

11226



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

Facultad de Medicina  
División de Estudios Superiores  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
Unidad de Medicina Familiar No. 21

**REPERCUSIONES FAMILIARES DE LA EPILEPSIA  
DERECHOHABIENTES DE LA U.M.F. No. 21**

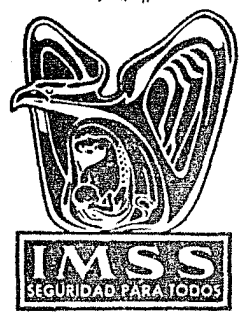
**T E S I S**

Que para obtener el postgrado

Especialidad: Medicina Familiar

P r e s e n t a :

Ana María Hernández Juárez



México, D. F.

1983

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

Página

### REPERCUSIONES FAMILIARES DE LA EPILEPSIA DERECHOHABIENTE DE LA U.M.F. No. 21

INTRODUCCION. . . . .	1
I.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS. . . . .	3
a) Históricos.	
b) Definición.	
c) Frecuencia.	
d) Factores de Riesgo.	
e) Conceptos Fisiológicos.	
f) Clasificación.	
g) Manifestaciones Clínicas, Factores Precipitantes e Historia Natural de la Epilepsia.	
h) Exámenes de Laboratorio y Gabinete.	
i) Diagnóstico.	
j) Tratamiento.	
k) Problemas de Manejo.	
II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. . . . .	15
III.- OBJETIVOS. . . . .	16
IV.- HIPOTESIS. . . . .	16
V.- MATERIAL Y METODOS. . . . .	17

	Página
<b>VI.- RESULTADOS Y CONCLUSIONES. . . . .</b>	<b>41</b>
<b>RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL CONTROL DE EPI--</b> <b>LEPSIA. . . . .</b>	<b>45</b>
<b>COMO INFORMAR AL PACIENTE.</b>	
<b>ACTITUDES PERSONALES DEL PACIENTE EPILEPTICO.</b>	
<b>LA SOCIEDAD ANTE EL EPILEPTICO.</b>	
<b>AMBIENTE FAMILIAR, ESCOLARIDAD, AREA LABORAL.</b>	
<b>BIBLIOGRAFIA. . . . .</b>	<b>54</b>

## INTRODUCCION.

La epilepsia es una enfermedad frecuente (2% de la población general aproximadamente), que requiere asistencia integral - adecuada. Para ello es necesario que el Médico Familiar reconozca las diversas formas de crisis, tipifique, y así pueda administrar una terapéutica selectiva.

Además de un tratamiento médico adecuado, requiere comprensión y consejo en varias áreas, escolar, laboral y apoyo psicológico, su enfermedad no hace la solidaridad o incluso la simpatía, como otras; prevalecen creencias y supersticiones que lo hacen inaceptable socialmente llegando al rechazo o a la repulsión, hace difícil el empleo, escolaridad, confianza que se deposita en la demás gente. Es cierto, que puede haber deterioro intelectual, desorganización de la personalidad, trastornos neuróticos, pero - la correlación no es absoluta. Por otro lado no hay conexión estrecha entre epilepsia, inteligencia o conducta.

El paciente se siente diferente, con lo que es frecuente - los sentimientos de negación, ya que la presencia de una crisis - epiléptica ocasiona pérdida del empleo o rechazo en las escuelas, ocasionando ansiedad y sentimientos de inferioridad. El niño epi

léptico ocasiona reacciones negativas de los padres aunque compen-  
sa con conducta de sobreprotección, los rasgos neuróticos que pue-  
den formar la personalidad del individuo, imprime a veces un esti-  
lo tenso a las reacciones padre e hijo, maestro, alumno, tensión-  
que se agrava progresivamente si no hay estabilidad en el ambien-  
te. (17)

Es pertinente dar al paciente las explicaciones necesari-  
as sobre su enfermedad e incluir a los familiares con el objeto  
de lograr su cooperación, para que el tratamiento tenga éxito, de-  
ben combatirse los temores e ideas equivocadas y supersticiosas  
existentes acerca de éste padecimiento.

A nivel de la consulta familiar no hay una relación médi-  
co paciente adecuada, la comunicación es deficiente no se dá in-  
formación apropiada. El presente estudio dá a conocer los senti-  
mientos que imperan en el paciente y en su familia, así como el  
grado de orientación y motivación que tiene del médico familiar,  
con la finalidad de despertar interés para disminuir las tensio-  
nes intrafamiliares y modificar ideas y mitos existentes en la en-  
fermedad, se mencionan recomendaciones generales de la manera de-  
como debe informarse al paciente su padecimiento, aclarar sus du-  
das, reforzar la importancia de su tratamiento, sin olvidar que  
se debe tener tiempo para escucharlo y apoyarlo psicológicamente.  
Es importante también que la prevención de la epilepsia en muchas  
ocasiones esta en manos de un buen control a primer nivel.

## 1.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

### a) Históricos.

En la historia de la epilepsia podemos considerar tres grandes períodos: En el primero la etiología de las enfermedades era atribuido a espíritus o demonios "específicos" tales como dioses infernales. Epilepsia significa "ser tomado desde arriba", - "sorpresa", dando a entender que el enfermo era sacudido por fuerzas superiores.

Hipócrates (460-370 a.c.), marca el final de éste, e inicia el segundo el cual rige más de 22 siglos, describe a la epilepsia como: "Enfermedad Sagrada" y establece que el asiento de la enfermedad es el cerebro, esta importante verdad fue gradualmente oscurecida primero por los conceptos erróneos, sobre bases de superstición y más tarde por atribuir como causas de las crisis a factores sobrenaturales.

Es importante señalar que éste marcó el rechazo social de estos enfermos; observó que cuando estaba próximo un ataque se escondían de los hombres y esto lo hacían por vergüenza y no por miedo a la divinidad, como se suponía. (2) (10)

La epilepsia fue considerada como una enfermedad contagiosa, como resultado de excesos y aberraciones sexuales, como una expresión de posesión demoníaca y se correlacionó con los ciclos de la luna. La actitud mental varía con el tiempo y lugar, un ejemplo en Roma durante la aparición de una crisis en una sesión del senado era inicio de terminar la junta en respuesta a un signo originado por los dioses llamandosele "enfermedad comicial" - (10) (20).

Jackson, inicia el tercero que aun estamos viviendo, introduciendo en 1870 el concepto de un foco epileptoide como causa de las crisis, dividiéndolas en gran mal y pequeño mal, estas como manifestaciones de descargas paroxísticas que se iniciaban y propagaban de un foco específico en el cerebro.

Berger en 1929 descubrió la encefalografía que permite el primer registro de una descarga epiléptica, demostrando las diferentes clases que corresponden a ritmos eléctricos anormales de diferentes características y localización, describe a la enfermedad como una "disrritmia cerebral". Un importante avance terapéutico fue la introducción de los barbitúricos (1912), Alfred Haipman y más tarde la difenilhidantoina (1938), Merrit y Putnam, posteriormente Lenox funda la Liga Internacional, contra la epilepsia que contribuye a difundir mundialmente los conceptos de esta enfermedad. El interés por los aspectos de rechazo social, no son tema de estudio hasta las últimas décadas. Recibiendo gran importancia en los últimos años. Constituye una preocupación, del capítulo mexicano de la Liga Internacional contra la epilepsia (AMALICE). Podemos imaginar una cuarta era cuando los fenómenos subcelulares sean dominados y el conocimiento neuronal sea cabal, y permita el éxito de la biorretroalimentación para el control de la crisis, la última etapa será la correcta. PROFILAXIS (10) (14) (20).

#### b) Definición.

Existe la dificultad para darla adecuadamente, cada estudio opina en forma diferente y en la actualidad se acepta la dada por la organización mundial de la salud; Epilepsia: Es la afección crónica de etiología diversa caracterizada por crisis recurrentes, debido a una descarga excesiva de las neuronas cerebra-

les asociadas eventualmente con diversas manifestaciones clínicas. (10) (19)

c) Frecuencia.

Aproximadamente el 2% de la población general de México, presenta esta enfermedad, sin embargo no hay datos específicos ya que existe la dificultad para reconocerla, dado que, los enfermos en muchas ocasiones ocultan su padecimiento por el temor de ser rechazados de una escuela o un empleo. (13)

d) Factores de Riesgo.

Del 60% al 70% de los casos se desconocen, del 10% al 15% existen antecedentes de daño obstétrico o hipoxia neonatal. (10)-(11). Otro estudio se detecta el 9.3% como causas perinatales, -prematurez, alcoholismo, trauma hipoxia neonatal y partos prolongados. (16), Del 10% al 15% traumatismos craneoencefálicos. La aparición de crisis en la edad adulta es de 44.6% es por cisticercosis, en nuestro medio. (21), en otro estudio es de 22% (10), - la incidencia por sexo es más frecuente en el hombre aunque la diferencia no es significativa, en cuanto a la edad, aproximadamente el 60% o 70% de las crisis aparecen en las primeras décadas de la vida. Luego su aparición disminuye y vuelve a tener un porcentaje alto en los adultos viejos, esto en relación a la neoplasias



cerebrales o enfermedades vasculares. (10) (8)

e) Conceptos Fisiológicos.

La epilepsia presenta una característica que es común a todas sus formas, el fenómeno de hipersincronización, una alteración del funcionalismo neuronal de tipo paroxístico y repetitivo. Esta alteración de la función neuronal se traduce por una despolarización, que a su vez, da lugar a intervalos regulares y recurrentes, a trenes de descarga de impulsos de una frecuencia de hasta 1.000/seg y pérdida de los potenciales postsinápticos inhibitorios. Además, se produce una descarga sincrónica de las neuronas de un mismo grupo, en lugar de las descargas normales de 20 c/seg., lo que en el registro electroencefalográfico se traduce por una onda aguda.

La excitabilidad anormal de la neurona viene condicionada por la despolarización parcial permanente de la membrana celular. La neurona normal mantiene un potencial negativo y potencial de reposo en función de la distribución de iones en uno y otro lado de la membrana celular ( $Na^+$   $K^+$ ) y mantiene su equilibrio por el conocido sistema de la bomba  $Na/K$ ., así el cambio de la permeabilidad para uno y otro ion ( $Na^+$  y  $K^+$ ) produce variaciones en el potencial de reposo. La acción de potenciales inhibidores y excitadores ocasionan los cambios citados: Los primeros producen una hiperpolarización con salida de  $K$  y sin entrada de  $Na$  y los segundos, una despolarización con entrada de  $K$  y sin salida de  $Na$ . El hecho de que uno u otro de los potenciales predomine hace que el potencial de la neurona varíe de un momento a otro y, por lo tanto, determina el grado de excitabilidad neuronal. En los casos en que ha sido posible encontrar una lesión anatomopatológica en la epilepsia, ésta ha consistido en una disminución de las espí-

nas dentríticas y, por tanto de las sinápsis. Ello condiciona la pérdida de los potenciales postsinápticos inhibitorios, lo que conduce a un estado de despolarización y de aumento de la excitabilidad. Factores que en estado normal de polarización de la neurona no tienen efecto ni capacidad para producir una crisis, en el estado anormal neuronal de despolarización, es decir, de hiperexcitabilidad, actúan como desencadenantes de crisis. Podemos citar: la anoxia, hipertermia, hipoglucemia, hiperhidratación, hipocalcemia, etc., El grupo de neuronas hiperexcitables o foco epileptógeno posee la característica de ser automático y se comporta como un marcapaso, con facultad de mantenimiento debido a procesos de autorreclutamiento de origen talámico y de los circuitos de reverberación. (6) (10) (14) (2) (1)

#### f) Clasificación.

A lo largo de los años, se ha intentado realizarla existiendo múltiples criterios: clínicos, anatomofuncionales, electroencefalográficos, etc., todavía no existe una definitiva, si bien el intento aporta una terminología usada entre especialistas. La clasificación actualmente en vigor es la que desarrolla la Comisión de Clasificación de la Liga Internacional contra la Epilepsia, (1969).

#### + CRISIS GENERALIZADAS.

Convulsivas o no Convulsivas.

Las crisis generalizadas son aquellas en que los primeros cambios clínicos indican una inicial involucración de ambos hemisferios la conciencia puede deteriorarse y esta puede ser la manifestación inicial, los datos motores son bilaterales, el patrón -

EEG inicialmente es bilateral, refleja una descarga neuronal que es ampliamente difundida en ambos hemisferios.

- = Crisis de ausencia.
  - Con deterioro de la conciencia solamente.
  - Con moderado componente clónico.
  - Con componente atónico.
  - Con componente tónico.
  - Con automatismos.
  - Con componentes autonómicos.
- Ausencias Atípicas.
  - Con cambios en el tono, mas pronunciados.
  - Comienzo y cesación no súbito.
- = Crisis Mioclónicas.
  - Sacudidas solas o múltiples.
- = Crisis Clónicas.
- = Crisis Tónicas.
- = Crisis Tónico-clónicas.
- = Crisis Atónicas.
  - Estáticas.
- + CRISIS PARCIALES.

Los primeros cambios clínicos EEG indican una activación inicial de un sistema limitado de neuronas circunscritas en una parte de un hemisferio cerebral.

- = Crisis parciales simples.
  - . Con signos motores.

Motores Focales, menos la marcha, con la marcha (Jackso-  
niana), versivas, postural, fonatoria (vocalización o -  
detención de la palabra).

- . Con síntomas somatosensoriales o sensoriales especiales (Alucinaciones simples, ejemplo: hormigueo, destellos-  
de luz, acúfenos).

Somatosensoriales, Visuales, Auditiva, Olfatoria, Gusta-  
toria, Vertiginosa.

- . Con signos autonómicos. (Incluyendo sensación epigás-  
trica, pálidez, sudoración, abochornamiento, piloerec-  
ción y dilatación pupilar).

- . Con síntomas psíquicos, (disturbios de las funciones -  
cerebrales altas), estos síntomas ocasionalmente ocu-  
rren fuera del deterioro de la conciencia.

Disfasias, Disnesias (ejemplo: Déjà-vu), Cognocitiva, -  
(ej. estados de ensoñación, distorsión del sentido del-  
tiempo), Afectivos (iras, miedo), ilusiones (ej. macrop-  
sias), Alucinaciones estructuradas (ej. escenas music-  
gónicas).

- = Crisis parciales complejas.

Con deterioro de la conciencia, puede algunas veces co-  
menzar con sintomatología simple.

- = Crisis parciales evolucionando a crisis secundariamente  
generalizadas.

#### + CRISIS EPILEPTICAS NO CLASIFICADAS.

Incluye todas las crisis que no pueden ser clasificadas -  
por lo inadecuado o incompleto de los datos. Estas incluyen algu-

nas crisis neonatales (ej. movimientos rítmicos de los ojos, movimientos de natación y masticación).

Las crisis prolongadas o repetitivas (Estatus Epiléptico) es una crisis persistente por un suficiente tiempo o repetida frecuentemente, no hay recuperación éste puede dividirse en parcial o generalizado. Cuando el estatus motor es muy localizado, este es referido como una epilepsia parcial continua. (2) (6) (7)

g) Manifestaciones Clínicas. Factores Precipitantes e Historia Natural de la Epilepsia.

Hay que establecer la frecuencia con que aparecen las crisis, los factores que pueden precipitarla, como el sueño, estimulación luminosa, al estar viendo la televisión, si la crisis se presenta por suspensión de medicamentos antiepilépticos, ingestión de bebidas alcohólicas, fiebre, período premenstrual. El clínico debe investigar lo siguiente:

- . Descripción de una sensación, que precede a la pérdida del conocimiento, especialmente si es de carácter estereotipado, se identifica como una premonición.
- . Sensaciones premonitorias referidas a órganos de los sentidos en el tórax o la cabeza, dificultad para describir o comparar las sensaciones.
- . Pérdida del conocimiento o de contacto con el medio, suspensión de actividades, acompañado o no de trauma.
- . Rigidez de tronco, sobre todo epistótico.
- . Diversas posturas tónicas de la cabeza por contracciones de los músculos cervicales.

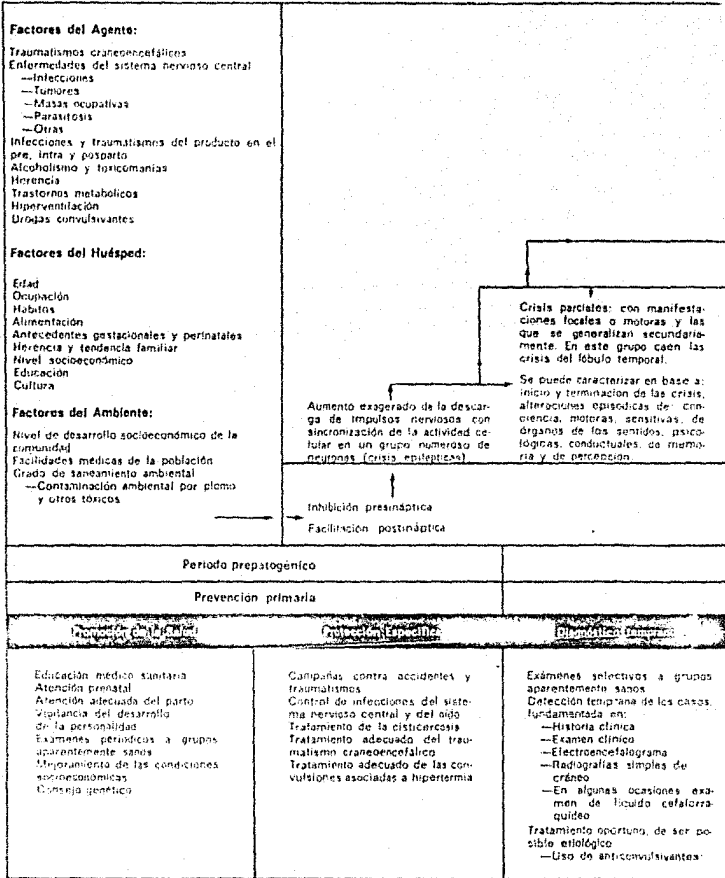
- . Desviaciones conjugadas de ojos.
- . Trismus. Mordedura de lengua, labios, mejilla.
- . Temblores o sacudidas (movimientos clónicos).
- . Ruidos producidos por el paso del aire en la laringe.
- . Cianosis, Sialorrea con o sin aspecto espumoso, sudoración, incontinencia urinaria y fecal.
- . En el período postictal: confusión, desorientación, poca o nula respuesta verbal, lenguaje incoherente, disfasia.
- . Paresia postictal de extremidades de un lado.
- . Cefalea poscrítica.

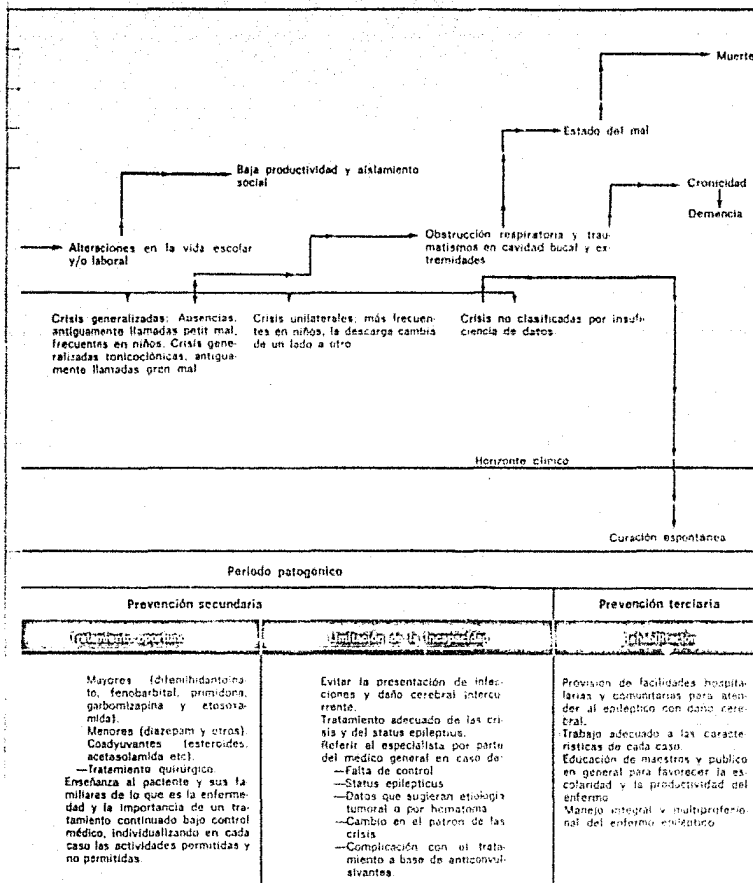
Como en cualquier padecimiento el médico debe establecer las características del inicio del padecimiento son los factores precipitantes, la frecuencia de las crisis, las características de las mismas, la hora en que se presentan, la respuesta a la medicación. Desde luego los antecedentes familiares y personales, particularmente la historia del embarazo, parto y desarrollo psicomotor, son indispensables para el análisis correcto del fenómeno epiléptico. (10) (15)

#### Historia natural de la epilepsia.

Constituye un modelo multicausal de la enfermedad en el que se establece una relación sistematizada de los fenómenos que ocurre desde el momento en que el hombre se encuentra en estado de salud, se expone a un riesgo, se manifiesta la enfermedad y se

## Historia natural de la epilepsia no tratada





lleva hasta sus últimas consecuencias.

Permite presentar claramente como la acción de la medicina tiene un sentido de prevención en cualquier etapa de evolución de la enfermedad en la que se encuentra el paciente. (20)

#### h) Exámenes de Laboratorio y Gabinete.

Estos son de mucha utilidad, la química sanguínea, el examen general de orina, biometría son de importancia relativa. Aunque son indispensables para descartar padecimientos sistemáticos.

El electroencefalograma (E.E.G.) es un estudio indispensable para la corroboración de la descarga cortical o subcortical que caracteriza al fenómeno epiléptico.

Las radiografías de cráneo en nuestro medio, sólo demuestran calcificaciones intracraneales en el 7% de los casos. En algunos pacientes con epilepsia del lóbulo temporal puede demostrarse asimetrías a nivel de los peñascos. El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía han demostrado que los enfermos con crisis epilépticas tienen algunas alteraciones en la tomografía axial, computada, sin embargo la mayor parte de los casos corresponden a crisis parciales, por lo que en lo general, la tomografía axial no está indicada, salvo excepciones, en los enfermos con crisis generalizadas. (1) (10) (14)

#### i) Diagnóstico.

La realización de una anamnesis de lo más detallado posible recabando datos del propio enfermo y de las personas que puedan dar detalles sobre las características de la crisis, aunado-

a una buena historia clínica, donde se tomen importancia los antecedentes ginecoobstétricos.

El estudio analítico debe comprender aquellas determinaciones cuyas anomalías pueden ser causa de crisis: Urea, glucosa, calcio, sodio, potasio, apoyados por estudios de gabinete. (6)

#### j) Tratamiento.

El tratamiento deberá enfocarse, según el tipo de las crisis.

#### + Crisis Generalizadas.

- Crisis que comienzan en la infancia o la juventud: - Espasmos infantiles, Fenobarbital, Primidona, nitrocepan.  
Crisis mioclónicas: Valproato, Clonacepam, Difenhidantoína, Fenobarbital.  
Ausencia: Sussimida, Valproato.  
Mioclonías juveniles: Primidona, Fenobarbital.
- Crisis Tonicoclónicas generalizadas: Difenhidantoína, Fenobarbital, Primidona, carbamacepina, Valproato.

#### + Crisis Focales.

Crisis Psicomotoras: Carbamacepina, Primidona, Difenhidantoína, Fenobarbital.  
Crisis focales motora o sensitivas: Difenhidantoína, Primidona, Fenobarbital, Carbamacepina.

- + Crisis focales secundariamente generalizadas: Difenhidantoína, Primidona, Fenobarbital, Carbamacepina, Valproato. (8) (10) (13)

#### k) Problemas de Manejo del Paciente.

Es importante que el Médico Familiar, reconozca las diversas formas de crisis y las tipifique, y así pueda administrar una terapéutica selectiva. También las explicaciones sobre la enfermedad e instruir a los familiares, con el objeto de lograr su cooperación para que el tratamiento tenga éxito, debe combatirse los temores y las ideas equivocadas y supersticiosas que existen. Reconozca las alteraciones y sentimientos anímicos del paciente y de su núcleo familiar, básico para un buen resultado del tratamiento, además es necesario, medidas higiénicas específicas, consejo profesional, programas de rehabilitación social con objeto de reincorporar al enfermo a la comunidad, en un ser útil, que pueda funcionar como cualquier otro, proporcionándole las condiciones óptimas para superar sus limitaciones. (12) (13)

#### II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Una mala orientación crea sentimientos de rechazo, ansiedad y alejamiento de la familia, a nivel de consulta familiar, generalmente se limita a canalizar al paciente al especialista y una vez establecido el diagnóstico y el tratamiento se concreta a seguir proporcionando medicamentos. Hay una relación médico - paciente deficiente por falta de comunicación, no se da información adecuada.

El presente estudio pretende despertar interés al médico-familiar, la importancia de disminuir las tensiones intrafamiliares y modificar ideas y mitos existentes de la epilepsia.

### III.- OBJETIVOS.

- 1.- Investigar el grado de orientación sobre el padecimiento a nivel familiar con un miembro epiléptico.
- 2.- Reconocer las alteraciones y sentimientos anímicos a nivel de Dinámica Familiar.
- 3.- Mencionar recomendaciones generales para el manejo del paciente epiléptico a nivel de Medicina Familiar.

### IV.- HIPOTESIS.

Alternativa: En familias donde existe un paciente epiléptico, se encuentran sentimientos de culpa, depresión, rechazo y una comunicación deficiente en todos los miembros, generado por falta de orientación para reconocer las manifestaciones de este padecimiento, ocasionando un tratamiento inconstante e inadecuado.

Nulidad: En las familias donde existe un paciente epiléptico no hay alteraciones en la dinámica familiar, se tiene orientación adecuada y el tratamiento se lleva correctamente.

## V.- MATERIAL Y METODOS.

Durante los meses de Junio a Diciembre de 1983, se estudiaron cincuenta pacientes epilépticos y su familia, cuyas edades varían entre siete y sesenta años de edad, en control de tratamiento en la clínica de Medicina Familiar Num. 21, con más de tres años.

Los pacientes seleccionados al azar, localizados por medio de la 4-30-8, los domicilios en el archivo, con los siguientes problemas: cambio de dirección, domicilios inexistentes.

Por medio del Médico Familiar, se detectaron en la consulta y posteriormente en sus domicilios para ser entrevistados y valorados.

Para identificar la dinámica, estructura, e integración familiar, así como el nivel socioeconómico fue de acuerdo a los datos del estudio de la clínica número 68, la valoración subjetiva, del estado mental, según, a la historia clínica que se realiza a pacientes epilépticos en el Instituto Nacional de Neurología (traducida por el doctor Pérez de Francisco).

La valoración del paciente epiléptico, fue la siguiente:

### ANTECEDENTES DE RIESGO.

- a).- Antecedentes Ginecoobstétricos\_\_\_\_\_
- b).- Cisticercosis\_\_\_\_\_
- c).- Infecciones (SNC)\_\_\_\_\_
- d).- Postraumática\_\_\_\_\_
- e).- Se ignora\_\_\_\_\_

## TIPO DE CRISIS.

- a).- Generalizada \_\_\_\_\_
- b).- Parciales \_\_\_\_\_
- c).- No clasificadas \_\_\_\_\_

## CAUSAS DESENCADENANTES DE LA APARICION DE LA CRISIS.

- a).- Sueño \_\_\_\_\_
- b).- Suspensión del Medicamento \_\_\_\_\_
- c).- Desvelo \_\_\_\_\_
- d).- Ayuno prolongado \_\_\_\_\_
- e).- Paciente controlado \_\_\_\_\_

## ESTUDIO SOCIOECONOMICO.

## Nivel de Escolaridad.

- a).- Analfabeta \_\_\_\_\_
- b).- Primaria incompleta \_\_\_\_\_
- c).- Primaria completa \_\_\_\_\_
- d).- Secundaria \_\_\_\_\_
- e).- Preparatoria \_\_\_\_\_
- f).- Superior \_\_\_\_\_

## OCUPACION.

- a).- Empleado \_\_\_\_\_
- b).- Estudiante \_\_\_\_\_
- c).- Desempleado \_\_\_\_\_
- d).- Pensionado \_\_\_\_\_
- e).- Hogar \_\_\_\_\_

**NIVEL ECONOMICO.**

- a).- Alto \_\_\_\_\_  
 b).- Medio \_\_\_\_\_  
 c).- Bajo \_\_\_\_\_

**MANIFESTACIONES DE CRISIS.**

- a).- Bueno \_\_\_\_\_  
 b).- Regular \_\_\_\_\_  
 c).- Malo \_\_\_\_\_

**ESTRUCTURA FAMILIAR.**

- a).- Nuclear \_\_\_\_\_  
 b).- Extensa \_\_\_\_\_  
 c).- Extensa compuesta \_\_\_\_\_

**RELACION INTERPERSONAL.**

Padre Madre.  
 Padres Hijos.

- a).- Integrado \_\_\_\_\_  
 b).- Semintegrado \_\_\_\_\_  
 c).- Desintegrado \_\_\_\_\_

**EXPLORACION SUBJETIVA DE QUIEN APLICA LA ENCUESTA.**

Estado Mental:	Paciente	Familiar
a).- Tensión	-----	-----
b).- Agresividad	-----	-----
c).- Depresión	-----	-----
d).- Egocentrismo	-----	-----

Estado mental:	Paciente	Familiar
e).- Hipocondría	-----	-----
f).- Labilidad Emocional	-----	-----
g).- Auto Destrucción	-----	-----
h).- Indiferencia	-----	-----
i).- Preocupación	-----	-----

DETERIORO MENTAL -----

OCULTAMIENTO -----

#### ENTREVISTAS.

A1 Paciente:

Comunicación Médico-Paciente.

1.- ¿Le explicó su Médico Familiar, su padecimiento?

Si ----- No -----

2.- ¿Otro Especialista?

Si ----- No -----

3.- ¿Le informó la importancia de su tratamiento?

Si ----- No -----

4.- ¿Quién?

Médico Familiar ----- Especialista -----

## Reacción de la Familia, Sociedad, ante la enfermedad.

5.- ¿Usted considera que la enfermedad ha alterado en algún aspecto su sexualidad?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

6.- ¿Cuál es la actitud de la familia ante la enfermedad?

Unión \_\_\_\_\_ Rechazo \_\_\_\_\_ Indiferencia \_\_\_\_\_

7.- ¿Cuál es la actitud en la Escuela o Trabajo?

Aceptación \_\_\_\_\_ Rechazo \_\_\_\_\_

8.- Existe:

Antes o Después de la Enfermedad

Alcoholismo \_\_\_\_\_

Tabaquismo \_\_\_\_\_

A la Familia:

Comunicación Médico-Familia.

1.- ¿Le explicó su Médico Familiar el padecimiento de su enfermo?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

2.- ¿Otro especialista?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

3.- ¿Le informó la importancia del tratamiento?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

4.- ¿Quién?

Médico Familiar \_\_\_\_\_ Especialista \_\_\_\_\_

**Reacción de la Familia, Sociedad, ante la Enfermedad.**

5.- ¿Considera que la enfermedad de su familiar ha alterado, en algún aspecto su sexualidad?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

6.- ¿Cuál es la actitud de usted, hacia su enfermo?

Unión \_\_\_\_\_ Rechazo \_\_\_\_\_ Indiferencia \_\_\_\_\_

7.- ¿Cuál ha sido la actitud en la Escuela o Trabajo?

Aceptación \_\_\_\_\_ Rechazo \_\_\_\_\_

8.- ¿Existe?:

Antes

o

Después de la Enfermedad

Alcoholismo \_\_\_\_\_

Tabaquismo \_\_\_\_\_

## TIPO DE CRISIS

N = 50	Número de Pacientes	%
a) Generalizadas	37	74
b) Parciales	13	26

## ANTECEDENTES DE RIESGO

a) Antecedentes Ginecoobstétricos	10	20
b) Cisticercosis	7	14
c) Infecciones (SNC)	0	0
d) Postraumáticas	1	2
e) Se ignora	32	64

## NIVEL ECONOMICO

a) Alto	0	0
b) Medio	18	36
c) Bajo	32	64

FUENTE: VALORACION PACIENTE EPILEPTICO (1983).

## NIVEL DE ESCOLARIDAD

N = 50	Número de Pacientes	%
a) Analfabetos	15	30
b) Primaria incompleta	11	22
c) Primaria completa	17	34
d) Secundaria	4	8
e) Preparatoria	3	6
f) Superior	0	0

## OCUPACION

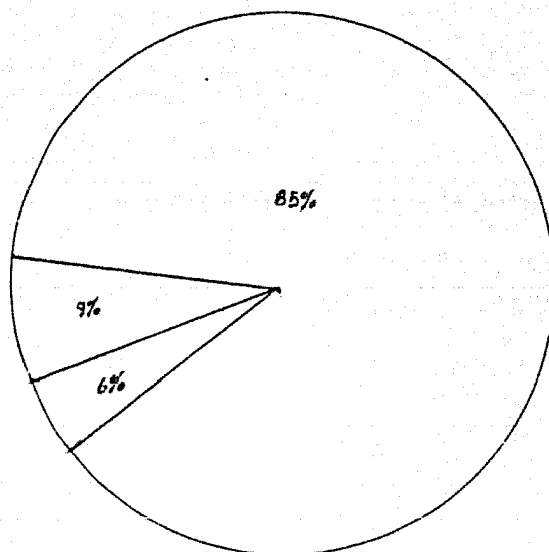
a) Empleados	11	22
b) Estudiantes	18	36
c) Desempleados	9	18
d) Pensionados	3	6
e) Hogar	9	18

## CAUSAS DE DESENCADENANTES DE LA APARICION DE LA CRISIS

a) Sueño	6	12
b) Suspensión	24	48
c) Desvelo	7	14
d) Ayuno prolongado	2	4
e) Controlados	11	22

FUENTE: VALORACION PACIENTE EPILEPTICO (1983)

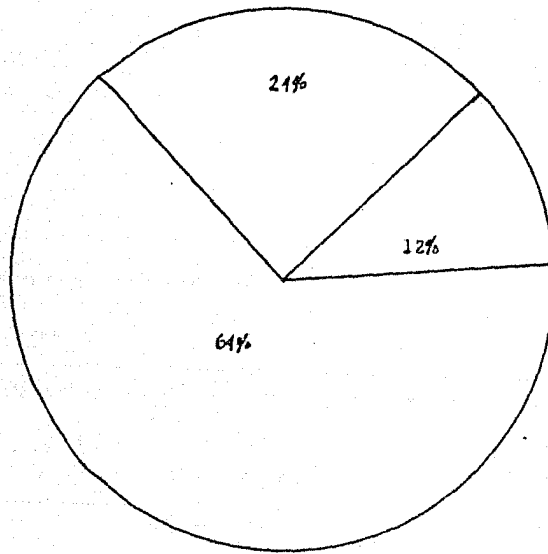
## ESTRUCTURA FAMILIAR



	Número de Pacientes	%
Nuclear	12	85
Extensa	6	9
Extensa Compuesta	3	6

FUENTE : VALORACION PACIENTE EPILEPTICO. (1983).

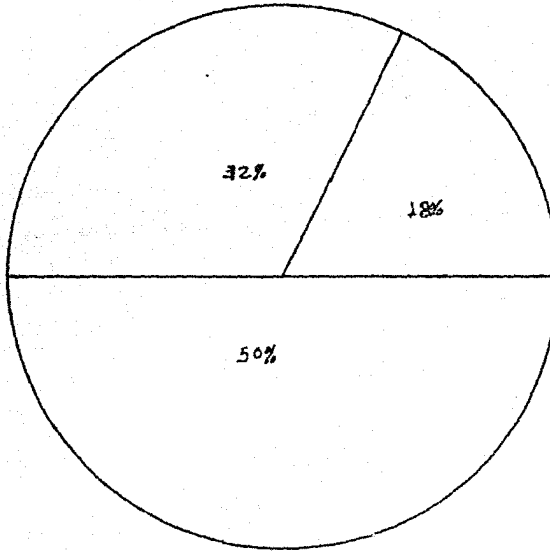
## INTEGRACION FAMILIAR



	Número de Pacientes	%
Integrado	32	64
Semiintegrado	12	24
Desintegrado	6	12
		N=50

FUENTE : VALORACION PACIENTE EPILEPTICO. (1983)

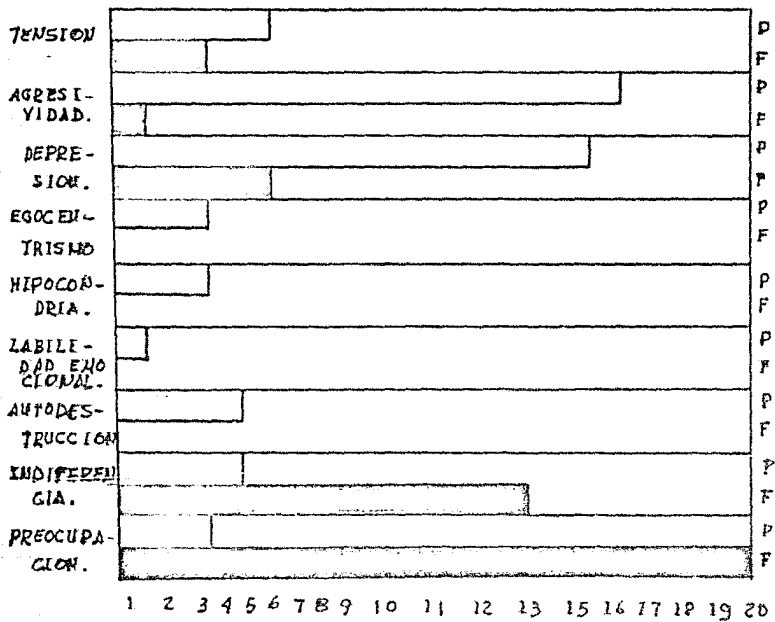
## DINAMICA FAMILIAR.



	Número de Pacientas	%
Buena	25	50
Regular	9	18
Mala	16	32
		N = 50

FUENTE : VALORACION PACIENTE EPILEPTICO. (1983)

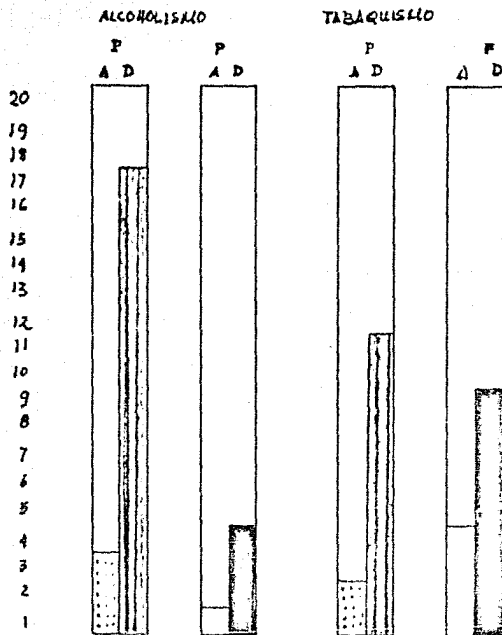
TRASTORNOS NEUROPSIQUIATRICOS DEL PACIENTE Y LA FAMILIA FRENTE  
A LA ENFERMEDAD.



P = Paciente

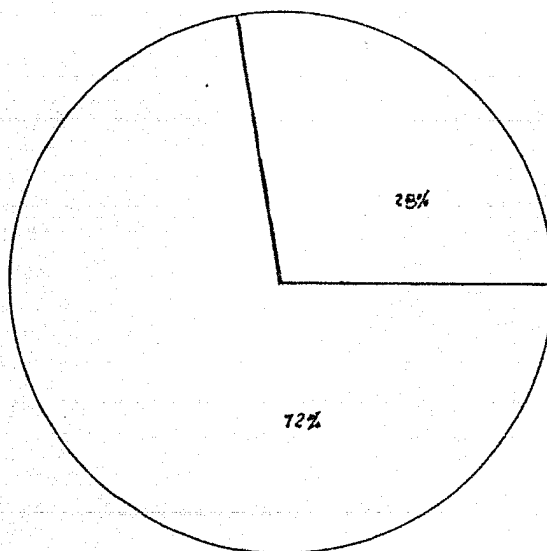
F = Familia

FUENTE: VALORACION PACIENTE EPILEPTICO, ESTADO MENTAL  
(1985)



P = Paciente  
 F = Familia  
 A = Antes  
 D = Después

## ALTERACIONES SEXUALES, PUNTO DE VISTA DEL PACIENTE.

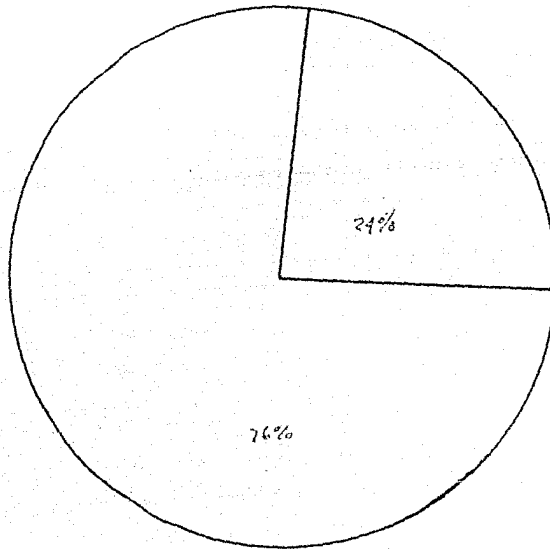


	Número de Pacientes	%
No	36	72
Si	14	28

N= 50

FUENTE : ENTREVISTA AL PACIENTE EPILEPTICO. (1983)

FAMILIARES QUE CONSIDERAN CAMBIOS EN EL ASPECTO SEXUAL  
DEL PACIENTE.



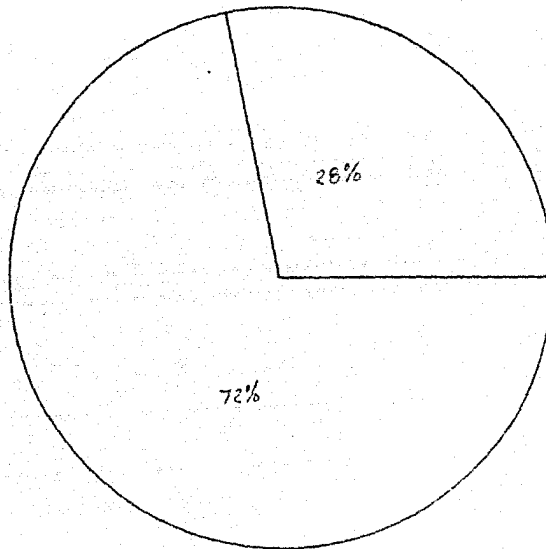
	Número de Pacientes	%
Si	38	76
No	12	24

N = 50

FUENTE : ENTREVISTA FAMILIAR DEL PACIENTE EPILEPTICO. (1983)



COMUNICACION MEDICO/PACIENTE. EXPLICACION DEL PADECIMIENTO,  
POR EL MEDICO FAMILIAR.



	Número de Pacientes	%
No	11	28
Si	36	72

N= 50

FUENTE : ENTREVISTA AL PACIENTE EPILEPTICO. (1983)

## EXPLICACION DEL PADECIMIENTO POR EL ESPECIALISTA

$N = 50$	Número de Pacientes	%
Si	37	74
No	13	26

## INFORMACION DE LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO

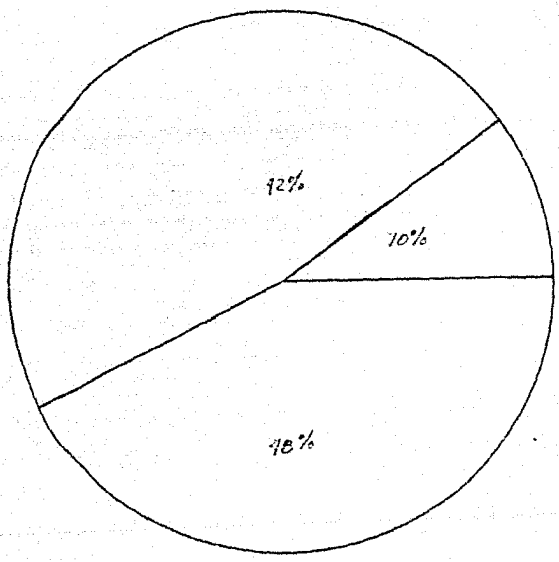
Si	31	62
No	19	38

## EXPLICACION DADA POR

Médico Familiar	19	38
Especialista	31	62

FUENTE: ENTREVISTA DEL DERECHOHABIENTE (1983)

EL PACIENTE ENCUENTRA LAS SIGUIENTES ACTITUDES EN LA FAMILIA.

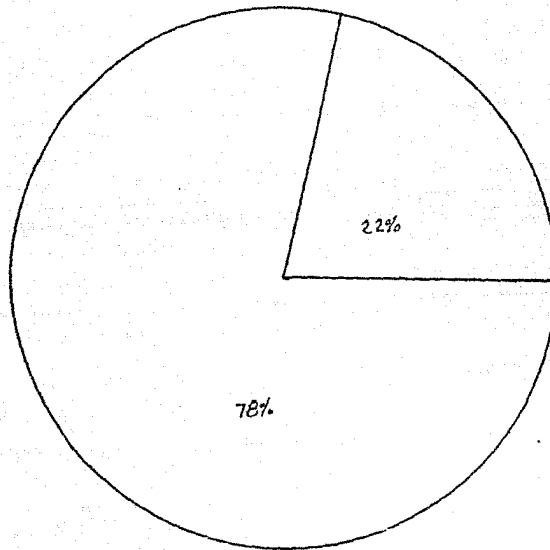


	Número de Pacientes	%
Rechazo	24	48
Unión	21	42
Indiferencia	5	10

N= 50

FUENTE: ENTREVISTA DEL PACIENTE EPILEPTICO ( 1983)

## ACTITUDES EN LA ESCUELA O TRABAJO DEL PACIENTE.

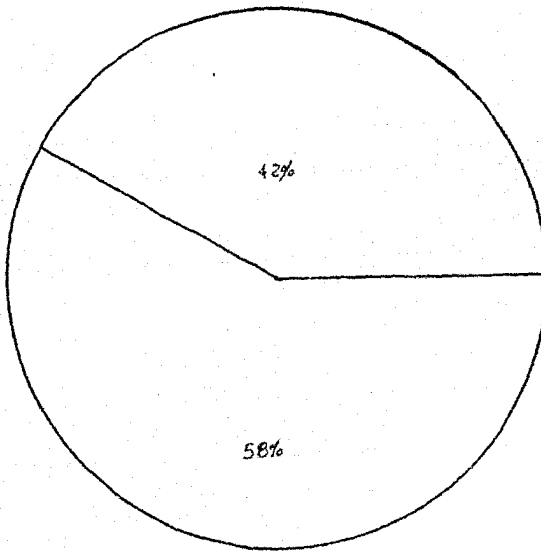


	Número del Paciente	%
Rechazo	39	78
Aceptación	11	22

N= 50

FUENTE : ENTREVISTA AL PACIENTE EPILEPTICO. (1983)

COMUNICACION MEDICO/FAMILIAR, EXPLICACION DEL  
PADECIMIENTO.



	Número del Paciente.	%
Si	21	42
No	29	58

N = 50

FUENTE: ENTREVISTA FAMILIAR DEL PACIENTE EPILEPTICO. (1983)

## EXPLICACION DEL PADECIMIENTO POR EL ESPECIALISTA

N = 50	Número de Pacientes	%
Si	48	96
No	2	4

## INFORMACION DE LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO

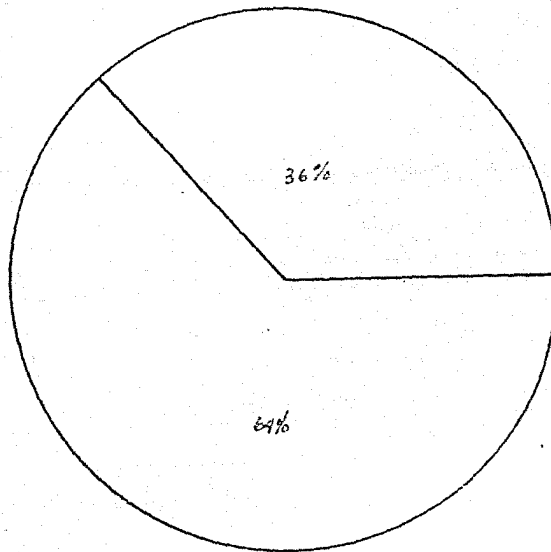
Si	45	90
No	5	10

## EXPLICACION DADA POR:

Medico Familiar	5	10
Especialista	45	90

FUENTE: ENTREVISTA FAMILIAR DEL DERECHOHABIENTE (1983).

ACTITUDES DE LA FAMILIA HACIA LA ENFERMEDAD.  
PUNTO DE VISTA FAMILIAR.

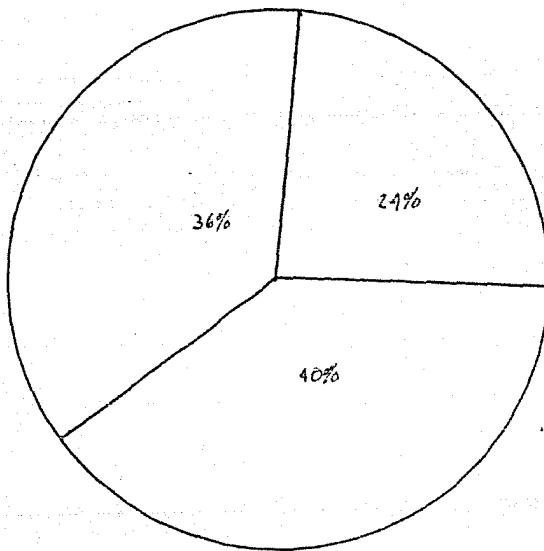


	Número de Pacientes	%
Rechazo	32	64
Unión	18	36

N = 50

FUENTE : ENTREVISTA FAMILIAR DEL PACIENTE EPILEPTICO, (1983)

## ACTITUD EN LA ESCUELA O TRABAJO APRECIACION FAMILIAR



	Número de Pacientes	%
Rechazo	20	40
Aceptación	18	36
No estudia ni trabaja	12	24
		N = 50

FUENTE: ENTREVISTA FAMILIAR DEL PACIENTE EPILEPTICO. (1983)

## VI.- RESULTADOS Y CONCLUSIONES.

De los cincuenta pacientes, con más de tres años de tratamiento, en la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del I.M.S.S.

El 74% manifestaron crisis generalizadas. El 64%, se ignora antecedentes de riesgo, en segundo lugar, problemas ginecoobstétricos, con el 20%, en tercer lugar Cisticercosis con el 14%.

El nivel socioeconómico, en el 64% es bajo, medio en el 36%.

La escolaridad 34% con primaria completa, 30% Analfabetos y con primaria incompleta el 22%.

Ocupación: El 36% son estudiantes, 22% empleados, y el 18% al hogar, 18% desempleados.

Las causas desencadenantes de crisis 48% por suspensión de medicamentos, 14% desvelo, 12% durante el sueño. El 22% estan controlados.

La Estructura Familiar es el 85% nuclear, 9% extensa, 6%-extensa compuesta, cuya integración es 64% integrada, 24% semiintegrada y el 12% desintegrada.

La Dinámica Familiar es buena en el 50%, Mala en el 32%, Regular en el 18%.

Los trastornos neuropsiquiátricos mas frecuentes encontrados en el paciente fue: agresividad 16 pacientes, depresión 15, tensión 5 y 4 autodestrucción.

En la familia: 20 manifestaron preocupación, 13 indiferencia, 5 depresión.

En el paciente se incremento el alcoholismo de tres pacientes posterior a la enfermedad aumenta a 17, en la familia un miembro tomaba antes de la enfermedad, aumenta a 11 después de ésta.

Tabaquismo dos pacientes fumaban antes de la enfermedad, posteriormente 5, en la familia fumaban 4 después 9.

Las reacciones encontradas en el paciente son: Alteraciones sexuales en el 72%, en la familia 76%.

Ocultan la enfermedad cinco pacientes y diez familias, tienen deterioro mental 3 pacientes.

La información sobre el padecimiento por el Médico Familiar es en el paciente 28%, a la familia el 42%. Dada por otro especialista, al paciente en el 74%, a la familia 96%. El especialista informó la importancia del tratamiento en el 62%, y a la familia el 90%. El Médico Familiar informó al paciente 38% y a la familia el 10%.

La actitud de la familia ante la enfermedad, para el paciente es de rechazo en el 48%, 42% de unión y el 10% indiferencia.

Para la familia rechazo en el 64%, unión 36%.

La actitud en la escuela y en el trabajo; para el paciente 78% rechazo, 22% aceptación, la familia aceptación 36%, rechaza

zo 40% y no estudia ni trabaja en el 24%.

#### CONCLUSIONES.

En el presente estudio las crisis generalizadas son las -  
mas frecuentes, las que manifestaron problemas de aceptación y -  
adaptación.

Las causas desencadenantes en la mayoría se desconocen, -  
en segundo término existen antecedentes ginecoobstétricos, poste-  
riormente cisticercosis, similar a estudios previos. (15)

Es importante recordar que la epilepsia puede prevenirse,  
realizando un control adecuado perinatal, estudios a pacientes -  
sanos, educación médico sanitario, labor de primer contacto. (5)

El nivel socioeconómico de estos pacientes es bajo al -  
igual que su nivel de escolaridad, favoreciendo la falta de com-  
prensión de su padecimiento y la importancia de su control.

El 18% no acude a escuelas ni trabajan, han sido despedi-  
dos en forma discreta "cuando se sienta bien, regrese" o bien en-  
las escuelas fueron dados de baja por temor de que les suceda al-  
go o repercuta en sus compañeros; por vergüenza van abandonando -  
la sociedad y se refugian en sus hogares. (3)

La estructura familiar en 85% nuclear, integrada en el -  
64% en el 24% semintegrada, desintegrada en el 12%, de éste últi-  
mo 3 pacientes la causa fue la presencia de un niño epiléptico.

La dinámica familiar es buena en el 50%, mala en el 32%, -  
regular en el 18%.

Los trastornos encontrados: Alcoholismo y tabaquismo aumenta tanto en la familia como en el paciente posterior a la enfermedad.

Los problemas neuropsiquiátricos mas frecuentemente manifestados son: en el paciente, agresividad, depresión, tensión, - autodestrucción. En la familia, preocupación, indiferencia, depresión. Un alto porcentaje de problemas sexuales en ambas partes, resultados similares a estudios previos (9). La actitud de la familia, escuela y trabajo, más frecuente es el rechazo.

Dado el nivel socio cultural, abandonan el tratamiento, - esta es la causa más común de presentación de la crisis. Ocultan la enfermedad el 10% de los pacientes y 20% en las familias.

El Médico Familiar informa en 28% a pacientes y a la familia en el 42%, con porcentajes similares la orientación del tratamiento.

Con estos datos se valora, la importancia que debe jugar el Médico Familiar, un papel integrador, coordinador de los esfuerzos del paciente para mejorar, lo apoye psicológicamente, es decir, escuche sus dudas e inquietudes, tanto del paciente como de su familia, promover una conducta de bienestar positiva mejorando la comunicación. (5)

## RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL CONTROL DE EPILEPSIA.

Indicar el medicamento de mayor utilidad, según el tipo - de crisis de que se trate.

Iniciar el tratamiento con un solo producto. No deben emplearse varios simultáneamente.

Agotar las posibilidades de un medicamento antes de cam--biarlo o combinarlo.

Por la acción sedante e hipnótica de algunos de ellos, debe iniciarse el tratamiento con dosis bajas e incrementarlas gradualmente, hasta obtener los resultados deseados.

Las dosis del medicamento deben ajustarse al peso del individuo, al tipo y la gravedad de las crisis. Deben aumentarse - hasta lograr mitigar éstas, y disminuirse si aparecen fenómenos - de intolerancia o toxicidad.

No se debe añadir otro fármaco hasta estar convencidos - que el que se está usando no es útil.

Los productos comerciales que contienen varias substan- cias antiepilépticas dificultan la dosificación adecuada de cada una de ellas, por lo que no es recomendable emplearlos.

No deben interrumpirse bruscamente la administración de - un fármaco; si hay intolerancia, habrá que sustituirlos por otro de manera gradual.

Tampoco se debe suspender el tratamiento porque el pacien

te esté asintomático; seguramente lo está por la acción del medicamento.

Hay que esperar un mínimo de tres años a que el paciente esté sin crisis con el tratamiento. Si en este plazo el electroencefalograma no está alterado, se podrá suspender la medicación gradualmente. Recuérdese que para la epilepsia no hay tratamientos breves.

No hay que confiar en un trazo electroencefalográfico intercrítico normal; se debe correlacionar siempre con los datos clínicos.

Hay que cerciorarse que el paciente toma la medicina como se le prescribió. Es frecuente que el enfermo, al verse libre de ataques la tome con irregularidad o la suspenda.

Cuando las crisis son difíciles de controlar por la administración de diversos medicamentos, deben hacerse determinaciones de niveles séricos de dichos fármacos para saber si son útiles y, sino son, tratar de reconocer el motivo, puede ser que el medicamento no se absorva adecuadamente, o se metabolice en forma anormal.

El epiléptico debe evitar la ingestión de estimulantes - con alcohol, cafeína, etc., no deben prescribirse medicamentos como cardiazol, estrofantina, piperacina, teofilina y, en los niños, efedrina, ya que pueden precipitar las crisis.

Casi todos los antiepilépticos pueden producir efectos secundarios colaterales indeseables de mayor o menor importancia (somnolencia, ataxia, fatigabilidad, síntomas gastrointestinales,

alteraciones hematológicas, nefrotoxicidad, etc.) El médico y el paciente, sin embargo, deben valorar las ventajas y los riesgos - que estos trastornos significan antes de considerar la supresión o sustitución del medicamento.

Deben advertirse al paciente los efectos colaterales de ciertos productos, como la somnolencia y su potencialización con otras sustancias, particularmente el alcohol.

El epiléptico debe evitar situaciones de riesgo o de franco peligro. No debe conducir vehículos o manejar maquinaria que, en caso de crisis, lo expongan a un accidente. Tampoco debe realizar actividades que lo coloquen a él o a los demás en situaciones de peligro (natación, deportes violentos).

Debe vigilarse la fórmula hemática cuando se administran diomas, derivados succinimídicos, principalmente metildifenilhidantoinato y carbamazepina; se tomarán muestras de sangre cada semana o cada 15 días al principio y, posteriormente cada uno o dos meses.

Es frecuente que el paciente epiléptico consulte en relación con su descendencia: ¿será su hijo epiléptico? ¿debe la epiléptica embarazarse? ¿debe casarse?, en estos casos debe recurrirse al especialista. El neurólogo y el genetista son quienes pueden indicar al enfermo las posibilidades de que sus descendientes tengan la misma afección.

Aunque hay informes acerca del efecto teratogéno que pueden tener todas las sustancias antiepilépticas mencionadas, se considera que es un riesgo calculado mínimo, por lo que no está contraindicada su administración durante el embarazo. (13)

## COMO INFORMAR AL PACIENTE.

Es conveniente para el médico que se evoque a manejar un paciente epiléptico, el buscar y proporcionar a sus enfermos una clara explicación de su padecimiento. Una verdad que sin grandes pretenciones científicas y con la solidez de un estudio detallado, proporcione a quienes están afectados y a sus familias, los hechos biológicos reales y conocidos en relación al problema.

Hay una gran diferencia entre decir a un paciente: Tiene usted epilepsia, a explicar, como es que: a consecuencia de éste o aquel factor unas células cerebrales descargan su energía de una manera desordenada y producen manifestaciones sensibles, de la misma manera que una afección produce fiebre.

Debe ser obligación del Médico, el abandonar cualquier actitud verbal, escrita, que pudiera convertirse en proyectiva. (10) (12)

El diagnóstico de epilepsia es básicamente y fundamentalmente clínica y los exámenes de laboratorio y gabinete, serán siempre, un gran auxiliar.

Esta enfermedad puede prevenirse y ésta es una labor importante del médico de primer contacto, llevando un buen control perinatal, exámenes clínicos periódicos, a grupos aparentemente sanos, orientar para mejorar las condiciones socioeconómicas, dar pautas educacionales e informativas. Las ventajas de esto son: Promover una conducta de bienestar positiva, reducir los riesgos para la salud en el estilo de vida, permite la comprensión de un "consentimiento informado", reduce el costo y crea mayor responsabilidad del paciente.

Las ventajas para el médico son: El paciente mejora el cumplimiento de las prescripciones médicas, promueve mejor comprensión y comunicación médico-familia, facilita un enfoque interdisciplinario.

Con estas metas mejora la calidad de atención que reciben los pacientes.

El médico debe demostrar un genuino interés en la educación para la salud y estar dispuesto a invertir algún tiempo personal.

Para iniciar su programa se espera motivar al paciente para que participe, el médico debe estar convencido de los efectos benéficos a fin de que cualquier nuevo enfoque sea satisfactorio, hay que recordar también que el médico juega un papel integrador y coordinador de los esfuerzos del paciente y de su familia para la mejor aceptación y adaptación de su enfermedad. (5)

#### ACTITUDES PERSONALES DEL PACIENTE EPILEPTICO.

La personalidad epiléptica según Kleepilin, ha sido admitir que el paciente tiene la identificación de respuesta, perseveración en temas, circunstancialidad, rigidez emocional, respuestas inadecuadas al ambiente, agresividad, egocentrismo, hipocondría, opiniones fijas frecuentemente de contenido místico religioso, autodestrucción, se ha observado que paciente con epilepsia del lóbulo temporal suele haber mas patología psiquiátrica. (12)

La depresión y la sensación de abandono de algunos de estos pacientes en contraparte al valor, optimismo, son actitudes que tienen un papel importante en el resultado del manejo de es-

tos pacientes. Una pregunta a la que conviene contestarse a cada enfermo, es si los problemas a los que se enfrenta a la sociedad, provienen auténticamente, de un mal entendido que tiene para él o si son los otros problemas de éste, los que estan proyectando a través de su enfermedad. Considerar a cada paciente en particular y dentro de su medio ambiente, las expectativas de proyección que tiene. Para que el médico pueda modular su tratamiento debe-considerar que es lo que el paciente espera de él. Las obligadas restricciones que el sobre llevar una enfermedad crónica e impune, pueden ser enfrentadas de una manera mas adecuada en tanto que el paciente sea capaz de comprender mejor el significado de sus problemas, siempre dentro del marco de referencia, que su propia educación y experiencia le den. Una larga plática con el paciente, con la familia o mejor aun con ambos, puede evitar mucha confusión y angustia en lo futuro. Frecuentemente hace falta mas de una entrevista para poder agotar el tema, este tiempo será bien empleado - es de tanta importancia como el utilizar el fármaco - óptimo. Hay que recordar que lo que le interesa al paciente puede ser lo mismo que le interese al médico, y es obligación de éste, buscar en lo posible satisfacer las necesidades del primero, por lo que debe recordar siempre, que en el manejo del paciente con epilepsia, se dedique una buena parte de su tiempo a la conversación con el paciente y sus familiares y a la explicación detenida del problema. (9) (18)

#### LA SOCIEDAD ANTE EL EPILEPTICO.

Este tipo de paciente debe aprender a convivir con sus trastornos patológicos, lo cual puede evitar muchos de sus complicaciones psiquiátricas. Estos aspectos se ven modificados por las actitudes que el grupo social, desde la célula familiar, etapa escolar y el ambiente laboral mantienen frente a la enfermedad y quien la padece.

## AMBIENTE FAMILIAR.

Nunca será suficiente el esfuerzo que encamine a transformar en positivo el ambiente familiar (factor determinante en el control de la crisis), los pacientes adultos tienden a sentirse inseguros, por el temor a una nueva crisis convulsiva en público, que termine con su carrera y su capacidad productiva. Este temor no es exagerado, porque cuando se vive en una sociedad que posee una cultura médica tan pobre como la nuestra, los patronos se niegan a recibir al enfermo con crisis en la oficina, taller o lugar donde la crisis sería intrascendente para ambas partes, la situación cuando son niños, los límites son extremos, la angustia de los padres flota constantemente en el ambiente familiar y provoca una situación de continua aprensión que el niño percibe, además la sensación de culpa de alguno de los padres aun no reconocida, preside a la relación padre-niño epiléptico. Los factores sociales; es considerable el número de familias que ocultan el padecimiento, no se informa a sus maestros, apartan al niño del trato social normal que le permita realizarse con toda su capacidad, con frecuencia abandonan la escuela debido al temor de los padres, al reprimirlos se asocian factores psicológicos que a veces es más difícil manejar que la misma enfermedad, cuando llega la adolescencia, o cuando la crisis se manifiesta por primera vez, en esta etapa el adolescente en la mayoría de las veces rechaza la protección familiar, y la medicina representa protección y la evita, la dificultad radica en que no puede obligarse a aceptar de por vida su tratamiento, es frecuente que la suspenda, de allí la importancia de que el médico dé la adecuada información al núcleo familiar, (cada familia toma sus propias decisiones) a fin de que este acepte su enfermedad positivamente, deben los familiares abstenerse de menospreciar la capacidad de autocrítica y juicio de los jóvenes, y borrar de su mente los pensamientos negativos. Si el adolescente conoce los mecanismos que produce la epilepsia el

beneficio del tratamiento constante llega a comprender la importancia de seguir el control médico y evitar así, la actitud desafiante y una mala cooperación para su control.

**Escolaridad.** Al asistir a las escuelas, es una actitud infortunadamente popular de los maestros el rechazarles de las aulas. Esto tiene como fundamento la ignorancia de los docentes en el manejo del problema y como justificación de las supuestas dificultades que los niños afectados producirán en el grupo. En realidad no existe ninguna evidencia de que las crisis convulsivas sean capaces por sí mismas, de un retraso escolar, un niño que se encuentra bien controlado puede asistir normalmente a clases, es un hecho de observación común que el paciente que tiene tendencia a presentar crisis, es más susceptible cuando está inactivo, por lo tanto solo en ocasiones excepcionales debe abandonar la escuela al igual que los deportes, la sensación de ajuste social, hace que disminuya o desaparezca el complejo de inferioridad, es obligación de los padres alentar al niño para que se ajuste emocionalmente a la comunidad, hay que evitar la sobreprotección, ya que provoca en el paciente ansiedad e inseguridad. Problemas de empleo. Ha sido demostrado en varios países del mundo, que estos pacientes bien controlados pueden realizar su trabajo igual que otra persona no afectada. Es evidente que habrá algunas actividades limitadas, manejo de máquinas o trabajo no protegido a grandes alturas, ha sido demostrado que el empleado con epilepsia no representa algún daño o peligro para sus compañeros y el tiempo que pierde con la enfermedad es comparable con el de la población sin crisis no cabe duda que existe un gran temor por parte de la empresa, aceptar un paciente así, pero al hacerles llegar la información adecuada y el convencerles de los hechos reales alrededor del problema puede ser un factor que directamente influya sobre su actitud.

En cuanto al matrimonio. En nuestro país considera la Ley, que aquellos pacientes afectados de una enfermedad mental no pueden casarse. Es importante mencionar el hecho de que la epilepsia no constituye una enfermedad mental, ésta ley no es aplicable.

El manejo del problema debe ser una responsabilidad compartida, no hay forma de que un médico pueda responsabilizarse por sí mismo, ya que esto debe discutirse, decidirse con la familia a no ser que cada uno de los pacientes sean capaces de comprometerse de manera personal de la enfermedad que padecen. (19) (22)

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- G. Chaused. J., Epilepsia. En Neuro Anatomía Correlativa y -  
Neurología Funcional. México; 1983 Pag. 440, 450.
- 2.- Gastaut. H., Epileptic Seizures Springfield Charles.  
C. 1972.
- 3.- Hernández Peniche,  
Manual de Epilepsia para Padres y Maestros.  
Diana. México 1979.
- 4.- Rojas Soriano.  
Gua para realizar Investigaciones Sociales.  
UNAM. México, 1979.
- 5.- Prine, B., Educación del Paciente y Recursos de la Comunidad,  
Shires Said Brian, 1980 Pag. 478.
- 6.- Audubert, D., Epilepsia. Tratado de Medicina Práctica.  
Neurología 11. 23: 9, 1983.
- 7.- Gastaut, H., Bancaud, J., Proposal for Revised Clinical and -  
Electroencefalografic Classification of Epilepsy Seizures. -  
Epilepsia. 22: 489 - 501.
- 8.- Brailowsky, S., Prospero, O., Tratamiento Farmacológico de -  
las Epilepsias. Facultad de Medicina. Vol XXV Año 25 No. 1, -  
1982.
- 9.- Figueroa, H., Estudio Clínico General de la Epilepsia.  
Instituto Nacional de Neurología. México. Vol. IV 23 1974.

- 10.- Gastaut, H., et. Al. Epilepsia en Diccionario de Epilepsia - I.L.A.E. Pag. 9 a la 42 y de la 45 a la 60, 1979.
- 11.- Gutierrez, A., Rubio, F., y Vega, G., Algunas Características Asociadas a los Factores de Riesgo de la Epilepsia. Gaceta Médica de México, Vol. 119 Num 2:82, 1983.
- 12.- Lewis, D., Pincus, J. H., Shanos S. Psychomotor Epilepsy and Violence in a Group of in Carcerated Adolescent boys - Am J. Psychiatry, 139 (7): 882, 1982.
- 13.- Lombardo, L., Tratamiento de las Epilepsias. Revista de Medicina IMSS 20:677, 1982.
- 14.- Olivares, L., Hernández, J., Rubio, F., Epilepsias y Convulsiones. Revista de la Facultad de Medicina. XXV: 8:333, 1982.
- 15.- Otero, E., Caballero, C., Aspectos Neurológicos de la Epilepsia. Instituto Nacional de Neurología. México, Vol. XIII No. 1979.
- 16.- Otero E., Influencia del Medio Ambiente en la Epilepsia. Instituto Nacional de Neurología. Vol. IV: 17, 1974.
- 17.- Perez, C., Repercusiones Sociales de la Epilepsia. Salud Pública de México. XVII: 821-27, 1975.
- 18.- Peters, U., Gutenberg, S. The Epileptic in his Family. Fortschritte der Neurología. Vol 46 (12). 1978.
- 19.- Plaves, St., Some Problems of Schoolin and Some Status

Of Epileptic Children in the Schools of the Conomerec  
Community. Journal Article. Vol 24, 1. 1976.

- 20.- Rubio, D., Ctal. Historia Natural de Epilepsia.  
Faculta de Medicina. Vol XVIII, Año 18, No. 2, 1975.
- 21.- Vasconcelos, D., Leobardo, L., Crisis Epiléptica del Adulto.  
Estudio. Vol. 119, No. 1, 23, 1983.
- 22.- Ziegler, R., Epilepsy Individual Illness, Human Predicament-  
and Family Dilema. Journal. Of A.  
Vol. 31, 435, 1982.