.1%) regular y 1 (7.7%) pacientes expresaron tener mala condición de salud. Ver tabla y gráfica 42

- En el apartado de tratamiento y apoyo social se destacó que 8 (47.1%) pacientes sin anticonvulsivantes recibieron tanta ayuda como fue necesaria, 4 (23.5%) recibieron suficiente ayuda y 5 (29.4%) pacientes alguien los apoyaba. Pacientes con monoterapia 25 (43.9%) expresaron recibir tanta ayuda como fue necesaria, 16 (28.1%) percibieron suficiente apoyo, 12 (21.1%) alguien los ayudaba y 4 (7%) pacientes recibieron poca ayuda. Pacientes con politerapia 1 (7.7%) expresaron recibir tanta ayuda como fue necesaria, 5 (38.5%) suficiente apoyo, 2 (15.4%) alguien los ayudaba, 4 (30.8%) poca ayuda y 1 (7.7%) pacientes no recibieron ayuda. Ver tabla y gráfica 43

Respecto a tratamiento y calidad de vida se encontró que 8 (47.1%) pacientes que no tomaban anticonvulsivantes reportaron que su calidad de vida era muy buena, 4 (23.5%) buena y 5 (29.4%) pacientes manifestaron regular calidad de vida. En cuanto a pacientes con monoterapia 19 (33.3%) expresaron que su calidad de vida era muy buena, 20 (35.1%) buena, 14 (24.6%) regular, 3 (5.3%) mala y 1 (1.8%) pacientes afirmaron tener muy mala calidad de vida. En pacientes con politerapia 3 (23.1%) expresaron que su calidad de vida era muy buena, 5 (38.5%) buena, 3 (23.1%) mala y 2 (15.4%) pacientes afirmaron tener muy mala calidad de vida. Ver tabla y gráfica 44

TABLA 1. FRECUENCIA DE ACUERDO A SEXO

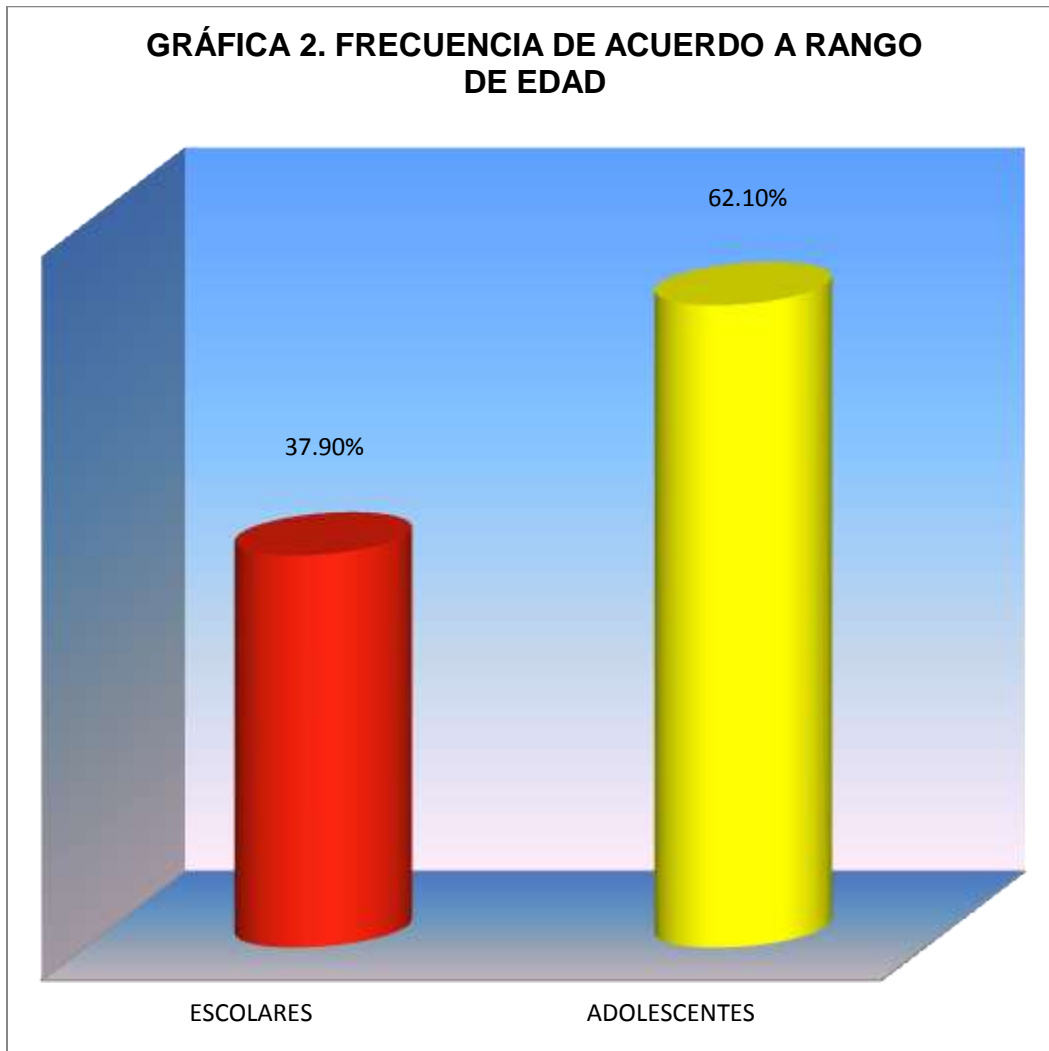
SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
FEMENINO	37	42.5
MASCULINO	50	57.5
TOTAL	87	100.0



CUADRO 1. FRECUENCIA DE ACUERDO A SEXO

TABLA 2. FRECUENCIA DE ACUERDO A RANGO DE EDAD

RANGO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
ESCOLARES	33	37.9
ADOLESCENTES	54	62.1
TOTAL	87	100.0



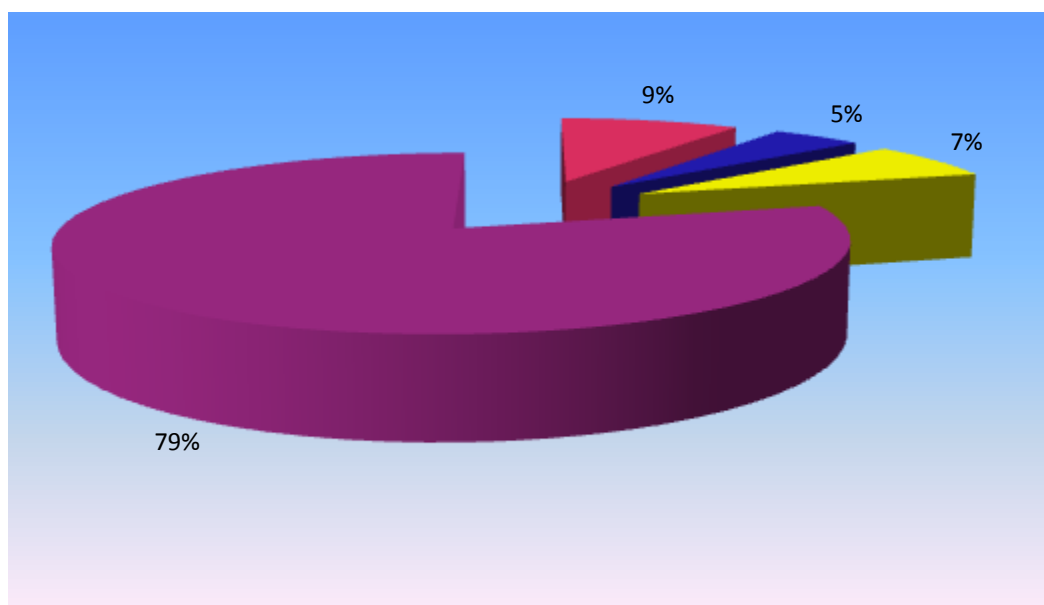
CUADRO 2. FRECUENCIA DE ACUERDO A RANGO DE EDAD

TABLA 3. FRECUENCIA DE ACUERDO A CRISIS EPILÉPTICAS

CRISIS EPILÉPTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
PARCIALES SIMPLES	8	9.2
PARCIALES COMPLEJAS	4	4.6
PARCIALES SECUNDARIAMENTE GENERALIZADAS	6	6.9
GENERALIZADAS	69	79.3
TOTAL	87	100.0

TABLA 3. FRECUENCIA DE ACUERDO A CRISIS EPILÉPTICAS

- PARCIALES SIMPLES
- PARCIALES COMPLEJAS
- PARCIALES SECUNDARIAMENTE GENERALIZADAS
- GENERALIZADAS



CUADRO 3. FRECUENCIA DE ACUERDO A CRISIS EPILÉPTICAS

TABLA 4. FRECUENCIA DE ACUERDO A TRATAMIENTO

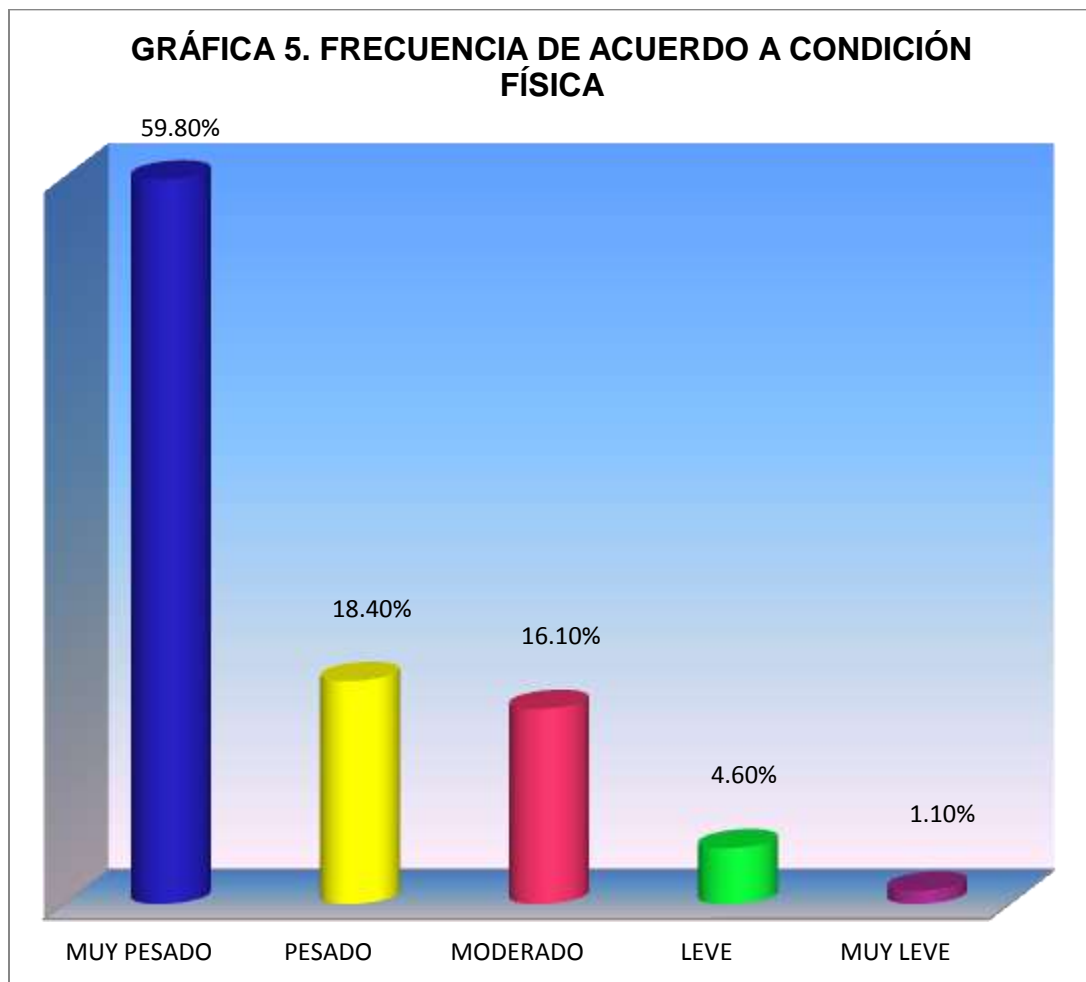
TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SIN MEDICAMENTO	17	19.5
MONOTERAPIA	57	65.5
POLITERAPIA	13	14.9
TOTAL	87	100.0



CUADRO 4. FRECUENCIA DE ACUERDO A TRATAMIENTO

TABLA 5. FRECUENCIA DE ACUERDO A CONDICIÓN FÍSICA

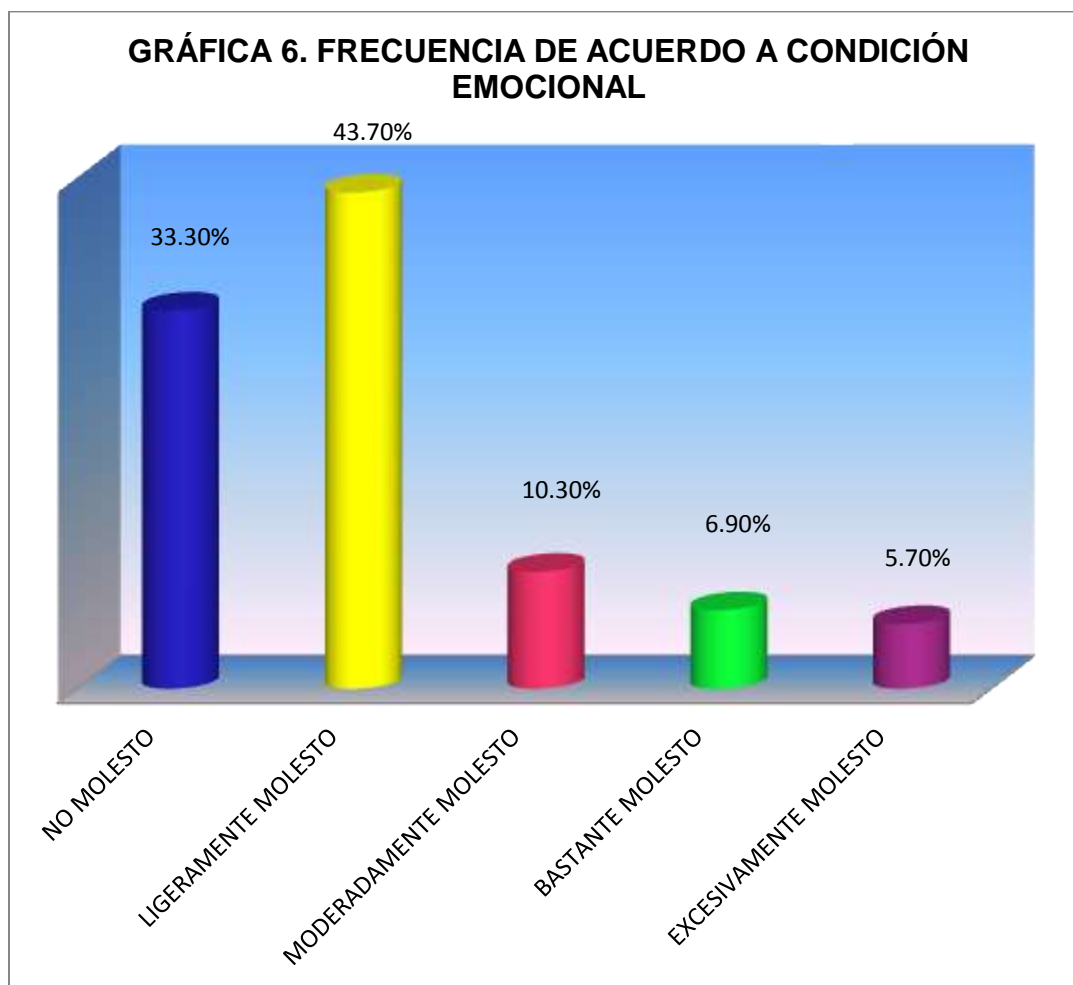
CONDICIÓN FÍSICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
MUY PESADO	52	59.8
PESADO	16	18.4
MODERADO	14	16.1
LEVE	4	4.6
MUY LEVE	1	1.1
TOTAL	87	100.0



CUADRO 5. FRECUENCIA DE ACUERDO A CONDICIÓN FÍSICA

TABLA 6. FRECUENCIA DE ACUERDO A CONDICIÓN EMOCIONAL

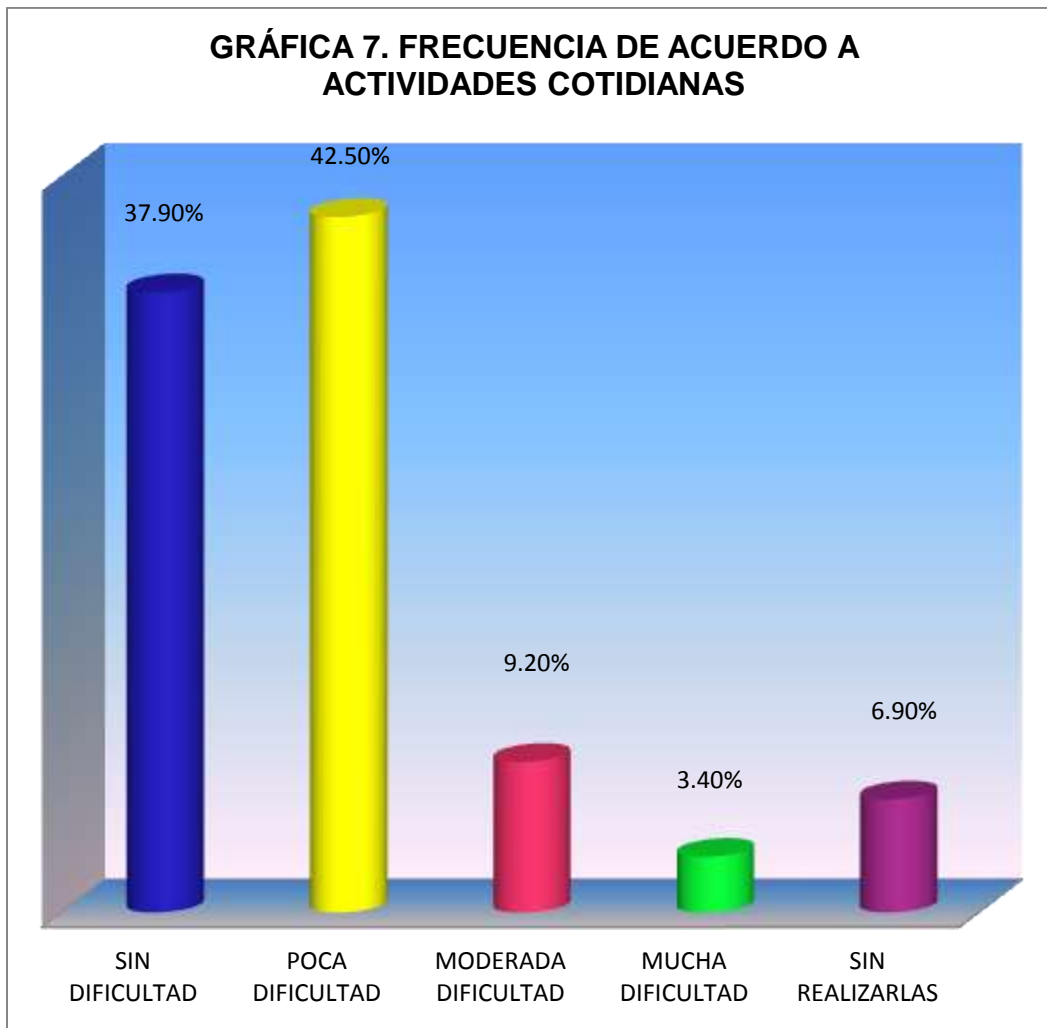
CONDICIÓN EMOCIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
NO MOLESTO	29	33.3
LIGERAMENTE MOLESTO	38	43.7
MODERADAMENTE MOLESTO	9	10.3
BASTANTE MOLESTO	6	6.9
EXCESIVAMENTE MOLESTO	5	5.7
TOTAL	100	100.0



CUADRO 6. FRECUENCIA DE ACUERDO A CONDICIÓN EMOCIONAL

TABLA 7. FRECUENCIA DE ACUERDO A ACTIVIDADES COTIDIANAS

ACTIVIDADES COTIDIANAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SIN DIFICULTAD	33	37.9
POCA DIFICULTAD	37	42.5
MODERADA DIFICULTAD	8	9.2
MUCHA DIFICULTAD	3	3.4
SIN REALIZARLAS	6	6.9
TOTAL	87	100.0



CUADRO 7. FRECUENCIA DE ACUERDO A ACTIVIDADES COTIDIANAS

CUADRO 8. FRECUENCIA DE ACUERDO A ACTIVIDADES SOCIALES

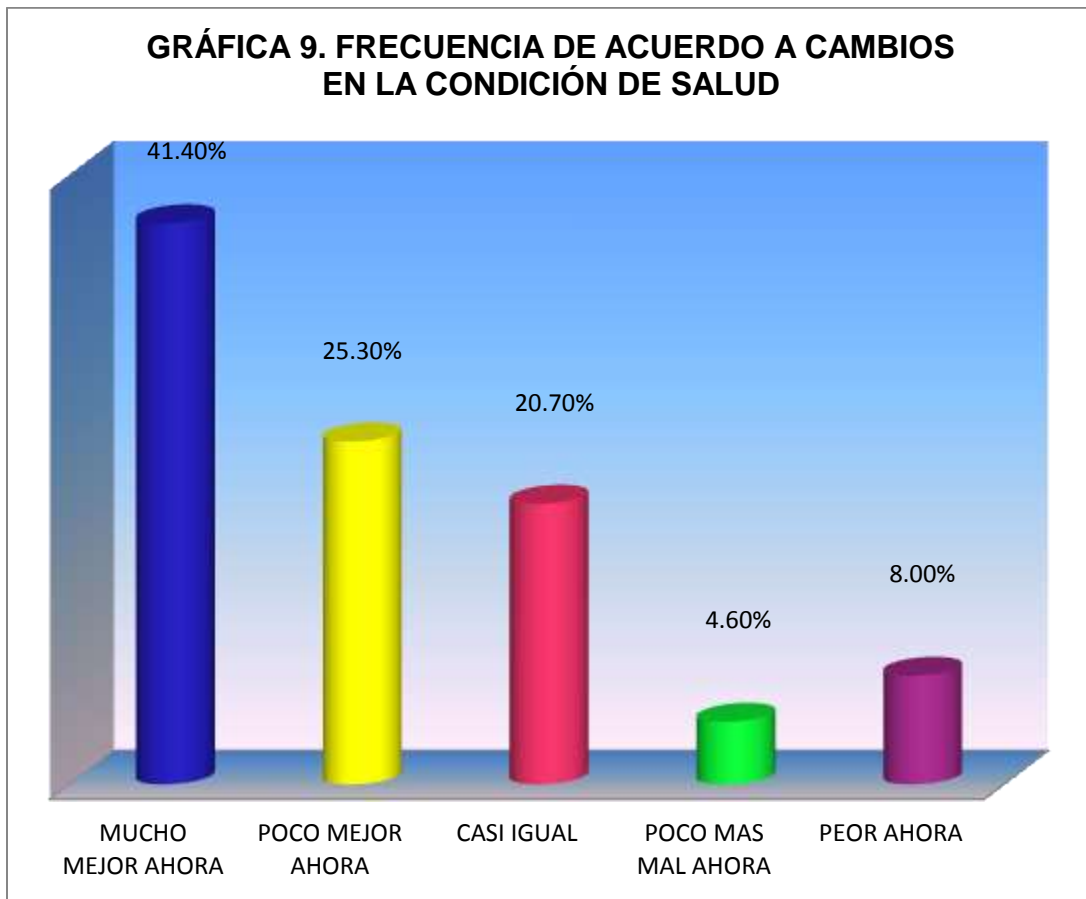
ACTIVIDADES SOCIALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SIN AFECTACIÓN	41	47.1
AFECTADO LIGERAMENTE	27	31.0
AFECTADO MODERADAMENTE	15	17.2
AFECTADO BASTANTE	3	3.4
AFECTADO EN EXTREMO	1	1.1
TOTAL	87	100.0



CUADRO 8. FRECUENCIA DE ACUERDO A ACTIVIDADES SOCIALES

CUADRO 9. FRECUENCIA DE ACUERDO A CAMBIOS EN LA CONDICIÓN DE SALUD

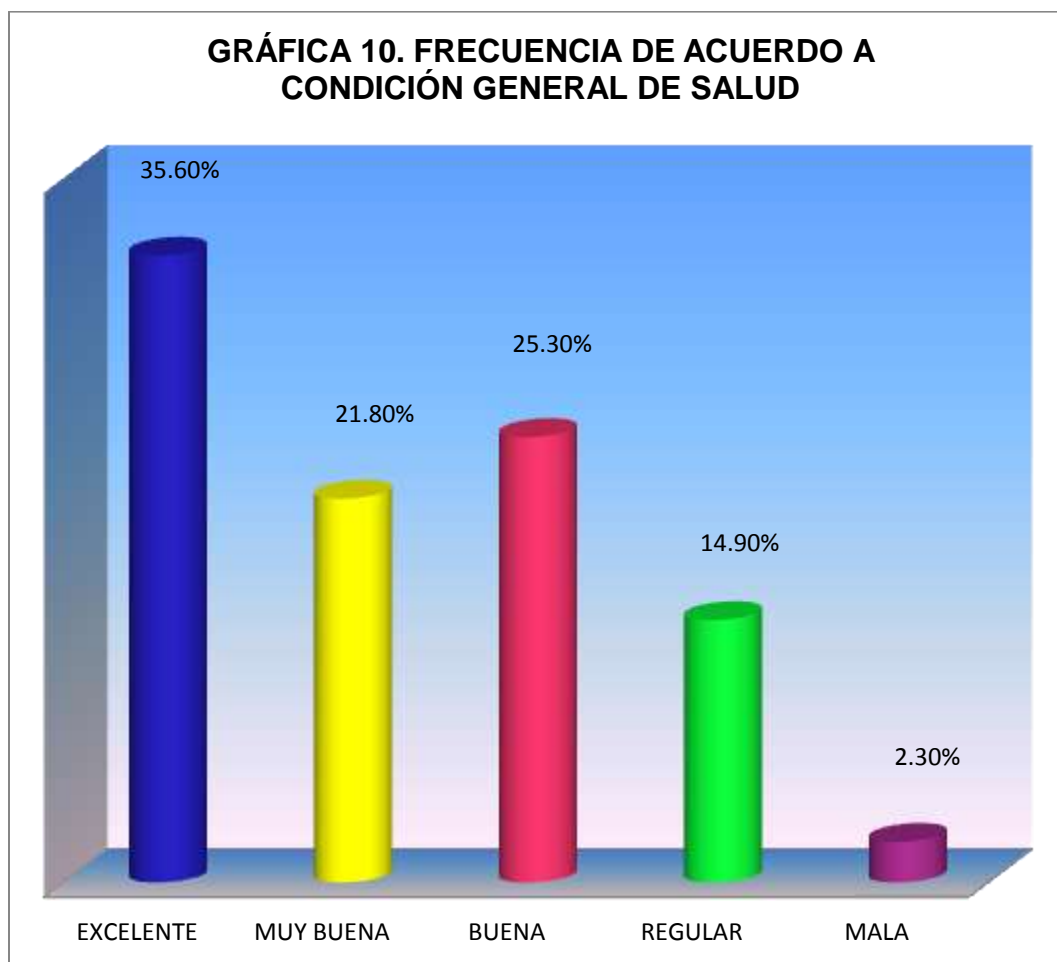
CAMBIOS EN LA CONDICIÓN DE SALUD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
MUCHO MEJOR AHORA	36	41.4
POCO MEJOR AHORA	22	25.3
CASI IGUAL	18	20.7
POCO MÁS MAL AHORA	4	4.6
PEOR AHORA	7	8.0
TOTAL	87	100.0



CUADRO 9. FRECUENCIA DE ACUERDO A CAMBIOS EN LA CONDICIÓN DE SALUD

TABLA 10. FRECUENCIA DE ACUERDO A CONDICIÓN GENERAL DE SALUD

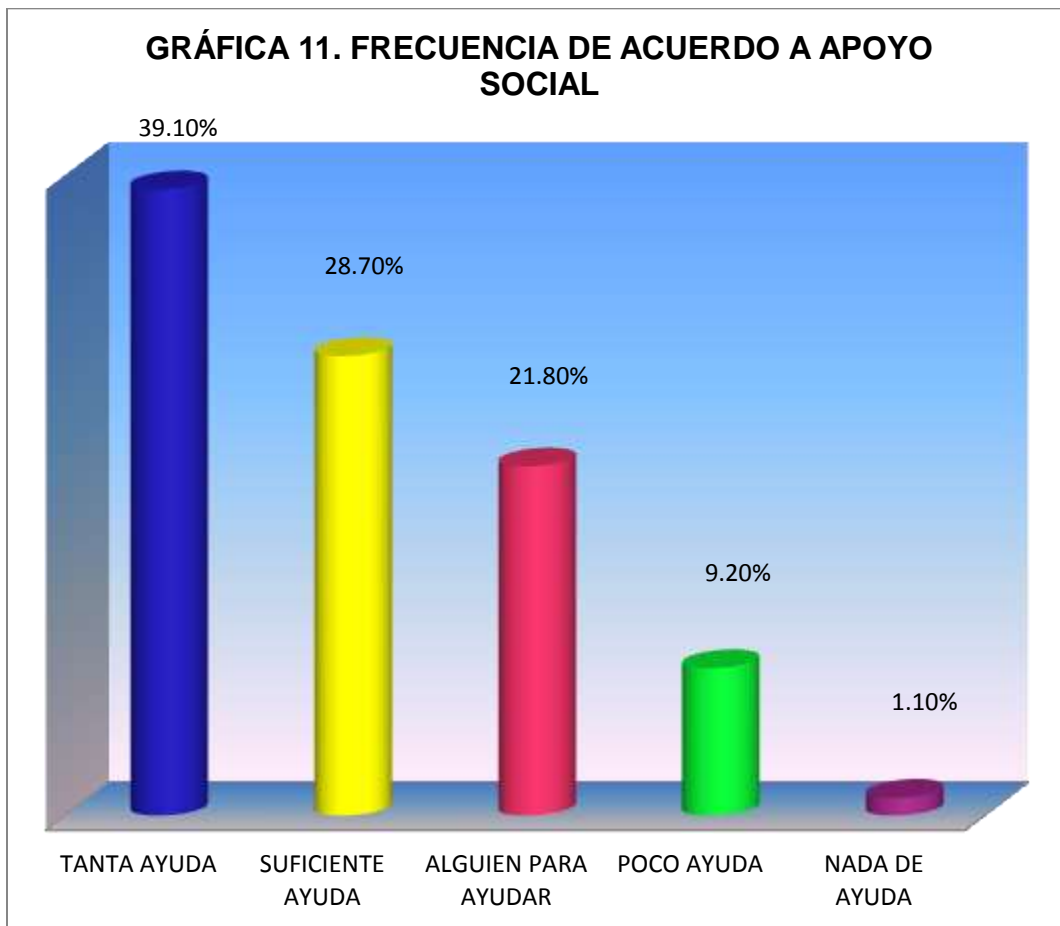
CONDICIÓN GENERAL DE SALUD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
EXCELENTE	31	35.6
MUY BUENA	19	21.8
BUENA	22	25.3
REGULAR	13	14.9
MALA	2	2.3
TOTAL	87	100.0



CUADRO 10. FRECUENCIA DE ACUERDO A CONDICIÓN GENERAL DE SALUD

TABLA 11. FRECUENCIA DE ACUERDO A APOYO SOCIAL

APOYO SOCIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
TANTA AYUDA	34	39.1
SUFICIENTE AYUDA	25	28.7
ALGUIEN PARA AYUDAR	19	21.8
POCA AYUDA	8	9.2
NADA DE AYUDA	1	1.1
TOTAL	87	100.0



CUADRO 11. FRECUENCIA DE ACUERDO A APOYO SOCIAL

TABLA 12. FRECUENCIA DE ACUERDO A CALIDAD DE VIDA

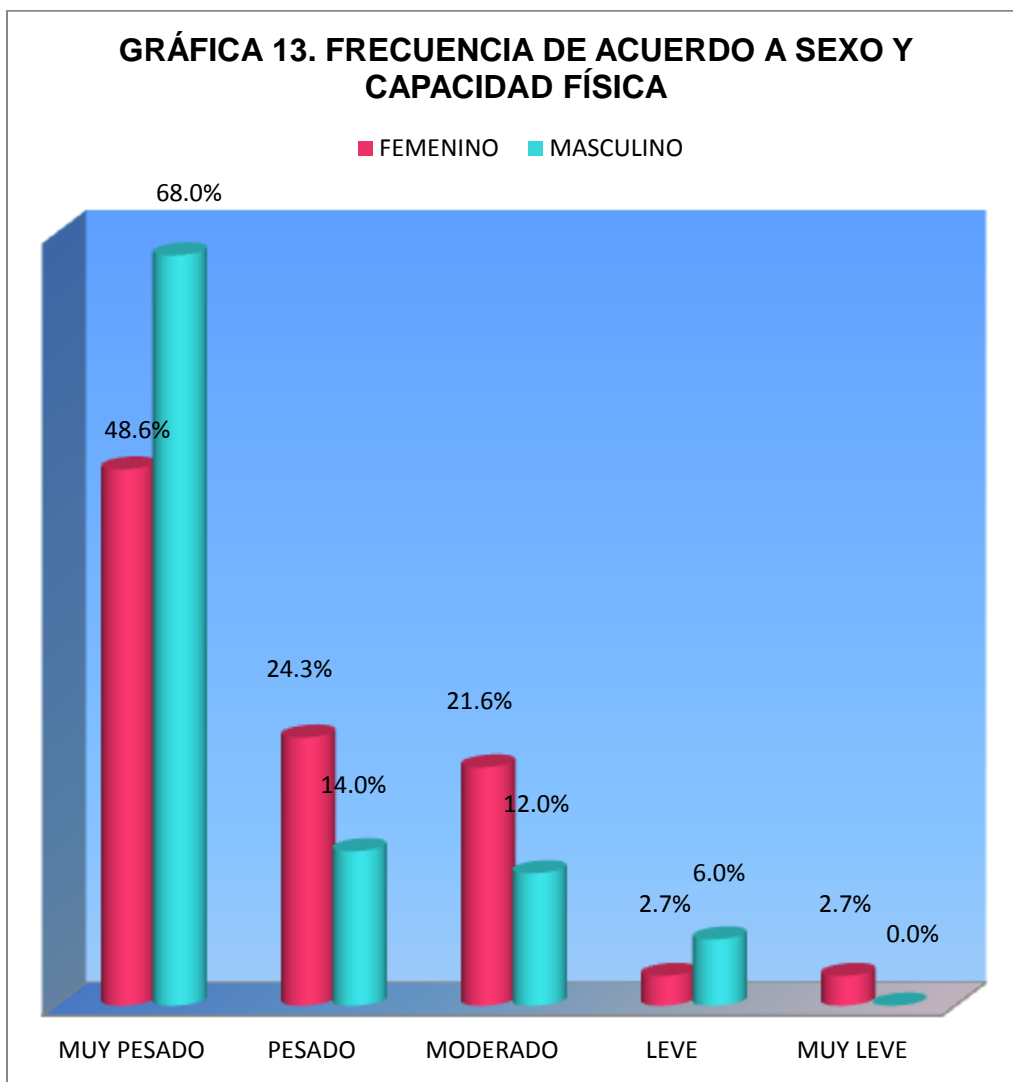
CALIDAD DE VIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
MUY BUENA	30	34.5
BUENA	29	33.3
REGULAR	19	21.8
MALA	6	6.9
MUY MALA	3	3.4
TOTAL	87	100.0



CUADRO 12. FRECUENCIA DE ACUERDO A CALIDAD DE VIDA

TABLA 13. FRECUENCIA DE ACUERDO A SEXO Y CAPACIDAD FÍSICA

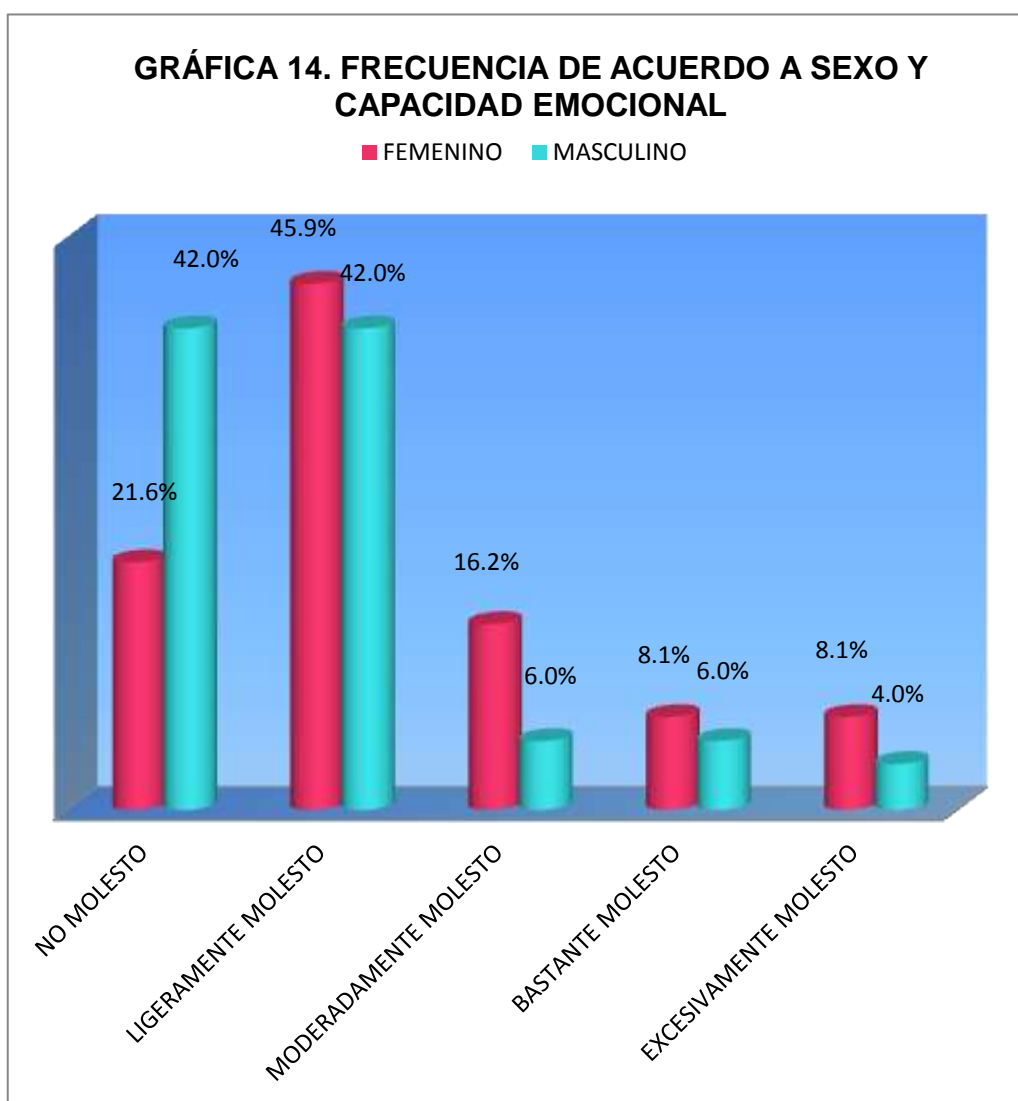
		CAPACIDAD FÍSICA					
SEXO		MUY PESADO	PESADO	MODERADO	LEVE	MUY LEVE	Total
FEMENINO	FRECUENCIA	18	9	8	1	1	37
	PORCENTAJE	48.6%	24.3%	21.6%	2.7%	2.7%	100.0%
MASCULINO	FRECUENCIA	34	7	6	3	0	50
	PORCENTAJE	68.0%	14.0%	12.0%	6.0%	0.0%	100.0%



CUADRO 13. FRECUENCIA DE ACUERDO A SEXO Y CAPACIDAD FÍSICA

TABLA 14. FRECUENCIA DE ACUERDO A SEXO Y CAPACIDAD EMOCIONAL

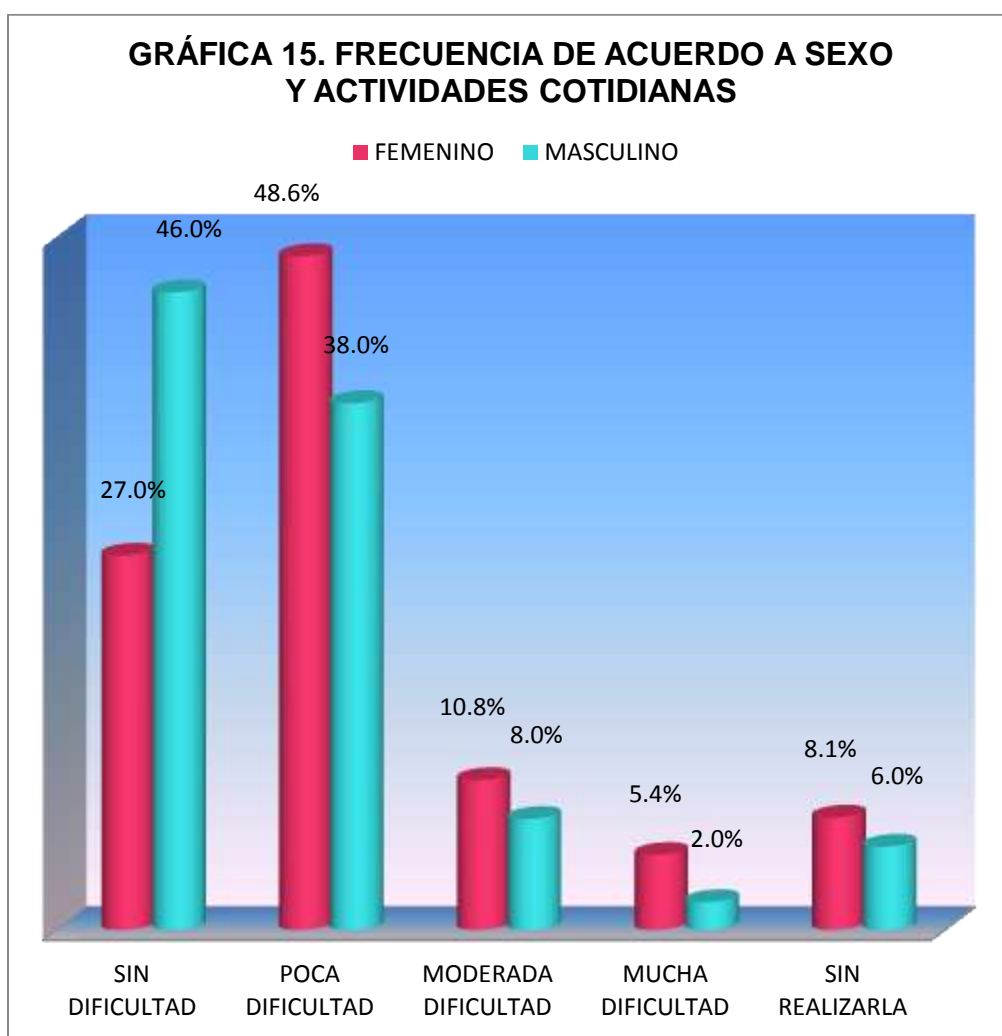
CAPACIDAD EMOCIONAL							
SEXO		NO MOLESTO	LIGERAMENTE MOLESTO	MODERADAMENTE MOLESTO	BASTANTE MOLESTO	EXCESIVAMENTE MOLESTO	Total
FEMENINO	FRECUENCIA	8	17	6	3	3	37
	PORCENTAJE	21.6%	45.9%	16.2%	8.1%	8.1%	100.0%
MASCULINO	FRECUENCIA	21	21	3	3	2	50
	PORCENTAJE	42.0%	42.0%	6.0%	6.0%	4.0%	100.0%



CUADRO 14. FRECUENCIA DE ACUERDO A SEXO Y CAPACIDAD EMOCIONAL

TABLA. 15. FRECUENCIA DE ACUERDO A SEXO Y ACTIVIDADES COTIDIANAS

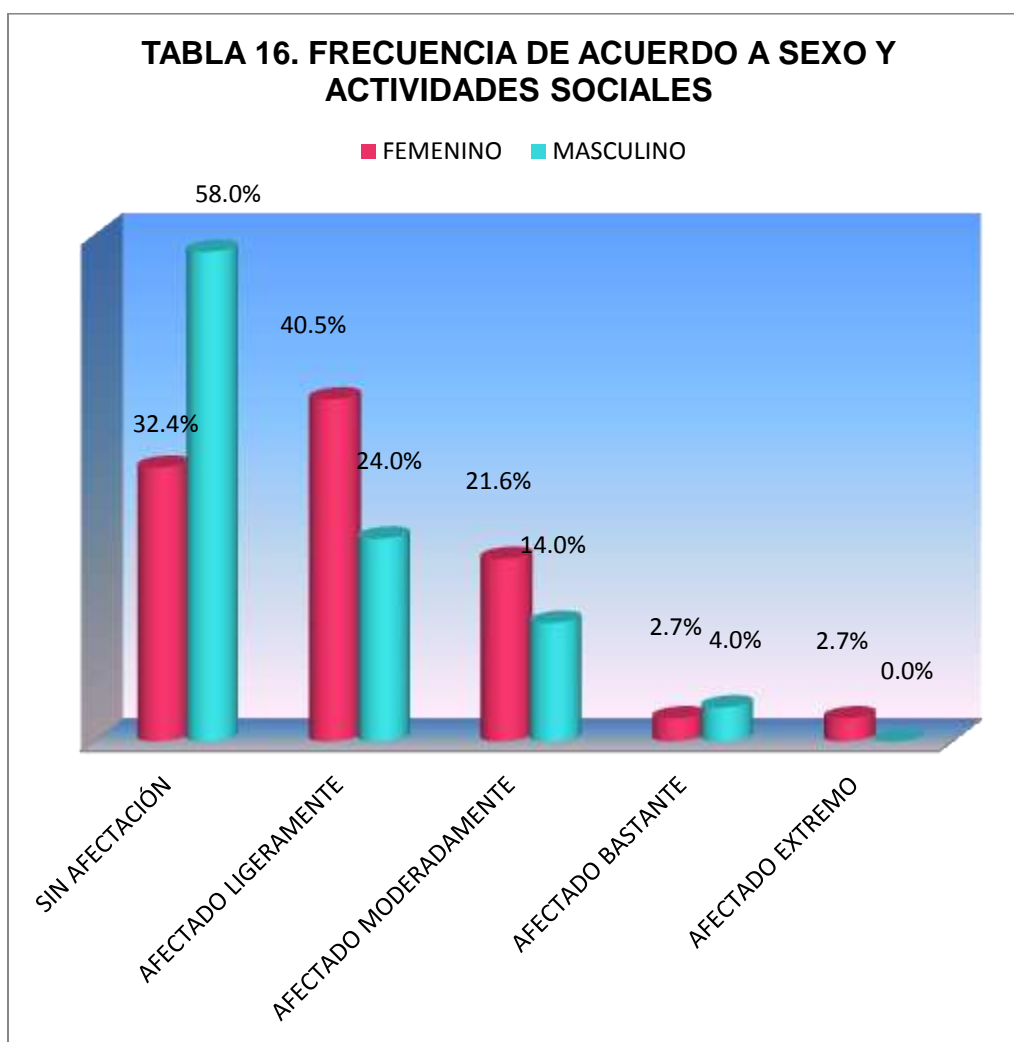
ACTIVIDADES COTIDIANAS							
SEXO		SIN DIFICULTAD	POCA DIFICULTAD	MODERADA DIFICULTAD	MUCHA DIFICULTAD	SIN REALIZARLA	Total
FEMENINO	FRECUENCIA	10	18	4	2	3	37
	PORCENTAJE	27.0%	48.6%	10.8%	5.4%	8.1%	100.0%
MASCULINO	FRECUENCIA	23	19	4	1	3	50
	PORCENTAJE	46.0%	38.0%	8.0%	2.0%	6.0%	100.0%



CUADRO 15. FRECUENCIA DE ACUERDO A SEXO Y ACTIVIDADES COTIDIANAS

TABLA 16. FRECUENCIA DE ACUERDO A SEXO Y ACTIVIDADES SOCIALES

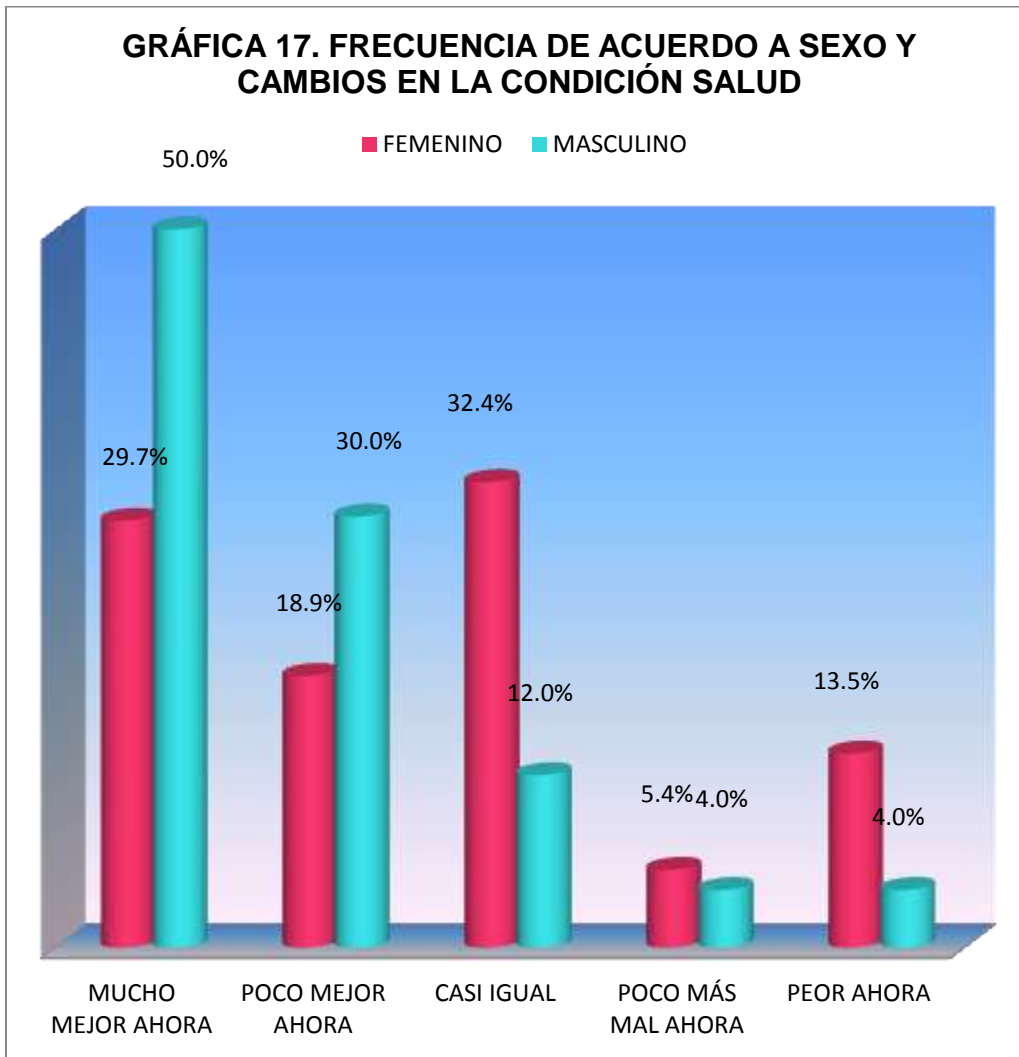
ACTIVIDADES SOCIALES							
SEXO		SIN AFECTACIÓN	AFECTADO LIGERAMENTE	AFECTADO MODERADAMENTE	AFECTADO BASTANTE	AFECTADO EXTREMO	Total
FEMENINO	FRECUENCIA	12	15	8	1	1	37
	PORCENTAJE	32.4%	40.5%	21.6%	2.7%	2.7%	100.0%
MASCULINO	FRECUENCIA	29	12	7	2	0	50
	PORCENTAJE	58.0%	24.0%	14.0%	4.0%	0.0%	100.0%



CUADRO 16. FRECUENCIA DE ACUERDO A SEXO Y ACTIVIDADES SOCIALES

TABLA 17. FRECUENCIA DE ACUERDO A SEXO Y CAMBIOS EN LA CONDICIÓN DE SALUD

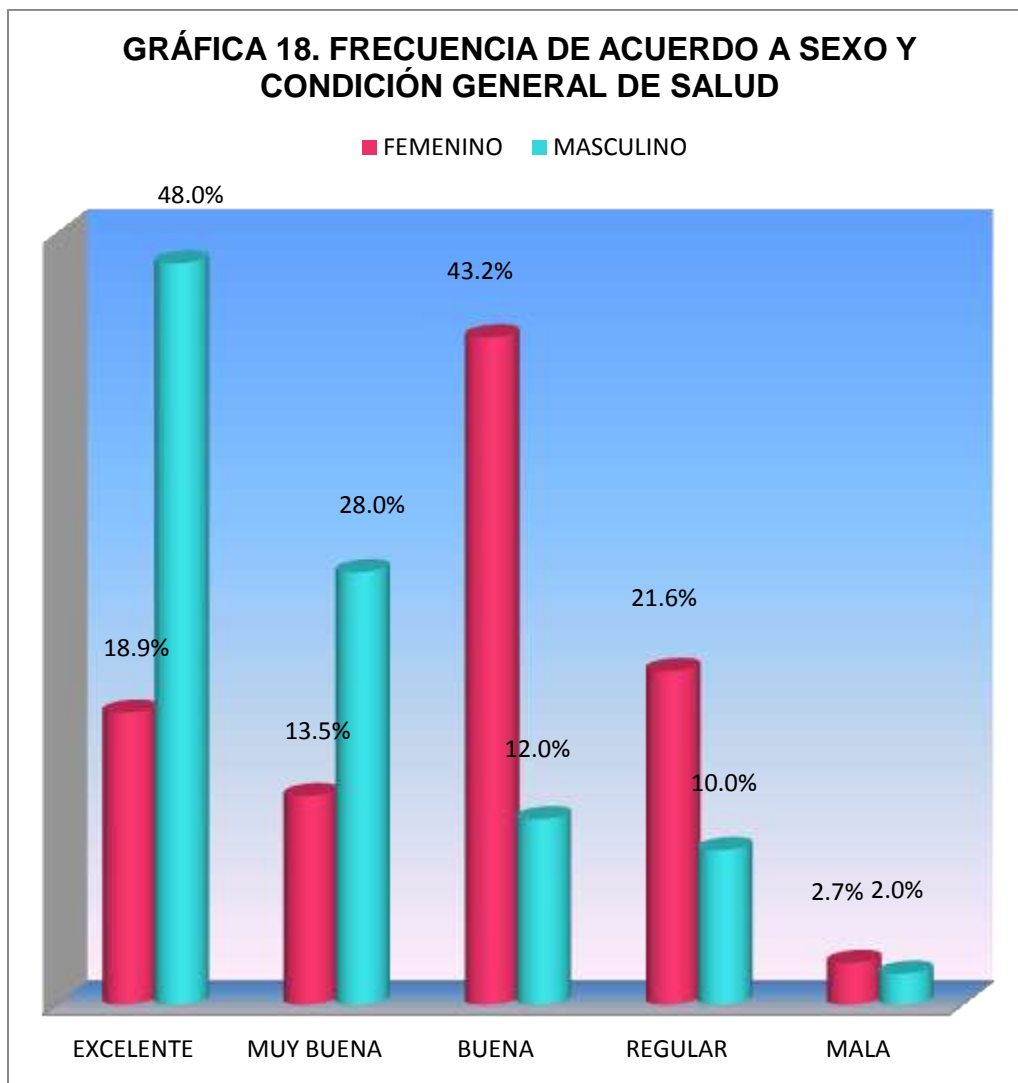
CAMBIOS EN LA CONDICIÓN DE SALUD							
SEXO		MUCHO MEJOR AHORA	POCO MEJOR AHORA	CASI IGUAL	POCO MÁS MAL AHORA	PEOR AHORA	Total
FEMENINO	FRECUENCIA	11	7	12	2	5	37
	PORCENTAJE	29.7%	18.9%	32.4%	5.4%	13.5%	100.0%
MASCULINO	FRECUENCIA	25	15	6	2	2	50
	PORCENTAJE	50.0%	30.0%	12.0%	4.0%	4.0%	100.0%



CUADRO 17. FRECUENCIA DE ACUERDO A SEXO Y CAMBIOS EN LA CONDICIÓN DE SALUD

CUADRO 18. FRECUENCIA DE ACUERDO A SEXO Y CONDICIÓN GENERAL DE SALUD

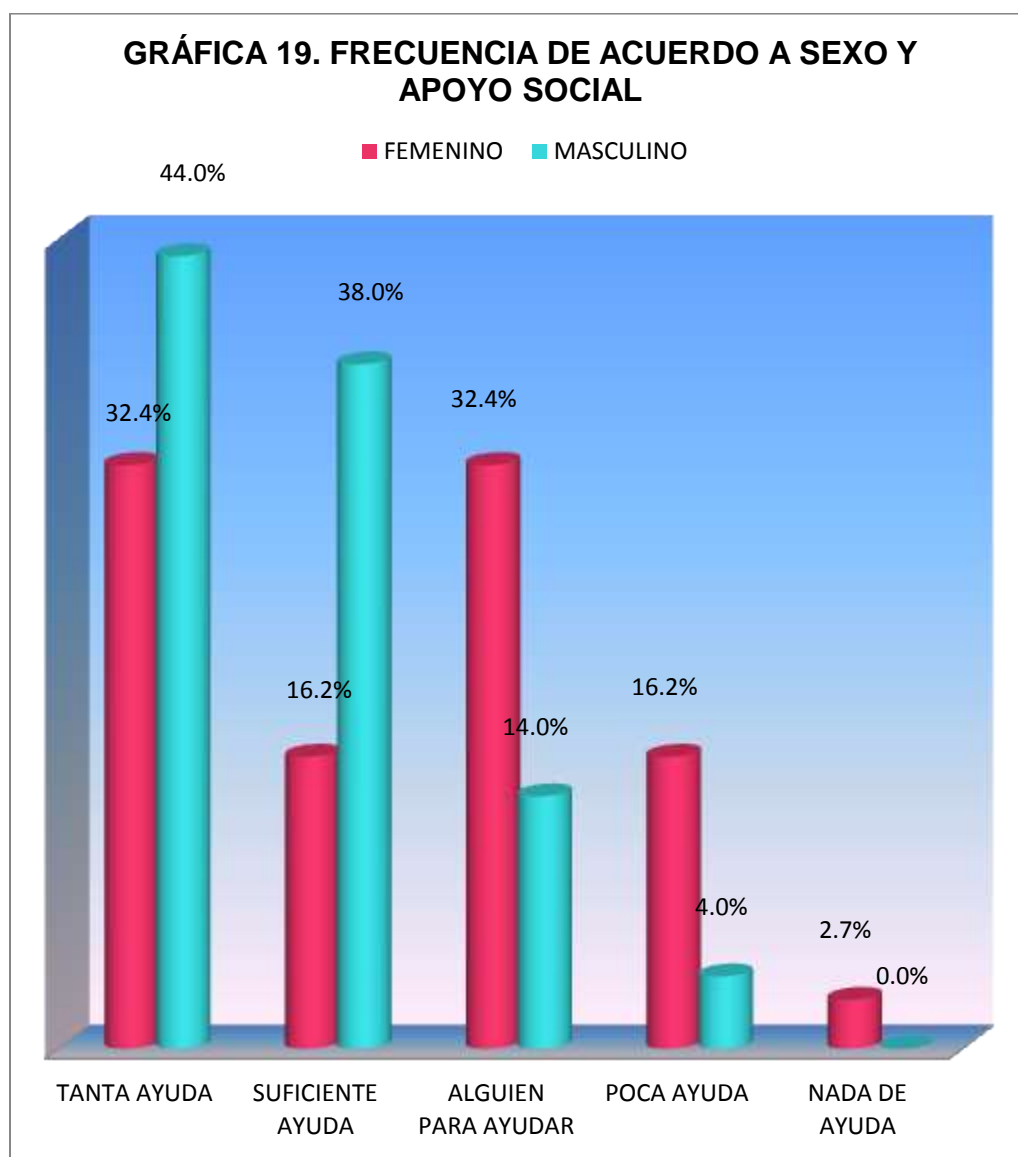
CONDICIÓN GENERAL DE SALUD							
SEXO		EXCELENTE	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	Total
FEMENINO	FRECUENCIA	7	5	16	8	1	37
	PORCENTAJE	18.9%	13.5%	43.2%	21.6%	2.7%	100.0%
MASCULINO	FRECUENCIA	24	14	6	5	1	50
	PORCENTAJE	48.0%	28.0%	12.0%	10.0%	2.0%	100.0%



CUADRO 18. FRECUENCIA DE ACUERDO A SEXO Y CONDICIÓN GENERAL DE SALUD

TABLA 19. FRECUENCIA DE ACUERDO A SEXO Y APOYO SOCIAL

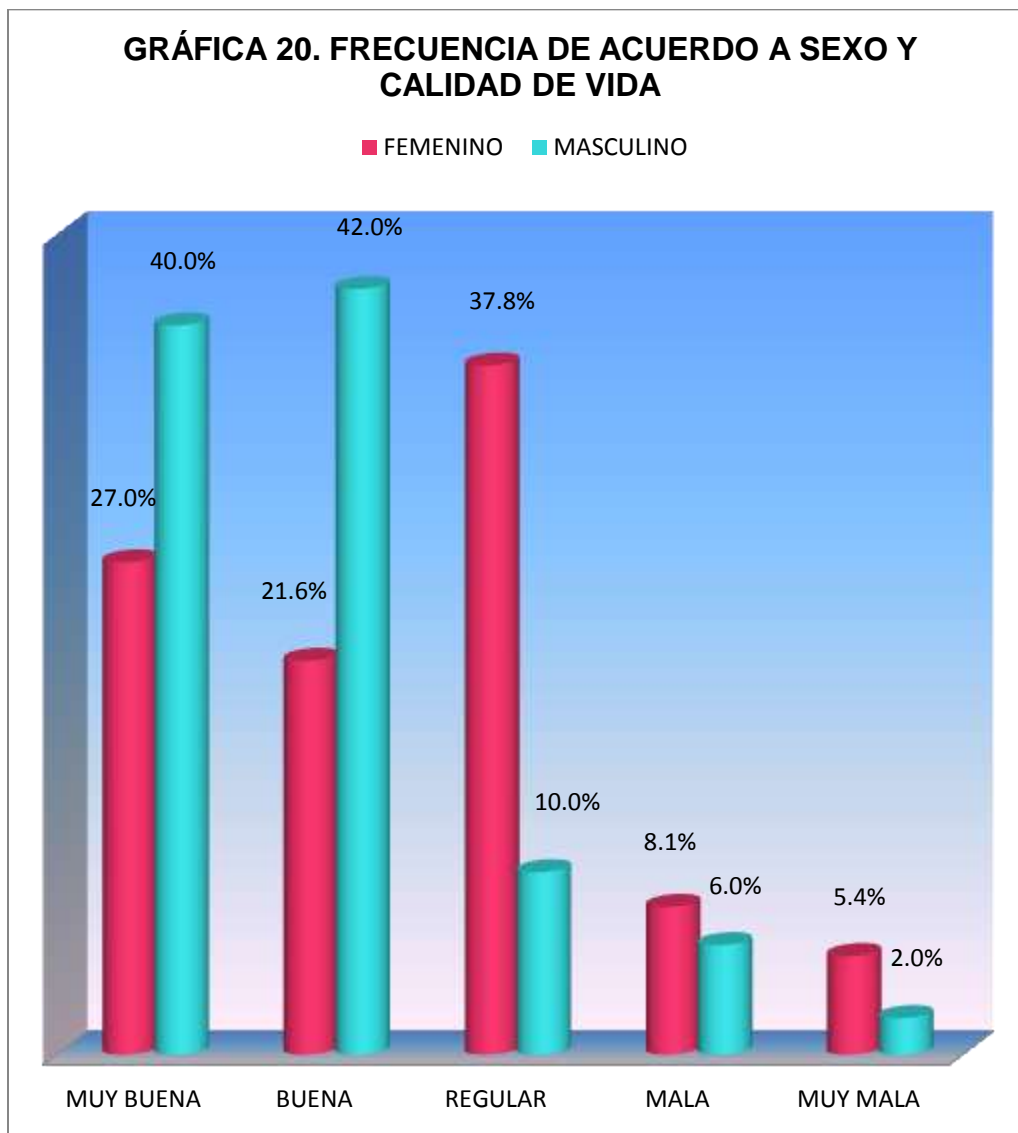
APOYO SOCIAL							
SEXO		TANTA AYUDA	SUFICIENTE AYUDA	ALGUIEN PARA AYUDAR	POCA AYUDA	NADA DE AYUDA	Total
FEMENINO	FRECUENCIA	12	6	12	6	1	37
	PORCENTAJE	32.4%	16.2%	32.4%	16.2%	2.7%	100.0%
MASCULINO	FRECUENCIA	22	19	7	2	0	50
	PORCENTAJE	44.0%	38.0%	14.0%	4.0%	0.0%	100.0%



CUADRO 19. FRECUENCIA DE ACUERDO A SEXO Y APOYO SOCIAL

TABLA 20. FRECUENCIA DE ACUERDO A SEXO Y CALIDAD DE VIDA

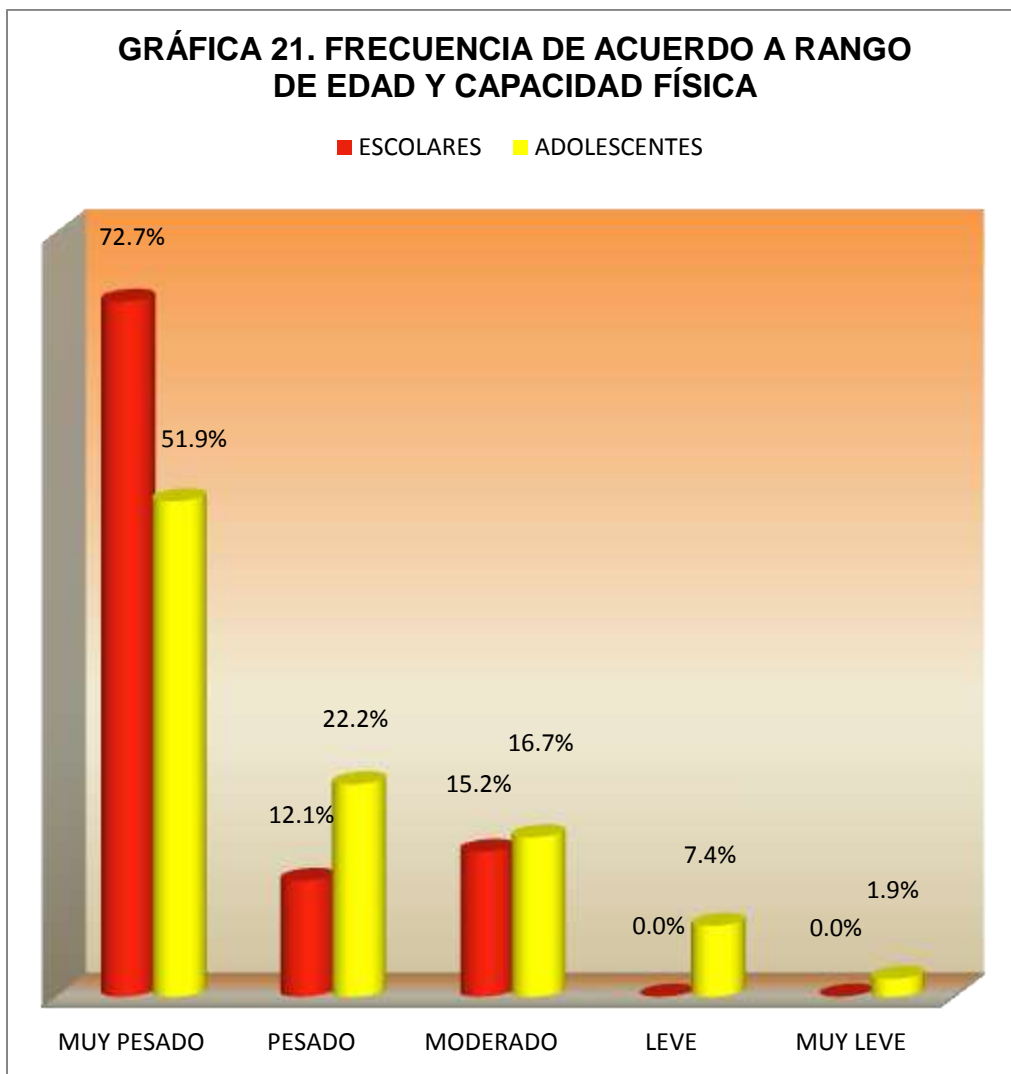
		CALIDAD DE VIDA					
SEXO		MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	Total
FEMENINO	FRECUENCIA	10	8	14	3	2	37
	PORCENTAJE	27.0%	21.6%	37.8%	8.1%	5.4%	100.0%
MASCULINO	FRECUENCIA	20	21	5	3	1	50
	PORCENTAJE	40.0%	42.0%	10.0%	6.0%	2.0%	100.0%



CUADRO 20. FRECUENCIA DE ACUERDO A SEXO Y CALIDAD DE VIDA

TABLA 21. FRECUENCIA DE ACUERDO A RANGO DE EDAD Y CAPACIDAD FÍSICA

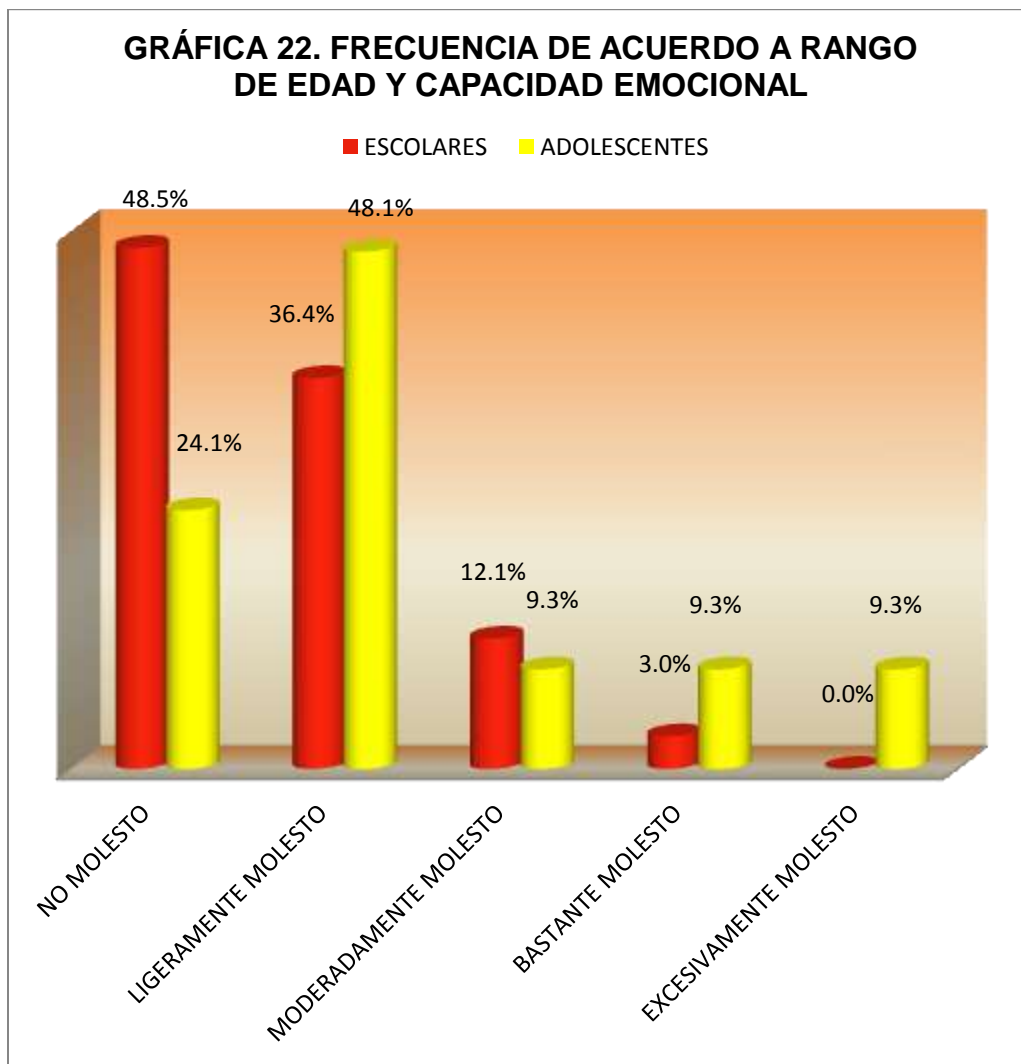
CAPACIDAD FÍSICA							
RANGO DE EDAD		MUY PESADO	PESADO	MODERADO	LEVE	MUY LEVE	Total
ESCOLARES	FRECUENCIA	24	4	5	0	0	33
	PORCENTAJE	72.7%	12.1%	15.2%	0.0%	0.0%	100.0%
ADOLESCENTES	FRECUENCIA	28	12	9	4	1	54
	PORCENTAJE	51.9%	22.2%	16.7%	7.4%	1.9%	100.0%



CUADRO 21. FRECUENCIA DE ACUERDO A RANGO DE EDAD Y CAPACIDAD FÍSICA

TABLA 22. FRECUENCIA DE ACUERDO A RANGO DE EDAD Y CAPACIDAD EMOCIONAL

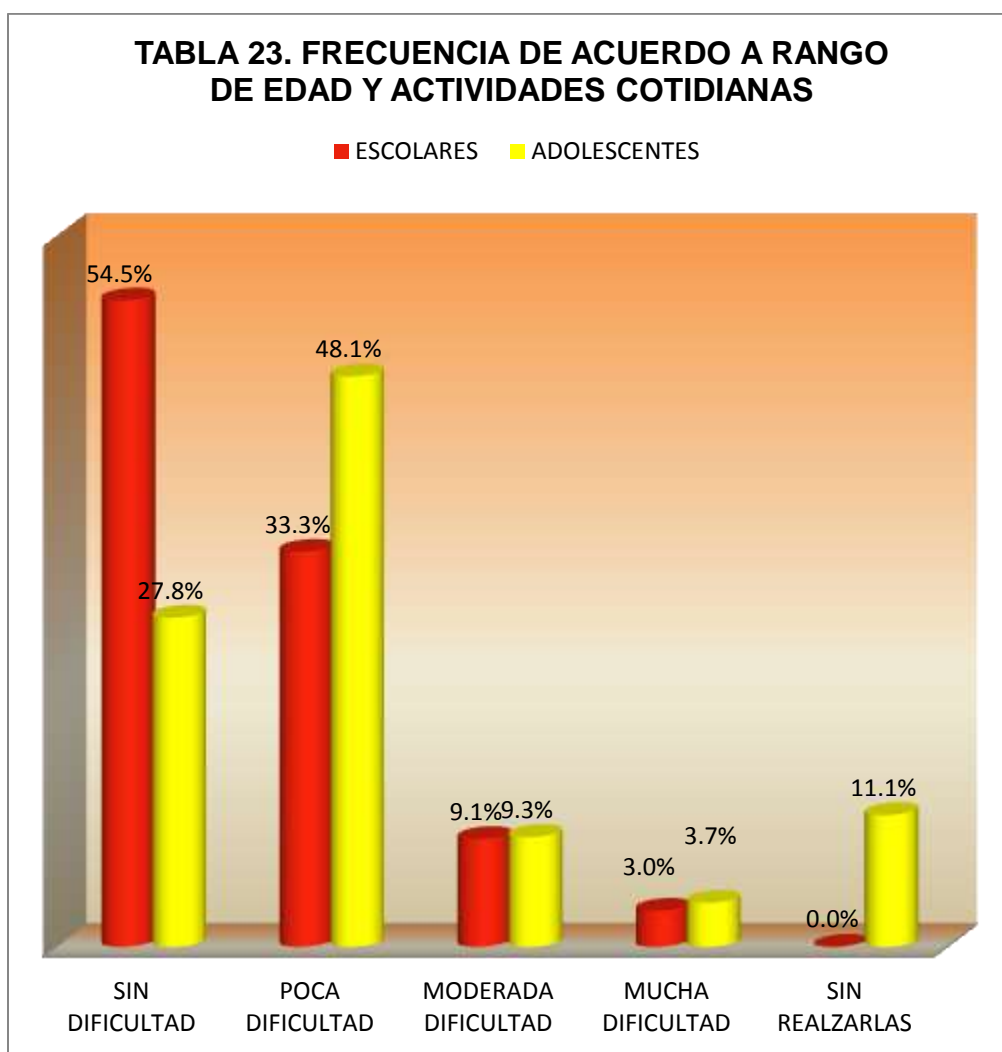
CAPACIDAD EMOCIONAL							
RANGO DE EDAD		NO MOLESTO	LIGERAMENTE MOLESTO	MODERADAMENTE MOLESTO	BASTANTE MOLESTO	EXCESIVAMENTE MOLESTO	Total
ESCOLARES	FRECUENCIA	16	12	4	1	0	33
	PORCENTAJE	48.5%	36.4%	12.1%	3.0%	0.0%	100.0%
ADOLESCENTES	FRECUENCIA	13	26	5	5	5	54
	PORCENTAJE	24.1%	48.1%	9.3%	9.3%	9.3%	100.0%



CUADRO 22. FRECUENCIA DE ACUERDO A RANGO DE EDAD Y CAPACIDAD EMOCIONAL

TABLA 23. FRECUENCIA DE ACUERDO A RANGO DE EDAD Y ACTIVIDADES COTIDIANAS

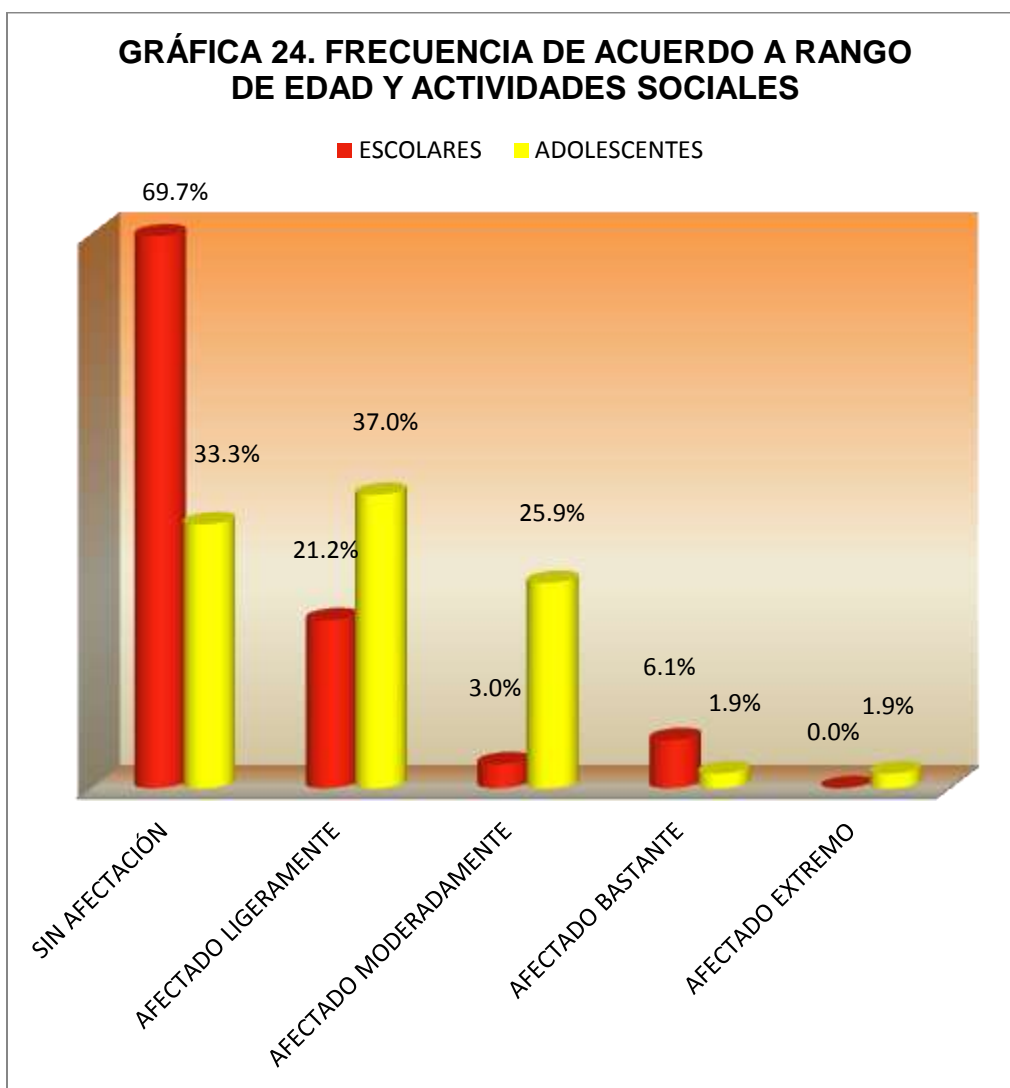
ACTIVIDADES COTIDIANAS							
RANGO DE EDAD		SIN DIFICULTAD	POCA DIFICULTAD	MODERADA DIFICULTAD	MUCHA DIFICULTAD	SIN REALIZARLA	Total
ESCOLARES	FRECUENCIA	18	11	3	1	0	33
	PORCENTAJE	54.5%	33.3%	9.1%	3.0%	0.0%	100.0%
ADOLESCENTES	FRECUENCIA	15	26	5	2	6	54
	PORCENTAJE	27.8%	48.1%	9.3%	3.7%	11.1%	100.0%



CUADRO 23. FRECUENCIA DE ACUERDO A RANGO DE EDAD Y ACTIVIDADES COTIDIANAS

TABLA 24. FRECUENCIA DE ACUERDO A RANGO DE EDAD Y ACTIVIDADES SOCIALES

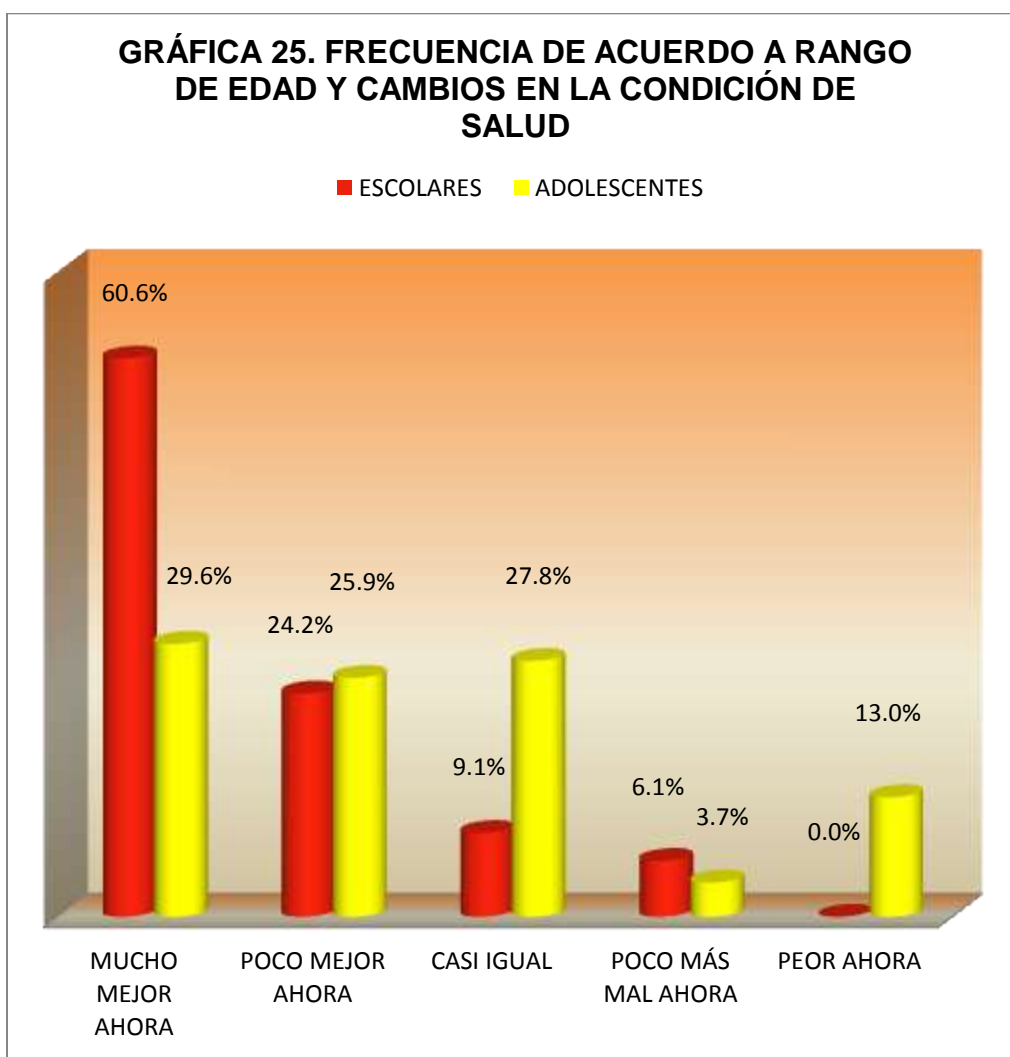
ACTIVIDADES SOCIALES							
RANGO DE EDAD		SIN AFECTACIÓN	AFECTADO LIGERAMENTE	AFECTADO MODERADAMENTE	AFECTADO BASTANTE	AFECTADO EXTREMO	Total
ESCOLARES	FRECUENCIA	23	7	1	2	0	33
	PORCENTAJE	69.7%	21.2%	3.0%	6.1%	0.0%	100.0%
ADOLESCENTES	FRECUENCIA	18	20	14	1	1	54
	PORCENTAJE	33.3%	37.0%	25.9%	1.9%	1.9%	100.0%



CUADRO 24. FRECUENCIA DE ACUERDO A RANGO DE EDAD Y ACTIVIDADES SOCIALES

TABLA 25. FRECUENCIA DE ACUERDO A RANGO DE EDAD Y CAMBIOS EN LA CONDICIÓN DE SALUD

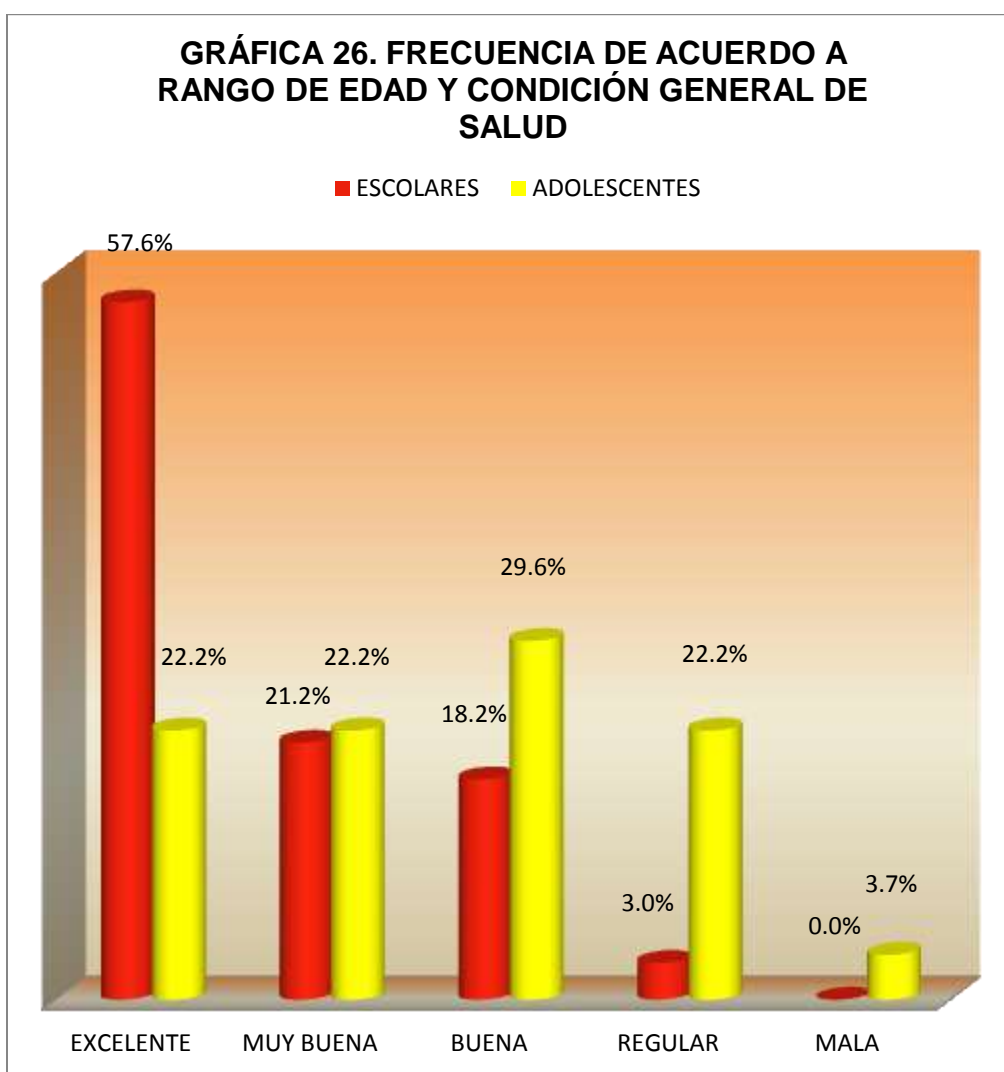
CAMBIOS EN LA CONDICIÓN DE SALUD							
RANGO DE EDAD		MUCHO MEJOR AHORA	POCO MEJOR AHORA	CASI IGUAL	POCO MÁS MAL AHORA	PEOR AHORA	Total
ESCOLARES	FRECUENCIA	20	8	3	2	0	33
	PORCENTAJE	60.6%	24.2%	9.1%	6.1%	0.0%	100.0%
ADOLESCENTES	FRECUENCIA	16	14	15	2	7	54
	PORCENTAJE	29.6%	25.9%	27.8%	3.7%	13.0%	100.0%



CUADRO 25. FRECUENCIA DE ACUERDO A RANGO DE EDAD Y CAMBIOS EN LA CONDICIÓN DE SALUD

TABLA 26. FRECUENCIA DE ACUERDO RANGO DE EDAD Y CONDICIÓN GENERAL DE SALUD

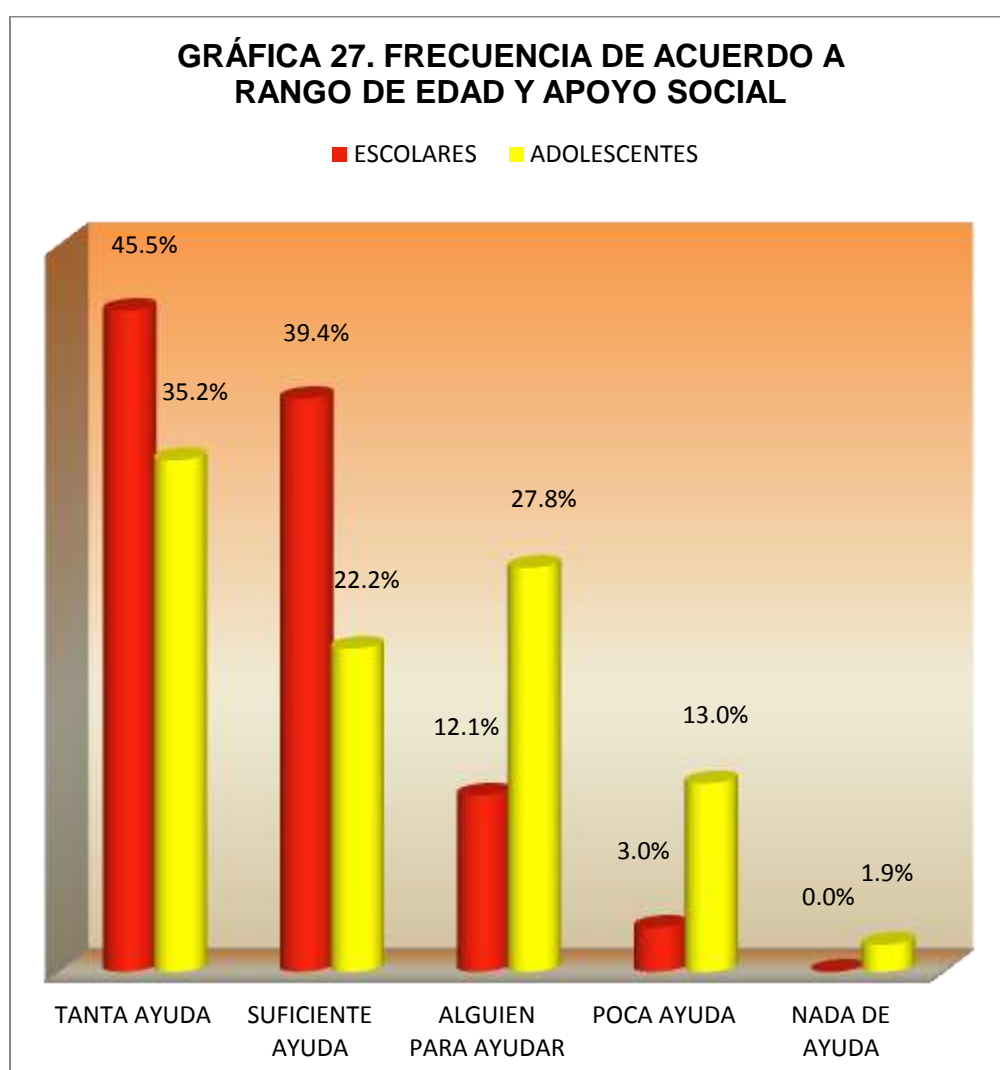
		CONDICIÓN GENERAL DE SALUD					
RANGO DE EDAD		EXCELENTE	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	Total
ESCOLARES	FRECUENCIA	19	7	6	1	0	33
	PORCENTAJE	57.6%	21.2%	18.2%	3.0%	0.0%	100.0%
ADOLESCENTES	FRECUENCIA	12	12	16	12	2	54
	PORCENTAJE	22.2%	22.2%	29.6%	22.2%	3.7%	100.0%



CUADRO 26. FRECUENCIA DE ACUERDO A RANGO DE EDAD Y CONDICIÓN GENERAL DE SALUD

TABLA 27. FRECUENCIA DE ACUERDO A RANGO DE EDAD Y APOYO SOCIAL

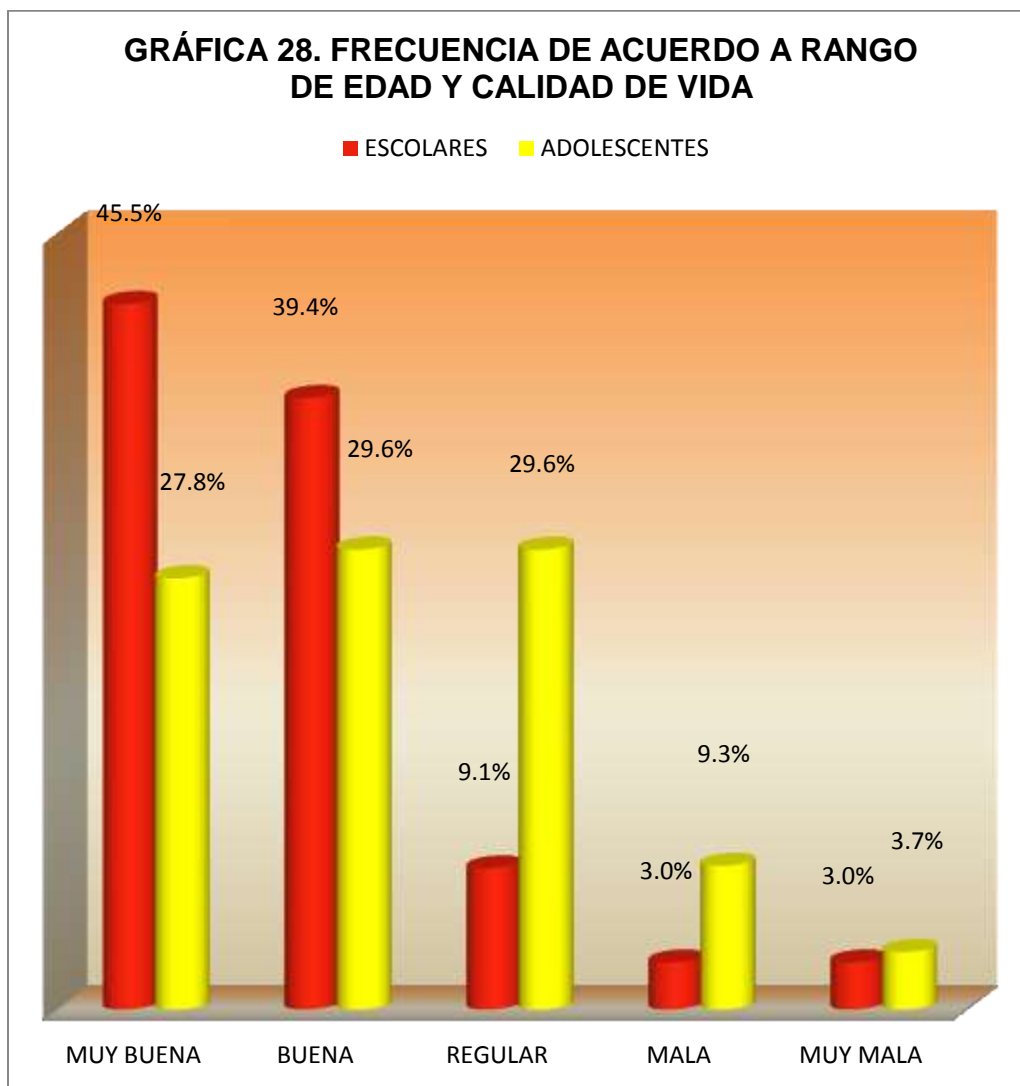
		APOYO SOCIAL					
RANGO DE EDAD		TANTA AYUDA	SUFICIENTE AYUDA	ALGUIEN PARA AYUDAR	POCA AYUDA	NADA DE AYUDA	Total
ESCOLARES	FRECUENCIA	15	13	4	1	0	33
	PORCENTAJE	45.5%	39.4%	12.1%	3.0%	0.0%	100.0%
ADOLESCENTES	FRECUENCIA	19	12	15	7	1	54
	PORCENTAJE	35.2%	22.2%	27.8%	13.0%	1.9%	100.0%



CUADRO 27. FRECUENCIA DE ACUERDO A RANGO DE EDAD Y APOYO SOCIAL

TABLA 28. FRECUENCIA DE ACUERDO A RANGO DE EDAD Y CALIDAD DE VIDA

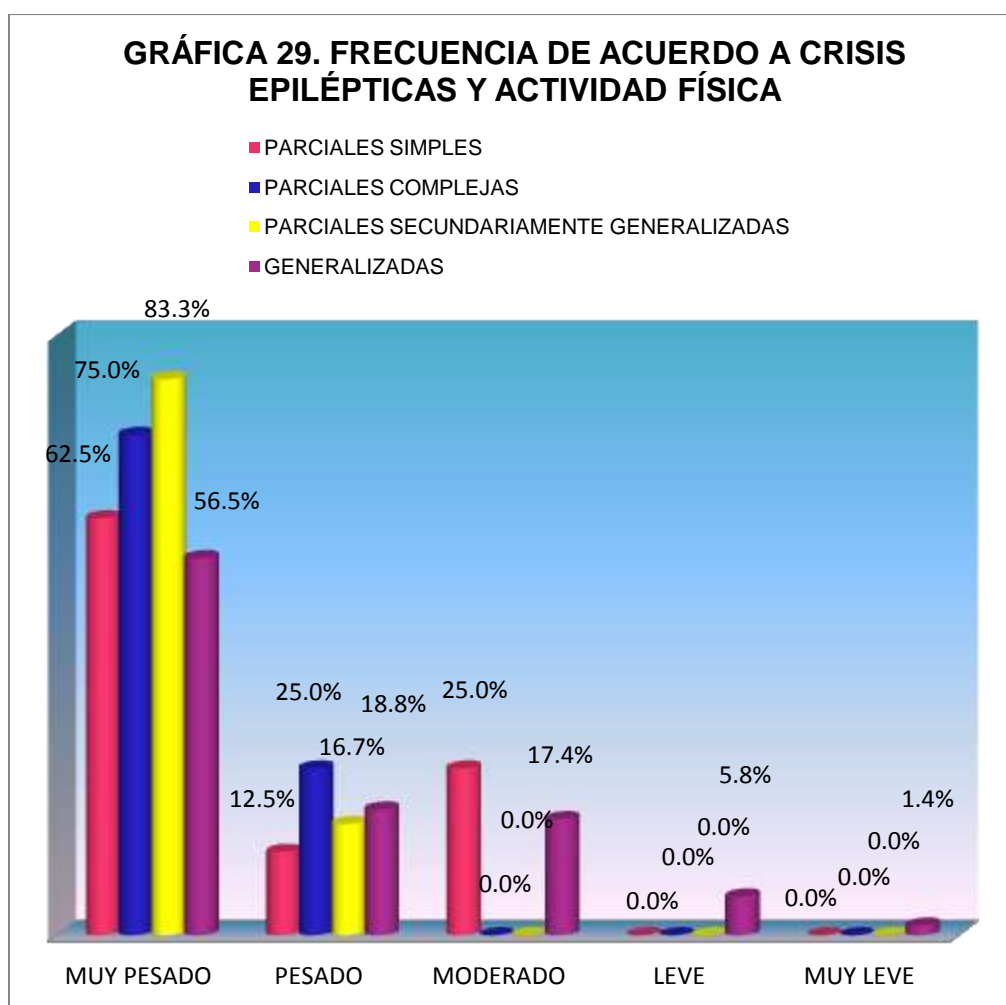
CALIDAD DE VIDA							
RANGO DE EDAD		MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	Total
ESCOLARES	FRECUENCIA	15	13	3	1	1	33
	PORCENTAJE	45.5%	39.4%	9.1%	3.0%	3.0%	100.0%
ADOLESCENTES	FRECUENCIA	15	16	16	5	2	54
	PORCENTAJE	27.8%	29.6%	29.6%	9.3%	3.7%	100.0%



CUADRO 28. FRECUENCIA DE ACUERDO A RANGO DE EDAD Y CALIDAD DE VIDA

TABLA 29. FRECUENCIA DE ACUERDO A CRISIS EPILÉPTICAS Y CAPACIDAD FÍSICA

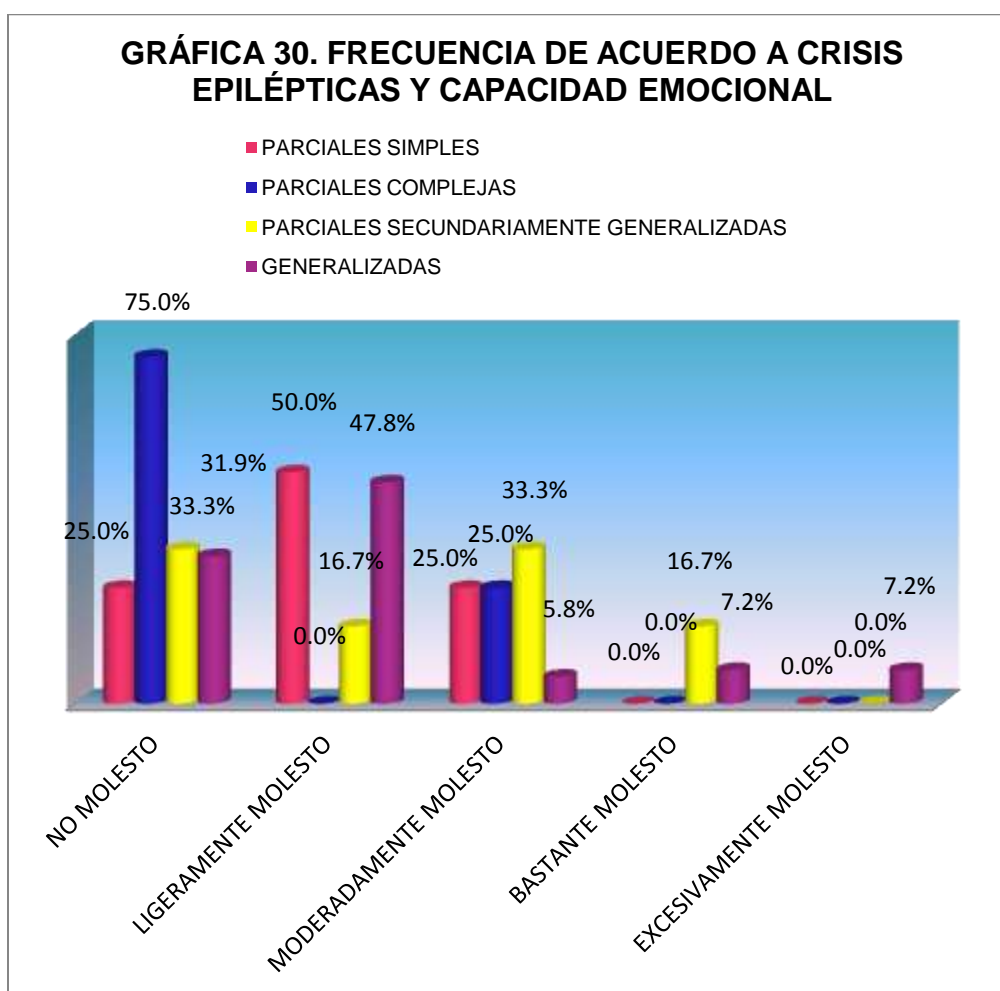
		CAPACIDAD FÍSICA					
CRISIS EPILÉPTICAS		MUY PESADO	PESADO	MODERADO	LEVE	MUY LEVE	Total
PARCIALES SIMPLES	FRECUENCIA	5	1	2	0	0	8
	PORCENTAJE	62.5%	12.5%	25.0%	0.0%	0.0%	100.0%
PARCIALES COMPLEJAS	FRECUENCIA	3	1	0	0	0	4
	PORCENTAJE	75.0%	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
PARCIALES SECUNDARIAMENTE GENERALIZADAS	FRECUENCIA	5	1	0	0	0	6
	PORCENTAJE	83.3%	16.7%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
GENERALIZADAS	FRECUENCIA	39	13	12	4	1	69
	PORCENTAJE	56.5%	18.8%	17.4%	5.8%	1.4%	100.0%



CUADRO 29. FRECUENCIA DE ACUERDO A CRISIS EPILÉPTICAS Y ACTIVIDAD FÍSICA

TABLA 30. FRECUENCIA DE ACUERDO A CRISIS EPILÉPTICAS Y CAPACIDAD EMOCIONAL

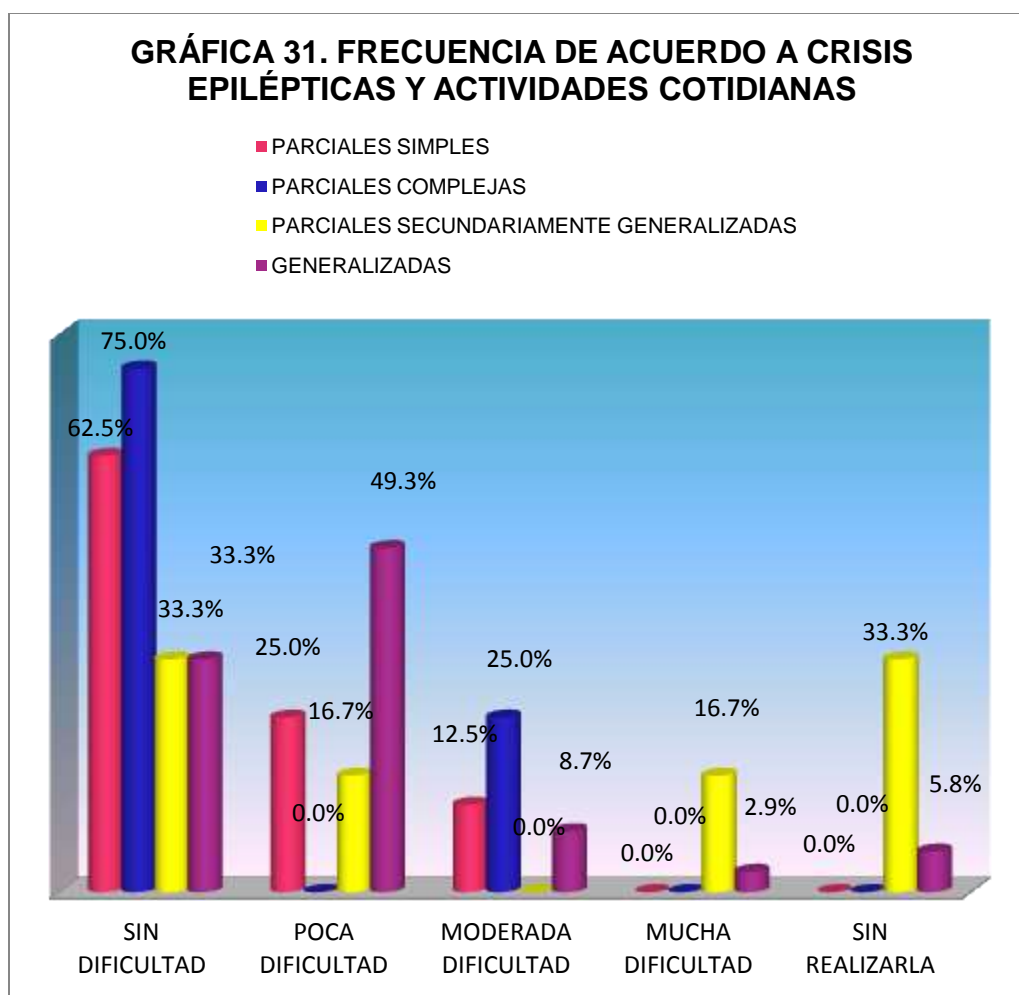
		CAPACIDAD EMOCIONAL					
CRISIS EPILÉPTICAS		NO MOLESTO	LIGERAMENTE MOLESTO	MODERADAMENTE MOLESTO	BASTANTE MOLESTO	EXCESIVAMENTE MOLESTO	Total
PARCIALES SIMPLES	FRECUENCIA	2	4	2	0	0	8
	PORCENTAJE	25.0%	50.0%	25.0%	0.0%	0.0%	100.0%
PARCIALES COMPLEJAS	FRECUENCIA	3	0	1	0	0	4
	PORCENTAJE	75.0%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%	100.0%
PARCIALES SECUNDARIAMENTE GENERALIZADAS	FRECUENCIA	2	1	2	1	0	6
	PORCENTAJE	33.3%	16.7%	33.3%	16.7%	0.0%	100.0%
GENERALIZADAS	FRECUENCIA	22	33	4	5	5	69
	PORCENTAJE	31.9%	47.8%	5.8%	7.2%	7.2%	100.0%



CUADRO 30. FRECUENCIA DE ACUERDO A CRISIS EPILÉPTICAS Y CAPACIDAD EMOCIONAL

TABLA 31. FRECUENCIA DE ACUERDO A CRISIS EPILÉPTICAS Y ACTIVIDADES COTIDIANAS

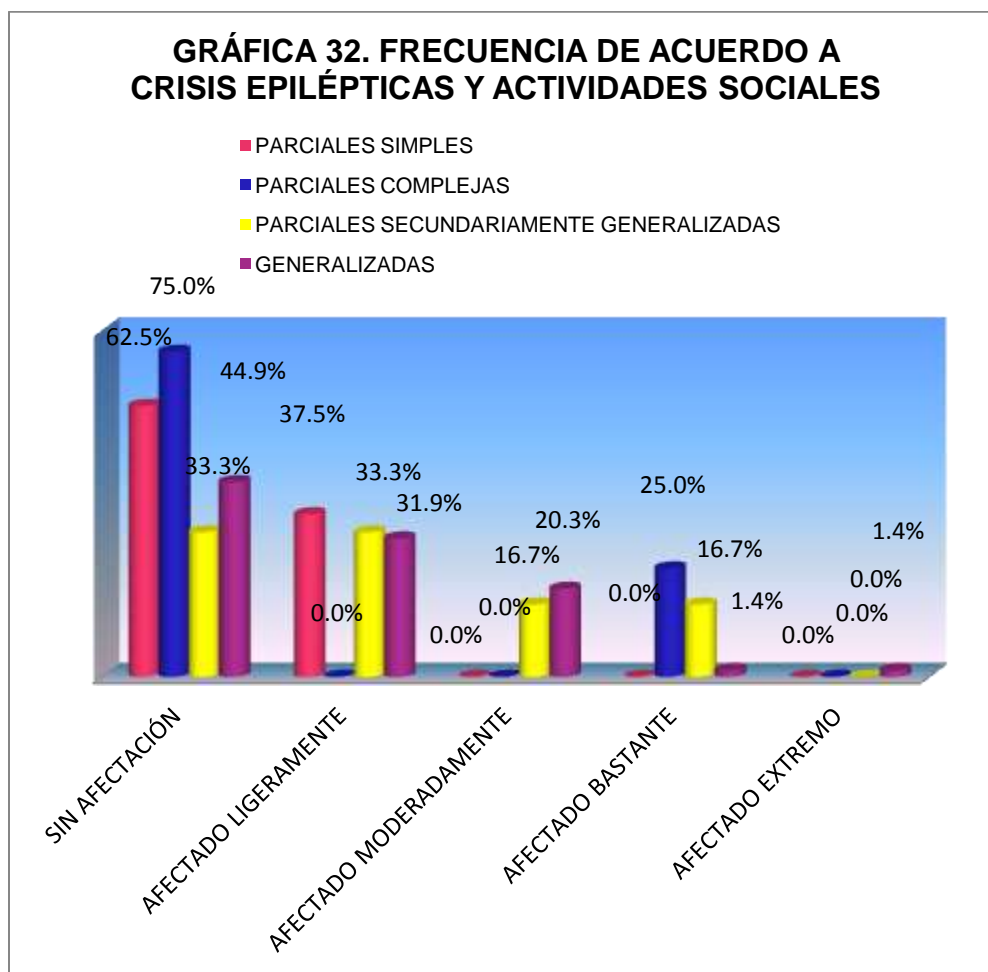
ACTIVIDADES COTIDIANAS							
CRISIS EPILÉPTICAS		SIN DIFICULTAD	POCA DIFICULTAD	MODERADA DIFICULTAD	MUCHA DIFICULTAD	SIN REALIZARLA	Total
PARCIALES SIMPLES	FRECUENCIA	5	2	1	0	0	8
	PORCENTAJE	62.5%	25.0%	12.5%	0.0%	0.0%	100.0%
PARCIALES COMPLEJAS	FRECUENCIA	3	0	1	0	0	4
	PORCENTAJE	75.0%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%	100.0%
PARCIALES SECUNDARIAMENTE GENERALIZADAS	FRECUENCIA	2	1	0	1	2	6
	PORCENTAJE	33.3%	16.7%	0.0%	16.7%	33.3%	100.0%
GENERALIZADAS	FRECUENCIA	23	34	6	2	4	69
	PORCENTAJE	33.3%	49.3%	8.7%	2.9%	5.8%	100.0%



CUADRO 31. FRECUENCIA DE ACUERDO A CRISIS EPILÉPTICAS Y ACTIVIDADES COTIDIANAS

TABALA 32. FRECUENCIA DE ACUERDO A CRISIS EPILÉPTICAS Y ACTIVIDADES SOCIALES

ACTIVIDADES SOCIALES							
CRISIS EPILÉPTICAS		SIN AFECTACIÓN	AFECTADO LIGERAMENTE	AFECTADO MODERADAMENTE	AFECTADO BASTANTE	AFECTADO EXTREMO	Total
PARCIALES SIMPLES	FRECUENCIA	5	3	0	0	0	8
	PORCENTAJE	62.5%	37.5%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
PARCIALES COMPLEJAS	FRECUENCIA	3	0	0	1	0	4
	PORCENTAJE	75.0%	0.0%	0.0%	25.0%	0.0%	100.0%
PARCIALES SECUNDARIAMENTE GENERALIZADAS	FRECUENCIA	2	2	1	1	0	6
	PORCENTAJE	33.3%	33.3%	16.7%	16.7%	0.0%	100.0%
GENERALIZADAS	FRECUENCIA	31	22	14	1	1	69
	PORCENTAJE	44.9%	31.9%	20.3%	1.4%	1.4%	100.0%

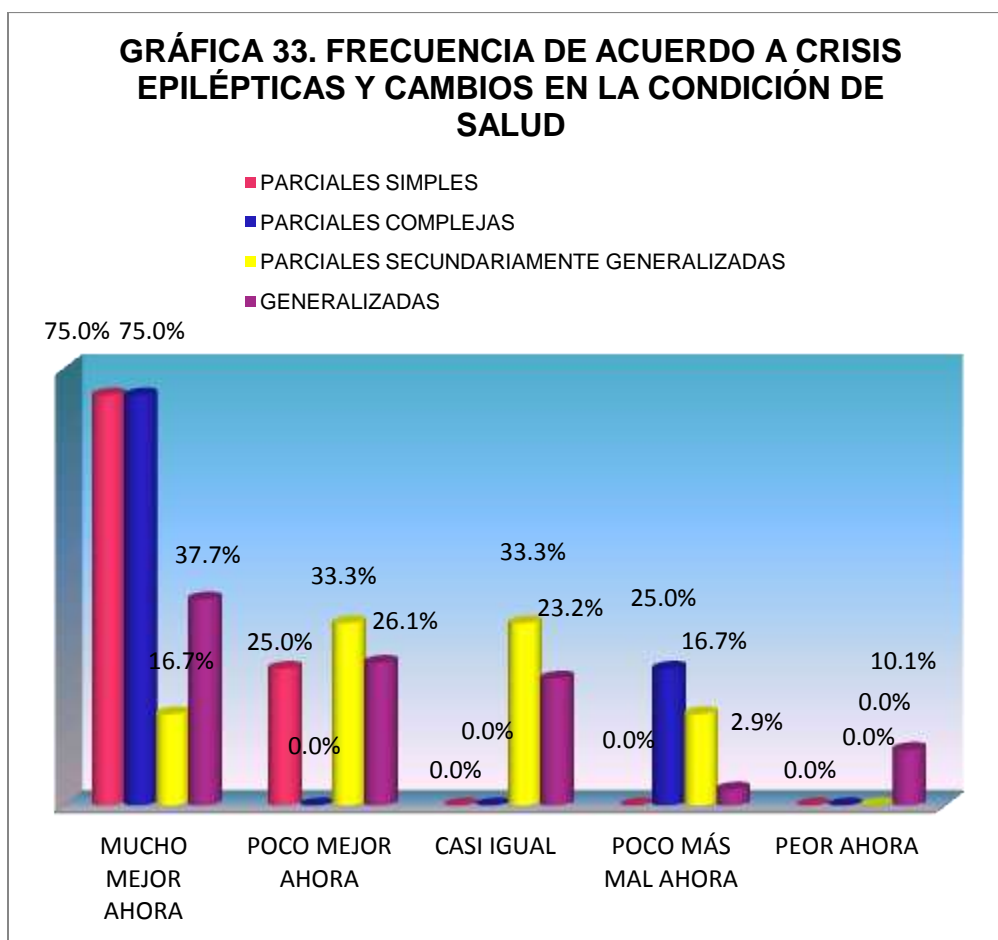


CUADRO 32. FRECUENCIA DE ACUERDO A CRISIS EPILÉPTICAS Y ACTIVIDADES SOCIALES

TABLA 33. FRECUENCIA DE ACUERDO A CRISIS EPILÉPTICAS Y CAMBIOS EN LA CONDICIÓN DE SALUD

CAMBIOS EN LA CONDICIÓN DE SALUD							
CRISIS EPILÉPTICAS		MUCHO MEJOR AHORA	POCO MEJOR AHORA	CASI IGUAL	POCO MÁS MAL AHORA	PEOR AHORA	Total
PARCIALES SIMPLES	FRECUENCIA	6	2	0	0	0	8
	PORCENTAJE	75.0%	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
PARCIALES COMPLEJAS	FRECUENCIA	3	0	0	1	0	4
	PORCENTAJE	75.0%	0.0%	0.0%	25.0%	0.0%	100.0%
PARCIALES SECUNDARIAMENTE GENERALIZADAS	FRECUENCIA	1	2	2	1	0	6
	PORCENTAJE	16.7%	33.3%	33.3%	16.7%	0.0%	100.0%
GENERALIZADAS	FRECUENCIA	26	18	16	2	7	69
	PORCENTAJE	37.7%	26.1%	23.2%	2.9%	10.1%	100.0%

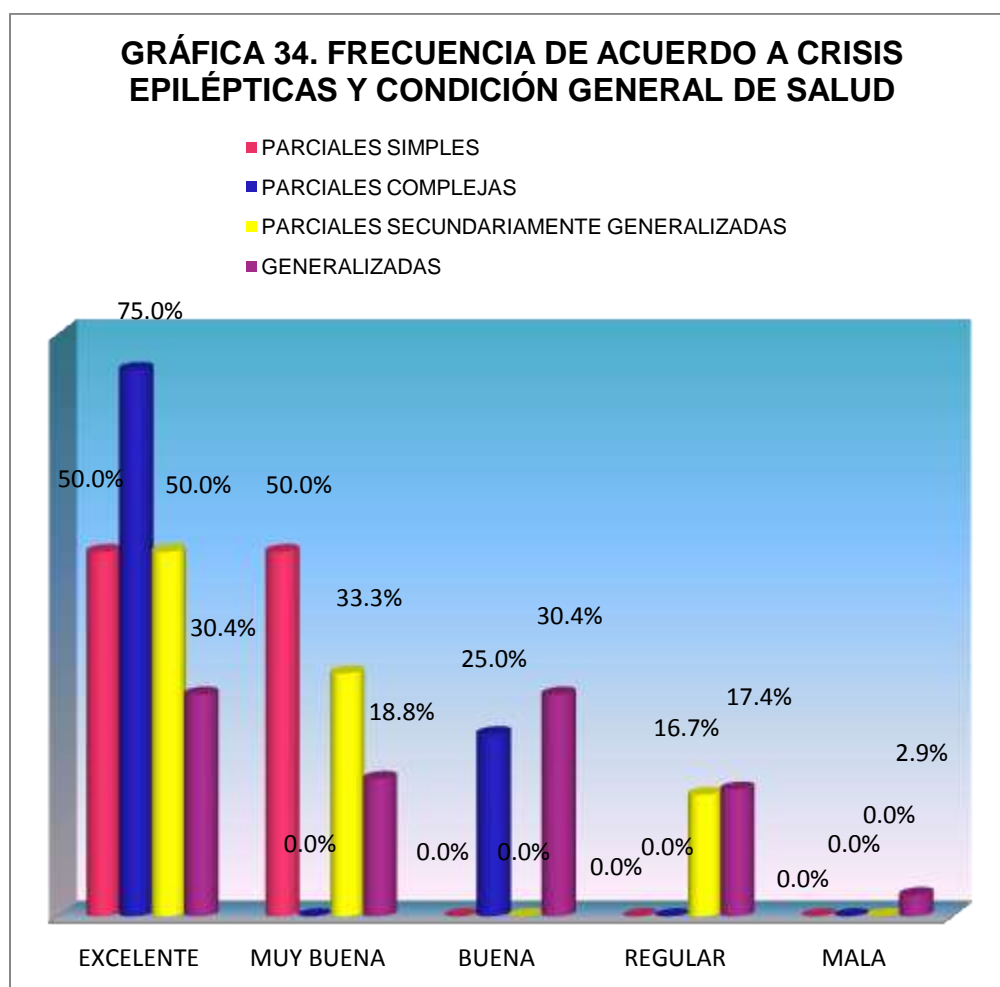
GRÁFICA 33. FRECUENCIA DE ACUERDO A CRISIS EPILÉPTICAS Y CAMBIOS EN LA CONDICIÓN DE SALUD



CUADRO 33. FRECUENCIA DE ACUERDO A CRISIS EPILÉPTICAS Y CAMBIOS EN LA CONDICIÓN DE SALUD

TABLA 34. FRECUENCIA DE ACUERDO A CRISIS EPILÉPTICAS Y CONDICIÓN GENERAL DE SALUD

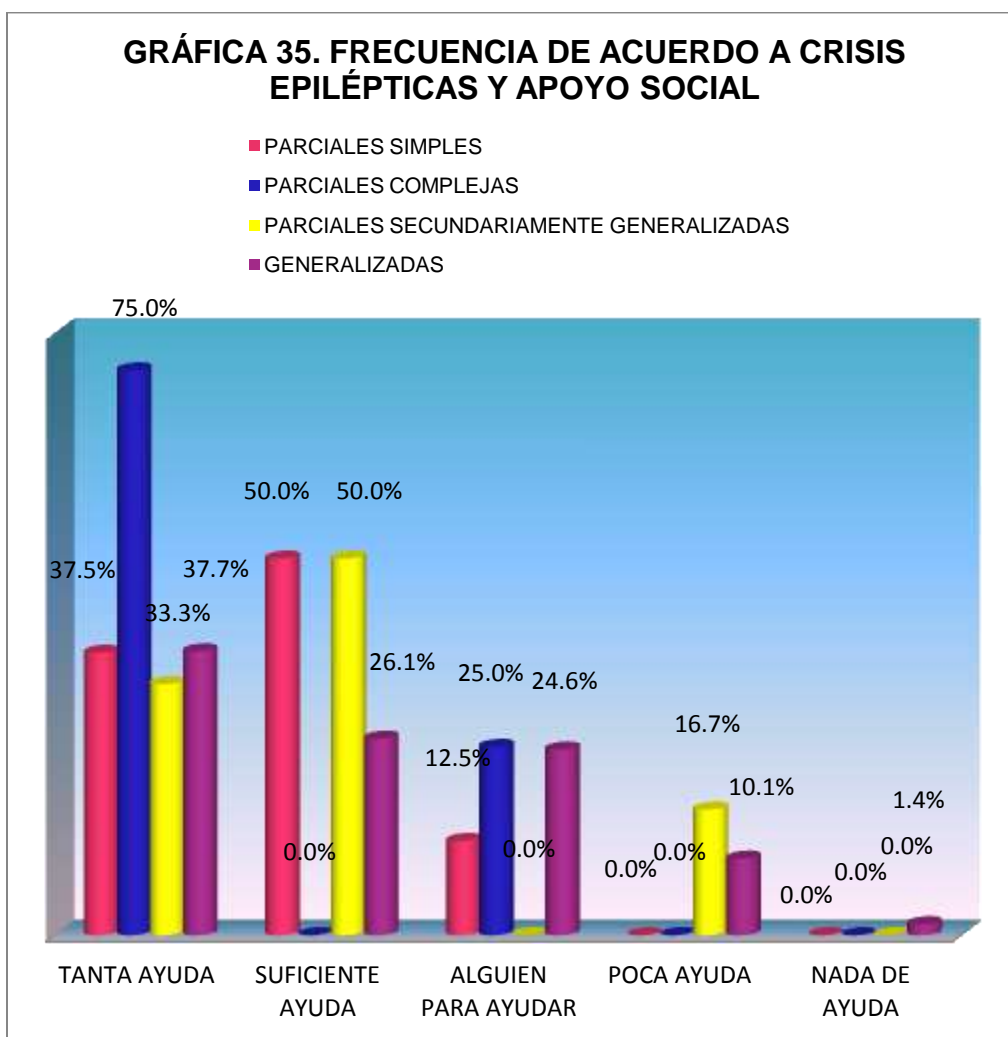
		CONDICIÓN GENERAL DE SALUD					
CRISIS EPILÉPTICAS		EXCELENTE	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	Total
PARCIALES SIMPLES	FRECUENCIA	4	4	0	0	0	8
	PORCENTAJE	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
PARCIALES COMPLEJAS	FRECUENCIA	3	0	1	0	0	4
	PORCENTAJE	75.0%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%	100.0%
PARCIALES SECUNDARIAMENTE GENERALIZADAS	FRECUENCIA	3	2	0	1	0	6
	PORCENTAJE	50.0%	33.3%	0.0%	16.7%	0.0%	100.0%
GENERALIZADAS	FRECUENCIA	21	13	21	12	2	69
	PORCENTAJE	30.4%	18.8%	30.4%	17.4%	2.9%	100.0%



CUADRO 34. FRECUENCIA DE ACUERDO A CRISIS EPILÉPTICAS Y CONDICIÓN GENERAL DE SALUD

TABLA 35. FRECUENCIA DE ACUERDO A CRISIS EPILÉPTICAS Y APOYO SOCIAL

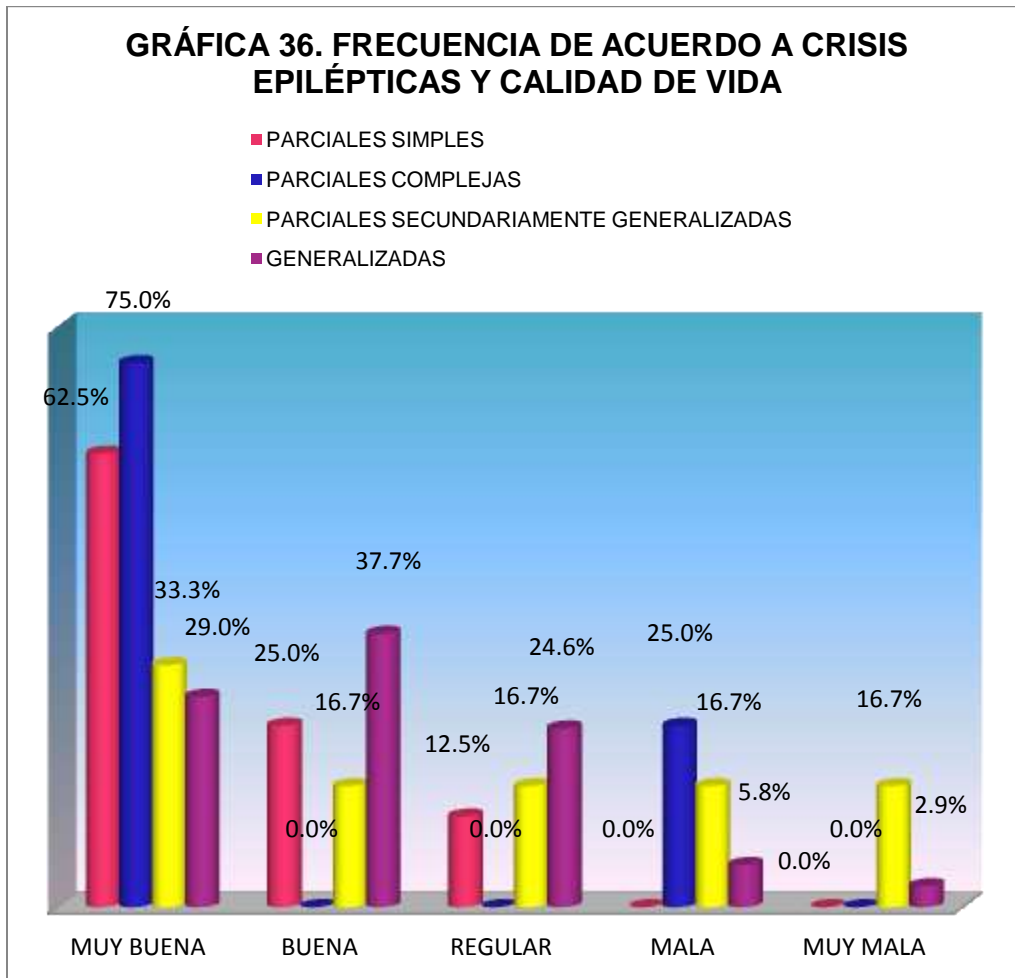
		APOYO SOCIAL					
CRISIS EPILÉPTICAS		TANTA AYUDA	SUFICIENTE AYUDA	ALGUIEN PARA AYUDAR	POCA AYUDA	NADA DE AYUDA	Total
PARCIALES SIMPLES	FRECUENCIA	3	4	1	0	0	8
	PORCENTAJE	37.5%	50.0%	12.5%	0.0%	0.0%	100.0%
PARCIALES COMPLEJAS	FRECUENCIA	3	0	1	0	0	4
	PORCENTAJE	75.0%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%	100.0%
PARCIALES SECUNDARIAMENTE GENERALIZADAS	FRECUENCIA	2	3	0	1	0	6
	PORCENTAJE	33.3%	50.0%	0.0%	16.7%	0.0%	100.0%
GENERALIZADAS	FRECUENCIA	26	18	17	7	1	69
	PORCENTAJE	37.7%	26.1%	24.6%	10.1%	1.4%	100.0%



CUADRO 35. FRECUENCIA DE ACUERDO A CRISIS EPILÉPTICAS Y APOYO SOCIAL

TABLA 36. FRECUENCIA DE ACUERDO A CRISIS EPILÉPTICAS Y CALIDAD DE VIDA

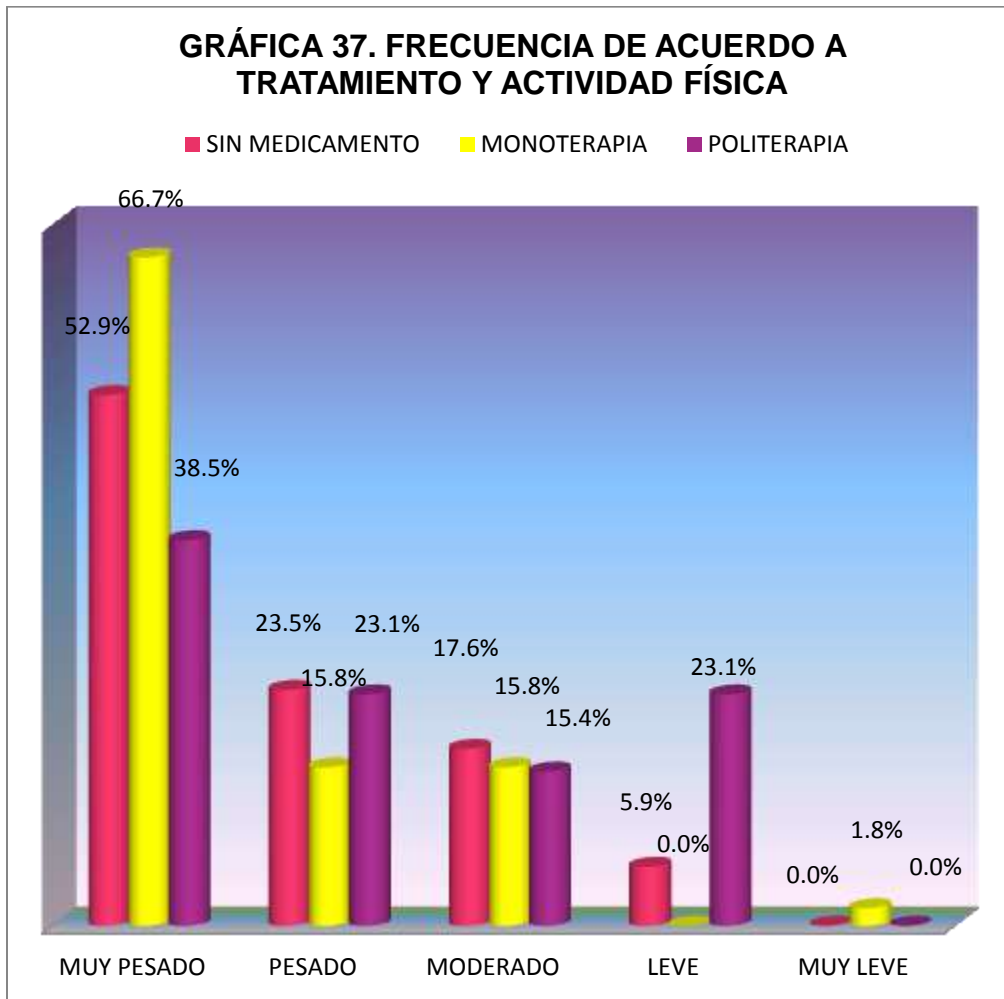
		CALIDAD DE VIDA					
CRISIS EPILÉPTICAS		MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	Total
PARCIALES SIMPLES	FRECUENCIA	5	2	1	0	0	8
	PORCENTAJE	62.5%	25.0%	12.5%	0.0%	0.0%	100.0%
PARCIALES COMPLEJAS	FRECUENCIA	3	0	0	1	0	4
	PORCENTAJE	75.0%	0.0%	0.0%	25.0%	0.0%	100.0%
PARCIALES SECUNDARIAMENTE GENERALIZADAS	FRECUENCIA	2	1	1	1	1	6
	PORCENTAJE	33.3%	16.7%	16.7%	16.7%	16.7%	100.0%
GENERALIZADAS	FRECUENCIA	20	26	17	4	2	69
	PORCENTAJE	29.0%	37.7%	24.6%	5.8%	2.9%	100.0%



CUADRO 36. FRECUENCIA DE ACUERDO A CRISIS EPILÉPTICAS Y CALIDAD DE VIDA

TABLA 37. FRECUENCIA DE ACUERDO A TRATAMIENTO Y CAPACIDAD FÍSICA

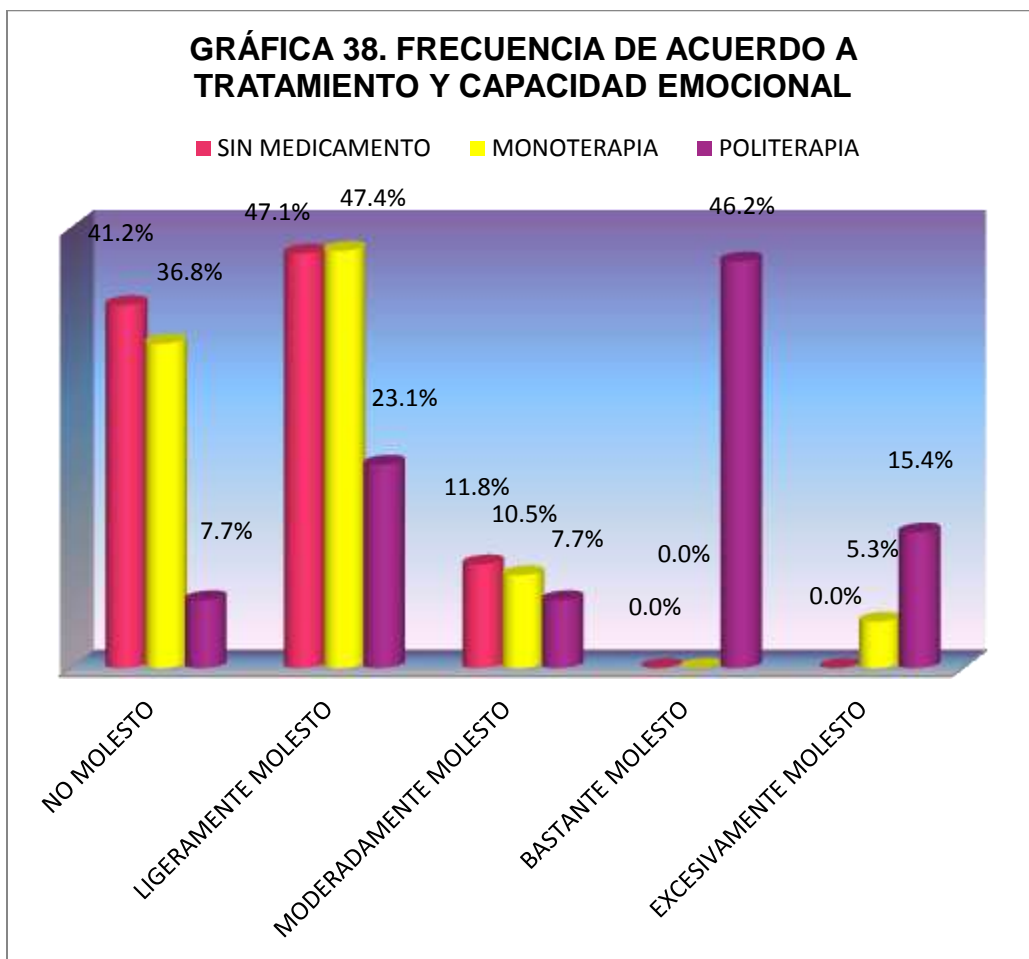
CAPACIDAD FÍSICA							
TRATAMIENTO		MUY PESADO	PESADO	MODERADO	LEVE	MUY LEVE	Total
SIN MEDICAMENTO	FRECUENCIA	9	4	3	1	0	17
	PORCENTAJE	52.9%	23.5%	17.6%	5.9%	0.0%	100.0%
MONOTERAPIA	FRECUENCIA	38	9	9	0	1	57
	PORCENTAJE	66.7%	15.8%	15.8%	0.0%	1.8%	100.0%
POLITERAPIA	FRECUENCIA	5	3	2	3	0	13
	PORCENTAJE	38.5%	23.1%	15.4%	23.1%	0.0%	100.0%



CUADRO 37. FRECUENCIA DE ACUERDO A TRATAMIENTO Y CAPACIDAD FÍSICA

TABLA 38. FRECUENCIA DE ACUERDO A TRATAMIENTO Y CAPACIDAD EMOCIONAL

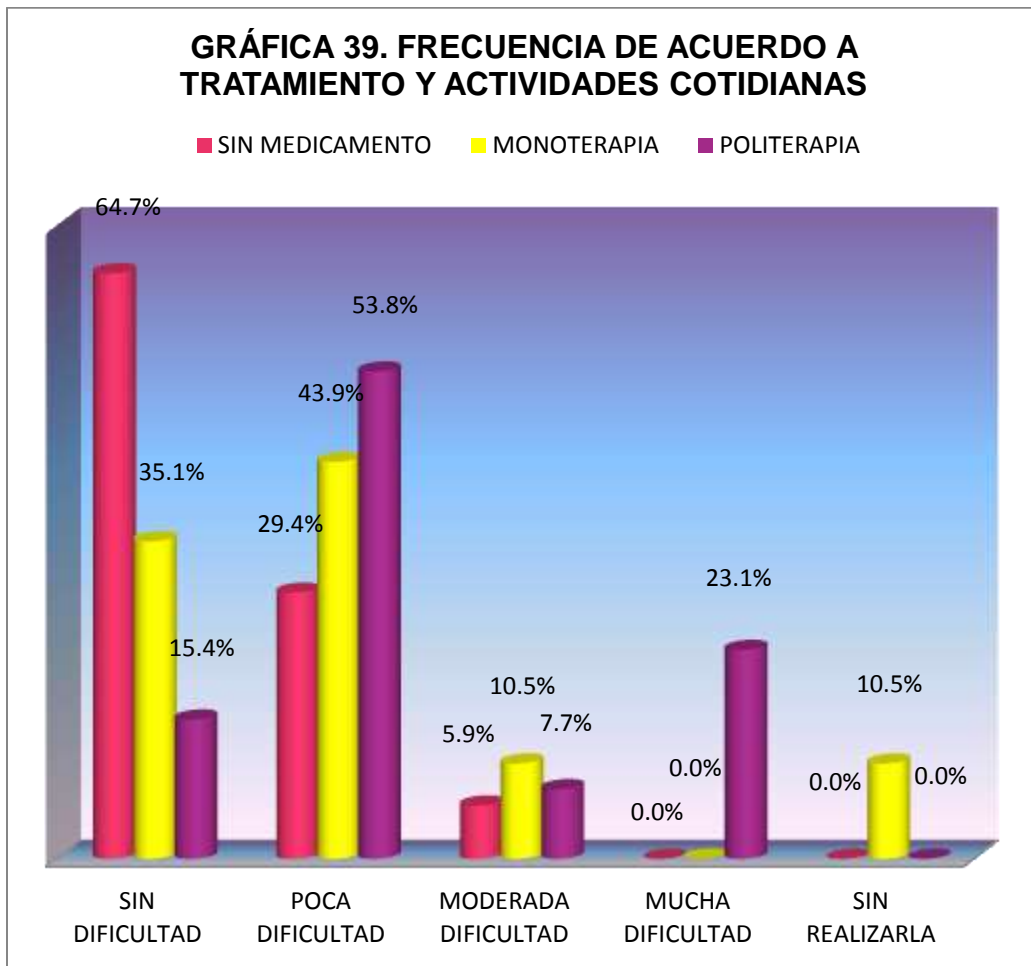
CAPACIDAD EMOCIONAL							
TRATAMIENTO		NO MOLESTO	LIGERAMENTE MOLESTO	MODERADAMENTE MOLESTO	BASTANTE MOLESTO	EXCESIVAMENTE MOLESTO	Total
SIN MEDICAMENTO	FRECUENCIA	7	8	2	0	0	17
	PORCENTAJE	41.2%	47.1%	11.8%	0.0%	0.0%	100.0%
MONOTERAPIA	FRECUENCIA	21	27	6	0	3	57
	PORCENTAJE	36.8%	47.4%	10.5%	0.0%	5.3%	100.0%
POLITERAPIA	FRECUENCIA	1	3	1	6	2	13
	PORCENTAJE	7.7%	23.1%	7.7%	46.2%	15.4%	100.0%



CUADRO 38. FRECUENCIA DE ACUERDO A TRATAMIENTO Y CAPACIDAD EMOCIONAL

TABLA 39. FRECUENCIA DE ACUERDO A TRATAMIENTO Y ACTIVIDADES COTIDIANAS

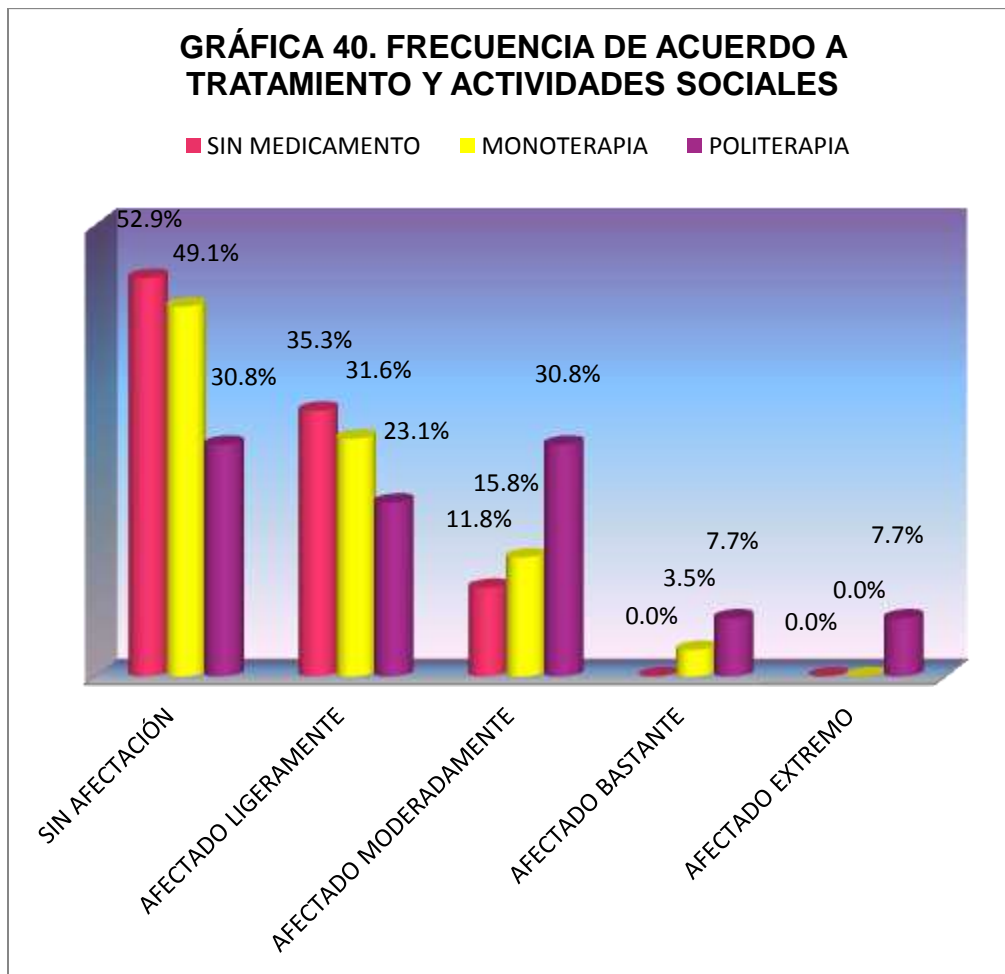
ACTIVIDADES COTIDIANAS							
TRATAMIENTO		SIN DIFICULTAD	POCA DIFICULTAD	MODERADA DIFICULTAD	MUCHA DIFICULTAD	SIN REALIZARLA	Total
SIN MEDICAMENTO	FRECUENCIA	11	5	1	0	0	17
	PORCENTAJE	64.7%	29.4%	5.9%	0.0%	0.0%	100.0%
MONOTERAPIA	FRECUENCIA	20	25	6	0	6	57
	PORCENTAJE	35.1%	43.9%	10.5%	0.0%	10.5%	100.0%
POLITERAPIA	FRECUENCIA	2	7	1	3	0	13
	PORCENTAJE	15.4%	53.8%	7.7%	23.1%	0.0%	100.0%



CUADRO 39. FRECUENCIA DE ACUERDO A TRATAMIENTO Y ACTIVIDADES COTIDIANAS

TABLA 40. FRECUENCIA DE ACUERDO A TRATAMIENTO Y ACTIVIDADES SOCIALES

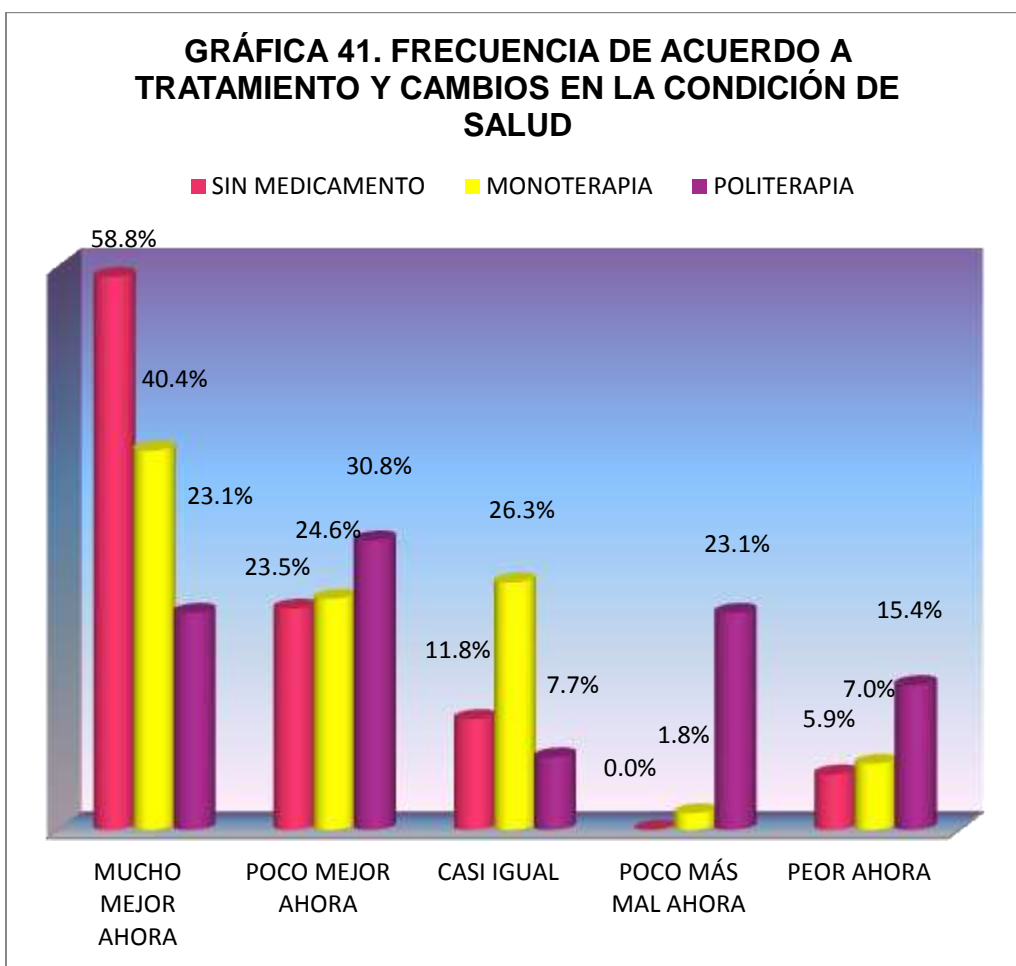
ACTIVIDADES SOCIALES							
TRATAMIENTO		SIN AFECTACIÓN	AFECTADO LIGERAMENTE	AFECTADO MODERADAMENTE	AFECTADO BASTANTE	AFECTADO EXTREMO	Total
SIN MEDICAMENTO	FRECUENCIA	9	6	2	0	0	17
	PORCENTAJE	52.9%	35.3%	11.8%	0.0%	0.0%	100.0%
MONOTERAPIA	FRECUENCIA	28	18	9	2	0	57
	PORCENTAJE	49.1%	31.6%	15.8%	3.5%	0.0%	100.0%
POLITERAPIA	FRECUENCIA	4	3	4	1	1	13
	PORCENTAJE	30.8%	23.1%	30.8%	7.7%	7.7%	100.0%



CUADRO 40. FRECUENCIA DE ACUERDO A TRATAMIENTO Y ACTIVIDADES SOCIALES

TABLA 41. FRECUENCIA DE ACUERDO A TRATAMIENTO Y CAMBIOS EN LA CONDICIÓN DE SALUD

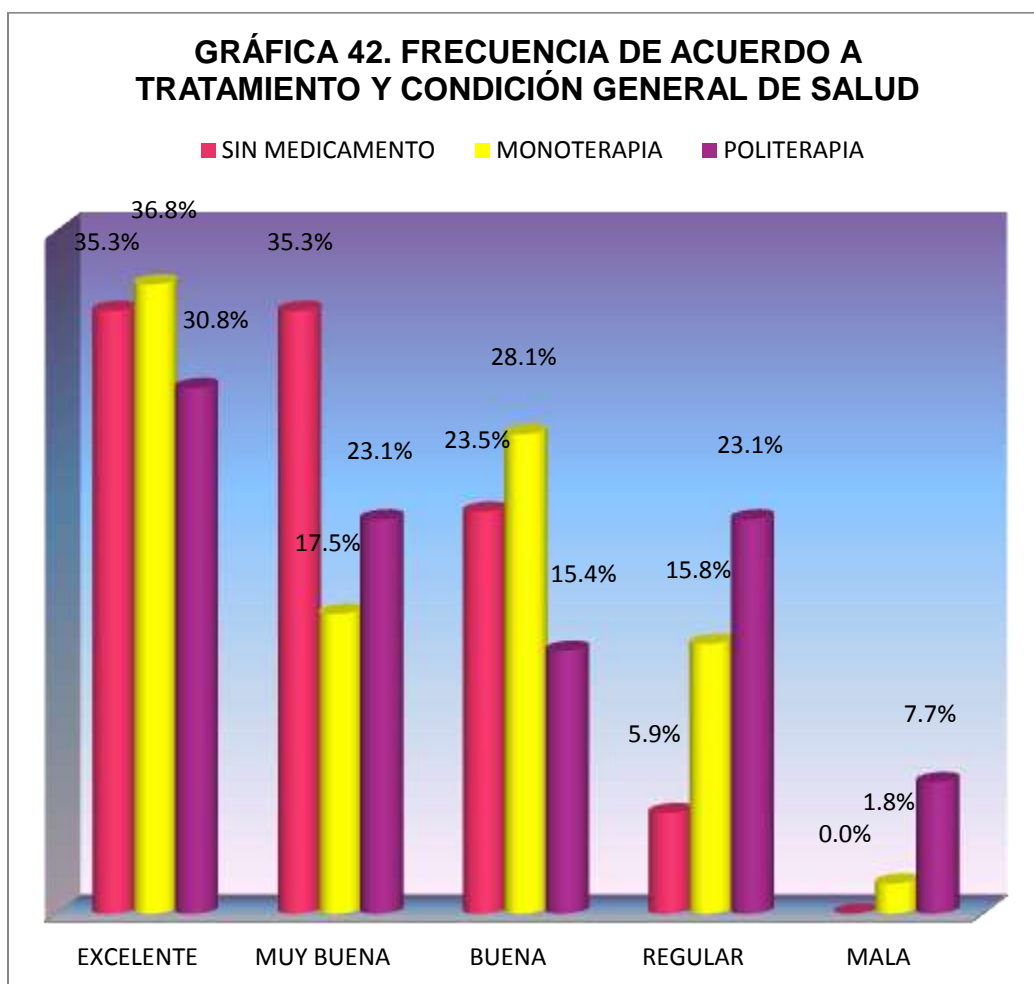
CAMBIOS EN LA CONDICIÓN DE SALUD							
TRATAMIENTO		MUCHO MEJOR AHORA	POCO MEJOR AHORA	CASI IGUAL	POCO MÁS MAL AHORA	PEOR AHORA	Total
SIN MEDICAMENTO	FRECUENCIA	10	4	2	0	1	17
	PORCENTAJE	58.8%	23.5%	11.8%	0.0%	5.9%	100.0%
MONOTERAPIA	FRECUENCIA	23	14	15	1	4	57
	PORCENTAJE	40.4%	24.6%	26.3%	1.8%	7.0%	100.0%
POLITERAPIA	FRECUENCIA	3	4	1	3	2	13
	PORCENTAJE	23.1%	30.8%	7.7%	23.1%	15.4%	100.0%



CUADRO 41 FRECUENCIA DE ACUERDO A TRATAMIENTO Y CAMBIOS EN LA CONDICIÓN DE SALUD

TABLA 42. FRECUENCIA DE ACUERDO A TRATAMIENTO Y CONDICIÓN GENERAL DE SALUD

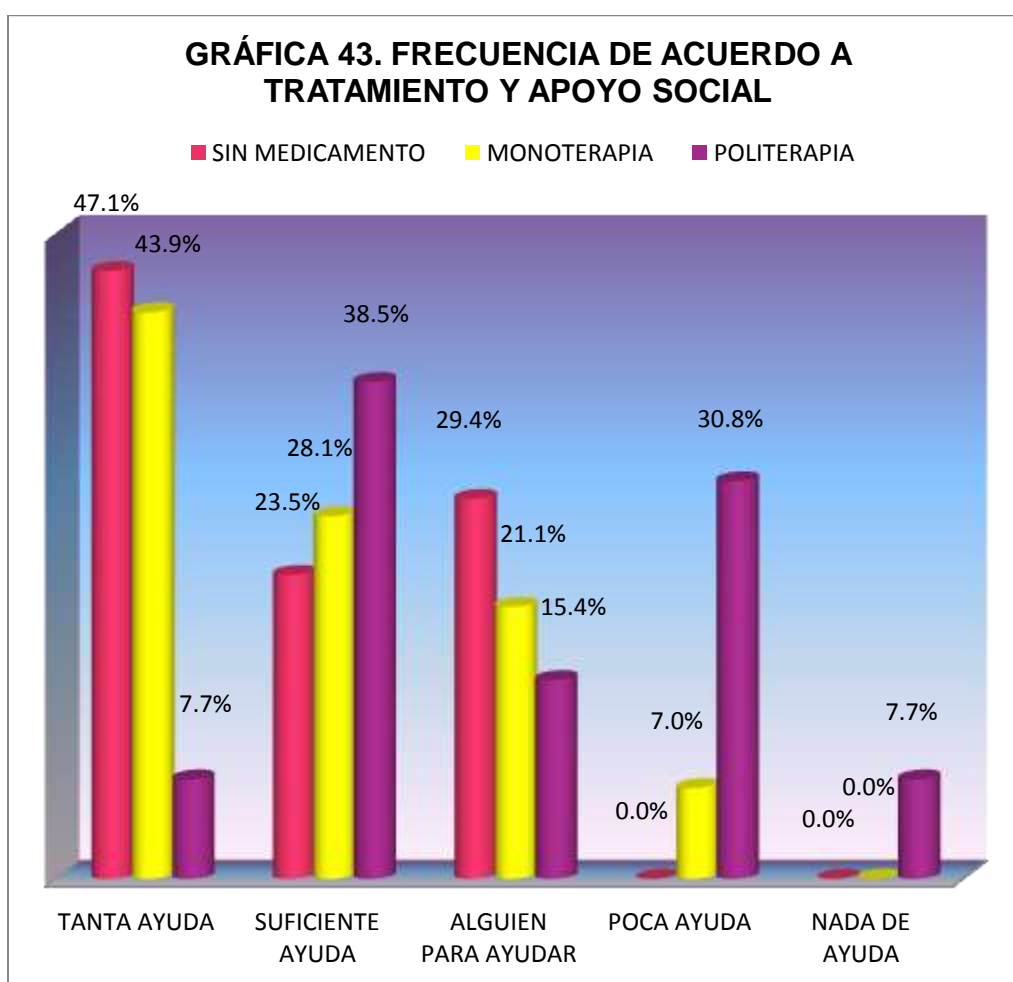
		CONDICIÓN GENERAL DE SALUD					
TRATAMIENTO		EXCELENTE	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	Total
SIN MEDICAMENTO	FRECUENCIA	6	6	4	1	0	17
	PORCENTAJE	35.3%	35.3%	23.5%	5.9%	0.0%	100.0%
MONOTERAPIA	FRECUENCIA	21	10	16	9	1	57
	PORCENTAJE	36.8%	17.5%	28.1%	15.8%	1.8%	100.0%
POLITERAPIA	FRECUENCIA	4	3	2	3	1	13
	PORCENTAJE	30.8%	23.1%	15.4%	23.1%	7.7%	100.0%



CUADRO 42. FRECUENCIA DE ACUERDO A TRATAMIENTO Y CONDICIÓN GENERAL DE SALUD

TABLA 43. FRECUENCIA DE ACUERDO A TRATAMIENTO Y APOYO SOCIAL

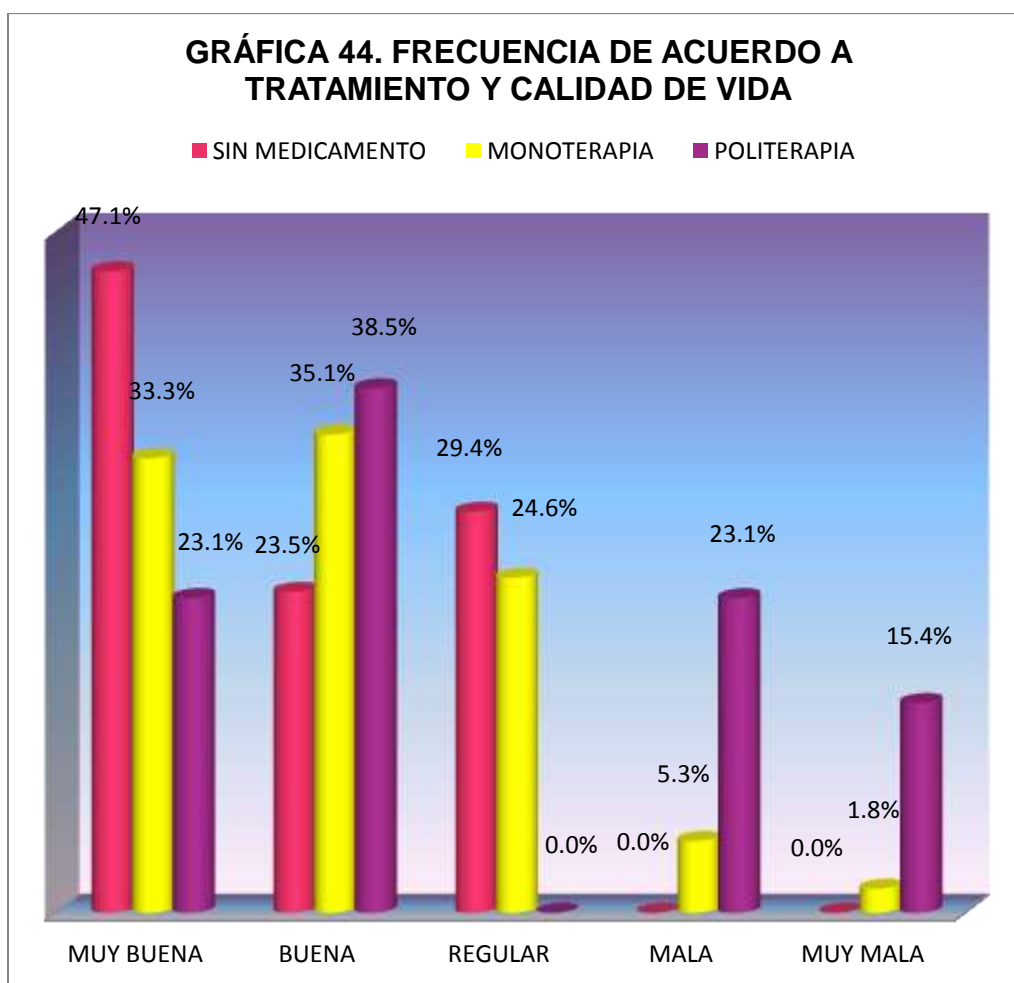
		APOYO SOCIAL					
TRATAMIENTO		TANTA AYUDA	SUFICIENTE AYUDA	ALGUIEN PARA AYUDAR	POCA AYUDA	NADA DE AYUDA	Total
SIN MEDICAMENTO	FRECUENCIA	8	4	5	0	0	17
	PORCENTAJE	47.1%	23.5%	29.4%	0.0%	0.0%	100.0%
MONOTERAPIA	FRECUENCIA	25	16	12	4	0	57
	PORCENTAJE	43.9%	28.1%	21.1%	7.0%	0.0%	100.0%
POLITERAPIA	FRECUENCIA	1	5	2	4	1	13
	PORCENTAJE	7.7%	38.5%	15.4%	30.8%	7.7%	100.0%



CUADRO 43. FRECUENCIA DE ACUERDO A TRATAMIENTO Y APOYO SOCIAL

TABLA 44. FRECUENCIA DE ACUERDO A TRATAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

		CALIDAD DE VIDA					
TRATAMIENTO		MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	Total
SIN MEDICAMENTO	FRECUENCIA	8	4	5	0	0	17
	PORCENTAJE	47.1%	23.5%	29.4%	0.0%	0.0%	100.0%
MONOTERAPIA	FRECUENCIA	19	20	14	3	1	57
	PORCENTAJE	33.3%	35.1%	24.6%	5.3%	1.8%	100.0%
POLITERAPIA	FRECUENCIA	3	5	0	3	2	13
	PORCENTAJE	23.1%	38.5%	0.0%	23.1%	15.4%	100.0%



CUADRO 44. FRECUENCIA DE ACUERDO A TRATAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

DISCUSIÓN

Soto Chávez et al. (2000), en su investigación llamada “Perfil epidemiológico de los niños con Epilepsia” realizado en nuestro país, imperó el sexo masculino en el 53.93% de los casos. Nuestro estudio coincide con el 57.50% de pacientes del sexo masculino. Ambas investigaciones realizadas en México concuerdan con lo reportado en la literatura mundial.

Serrano Martín (2004), realizó una investigación sobre “Aspectos epidemiológicos de la epilepsia” en nuestro país, donde predominaron las crisis generalizadas en el 64% de los casos. Nuestra investigación obtuvo una cifra similar, las crisis generalizadas abarcaron el 79.3% de los casos. Esta situación podría deberse al inadecuado relato de los familiares o del mismo paciente, que no permiten catalogar el tipo de crisis epiléptica de manera precisa, ocasionando que el resto de las crisis sean subestimadas.

Serrano Martín (2004), en su estudio denominado “Aspectos epidemiológicos de la epilepsia” en México, determinaron que el 68% de los pacientes tomaban un solo medicamento. Nuestro estudio descubrió que el 65.5% de los pacientes encuestados se controlaba con la toma de un solo anticonvulsivo. La similitud se explica al adecuado apego a tratamiento y seguimiento de medidas precautorias para el control de la epilepsia.

Alva Moncayo et al. (2008), expusieron en su estudio “Calidad de vida del paciente epiléptico pediátrico” en nuestro país, que la calidad de vida pediátrica es muy mala en 70% de los casos. Nuestra investigación encontró que 6.9% de los pacientes percibieron su calidad de vida como muy mala y 3.4% mala, por lo cual, al hacer el análisis de esta variable, se observó que sólo el 10.3% de la población percibieron negativamente su calidad de vida. Por otro lado, cabe resaltar que el 67.8% de los casos catalogó como buena a muy buena su calidad de vida. La comparación de resultados no puede ser directa, debido a que la primera investigación se efectuó en pacientes hospitalizados en un tercer nivel de atención y se evaluó con un instrumento específico con características diferentes al implementado en nuestro estudio. A su vez, en nuestro estudio, los pacientes participantes acudieron a la consulta externa de neuropediatría, donde se les brindó información y orientación, con el fin de enseñarles que llevando un buen control de su epilepsia, pueden continuar realizando sus actividades cotidianas, sociales y culturales sin normas estrictas.

No se encontraron estudios en la literatura que comparen el tipo de crisis epilépticas con la calidad de vida percibida por los pacientes pediátricos. Sin embargo, en nuestra investigación encontramos que los pacientes tuvieron muy buena calidad de vida en el 62.5% de los casos con crisis parciales simples, 75% con parciales complejas y 33.1% con secundariamente generalizadas; el grupo correspondiente a las crisis generalizadas expresaron buena calidad de vida en el 37.7% de los casos. Esto se puede explicar a que el paciente que tiene un buen control terapéutico, cuidado y apoyo continuara con su vida en el núcleo familiar y social, independientemente del tipo de crisis que padezca.

Enzo Rivera et al. (2005), en su estudio denominado “Factores pronósticos de la calidad de vida en pacientes con epilepsia”, realizado en Chile, encontraron que los pacientes en monoterapia tuvieron mejor calidad de vida en el 62% de los casos, mientras que el 48% de los pacientes con politerapia señalaron peor calidad de vida. En nuestra investigación se encontraron resultados similares, ya que el grupo de monoterapia la considero como buena en el 35.1% y muy buena en el 33.3%, los pacientes con politerapia la consideraron mala 23.1% y muy mala 15.4%. Las similitudes se pueden explicar a la aparición de anticonvulsivos de tercera generación y al cumplimiento de medidas preventivas que permiten el control de la epilepsia con gran eficacia y menos efectos adversos.

Nuestra investigación tuvo como sesgo el reducido tamaño de la muestra, debido a que su realización se efectuó en un hospital de segundo nivel donde hay una baja prevalencia de la patología en estudio. No se tomaron en cuenta pacientes con algún grado de retraso psicomotor. A su vez, sólo se tomaron en cuenta derechohabientes del IMSS. Otra limitante, fue el uso de un instrumento genérico que evalúa calidad de vida, debido a que no se cuenta con la validación en nuestro país de un instrumento específico para población pediátrica con epilepsia.

No tuvimos dificultades operativas ni administrativas ya que se proporcionaron todas las facilidades para la realización de la investigación y los pacientes junto con sus padres o cuidadores aceptaron sin limitaciones la aplicación del cuestionario COOP-DARMOUTH.

La relevancia del estudio fue determinar que escolares y adolescentes con epilepsia tienen buena calidad de vida, este aspecto se valoró por un instrumento genérico que nos permitió observar un panorama general de aquel componente físico, emocional, social y de salud que pudo estar alterando su autoestima, seguridad, independencia e interacción familiar y social. Con lo cual, el médico familiar tendrá las herramientas necesarias para integrar los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en un esquema longitudinal que permitirá el seguimiento del proceso salud-enfermedad del individuo, estableciendo el tratamiento adecuado de la misma y coordinando los recursos médicos, familiares y comunitarios a su alcance para optimizar la calidad de vida y ser parte del desarrollo exitoso de los pacientes pediátricos epilépticos.

El presente estudio muestra que la información, orientación y aclaración de estigmas sociales, es la clave para mejorar la calidad de vida de los pacientes epilépticos. El médico familiar debe en su control mensual de los pacientes en edad pediátrica con epilepsia hacer hincapié en las medidas preventivas, en la administración correcta de fármacos, en su rendimiento escolar y su comportamiento familiar para que en un futuro esta enfermedad quede como un antecedente patológico controlado y continúe con una excelente calidad de vida.

CONCLUSIONES

En el presente estudio, se cumplió con el objetivo de determinar la calidad de vida en escolares y adolescentes con epilepsia, ya que ésta fue percibida como muy buena en el 34.5% y buena en el 33.3% de los pacientes, 2 terceras partes de la población estudiada.

Es importante resaltar, que se acepta la hipótesis alterna debido a que se obtuvo que los escolares y adolescentes con epilepsia tienen buena calidad de vida.

En cuanto a las características de los pacientes se encontró que la edad promedio fue de 11 años, 57.5% de los pacientes fueron del sexo masculino, 79.3% de la población de estudio tenían crisis generalizadas y el 65.5% de los pacientes tomaban solo un anticonvulsivante.

En cuanto a las dimensiones que sustentaron la buena calidad de vida percibida por el paciente epiléptico se encontró que el 59.8% de los pacientes realizaron actividad física muy pesada; 43.7% se sintieron ligeramente irritados o tristes; el 42.5% tuvieron poca dificultad para realizar sus actividades cotidianas, 47.1% no tuvieron afectación en sus actividades sociales, 41.4% percibían que su condición de salud estaba mejor actualmente, 35.6% calificaron tener excelente condición general de salud y 39.10% recibieron tanto apoyo social como lo necesitaron.

Al observar el tipo de crisis epiléptica y calidad de vida, no se encontraron importantes diferencias, ya que tanto los pacientes con crisis parciales simples, complejas y secundariamente generalizadas, manifestaron tener muy buena calidad de vida en el 62.5%, 75% y 33.1% de los casos respectivamente. Mientras que pacientes con crisis generalizadas manifestaron tener buena calidad de vida en el 37.7% de los casos.

Así mismo en el rubro de tipo de tratamiento y calidad de vida, observamos que tanto los pacientes con monoterapia como con politerapia consideraron tener buena calidad de vida en el 35.1% y 38.5% de los pacientes respectivamente. Como es de esperarse, en el grupo de pacientes epilépticos sin manejo anticonvulsivo se consideró mejor calidad de vida en el 47.1% de los pacientes.

Por todo lo mencionado anteriormente, podemos concluir que la mayoría de los escolares y adolescentes con epilepsia pueden tener buena calidad de vida, independientemente del tipo de crisis epiléptica o tratamiento, ello puede radicar más en el adecuado apego a tratamiento, cumplimiento de medidas precautorias para no incidir en otro evento epiléptico y por supuesto, al apoyo médico, familiar y social que se le brinde al paciente.

Futuras investigaciones deben abordar la validación de un instrumento específico que valore la calidad de vida en pacientes pediátricos con epilepsia, que a pesar de su existencia en países de primer mundo, ninguno se ha adaptado a la población mexicana. Así mismo, se puede crear y validar un nuevo instrumento de evaluación de calidad de vida, que en el contexto de nuestra sociedad y costumbres, le pueda brindar al médico familiar la oportunidad de ir más allá de un enfoque exclusivo en los aspectos físicos de epilepsia, tales como frecuencia de las convulsiones, la gravedad y el efecto de los medicamentos sino investigar directamente alteraciones en la cognición, recreación, seguridad, independencia y expectativas en el futuro del paciente epiléptico.

De la misma forma, se propone realizar un estudio comparativo entre el primer y segundo nivel de atención con el fin de investigar qué aspectos de la relación médico-paciente, entorno familiar y social alteran u optimizan la calidad de vida del paciente epiléptico.

Por último se recomienda incrementar la población de estudio, a través de un estudio multicéntrico que abarque diferentes instituciones de salud o realizar un estudio de seguimiento en pacientes con una mala percepción de su calidad de vida, llevando a cabo una intervención integral por parte del médico familiar y evaluar posteriormente si las medidas implementadas tuvieron un impacto positivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bell GS, Sander JW. The epidemiology of epilepsy: the size of the problem. *Seizure* 2001;10:306-16.
2. Ávila Áviles JM. Comorbilidad del trastorno compulsivo en pacientes con epilepsia. *Arch Neurocienc* 2004;9:94-96.
3. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia* 1989;30:389-399.
4. Fisher RS, van Emde Boas W, Blume W, et al. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia* 2005; 46(4):470-472.
5. Engel J Jr. Report of the ILAE classification core group. *Epilepsia* 2006;47:1558-1568.
6. Commission on classification and Terminology of the International League Against Epilepsy: Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. *Epilepsia* 1989;30:389-99.
7. Mutani R. Neurophysiological mechanisms underlying epileptogenesis. *Funct. Neurol* 1986;1:385-89.
8. Prince DA, Wilder BJ. Control mechanisms of cortical epileptogenic foci "surround" inhibition. *Arch Neurol* 1967;16:194-202.
9. Prince DA. Basic mechanisms of focal epileptogenesis. En: Avanzini G, Fariello R, Heinemann U, Mutani R, Editores. *Epileptogenic and excitotoxic mechanisms*. London: John Libbey & Company; 1993: 17-27.
10. Traub RD, Wong RKS, Miles R, Knowles WD. Neuronal interactions during epileptic events in vitro. *Fed Proc* 1985; 44: 2953-55.
11. Dudek FE, Yasumura T, Rash JE. Non-synaptic mechanisms in seizures and epileptogenesis. *Cell Biol Int* 1989; 22: 793-805.
12. Avanzini G, Moshe SL, Schwartzkroin PA, Engel J Jr. Animal models of localization-related epilepsy. *Epilepsy: a comprehensive Textbook*. Engel JJr, Pedley TA, editores. Philadelphia: Lippincott-Raven Publisher; 1997. pp. 427-42.
13. Commission on classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. *Epilepsia* 1981; 22: 489-501.
14. Zifkin BG, Dravet C. Generalized convulsive seizures. En: Engel J Jr, Pedley TA, editores. *Epilepsy: a comprehensive textbook*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1997: 567-77.
15. Gale K. Animal models of generalized convulsive seizures. En: Avoli M, Gloor P, Kostopoulos G, Naquet R, editores. *Generalized epilepsy. Neurobiological approaches*. Michigan: Birkhäuser Press; 1990: 329-43.
16. Engel J Jr, Rocha L. Interictal behavioral disturbances: a search for molecular substrates. *Epilepsy Res Suppl* 1992;9:341-49.
17. Cottrell B, Bohus B. Immediate and long-term effects of opiate antagonist on postictal behavior following amygdala kindling in the rat. *Eur J Pharmacol* 1987;150:417-21.
18. Engel J Jr, Blander R, Griffith NC, Caldecott-Hazard S, Neurobiological evidence for epilepsy-induced interictal disturbances. *Advances in neurology* 1991; 55: 97-109.

19. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised clinical and electrographic classification of epileptic seizures. *Epilepsia* 1981; 22: 489–501.
20. Engel J Jr. A proposed diagnostic scheme for people with epileptic seizures and with epilepsy: report of the ILAE Task Force on Classification and Terminology. *Epilepsia* 2001; 42(6): 796–803.
21. Krumholz A, Wiebe S, Gronseth G, et al. Practice parameter: evaluating an apparent unprovoked first seizure in adults (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Epilepsy Society. *Neurology* 2007; 69(21):1996–2007.
22. Elger CE, Schmidt D. Modern management of epilepsy: a practical approach. *Epilepsy Behav* 2008;12(4):501–39.
23. So EL. Update on epilepsy. *Med Clin North Am* 1993;77(1):203–14.
24. Schachter SC, editor. *Epilepsy in our words: personal accounts of living with seizures*. Oxford (UK): Oxford University Press; 2008.
25. Marcangelo MJ, Ovsiew F. Psychiatric aspects of epilepsy. *Psychiatr Clin North Am* 2007;30(4):781–802.
26. Cascino GD. Neuroimaging in epilepsy: diagnostic strategies in partial epilepsy. *Semin Neurol* 2008;28(4):523–32
27. Devinsky O, Yerby MS. Women with epilepsy: reproduction and effects of pregnancy on epilepsy. *Neurol Clin* 1994;12:479–95.
28. Morrell MJ. Guidelines for the care of women with epilepsy. *Neurology* 1998; 51(5 Suppl 4):S21–7.
29. Loiseau J, Loiseau P, Duche B, et al. A survey of epileptic disorders in southwest France: seizures in elderly patients. *Ann Neurol* 1990;27:232–7.
30. Schachter SC. Iatrogenic seizures. *Neurol Clin* 1998;16:157–70. Bragin A, Wilson CL, Engel JJr. Chronic epileptogenesis requires development of network of pathologically interconnected neurons clusters: a hypothesis. *Epilepsia* 2000; 41 Suppl 6: S144-152.
31. Beydoun A, Sackellares JC, Shu V. Safety and efficacy of divalproex sodium monotherapy in partial epilepsy: a double-blind, concentration-response design clinical trial. Depakote Monotherapy for Partial Seizures Study Group. *Neurology*. 1997; 48(1):182-8.
32. Hauser WA. Seizure disorders: the changes with age. *Epilepsia* 1992;33(4):S6–14.
33. Karceski S, Morrell M, Carpenter D. The expert consensus guideline series: treatment of epilepsy. *Epilepsy Behav* 2001;2:41–50.
34. Binnie CD, Polkey CE. Commission of Neurosurgery of the International League Against Epilepsy (ILAE) 1993-1997: Recommended Standards. *Epilepsia*. 2000; 41:1346-49.
35. WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from World Health Organization. Special issue “Quality of Life”. *Social Science Med* 1995;10:1403-09
36. Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*:2;9-21.
37. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chile* 2010; 138: 358-365
38. Velarde Jurado E, Ávila Figueroa C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Publica Mex* 2002;44:448-463.
39. Stavem K. Quality of life in epilepsy: comparison of four preference measures. *Epilepsy Res* 1998;29:201-09.

40. Archila R. Epilepsia y trastornos del aprendizaje. *Rev Neurol (Barc)* 1998; 25:720-725.
41. The Group for the study of prognosis of epilepsy in Japan. Natural history and prognosis of epilepsy: report of a multi institutional study in Japan. *Epilepsia* 1981; 22:35-53.
42. Herranz JL, Sellers G. Análisis de datos epidemiológicos de la epilepsia en España (Estudio GABA 2000). Madrid: CIBEST; 1996.
43. Brown SW. Quality of life--a view from the playground. *Seizure* 1994;(3):11-5
44. Enzo Rivera et al. Factores pronósticos de la calidad de vida en pacientes con epilepsia". *Rev Chilena de salud* 2005;1:1-7
45. Alva Moncayo et al. Calidad de vida del paciente epiléptico pediátrico. *Rev Neurol* 1998; 26:154
46. Herranz JL, Lastra L, y col. Conocimientos y actitudes de los profesores sobre la epilepsia. Valoración de una encuesta efectuada a los 4,099 profesores de Cantabria. *An Esp Pediatr* 1990;33:523-527.
47. Wagner AK, Keller SD, Kosinski M, Baker GA, Jacoby A, Hsu MA, Chadwick DW, Ware JE. Advances in methods for assessing the impact of epilepsy and antiepileptic drug therapy on patients' health-related quality of life. *Qual Life Res* 1995; 4:115-134.
48. Hayden M, Penna C, Buchanan N. Epilepsy: patient perceptions of their condition. *Seizure* 1992;1:191-197.
49. Nelson E, Wasson J, Kirk J and et al. Assessment of function in routine clinical practice: Description of the COOP chart method and preliminary findings. *J Cron Dis* 1987;40 (1): 55S-62S.
50. Nelson EC, Landgraf JM, Hays RD, Wasson JH, Kirk JW. The functional status of patients. How can it be measured in physician offices? *Med Care* 1990;28:1111-1126.
51. López García GA, Valois Figueroa L, Arias Gómez J, Alonso Vázquez F, Cardenas Navarrete R, Villasís Keever A, et al. Validación del cuestionario COOP-Dartmouth para evaluar estado funcional biopsicosocial en escolares y adolescentes con enfermedad crónica. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1996;53:606-15.

ANEXOS

ANEXO 1

Clasificación internacional de las crisis epilépticas

- I. **Crisis parciales (focales, locales)**
 - A. **Crisis parciales simples (sin alteración de la consciencia)**
 - 1. Con signos motores
 - 2. Con síntomas sensoriales
 - 3. Con signos o síntomas vegetativos
 - 4. Con síntomas psíquicos
 - B. **Crisis parciales complejas (crisis del lóbulo temporal o psicomotoras; alteración de la consciencia)**
 - 1. **Inicio parcial simple, seguido de deterioro de la consciencia**
 - a. Con manifestaciones parciales simples, seguidas por un deterioro de la consciencia
 - b. Con automatismos
 - 2. **Con deterioro de la consciencia desde el inicio**
 - a. Únicamente con deterioro de la consciencia
 - b. Con automatismos
 - C. **Crisis parciales que evolucionan hacia crisis secundariamente generalizadas (tónico-clónicas, tónicas o clónicas)**
 - 1. **Crisis parciales simples que evolucionan hacia crisis generalizadas**
 - 2. **Crisis parciales complejas que evolucionan hacia crisis generalizadas**
 - 3. **Crisis parciales simples que evolucionan hacia crisis parciales complejas y luego hacia crisis generalizadas**
- II. **Crisis generalizadas (convulsivas o no convulsivas)**
 - A. **Crisis de ausencia (*petit mal*)**
 - B. **Crisis mioclónicas**
 - C. **Crisis tónicas**
 - D. **Crisis atónicas**
 - E. **Crisis clónicas**
 - F. **Crisis tónico-clónicas (*grand mal*)**
- III. **Crisis epilépticas no clasificadas (debido a datos incompletos)**

Incluyen algunas crisis neonatales, por ejemplo: movimientos oculares rítmicos, de natación y masticatorios
- IV. **Addendum**

Incluye a las crisis epilépticas repetidas que ocurren en diversas circunstancias:

 - 1.-Crisis fortuitas, que llegan inesperadamente y sin alguna provocación evidente
 - 2.-Crisis cíclicas, más o menos a intervalos regulares (crisis en relación con el ciclo menstrual o con el ciclo de sueño-vigilia)
 - 3.-Crisis provocadas por:
 - a) Factores no sensoriales (fatiga, alcoholismo, emoción, etc.)
 - b) Factores sensoriales, referidas como crisis refleja

ANEXO 2

Clasificación de los síndromes epilépticos	
Grupos de síndromes	Síndromes específicos
Epilepsias focales idiopáticas de la edad pediátrica	Crisis infantiles benignas no familiares Epilepsia benigna de la niñez con paroxismos centrotemporales Epilepsia occipital benigna de comienzo precoz de la niñez (tipo Panayiotopoulos) Epilepsia occipital de comienzo tardío de la niñez (tipo Gastaut)
Epilepsias focales familiares (autosómicas dominantes)	Crisis neonatales familiares benignas Crisis infantiles familiares benignas Epilepsia del lóbulo frontal nocturna autosómica dominante Epilepsia familiar del lóbulo temporal Epilepsia familiar focal con focos variables
Epilepsias focales sintomáticas (o probablemente sintomáticas)	Epilepsias límbicas Epilepsia del lóbulo temporal mesial con esclerosis del hipocampo Epilepsia del lóbulo temporal mesial definida por etiologías específicas Otros tipos definidos por su localización y etiología Epilepsias neocorticales Síndrome de Rasmussen Síndrome de hemiconvulsión-hemiplejía Otros tipos definidos por su localización y etiología Crisis parciales migratorias de la infancia temprana
Epilepsias generalizadas idiopáticas	Epilepsia mioclónica benigna de la infancia Epilepsia con crisis mioclónico-astáticas Epilepsia con ausencias de la infancia Epilepsia con ausencias mioclónicas Epilepsias generalizadas idiopáticas con fenotipo variable Epilepsia con ausencias juvenil Epilepsia mioclónica juvenil Epilepsia con crisis generalizadas únicamente tónico-clónicas Epilepsias generalizadas con crisis febriles plus
Epilepsias reflejas	Epilepsia idiopática fotosensible del lóbulo occipital Otras epilepsias visuales Epilepsia primaria de la lectura Epilepsia sobresalto
Encefalopatías epilépticas (en las que las alteraciones epileptiformes pueden contribuir a la disfunción progresiva)	Encefalopatía mioclónica precoz Síndrome de Ohtahara Síndrome de West Síndrome de Dravet (conocido anteriormente como epilepsia mioclónica grave de la infancia) Estado mioclónico en encefalopatías no progresivas Síndrome de Lennox-Gastaut Síndrome de Landau-Kleffner Epilepsia con punta-onda continua durante el sueño de ondas lentas
Epilepsias mioclónicas progresivas	
Crisis que no conllevan necesariamente el diagnóstico de epilepsia	Crisis neonatales benignas Crisis febriles Crisis reflejas Crisis relacionadas con la abstinencia de alcohol Crisis relacionadas con fármacos o sustancias químicas Crisis únicas o grupos aislados de crisis Crisis muy esporádicas (oligoepilepsia)



ANEXO 3

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
 DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS E INVESTIGACIÓN MÉDICA
 HGZ/UMF No 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

“CALIDAD DE VIDA EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES CON EPILEPSIA EN EL
 HGZ/UMF No 8 DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
 2012-2014

FECHA	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2013	2013- 2014
TÍTULO	x											
ANTECEDENTES	x											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	x											
OBJETIVOS	x											
HIPÓTESIS	x											
PROPÓSITOS	x											
DISEÑO METODOLÓGICO		x										
ANÁLISIS ESTADÍSTICO		x										
CONSIDERACIONES ÉTICAS		x										
RECURSOS		x										
BIBLIOGRAFÍA		x										
ASPECTOS GENERALES		x										
ACEPTACIÓN		x										
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO			x									
RECOLECCIÓN DE DATOS				x								
ALMACENAMIENTO DE DATOS				x								
ANÁLISIS DE DATOS					x							
DESCRIPCIÓN DE DATOS						x						
DISCUSIÓN DE DATOS							x					
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO								x				
INTEGRACIÓN Y									x			
REVISIÓN FINAL												
REPORTE FINAL										x		
AUTORIZACIONES											x	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO											x	
PUBLICACIÓN												x

ANEXO 4



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(NIÑOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"Calidad de vida en escolares y adolescentes con epilepsia en el HGZ/UMF No 8 Dr Gilberto Flores Izquierdo"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	México D.F. HGZ/UMF No 8. Marzo a Enero 2012
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Es de suma importancia valorar la percepción de calidad de vida en escolares y adolescentes de nuestro entorno, así como identificar los factores que influyen en la misma.
Procedimientos:	Se realizará entrevista individual a los pacientes que acudan a la consulta externa de neuropediatría del HGZ/UMF No 8
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer la calidad de vida percibida por escolares y adolescentes con Epilepsia.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El protocolo es descriptivo, no hay intervención de variables, por lo tanto solo se informara en caso de información relevante.
Participación o retiro:	Se garantiza la libertad de abandonar el estudio sin que afecte la atención médica del familiar o representado en el Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Se compromete de no identificar al participante en presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio, y de mantener la confidencialidad de la información.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): No aplica

Beneficios al término del estudio: No aplica

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: DR ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO

Colaboradores: DR VILCHIS CHAPARRO EDUARDO

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave:2810-009-014

ANEXO 5

ENCUESTA APLICATIVA DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
 DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
 RA DE PRESTACIONES MÉDICAS E INVESTIGACIÓN MÉDICA
 HGZ/UMF No 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA

EDAD: _____ AÑOS

RANGO DE EDAD: 1 () ESCOLAR 2 () ADOLESCENTE

SEXO: 1 () MASCULINO 2 () FEMENINO

CRISIS EPILÉPTICA: 1 () PARCIAL SIMPLE 2 () PARCIAL COMPLEJA 3 () PARCIAL SECUNDARIAMENTE GENERALIZADA 4 () GENERALIZADA

TRATAMIENTO: 1 () SIN MEDICAMENTO 2 () MONOTERAPIA 3 () POLITERAPIA






1. En las últimas 4 semanas...
 ¿Qué tanto ejercicio pudiste realizar por lo menos durante 2 minutos?

2. En las últimas 4 semanas...
 ¿Qué tan molesto has estado por problemas emocionales como sentirte triste, angustiado, deprimido o enojado?

Muy pesado, por ejemplo: Correr a paso veloz Subir escaleras cargando una bolsa pesada de víveres / supermercado		1
Pesado, por ejemplo: Trotar Subir escaleras sin detenerse a descansar		2
Moderado, por ejemplo: Caminar a paso rápido Caminar cargando una bolsa pesada de supermercado		3
Leve, por ejemplo: Caminar a paso regular Caminar cargando una pequeña bolsa de supermercado		4
Muy leve, por ejemplo: Caminar a paso lento Dibujar o escribir		5

No he estado molesto		1
Me he sentido ligeramente molesto		2
Me he sentido moderadamente molesto		3
Me he sentido bastante molesto		4
Me he sentido excesivamente molesto		5

3. En las últimas 4 semanas...
 ¿Por salud física o problemas emocionales qué tanta dificultad tuviste al realizar tus labores diarias, dentro y fuera de tu casa?

No tuve dificultad para realizarlas	 1
Tuve un poco de dificultad para realizarlas	 2
Tuve dificultad para realizarlas	 3
Tuve mucha dificultad para realizarlas	 4
No pude realizarlas	 5






4. En las últimas 4 semanas...
 ¿Hasta qué grado tu salud física o problemas emocionales han afectado tus actividades sociales con familiares, amigos, vecinos o grupos? Mis actividades, como ir al cine, platicar con amigos, ir a fiestas, jugar en grupo, etc...

No se han afectado	 1
Se han afectado ligeramente	 2
Se han afectado moderadamente	 3
Se han afectado bastante	 4
Se han afectado en extremo	 5



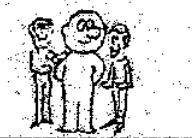
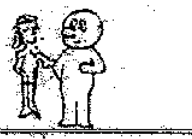

5. En las últimas 4 semanas...
 ¿Cómo calificarías tu salud física y condición emocional actual en comparación a hace 4 semanas?

Están mucho mejor ahora	++
Están un poco mejor ahora	+
Están casi igual	±
Están un poco más mal ahora	-
Están peor ahora	--


6. En las últimas 4 semanas...
 ¿En general cómo podrías clasificar tu salud física y condición emocional?

Excelentes	 1
Muy buenas	 2
Buenas	 3
Regulares	 4
Malas	 5

7. En las últimas 4 semanas...
 ¿Hubo alguien dispuesto a ayudarte si tú querías o necesitabas ayuda?
 Por ejemplo, si tu...
 Te sentías muy nervioso, solitario o triste
 Estabas enfermo y tenías que estar en cama
 Necesitabas a alguien con quien hablar
 Necesitabas de alguien que te cuidara

Sí, hubo tanta ayuda como yo lo necesite	
Sí, hubo suficiente ayuda	
Sí, hubo alguien para ayudarme	
Sí, hubo poca ayuda	
No, nadie me ayudó	

8. En las últimas 4 semanas...
 ¿Cómo ha sido tu calidad de vida durante las últimas 4 semanas?
 Por ejemplo:
 ¿Cómo la has pasado en estas 4 semanas?
 ¿Cómo han estado las cosas para ti?

	1 Muy bien. Difícilmente me pudo ir mejor
	2 Bastante bien
	3 Regular. Con partes buenas y malas, ambas por igual
	4 Bastante mal
	5 Muy mal. Difícilmente me pudo ir peor