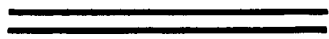


11226
2ej.
152

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



**ADAPTACION SOCIAL DEL ADOLESCENTE
EPILEPTICO**

TESIS RECEPTIONAL

Que para obtener el Título de
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P r e s e n t a

DRA. MIRIAM LARIOS ALVAREZ

ASESOR: Dr. José Luis Domínguez Guerrero

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

México

**TESIS CON
"LLA EN CAR"**

1985



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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

	<u>PAGINA</u>
INTRODUCCION	9
I) Observación	10
II) Planteamiento del problema	10
III) Objetivos	11
IV) Hipótesis	12
V) Antecedentes Científicos	15
A) Epilepsia	15
1. Concepto	15
2. Epidemiología	15
3. Clasificación	16
4. Fisiopatogenia	16
5. Características generales de las crisis epilépticas	20
6. Cuadro clínico de las crisis convulsivas tónico-clónico generalizadas	22
7. Factores precipitantes	24
8. Diagnóstico	24
9. Diagnóstico Diferencial	25
10. Medicamentos	26
B) Adolescencia	29
1. Límites cronológicos	29
2. Areas de desarrollo en el adolescente	29

	<u>PAGINA</u>
3. Influencias en el desarrollo psicosocial del adolescente	30
4. Areas de desarrollo en el adoles- cente con enfermedad crónica	31
C) Aspectos psicosociales del adolescente epiléptico	34
1. Actitud de la sociedad	34
2. Cambios psicológicos	36
3. Alteración en la dinámica familiar	40
4. Aspectos educativos	42
5. Empleo	43
6. Desarrollo Intelectual	45
7. Actividades físicas	45
8. Conducción de vehículos de motor	46
VI) Diseño de la Investigación	47
A) Criterios de inclusión	47
B) Criterios de exclusión	47
C) Universo	47
D) Tamaño de la muestra	48
E) Límites del trabajo	48
F) Recursos a utilizar	48
G) Metodología	49
H) Cuestionarios	51

	<u>PAGINA</u>
VII) Resultados	56
A) Datos generales del paciente	56
B) Datos generales de los padres	60
C) Hipótesis	63
CONCLUSIONES	70
BIBLIOGRAFIA	75

I N T R O D U C C I O N
= = = = =

El adolescente epiléptico se encuentra sujeto a las presiones propias de esta etapa del desarrollo y por otro lado a las implicaciones sociales de la enfermedad, lo cual le ocasiona alteraciones en su identidad, independencia de los padres, área sexual y en el planteamiento de objetivos educacionales y de trabajo.

En el presente trabajo de investigación se demuestra la influencia tan importante que ejerce la familia y la sociedad en la adaptación social del adolescente epiléptico surgiendo como una necesidad imperativa que el Médico Familiar conozca esta problemática con el objeto de poder otorgar un tratamiento integral a sus pacientes, tomando en cuenta no sólo sus aspectos biológicos sino también sus aspectos psicológicos y sociales

I) OBSERVACION

=====

Tanto la familia como la sociedad influyen negativamente en el adolescente epiléptico en su adaptación social debido al desconocimiento que tienen de la enfermedad.

II) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

=====

La epilepsia es la alteración neurológica más frecuente en la adolescencia. La interacción entre esta condición y los problemas especiales de la adolescencia hacen necesario considerar el problema y su manejo en este grupo de edad separadamente.

El adolescente busca satisfacer cuatro áreas básicas de su desarrollo: independencia de los padres, área sexual, especificación de los objetivos de trabajo y educativos e identidad. El adolescente epiléptico presenta problemas para lograr estos objetivos y por lo tanto, para adaptarse socialmente considerando que probablemente la familia y la comunidad sean los principales determinantes en dicha adaptación.

Los problemas psicológicos y sociales de los adolescentes epilépticos en la mayor parte de los casos son más importantes que las propias convulsiones por lo que es imperativo que el médico familiar intervenga de manera activa en el reconocimiento y orientación a la

solución de dichos problemas.

III) OBJETIVOS

A) GENERAL

Determinar si la familia y la sociedad repercuten negativamente en la adaptación social del paciente adolescente epiléptico lo cual requiere atención especial por las instituciones de salud.

B) ESPECIFICOS

1. Investigar los conocimientos que la familia del paciente tiene acerca de la enfermedad.
2. Investigar las actitudes que asumen los padres hacia el paciente
3. Investigar si la madre adopta una actitud sobreprotectora hacia el paciente creando en él una exagerada dependencia
4. Investigar si la madre del paciente descuida el hogar o a otros miembros de la familia por dar preferencia al cuidado del paciente, motivando agresión o rechazo de éstos hacia el paciente

5. Determinar las actitudes de la sociedad hacia el paciente epiléptico.
6. Investigar si existe deserción escolar en el paciente epiléptico y causas que lo condicionen

IV) HIPOTESIS *****

A) GENERAL

H₀: El desconocimiento de la enfermedad por la familia y por la sociedad no influye negativamente en el adolescente epiléptico en su adaptación social

H₁: El desconocimiento de la enfermedad por la familia y la sociedad sí influye negativamente en el adolescente epiléptico en su adaptación social

B) ESPECIFICAS

H₀: El desconocimiento de la enfermedad por los padres del adolescente epiléptico no le ocasiona a éste alteraciones en su identidad.

H₁: El desconocimiento de la enfermedad por los padres del

adolescente epiléptico sí le ocasiona a éste alteraciones en su identidad

H₀: El desconocimiento de la enfermedad por los padres del adolescente epiléptico no le ocasiona a éste problemas en lo que respecta a la independencia de los padres

H₁: El desconocimiento de la enfermedad por los padres del adolescente epiléptico le ocasiona a éste problemas en lo que respecta a la independencia de los padres

H₀: El desconocimiento de la enfermedad por los padres del adolescente epiléptico no le ocasiona a éste problemas para relacionarse con individuos del sexo opuesto

H₁: El desconocimiento de la enfermedad por los padres del adolescente epiléptico le ocasiona a éste problemas para relacionarse con individuos del sexo opuesto

H₀: La madre del adolescente epiléptico no adopta una actitud sobreprotectora hacia el paciente y no crea en él una exagerada dependencia

H₁: La madre del adolescente epiléptico sí adopta una actitud sobreprotectora hacia el paciente creando en él una exagerada dependencia

H_0 : La madre del adolescente epiléptico descuida su hogar por dar preferencia al paciente lo cual no motiva que éste sea rechazado por su padre

H_1 : La madre del adolescente epiléptico descuida su hogar por dar preferencia al paciente motivando que éste sea rechazado por su padre

H_0 : El rechazo del adolescente epiléptico por los maestros no ocasiona inseguridad del paciente en la escuela

H_1 : El rechazo del adolescente epiléptico por los maestros sí ocasiona inseguridad del paciente en la escuela

H_0 : El desconocimiento de la enfermedad por los padres del adolescente epiléptico no determina el alto grado de deserción escolar que existe en estos pacientes

H_1 : El desconocimiento de la enfermedad por los padres del adolescente epiléptico sí determina el alto grado de deserción escolar que existe en estos pacientes

V) ANTECEDENTES CIENTIFICOS
=====

A) EPILEPSIA

1. Concepto:

La epilepsia se define como un trastorno cerebral caracterizado por una descarga anormal de un grupo de neuronas que se manifiesta clínicamente en forma recidivante ⁹

2. Epidemiología:

Los resultados de estudios epidemiológicos efectuados en las principales instituciones asistenciales en nuestro país indican que en los servicios de consulta externa las principales enfermedades neurológicas en adultos son las enfermedades convulsivas (39.73%), siguiendo en orden de frecuencia las enfermedades congénitas y del desarrollo (11.64%), psiquiátricas (10.23%), inflamatorias (6.72%) y degenerativas (5.07%). En pacientes hospitalizados las enfermedades cerebrovasculares ocupan el primer lugar (34.97%) y en segundo lugar se encuentran las enfermedades convulsivas (18.72) ¹⁶

En lo que respecta a la mortalidad infantil

CLASIFICACION DE LA EPILEPSIA SEGUN LA ILAE, 1980.

I Crisis Parciales

A. Crisis parciales simples (sin alteración de conciencia)

1. Con signos motores
2. Con síntomas somatosensoriales o síntomas sensoriales especiales
3. Con síntomas o signos autonómicos
4. Son síntomas psíquicos

B. Crisis parciales complejas

1. Con trastornos de conciencia al inicio
2. Inicio parcial, seguido de trastorno de conciencia
 - a) Con signos motores
 - b) Con síntomas o signos autonómicos
 - c) Con síntomas somatosensoriales o sensoriales especiales
 - d) Con síntomas psíquicos

C. Crisis Parciales Secundariamente Generalizadas

II Crisis Generalizadas

A. Ausencias

1. Ausencias típicas
2. Ausencias Atípicas
3. Ausencias que progresan a crisis tónico clónico generalizadas

B. Crisis Mioclónicas

C. Crisis Tónicas

D. Crisis Tónico-Clónicas

E. Crisis Atónicas

gradientes de concentración mantienen polarizada la membrana neuronal quedando el interior de la célula con un potencial más negativo en relación con el exterior. Una alteración en la concentración de estos iones puede cambiar el potencial de membrana y favorecer la excitabilidad neuronal

b) Alteración de la transmisión sináptica: La liberación de neurotransmisores dentro del espacio sináptico puede afectar la excitabilidad neuronal. La acetilcolina tiene un efecto excitatorio en tanto que el ácido gamma-amino-butírico (GABA) tiene un efecto inhibitorio. Una disminución del GABA puede causar que ciertos sitios del encéfalo se vuelvan suficientemente excitables para producir epilepsia

c) Alteración de la actividad de los centros neuronales inhibitorios: En la corteza cerebral existen grupos de neuronas cuya función es la de inhibir a otras neuronas. Si se produce una lesión sobre estos centros neuronales se elimina la inhibición que ejercían sobre las demás neuronas volviéndose estas últimas hiperexcitables

d) Alteración generalizada de la excitabilidad neuronal: Existen factores que pueden aumentar la excitabilidad neuronal en forma difusa a través de mecanismos bioquímicos o bioeléctricos no bien conocidos. Tales factores incluyen fiebre, hipoxia, sobrehidratación, alcalosis, supresión barbitúrica, etc.

e) Alteración del umbral epiléptico del encéfalo
El umbral de convulsión probablemente esté determinado por peculiaridades de la función bioquímica y bioeléctrica de cada encéfalo. Este concepto ayuda a explicar por qué determinado factor puede provocar epilepsia en un encéfalo y no en otro²⁰

5. Características generales de las crisis epilépticas

a) Crisis Parciales

1. La descarga excesiva se origina en un grupo de neuronas en cualquier parte del encéfalo que no sea el sistema mesodiencefálico. La descarga puede mantenerse localizada, difundirse localmente o diseminarse con amplitud para afectar el sistema mesodiencefálico, lo cual puede entonces ser activado y producir

una crisis generalizada secundaria al fenómeno cortical primario

2. En el electroencefalograma las descargas se inician localmente aunque después pueden volverse bilaterales o difusas

3. Las manifestaciones clínicas dependen del sitio en donde se produce la descarga local y de si permanece localizada o se disemina en forma amplia para afectar la formación reticular mesodiencefálica

4. Por su etiología la epilepsia parcial siempre es producida por alteraciones locales del encéfalo 20

b) Crisis Generalizadas:

1. La descarga anormal se origina en la formación reticular mesodiencefálica y casi instantáneamente se proyecta en forma amplia y difusa a todo el encéfalo

2. El electroencefalograma muestra descargas difusas, sincrónicas y simétricas en forma de

espigas y ondas lentas

3. Clínicamente desde el principio ocurre alteración de la conciencia y fenómenos motores bilaterales; ambas alteraciones varían en gravedad y duración, por lo que las crisis pueden ir desde lapsos transitorios de inconsciencia (ausencias), lapsos de inconsciencia con proporción variable de contracciones clónicas bilaterales (ausencias mioclónicas) hasta convulsiones tónicas, clónicas y tónico-clónicas

4. Etiológicamente, la descarga excesiva de la formación reticular mesodiencefálica puede estar relacionada con factores genéticos que vuelven inestable al sistema y con menor frecuencia a causas orgánicas y químicas 20

6. Cuadro Clínico de las Crisis Convulsivas Tónico-Clónico Generalizadas

Generalmente existen antecedentes familiares de epilepsia, hipoxia neonatal o de convulsiones febriles

Las convulsiones pueden ir precedidas de aura, es decir, pueden presentarse espasmos o fasciculaciones musculares precediendo a las convulsiones generalizadas (aura motora) o bien pueden presentarse otros síntomas o signos como irritabilidad, alteraciones intestinales, cefalea o confusión mental.

Las crisis convulsivas tónico-clónico generalizadas (CCTCG) se caracterizan por tener una fase tónica y una fase clónica. El inicio es súbito y el espasmo tónico puede ocurrir simultáneamente con la pérdida de la conciencia. El paciente, ya sea que se encuentre sentado o parado cae al suelo, su cara se torna pálida, las pupilas se dilatan se presenta desviación de la mirada, la glotis se cierra, la cabeza se dirige hacia atrás o hacia los lados, los músculos torácicos y abdominales se vuelven rígidos y las extremidades se encuentran contracturadas. La lengua puede lesionarse como resultado de la contracción de los músculos abdominales, puede presentarse diuresis y defecación. A medida que la fase tónica continúa la palidez es seguida rápidamente de cianosis. Esta fase dura de 20 a 40" y es seguida de la fase clónica de duración variable

En el periodo postictal puede presentarse

cefalea generalizada, confusión y estupor ¹²

7. Factores Precipitantes

Entre los factores precipitantes de crisis convulsivas se encuentran: el sueño, la menstruación, la hiperventilación, la fotoestimulación, las alteraciones emocionales como la excitación, miedo, frustración, tensión y ansiedad, la fiebre, el insomnio, la fatiga crónica, el alcohol y la suspensión de los medicamentos anticonvulsivantes ¹⁵

8. Diagnóstico

a) Historia Clínica: Deben investigarse los antecedentes perinatales, antecedentes patológicos previos como meningitis, encefalitis, traumatismos sintomas previos a la crisis y factores precipitantes, descripción de la crisis y fenómenos postictales

La exploración física debe incluir el aspecto general del paciente, el examen físico general y un examen neurológico completo ^{12, 20}

10. Medicamentos:

a) Hidantoínas: En la actualidad la hidantoína más ampliamente usada y quizá el anticonvulsivante más utilizado es la difenilhidantoína

Mecanismos de Acción: Estabiliza la membrana neuronal mediante la estimulación de la ATP-asa dependiente de Na y K lo que favorece la salida de Na de la neurona. La principal ventaja de los medicamentos hidantóinicos sobre los barbitúricos es que no producen sedación.

Dosis: 5 - 7 mg/Kg/día

Efectos colaterales: Hipertrofia de encías, hirsutismo, dermatitis por hipersensibilidad, trastornos hematológicos, alteraciones neurológicas como nistagmus, marcha atáxica, somnolencia, diplopia, hiperreflexia osteotendinosa, efectos sobre el metabolismo del ácido fólico y vitamina B12 produciendo anemia megaloblástica y síntomas neuropsiquiátricos alteraciones digestivas y dermatológicas. La administración de difenilhidantoína durante el embarazo puede llevar al riesgo de malformaciones congénitas alteraciones hemorrágicas y activación del metabo

lismo de la vitamina K

b) Derivados de la dibenzacepina:

Mecanismo de acción: La carbamazepina es un derivado de la dibenzacepina y por lo tanto está relacionada químicamente con el antidepresivo tricíclico imipramina.

Dosis: 20 mg/Kg/día

Efectos colaterales: Dermatitis alérgica, somnolencia, resequedad bucal, trastornos gastrointestinales, ictericia, aplasia medular, vértigo, ataxia.

c) Barbitúricos:

Mecanismo de acción: El fenobarbital actúa como depresor de la corteza y de la formación reticular del tallo encefálico

Dosis: 10-25 mg/Kg/día

Efectos secundarios: Tendencia a producir mucho sueño, vértigo, ataxia, diplopía exantema,

anemia megalobástica, leucopenia, náusea, vómito, anorexia, impotencia sexual, precipitación de reacciones psicóticas

d) Derivados de la Benzodiazepina:

Mecanismo de acción: El clonacepam eleva el umbral talámico postdescarga

Dosis 4 - 8 mg/día

Efectos colaterales: Sedación, fatiga, hipotonía, ataxia, irritabilidad, agresividad

e) Derivados del ácido valproico:

Mecanismo de acción: El valproato de sodio es la sal sódica de un ácido graso de cadena ramificada. Actúa bioquímicamente como inhibidor de las enzimas que metabolizan el transmisor sináptico inhibitorio ácido gamma-aminobutírico (GABA) con lo cual aumenta la concentración de este ácido. Es medicamento de primera elección

Dosis: 15 - 30 mg/kg/día

Efectos colaterales: Náusea, pérdida temporal del cabello, trastornos gastrointestinales, debilidad, ataxia, alteraciones de la coagulación y lesión hepática 7, 12, 20

B) ADOLESCENCIA

1. Límites cronológicos:

Los límites cronológicos de la adolescencia suelen ubicarse entre las edades de 11 y 21 años. Hay factores biológicos, emocionales y sociológicos que influyen en este límite de edad 5, 10, 21

2. Areas de desarrollo en el adolescente:

Las áreas de desarrollo que el adolescente necesita dominar desde su infancia hasta la adopción de los papeles del adulto son:

- a) Independencia de los padres
 - b) Area sexual
 - c) Especificación de los objetivos educativos y de trabajo
 - d) Consolidación de una identidad positiva y
- finme 10

3. Influencias en el desarrollo psicosocial del adolescente:

El desarrollo psicosocial del adolescente está influido por varios factores tales como:

- a) Desarrollo emocional previo: Las labores psicológicas que deben ser dominadas ante la adolescencia incluyen desarrollo de un sentido de confianza, autonomía, iniciativa y destreza. El pequeño que no ha sido capaz de alcanzar estos logros puede entrar en la adolescencia exigiendo satisfacción inmediata, dudando de su capacidad para actuar de manera autónoma, no pudiendo lograr la identidad sexual adecuada o sintiéndose inferior a sus amigos 10
- b) Capacidad Intelectual: Las limitaciones intelectuales obstaculizan la capacidad del adolescente para efectuar labores escolares y de ocupación adecuadas para su edad
- c) Capacidad física: La maduración retrasada puede prolongar la lucha entre dependencia e independencia y reforzar los sentimientos de ser distinto 10

d) Relaciones Familiares: Sus problemas actuales, lo mismo que los que tuvo antes, pueden impedir al adolescente el desarrollo intelectual. Quizás no cuente con apoyo de sus padres por las preocupaciones de éstos en asuntos relacionados con su propia etapa del desarrollo. Y por lo contrario, pueden ser prominentes las preocupaciones sobre su afecto por el trabajo y el avance de la edad 10

e) Patrones Sociales y Culturales: Normas morales y circunstancias socioculturales pueden influir grandemente en la manera por medio de la cual el adolescente afronta las labores del desarrollo 10

4. **Áreas de desarrollo en el adolescente con enfermedad crónica:**

Las enfermedades crónicas producen tensión emocional que puede estar relacionada con la naturaleza de la propia enfermedad, con los procedimientos médicos acompañantes o con las reacciones emocionales del individuo enfermo y de los miembros de su familia a la enfermedad. Por otra parte, las tensiones producidas por el período de la adolescencia pueden, a su vez, exacerbar la enfermedad 10

a) Independencia de los padres: El adolescente al cual se recuerdan de manera continua sus limitaciones tiende a volverse temeroso de la independencia, con peligro de que no sea capaz de cuidarse a sí mismo

Las restricciones legales pueden interferir con el impulso de independencia del adolescente con enfermedad crónica. El logro de licencia para conducir es símbolo de libertad para muchos adolescentes. Los pacientes epilépticos, sin embargo, no pueden obtenerla a menos de que hayan estado libres de convulsiones durante un periodo prolongado

La seguridad producida por las relaciones con los amigos conforme el adolescente intenta separarse de los padres es difícil de lograr para el que sufre una enfermedad crónica. La aceptación pobre de los amigos retrasa el desarrollo del adolescente y produce también tensión emocional 10

b) Area sexual: Quizá muchos adolescentes con enfermedades crónicas no dispongan del escape de los sentimientos sexuales y agresivos que proporciona el deporte. Es importante que el médico insista en los deportes que el adolescente puede practicar

con seguridad. Cuando la participación en los deportes de contacto y agotadores está muy limitada el adolescente puede ser alentado para que intervenga en otros actos competitivos como el tiro al blanco o ajedrez

Para las mujeres adolescentes la suficiencia sexual suele medirse en términos de atractivo físico. Las características físicas no atractivas producidas por un proceso patológico o por la medicación requerida constituyen a menudo una amenaza para el amor propio, que a veces da por resultado intentos promiscuos de probar la propia feminidad. Para reducir las manifestaciones físicas inconvenientes, el médico debe controlar la medicación y cuando sea posible explorar medios alternos de tratamiento ¹⁰

c) Especificación de los objetivos de trabajo y educativos: Los adolescentes con enfermedades crónicas tienen elecciones profesionales limitadas a causa de prejuicios contra la enfermedad, además de los problemas constituidos directamente por la misma. Faltan recursos vocacionales para ayudar al adolescente a identificar habilidades y talentos que lo guíen en la elección y la preparación en los papeles adecuados del trabajo ¹⁰

d) Consolidación de una identidad positiva y firme: En la formación de una identidad firme es importante que el adolescente sea capaz de incorporar su enfermedad en su imagen corporal. Puede ser saludable y necesario para la adaptación, el reconocimiento de las limitaciones en la definición del yo. Entre los problemas específicos encontrados en el adolescente con enfermedad crónica se encuentran poco amor propio, imagen corporal insatisfactoria y dudas en cuanto a su autosuficiencia futura y a la capacidad para adoptar el papel de padre 10

c) ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL ADOLESCENTE EPILEPTICO

1. Actitud de la sociedad:

La aceptación de cualquier enfermedad crónica es difícil. Esto depende de muchos factores como son: la severidad de la enfermedad, la personalidad del individuo afectado y la comprensión de la enfermedad por el paciente y su familia. En el caso de la epilepsia la aceptación es más difícil porque el paciente y su familia deben adaptarse no sólo a la enfermedad y a sus limitaciones sino también a las actitudes adversas de la sociedad 4, 15, 19

Históricamente la epilepsia ha sido considerada como una enfermedad espantosa, como un signo de castigo o posesión por el diablo. Desgraciadamente algunas de estas ideas permanecen aún en algunas comunidades ²

Taylor, al hablar de los prejuicios de la epilepsia, considera la presencia de varios estigmas. El estigma más claro de la epilepsia es la propia convulsión con todas las implicaciones de pérdida total del control. Hay otros estigmas como son: la necesidad de tomar la medicación regularmente, las restricciones en la actividad, los días ausentados en la escuela o el trabajo, los períodos de hospitalización en algunos casos. Este autor concluye que la única forma de combatir los prejuicios es disminuyendo la ignorancia a través de la educación ¹³

¿Por qué es necesario constantemente probar que es posible sufrir epilepsia y ser mentalmente sano? Mucha gente con múltiples impedimentos sufren de epilepsia como un efecto secundario a una enfermedad cerebral causante de dicho impedimento. Hay gente que sufre de epilepsia y que aún con intelligen

cia normal y libres de otros impedimentos, tienen sus vidas marcadas por la epilepsia. Por otro lado, hay algunos que padecen de epilepsia y están libres de problemas. Desafortunadamente, hay todavía imágenes estereotipadas de personalidades y mentalidades epilépticas que en parte son verdaderas en algunos casos, pero son inadecuadas e injustas en la mayoría. La gran complejidad y diversidad de la epilepsia, por lo tanto, es la primera razón para el mal entendimiento y prejuicio de la sociedad, que existe a todos niveles, en el campo de empleo, educación y aún médico 13

2. Cambios psicológicos:

Primeramente la epilepsia afecta el sentido de control del adolescente y de su familia. 19 En los pacientes que alcanzan un buen control con los medicamentos, la convulsión aislada puede traer serias consecuencias ya que el uso de medicamentos recuerda al paciente de su pérdida de control. Los pacientes que alcanzan un control intermedio necesitan para consolidarse de algunos mecanismos de defensa para enfrentarse a la convulsión ocasional. Los adolescentes se vuelven más resistentes en aceptar la responsabilidad de tomar los medica-

mentos. En aquellos pacientes que alcanzan muy poco control, aun con una variedad de medicamentos, las convulsiones son un constante problema. Debido al estado continuo de ansiedad al que está expuesta la familia y el paciente el lento progreso del paciente hacia la consolidación de la autonomía y control es más evidente. En todos los casos el paciente está consciente de la necesidad que tiene de depender de un agente externo para controlar su vida ²²

La epilepsia también ocasiona una alteración en el sentido de competencia del paciente. Su sentido de competencia se pone a prueba constantemente tareas escolares, eventos sociales, carrera, matrimonio. Cuando la familia piensa que el niño es incompetente este sentimiento se refleja hacia el niño. Otro factor que influye en el sentido de competencia del niño es la restricción de oportunidad. Esta restricción en las acciones del niño disminuyen la cantidad de experiencia práctica que el niño tiene para desarrollar sus habilidades y competencias. ²²

Por lo anterior, el paciente con epilepsia presenta frecuentemente sensación de inseguridad, insuficiencia, ansiedad, irritabilidad y nerviosis-

mo en grado variable y si tales manifestaciones no se tratan adecuadamente, el enfermo se sentirá inca paz de hacer nada, lo que conduce a ser hostil, resentido y adoptar conductas antisociales de diver sa magnitud ¹¹

Por otra parte, la adolescencia acarrea sus propias dificultades y reajustes en circunstancias normales. Cuando la epilepsia está presente es di fícil saber cuando la depresión, agresividad, irrita bilidad y cambios emocionales son fenómenos normales de la adolescencia o son debido a la enfermedad. Cuando la epilepsia no es incapacitante lo más probable es que las dificultades en la conducta sean debidas a la adolescencia ¹³

Varios autores han encontrado que la depresión es el síntoma psiquiátrico más común que se presenta en la epilepsia de larga evolución. Tam- bién se ha visto mayor incidencia de suicidio e inten to de suicidio. Los factores que han sido implica dos como causa de depresión son factores psicosocia les y anormalidades bioquímicas. Entre los primeros se encuentran: el stress por la pérdida de la con ciencia, la pérdida del autocontrol, el estigma social, la dificultad para conseguir un trabajo, etc.

En lo que respecta a las anomalías bioquímicas se han involucrado: alteraciones en la noradrenalina, 5 hidroxitriptamina y ácido gamaaminobutírico y un mal funcionamiento del eje hipotálamo hipofisario. Muchos autores han reportado niveles bajos de ácido fólico en la depresión y en la epilepsia y en pacientes epilépticos deprimidos¹⁷

En un estudio realizado en adolescentes epilépticos se encontró que los adolescentes tenían menor autoestima y menos expectativas futuras, mientras que los que estuvieron más afectados neurológicamente comunicaron más abiertamente su enfermedad a su familia y amigos y fueron más positivos en su adaptación social y expectativas futuras. Existen varias explicaciones a esto. Una afección neurológica visible puede ser más fácil de aceptar que un defecto silencioso que hace que el adolescente sea incapaz de manejar o nadar sin excusa obvia. Los adolescentes con afección neurológica mayor son más abiertos y optimistas. Su conducta se explica porque para ellos los signos de afección son obvios lo cual los excusa de ciertas expectativas⁸

La causa más frecuente para fracasar en el control de las convulsiones en los adolescentes es

la falla intencional o no intencional de tomar sus medicamentos. El adolescente comprende las implicaciones sociales que tiene la epilepsia y el prejuicio de la sociedad acerca de ésta y en un intento de refutar o contradecir el diagnóstico suspende la medicación 14

3. Alteración en la dinámica familiar:

La familia y la sociedad influyen de manera determinante en la adaptación social del adolescente epiléptico. La familia ha mostrado históricamente el núcleo indispensable para el desarrollo del hombre. Es el troquel donde el ser humano va formando una personalidad emotiva y social que le irá fortaleciendo o disminuyendo sus capacidades. Los hijos deben crecer afirmando su propia personalidad y que lleguen a ser no lo que los padres quieren, sino lo que su propia capacidad les permita 18

La atención pronta del niño y una explicación cuidadosa a los padres en el momento de la primera convulsión puede ser muy importante en prevenir reacciones tardías anormales 13

Livingston en un excelente estudio del manejo

general del niño epiléptico describe que la primera reacción de muchos padres al diagnóstico de epilepsia es de horror y frecuentemente de negación. Algunos padres experimentan sentimientos de culpa. Estos sentimientos pueden afectar su actitud hacia el niño manifestándose con sobreprotección o rechazo

15

La sobreprotección ocurre además, más frecuentemente cuando la epilepsia empieza en la niñez temprana y si las convulsiones son severas y/o frecuentes y si se encuentran asociadas a alguna alteración mental o física

13

La enfermedad puede ocasionar desajustes en el hogar, debido a que la madre es, en nuestro medio quien más directamente se encarga de llevar al hijo a la consulta y quien lo auxilia en las manifestaciones de epilepsia; esto motiva desatención de otros problemas del hogar o de otros hijos, en especial cuando el padecimiento no logra controlarse. Esto puede provocar que otros miembros de la familia en particular los hermanos, rechacen al paciente y rompan así la unidad familiar

11

Sillanpas ha encontrado una elevada inciden-

cia de divorcio y dificultades maritales entre los padres de niños epilépticos estudiados en comparación a la población normal. Menciona que la tensión crónica dentro de la familia y los efectos de incertidumbre y las restricciones impuestas sobre el niño hacen que la epilepsia empeore creándose un círculo vicioso 13

4. Aspectos Educativos:

Los profesionales en la comunidad juegan un papel muy importante en el ajuste de la gente a la epilepsia. Si aquellos profesionistas que son responsables de dar atención y orientación al paciente y a la familia no conocen la enfermedad, el ajuste emocional y social de la familia puede bloquearse en lugar de mejorarse 1

Es posiblemente al iniciar el niño su vida escolar cuando aparecen las primeras alteraciones de conducta y la inseguridad ante la familia y la sociedad. Muchos de estos cambios se deben a la ignorancia y a los prejuicios de la sociedad hacia el paciente epiléptico quien enfrenta graves problemas en un medio hostil 4, 11

Hoy en día, es posible, que los casos no complicados de epilepsia puedan controlarse de tal forma de no interrumpir la educación del niño. El niño con epilepsia deberá ser tratado como un niño normal hasta donde sea posible. Deben evitarse los extremos de descuido y sobreprotección 11, 15

Las preguntas acerca de la necesidad de escuelas especiales para niños epilépticos merecen consideración aquí. Es importante mencionar que mientras se requieren de métodos especiales de educación para niños ciegos, sordos o incapacitados mentales, no se requieren para los niños con epilepsia y no existe ninguna razón para que ellos no asistan a escuelas ordinarias 15, 19

5. Empleo:

En algunos estudios realizados en pacientes adolescentes y adultos epilépticos se ha encontrado que los salarios de los empleados epilépticos son en la mayoría bajos debido a que el epiléptico tiene un bajo nivel educativo 2, 4

En el Hospital General del Centro Médico Nacional se hizo un estudio en 531 pacientes con epi-

tepsia que estuvieron hospitalizados acerca de aspectos médicos y sociales. Los principales hallazgos fueron los siguientes:

- a) Se encontró incapacidad o desempleo en el 38% de los casos, un mes antes de ser hospitalizados
- b) El desempleo persistió en el 22.6% de los casos observados dos años después de su hospitalización
- c) El 43.8% de los enfermos que trabajan tuvieron problemas en conseguir empleo o dificultades laborales
- d) El 25% de los trabajadores tenían actividades inadecuadas o peligrosas
- e) Hubo deserción escolar del 9.4% de los pacientes que tuvieron oportunidad de estudiar

Recientemente se ha observado que existe una fuerte relación entre factores neurofisiológicos y psicológicos y el empleo. Específicamente las personas epilépticas con empleo han mostrado funciones

neurofisiológicas más adecuadas y menos desajuste emocional que aquellas personas epilépticas desempleadas ³

6. Desarrollo Intelectual:

En estudios que se han hecho se ha visto que los niños con epilepsia no complicada tienen un IQ similar al de la población general de niños y algunos de ellos tienen una inteligencia por arriba del promedio medio o superior. Así, mientras algunas causas de epilepsia pueden causar inteligencia subnormal, el hecho de tener convulsiones no significa tener inteligencia subnormal

El nivel de inteligencia varía según el tipo de epilepsia. Se encuentra inteligencia normal generalmente en pacientes con epilepsia primariamente generalizada tipo del Pequeño Mal o Gran Mal y en las epilepsias parciales con sintomatología simple ¹⁵

7. Actividades Físicas:

Hay pruebas de que la actividad física puede elevar el umbral de las convulsiones y reducir, por lo tanto, la posibilidad de que ocurran. Desde luego,

son importantes las precauciones de seguridad y la supervisión adecuada en deportes como natación, escalamiento de montañas y actividades atléticas agotadoras. Actividades como los juegos en grupo deben fomentarse ya que éstos aumentan los sentimientos de normalidad e independencia ¹⁹

8. Conducción de vehículos de motor:

La capacidad de conducir un vehículo motorizado es una importante habilidad en nuestra civilización, y la pérdida de licencia para manejar puede ser la causa de pérdida de ingresos, desempleo y privaciones, con el consiguiente incremento de los sentimientos de ser discriminado. Por otra parte, los pacientes con crisis epilépticas deficientemente controladas constituyen un peligro para ellos y para otras personas al conducir un automóvil ²⁰

Las regulaciones legales varían de país a país. En algunos, un paciente con epilepsia puede obtener licencia para manejar si no ha presentado crisis epiléptica durante dos o tres años, aunque todavía esté sujeto a tratamiento anticonvulsivante para controlar las crisis, legalmente aún han de estar padeciendo epilepsia y por lo tanto, no

puede poseer licencia de manejo ²⁰

VI) DISEÑO DE LA INVESTIGACION
***** == ** *****

A) CRITERIOS DE INCLUSION

Inicialmente se habia propuesto que se incluyeran en el estudio adolescentes de ambos sexos cuyas edades fluctuaran de 13 a 16 años y que presentaran epilepsia cuyo patrón de crisis fuera el de convulsiones tónico clónico generalizadas y en los que el diagnóstico se hubie ra establecido tanto por cuadro clínico como por electroencefalograma. Sin embargo, dada la dificultad para obtener la muestra en este grupo de edad fué necesario ampliar el rango de edad de 13 a 21 años. Se incluyeron asimismo en el estudio a los padres del paciente

B) CRITERIOS DE EXCLUSION

Fueron excluidos del estudio:

1. Pacientes con alguna enfermedad psiquiátrica
2. Pacientes con epilepsia asociada a alguna otra enfermedad crónica

C) UNIVERSO

Pacientes adolescentes epilépticos de ambos sexos, de 13 a 21

años de edad beneficiarios adscritos a la Unidad de Medicina Familiar
No. 33 del IMSS

D) TAMAÑO DE LA MUESTRA

Inicialmente adolescentes epilépticos captados por el Servicio de Medicina Familiar en el período comprendido del 1-III-84 al 30-VI-84. Aquí también fue necesario ampliar el periodo de captación de pacientes hasta el 30-X-84 para reunir un total de 30 casos

E) LIMITES DEL TRABAJO

1. Espacio: Expedientes clínicos, forma 4-30-6/74
2. Tiempo : 1-III-84 al 30-X-84
3. Instituciones que Colaboraron: Unidad de Medicina Familiar No. 33 del IMSS

F) RECURSOS A UTILIZAR

1. Humanos: Adolescentes con diagnóstico de epilepsia con los criterios de inclusión y exclusión ya descritos, médicos familiares, personal de trabajo social, Asesor del trabajo de Investigación, Coordinadores de la Residencia de Medicina Familiar, Residente de Medicina Familiar
2. Físicos: Papel, plumas, lápices, máquina de escribir

tarjetas, vehículo

G) METODOLOGIA

Se captaron los adolescentes epilépticos que reunieron los criterios de inclusión y exclusión ya mencionados utilizando para ello la forma 4-30-6/74. Se informó a los padres de cada paciente acerca del estudio de investigación y una vez obtenido su consentimiento se aplicaron tres encuestas dirigidas al paciente y a cada uno de sus padres. Las encuestas fueron aplicadas al destinatario personalmente; se interrogó en forma verbal y el encuestador se encargó de anotar las respuestas en las hojas

La encuesta para el paciente consta de dos partes. En la primera se incluyen datos generales como son: cédula del paciente, sexo, edad, escolaridad, edad de inicio de las convulsiones, frecuencia de las misma, tratamiento médico actual y el consultorio de Medicina Familiar al que corresponde. La segunda parte que corresponde a las preguntas propiamente dichas, consta de 32 preguntas, la mayoría de las cuales están formuladas para ser contestadas como SI o NO. La encuesta valora el conocimiento de la enfermedad por el paciente con los reactivos 1, 2, 3 y 30; actitudes de los padres con los reactivos 19 y 20; aspectos educativos con los reactivos 4 a 15; área sexual con los reactivos 21, 27, 28, 31 y 32; identidad con los reactivos 17, 18, 20, 22, 25 y 26; independencia con los reactivos 16, 23, 24 y 29

La encuesta para los padres es la misma tanto si se trata del padre como de la madre del paciente. Los datos generales incluyen; cédula del paciente, datos del padre o de la madre como son: sexo, edad, escolaridad y ocupación. La encuesta consta de 34 preguntas formuladas para ser contestadas la mayoría de ellas con respuestas de SI o NO. Se valora el conocimiento de la familia y de la sociedad acerca de la enfermedad con los reactivos 1 a 5, 11, 12, 22 y 34; actitudes que asumen los padres hacia el paciente con los reactivos 23 a 33; aspectos educativos con los reactivos 6 a 22

La encuesta fué aplicada a cada persona separadamente. En colaboración con los médicos familiares y el personal de trabajo social se citó al paciente y a sus padres a la Unidad de Medicina Familiar para aplicar dichas encuestas y en caso necesario se acudió a su domicilio

Posteriormente se procedió a agrupar los datos, tabularlos y analizar los resultados

Se utilizó como método estadístico la prueba de Chi cuadrada con $p = 0.05$

H) CUESTIONARIOS

ENCUESTA PARA LOS PADRES

Cédula del paciente _____ Fecha _____

Datos del padre

Sexo: _____ Escolaridad: _____

Edad: _____ Ocupación : _____

1. Considera Ud. que la epilepsia es una enfermedad hereditaria? SI NO
2. Considera Ud que la epilepsia es una enfermedad contagiosa? SI NO
3. Cree Ud. que la epilepsia es una enfermedad incapacitante? SI NO
4. Considera Ud. que la epilepsia es una enfermedad controlable con medicamentos que permite al individuo que la padece llevar una vida normal? SI NO
5. Cree Ud. que el individuo epiléptico puede llegar a terminar una carrera profesional? SI NO
6. Si hijo estudia? SI NO
En caso afirmativo: _____
7. Ha tenido problemas por su enfermedad para ingresar a la escuela? SI NO
Cuales?

8. Que grado cursa?

9. Ha reprobado algún grado? SI NO
10. Que promedio de calificaciones tiene su hijo? _____
11. Considera Ud. que podría obtener mejores calificaciones? SI NO

12. Considera Ud. que la enfermedad es un obstáculo para que continúe estudiando? SI NO
13. Continuará estudiando? SI NO
14. Sabe su maestra que es epileptico? SI NO
15. Ha convulsionado en la escuela? SI NO
16. Cuando ha convulsionado en la escuela, quien lo ha auxiliado?
 Maestro () Compañeros () Otros ()
17. Ha tenido problemas por esto? SI NO
18. Que problemas?

19. Que información le ha dado su maestra cuando esto ha sucedido?

20. Si no estudia: Nunca ha estudiado? SI NO
21. Suspendió sus estudios? SI NO
22. Cree Ud. que su hijo debería acudir a una escuela especial para epilepticos? SI NO
23. Cree Ud. que sus familiares y amigos no deben enterarse que su hijo es epileptico? SI NO
24. Por qué?

25. Le da pena a Ud. decir que su hijo es epileptico? SI NO
26. Con quién sale su hijo a la calle más frecuentemente?
 Padre () Madre () Hermanos () Otros () Especificar

27. Con qué miembro de la familia se relaciona mejor su hijo?
Padre () Madre () Hermanos () Otros () Especificar
28. Acude Ud con su hijo a la consulta médica?
Siempre () Casi siempre () Rara vez () Nunca ()
29. Quién administra los medicamentos al paciente?
Padre () Madre () Hermanos () Otros () Especificar
30. Quién ayuda por lo general al paciente en el momento de una convulsión?
Padre () Madre () Hermanos () Otros () Especificar
31. Cuando lleva a consulta a su hijo cuánto tiempo está fuera de su casa para ello? _____
32. Cree Ud. que ese día tiene problemas para atender adecuadamente su hogar? SI NO
33. Considera Ud. que su esposo (a) le da preferencia al paciente que a sus demás hijos? SI NO
34. Su médico familiar le ha informado en qué consiste la enfermedad? SI NO

ENCUESTA PARA EL PACIENTE

Cédula del Paciente: _____ Fecha: _____

Sexo: _____ Consultorio: _____

Edad: _____

Escolaridad: _____

Edad de inicio de la enfermedad: _____

Frecuencia de las convulsiones : _____

Tratamiento: _____

- | | | | |
|-----|---|----|----|
| 1. | Considera que la epilepsia es una enfermedad hereditaria? | SI | NO |
| 2. | Consideras que la epilepsia es una enfermedad contagiosa? | SI | NO |
| 3. | Crees que con un adecuado control médico puedes llevar una vida normal? | SI | NO |
| 4. | Estudias? | SI | NO |
| | Si estudias: _____ | | |
| 5. | Grado escolar que cursas: _____ | | |
| 6. | Promedio de calificaciones: _____ | | |
| 7. | Has reprobado algún año? | SI | NO |
| 8. | Crees que podrías obtener mejores calificaciones? | SI | NO |
| 9. | Te gustaría seguir estudiando? | SI | NO |
| 10. | Vas a seguir estudiando? | SI | NO |
| 11. | Sabe tu maestra que eres epiléptico | SI | NO |
| 12. | Has convulsionado en la escuela? | SI | NO |
| 13. | Tu maestra te ha ayudado cuando esto ha sucedido? | SI | NO |
| 14. | Has faltado a clases por tu enfermedad? | SI | NO |
| 15. | Te sientes seguro cuando estás en la escuela? | SI | NO |

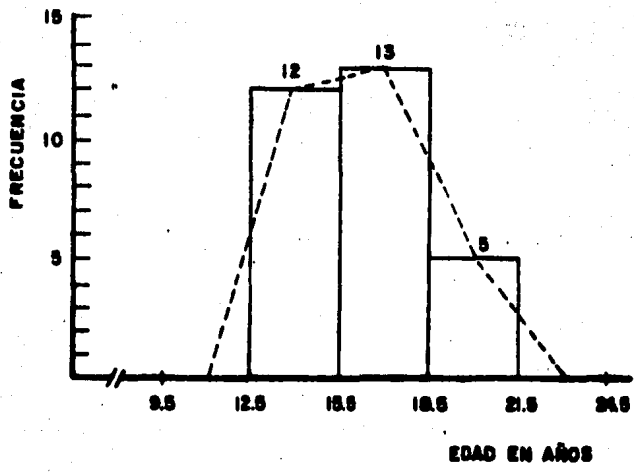
16. Tienes amigos? SI NO
17. Saben que eres epiléptico tus amigos y amigas? SI NO
18. Te sientes seguro cuando estás con ellos? SI NO
19. A quién le confías tus problemas en tu casa?
Padre () Madre () Hermanos () Otros () Especificar
20. Te regañan frecuentemente? SI NO
Quién? _____
Por qué? _____
-
21. Tienes amigas? SI NO
22. Has suspendido en alguna ocasión tus medicamentos?
Por qué? _____
-
23. Practicas algún deporte? SI NO
Cuál? _____
24. Crees que un epileptico debe manejar un automóvil? SI NO
25. Consideras que tus amigos son más inteligentes que tú? SI NO
26. Consideras que tus hermanos son más inteligentes que tú? SI NO
27. Consideras que puedes atraerle físicamente a alguien? SI NO
28. Consideras que eres agradable a tus amigos (en caso de que el paciente sea mujer) o a tus amigas (en caso del hombre) SI NO
29. Con quién sales a la calle más frecuentemente?
Padre () Madre () Hermanos () Amigos ()
30. Te ha informado tu médico familiar en que consiste tu enfermedad? SI NO
31. Te cohibes al hablarle a alguna amiga (en caso de hombre) o amigo (en caso de mujer) SI NO
32. Te masturbas? SI NO

VII) RESULTADOS
=====

A) DATOS GENERALES DEL PACIENTE

1. Edad

Edad de los Adolescentes Epilépticos
de la U.M.F. 33
1984



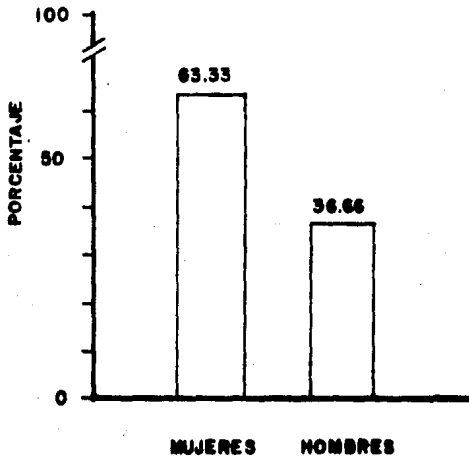
Fuente: Investigación Personal

2. Sexo

Sexo de los Adolescentes Epilépticos

de 1a U.M.F. 33

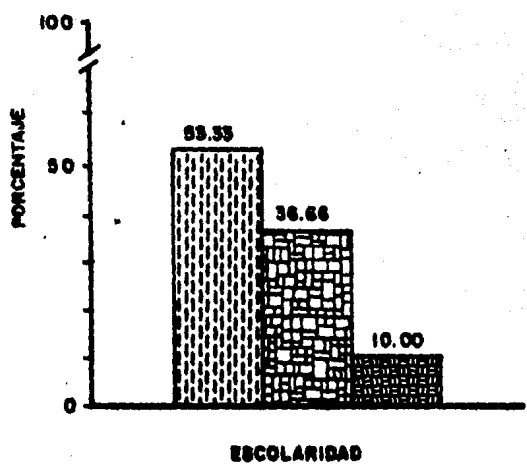
1984






Fuente: Investigación Personal

3. Escolaridad

Escolaridad del Adolescente Epiléptico
de la U.M.F. 33
1984

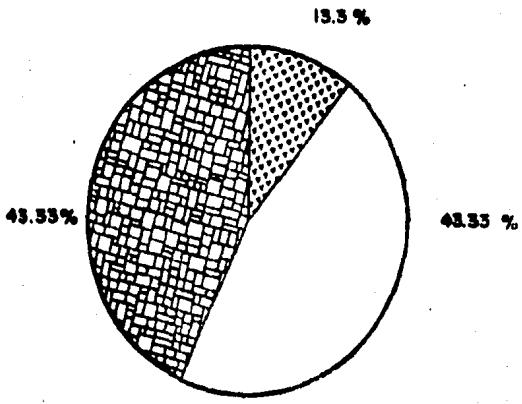


-  PRIMARIA
-  SECUNDARIA
-  COMERCIO

Fuente: Investigación Personal

4. Edad de Inicio de la Enfermedad

Inicio de la Enfermedad en los Adolescentes
Epilépticos de la UMF 33
1984



ETAPAS:

-  LACTANCIA
-  PREESCOLAR
-  ADOLESCENCIA

Fuente: Investigación Personal

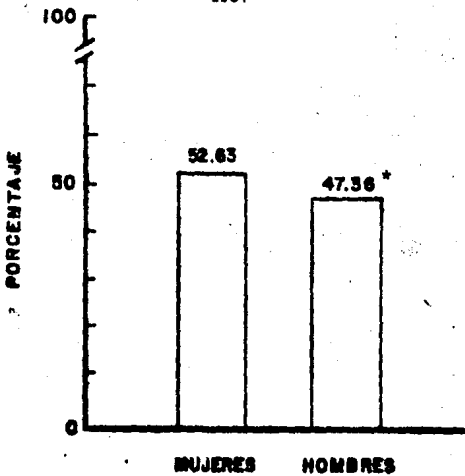
B) DATOS GENERALES DE LOS PADRES

1. Sexo

Sexo de los Padres del Adolescente Epiléptico

U.M.F. 33

1984

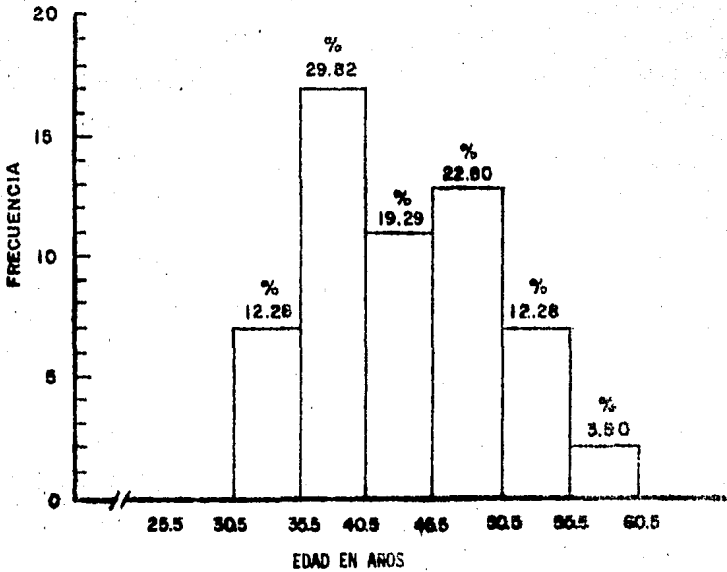


Fuente: Investigación Personal

* No fué posible entrevistar al 50% de los padres (hombres) debido a divorcio, separación o muerte

2. Edad

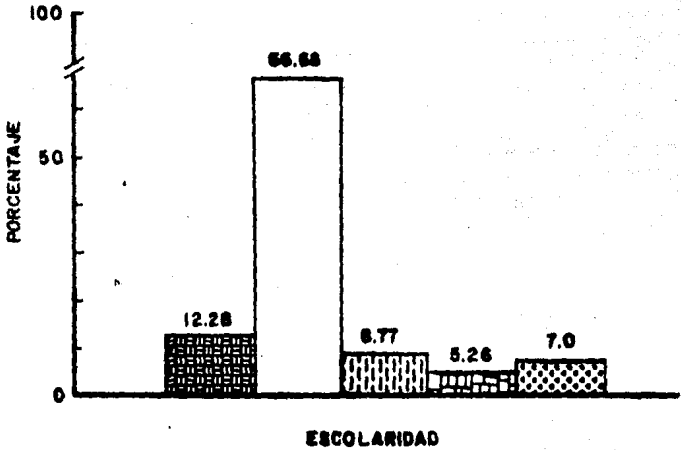
Edad de los Padres de los Adolescentes Epilépticos
de la U.M.F. 33
1984




Fuente: Investigación Personal

3. Escolaridad

Escolaridad de los Padres de los Adolescentes Epilépticos
de la U.M.F. 33
1984



-  NINGUNA
-  PRIMARIA
-  SECUNDARIA
-  PREPARATORIA
-  PROFESIONAL

Fuente: Investigación Personal

C) HIPOTESIS

H_0 : El desconocimiento de la enfermedad por los padres del adolescente epiléptico no le ocasiona a éste alteraciones en su identidad

H_1 : El desconocimiento de la enfermedad por los padres del adolescente epiléptico si le ocasiona a éste alteraciones en su identidad

IDENTIDAD DEL ADOLESCENTE EPILEPTICO Y CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD POR LOS PADRES

U.M.F. 33 1984

Adolescente con alteraciones de identidad	Conocimiento de la enfermedad por los Padres		Total
	SI	NO	
SI	9.6 4	11.9 13	17
NO	3.9 5	9.1 8	13
TOTAL	9	21	30

$$\chi^2 = \frac{(O-E)^2}{E}$$

$$\chi^2 = 3.809$$

Para $G1 = 1$ $p = 0.05$, por lo tanto H_0 se rechaza

Fuente: Investigación Personal

Conclusión: El desconocimiento de la enfermedad por los padres del adolescente epiléptico si le ocasiona a éste alteraciones de identidad

H₀: El desconocimiento de la enfermedad por los padres, del adolescente epiléptico no le ocasiona a éste problemas en lo que respecta a la independencia de los padres

H₁: El desconocimiento de la enfermedad por los padres del adolescente epiléptico le ocasiona a éste problemas en lo que respecta a la independencia de los padres

**Independencia del Adolescente Epiléptico y Conocimiento
de la Enfermedad por los Padres
U.M.F. 33 1984**

Adolescente con alteraciones de independencia	Conocimiento de la enfermedad por los padres		Total
	SI	NO	
SI	4.5 1	10.5 14	15
NO	4.5 8	10.5 7	15
T O T A L	9	21	30

$$\chi^2 = \frac{(O-E)^2}{E}$$

$$\chi^2 = 7.776$$

Para GL= 1 p= 0.01, por lo tanto H₀ se rechaza

Fuente: Investigación Personal

Conclusión: El desconocimiento de la enfermedad por los padres del adolescente epiléptico le ocasiona a éste problemas de independencia

H_0 : El desconocimiento de la enfermedad por los padres del adolescente epiléptico no le ocasiona a éste problemas para relacionarse con individuos del sexo opuesto.

H_1 : El desconocimiento de la enfermedad por los padres del adolescente epiléptico le ocasiona a éste problemas para relacionarse con individuos del sexo opuesto

Relaciones Heterosexuales del Adolescente Epiléptico
y Conocimiento de la Enfermedad por los Padres

U.M.F. 33 1984

Relaciones Heterosexuales del Adolescente Epiléptico	Conocimiento de la enfermedad por los Padres		Total
	SI	NO	
Normales	6 9	12 9	18
Anormales	4 1	8 11	12
TOTAL	10	20	30

$$\chi^2 = \frac{(O-E)^2}{E}$$

$$\chi^2 = 5.625$$

Para GL= 1 $p= 0.02$, por lo tanto H_0 se rechaza

Fuente: Investigación Personal

Conclusión: El desconocimiento de la enfermedad por los padres del adolescente epiléptico le ocasiona a éste problemas para relacionarse con individuos del sexo opuesto

H_0 : La madre del adolescente epiléptico no adopta una actitud sobreprotectora hacia el paciente y no crea en él una exagerada dependencia

H_1 : La madre del adolescente epiléptico sí adopta una actitud sobreprotectora hacia el paciente creando en él una exagerada dependencia

Sobreprotección Materna y Dependencia del Adolescente Epiléptico

U.M.F. 33 1984

Dependencia del Adolescente Epiléptico	Sobre Protección de la Madre		Total
	SI	NO	
SI	12.6 16	6.3 3	19
NO	7.3 4	3.6 7	11
TOTAL	20	10	30

$$\chi^2 = \frac{(O-E)^2}{E}$$

$$\chi^2 = 7.347$$

Para $GL = 1$ $p = 0.01$, por lo tanto H_0 se rechaza

Fuente: Investigación Personal

Conclusión: La actitud sobreprotectora de la madre del adolescente epiléptico le ocasiona a éste una exagerada dependencia

H_0 : La madre del adolescente epiléptico descuida su hogar por dar preferencia al paciente lo cual no motiva que éste sea rechazado por su padre

H_1 : La madre del adolescente epiléptico descuida su hogar por dar preferencia al paciente motivando que éste sea rechazado por su padre

Rechazo del Padre hacia el Adolescente Epiléptico
y Preferencia de la Madre hacia éste

U.M.F. 33 1984

Rechazo del padre hacia el adolescente	Descuido del hogar por la madre		Total
	SI	NO	
SI	4.4 7	6.5 4	11
NO	6.5 4	9.4 12	16
TOTAL	11	16	27

$$\chi^2 = \frac{(O-E)^2}{E}$$

$$\chi^2 = 4.498$$

Para GL = 1 $p = 0.05$, por lo tanto H_0 se rechaza

Fuente: Investigación Personal

Conclusión: El descuido del hogar por la madre del adolescente epiléptico por dar preferencia al paciente ocasiona que éste sea rechazado por su padre

H_0 : El rechazo del adolescente epiléptico por los maestros no ocasiona inseguridad del paciente en la escuela

H_1 : El rechazo del adolescente epiléptico por los maestros ocasiona inseguridad del paciente en la escuela

Rechazo de los Maestros e Inseguridad del Adolescente

Epiléptico en la Escuela

U.M.F. 33 1984

Seguridad del adolescente epiléptico en la escuela	Rechazo por los Maestros		Total
	SI	NO	
SI	4.8 5	3.2 7	12
NO	17	1	18
T O T A L	12	8	30

$$\chi^2 = \frac{(O-E)^2}{E}$$

$$\chi^2 = 20.866$$

Para GL= 1 p = 0.001, por lo tanto H_0 se rechaza

Fuente: Investigación Personal.

Conclusión: El rechazo del adolescente epiléptico por los maestros le ocasiona a éste inseguridad en la escuela

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA⁶⁹**

H₀: El desconocimiento de la enfermedad por los padres del adolescente epiléptico no determina el alto grado de deserción escolar que existe en estos pacientes

H₁: El desconocimiento de la enfermedad por los padres del adolescente epiléptico sí determina el alto grado de deserción escolar que existe en estos pacientes

**Grado de Deserción Escolar en el Adolescente Epiléptico
y Conocimiento de la Enfermedad por los Padres**

U.M.F. 33 1984

Deserción Escolar del Adolescente	Conocimiento de la enfermedad por los Padres		Total
	SI	NO	
SI	4.2 9	9.8 5	14
NO	4.8 0	11.2 16	16
TOTAL	9	21	30

$$\chi^2 = \frac{(O-E)^2}{E}$$

$$\chi^2 = 14.686$$

Para GL= 1 p= 0.001, por lo tanto H₀ se rechaza

Fuente: Investigación Personal

Conclusión: El desconocimiento de la enfermedad por los padres del adolescente epiléptico ocasiona el alto grado de deserción escolar que existe en estos pacientes

CONCLUSIONES

=====

La epilepsia es la enfermedad neurológica más frecuente en la adolescencia. La etapa de adolescencia es una etapa en la cual se llevan a cabo mecanismos de adaptación muy importantes a nivel de cuatro áreas básicas que son: identidad, independencia de los padres, área sexual y a nivel de objetivos educacionales y de trabajo. El adolescente epiléptico debe enfrentarse además a los prejuicios que desgraciadamente existen acerca de la enfermedad lo cual conlleva a alteraciones en la dinámica de su familia y en su ambiente social

En el presente trabajo de investigación se analizó si el descocimiento de la enfermedad por la familia y la sociedad influye negativamente en el adolescente epiléptico en su adaptación social

Se incluyeron en el estudio a treinta pacientes adolescentes epilépticos cuyas edades oscilaron entre los 13 - 21 años de edad y que presentaron epilepsia cuyo patrón de crisis fuera el de convulsiones tónico-clónico generalizadas así como también se incluyó a los padres del paciente. La investigación se llevó a cabo a través de encuestas y los resultados fueron tabulados de acuerdo al método estadístico de chi cuadrada

Se observó que más de la mitad de los adolescentes epilépticos tienen un bajo nivel de escolaridad ya que el 53.33% han alcanzado tan sólo la primaria. Sin embargo, dado que algunos de los pacientes se

encontraban en las edades de 13 - 14 años y en ellos no se puede esperar un nivel alto de escolaridad, se procedió a analizar el grado de deserción escolar. Se observó que el 46.66 de los adolescentes epilépticos se encontraban estudiando en el momento del estudio y que el 53.33% no lo estaban haciendo o bien pensaban en desertar, es decir, en el adolescente epiléptico el grado de deserción es alto.

Se demostró que:

1. El desconocimiento de la enfermedad por los padres del adolescente epiléptico sí le ocasiona a éste alteraciones en su identidad
2. El desconocimiento de la enfermedad por los padres del adolescente epiléptico ocasiona que éste tenga problemas en lo que respecta a la independencia de los padres
3. El desconocimiento de la enfermedad por los padres del adolescente epiléptico le ocasiona a éste problemas para relacionarse con individuos del sexo opuesto
4. La madre del adolescente epiléptico sí adopta una actitud sobreprotectora hacia el paciente creando en él una exagerada dependencia
5. La madre del adolescente epiléptico descuida su hogar por dar preferencia al paciente lo cual sí motiva que éste sea rech

zado por su padre

6. El rechazo del adolescente epiléptico por los maestros ocasiona inseguridad del paciente en la escuela
7. El desconocimiento de la enfermedad por los padres del adolescente epiléptico sí determina el alto grado de deserción escolar que existe en estos pacientes

Todo lo anterior lleva a la conclusión de que el desconocimiento de la enfermedad por la familia y la sociedad influyen negativamente en el adolescente epiléptico en su adaptación social

Con el objeto de dar un apoyo máximo al adolescente epiléptico el médico necesita estar al tanto de los problemas normales del desarrollo que ocurren durante la adolescencia y de la interacción entre estas dificultades y los problemas psicológicos adicionales de la epilepsia

Considero, por lo tanto, que los aspectos que debe manejar e informar el Médico Familiar a la familia son:

1. Causalidad: Explicar a los padres en qué consiste la enfermedad y esclarecer conceptos erróneos
2. Desarrollo intelectual: Explicar a los padres que el

hecho de tener convulsiones no significa tener inteligencia subnormal

3. Aspectos Educativos: El Médico Familiar debe hacer hincapié de que los padres informen a los maestros acerca de la naturaleza de la epilepsia y de que tengan actitudes positivas hacia la enfermedad. El maestro es la clave para manejar la situación escolar de la misma manera que los padres son la clave para manejar la situación familiar. Debe brindarse al paciente la oportunidad de estudiar

4. Factores Precipitantes: Es importante que el Médico Familiar identifique los factores precipitantes de las crisis convulsivas para que aplique las medidas preventivas necesarias para obtener el mejor control de la enfermedad

5. Actividades Físicas: La restricción innecesaria de las actividades físicas de un adolescente no tiene otro objeto que separar más aún al paciente de sus amigos y de la sociedad y sólo hace que el enfermo se sienta diferente a los demás

6. Conducción de vehículos de motor: En la adolescencia el paciente querrá saber acerca de las posibilidades de con

ducir un vehículo. En general es mejor para el paciente aceptar ciertas limitaciones en la vida impuestas por la enfermedad al mismo tiempo que mantiene el más alto grado de actividades normales

7. Empleo: El Médico Familiar deberá indicar al paciente que no busque empleos en los que pueda tener que laborar en las alturas, cerca de máquinas o fuego o en conducción de vehículos

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

=====

1. Appolone Carol, et al.: An epilepsy workshop for professionals
Epilepsia. 20: 127-132, apr 1979, Eng
2. Danesi M.A., et al.: Social problems of adolescent and adult epileptics in a developing country, as seen in Lagos, Nigeria,
Epilepsia. 22 (6): 689-695, dic 1981. Eng
3. Dikmen Sureyva PH D., et al.: Neuropsychological factors related to employability and occupational status in persons with epilepsy. The Journal of Nervous and Mental Disease. 168 (4) 236 - 240, apr 1980. Eng
4. Dulanto G. Enrique Dr. : Consideraciones sobre el crecimiento durante la adolescencia. En: Ramos G. Rafael Dr.: El Crecer de Nuestros Hijos. México. Asociación Mexicana de Pediatría. 1979. pp 413. Esp
5. Dodrill Carl B., et al.: An Objective Method for the assessment of psychological and social problems among epileptics. Epilepsia 21 (2): 123 - 125, apr 1980. Eng
6. Gómez Manuel R. MD, et. al.: Epilepsies of Infancy and Childhood
Ann Neurol. 13: 113-124, Feb 1983, Eng

7. Goodman Louis S., et al.: Bases farmacológicas de la Terapéutica 4a. ed. México. Edit Interamericana, 1977 pp 166-184. Esp
8. Hodgman H. Christopher MD et al: Emotional complications of a adolescent gran mal epilepsy. J. Pediatrics. 195 (2): 309-312 Aug. 1979, Eng
9. Kiffin Penry J., et al.: Epilepsia: mecanismos y tratamiento. En: Clínicas Médicas de Norteamérica. Nueva Editorial Interamericana. Mexico. Primera edición. 1979. pp 803. Esp
10. Leitchman Sandra R. Psic., et al.: Desarrollo social y psicológico de los adolescentes y relaciones con las enfermedades crónicas. En: Clínicas Médicas de Norteamérica. Primera edición. 1975. pp 1321-1330, Esp
11. López G. Moisés Dr.: La epilepsia como problema social, Rev. Med. IMSS 19 (5): 499-508, Sept-Oct 1981, Esp
12. Nelson Waldo E. MD.: Textbook of Pediatrics. Edit Saunders Eleventh edition. U.S.A. 1979 pp 1717-1729, Eng
- 13' O Donohoe Niell V.: Emotional and Psychiatric aspects of epilepsy. In: Epilepsies of Childhood. London. Butterworths Primera edición, 1979. pp 162-178 Eng

14. O'Donohoe Niell V.: Epilepsy in the adolescent In: Epilepsies of Childhood. London. Butterworths. Primera edición. 1979 pp. 131-136. Eng
15. O'Donohoe Niell V. The General Management of Childhood Epilepsy. In: Epilepsies of Childhood. London, Butterworths. Primera edición. 1979 pp 225-239 Eng
16. Ramirez de Lara Leticia MC., et al.: La epidemiología neurológica en México. Un estudio completo. Salud Pública de México 22 (5): 501-510, Sept.- Oct. 1980. Esp
17. Robertson MM., et al.; Depressive Illness in patients with epilepsy: a review. Epilepsia. 24 (Suppl 2): 109-116, 1983 Eng
18. Sánchez A. Jorge. Familia y Sociedad. México Cuadernos de Joaquín Mortiz. Tercera edición 1980 pp 15-16. Esp
19. Singer Harvey S., et al: Convulsiones en los adolescentes. En: Clínicas Médicas de Norteamérica. México. Nueva Editorial Interamericana. Primera edición. 1975. pp 1463-1474
20. Sutherland J.M., et al: Epilepsia, Edit. El Manual Moderno 2a. edición, México. 1980. pp 1-29, 51-78, 101-136. Esp
21. Valenzuela Rogelio H. Dr.: Divisiones de la infancia. Creci

miento y Desarrollo. En:Valenzuela Rogelio H. Dr.: Manual de
Pediatría. México. Edit. Boles de México. 1980. pp 80-81. Esp

22. Ziegler Robert G.: Impairments of control and competence in
epileptic children and their families. *Epilepsia*. 22 (3):
339-346, Jun 1981. Eng