

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSTGRADO



MAESTRÍA EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD

LÍNEA: SALUD PÚBLICA

TESIS

SÍNDROME CONVULSIVO: FACTORES BIOSOCIOCULTURALES,
OBSTÉTRICOS Y TRAUMA CRANEOENCEFÁLICOS, ZONA
URBANA DEL DISTRITO DE CHOTA - 2011

Para optar el Grado Académico de
MAESTRO EN CIENCIAS

Presentada por:

Lic. Enf. MIRIAM MERCEDES HURTADO SEMPÉRTEGUI

ASESORA

M. Cs. MARTHA RODRÍGUEZ TEJADA

CAJAMARCA – PERÚ

MAYO DEL 2013

COPYRIGHT 2013 by
MIRIAM MERCEDES HURTADO SEMPÉRTEGUI
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSTGRADO



MAESTRÍA EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD

LÍNEA: SALUD PÚBLICA

TESIS APROBADA:

SÍNDROME CONVULSIVO: FACTORES BIOSOCIOCULTURALES,
OBSTÉTRICOS Y TRAUMA CRANEOENCEFÁLICOS, ZONA
URBANA DEL DISTRITO DE CHOTA - 2011

Para optar el Grado Académico de
MAESTRO EN CIENCIAS

Presentada por:

Lic. Enf. MIRIAM MERCEDES HURTADO SEMPÉRTEGUI

Comité Científico:

Dra. Marina Violeta Estrada Pérez
Presidenta del comité

M. Cs. Katia M. Pérez Cieza
Primer miembro titular

M. Cs. Marleni Bardales Silva
Segundo miembro titular

Dra. Raquel Huamán Vidaurre
Accesitaria

M.Cs. Martha Rodríguez Tejada
Asesora

Mayo del 2013

...

DEDICATORIA

A DIOS, por iluminar el sendero de mi vida y darme la fortaleza para seguir adelante.

A mis hijos: Willy Gianfranco, Karl Emerson y Mireyna Selene, por haberles robado, sin advertirlo, valiosos minutos de su candoroso tiempo; así al padre de ellos por su apoyo constante.

A Mélida, mi madre, por su apoyo constante; a Liberato, mi padre, desde su lecho con su crónica dolencia, cansado por el tiempo; pero que con su experiencia me da palabras de alegría y aliento para enfrentar los golpes de la vida y seguir adelante con firmeza y decisión. Hoy desde el cielo me ilumina, me protege y guía mi sendero.

A mis hermanos: Francisca, Wilson y Walter, por su apoyo moral, afecto y amor fraternal, y por su invalorable aporte intelectual.

Miriam.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Cajamarca y a la Escuela Académico Profesional de Enfermería Sede Chota por su proyección social, académico y universitaria, con la maestría en Chota y darnos las facilidades para estudiar y capacitarnos como docentes.

Mi agradecimiento especial a todas las familias de la zona urbana de Chota por colaborar en el presente estudio. Mi reconocimiento especial a mi asesora M. Cs. Martha Rodríguez Tejada por sus sugerencias, recomendaciones, orientaciones que guiaron y encaminaron la presente investigación.

Un reconocimiento especial a la **Dra. Luz Marina Núñez Sánchez** por su apoyo moral e información bibliográfica para el presente trabajo de investigación.

CONTENIDO

	Pág.
AGRADECIMIENTOS.....	V
LISTA DE ILUSTRACIONES	VIII
LISTA DE ABREVIACIONES	IX
RESUMEN	XI
ABSTRACT	XII

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN.....	12
1.1. Definición y delimitación del problema.....	16
1.2. Formulación del problema	22
1.3. Objetivos	22

CAPITULO II

MARCO TEORICO	24
2.1. Antecedentes del problema	24
2.2. Bases teóricas	39
2.3. Factores biosocioculturales y el síndrome convulsivo.....	46
2.4 Factores obstétricos y trauma encefálicos.....	65
2.5 Definición de términos	72
2.6 Clasificación del síndrome convulsivo	84

CAPITULO III

DISEÑO DE CONTRASTACION DE LAS HIPOTESIS	94
3.1. Hipótesis.....	94
3.2. Variables	94
3.3. Metodología. Tipo de investigación.....	108
3.4. Técnicas de investigación	108
3.5. Análisis documental	109
3.6. Cuestionario	109
3.7. Selección del ámbito de estudio.....	109
3.8. Población.....	110
3.9. Muestra.....	111
3.10. Instrumentos de recolección de datos	112
3.11. Procesamiento de datos	114
3.12. Análisis e interpretación de datos	115

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y ANÁLISIS	116
4.1. Resultados y análisis de datos	116

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	146
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	150
ANEXOS.....	158

LISTA DE ILUSTRACIONES

	Pág.
Tabla 1. Prevalencia del síndrome convulsivo en familias de la zona urbana del distrito de Chota, 2011	117
Tabla 2.1. Factores biológicos de las personas con síndrome convulsivo en las familias de la zona urbana del distrito de Chota, 2011	119
Tabla 2.2. Factores sociales de las personas con síndrome convulsivo, en Familias de la zona urbana del distrito de Chota, 2011	125
Tabla continuada 2.2. Factores sociales de la persona con síndrome convulsivo en familias de la zona urbana del distrito de Chota, 2011	126
Tabla 2.3. Factores culturales de las familias con integrantes con síndrome convulsivo, zona urbana distrito Chota, 2011	131
Tabla 2.4. Familias según conocimiento de curación del síndrome convulsivo, zona urbana distrito-Chota 2011	135
Tabla 2.5. Factores obstétricos prenatales de las personas con SC, en familias de la zona urbana del distrito de Chota, 2011	137
Tabla 2.6. Factores trauma craneoencefálicos de las personas con síndrome convulsivo en familias de la zona urbana del distrito Chota, 2011	141
Tabla 3. Tratamiento de la persona con síndrome convulsivo en las familias de la zona urbana del distrito de Chota 2011	143

LISTA DE ABREVIACIONES

SC	: Síndrome convulsivo
MINSA	: Ministerio de Salud
TEC	: Traumatismo encéfalo craneano
OMS	: Organización Mundial de la Salud
OPS	: Organización Panamericana de la Salud
FEEN	: Fundación Española de las Enfermedades Neurológicas
CSE	: Características clínicas del Estado Epiléptico
ILAE	: Liga Internacional de la Epilepsia
SUDEP	: Muerte Súbita Inesperada de la Epilepsia
EEG	: Electroencefalograma
EEUU	: Estados Unidos
AVE	: Accidente Cerebro Vascular
EMJ	: Epilepsia Mioclónica Juvenil
EPGM	: Epilepsia Pequeña Gran Mal
TC	: Tomografía computarizada
PENUD	: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
EPT	: Educación para todos
AEL	: Asistente educativo local
IBE	: Buró Internacional para la Epilepsia
LICE	: Liga Internacional contra la Epilepsia
AEN	: Epilepsias de ausencia de la niñez
IECN	: Instituto Especializado de Ciencias Neurológicas
SN	: Sistema nervioso
SNC	: Sistema Nervioso Central
EMG	: Electromiograma
EMP	: Epilepsia Mioclónica Progresiva
HZ	: Hondas zeta.

RESUMEN

La presente investigación, Síndrome convulsivo: Factores biosocioculturales, obstétricos y trauma craneoencefálicos, en familias de la zona urbana, distrito Chota 2011, estudio de diseño descriptivo, explicativo, transversal, cuantitativo cuyo objetivo es: determinar, describir y analizar los factores asociados al SC, la recolección de los datos fue a través de una encuesta, aplicado a 308 familias. En los resultados se encontraron que por cada 100 familias, 10 tienen familiares con Síndrome Convulsivo, la prevalencia estuvo en el sexo masculino; en escolares y adolescentes tiene preferencia por los que nacen en el tercer orden en nacimiento seguido de primogénitos. La edad de inicio de la enfermedad es de 13 a 19 años en estas condiciones logran culminar su educación secundaria; pero cuando se inicia a muy temprana edad (5 años), no terminan la educación primaria, por el deterioro mental que sufren los niños. El grado de instrucción de estas personas es bajo; no aprenden a leer ni escribir, no trabajan, más tarde ingieren alcohol con frecuencia. Los factores obstétricos: casi el total de madres no asistió al control prenatal y concentraron tres controles, por inaccesibilidad y desconocimiento; por lo que presentaron complicaciones en el embarazo, sumado a una alta frecuencia de partos atendidos por empíricas “parteras tradicionales”. Las tres cuartas partes de pacientes nacieron con edad gestacional óptima, una cuarta parte con menos de nueve meses. Sin embargo, ambos grupos presentaron SC. Casi la mitad de las personas sufrió trauma encefálico con desmayo, contracciones y convulsiones. Las tres cuartas partes ingieren medicamentos farmacológicos indicados por médico y una cuarta parte medicamentos de campo. El tratamiento afecta a la familia económicamente; por tanto, estos pacientes se agravan cada día por falta de acceso al tratamiento. Los factores que más se asocian a la epilepsia son los culturales, cuyo valor de $p = 0,002$: más de la mitad de familias refieren que sí se cura, y conciben al SC como una enfermedad emocional, maligna e incurable; por ello, designan a un familiar directo, ya sea a la madre, o hermana (o) al cuidado de estos pacientes, con la consecuente repercusión en la vida diaria, en la eficiencia laboral y en la calidad de vida del paciente y la familia.

PALABRAS CLAVE: Síndrome convulsivo, factores: biosocioculturales, obstétricos, trauma craneoencefálicos.

ABSTRACT

This investigation, seizure syndrome: Factors biosocioculturales, obstetric and trauma brain injury in families from the urban area, Chota District 2011, is a design studio descriptive, explanatory, cross, quantitative aimed to determine, describe and analyze factors associated with the SC, the data collection was through a survey applied to 308 families. The results found that for every 100 families, 10 have relatives with convulsive syndrome, prevalent in males, in school, teens, has a preference for those born in the third birth order followed firstborn. The age of onset of the disease is mostly achieved 13 - 19 completing his secondary education, but when started at an early age (- 5 years) do not complete primary education, mental decline, the level of education of these patients is low, cannot read or write, do not work, drink alcohol frequently. Obstetric factors: nearly all mothers did not attend antenatal and concentrated within 3 controls, inaccessibility and ignorance so complications in pregnancy, combined with a high frequency of deliveries attended by empirical "TBA". Three quarters of patients born with optimal gestational age and a quarter less than 9 months. However, both groups showed SC. Almost half of patients with head trauma suffered, fainting, twitching and convulsions. Three quarters indicated pharmacological drugs ingested by doctor, and a quarter of drugs field. The treatment affects the family financially, so these patients are worse every day from lack of access to treatment. The factors that are associated with epilepsy are the cultural value of which $p = 0002$: more than half of families report that heals itself, conceived the SC as an emotional illness, malignant and incurable and designate relative (mother, sister-o) in the care of these patients and impact on daily life, work efficiency and quality of life of the patient and family.

KEYWORDS: seizure syndrome, factors biosocioculturales, obstetric traumabraininjury.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Nos encontramos en el siglo XXI, con las innovaciones científicas y tecnológicas, desde las más simples a las más complejas; las políticas de salud al día abundan mostrándonos las bondades de una buena salud para todos; pero, mientras un segmento del sistema al que pertenecemos accede al desarrollo supremo, otra parte de nuestra sociedad sufre una de las enfermedades crónicas más habituales de la humanidad. Esta dolencia acompaña al hombre desde sus propios orígenes. Se trata del síndrome convulsivo (SC) (epilepsia), un trastorno intermitente del sistema nervioso, padecimiento de muy mal pronóstico por su alta tasa de morbilidad y mortalidad. Lamentablemente, son miles de los niños, adolescentes y adultos que padecen este fatal síndrome convulsivo que, al carecer de las más elementales consideraciones, los conduce a arriesgar su salud y su propia vida. (Annegers J. 2007; Dulac O. 2008).

En este panorama aparecen países como Perú, que, golpeado por las endémicas crisis económicas de la deuda externa, de los bajísimos niveles de salubridad, de la expansión de un modelo económico injusto, de las penosas crisis cultural y educativa, que, a su vez, provocan el deterioro de las condiciones de salud familiar; lo que, finalmente, deviene en la caída de los ingresos reales de los jefes de familia y, por el mismo hecho y en forma gradual tiende a reaparecer el síndrome convulsivo en zonas urbanas, rurales y urbano marginales de manera visible y significativa.

Estimaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud, OMS (2009 - 2012), en el mundo hay aproximadamente de 50 a 70 millones de personas con síndrome convulsivo o epilepsia, y cerca del 90% de pacientes proceden de regiones en desarrollo. De 0,5% hasta el 1,0% de la humanidad padece esta enfermedad; lo que quiere decir que en España por

ejemplo viven alrededor de 200,000 a 400,000 enfermos de síndrome convulsivo (epilepsia). Asimismo, en Estados Unidos cerca del 2,3% de su población padece convulsiones activas.

En el mundo se destaca que del 1 al 3% de la población tendría epilepsia alguna vez en su vida; la tasa general de prevalencia del síndrome convulsivo varía de 5 a 10 x 1000 habitantes en países industrializados; mientras que en los subdesarrollados es de 5 a 57 x 1000. Este fenómeno se constituye en la décima causa de consulta en algunos de estos últimos. En Sudamérica y América Central se reporta una alta prevalencia de esta enfermedad: se estima que es de 5 a 24 x 1000 habitantes. (Wingarden B. 2007).

En el Perú, la realidad de las personas con síndrome convulsivo no escapa al drama que viven las familias. Alrededor de 40 000, son niños, adolescentes y adultos de todas las edades; de ellos, el 58% son varones y el 2% mujeres. De todos ellos, el 90% no trabaja y el 10% restante trabaja en el sector informal. En nuestra región, según estudios realizados por el Ministerio de Salud, en los establecimientos de salud existen 1,200 casos de pacientes con síndrome convulsivo (epilepsia) (MINSA. 2012).

Las estadísticas muestran que el síndrome convulsivo va en aumento. Este hecho atenta contra la Salud Pública, y mucho más porque lo estipulado en las políticas de salud del milenio se menciona el derecho a la salud. Corresponde, entonces, al estado y al sector salud como responsables de la vigilancia y garantía de una buena salud para todos.

Sobre la base de esta premisa se han reconocido múltiples factores que influyen directa o indirectamente en el pronóstico o generación de esta maligna enfermedad. Es importante reconocer los factores biosocioculturales, obstétricos y trauma encefálicos de esta patología;

puesto que la intervención sobre estos conllevaría a un mejor control de la enfermedad y repercutiría en una mejor calidad de vida de los pacientes y de sus familias.

El presente trabajo de investigación tuvo como finalidad conocer el síndrome convulsivo, los factores que se asocian con esta enfermedad que afectan la vida tanto la del paciente como de su familia, y las condiciones de salud y educación. El trabajo ha tenido un enfoque cuantitativo y los resultados nos muestran que, por cada 100 familias, 10 tienen miembros familiares con síndrome convulsivo.

El presente estudio comprende cinco partes básicas y se expone de la siguiente manera: en el primer capítulo se presenta el problema donde se define y delimita el mismo; se hace una exposición de la situación problemática del SC en el mundo, América Latina, en el Perú y en nuestra localidad. En el segundo capítulo se incluyen antecedentes del problema, antecedentes teóricos y conceptos básicos respecto al tema. El tercer capítulo trata de la contrastación de las hipótesis del trabajo y variables; la metodología indica la población y muestra, el tipo de estudio, la unidad de análisis, la recolección de datos, la presentación de los datos, y el procesamiento y análisis de los datos. En el cuarto capítulo se presentan los resultados, así como la discusión de los mismos, las mediciones presentadas en tablas con significado claro. Finalmente, las conclusiones expresadas en respuestas claras a las preguntas formuladas y las recomendaciones consideradas de acuerdo con la naturaleza de la investigación.

EL PROBLEMA

1.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Ninguna otra enfermedad nos permite remontarnos en la historia de la medicina tanto como el síndrome convulsivo (S.C.) o (la epilepsia). Hoy en día, el síndrome epiléptico convulsivo revela que esta enfermedad ha acompañado al hombre desde sus orígenes. (Annegers J. 2007).

Desde la época de Hipócrates, el “Padre de la Medicina”, hasta el pasado siglo, el síndrome convulsivo (la epilepsia) era considerado incurable; por ello, a través del tiempo, se tejieron historias, mitos y hasta supersticiones sobre el paciente epiléptico. (Temkin O. 2008).

Posteriormente, con el devenir del tiempo, entre epileptólogos y epidemiólogos, conceptúan al síndrome convulsivo como al que incluye al cerebro, constituido por una estructura altamente compleja, es decir, por millones de células nerviosas llamadas neuronas. Generalmente su actividad está organizada y posee mecanismos de autorregulación. Las neuronas son responsables de una amplia gama de funciones, incluyendo: la conciencia, los movimientos y las posturas corporales. Una repentina interrupción temporánea de alguna o de todas estas funciones pueden convertirse en las llamadas “crisis”. Estas puede ser causadas por desórdenes crecientes dentro del cerebro (causa intrínseca) o más raramente, por un factor externo como la falta temporaria de oxígeno, o glucosa. Mucha gente tiene una crisis simple en algún momento de su vida, pero eso no constituye “el síndrome convulsivo”. Si un individuo tiene una tendencia a repetir la crisis debido a una alteración intrínseca de una función neuronal, entonces el término “síndrome convulsivo - epilepsia” puede ser usado con propiedad, por lo que no siempre resulta fácil dar una explicación para cada caso, sobre la

causa de la crisis o qué factores la producen. El SC o las epilepsias afectan a diferentes personas de maneras diferentes. (Sander J. 2007).

En este sentido, Dulac O. (2008) postuló la teoría que “El SC es un trastorno intermitente del sistema nervioso debido a una descarga brusca, excesiva y desordenada de las neuronas cerebrales”. Fue uno de los pioneros en dar una base científica a la definición, clasificación y etimología de la enfermedad. Empero, ha sido el advenimiento del electroencefalograma, de los estudios de neuroimagen y de la biología molecular lo que ha permitido un mejor entendimiento, y, por lo tanto, una mayor precisión en la escogencia del tipo de tratamiento requerido y el pronóstico en cada caso. La crisis focal localizada comienza, por lo general, en partes de la cara, de brazos y piernas, de los que se hace un uso más diversificado. Así, pues, la convulsión en la mano se inicia en el índice y en el pulgar, en el pie comienza normalmente en el dedo gordo. El grado frecuente en el que determinadas partes del cuerpo se ven afectadas por los espasmos durante la crisis, refleja quizás solo la frecuencia en la que algunas partes del cerebro se ven más a menudo involucradas. Estas partes, que tienen una mayor diversificación de uso, están representadas en el sistema nervioso central por más células ganglionares.

El problema de este síndrome no es nuevo en el país. Es una realidad que tiende a incrementarse particularmente en países subdesarrollados como el Perú. La enfermedad se debe a diversos factores vinculados con los hereditarios, los patrones culturales, sociales y familiares, los traumatismos craneales, el estrés físico o emocional, los accidentes cerebro vascular, la de privación del sueño y las infecciones, etc. Más aún, con una atención médica precaria y con especialistas insuficientes en neurología. (Benites O. 2007).

En nuestro país, el síndrome convulsivo o epilepsia no tiene cura aún; todavía persiste y cada vez van aumentando los casos, y, en consecuencia, la vida de los pacientes se va deteriorando, y, por tanto, la posibilidad de tener una familia, un espacio para el trabajo y obtener un salario es menor. Por lo tanto, la capacidad adquisitiva para cubrir el costo del medicamento anticonvulsivo, para cubrir las necesidades de él y de su familiar es precaria; por ende, las posibilidades de desarrollo humano se convierten en una utopía. Y el problema se agudiza cada vez más. (Galarza A. 2010).

Como es lógico, la calidad de vida de estos pacientes con síndrome convulsivo es mutilada para los que las posibilidades de desarrollo como ser humano empiezan a ser truncadas cuando debe trabajar y por tanto dejar los estudios o no estudiar más. A esta situación debe agregarse la exposición a una serie de riesgos a sufrir lesiones propios de la epilepsia y a los peligros en espacios en los cuales frecuentan como por ejemplo accidentes, caídas súbitas, shock, crisis, problemas de los que casi no existen registros, ya que se diluye y que pasa a ser parte de la casuística global, reportada por el sector correspondiente. (Flores K. 2007).

Asimismo, la mayoría de las personas que sufren de síndrome convulsivo no accede a los servicios de salud, probablemente por temor a la hospitalización, o por prejuicios personales, rechazo y otros. Se sabe que no es una enfermedad “mágica”, pero en la actualidad potencia la estigmatización y un gran número de implicaciones psicosociales; prueba de ello es la ocultación de la enfermedad, ocasionada en su mayoría por una vivencia social traumática de rechazo y falta del desarrollo social básico. De este modo se propicia la existencia de individuos con dificultad para establecer relaciones interpersonales.

Consecuentemente, el síndrome convulsivo constituye una emergencia médica asociada a una significativa morbilidad, mortalidad y otras implicaciones. De este modo, se han reconocido factores de riesgo que han sido reportados por la literatura internacional, muchos

de los cuales son modificables. Es importante que se reconozcan los factores de riesgo para esta patología, puesto que la intervención sobre estos conllevaría a un mejor control de la enfermedad y disminuirían los desencadenantes. Los resultados repercutirían en una mejor calidad de vida de los pacientes. Estos factores varían de acuerdo con la edad, el tipo de paciente y la localización geográfica. (Medina T. 2007).

Esta enfermedad, tanto antaño como ogaño, era y es considerada como una de las enfermedades crónicas más frecuentes. El 0,5% hasta el 1,0% de la humanidad padece la enfermedad; lo que quiere decir que en España, por ejemplo, viven alrededor de 200,000 a 400,000 enfermos de síndrome convulsivo. El caso es análogo en los Estados Unidos, donde cerca del 2,3% de su población padece convulsiones activas. Por su parte, Annegers J. (2007) afirma que las epilepsias en el mundo afectan, aproximadamente, a unos 100 o 200 millones de personas.

Asimismo, Wingarden B. (2007), destaca que en el mundo, de 1 a 3% de la población tendrá síndrome convulsivo alguna vez en su vida. Según diversos estudios, en la población la tasa general de prevalencia del SC varía de 5 a 10 x 1000 habitantes en países industrializados, mientras que en los subdesarrollados es de 5 a 57 x 1000; lo que registra como la décima causa de consulta en algunos de estos últimos. Sudamérica y América Central reportan una alta prevalencia de la enfermedad, mayormente sintomáticas, secundarias, a causas prevenibles, y destaca que lo más frecuente son lesiones cerebrales, por índices elevados de infección, mala atención perinatal y traumatismos frecuentes de la cabeza.

En Argentina el síndrome convulsivo es considerado como la alteración más común de las enfermedades neurológicas graves que afecta a todas las edades. Se considera que su prevalencia oscila entre las 5 y 10 personas de cada mil. Se calcula, además, que de 1 a 3% de la población tendrá SC alguna vez en su vida. (Anegggers J. 2007).

EI SC puede afectar a cualquier persona y aparece a cualquier edad, sin distinción de sexo, raza o clase social; la crisis tiende a aparecer en la infancia o en la adolescencia tardía. Pero la incidencia aumenta nuevamente después de los 65 años de edad. La epilepsia no tiene prejuicios, afecta por igual a hombres y mujeres, ricos y pobres y a personas de cualquier raza. (Temkin O. (2008).

Esta enfermedad repercute en la calidad de vida de las personas que la padecen. Así, Herman P. (2007) señala, con respecto a la calidad de vida, que es “el balance entre lo percibido y el status deseado, es la esencia de la ecuación de calidad de vida. De otro lado, describe que es un hecho que las crisis epilépticas son imprevisibles y durante ellas el paciente percibe una pérdida de control sobre sí mismo. La preocupación sobre las crisis, el bienestar emocional y la función cognitiva son las áreas que más afectan la calidad de vida de los pacientes. También se afirma que la afección en la vida del paciente está estrechamente relacionada con factores de tratamiento: la falta de éste, problema con su cumplimiento o la falta de acceso a nuevos antiepilépticos que serían de ayuda en epilepsias de difícil control.

En la región Cajamarca, según estudios realizados por el Ministerio de Salud, en establecimientos de salud de la región, existen 1,200 casos de pacientes con síndrome convulsivo. (MINSA. 2010).

En la provincia de Chota no se han encontrado estudios de investigación sobre este tema. La única fuente que poseemos es la de los servicios de salud a través de la oficina de estadística, donde se registra que el síndrome convulsivo tiene como etiología la cisticercosis, dolencia que ha sido determinada por exámenes de laboratorio.

Asimismo, en las prácticas como docente, al proyectarnos a la comunidad, encontramos numerosos casos de síndrome convulsivo, los que se encuentran en el anonimato por no estar registrados en los establecimientos de salud. Todos ellos han sido tratados en forma empírica o con medicamentos de farmacia. Por esta razón, se proyectó llevar a efecto la investigación en la ciudad de Chota. Consideramos que ha de servir como un aporte para incorporar a estos pacientes a un tratamiento médico consecutivo.

Por referencia del personal de los establecimientos de EsSalud, los casos de convulsiones son referidos a establecimientos de mayor capacidad resolutive, donde reciben un tratamiento más adecuado en los hospitales de esta institución en la ciudad de Chiclayo.

De otro lado, no existen estudios que den cuenta de la identificación de los factores biosocioculturales, obstétricos y trauma craneoencefálicos de estos pacientes; por esta razón, el presente estudio permite tener un conocimiento más cercano y amplio de la realidad del síndrome convulsivo, el cual servirá de estímulo para profundizar en el tema de otros estudios de investigación.

En consecuencia, la situación antes descrita ha motivado la elaboración del presente trabajo de investigación titulado “Síndrome convulsivo: Factores biosocioculturales obstétricos y trauma craneoencefálicos en las familias de la zona urbana. Distrito de Chota 2011”.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El problema queda formulado de la siguiente manera:

¿Cuál es la asociación entre los factores biosocioculturales, obstétricos, trauma craneoencefálico y el síndrome convulsivo en las familias de la zona urbana? Distrito de Chota 2011.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

Determinar y analizar los factores biosocioculturales, obstétricos y trauma craneoencefálico que se asocian con el síndrome convulsivo en familias de la zona urbana del distrito de Chota. 2011.

1.3.2. Objetivos Específicos

1. Determinar la prevalencia del síndrome convulsivo en las familias de la zona urbana del distrito de Chota. 2011.
2. Identificar los factores biosocioculturales, obstétricos y trauma craneoencefálicos, en las personas que presentan síndrome convulsivo en las familias de la zona urbana del distrito de Chota. 2011.
3. Identificar la proporción de personas con síndrome convulsivo que reciben tratamiento, tipo, frecuencia, tiempo de tratamiento y disminución de convulsiones.
4. Establecer los factores biosocioculturales, obstétricos y trauma craneoencefálicos que se asocian con el síndrome convulsivo en las familias de la zona urbana del distrito de Chota. 2011.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

2.1.1. Antecedentes históricos del síndrome convulsivo (SC).

El síndrome convulsivo, llamado también enfermedad de los mil nombres, tenemos que decir que casi ninguna otra enfermedad ha tenido tantos nombres como el síndrome convulsivo (la epilepsia) a lo largo de la historia; lo que quiere decir que la humanidad de todos los tiempos se ha ocupado de forma intensiva de esta enfermedad. Hay varios motivos que explican este interés: por un lado, porque esta ha sido y es una enfermedad muy frecuente: un 0,5% de todas las personas padecen esta enfermedad. Por otro lado, la reacción de miedo y de temor que en muchas personas provoca la imagen característica de esta dolencia; “la gran crisis” a lo largo de todos los tiempos se ha intentado definir estos sentimientos con palabras. (Temkin. O. 2008).

Hay que añadir a ello que las diferentes manifestaciones del síndrome convulsivo exigen una descripción y explicación especial sobre las mismas. Tenemos que reconocer que en los primeros siglos la denominación de una persona, objeto, o también de una enfermedad cobraba un significado mucho mayor que hoy en día. (Temkin O. 2008).

Los diferentes nombres que la enfermedad recibió a lo largo de los tiempos demuestran cuál fue para cada una de las épocas la etiología de la enfermedad; por ejemplo, “Enfermedad Lunar”: una enfermedad motivada por las diferentes fases lunares; “Enfermedad Demoníaca”, que ha sido ocasionado por espíritus malignos. Estas variadas denominaciones permiten, a la vez, deducir el nombre de sus creadores

y su modo de enfrentarse en la vida; por ejemplo: “Azote de Cristo”. Sin duda alguna, el que puso este nombre cree en Cristo y en su poder para castigar. El estudio de tan variada denominación que el síndrome convulsivo o la epilepsia ha recibido en toda su historia nos permite conocer más de cerca los antecedentes médicos, culturales, históricos y sociales de esta enfermedad; según la forma de pensar de los antiguos egipcios, cuando se hablaba de epilepsia, se referían a la enfermedad enviada por Dios y se trataba de una enfermedad sumamente peligrosa. (Friedlander J. 2007).

Asimismo, los nombres asignados a las epilepsias han evolucionado desde ataques, caídas, convulsiones, crisis, y hasta síndrome convulsivo, los cuales requieren de una actuación neurológica urgente. Los principios aplicados durante proceso de convulsiones tónico clónicos, la exploración y la selección de las pruebas diagnósticas son muy útiles, independientes de la magnitud del problema. En primer lugar, se debe definir la localización de la lesión y en segundo lugar el porqué del tratamiento y medidas de urgencia inmediata para disminuir controlar y/o salvar la vida de la persona. (Rahway N. 2000).

El Informe Fundación Española de las Enfermedades Neurológicas –FEEN – (2010) respecto del síndrome convulsivo en España relata: El síndrome convulsivo es una enfermedad crónica desde hace siglos. La incidencia de esta enfermedad es más alta en niños de 6 a 14 años. Fluctúa en torno de 4,7 por mil habitantes. “La prevalencia de epilepsia activa varía ampliamente entre 2,7 y 40 por 1000, aunque la mayoría de los estudios la sitúan en torno de 8/1,000 habitantes (aproximadamente, 360,000 casos en España). La incidencia anual de SC es de 31 a 57/100,000 (entre 12,400 y 22,000 casos nuevos cada año en España).” Así también se desprende del informe de la FEEN, donde existe una estandarización en clasificación de crisis y la clasificación de epilepsias y/o

síndromes epilépticos (ILAE). Se estima clínicamente que existen más de 2 millones de síndromes convulsivos o epilépticos en el mundo.

2.1.2. El síndrome convulsivo en el mundo.

Spinelli R. (2010), en su estudio en España, “Prevalencia y factores de la epilepsia en Andalucía - 2010” de 135 casos de epilepsia el 53% fueron sexo masculino, edad promedio de 37,5 años con predominio en el grupo de 20 a 29 años. Los tipos de epilepsias más frecuentes son las parciales (45%) y las generalizadas (40%). Se añade un 10% de epilepsias no determinadas y 5% que reúne casos aislados. En las epilepsias parciales, los tipos de crisis manifestadas son simples, con signos motores y síntomas psíquicos (60%); le siguen las complejas, con trastorno y alteración de la conciencia (35%) y 5% sin definir. En las epilepsias generalizadas, las crisis son ausencias (40%), mioclónica (30%), clónicas (15%), tónico - clónicas (10%) y atónicas (5%).

En las epilepsias generalizadas criptogénicas, los factores epilépticos son desconocidos, y en las epilepsias generalizadas sintomáticas de etiología inespecífica se tienen a los factores más frecuentes: síndrome mal formativo (10%), traumatismos encefalocraneanos (35%), genéticos 45%, refractaria y operada 10%. La edad de comienzo de las crisis corresponde, con mayor frecuencia al intervalo de edad de 0 a 9 años (59%), 10 y 19 años (21%); en los de 0 a 9 años se encontraron 23 niños de 1 mes y medio a 1 año, 42 de 2 a 5 años, 19 de 6 a 9 años. Existe una relación inversa entre los grupos de edad y el tipo de crisis. A menor edad, las epilepsias son preferentemente generalizadas y a mayor edad son focales. El 59% de las personas con síndrome convulsivo tiene reconocido algún grado de minusvalía. El síndrome convulsivo en la tercera edad representa solo el 10%. Este estudio ha demostrado que la epilepsia tiene preferencia en ambos extremos de la vida.

El 75% de los afectados por síndrome convulsivo controla totalmente los episodios con el uso de medicamentos antiepilépticos y no sufre ninguna alteración psíquica. El 88% de la población se dirige a la sanidad pública para su asistencia y control de la enfermedad. También la sanidad privada (27%), el 10% es de completa y sola elección de atención sanitaria privada, y un 17% de doble utilización (público y privado). El 71% de los encuestados se dirige solo a la sanidad pública y un 2% a ninguna de las dos. Sin embargo, su integración en el mundo laboral se ve condicionada por la exclusión social que todavía padece; esta circunstancia provoca que muchos afectados y familiares oculten la enfermedad por miedo al rechazo.

La misma autora realizó otro estudio en España: “Prevalencia de la epilepsia: el caso de un pueblo sevillano” en el Centro de Salud de Sevilla, con un total de 150 pacientes con epilepsia, la tasa de prevalencia total de la epilepsia es de 2,5 enfermos/1,000 habitantes. La edad promedio es de 45 años. La mayoría de los pacientes se encuentra en los dos grupos extremos: menor que 61 años de edad con un 30% y de 0 a 20 años con un 28%. Prevalece el sexo femenino en el grupo de edad de 0 a 20 años; mientras que para el sexo masculino es de 21 - 40 años. Los otros grupos de edad tiene cuantitativamente las mismas diferencias de prevalencia de sexo: 41 - 60 años con 6 mujeres y 5 hombres; menor que 61 años con 7 mujeres y 8 hombres. El pueblo elegido para la investigación tiene una población total de 9,517 hombres y 9,731 mujeres. El porcentaje de población menor de 20 años es del 24,36% y la mayor que 65 años es del 14,19%.

Chen L, Zhou B, Li, et al. (2011), en su estudio “Características clínicas del estado epiléptico convulsivo en pacientes hospitalizados en Western de China” en 220 pacientes, cuyo objetivo fue describir las características clínicas de las convulsiones del estado epiléptico (CSE) en el oeste de China para identificar factores asociados a la

epilepsia y/o predictores de mal pronóstico, llegaron a los siguientes resultados: la edad media de los pacientes fue de 37,5 años (20,31%), la edad de inicio de la enfermedad fue menor que 5 años, y de 10 a 19 años de edad, el 50% de los pacientes tenía antecedentes familiares. El factor principal del CSE fue infección del sistema nervioso central por trauma obstétrico (32,7%), seguido por la interrupción o reducción de los fármacos antiepilépticos (FAE; 15,5%). El estudio mostró una historia de epilepsia y depresión respiratoria, fueron predictores independientes de pronóstico del CSE. En conclusión, la infección del sistema nervioso central por trauma obstétrico y la retirada antiepilépticos fueron los factores causales más importantes de la CSE. Hay una gran diferencia entre el tratamiento antiepiléptico en China y la europea respecto del estado epiléptico y síndrome convulsivo.

Panell B, Thompson P. (2009), han realizado un estudio: “Aspectos sociales, culturales y psicológicos en pacientes con epilepsia en Malasia” en una población de 346 habitantes, Universidad de Malaya, Encontraron que un elevado número de pacientes con epilepsia tiene habilidades sociales negativas y los mecanismos de adaptación deteriorada (48%). El desempleo y el estado de ansiedad son más frecuentes para las mujeres con epilepsia (75%), en comparación con los hombres con epilepsia (35%). Pacientes de sexo femenino tienen más dificultad para encontrar socios de la vida (98%), tienen una mayor tasa de divorcios en comparación con los varones y el mismo porcentaje para el rechazo por la sociedad y dificultad para encontrar amigos. Las mujeres con epilepsia rara vez utilizan métodos constructivos de afrontamiento, y, por lo tanto, tienen una baja autoestima, estado psicosocial y ajuste dentro de la familia y la sociedad (91%). En conclusión, los pacientes de sexo femenino tienden a tener más trastornos del estado de ánimo y los problemas sociales (48%) en comparación con pacientes del sexo masculino. Casi todos los pacientes epilépticos, el 99%, tienen problemas sociales y psicológicos (alcoholismo, rechazo, discriminación por parte de

la sociedad, delirios, alucinaciones, etc.). Existe una asociación entre las creencias, el estigma y la mala calidad de vida.

Thijs P, Tan P. (2011), realizaron un estudio: “La muerte súbita inesperada, en epilepsia: factores de riesgo y mecanismos patógenos potenciales”, en Source Departament de Epilepsia Clínica y Experimental, Instituto UCL de Neurología de Londres, Reino Unido, en una población de 396 pacientes con epilepsia. Encontraron que la muerte súbita inesperada en epilepsia (SUDEP) es la causa más común de muerte relacionada directamente con la epilepsia, y ocurre con mayor frecuencia en personas con epilepsia crónica. Los principales factores de riesgo que están asociados con SUDEP son las convulsiones mal controladas (58%), los traumas craneoencefálicos (21%) lo que sugiere que la mayoría de los casos de SUDEP están relacionados con eventos de crisis. La desregulación en la fisiología cardíaca y respiratoria (22%), disfunción en la fisiología de la circulación sistémica y cerebral (15%) y la incautación inducida por los cambios hormonales y metabólicos (10%), todos puedan contribuir a SUDEP. Factores cardíacos incluyen bradiarritmias y asistolia, taquiarritmias y las alteraciones de la repolarización cardíaca. La alteración de los electrolitos y del pH sanguíneo, como la liberación de catecolaminas, la excitabilidad cardíaca y modular facilita las arritmias. Los síntomas respiratorios son comunes durante las crisis, la bradipnea o apnea central y, con menor frecuencia, la obstrucción de las vías respiratorias y el edema pulmonar neurogénico (8%). SUDEP es causada por la coexistencia fatal de predisposición de varios factores y disparo.

Pozo A, Pozo D, Oliva M. (2011), han realizado un estudio en Cuba “Factores pronósticos de recurrencia de la epilepsia focal en el niño.” Incluyeron a 207 niños que presentaron dos o más crisis epilépticas focales no provocadas, hospitalizados en el Departamento de Neuropediatria del Hospital «William Soler», 2009 - 2011. Al final

de los 2 años de seguimiento, 185 pacientes concluyeron el estudio con los siguientes resultados: el 33,5% de los pacientes presentó recurrencias de las crisis epilépticas focales al finalizar el estudio. Constituyeron factores de riesgo de recurrencia de las crisis epilépticas focales los de menor de un año (43%), etiología sintomática (39%), presencia de antecedentes personales de crisis neonatales sintomáticas y discapacidades neurológicas (12%) y la persistencia de descargas en el electroencefalograma (EEG) evolutivo (8%). El análisis de asociación demostró como variables pronósticos de recurrencia la etiología sintomática ($p = 0,000$), el antecedente personal de crisis neonatales sintomáticas ($p = 0,037$) y la persistencia de descargas en el EEG evolutivo ($p = 0,000$). Concluyeron que el antecedente personal de crisis neonatales sintomáticas constituyó el factor independiente con mayor influencia en las recurrencias de las crisis epilépticas focales.

El síndrome convulsivo es un problema de salud en la población. Según Hauser J. (2007), en un estudio denominado: “Epilepsias en EEUU.” 2000 al 2005. Muestra que, de los 40 a 50 millones de epilépticos en el mundo y de los 2 millones en los Estados Unidos, hasta el 50% presentaron epilepsias generalizadas; entre ellas, la más común es la epilepsia mio clónica juvenil (EMJ), con un porcentaje del 3 a 11%. La epilepsia de Ausencia de la Niñez (EAN) con un porcentaje del 1 al 15%; la epilepsia pura gran mal (EPGM) del despertar del 1 al 32% de todos los tipos de epilepsia.

2.1.3. Síndrome convulsivo en América Latina

En América Latina y el Caribe, Kuyck J. Vandyck R, Spinhoven P. (2008). En un estudio realizado sobre: “Prevalencia de la epilepsia y atención oportuna en el tratamiento”, estima que 2,4 millones de nuevos casos ocurren anualmente en el mundo; el 50% de los casos comienzan en la infancia y adolescencia. Del 70 al 80% de los pacientes con SC pueden vivir una vida normal siempre y cuando reciban el tratamiento

apropiado. Cerca del 85 al 90% de los pacientes proceden de países en vías de desarrollo. La epilepsia responde al tratamiento en un 70% de los casos; pero, alrededor de las tres cuartas partes de los afectados que residen en países en vías dedesarrollo no reciben el tratamiento que necesitan. En los países subdesarrollados, del 60 al 90% de los pacientes no reciben tratamiento debido a las deficiencias en los recursos de atención a la salud y el estigma social. Estos pacientes, tanto como sus familias, son víctimas de estigmatización y discriminación. En África, 9 de cada 10 personas con epilepsia no reciben tratamiento.

D' Alessio L, Gigante B, Papayanis C, Oddo S, Silva W, Solis P, et al. (2009), en su estudio: “Factores de riesgo de los trastornos psicóticos en pacientes argentinos con Síndrome convulsivo refractaria del lóbulo temporal (RTLE)”, realizado en el Hospital Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina, en 63 pacientes epilépticos con trastornos psicóticos (Grupo psicótico, PG) y 60 controles (grupo control, GC), encontraron que los factores de riesgo asociados a los trastornos psicóticos son la esclerosis del hipocampo bilateral (29%), la historia del estado epiléptico (40%) y la duración de la epilepsia mayor de 20 años (31%).

Steilein O, Philips P. (2007), estudiaron una familia con 27 miembros afectados en Argentina. Allí encontraron una herencia autosómica dominante con 75% de penetrancia el análisis de ligamiento, utilizando marcadores sobre la base de PCR asignó el gen al cromosoma 20q 13.2 – q13.3 (Philips). El gen consiste en una mutación del receptor neuronal nicotínico de la acetil colina subunidad alfa 4. El receptor mutante muestra permeabilidad disminuida al calcio a nivel celular lo que puede explicar la disfunción.

Asimismo, Medina T. (2008), en su estudio: Etiología de la epilepsia en Honduras, observó un patrón de herencia autosómica dominante con penetrancia dependiente de la edad y más frecuente en el sexo masculino en la Epilepsia Rolándica (epilepsia benigna de la infancia) autosómica dominante con displasia del lenguaje; lo que constituye hasta el 5% de las epilepsias infantiles que ocurren predominantemente durante el sueño. Hay crisis parciales breves, motoras y sensitivas, hemifaciales y con tendencia a la generalización secundaria, inician entre los 3 y 13 años con pico máximo entre los 9 y 10 años.

González P, Dueñas J, Fabelo R, Quintana J. (2008), realizaron el estudio: Aspectos Psicosociales de la epilepsia en Cuba. El primer grupo estudiado en Cuba con el WPSI (Inventario Psicosocial de Washington) fue con 100 pacientes que procedían de las consultas especializadas en epilepsia del hospital C. J. Finlay del hospital psiquiátrico de la Habana. En los pacientes estudiados predominaban los enfermos con un control muy dificultoso de sus crisis, con más de un tipo de crisis y que utilizaban más de un medicamento antiepiléptico. Los resultados del WPSI (promediados) de los 100 enfermos mostraron que la historia familiar del grupo y la adaptación al método y al tratamiento médico eran considerados como media o aceptable, mientras que el ajuste emocional, la adaptación interpersonal, la adaptación profesional, la situación económica, la adaptación a los ataques y el funcionamiento psicosocial global o general eran malos, el 55%.

González P, Dueñas J, Fabelo R, Quintana J. (2008), en su estudio realizado en Brasil como parte de un proyecto de demostración dentro de la campaña global: "Sacando a la Epilepsia Fuera de las Sombras", en el departamento de Neurología, Facultad de Medicina, obtuvo los siguientes resultados: la prevalencia de la epilepsia activa fue de 5,4 x 1000 personas; en la población con mayor deprivación social, la prevalencia fue de 7,4 x 1000 comparado con 1,6 x 1000 en los menos deprivados, y en el adulto mayor la prevalencia fue de: 8,5 x 1000.

Rubio, F. (2009), en un estudio realizado sobre: “Atención de pacientes con epilepsia en el hospital de México”, se trabajó con 138 casos de pacientes hospitalizados con epilepsia, de los cuales, 71 (53%) fueron del sexo masculino y 64 (47%) del femenino, la edad de inicio de la epilepsia en los pacientes fue, en promedio, de 19 años, el tiempo transcurrido entre el inicio de su primera manifestación clínica y su llegada al Instituto fue de 12 años en promedio, al momento de acudir a recibir atención al Instituto tenían un promedio de edad de 29 años, la mayor parte de ellos tenían edades que oscilaban entre los 20 y los 39 años; con respecto al estado civil, se encontró que 91 (67%) eran solteros, 36 (27%) casados o en unión libre; el otro 6% era divorciado o viudo; en cuanto al lugar de residencia, 60 (44,4%) provenían de la provincia, 42 (31,1%) del Distrito Federal y 2 (24,5%) del Estado de México. El 44% de los sujetos contaba con una escolaridad igual o menor que el nivel de Educación Primaria, el 26% con Educación Secundaria y el 30% restante con niveles de escolaridad superiores. Los que poseían niveles de escolaridad primaria y secundaria creían que es una enfermedad incurable (42%), producida por susto y un aire malo que se apoderó de estas personas (37%).

2.1.4. Síndrome convulsivo en el Perú

La prevalencia del SC es variada. Así, Benites Q. (2007), en su estudio “Prevalencia y características epidemiológicas asociadas a la epilepsia”, realizado en el distrito de Lalaquiz - Huancabamba. 2007, Piura -Perú, encontró que la tasa de prevalencia de las epilepsias es alta, 14,3 por 100 niños en edad escolar mayores de 8 años, y predomina en el sexo femenino asociándose a una baja frecuencia de secuelas como el déficit cognitivo y el déficit motor.

Asimismo, Maldonado A. (2007), en su tesis: “Factores asociados a status epiléptico convulsivo en pacientes del hospital nacional dos de mayo”. Lima Perú,

encontró que la incidencia anual de status epiléptico convulsivo varía entre 4 y 11 casos con un pico en el año 2006; el grupo etario afectado con más frecuencia por el status epiléptico se encuentra situado entre los 20 y 29 años de edad, con predominio no significativo del sexo masculino. La etiología más frecuente del status epiléptico fue la epilepsia post TEC, epilepsia idiopática y la neurocisticercosis, y los factores asociados a la presentación del status epiléptico de pacientes en tratamiento por epilepsia fueron el tratamiento antiepiléptico irregular, ingesta crónica de alcohol (alcoholismo) y la interrupción brusca o suspensión del fármaco antiepiléptico y la mortalidad fue del 7,3% durante este período.

El conocimiento sobre la enfermedad es importante y tiene que ver sobre todo con la calidad de vida. Así, Luna D. (2009), en su estudio “Factores de la epilepsia y conocimientos de los cuidadores de los pacientes pediátricos epilépticos” realizado en el Instituto Especializado de Ciencias Neurológicas (IECN), Lima; de una muestra de 376 cuidadores encontró que 139 tuvieron Educación Secundaria, 115 Educación Primaria completa, 46 Educación Primaria incompleta, 55 Educación Superior y 11 eran analfabetos. El 54% recibió información por parte del médico, el 38% de la enfermera y solo el 8% de otras fuentes. La mayoría (67%) de encuestados respondieron que la epilepsia se produce por lesión en el cerebro, y el 33% no sabe qué la produce; el 69,41% considera que la epilepsia es una enfermedad que se trasmite de padres a hijos que no tiene curación. Respecto de los factores de la epilepsia, 159 (41%) consideran que fueron las lesiones perinatales, seguidas por las lesiones cerebrales y enfermedades maternas subyacentes con 86 encuestados, respectivamente. y, en cuanto al tipo de educación que debía recibir el paciente, el 31,76% considera que deben estudiar en un centro especial; el 62,53% en educación regular y el 7,69% manifestó que dependía del tipo de epilepsia. Finalmente, el 86,69% consideró que el mayor inconveniente para el

alumno con epilepsia es el riesgo de accidente; 17,49% consideran la dificultad para aprender.

En el SC es importante tener en cuenta los factores obstétricos, así como los antecedentes de la enfermedad en la familia. Galarza A. (2010), en su estudio “Factores Obstétricos, biológicos, sociales, culturales y antecedentes familiares en relación al síndrome epiléptico”, examinó a 144 pacientes que acudieron al Hospital Centro Médico Naval de Lima. De ellos, el 80% fue de sexo masculino y el 20% de sexo femenino. El 37% fue diagnosticado de epilepsias primarias, lesiones no determinadas, y causas perinatales con menor frecuencia, condiciones como el antecedente familiar de epilepsia (15%) y el sufrimiento fetal agudo, (12%); lo cual, asociado a un trauma obstétrico al momento del parto, podría estar relacionado a epilepsias. El 50% de los pacientes fue preescolar y escolar; de igual porcentaje fue para adultos de 55 años a más, cuyo tipo de epilepsia más frecuente en estos últimos fue la epilepsia convulsiva tónico clónica generalizada (75%). El 51% cree que esta enfermedad es incurable y que debe ser tratada por la ciencia médica.

Días V, (2010) Lima, en su estudio “Correlación clínica etiológica de las epilepsias en pacientes hospitalizados”, encontró que de 296 pacientes con SC se identificó 50,6% con etiología infecciosa cerebral. El 36,5% fue secundario a infecciones obstétricas y traumaencefálicos. El 13,5% corresponde a neurocisticercosis. En la distribución por sexo, se observó un discreto predominio femenino 52,9%. La edad promedio fue de 40,5 años, habiéndose registrado una edad mínima de 21 años y una máxima de 80 años. El grupo etario de 19 - 30 años reúne al 45,8% del total.

Según el Ministerio de Salud (2010), en un estudio Pacientes atendidos con epilepsia en los establecimientos del MINSA - Perú 2011, se obtuvo 40,000 casos de epilepsia en los distintos (17) departamentos del país a nivel de región: Lima 19,613, Cuzco 2,677; Arequipa 2,522; Callao 2,289; La libertad 1,767, Lambayeque 1,282; Cajamarca 1,200; Ancash 844 pacientes, Amazonas 626, Ayacucho 641, Huánuco 620, Apurímac 499, Ica 461, Huancavelica 286, Loreto 218, Madre de Dios 76.

Galarza, A. (2010), en su estudio Crisis convulsivas generalizadas o parciales y factores predisponentes, realizado en los distritos limeños del Rímac, San Martín de Porras y en Bellavista - Callao de Agosto a Diciembre de 2010, en una población de 2016 escolares de 9 a 12 años, se entrevistaron a 1,214 varones y 802 mujeres. En Bellavista se encontró una prevalencia de 13,9/1,000. En el Rímac encontramos una prevalencia de 13,4/1,000 y en San Martín de Porres el resultado fue de 8,5/1,000; lo que da como prevalencia global de 11,9/1,000 niños con epilepsia. Sus manifestaciones clínicas fueron las ausencias mioclónicas y tónicas, producidas por traumatismos encefalocraneanos (TEC) 48%, hereditario 21%, sustos y malos aires 19% complicaciones de nacimiento 10% y los que creen que no se cura porque es una enfermedad sobrenatural fue de un 11% de esta población.

Peller, V. (2010), según un estudio realizado en el Perú sobre: “Etiología de la epilepsia”, de forma prospectiva en 97 pacientes consecutivos diagnosticados de epilepsia de inicio tardío y atendidos en un Hospital General, con la finalidad de determinar las causas etiológicas, el 53% de los pacientes estuvo comprendido entre los 20 y 35 años; el 64% presentó crisis parciales y el 31% generalizadas; el 49% de los pacientes tuvo un examen neurológico anormal, habiendo sido el déficit focal el hallazgo más frecuente. De los registros electroencefalográficos (EEG), el 51% fue anormal, siendo el registro de ondas lentas el hallazgo más frecuente. El 78% de las tomografías computadas (TC) fueron anormales; el 68% de los pacientes tenía una

causa etiológica conocida y el 51% una causa tratable; el 37% tuvo una causa infecciosa. Las cinco etiologías más frecuentes fueron: cisticercosis 24%, criptogénicas 21%, vascular 13%, tuberculoma 12% y neoplasia 8%.

En el departamento de Cajamarca, según estudios realizados por el Ministerio de Salud en consultorios externos de los establecimientos de salud, se estima que el índice de pacientes atendidos con epilepsia está alrededor de 1200 casos de pacientes con síndrome convulsivo. MINSA (2010).

Según la Dirección de Salud de Chota (2012), se registraron 28 casos de síndrome convulsivo y fueron atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas desde el 2008.

En consecuencia, en el Perú no existen muchos estudios de campo que revelen los factores biosocioculturales, obstétricos, trauma cráneoencefálicos de las epilepsias en poblaciones. El SC no está considerado como una enfermedad de prioridad para la salud pública del país; por ello, son muy pocos los estudios que permiten conocer de cerca esta enfermedad junto a otras enfermedades crónicas. Ello hace que exista un cierto desconocimiento de la población respecto del tema en estudio.

2.2. BASES TEÓRICAS.

El presente trabajo se sustenta en las siguientes teorías:

Teoría del desarrollo Humano.

Sen A. (1990). El programa de las naciones unidas para el desarrollo (PNUD): 1990 – 1995 según informe, el desarrollo humano es el “proceso por el cual se ofrecen mayores oportunidades a las personas. Entre estas, las más importantes son una vida prolongada y saludable, el acceso a la educación y a los recursos necesarios para disfrutar de un nivel de vida decente. Otras oportunidades incluyen la libertad política, la garantía de respeto a los derechos humanos y el respeto así mismo”.

Este concepto deriva directamente de la noción de desarrollo como proceso de expansión de las capacidades humanas. Ha sido formulado por Sen A. (1990). Sen A. basa su noción de “capacidades” en la obra del filósofo moral Jhon Rawls, y, particularmente, en su teoría de la justicia. Para Rawls, la privación se define en términos de disponibilidad de “bienes primarios”, algunos de los cuales se refieren a bienes materiales, a bienes espirituales y otros a las “libertades básicas.”

Las capacidades de Sen A. (1990), se refieren tanto a lo que la persona puede ser o hacer (“opciones”) cuanto a lo que llega efectivamente a ser o hacer (“logros”), y no se refiere a los bienes de los que dispone. El disfrute de una larga vida, una mejor educación, la dignidad y el respeto de sí mismo son elementos que permiten ampliar la gama de opciones disponible para el individuo.

La provisión es una condición necesaria, pero no suficiente, para ampliar esas opciones. Y lo que es más importante, la gama de opciones disponible y los logros que se alcanzan aumentan o disminuyen con relativa independencia del monto de bien es accesible, en función de variables culturales o distributivas o de capacidad de una sociedad para proporcionar bienes públicos como la seguridad o la salubridad que por lo general el mercado y la sociedad no pueden proveer.

El acceso a los bienes, en suma, puede proporcionar la base de un nivel de vida más alto, pero no son *per se* sus elementos constituyentes. El desarrollo en la opinión de Sen debe estar centrado en la persona y no en los bienes, superando el reduccionismo del homo economicus.

Las reflexiones de Sen y el concepto de desarrollo humano se inscriben en una línea de pensamiento crítico sobre el desarrollo. Se inicia en los primeros años del setenta que ha cuestionado la preocupación exclusiva por el crecimiento de la

producción de bienes, y no se ha centrado en los problemas de la distribución, o de la necesidad y de la equidad. Esto es por las dimensiones sociales del desarrollo y la satisfacción de las necesidades humanas esenciales (de Doyal y Gogh: 1994). Los precedentes más directos del concepto del PNUD (programa de las naciones unidas para el desarrollo) son el llamado “enfoque de las necesidades básicas”, planteado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 1974 y el desarrollo a escala humana por Max - Neef: en 1994, popularizado por la fundación Dag Hammarskjold a mediados de los años ochenta.

El enfoque de las capacidades, sin embargo, pretende superar el enfoque de las necesidades básicas proponiendo centrar la discusión en la persona y sus capacidades, y no en los bienes a la que esta ha de suceder.

Sen A. se centra en las capacidades y deseo de los individuos. El desarrollo se convierte en un proceso de expansión de las libertades, es decir, en una ampliación de las capacidades de cada persona para llevar el tipo de vida que valora.

Desde esta perspectiva, los logros en las políticas de desarrollo deben evaluarse en términos de la medida en que incrementan la participación de los individuos en el proceso de toma de decisiones y las oportunidades para alcanzar lo que se desea. La pobreza se convierte, entonces, en una “privación de capacidades”, y, en esta definición, se incluyen aspectos tales como la mortalidad prematura, la morbilidad, la invalidez, la desnutrición y la falta de libertad para trabajar. Pero también se considera la falta de libertades políticas y de derechos civiles, ya que tanto las libertades como los derechos forman parte intrínseca de la definición de desarrollo y de los requerimientos esenciales para alcanzarlo.

Desde el punto de vista de Sen, el desarrollo solo puede ser un proceso participativo en el cual los individuos son actores activos y no receptores pasivos de las políticas públicas. Sin la aplicación de políticas horizontales no es posible lograr el objetivo de ampliar las capacidades individuales, pero cómo se puede encontrar un equilibrio entre los deseos individuales y la definición de acciones que afectan a la colectividad. El ejercicio de la libertad y la decisión individual sobre lo que es importante está mediado por valores, los cuales se constituyen socialmente. Tal vez, incluso, sean resultado de ideas compartidas. De hecho la interacción social, a través de discusiones y debates públicos, se convierte en un mecanismo para definir las prioridades en cuanto a las acciones y objetivos en relación con el desarrollo.

Esta es la razón por la cual de acuerdo con Sen, la democracia y las libertades políticas son esenciales en el proceso de promoción de otras libertades. La democracia es importante en sí misma, pero también tiene importancia en cuanto a su papel como mecanismo para evitar desastres (hambrunas, morbilidad, mortalidad) o reducir el costo social de las políticas públicas y porque asegura la participación de los individuos en la creación de valores, normas y prioridades.

El enfoque de las capacidades individuales y el desarrollo que propone Sen son pertinentes, tanto en países en vías de desarrollo como en aquellos desarrollados; así tenemos las elevadas tasas de desempleo en Europa y el alto índice de morbilidad y mortalidad de la población afroamericana en los Estados Unidos, son muestras de que la tarea de promover las capacidades de los individuos para que puedan perseguir sus propias metas sigue vigente en el mundo desarrollado.

Sen afirma que no debemos confundir los fines con los medios para alcanzar el desarrollo. Como crítica al énfasis economicista, también menciona que el desarrollo no es unidimensional; sin embargo, las políticas de desarrollo también deben incluir la promoción de los otros tipos de libertades: las políticas, las oportunidades sociales, la

seguridad y la transparencia en la aplicación de la ley. Desde esta perspectiva, también los modelos de desarrollo que han puesto énfasis en la provisión de servicios sociales (tales como salud y educación) padecen de la ausencia de logros en las otras libertades, (principalmente en las económicas).

Teoría de creencias en salud.

Este modelo de creencias en salud aborda las percepciones que tiene una persona de la amenaza de un problema de salud y de la evaluación de un comportamiento recomendado para prevenir o manejar un problema. Este modelo resulta útil para analizar la falta de acción o de incumplimiento de las personas, identificando las razones para ello. El modelo de creencias en salud tiene un buen ajuste cuando el comportamiento o la afección que constituye un problema suscitan una motivación de salud, ya que precisamente es su punto central o de partida de todo proceso, (Soto F, Lacoste A, Richard L, Gutierrez A. 2011).

- Susceptibilidad percibida: opinión que tiene una de las posibilidades de contraer una afección.
- Definir población en riesgo, niveles de riesgo o personalizar el riesgo sobre la base de las características o comportamientos de una persona. Destacar la susceptibilidad percibida si es demasiado baja.
- Gravedad percibida: opinión que tiene uno de cuán grave es una afección y sus secuelas.
- Aplicación: consecuencia específica de la infección.
- Beneficios percibidos: opinión que tiene uno de la eficacia de la acción que se recomienda para reducir el riesgo o la gravedad del efecto.
- Definir medidas que se han de tomar, cómo, dónde y cuándo aclarar los efectos positivos que se esperan.

- Barreras percibidas: opinión que tiene uno de los costos tangibles y psicológicos de la acción recomendada.
- Identificar y reducir barreras por medio de tranquilizaciones, incentivos, ayuda.

Señales para la acción: estrategias para activar la disposición.

- Proporcionar información sobre cómo realizar la acción, promover la toma de conciencia, recordatorios.
- Autoeficacia: comienza en la capacidad de uno mismo para tomar medidas.
- Proporcionar capacitación y orientación al realizar la acción.

Dos factores influyen en que una persona adopte una acción recomendada preventiva en salud.

- Debe sentirse amenazado por la enfermedad.
- Debe creer que los beneficios de tomar acciones preventivas son mayores que las barreras percibidas a la acción preventiva.

Teoría de la Inclusión (implicación) Social.

La Inclusión social ha sido asociada fundamentalmente con la mejora de la asistencia a la escuela y con la reducción de la exclusión. (Oakeshort M. 2009). De igual manera, la inclusión educativa afirma que “todo menor, joven y adulto con necesidades educativas especiales debe tener acceso a una escuela normal ordinaria que deberá acogerlos y acomodarlos dentro de una pedagogía centrada en el menor, que cubra dichas necesidades.”

“Las escuelas con orientación inclusiva con el medio, más eficaz para combatir actitudes discriminatorias, para construir una sociedad inclusiva y para alcanzar una educación para todos (EPT). Estas escuelas pueden ofrecer educación efectiva para la mayoría de los menores y mejorar la eficacia de la totalidad del sistema educativo.”

La inclusión es un proceso y se centra en la identificación y eliminación de barreras. También es asistencia, participación y rendimiento de todos los alumnos. Asistencia porque se refiere al lugar en donde los alumnos aprenden, en porcentaje de presencia y de puntualidad; participación porque hace referencia a la calidad de la experiencia de los alumnos cuando se encuentran en la escuela y, por tanto, incluye inevitablemente la opinión de los alumnos, y rendimiento se refiere a los resultados escolares de los alumnos a lo largo del programa escolar.

La inclusión pone una atención especial en aquellos grupos de alumnos en peligro de ser marginados y excluidos, con riesgo de no alcanzar un rendimiento óptimo. Ello indica la responsabilidad moral de todo asistente educativo local (AEL), de garantizar que tales grupos que estadísticamente son de riesgo sean seguidos con atención y que se tomen, siempre que sea necesario, todas las medidas necesarias para garantizar su asistencia, participación y rendimiento en el sistema educativo.

2.3. FACTORES BIOSOCIOCULTURALES Y EL SINDROME CONVULSIVO.

2.3.1. Factor biológico.

Los factores biológicos son características propias del individuo que condicionan o influyen en la aparición o retardo de una determinada patología.

Es necesario resaltar que, según los factores biológicos, muchas de las características de los seres humanos están determinadas por los genes que se transmiten

de padres a hijos, enfermedades de origen genético que pueden desarrollarse al nacer o años después, y son originados por mutaciones que afectan algún gen. Algunos genes son responsables de las enfermedades, por lo que la transmisión de esas enfermedades sigue las leyes de la herencia biológica, las enfermedades genéticas afectan a la estructura del cuerpo (como es en el caso del Síndrome de Dawn) o al metabolismo. Estas malformaciones congénitas están presentes desde la hora que nace el individuo, porque tienen un origen genético; mientras que otras tienen un origen ambiental. Entre los factores ambientales están el abuso de drogas y alcohol, a lo que se suma la predisposición genética. La mayoría de las enfermedades que afectan a una persona se desarrollan mucho después del nacimiento, debido a que existe una predisposición genética como sucede con la hipertensión arterial.

Los factores biológicos son aspectos naturales que pueden condicionar el estado de salud de la persona, como son el sexo, el proceso de envejecimiento y otros. El sexo es una característica heredable por una pareja de cromosomas que son iguales en las mujeres y diferentes en los hombres. Se diferencia entre los hombres y las mujeres en la salud por la menopausia en las mujeres y próstata en los hombres, proceso de envejecimiento y la muerte natural. Los factores personales dependen del ser humano y de su estilo de vida que influye en las actitudes, conductas y en las capacidades sociales, situación y condicionamientos económicos sociales. La situación económica influye sobre la salud, y la cultura condiciona la conducta de las personas que pueden afectar a la salud, la vida familiar y social; los amigos pertenecientes a un grupo social son un factor que influye en la salud, actitud y conducta: entre los hábitos de la salud están los alimenticios y el ejercicio físico. Estos constituyen una opción personal importante para mantenerse en un estado saludable. La higiene y el cuidado personal permiten prevenir la aparición de enfermedades infecciosas. (Grau H. México. 2008).

Así mismo, Berkovic F. (2009) Austria, afirma que la predisposición genética para ciertas epilepsias se ha observado hace mucho tiempo; pero, hasta hace poco se ha podido determinar la realidad de este factor. Recientemente se han descrito cuatro formas autosómica dominante. La epilepsia frontal nocturna autosómica dominante es el arquetipo de las epilepsias parciales idiopáticas, especialmente porque es la primera epilepsia idiopática en la que se ha identificado el defecto genético específico.

Así también Mark H, Bers M, Avellon C. (2010), asevera que las convulsiones que se presentan antes de los dos años de edad suelen ser causadas por fiebre alta o trastornos metabólicos, como niveles anómalos de azúcar en la sangre (glucosa), calcio, magnesio, vitamina B6, o Sodio. Si las convulsiones recurrentes, lo más probable es que se trate de un trastorno cerebral hereditario como la epilepsia nocturna del lóbulo frontal, que se hereda como un rasgo autosómico dominante. (Friedländer J.2007). Tissot, en su obra Tratado sobre la epilepsia o disposición a la caída, afirma que la epilepsia idiopática es originada en su mayoría por una predisposición genética.

Delgado E, Withe R, Greenberg D, Treiman L. (2007), han estimado que este síndrome de epilepsia de ausencia de la niñez (EAN) ocurre de 10 a 30% de todas las epilepsias de la niñez. Existe evidencia de cinco marcadores (D1S448, D1S550, D1S465, D1207, D1S427), que ligan al cromosoma 1p. Se estudia al modelo autosómico dominante.

Semejante a lo que sucede con la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y algunas enfermedades psiquiátricas, las bases genéticas del SC siempre han sido motivo de especulación. Desde los años 50 del siglo pasado quedó de manifiesto que existía predisposición genética en algunos patrones de crisis epilépticas.

Actualmente, sobre la base de las investigaciones en biología, se sabe que, específicamente, el factor biológico de la epilepsia hace que la probabilidad de que un familiar pueda padecer una crisis cuando un consanguíneo tiene diagnóstico de epilepsia es de 1,5 a 5 veces más que la población en general. Los familiares de pacientes con epilepsias generalizadas idiopáticas tienen una carga genética de mayor probabilidad dos veces mayor que el resto de la población.

El avance de la biología molecular ha permitido conocer la localización de genes candidatos de futuros enfoques farmacológicos contra el SC o epilepsia. De esta manera, se sabe que algunas epilepsias son hereditarias definidas de carácter autosómico dominante. En este caso, los cromosomas asociados a la epilepsia están claramente distinguidos, como lo son los casos de la epilepsia del lóbulo temporal familiar (cromosoma 10); epilepsia mioclónica juvenil (cromosomas 6 y 15), epilepsia de ausencia en la infancia (cromosomas 1, 3, 5, 6 y 8). En tanto que la epilepsia mioclónica de la infancia es de tipo autosómica recesiva (cromosoma 16).

La neurociencia y la biología han llegado a distinguir que mutaciones en algunos genes impactan directamente en la formación de canales iónicos o de receptores a neurotransmisores, los cuales, al estar mal elaborados, ensamblados o con deficiencias en su estructura, funcionan mal, generando con ello el incremento de la excitabilidad neuronal. Conocemos que la epilepsia parcial idiopática (cromosomas con mutaciones: 2, 3 y 15, que alteran canales de sodio, cloro y calcio), las convulsiones familiares benignas son una enfermedad autosómica dominante, cuyo gen (KCNQ2) genera canales de potasio anormales en las neuronas. El caso de la epilepsia del lóbulo temporal posee síntomas auditivos en que el cromosoma 10 experimenta, a su vez, una mutación

del gen LGI1. En el caso de la epilepsia generalizada asociada a crisis febriles, con componente autosómico dominante; los cromosomas 2, 8, 9 y 19 tienen mutaciones en los genes SCN1,2 y GABRG2, lo cual provoca alteraciones en los canales de sodio y del receptor a GABA, el neurotransmisor inhibitor más importante del cerebro.

Tener la posibilidad de un diagnóstico preciso a través de EEG, TAC, PET, asociado a pruebas genéticas, permite plantear un pronóstico vital del paciente. Conocer mejor a la epilepsia repercute en una mejor decisión terapéutica y farmacológica. Considerando con ello posibles restricciones futuras en el manejo de fármacos. En el campo de la investigación, es un posible desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas que pueden llevar a un mejor tratamiento de la epilepsia. (OMS; ILAE; IBE. 2008).

2.3.2. Factor social.

Hacia los años setenta, el problema de la salud y la enfermedad no tenía respuesta respecto de los muchos problemas de la salud pública contemporánea. Tal vez, el desarrollo de la psicología social de la salud ha sido, esencialmente, el resultado de las controversias con el modelo biomédico tradicional y sus limitaciones en la práctica actual en salud, el fracaso de los sistemas sanitarios por una concepción restrictiva y descontextualizadora de la salud, y la posibilidad de comprender cómo algunas variables sociales median los problemas de salud, ya sea como factores desencadenantes, facilitadores o moduladores del proceso de salud–enfermedad. Los cambios operados en los cuadros de salud reflejan nuevas rutas en la preocupación sanitaria. Por esta razón, la atención se ha desplazado hacia las enfermedades crónicas, y se destaca cada vez más la importancia del estrés emocional, los estilos de vida y las variables socioambientales en la determinación de la salud y la enfermedad. La hipertensión arterial, las enfermedades coronarias y otros trastornos endocrinos tienen

en la actualidad un campo obligado para su investigación en la psicología de la salud, y el interés para evaluar y tratar los componentes sociales en otros importantes grupos de enfermedades no transmisibles es cada vez mayor. Teniendo en cuenta que la epilepsia es una dolencia que tiene una alta incidencia en la población mundial, constituye un problema de salud que interesa a un número creciente de profesionales. Así, las formas en que se presenta y la indudable influencia que ejerce sobre el funcionamiento psicológico del paciente y su comportamiento y adaptación social son hechos que llaman poderosamente la atención de los epileptólogos y otros profesionales que intentan adentrarse en su conocimiento.

La Organización Mundial de la Salud lanzó en 1997, una campaña global con el título de “Usted puede contribuir a sacar la epilepsia de las sombras.” Esta idea hace evidente la intención de modificar los conceptos, las creencias y, en definitiva, los estigmas que subsisten en la población acerca de la afección; tanto es así que en el desarrollo de la campaña no solo participan los profesionales de la salud que tienen que ver con su atención, sino también las personas que padecen la enfermedad, como el Buró Internacional para la Epilepsia (IBE). La campaña ya ha tenido un considerable impacto en los médicos y en la sociedad en general, pero aún persisten problemas sociales sobre los que hay que continuar trabajando. En Cuba se ha ofrecido capacitación a los profesionales de la salud, habiéndose logrado, en cierta medida, algunos cambios en la comprensión, la orientación y el abordaje psicosocial de la epilepsia, y, asimismo, se han ejecutado acciones y programas, a través de los medios de comunicación masiva, para informar a la población acerca del problema. Sin embargo, se sabe que el abordaje médico de la enfermedad no sigue una norma metodológica, que la consideración de los elementos psicosociales no siempre está presente en las consultas diagnósticas y de seguimiento, y que, de algún modo, se

manifiestan formas indirectas, o evidentes de rechazo social hacia los epilépticos. (González P, Dueñas J, Fabelo R, Quintana J. 2008).

Así, por ejemplo, Fernández A. (2008), destaca que es, por ello, imprescindible la existencia de asociaciones que generen una actuación común de carácter multidisciplinar en favor de estos niños, adolescentes y adultos que constituyen un problema familiar médico y social sumamente graves.

En el contexto social y comunitario, estos pacientes son carenciados y aun hay de aquellos pacientes de muy bajos recursos. Se denominan totalmente carenciados porque estos pacientes no pueden sostener el mínimo tratamiento anti comicial por su elevado costo.

Asimismo, Treiman L, Treiman D. (2007) refiere, que en la historia de la medicina, la concepción de que la epilepsia heredada se remonta hasta la época de Hipócrates. Esta teoría persistió por siglos y es aparente en algunas leyes del siglo pasado cuando se encarcelaba a los epilépticos para prevenir su matrimonio o se les realizaba esterilizaciones obligatorias. En Estados Unidos se abolió en 1982 una ley que prohibía el matrimonio a los epilépticos porque, según la herencia, se transmitía de generación en generación.

2.3.3. Factor sociocultural.

La cultura es un factor que determina la cohesión social y la identificación de un pueblo. Establece relaciones en las que se comparten los más variados aspectos de su vida humana. En la aceptación de pautas, formas de conducta, actividades, pensamientos, los hombres obran conforme a un patrón cultural. (Mosterin J. 2009).

Por el hecho de que una parte de la comunidad no comparta determinadas normas culturales no deja por eso esto de respetar dichas normas. Es así como dentro de una cultura se dan diferentes posiciones políticas, religiosas, morales; en última instancia, se dan diferentes pensamientos; lo cual, no obstante, permite el desarrollo intelectual y armonioso de la sociedad.

La cohesión que existe entre la organización social y la cultura se da gracias a la conducta social y genera a la sociedad como sistema socio –cultural. Esta conducta social se define como el conjunto de acciones parcial o totalmente pautadas de acuerdo con las reglas y significaciones culturales. Por ello, todas las acciones humanas dentro de una sociedad son el reflejo de la cultura que posee.

En esta perspectiva, Hansmans S. (2008), explica, en La historia de la medicina, que el concepto de epilepsia deriva de la palabra griega “epilambancim”, que significa “ser agarrado o atacado”. Epilepsia es pues “ataque” o mejor “enfermedad que se manifiesta por medio de ataques”. Describiéndola a la persona epiléptica cuando está tumbada en el suelo con los brazos estirados como una muñeca rígida, caída, de la boca sale espuma, o hay una pérdida de la tensión muscular y de la posición: la persona se desploma, pero no se cae bruscamente al suelo.

De modo similar, Friedlander J. (2007), y Alejandro de Tralleis, en su libro “Medicina, Bizantina-Alemania”, indican que está prohibido beber vino sin rebajar después del baño, porque no hay nada mejor para provocar una crisis y nada más peligroso para cualquier epiléptico el vino no rebajado. El alcohol puede favorecer la aparición de crisis epilépticas. No existe ningún remedio vegetal contra la epilepsia. En

la Edad Media, en la época del Renacimiento, Eduardo Strit (1893), afirmaba que la epilepsia es susceptible a una terapia racional.

También, Temkin, O. (2008), refiere que Paracelso, en su libro sobre Las enfermedades que nos privan de la razón, afirma que no siempre es curar la causa de la enfermedad, aunque sí los síntomas de las crisis (que su raíz no crezca más) principio de la terapia sintomática. La epilepsia es una enfermedad orgánica y no sobrenatural o mística. También los animales pueden padecer la enfermedad.

En la Edad Media Cristiana, Wohlers M, Heilege K. (2007), aunque también en otros círculos culturales, se consideraba la epilepsia como un castigo divino, al que se habían hecho mercedores los enfermos, o en el caso de los niños epilépticos, Dios castigaba a los padres o a los familiares.

Como en Landau y en muchas otras partes del mundo, se consideraban también las representaciones semejantes o cuadros de una imagen milagrosa contra la epilepsia donde los exvotos invocaban religiosamente a la Virgen María y el Niño Jesús en brazos. La corona de nubes simboliza siempre para los exvotos la división entre el cielo y la tierra; la corona está casi siempre ocupada por los santos; que, como intercesores, establecen el enlace entre los hombres dolientes en la tierra y Dios auxiliador y sanador en el cielo. Así también en otras representaciones semejantes de la epilepsia, los colores negro y rojo definen el atuendo de la persona epiléptica. El rojo considerado como el color que ahuyenta a los demonios y el negro que simboliza la culpa y el castigo.

Una madre agradece a María la curación de la epilepsia de su hijo. Las promesas las realiza en una capilla de Jestetten, colocando al niño una cadena roja contra los espasmos epilépticos infantiles. Dichas cadenas constan normalmente de un amuleto enhebrado en un hilo rojo, o de semillas de peonía pintadas de rojo. El color rojo simbolizaba, en la Edad Media Cristiana, el color que protegía contra los demonios; por eso se consideraba a las plantas rojas como remedios efectivos contra la epilepsia; por ejemplo, la peonía o rosa montés, remolacha roja, amapola o dedalera roja. (Temkin, O 2008).

En la época Medieval, los dos Valentines fueron invocados como patronos significativos de la epilepsia al escribir una extensa “Vita de San Valentín”, la cual se llama “Ordinarius in epilepsia”, en la que se dice en caídas y espasmos y convulsiones, siempre está preparado para ayudar, con un padre nuestro piadoso por la persona epiléptica “padres y hermanos recen un rosario a la Virgen”. (Wohlers M, Heilege K. 2007).

Los ataques epilépticos se ausentan basta con decir con toda la fe y energía de su cuerpo tres veces: ¡Fuera Satanás! ¡Salte de este cuerpo! ¡Fuera Satanás!. (Sociedades Biblicas , Valera R. 2011).

Indudablemente, las personas con epilepsia activa tienen mayores problemas de relación personal social que las personas normales. Esto se debe, fundamentalmente, al desconocimiento y miedo respecto de la enfermedad que persiste en la sociedad. Por ello, una buena información levantará estas barreras. (Caniles G, Motil G, Málaga R. 2007).

El diagnóstico de epilepsia en un niño plantea todavía una serie de problemas que afecta tanto al arca familiar, como al social y al escolar. Cuando se realiza el diagnóstico de SC o epilepsia se va a provocar una reacción socio - familiar que en sí va a depender de muchos factores: características psicopatológicas del propio paciente, tipo de crisis epiléptica, estado anímico de sus padres y, especialmente, del medio social en que se desenvuelve.

En algunas ocasiones, como consecuencia de sus capacidades disminuidas, la poca atracción social, la merma de su propia autoestima y las inciertas perspectivas de futuro, se puede observar en estos pacientes que, cuando llegan a la adolescencia, son más susceptibles que sus compañeros no afectados por la misma discapacidad crónica, pudiendo desarrollar diversos tipos de trastornos psicológicos y dificultades de adaptación.

Así, Fernández A. (2008), afirma que las personas con epilepsia, especialmente si las crisis no están bien controladas, tienen una serie de limitaciones y problemas en relación con las crisis o a la toma de medicación.

Así, por ejemplo, Caniles G, Motil G, Málaga R. (2007), ha puesto en evidencia que la persona epiléptica no puede trabajar; la capacidad para trabajar depende de la frecuencia de las crisis. En las epilepsias benignas bien controladas las personas pueden llevar a efecto cualquier actividad, aunque hay ciertas profesiones que no pueden realizar. Por ejemplo, la de conductor profesional de vehículos, piloto, militar o policía. En las personas con crisis frecuentes las posibilidades de conseguir o mantener un empleo son escasas. La ley española prohíbe conducir a las personas con epilepsia activa (con crisis en el último año). Esto es en general debido, en mayor medida, a la

reacción de las demás personas ante las crisis, que al propio impedimento que suponen las mismas.

Las personas con epilepsia siempre se plantean un gran dilema respecto de la necesidad de declarar su enfermedad al solicitar un empleo. Muchos prefieren ocultarlo y hacerse valer en el trabajo con la esperanza de que su superior cuando se entere sopesa sus probadas habilidades personales con su enfermedad. De hecho, diversos trabajos de investigación han demostrado que las personas con epilepsia tienen menos accidentes en el trabajo, faltan menos al mismo y son más “leales” a la empresa, comparadas con aquellas que no poseen la dolencia.

De igual manera, las mujeres con crisis epilépticas tienen una serie de problemas especiales. Con frecuencia expresan preocupación por el control de la natalidad, la posibilidad de que la medicación o las crisis puedan provocar malformaciones en los niños durante el embarazo, la posibilidad de que sus hijos hereden la epilepsia o el hecho de si podrán cuidar correctamente de ellos tras su nacimiento. Aunque, en general, el riesgo de malformaciones es bajo y hay muy pocos tipos de epilepsia hereditarios; ideas del pasado arraigadas en la población, asociadas a un desconocimiento de la enfermedad hacen que estas preocupaciones sean una fuente de sufrimiento. De hecho hay mujeres que deciden no tener hijos basándose en ideas erróneas sobre la epilepsia. Afirma Fernández A. (2008).

También, Fernández A. (2008), incluye el hecho de que la familia se preocupa por la seguridad de la casa; los accidentes domésticos son con mucha frecuencia causa de daños corporales y en ocasiones, mortales. Las personas con epilepsia están sujetas a la posibilidad de que una crisis les perturbe la conciencia mientras están realizando cualquier tarea cotidiana, por lo que el riesgo de accidentes es relativamente alto. Estas personas necesitan tomar una serie de precauciones especiales en casa: ducharse mejor que bañarse, poner barandillas en los baños, colocar en los baños puertas que se abran

hacia afuera, para no bloquear la entrada de ayuda en caso de crisis, evitar las puertas de cristal, etc.

2.3.4. Factor cultural.

Un sociólogo explica: todos los seres humanos desarrollados en el núcleo social y que, por tanto, comparten creencias, valores, costumbres, tradiciones y educación, poseen una cultura. Los integrantes de una sociedad comparten una cultura que les es común, la cual es transmitida y fomentada a partir del momento en el que el sujeto hace parte de la sociedad, por tanto, debe existir necesariamente una cultura. (Mosterin J. España. 2009).

Probablemente la estigmatización de la enfermedad como un “mal diabólico” o como una “posesión de seres sagrados” fue lo que despertó este interés que, lamentablemente, se mantiene hasta hoy.

Toda persona participa de los valores de su sociedad. La cultura entendida como la suma de las manifestaciones humanas aprendidas y heredadas abarca: el folclor, el lenguaje, la danza, la religión, el arte, las costumbres, las creencias, la técnica, la moral y, de manera general, el conocimiento que el hombre es capaz de adquirir como miembro de una sociedad. Por lo tanto, la cultura es aquel conjunto de elementos materiales e inmateriales que determinan en su conjunto el modo de vida de una comunidad y que incluye técnicas, pautas sociales, lenguaje y sistemas sociales, económicos, políticos y religiosos. Como pautas sociales entendemos a la moral, las creencias, costumbres y toda la serie de hábitos que el hombre adquiere en tanto es miembro de una sociedad.

Asimismo, la cultura es el conjunto de cosas relativas al hombre que son más que meramente biológicas u orgánicas, y que son más que puramente psicológicas. Esta definición es formulada por el antropólogo norteamericano L. Kroeber, y se puede notar que para él la importancia de lo material es la base de la cultura.

A la inversa, las adaptaciones ecológicas y las transformaciones ocurridas en la cultura material influyen en los cambios producidos en la cultura no material. Ambos aspectos están tan estrechamente relacionados entre sí, que tanto los caracteres de la cultura material como los pertenecientes a la no material deben ser considerados como parte de la cultura.

La cultura no material o ideacional incluye todos aquellos principios acordados de convivencia (valores, normas, moral, costumbres). Esta cultura hace referencia a los valores, fines e ideologías que forman la base de dicha sociedad. Depende, por tanto, de las necesidades síquicas del individuo; estas necesidades que se resumen en la religión, la moral, la ética y los conocimientos que el hombre quiere o necesita suplir por medio de prácticas o actividades. (Mosterin J. 2009).

La cultura real es aquella de la que somos partícipes en la actualidad, esta cultura es heredada por nuestros padres y guarda patrones de tradición que se ven modificados por los avances tecnológicos que dan lugar a la difusión de nuevos sistemas de valores. Por ello la cultura real es el producto de las supervivencias de las generaciones.

Por otro lado la cultura ideal es aquella que anhelamos poseer; esta se fundamenta en la mayor práctica y defensa de aquellos valores más desgraciados u olvidados dentro de la sociedad. Por ejemplo, nuestra cultura necesitaría mayor práctica de justicia, tolerancia y solidaridad, para poder ser una cultura ideal para el Perú.

La relación fundamental entre individuo y cultura se basa en la personalidad humana, ya que de la personalidad nacen las necesidades síquicas y biológicas que representan a la cultura no material y a la cultura material, y la fusión de estas genera, en definitiva, la cultura.

Hay que destacar que la tradición instrumental implica una tecnología y una forma de comunicación específicamente humana, esto es, la capacidad de comunicar ideas mediante sonidos o nociones arbitrariamente elegidas. Las relaciones de arbitrariedad entre forma y materia resultan controladas por las normas sociales o las tradiciones culturales, que limitan las variaciones de la construcción de instrumentos. Podemos llamar a dichos instrumentos, elementos culturales, los cuales pueden ser explicados por medio de conceptos fundamentales de: forma, que designa los aspectos externos u observables, digamos, un ritual; función, que indica la contribución de cada elemento cultural al mantenimiento y desarrollo de la cultura en su conjunto; sentido, que designa los significados e intereses que la gente asocia con los rasgos culturales y las costumbres; uso, que designa la aplicación práctica de los instrumentos o artefactos fabricados en cada cultura. Finalmente, los elementos culturales son reconocidos por el individuo gracias al significado que vehiculan. Por esta razón, nacen los signos y los símbolos.

Signo es cualquier sonido, objeto, imagen o acontecimiento que hace referencia o evoca sentimientos o pensamientos acerca de algo distinto. Este “algo distinto” o referente puede ser un objeto, un acontecimiento, un comportamiento, o una idea. Los índices tienen una conexión natural con el referente. Los íconos suenan o asemejan al referente. Los símbolos son abstracciones que se fundan en entes concretos elegidos, arbitrariamente, por los hombres para vehicular sus ideas.

Los humanos se comunican entre sí a través de formas con significados. No solo por medio de sonidos individuales, sino mediante pautas de sonidos. Puede expresar un ilimitado número de ideas con tan solo combinar y recombinar unos pocos sonidos básicos, los fonemas. Cada una de estas combinaciones vehicula un determinado significado, que es el resultado de una convención social (arbitraria). Precisamente, debido a la conexión arbitraria entre pautas de sonidos y los significados que estas

vehiculan, los humanos pueden transmitir información, interpretar hechos pasados y distantes, transmitir a distancia su información y sus interpretaciones y manipular y acumular conocimientos.

La conexión entre ambas se establece por convención social; de modo que los humanos pueden emplear sentidos y objetos particulares (signos) para expresar conceptos abstractos y universales.

En conclusión, mediante los símbolos expresamos nuestros más íntimos pensamientos e ideales, y de ellos nos servimos para integrar nuestras acciones y emociones. Al mismo tiempo, los símbolos son medios de los que nos servimos para almacenar y transmitir nuestros valores de generación en generación.

Dentro de cada cultura existen diferencias que vienen dadas por la edad, el nivel socioeconómico, la clase social, el origen étnico, etc. (Mosterin, J. España. 2009).

He aquí algunos autores como: Rodríguez K. (2007), Niños en el colegio, dado el desconocimiento general sobre lo que es la epilepsia. El niño con epilepsia puede sufrir una fuerte discriminación y rechazo por parte de profesores y compañeros. Las crisis epilépticas, especialmente, las convulsiones, provocan con frecuencia “terror” en los que las observan, que casi siempre son los profesores y compañeros del niño. Este hecho hace que se tienda el apartar al niño de la actividad normal. Un aspecto de especial preocupación para profesores y padres es qué nivel de riesgo es aceptable para un niño con epilepsia. ¿Puede llevar una vida normal, hacer deporte, nadar, acudir a actividades extraescolares (campamentos de verano, por ejemplo)? O, por el contrario, ¿debe estar especialmente protegido? La decisión es difícil y depende, en gran medida,

del tipo de crisis y frecuencia de las mismas. En general, es conveniente que lleve una vida lo más “normal” posible. Para ello se precisa de una buena comunicación entre padres y profesores y un conocimiento de la enfermedad por ambas partes.

Rodríguez K. (2007), refiere que las personas con epilepsia no controlada pueden hacer la mayor parte de los deportes tomando las precauciones adecuadas. Lo más importante es tener sentido común y procurar no hacer deporte en solitario.

Olivera J, Rodríguez K. (2007), señala que la mayor parte de las personas con epilepsia no pueden montar en bicicleta o a caballo, nadar, correr, jugar al fútbol, etc. Indudablemente, ciertos tipos de deportes de riesgo deben evitarse (escalada, boxeo), buceo a alta profundidad, ala - delta, etc. ¿Qué debemos hacer cuando nos encontramos con un alumno que presenta un síndrome como el descrito? “Este año he observado en uno de los cursos que tengo algunas características que sugieren una sintomatología así... He consultado los registros previos en el legajo y pude comprobar que se venían registrando situaciones similares desde el ingreso a la escuela y aún pueden percibirse en sétimo año. Supongo y me gustaría que alguien pudiera confirmar o rectificar mi idea que la consulta neurológica debe ser temprana a fin de poder colaborar efectivamente en el desempeño escolar del (a) alumno (a)... ¿Qué hacer si esto no es así?. Y cuando el acceso a esos servicios de salud, que muchas veces no se consideran de emergencia en el sistema público, pues, surge una gran dilación por meses”

Se presentan estas circunstancias porque nosotros, los docentes, no tenemos información sobre las dificultades de nuestros alumnos. A veces confundimos la atención con algún síntoma de una enfermedad.

Fernández A. (2008), considera que estas convulsiones pueden interferir el desempeño escolar y el aprendizaje, y los profesores pueden llegar a interpretarlas como una falta de atención u otro tipo de mala conducta.

Con relación a la edad de inicio de la enfermedad señala, Caniles G, Motil G, Málaga R. (2007), que las crisis epilépticas pueden comenzar a cualquier edad; pero en la infancia se presentan una serie de peculiaridades que no van a aparecer en edades posteriores de la vida. Pueden aparecer como consecuencia de un amplio grupo de situaciones patológicas diferentes y que van a tener una significación clínica distinta; lo que va a depender tanto del origen del proceso como del propio síndrome epiléptico en cuestión. Así, por ejemplo, las crisis epilépticas se pueden relacionar con una agresión actual del sistema nervioso central, como es el caso de infecciones, trastornos metabólicos, intoxicaciones, traumatismos, hemorragias, tumores, etc. Pero también pueden estar ocasionadas por antiguas lesiones del sistema nervioso central de forma secundaria, por una alteración estructural del cerebro, que a su vez puede ser de carácter fijo o progresivo, y, muchas veces, no se puede demostrar causa alguna que la justifique.

2.4. FACTORES OBSTÉTRICOS Y TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO Y SÍNDROME CONVULSIVO.

Los factores obstétricos se refieren al momento de aparición de la complicación que estamos tratando en un determinado proceso asistencial o no, durante el embarazo, parto, o durante el puerperio. (OMS. 2009). Los factores trauma - encefálicos son las agresiones o lesiones físicas que sufre el recién nacido durante el parto; son causados por los mecanismos del feto al pasar por el canal del parto o por la tracción o presión producidas por la manipulación durante el parto.

Los accidentes vasculares encefálicos (AVE) en Neonatología han sido clásicamente referidos en la literatura a eventos hemorrágicos relacionados con factores obstétricos como la prematuridad, o a partos traumáticos. De igual manera, pueden estar asociados a asfixia perinatal, infección, trastornos de coagulación y malformaciones vasculares. Básicamente, se distinguen dos entidades distintas, la primera es el AVE hemorrágico y el AVE isquémico.

Tipos de trauma encefálico

- 1) Caput succedáneum, edema difuso sobre la presentación del cuero cabelludo, el edema atraviesa las líneas de sutura.
- 2) Hemorragia sub aponeurótica, hemorragia debajo de la aponeurosis que cubre el cuero cabelludo. Se presenta como una masa fina fluctuante que atraviesa las líneas de sutura, puede aumentar de tamaño después del nacimiento.
- 3) Fractura de cráneo, edema de partes blandas. Pueden encontrarse alteraciones neurológicas si existe una hemorragia subdural o sub aracnoidea. Las complicaciones que incluye la fractura de cráneo son la hemorragia intracraneal y el desarrollo de un quiste. (OMS. 2011).

La OMS/ OPS. (2009), indica: las complicaciones del embarazo y parto, los embarazos de alto riesgo; precisa la posibilidad de que los recién nacidos se hallan en situaciones como: parto prematuro, partos múltiples, prolapso de cordón umbilical, hemorragia materna grave, hipotensión materna grave, toxemia o retraso del crecimiento intrauterino, rotura prematura de membranas, o parto prolongado. Existe la probabilidad de lesión cerebral que como signo inmediato son las convulsiones. Asimismo, la asfixia neonatal en un recién nacido que no respira espontáneamente al nacer o que está en estado de *shock* está en peligro la vida y es posible una lesión cerebral. Para ello, es precisa una reanimación inmediata, a efectos de mantener la vida y minimizar la posibilidad de lesión cerebral que como signo inmediato son las

convulsiones. La asfixia perinatal puede deberse a disfunción placentaria o pulmonar neonatal. El recién nacido puede presentar una asfixia antes del parto o durante el parto y encontrarse en un estado crítico en el momento del nacimiento, o puede hacerlo después del parto cuando no se inicia la respiración espontánea efectiva. La asfixia produce hipoxemia e hipercapnia y entre los efectos secundarios se incluye una caída del volumen metabólico (VM), disminución de pulsaciones y de la presión arterial, hipovolemia y depresión del Sistema nervioso central (SNC) seguido de convulsiones.

De igual manera, Fernández A. (2008), precisa que durante el parto, aparentemente normal, la aparición de meconio en el líquido amniótico, alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal o una gota de la sangre del cuero cabelludo fetal con un pH menor a 7,25 puede indicar sufrimiento fetal, especialmente cuando coexisten más de una de las anomalías citadas.

Todos los sistemas orgánicos, a excepción del sistema nervioso central, habitualmente se recuperarán de las agresiones hipóxicas. El recién nacido con asfixia en el momento del nacimiento se halla expuesto al riesgo de una afección residual del sistema nervioso central (SNC) a largo plazo que incluye retraso mental, parálisis cerebral, y trastornos convulsivos. (OMS/OPS. 2011).

Así también Garza S. (2007), expone que el recién nacido prematuro es cualquier niño que nace antes de las 37 semanas de gestación. En la mayoría de los casos se desconoce la causa de un parto prematuro o de la rotura prematura de membranas seguida de parto prematuro. La mayoría de los problemas de los recién nacidos prematuros se relacionan con la inmadurez de sus sistemas orgánicos: como en los pulmones la producción de surfactante es inadecuada, el desarrollo del síndrome de distress respiratorio (SDR) depresión del sistema nervioso central, (el resultado de

inmadurez del tronco cerebral es la respiración periódica y la crisis de apnea). Apnea del prematuro, hemorragia intraventricular, la hipotensión, la perfusión, pueden contribuir a la lesión cerebral y, por ende, las convulsiones o a la hemorragia.

El trauma obstétrico es otra de las causas de lesiones vasculares del neonato, el mismo que asociado a la presencia de encefalopatía hipóxica isquémica condicionan el pronóstico futuro. Las lesiones traumáticas pueden ocasionar hemorragia subdural, subaracnoidea, intraventricular y parenquimatosa. Este tipo de lesiones ocurre con una frecuencia de 5 a 6 por cada diez mil nacidos vivos y se asocia a factores como macrosomía fetal y uso de instrumental como fórceps o vaccum extractor. Algunas de estas condiciones requieren tratamiento quirúrgico; sin embargo, la mayor parte de los casos recibe tratamiento médico conservador y seguimiento estricto por potenciales secuelas asociadas, que son las convulsiones.

El grupo de recién nacidos de término y de pretérmino tardío, referidos como los nacidos entre las 34 a las 36 semanas de gestación, tienen menor riesgo de presentar lesiones vasculares que los prematuros o que los nacidos por parto traumático o instrumental. Este grupo heterogéneo de pacientes ha sido escasamente estudiado y presenta características especiales que merecen ser analizadas en forma separada. En estos pacientes, la sintomatología asociada a un accidente vascular muchas veces es sutil e inespecífica; por lo tanto, su correcto diagnóstico requiere un importante grado de sospecha clínica y de que se apliquen técnicas diagnósticas específicas para determinar su etiología.

Así, la OMS/OPS (2009), explica que la incidencia de lesiones neonatales debidas a un parto difícil o traumático es cada vez menor, la mejoría en el diagnóstico prenatal y la monitorización durante el parto han ayudado a prevenir las lesiones neurológicas. Además la cesárea que en la actualidad implica para la madre menos

riesgos que en el pasado, suelen destituir los intentos de versiones difíciles, extracciones con ventosa o partos con fórceps medio o alto. Se puede prever un parto traumático cuando la madre presenta diámetros pélvicos pequeños, cuando el feto parece grande para la edad gestacional (GEG) o en caso de presentación de nalgas u otras partes anormales, especialmente en una primípara. En estos casos debe controlarse tanto el parto como el estado fetal.

Rivera, A. (2008), en atención prenatal con enfoque de riesgo, para identificar oportunamente en las áreas obstétrica y perinatal el nivel de atención más idóneo para el adecuado control de la gestante y su hijo (a). Las estrategias y acciones están dirigidas a la vigilancia del embarazo, a la prevención, diagnóstico temprano y manejo médico de las alteraciones del embarazo que constituyen las principales causas de muerte materna como son: la preclampsia/eclampsia, hemorragia obstétrica, infección puerperal y las complicaciones del aborto. Para ello se requiere de profesionales de enfermería capacitados en el cuidado de la salud materna durante el embarazo, nacimiento y puerperio, con mística de servicio y compromiso moral en el cuidado de la salud y la vida de las mujeres.

El control prenatal (CP) se define como el conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el nacimiento y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. Es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, el feto y la familia. La importancia del control prenatal es brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y del niño, vigilar el

crecimiento y la vitalidad fetal, aliviar molestias y síntomas menores del embarazo; prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo, detectar alteraciones en la salud materna y fetal. Para que pueda garantizar resultados favorables para la salud materno – fetal es necesario que el control prenatal sea precoz, periódico, completo y de alta cobertura. Precoz: debe iniciarse en el primer trimestre del embarazo, en cuanto se haya diagnosticado el embarazo para establecer sin temor a dudas la fecha probable de parto y las semanas de gestación, para posibilitar las acciones de prevención y promoción de la salud y detectar factores de riesgo. Periódico: para favorecer el seguimiento de la salud materna y fetal es necesario que la mujer asista a sus consultas programadas de manera periódica. La continuidad en las consultas prenatales permitirá efectuar acciones de promoción a la salud y de educación para el nacimiento. También favorecerá la identificación oportuna de factores de riesgo y el seguimiento de problemas de salud materna o fetal que se hayan identificado, así como el efecto de los tratamientos establecidos para recuperar su tratamiento. Completo: las consultas prenatales deben ser completas en contenidos de evaluación del estado general de la mujer, de la evolución del embarazo y de los controles e intervenciones requeridos según edad gestacional.

Existen diversos esquemas de visitas prenatales que señalan las acciones que deben hacerse y el número de visitas que se realizarán; sin embargo, el establecimiento de un modelo de atención con un número de visitas prenatales para embarazos de bajo riesgo en instituciones de salud es de suma importancia con la finalidad de garantizar la salud como un resultado óptimo tanto para la madre y su hijo (a). La norma oficial: atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, recomienda que la mujer tenga un promedio de cinco consultas prenatales, programadas de la siguiente manera:

Primera visita : en el primer trimestre

Segunda visita : de la 22ava semana a la 24ava

Tercera visita : de la 27ava semana a la 29ava
Cuarta visita : de la 33ava semana a la 35ava y
Quinta visita : de la 38ava semana a la 40ava

En cada visita prenatal se realizaron actividades e intervenciones que tuvieron como objetivo mantener la salud materno – fetal, identificar oportunamente factores de riesgo, y en consecuencia, actuar para cancelar o atenuar dicho factor. De esta manera, se buscó preparar a la mujer y si fuera posible a su pareja y familia para el nacimiento, lactancia y crianza de su hijo (a).

Fernández A. (2008), manifiesta que los traumatismos encefalocraneanos de los pares craneales, afectan principalmente al nervio facial. Los traumatismos obstétricos constituyen un problema importante en los recién nacidos. Debería sospecharse ante cualquier recién nacido con apnea, convulsiones, letargia o una exploración neurológica anormal. Tales traumatismos son más frecuentes en los hijos de primíparas, en niños con macrosomías o después de partos difíciles. Todos estos procesos pueden provocar presiones no habituales sobre el cráneo. Los hallazgos de presentación pueden ser convulsiones, un aumento rápido del tamaño de la cabeza o una exploración neurológica anormal con hipotonía, una respuesta de Moro deficiente.

2.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

Sander J, Shorvon S. (2008), afirma que debido a la falta de acuerdo respecto de los conceptos básicos, la comisión de Epidemiología y Pronóstico, creada por la Liga Internacional Contra la Epilepsia, (LICE) decidió dar prioridad a la elaboración de un conjunto de guías para futuros estudios. Los conceptos propuestos representan un consenso entre epileptólogos y epidemiólogos.

A continuación se describen los conceptos básicos más importantes:

Síndrome convulsivo: conjunto de signos y síntomas tónico clónicos musculares con pérdida de conciencia o conscientemente. En la conceptualización del síndrome convulsivo nos encontramos con las complejidades del Sistema Nervioso, las personas no tienen una forma especial, pueden verse limitadas inicialmente por los padecimientos neurológicos. Sin embargo, la cefalea, los mareos, el insomnio y el dolor de espalda, la astenia y la fatiga se dan con frecuencia en la práctica de la medicina, y es necesario diferenciar lo trivial de las causas potencialmente graves de los signos y síntomas. (Medina T. 2007).

Convulsión.- (del latín convulsio – onis, id., deriv. Deconvulsus “que padece convulsiones”, participio de convellere “arrancar de cuajo”, “quebrantar” (deriv. de vellere “arrancar”). Es un fenómeno no paroxístico debido a las descargas anormales excesivas e hipersincrónicas de un grupo de neuronas del sistema nervioso central, según sea la distribución de las descargas, esta actividad anormal del sistema nervioso central puede manifestarse de diferentes formas que van desde una llamativa actividad convulsiva hasta fenómenos de experiencia subjetiva difíciles de advertir por un observador. El significado del término convulsión debe distinguirse claramente de la de epilepsia. (Hauser W, De Lorenzo R, Towne R.2007).

Trastornos convulsivos.- Son alteraciones periódicas de la actividad eléctrica cerebral que se derivan en algún grado de una disfunción transitoria del cerebro. El término trastorno convulsivo es preferible al de epilepsia, ya que la epilepsia con frecuencia se asocia de forma errónea con algún grado de daño cerebral o a una tendencia a ser violento. (Mark H, Bers M, Avellon C. 2010).

Epilepsia.- Son trastornos convulsivos, alteraciones periódicas de la actividad eléctrica cerebral que se derivan en algún grado de una disfunción transitoria del cerebro. Describe un trastorno en el que una persona tiene convulsiones recurrentes debido a un proceso crónico subyacente. (Dos o más convulsiones no provocadas). Hauser W, De Lorenzo R, Towne R. (2007), y según Mark H, Bers M, Avellon C. (2010), es un trastorno paroxístico recidivante de la función cerebral que se caracteriza por episodios súbitos y breves de alteración y de nivel de conciencia, actividad de conciencia indeseada.

Arts N. (2008), define a la **epilepsia** como el término que se da a un grupo de trastornos que en ocasiones se denominan epilepsia o síndrome convulsivo, que se caracterizan por las consecuencias conductuales de paroxismos recurrentes, espontáneos, pasajeros de actividad cerebral anormal. El ataque epiléptico o convulsión es el común denominador de todos estos trastornos como es una alteración del conocimiento, movimientos involuntarios, trastornos autónomos o experiencias psíquicas o sensoriales.

Ataque epiléptico convulsión.- Aparición brusca de un trastorno que suele tener comienzo impresionante. Episodio caracterizado por actividad motora o psíquica inadecuada e involuntaria. (OMS. 2011).

Epilepsia catamenial.- Se refiere a convulsiones que recurren con regularidad en mujeres alrededor del período menstrual. En mujeres con todos los tipos de trastornos epilépticos suelen ser más frecuentes las convulsiones en esa época del mes y empeorar o desaparecer durante el embarazo. (Rubio F. 2009).

Las auras.- Son manifestaciones focales que preceden inmediatamente a las convulsiones generalizadas y que reflejan también el lugar donde se inicia la crisis. (Mark H, Bers M, Avellon C. 2010).

Aura.- El término **aura** ha sido usado en forma muy poco clara para referirse al conjunto de síntomas y signos que “preceden” a una convulsión, cuando en realidad la mayoría de las veces es en si la primera manifestación de una crisis epiléptica. Nosotros recomendamos usar el término de crisis parcial, porque este tiene un gran valor localizador. La OMS (2011), describe a los diferentes tipos de auras:

- J **Aura motora.-** Parpadeo, rechinar de dientes, movimientos rápidos de los miembros.
- J **Aura sensitiva:** hormigueo, sensación de soplo que recorre el cuerpo, sensación de escozor.
- J **Aura sensorial visual:** fotopila, escotomas centelleantes, luces coloreadas, alucinaciones visuales.
- J **Auditiva:** zumbido, sonido de campanas, de voces.
- J **Olfativa:** olor a azufre, a quemado.
- J **Gustativa:** sabor desagradable.
- J **Aura visceral:** hipo, palpitaciones, dolor anginoso, náuseas, vómitos.

Crisis Convulsiva: constituye la forma más frecuente y se inicia con la pérdida de conciencia y del control motor y con convulsiones tónicas o clónicas de todas las extremidades. (Hauser W, De Lorenzo R, Towne R. 2007).

Crisis Epilépticas: las crisis epilépticas constituyen las manifestaciones clínicas resultantes de una descarga anormal y excesiva de un grupo de neuronas en el cerebro. Las manifestaciones clínicas consisten en fenómenos anormales súbitos y transitorios que pueden incluir alteraciones de la conciencia, motoras, sensoriales, autonómicas o eventos psíquicos

percibidos por el paciente o por un observador. Estudios epidemiológicos en diferentes regiones han determinado historia de crisis epilépticas en 3 a 10 de cada 1000 habitantes. (Anegers F. 2007).

Epilepsia o síndrome convulsivo activo.- Es un caso prevalente que consiste en que la persona con epilepsia o SC ha tenido cuando menos una crisis epiléptica en cinco años, independientemente del tratamiento antiepiléptico que haya recibido. (OMS. 2011).

Epilepsia en remisión bajo tratamiento: caso prevalente de epilepsia sin crisis por más de 5 años y que está recibiendo tratamiento antiepiléptico a la fecha. (Zuloaga L, Soto C, Jaramillo D. 2008).

Crisis única o aislada: se define como una o más crisis epilépticas que ocurren en un período de 24 horas. Aunque no se les considera como epilepsia por no ser recurrentes, representan problemas frecuentes y siempre debe investigarse su causa; pues, podría ser la primera crisis de una epilepsia. Aún no se ha descrito bien su epidemiología debido a la dificultad en la definición de casos. Las prevalencias conocidas van de 2 a 9/1000. (Zuloaga L, Soto C, Jaramillo D. 2008).

Estado epiléptico o status epilepticus: crisis de inversión de un ataque de enfermedad que consiste en una serie de convulsiones epilépticas rápidamente repetitivas sin períodos de conocimiento entre ellas. Estos estados pueden ser de tipo convulsivo tónico clónicos o no convulsivo. (OMS. 2011).

Convulsiones febriles: crisis epilépticas que ocurren desde la edad de 1 mes hasta los 5 años, vienen asociadas con una enfermedad febril no causada por infección del SNC, sin crisis neonatales previas o crisis previas no provocadas, y que no reúnen criterios para otras

crisis agudas sintomáticas. La Conferencia para el Consenso sobre Crisis Febriles desarrollada por los Institutos Nacionales de Salud en Bethesda define la edad de 5 años como el límite superior. En cuanto a la temperatura, la mayoría de los estudios toma 38 grados Celsius como criterio de inclusión. Un paso fundamental en el manejo de este síndrome es la clasificación en simples y complejas. Una crisis febril es simple cuando se trata de una crisis única que dura menos de 15 minutos y que no presenta focalización ni déficit neurológico persistente. Cualquiera de las siguientes situaciones constituye criterio para una crisis febril compleja: manifestaciones focales, más de una crisis febril al día, duración mayor de 30 minutos, más de 3 crisis febriles en la vida. (Caniles G, Motil G, Málaga R. 2007).

Las crisis febriles recidivan en un tercio de los pacientes, y estudios recientes han reportado que el riesgo ulterior de epilepsia no sobrepasa el 4%. Un tratamiento profiláctico prolongado, orientado a prevenir la recidiva de convulsiones febriles está indicado solamente en la minoría de los casos, siendo el de elección el ácido valproico. Las convulsiones febriles representan una afección relativamente benigna de la infancia y actualmente la gran mayoría de los pacientes requieren como tratamiento diazepam oral o rectal durante los episodios febriles así como el control de la fiebre. (Leppik I. 2008).

Crisis neonatal.- Se refiere a una crisis epiléptica que ocurre en las primeras cuatro semanas de vida. Este tipo de crisis difiere de las del infante de mayor edad y de las del adulto. Sus manifestaciones clínicas son mal conocidas y comprenden fenómenos difícilmente distinguibles de conductas normales del neonato, como desviación horizontal de los ojos con sacudidas oculares o palpebrales, o sin ellas, movimientos de succión u otros movimientos

buco-linguales, movimientos de natación o de pedaleo o algunas veces, crisis apneicas, tónicas, etc. El uso de vídeo-electroencefalograma (EEG) puede ser muy útil. (Garza S. 2007).

Crisis clónicas, tónicas y focales. Las crisis tónico - clónicas no se observan en el neonato. El EEG puede mostrar en los casos más severos un patrón de “suppressionburst.” Las crisis tónicas son de mal pronóstico, ya que se asocian frecuentemente con hemorragias intraventriculares. Las crisis mioclónicas son raras y de mal pronóstico, también pueden ser el inicio de una encefalopatía mioclónica precoz. (Sander J, Shorvon S. 2008).

Crisis febril con crisis neonatal: una o más crisis neonatales en un niño que también ha tenido una o más crisis febriles. (Sander J, Shorvon S.2008).

Convulsiones infantiles familiares benignas: son aquellas referidas a un síndrome en el que los afectados presentan desarrollo neurológico y el electroencefalograma (EEG) interictal normales, con historia familiar de crisis similares y de buen pronóstico. (Leppert M. 2008).

Epilepsias mioclónicas progresivas: las epilepsias mioclónicas progresivas representan un grupo heterogéneo de epilepsias con encefalopatía de curso debilitante y fatal, cuyo factor común es la presencia de mioclonías segmentales o masivas, usualmente asociadas con crisis tónico - clónicas generalizadas, crisis clónicas con ausencias o sin ellas, demencia o deterioro mental y otras manifestaciones neurológicas, especialmente cerebelosas. Debido a que su patología bioquímica usualmente puede ser demostrada, estas epilepsias se clasifican dentro de las epilepsias generalizadas sintomáticas. (Delgado E, Withe R, Greenberg D, Treiman L. 2007).

La epilepsia mioclónica severa: llamada también epilepsia polimorfa de la infancia, la epilepsia severa de la infancia es un síndrome bien definido que incluye a pacientes con un trastorno convulsivo severo que se inicia siempre en el primer año de vida de niños con una maduración neurológica previamente normal. Las crisis son siempre convulsivas, al principio prolongado, con frecuentes estados de mal epilépticos, que se provocan por leves ascensos de la temperatura corporal. En este síndrome suele ser imposible controlar las crisis con el uso de las drogas antiepilépticas hasta ahora conocidas. Las manifestaciones críticas suelen presentarse de muy distinta manera (de ahí el nombre de polimorfa), y al principio, los registros electroencefalográficos suelen ser normales, lo que dificulta su diagnóstico. (Canilis G, Motil G, Málaga R. 2007).

Epilepsia de Unverricht - Lundborg (EMP1). Existen dos categorías: la primera conocida como forma báltica o mioclonus báltico; su causa más común en Estados Unidos, Canadá y el norte de Europa es la enfermedad de Unverricht -Lundborg; la segunda forma es la mediterránea, por predominar en los países Mediterráneos, de Medio Oeste, India y Pakistán, donde la causa más común es "la enfermedad de Láfora"; se trata de una epilepsia autosómica recesiva que se inicia entre los 6 y 18 años de edad; los pacientes afectados usualmente presentan mioclonías lentamente progresivas que son dependientes de un estímulo tal como golpear un tendón, mover previamente una extremidad, o por estímulos auditivos o luminosos; también se pueden presentar crisis generalizadas tónico - clónicas o clónicas. El electroencefalograma (EEG) en la enfermedad de Unverricht -Lundborg, forma mediterránea, muestra desde su inicio un ritmo de fondo lento y desorganizado con polipuntas generalizadas, punta-ondas de 3 a 5 Hz (Hondas zeta) o polipunta - onda ocasionalmente asociada a las mioclonías; en la forma báltica también ocurre la desorganización de ritmos con pérdida del ritmo alfa y ondas lentas de 3 a 4 Hz mezcladas a veces con ondas lenta de 4

a 6 Hz síncronas y bilaterales; pueden aparecer puntas o complejos polipunta - onda de alto voltaje. Otras manifestaciones clínicas de esta entidad incluyen ataxia cerebelosa progresiva y deterioro mental, el cual suele ser tardío. Usualmente la incapacidad ocurre a los 5 años de iniciado el cuadro, que puede llevar a un estado vegetativo. El gen de esta entidad ha sido confirmado, tanto para la forma báltica como para la forma mediterránea, en el cromosoma 21q, 22q, 23q, existe la hipótesis de que ambas enfermedades resultan de diferentes mutaciones del mismo gen. Estudios recientes proponen que una mutación en el gen que codifica la cistatina B es la responsable por las alteraciones primarias de la enfermedad de Unverricht – Lundborg . (Delgado E, Withe R, Greenberg D, Treiman L. 2007).

Serratosa J, Delgado E, Pascual V, Castroviejo I. (2010), han reportado otro loci para “la enfermedad de Láfora” en el cromosoma 6q24 (Serratosa Lafora 6 Q). Debido a la similitud clínica de esta entidad con el síndrome de Ramsay - Hunt se están realizando estudios genéticos en este último para documentar si estas entidades se encuentran ligadas genéticamente. Las crisis suelen ser refractarias al tratamiento antiepiléptico; no obstante, la droga que mejor actúa en estos casos es el ácido valproico. El clonazepam y la lamotrigina pueden brindar resultados parciales; mientras que la fenitoína y la gabapentina pueden agravar el cuadro.

Lipofuscinosis neuronal cerioidea. Existen tres tipos de lipofuscinosis neuronal cerioidea que pueden cursar con epilepsia mioclónica progresiva. La forma infantil tardía o enfermedad de Jansky - Bielschowsky es una forma fatal de epilepsia mioclónica progresiva (EMP). Se inicia entre los 2 a 4 años con sobrevida hasta las 6 a 10 años de edad. Se presenta con múltiples tipos de crisis, por lo que se confunde con el síndrome de Lennox – Gastaut - Dravet; pero llaman la atención las mioclonías continuas y reflejas a cualquier estímulo, el deterioro intelectual, ceguera, espasticidad y ataxia hasta llegar a un estado de decorticación.

El EEG muestra actividad de fondo lenta y desorganizada con puntas irregulares o polipunta onda. La estimulación fótica a frecuencia de 3 Hz evoca registros que corresponden a potenciales visuales evocados gigantes. (Delgado E, Medina T. 2008).

Enfermedad de Spielmeyer - Vogt - Sjogren.- Se denomina también enfermedad de Batten. Es una variante fatal de epilepsia mioclónica progresiva que se presenta en edad preescolar o escolar (4 a 10 años de edad). Se caracteriza por alteración de la visión central que progresa a ceguera, seguida dos años después por ausencias o crisis convulsivas tónico - clónicas generalizadas, ataxia, disartria, deterioro mental y muerte en la adolescencia o al inicio de la tercera década de la vida. En el electroencefalograma (EEG) también presenta ritmo de fondo desorganizado, actividad lenta y brotes paroxísticos (paroxysmal bursts). El diagnóstico se confirma por la presencia de linfocitos vacuolados en sangre periférica, huellas digitales características y por inclusiones curvilíneas en el estudio ultra estructural de biopsia de piel o de linfocitos (ganglios linfáticos). Asimismo, han identificado mediante análisis de ligamiento el loci simbolizado CLN3 en el cromosoma 16p. (Delgado E, Medina T. 2008; Gardiner M, Sandfor A, Deadman M. 2007).

Enfermedad de Gaucher.- Se trata de una enfermedad autosómica recesiva caracterizada por deficiencia de B - glucocerebrosidasa que se manifiesta en la infancia o adultez temprana, con mal pronóstico a los 10 años del diagnóstico. Puede diagnosticarse por cultivos de linfocitos y fibroblastos de biopsia de médula ósea y células nerviosas de biopsia rectal. Únicamente el tipo 3 o forma juvenil de enfermedad de Gaucher se asocia con epilepsia mioclónica progresiva. Cursa con mioclonías severas, movimientos anormales sacádicos horizontales, parálisis supranuclear, signos cerebelosos, crisis epilépticas parciales o generalizadas, hepato - esplenomegalia y demencia. El electroencefalograma (EEG) muestra polipuntas rápidas de predominio posterior y respuesta fotomioclónica. Se encuentra ligada

al cromosoma 1q21-q31. (Barnveld R, Keijzer W, Tegelders P. 2008; Delgado E, Withe R, Greenberg D, Treiman L. 2007).

Sialidosis tipo I.- Se caracteriza por epilepsia mioclónica progresiva de inicio entre los 8 y 15 años, asociada con las características alteraciones en el fondo del ojo y dolor quemante en manos y pies. Las crisis no son tan difíciles de controlar. Es un trastorno del almacenamiento que manifiesta excreción de oligosacáridos sialidos en orina por deficiencia de sialidasa, una proteína que protege a la neuraminidasa y a la B - galactosidasa contra la degradación intralisosomal. El electroencefalograma (EEG) revela actividad rápida de bajo voltaje y electromiograma (EMG) descargas de 10-20 Hz. El diagnóstico se hace por niveles de neuraminidasa y actividad en cultivos de linfocitos, fibroblastos y células amnióticas (diagnóstico prenatal). El gen responsable de esta entidad ha sido localizado en el cromosoma 10q23. (Medina T, Durón L, Martínez L. 2007).

Epilepsia frontal nocturna autosómica dominante 20q.- Es un síndrome descrito muy recientemente por Scheffer. Se presenta en la infancia y persiste en la edad adulta con episodios nocturnos de crisis motoras con manifestaciones hipercinéticas o tónicas que duran menos de un minuto; en ocasiones se dan durante el día. Puede confundirse con un trastorno del sueño o psiquiátrico, pues, se asocia con terrores nocturnos, pesadillas, histeria y distonía paroxística nocturna. El EEG interictal puede ser normal, pero la telemetría o el video - EEG pueden documentar las crisis del lóbulo frontal. La mono terapia con carbamacepina es muy efectiva. (Scheffer I, Bhatia K, Cendes I, Fish R. 2008).

Epilepsia rolándica autosómico dominante con dispraxia del lenguaje. También denominada epilepsia benigna Jacksoniana de la infancia con puntas centrotemporales, constituye hasta el 5% de las epilepsias infantiles, que ocurren predominantemente durante el sueño con un marcado ritmo circadiano. Hay crisis parciales breves, motoras y sensitivas,

hemifaciales y con tendencia a la generalización secundaria. Se inician entre los 3 y 13 años (con pico máximo entre los 9 y 10 años). El EEG muestra puntas lentas u ondas rápidas centro - temporales de alto voltaje que pueden ser seguidas de una onda lenta y tienden a propagarse sobre el hemisferio cerebral opuesto. (Delgado E, Medina T. 2008).

Epilepsia del lóbulo temporal familiar.-Se ha descrito una forma con patrón autosómico dominante cuyo gen responsable ha sido identificado en el cromosoma 10q, epilepsia del lóbulo temporal con síntomas auditivos 10q, epilepsia autosómica dominante con focos variables 18q, son otras formas de epilepsia con patrón genético. (Barneveld R, Keijzer W, Tegelders P. 2008).

Epilepsia progresiva de la niñez con retardo mental.- recientemente, Alonso Pozo, ha localizado una forma rara autosómica recesiva de epilepsia cuyo gen se localiza en el brazo distal corto del cromosoma 8, se inicia de los 3 a 10 años con remisión a los 35, el deterioro mental progresivo sigue a las crisis de 0 a 5 años. (Pozo A, Pozo D, Oliva M. 2011).

2.6. CLASIFICACIÓN DEL SINDROME CONVULSIVO.

Henrie Gastaut, fue otro pionero en la clasificación de las epilepsias en una forma estructurada; pero las vigentes son la Clasificación Internacional de Crisis Epilépticas adoptada en 1981 y la Clasificación de Epilepsias y Síndromes Epilépticos propuesta en 1989, principalmente, por el Centro Saint Paul en Marsella, Francia. (MedinaT. 2007).

A. Crisis provocadas.

Ante la sospecha de una crisis epiléptica, la primera pregunta es: ¿Existe la presencia o ausencia de un daño agudo precipitante? La respuesta permitirá la distinción entre dos posibilidades:

a) **Epilepsia sintomática aguda.**- Se trata de una **crisis sintomática aguda**, la cual ocurre en asociación temporal con un daño agudo al sistema nervioso central (SNC) de tipo

estructural infeccioso, evento cerebro-vascular (ECV), trauma craneano, post operatorio de neurocirugías, metabólico (desequilibrio electrolítico, hipoglicemia, uremia, anoxia cerebral, eclampsia, fiebre) o tóxico (sobredosis o supresión de drogas recreacionales como cocaína y alcohol o de drogas prescritas como imipramina y benzodiazepinas, exposición a monóxido de carbono, canfor, órganos fosforados, etc.). Estas son crisis epilépticas frecuentemente aisladas; pero también pueden ser crisis recurrentes o aún estados epilépticos. El período agudo se define de menos de 7 días para un traumatismo encéfalo-craneano (TEC) o (ECV). Estas crisis no requieren tratamiento antiepiléptico en forma crónica.

b) **Epilepsia sintomática.**- Cuando una lesión en el cerebro ha dejado una secuela permanente. Una causa frecuente es el trauma craneano abierto, cerrado con hematoma intracraneano, contusión hemorrágica, déficit neurológico focal, fractura de cráneo deprimida o con pérdida de la conciencia o amnesia postraumática mayor de 30 minutos. Los estudios epidemiológicos no han podido demostrar un aumento del riesgo para epilepsia en individuos con traumatismo encefalocraneano (TEC) leve o pérdida de la conciencia, o amnesia menor que 30 minutos, en ausencia de otra patología cerebral. Otras causas son la enfermedad cerebrovascular, neuro - infecciones, daño cerebral perinatal, malformaciones del sistema nervioso central (S.NC), abuso crónico de alcohol, estados post encefalopáticos, etc.

B. Crisis no provocadas.

No existe un cuadro agudo que explique su aparición. Pueden ser únicas o recurrentes. Asimismo, pueden pertenecer a dos posibles categorías:

a) **Crisis o epilepsias sintomáticas**

Son debidas a una lesión cerebral usualmente estática (no progresiva), por ejemplo epilepsias resultantes de un daño al sistema nervioso central (SNC) como infección, trauma o enfermedad cerebrovascular.

b) Crisis sintomáticas no provocadas.

Los pacientes en esta categoría experimentan crisis recurrentes, que se caracterizan por una enfermedad en evolución. Pueden ser debidas a trastornos progresivos del sistema nervioso central (SNC) como neoplasias, infecciones por virus lentos, enfermedades por priones (Creutzfeldt - Jacob o encefalitis espongiformes), infecciones bacterianas, micóticas o virales insatisfactoriamente tratadas, incluyendo el VIH, patología autoinmune (lupus, esclerosis múltiple), metabólicas (errores del metabolismo como lipofuccinosis ceroidea, encefalopatías mitocondriales y fenilcetonuria) y degenerativas (Alzheimer o mioclonus báltico).

c) Crisis no provocadas de etiología desconocida

Para estas no hay una etiología clara detectada.

- **Crisis y epilepsias idiopáticas.**-Este término debe reservarse para ciertos síndromes epilépticos parciales o generalizados con características clínicas particulares y hallazgos electroencefalográficos específicos. Recientemente se han identificado genes para la mayoría de estos síndromes.
- **Crisis y epilepsias criptogénicas.**- El término incluye a pacientes que no se ajustan a los criterios para la clasificación de sintomática o idiopática, es decir, su causa permanece oculta.(Medina T. 2007).

2.6.1. CLASIFICACIÓN DE EPILEPSIAS Y SÍNDROMES EPILÉPTICOS SEGÚN LIGA INTERNACIONAL CONTRA LA EPILEPSIA (LICE), OMS.

Las epilepsias pueden clasificarse de diferentes maneras; pero aquí lo haremos de acuerdo con la Liga Internacional Contra la Epilepsia 1989, LICE) y la OMS que es una clasificación descriptiva. (Medina T. 2007; OMS 2011).

Existen dos tipos de clasificaciones de las epilepsias. 1) La de las crisis y 2) la de los síndromes.

1) La clasificación de epilepsias referente a las crisis se basa en la aparición de una alteración repentina, limitada, corta, cuya manifestación es un cambio rápido en la sensación, en la percepción, o en la conciencia, que se asocian o no a movimientos involuntarios de grupos de músculos.

Es necesario enfatizar que una crisis convulsiva aislada no hace el diagnóstico de Síndrome convulsivo. Por tanto, el diagnóstico de síndrome convulsivo o epilepsia debe tener como antecedente inmediato la presentación de dos o más convulsiones de origen neurológico.

2) La clasificación de las epilepsias sobre la base de los síndromes es más extensa. Se refiere a todo un conjunto de síntomas y signos de la epilepsia asociados con los cambios en el EEG de un paciente; por tanto, esta clasificación es más completa. El síndrome se clasifica de acuerdo con varios factores, tales como la edad, el tipo de crisis convulsivas y resultados de estudios (EEG, TAC, etc.). Esta clasificación se subdivide en dos grandes grupos: el de las crisis generalizadas y el de las crisis parciales.

De acuerdo con la OMS, las **crisis generalizadas** se agrupan en:

- a) Crisis de ausencia o pequeño mal.
- b) Crisis mioclónicas
- c) Crisis tónicas
- d) Crisis atónicas
- e) Crisis clónicas
- f) Crisis tónico-clónicas

a) Las crisis de ausencia o pequeño mal. Son una breve interrupción (menor que 20 seg.) de la conciencia, sin respuesta a estímulos ambientales; ocurren con mayor frecuencia en niños de 4 a 16 años (75% son adolescentes). Se asocia a cambios motores pequeños como parpadeos, chasquidos de labios, giros de la cabeza o del cuerpo, etc. Es común después de esta crisis una marcada sensación de cansancio. Se caracteriza por el deterioro de la conciencia, que se puede acompañar de componentes clónicos, tónicos o atónicos leves (disminución o pérdida del tono postural), enuresis. El inicio y el fin de la crisis son repentinos. La pérdida del conocimiento es muy breve y el paciente no es consciente de este hecho. Si está conversando es posible que el paciente diga algunas palabras o se interrumpa a mitad de la frase por unos segundos. Este tipo de crisis, normalmente, se inicia en la niñez y es frecuente que desaparezca hacia los 20 años de edad. En ocasiones son sustituidas por otro tipo de crisis generalizadas.

b) Las crisis mioclónicas. Se caracterizan por sacudidas musculares (predominantemente del cuello, hombro y brazos) rápidas, breves, simétricas o asimétricas, sincrónicas o asincrónicas.

c) Las crisis atónicas. Consisten en un período muy breve de pérdida de la fuerza, caída de la cabeza, los brazos o incluso del individuo al piso.

d) Las crisis tónicas. Definen a contracciones musculares repentinas y bruscas de un pequeño grupo de músculos. Duran menos de 20 segundos y ocurren con mayor frecuencia en la fase del sueño profundo. El inicio de la crisis se asocia a la aparición de rigidez del cuello, cambio en la movilidad de los párpados dejando los ojos abiertos, al final de la crisis se asocia dolor de cabeza y cansancio.

e) Las crisis clónicas. Ocurren en el recién nacido o niños menores de 1 año. Hay pérdida de la conciencia y sacudidas musculares bruscas y breves, pero seguidas de otras que duran más tiempo; a diferencia de las crisis tónicas, no hay cansancio o confusión.

f) Las crisis tónico - clónicas o gran mal. Son las convulsiones íconos del síndrome convulsivo. Su inicio es brusco, con pérdida de la conciencia, comúnmente acompañados de una breve vocalización. Puede ir acompañada de mordedura de lengua o carrillo bucales. La fase tónica inicial es caracterizada por contracción de todos los músculos flexores y extensores que terminan en una fase conjunta de relajación o post - ictal, en donde la confusión puede estar seguida de un sueño profundo. Las crisis no son mayores de 3 minutos; se caracterizan por la pérdida repentina de la conciencia; el paciente cae al suelo; se pone rígido y se detiene la respiración (fase tónica); esto dura menos de un minuto y va seguida de una fase clónica que se caracteriza por sacudidas de la musculatura del cuerpo que puede durar dos o tres minutos para pasar a una etapa de coma flácido. Durante la fase clónica, el paciente puede morderse la lengua o los labios, presentar incontinencia urinaria o fecal, y en esta fase es posible que se lesione. Posterior a la crisis, el paciente puede recuperar la conciencia, o presentar un nuevo ataque, o dormirse. Si el paciente presenta un nuevo ataque sin recuperar la conciencia, se le conoce como estado epiléptico; pero si recupera la conciencia y se presenta otro ataque, se le denomina convulsiones seriadas.

Posterior al ataque, el paciente generalmente no recuerda los acontecimientos y se encuentra desorientado (automatismo pos epiléptico). También puede presentar cefalea, confusión, somnolencia, náuseas, dolor muscular o combinación de estos síntomas. A la debilidad después de la crisis se le conoce como parálisis de Todd. (Temkin O. 2008; OMS 2011).

Las **crisis parciales**, la sintomatología y el electroencefalograma nos indican que solo se ha activado una parte restringida del hemisferio cerebral, y las manifestaciones dependerán del área afectada. Las convulsiones parciales afectan solo una parte del cerebro, pueden generalizarse presentando un cuadro tónico clónico. Se agrupan en:

- a) Crisis parciales simples
- b) Crisis parciales complejas
- c) Crisis parciales con generalización secundaria.

a) Las crisis parciales simples son el resultado de un incremento en la actividad de áreas bien circunscritas, comúnmente áreas temporales y frontales del cerebro. Puede existir un pequeño movimiento en un dedo de la mano acompañado o no de náusea o sensación de vértigo. No hay trastorno de la conciencia, e incluso el individuo es consciente de su crisis. Pueden existir cambios o interrupción en la vocalización de palabras, alteraciones en la memoria (el fenómeno de lo “ya vivido o deja vu” o su correspondiente “jamás vivido o jamiasvu”). Este tipo de crisis puede manifestarse por síntomas motores focales (sacudida convulsiva) o con síntomas somato sensoriales (parestias u hormiguelo). En otras ocasiones se manifiesta con síntomas sensoriales especiales como destellos de luz o zumbidos. También se pueden presentar síntomas o signos autónomos como sensaciones epigástricas anormales, sudoración, rubor, dilatación pupilar, etc. Cuando se presentan síntomas psíquicos es probable que haya deterioro de la conciencia.

b) La crisis parcial compleja es conocida como crisis psicomotora o del lóbulo temporal. La conciencia no se pierde pero sí se altera. El individuo tiene un pensamiento ilógico, su lenguaje es confuso y pueden aparecer movimientos involuntarios en la cara o en las manos; la duración de la crisis es menor que 30 seg. En este tipo de crisis el deterioro de la conciencia puede ir precedido, acompañado o seguido de síntomas psíquicos ya mencionados y automatismo.

En función de su causa existen 3 tipos de síndrome convulsivo:

La sintomática.- Es la epilepsia secundaria a una enfermedad neurológica; es decir, existe una lesión cerebral que explica el foco epiléptico; por ejemplo, tumores, enfermedad vascular cerebral – infartos, hemorragia o malformación vascular, infecciones o trauma craneal.

La epilepsia idiopática.- Es aquella en la que la persona tiene crisis con una estructura cerebral normal. Este tipo de epilepsia tiene la más alta prevalencia.

La epilepsia criptogénica.- En donde se reconoce una lesión estructural cerebral; pero la causa no está identificada. En este grupo, el individuo presenta alteraciones en el área psicomotriz; es decir, se trata sobre todo de niños con deterioro cognitivo o retraso mental. Algunos tipos de epilepsia están genéticamente determinados. Sin embargo, la epilepsia idiopática se presenta con mayor prevalencia entre familiares que en la población en general; lo que indica un componente hereditario. (Medina T. 2007; OMS 2011).

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Procedimiento para el estudio y manejo de la epilepsia

Los pasos para la clasificación y desarrollo de un manejo adecuado del síndrome convulsivo se resumen, según Norman K. (2008), de la siguiente manera: Evaluación clínica: historia clínica, factores de riesgo, crisis, examen físico y examen neurológico.

El plan diagnóstico: a través del EEG o Vídeo, (electro encefalograma), TAC. Tomografía cerebral; IRM (Resonancia Magnética), PET o SPECT, otros. Diagnóstico y clasificación según el tipo de crisis del síndrome epiléptico. El plan terapéutico: Farmacoterapia, terapia de apoyo, seguimiento y pronóstico:

El primer paso en el diagnóstico de las crisis epilépticas o de los síndromes epilépticos es la caracterización clínica del problema, la cual es esencialmente clínica; se basa en una historia de crisis proporcionada por un testigo confiable o el propio paciente, y de un examen físico y neurológico detallados. Además de obtener la información sobre la edad de inicio, fecha de la última crisis, frecuencia y número, precipitantes, antecedentes de riesgo, árbol genealógico y tratamientos. Debe caracterizarse clínicamente la crisis (dando énfasis en la secuencia de manifestaciones clínicas) que permita clasificarla preliminarmente.

El segundo paso consiste en la identificación de la localización y naturaleza de la causa mediante la utilización de métodos de estudio estandarizados como el electroencefalograma, tomografía cerebral, imagen de resonancia magnética, PET, SPECT, pruebas de laboratorio de acuerdo al caso, etc.

El tercer paso es la aplicación definitiva de la clasificación internacional de crisis; lo cual constituye el primer nivel y la clasificación del síndrome epiléptico (segundo nivel). En el segundo nivel habrá que dar énfasis a la etiología de la epilepsia.

El cuarto paso es el establecimiento del protocolo de tratamiento, y plan de seguimiento del pronóstico. El objetivo vital es proporcionar al paciente la mejor calidad de vida posible a su caso.

La clasificación actual de crisis se basa en el uso de criterios clínicos y electroencefalográficos; pero muchas veces, el electroencefalograma (EEG) no está disponible. En estos casos, la clasificación deberá basarse en criterios clínicos. (Norman K. 2008).

CAPITULO III

DISEÑO Y CONTRASTACIÓN DE LAS HIPÓTESIS

1.1 HIPÓTESIS

H. Alterna. Existe asociación entre los factores biosocioculturales, obstétricos, trauma cráneo encefálicos y el síndrome convulsivo en las familias de la zona urbana del distrito de Chota. 2011.

H. Nula. No existe asociación entre los factores biosocioculturales, obstétricos, trauma cráneo encefálico y el síndrome convulsivo en las familias de la zona urbana del distrito de Chota.2011.

1.2 VARIABLES.

VARIABLE DEPENDIENTE:

(N) Síndrome Convulsivo.- conjunto de signos y síntomas tónico clónicos musculares con o sin pérdida de conciencia. (Medina, T. 2007)

(O) Se ha operacionalizado de la siguiente forma:

- Si presenta Síndrome Convulsivo
- No presenta Síndrome Convulsivo

(N) Frecuencia de las convulsiones.- Es la cantidad y/o número de crisis convulsivas ocurridas en un tiempo determinado en la persona que la padece. (Medina T.2007)

(O) Se consideró las siguientes categorías:

- Frecuentemente.- cuando persona con síndrome convulsivo, tiene crisis convulsivas cada cierto periodo de tiempo.
- A veces: cuando tiene crisis convulsivas una vez a la semana y/o al mes.
- Diario: cuando la persona presenta una o más crisis convulsiva al día.

VARIABLES INDEPENDIENTES.

Factores Biosocioculturales, obstétricos y trauma encefálicos

A) Factores biológicos:

Edad.- Es el tiempo acumulado desde la fecha de nacimiento de una persona.

(OMS.2009)

(O) Se ha operacionalizado por grupos etarios:

- a) Menor de un año
- b) De 1a 5 años
- c) De 6a 12 años
- d) De 13 a 19 años
- e) De 20 a 26 años
- f) De 27 a 33 años
- g) De 34 a 40años
- h) Más de 41 años.

(N) Sexo.- Condición orgánica que diferencia al varón de la mujer.

(O) Se consideró:

- a) Masculino
- b) Femenino

(N) Edad de inicio de la enfermedad.- Es la presentación de los signos y síntomas, de la enfermedad por primera vez, en el tiempo de vida del individuo.

(O) Ha sido medido por los siguientes indicadores:

- a) Menor 5 años
- b) De 6 a 12 años
- c) De 13 a 19 años
- d) De 20 a 33 años
- e) De 34 a 40 años

f) Más de 41 años.

(N) Número de orden que ocupa en la familia.- Es el número de hijo que ocupa en el hogar sistemáticamente, según el nacimiento.

(O) Se ha operacionalizado según el orden de nacimiento:

a) Primero

b) Segundo

c) Tercero

d) Cuarto

e) Quinto

f) sexto a más.

(N) Número de miembros de la familia.-Es el tamaño de la familia según el número de miembros que integra.

(O) Clasificado en:

- De 3 personas

- De 4 a 6 personas

- De 7 a más.

B) Factores sociales

(N) Grado de instrucción de la persona con síndrome convulsivo. Es el curso de un proceso adquirido por una persona logrando el más alto nivel de escolaridad. (INEI 2009)

(O) Se consideró los grados de instrucción siguientes:

- Inicial: cuando está cursando los estudios pre escolares.

- Analfabeto: No sabe leer ni escribir

- Primaria incompleta: Cuando no ha concluido los estudios de primaria.

- Primaria completa: Cuando ha concluido los estudios de primaria.

- Secundaria incompleta: Cuando no ha concluido los estudios secundarios.
- Secundaria completa: Cuando ha concluido los estudios de secundaria.
- Superior completa: Cuando ha culminado estudios superiores; graduado y titulado.
- Superior incompleta: Cuando ha cursado, estudios superiores y no los ha culminado.

(N) Ocupación de la persona con Síndrome Convulsivo.- Se refiere a la actividad que realiza la persona con Síndrome Convulsivo, al menos una hora a la semana o más, por un sueldo o salario en dinero y/o en especie.

(O) Medido como:

- Estudiante.- Cuando la persona con epilepsia se encuentra estudiando
- Trabajador eventual.- Cuando la persona con epilepsia está trabajando esporádicamente.
- Obrero.- Cuando la persona con epilepsia trabaja en construcción civil.
- Empleado dependiente.- Cuando la persona con epilepsia trabaja en una institución pública o privada.
- Agricultor.- Cuando la persona con epilepsia trabaja en chacra propia o ajena, esporádicamente.
- No trabaja.- Cuando la persona con epilepsia, no tiene ningún trabajo.

(N) Consumo de alcohol.- Es la ingestión de alcohol, aguda o crónica en que una persona lo hace.

(O) Se midió con los siguientes ítems:

SI, consume alcohol

NO, consume alcohol.

(N) Frecuencia de consumo de alcohol.- Número de veces en que una persona ingiere alcohol.

(O) Se midió con los siguientes ítems.

- Frecuentemente.- cuando la persona con síndrome convulsivo ingiere alcohol, cada cierto periodo de tiempo.
- Diario.- cuando la persona con convulsiones, ingiere alcohol todos los días.
- A veces.- cuando la persona con convulsiones ingiere alcohol una vez a la semana o 2 a 3 veces al mes.
- Nunca.- cuando esta persona no ingiere alcohol.

(N) Cuidado especial al miembro familiar con síndrome convulsivo: Son las medidas o acciones que realiza diariamente las personas para conservar o mantener la salud.

(O) Se ha medido a través de los siguientes indicadores:

- Si, realiza cuidado especial
- No, realiza cuidado especial.

(N) Miembros de la familia designados al cuidado de la persona con Síndrome Convulsivo.- Son personas seleccionadas o no para realizar acciones específicas del cuidado del paciente con convulsiones.

(O) Se ha medido con los siguientes ítems:

- Familiares directos: madre, padre, hermana, hermano.
- Familiares cercanos: tíos, primos, otros.
- No ha designado a nadie.

(N) Repercusión en la vida diaria de la familia con persona con SC.-Trascender, causar efecto una cosa en otra ulterior. OMS (2009)

(O) Se ha medido con las siguientes categorías:

- Disminución en la eficiencia del trabajo
- No afecta a la familia ni al cuidador.

C) Factores culturales:

(N) Percepción sobre la enfermedad.- Conocimiento de un pensamiento externo o de un acontecimiento objetivo, causas o creencias empíricas, religiosas, sobrenaturales, tradicionales sobre una enfermedad (Síndrome Convulsivo o Epilepsia). (Venaster. E. 2009)

(O) Se consideró las siguientes categorías:

- Hereditario
- Accidente (TEC) o castigo
- Algo divino
- Enfermedad común
- Mal viento
- No sabe. o por demonios

(N) Curación de la enfermedad.- Curso del tratamiento de cualquier enfermedad, o de un caso especial. Sistema de tratamiento de las enfermedades. (Venaster E. 2009).

(O) Se consideró las categorías como sigue:

- Sí se puede curar.-cuando la entrevistada refiere que si hay medicamentos para el tratamiento de su enfermedad.
- No se puede curar.- cuando la entrevistada refiere que no existe medicamentos para el tratamiento de su enfermedad.
- No sabe.- cuando la entrevistada refiere no saber o no da respuesta.

(N) Consecuencias del Síndrome convulsivo o epilepsia en la familia.-proposición que se deduce de otra o de otras (la epilepsia), con enlace tan riguroso que admitidas o negadas las premisas es ineludible admitirla o negarla. (Hechos o acontecimientos que se sigue o resulta de la enfermedad como es la Epilepsia o síndrome convulsivo. (Rodriguez K.2007)

(O) Se ha medido con los siguientes ítems:

-Si -No

(N) **Tipo de problemas o consecuencias que ocasiona un familiar con epilepsia en la familia:**

- No se puede llevar una vida normal y tranquila
- Nos genera mucho gasto el tratamiento
- Produce rechazo
- Nos da pena, preocupación y tensión
- No ocasiona problemas

D) Factores obstétricos:

(N) **Control prenatal.-** Es la atención competente de los cuidados sistemáticos estándar que se le brinda a la madre embarazada desde el momento de la concepción hasta el inicio del parto, a intervalos adecuados, para observar el desarrollo del embarazo, detectar y prevenir los riesgos, la orientación y educación de la madre así como la intervención oportuna en situaciones problemáticas y de asegurar que todo embarazo deseado culmine en un niño sano sin deterioro de la salud de la madre. (OMS.2009)

(O) Se ha operacionalizado en los siguientes ítems.

- Sí asistió al control prenatal.-cuando la madre (de la persona con síndrome convulsivo) recibió 9 controles prenatales.
- No asistió al control prenatal.- cuando la madre (de la persona con síndrome convulsivo) no asistió a ningún control prenatal.

(N) **Numero de controles prenatales.-** es la cantidad de controles prenatales que una madre embarazada recibe de un profesional de salud.

(O) Se ha operacionalizado con los siguientes ítems.

- Menos de 3 controles

- De 4 a 6 controles
- Más de 6 controles

(N) Razones por las que no asistió al control prenatal.- Son argumentos o demostraciones que la madre aduce o explica el por qué no asistió a sus controles prenatales.

(O) Se ha operacionalizado con los siguientes ítems:

- Falta de conocimiento.
- Estar lejos, o inaccesible
- No era necesario
- Embarazo oculto

(N) Complicaciones en el embarazo.- son procesos que ocasionan otros procesos patológicos relacionados a riesgo que pueden inferir en la evolución del embarazo. (OMS. 2009).

(O) Se consideró los siguientes indicadores:

- Sí tuvo complicaciones: Toxemias del embarazo, otros: diabetes, desnutrición de la madre, nacimiento prematuro.
- No tuvo complicaciones.

(N) Lugar de atención del parto.- Es el ambiente y/o lugar donde se brinda la totalidad de los servicios que se presta directamente a la mujer durante el proceso de parto; desde la evaluación inicial del estado de la paciente y la evaluación continua del proceso durante el trabajo de parto, hasta la expulsión de la placenta y la transferencia a la unidad post parto. (OMS 2009).

(O) Se ha operacionalizado como:

- Establecimiento de Salud (Centro o puesto de salud, Hospital)
- En casa.

(N) Persona que atendió el parto.- Se refiere a la persona profesional o no profesional que prestó los servicios directos durante el proceso de atención del parto.

(O) Se consideró los siguientes indicadores:

- Médico
- Enfermera
- Obstetriz
- Partera tradicional
- Otras personas (familiares)

(N) Complicaciones durante o después del parto.- Son desenlaces desfavorables ocurridos en el proceso de parto y después del parto mientras que una intervención demasiado precoz provoca cesáreas innecesarias, las muestras o presentaciones fetales o neonatales son también secuencias frecuentes de las infecciones intrauterinas, la cual casi siempre se desarrolla en su parto disfuncional.

(OMS. 2009)

(O) Se ha medido de la siguiente manera:

- SI, tuvo complicaciones: Asfixia del recién nacido e hipoxia fetal, Distocia de presentación (Extraídos con vacun o fórceps, fase latente prolongada del periodo expulsivo, contracciones uterinas desordenadas sin dolor.
- NO, tuvo complicaciones.

(N) Edad gestacional en que ocurrió el parto.- Es el intervalo de tiempo medido en semanas completas, entre el primer día del último periodo menstrual de la madre y el día mes y año que ha ocurrido el parto y nacimiento del niño (a). (OMS. 2009).

(O) Se consideró las siguientes categorías:

- A los nueve meses (de 37 a 40 semanas de gestación).
- Menos de nueve meses (antes de 37 semanas.).

Factores trauma craneoencefálicos.

(N) Traumatismo encéfalo craneano (TEC), es un golpe importante en el cráneo, produciendo una deformación generalizada por aplastamiento en la dirección del impacto con el correspondiente ensanchamiento del diámetro perpendicularmente al trayecto del impacto. Cuando el cráneo se dobla más de lo que permite su tolerancia elástica se rompe, ello puede producir una fractura lineal simple que se extiende desde el centro del impacto hacia la base, un golpe más importante produce una fractura estrellada y un golpe aún más intenso da lugar a una fractura con hundimiento. (Bakey L, Glaucer E. 2007).

(O) Medido a través de los siguientes indicadores:

- Si
- No

(N) Signos y síntomas del traumatismo encéfalo craneano (TEC): manifestaciones verbales y no verbales que pueden observarse o se detectan a través de los sentidos. (Bakey L, Glaucer E. 2007).

(O) Se consideró los siguientes ítems.

- Desmayo (Perdió el conocimiento)
- Convulsiones, contracciones (Sacudidas)
- Ninguno.

(N) Infección.- invasión y multiplicación de microorganismos en tejidos corporales, al cual están expuestos la madre y el feto en los partos prolongados, complicados por la rotura de membranas. Estas infecciones son bacterianas, virales, nicóticas, protozoarios, etc. que pueden atravesar la placenta y meninges del cerebro. Jack A, Pritchard P, Macdonald C, Norman F. (2011).

(O) Medido a través de:

- Sepsis del recién nacido o neonatal.

- Meningitis
- Líquido amniótico infectado.
- El niño no pudo respirar (aspiración fetal del líquido amniótico infectado).

(N) Atención médica inmediata.- Es la totalidad de los servicios de salud que se presta directamente a las personas ya sea por emergencia o no.

(O) Se consideró los siguientes ítems:

- SI, recibió atención inmediata
- NO, recibió atención inmediata.

(N) Razones por las que no solicitó atención médica inmediata.- Son argumentos o demostraciones que una persona aduce o explica el por qué no solicitó atención médica.

(O) Se consideró los siguientes ítems:

- No fue necesario
- No había personal
- Vivía lejos

Tratamiento a la persona con Síndrome Convulsivo.

(N) Administración de medicamentos anticonvulsivos.- Término con el que se designan, a los medicamentos anticonvulsivos, a las sustancias o cantidades de las mismas que se ingieren y se utilizan para el cuerpo por ingestión o vía parenteral.

(O) Se consideró los siguientes ítems:

- SI, ingiere medicamento anticonvulsivo
- NO, ingiere medicamento anticonvulsivo.

(N) Clases de tratamiento medicamentoso.- Se refiere a la asistencia de un paciente con la finalidad de combatir las enfermedades o los trastornos a base de medicamentos farmacológicos, provenientes de la farmacia previa indicación

médica y de un tratamiento empírico por medios que han sido benéficos según la experiencia a base de medicamentos provenientes de campo (con plantas).

(O) Se consideró los siguientes ítems:

- Medicamentos farmacológicos indicado por médico
- Medicamentos de campo o empíricos.

(N) Tiempo de ingesta de medicamentos anticonvulsivo como tratamiento.- Se refiere al tiempo en el espacio en que la persona con epilepsia o Síndrome Convulsivo, ingiere o ha ingerido medicamentos al cuerpo, de alguna manera y se utilizan en el mismo.

(O) Se consideró los siguientes ítems:

- Desde que nació
- Hace un año
- Dos años
- Más de tres años

(N) El medicamento disminuye las convulsiones.- Se refiere al resultado específico que debe producir el medicamento frente a las convulsiones.

(O) Se consideró los siguientes ítems:

- SI, disminuye las convulsiones
- NO, disminuye las convulsiones.

METODOLOGÍA

En este acápite se hace referencia a los aspectos que se han utilizado para llevar a efecto la investigación.

1.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El presente estudio es de tipo no experimental, pues, no se han manipulado las variables; es decir, las variables se han utilizado tal como se presentaron. Obedece a un diseño de estudio descriptivo transversal, porque se ha indagado la prevalencia de la variable dependiente (la epilepsia), y se ha proporcionado la descripción de los factores bíosocioculturales, obstétricos, trauma encefálico, asociados a la epilepsia en las familias de la zona urbana del distrito de Chota, 2011.

1.4 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN.

En el proceso de ejecución del presente trabajo de investigación se han utilizado las siguientes técnicas de investigación:

- La entrevista y
- La observación.

Se ha aplicado la técnica de entrevista a las familias, a través de un formato escrito que contempla un listado de preguntas deberían ser absueltas por la informante.

1.5 ANÁLISIS DOCUMENTAL

Como se ha indicado, se realizó la revisión de fuentes bibliográficas primarias, revisión de trabajos de investigación relacionados con el tema en estudio, así como los centros de información conectados por un terminal de computadora a distintas bases de datos sobre el tema; lo cual permitió la construcción del problema, del marco conceptual y teórico, así como la interpretación y análisis de los resultados. La revisión de los

trabajos de investigación previos ha permitido la formulación del problema y el conocimiento de los antecedentes relacionados con el tema investigado.

1.6 CUESTIONARIO

El cuestionario fue aplicado a través de una entrevista directa a las 308 familias, previamente estructurado y validado. El tiempo invertido en la aplicación de cada cuestionario fue de 40 minutos, aproximadamente.

1.7 SELECCIÓN DEL ÁMBITO DE ESTUDIO

El presente estudio de investigación ha sido realizado teniendo en cuenta estrictamente los límites de la zona urbana de Chota.

La provincia de Chota, adornada por un círculo de cerros de diversos nombres, se levanta sobre la hermosa meseta de Akunta, a solo 150 Km. de la ciudad de Cajamarca (en la parte Nororiental del Perú), y a 219 km de la ciudad de Chiclayo. Del mismo modo, la ciudad se encuentra flanqueada por los ríos Chotano, Colpamayo, Doñana y San Mateo. Actualmente posee 24 distritos. Limita por el norte con la provincia de Cutervo, por el sur con la provincia de Celendín, por el este con la provincia de Luya (Amazonas), y por el este con las provincias de Ferreñafe y Chiclayo (Lambayeque). Se halla ubicada a una altitud de 2,388 m.s.n.m. Su población total es de la provincia es de 165 411 habitantes; están incluidos en ella las poblaciones urbana y rural. La zona urbana posee 28884 habitantes y la zona rural 136527 h. El distrito cuenta con una población de 48 332 h.; con 16531 h. de la zona urbana, y en la zona rural con 31801 h., de los cuales se tiene a 3352 familias en la zona urbana de Chota y 7630 familias en la zona rural en todo el distrito. En general, su clima es templado y agradable, con notable diferencia de temperatura entre el día y en la noche. La temperatura media fluctúa entre 11° y 16°C., y las máximas entre 22° y 29°C, mientras que las mínimas, entre 7° y 4°C durante el invierno; es decir, entre mayo y agosto los días son calurosos

al sol y templados a la sombra; pero las noches son frescas con menos de 10°C. El aire es transparente y puro; la humedad atmosférica es poco sensible, aun cuando el suelo es normalmente húmedo a consecuencia de las lluvias que caen con regularidad durante el verano. El establecimiento de salud más cercano es el Hospital “José Soto Cadenillas”, el cual cuenta con médicos generales; existen dos clínicas con idéntico personal médico. Cuando los pobladores enferman son derivados a las ciudades de Chiclayo y Lima. INEI (2009).

1.8 POBLACIÓN

La población del estudio estuvo conformada por 3352 familias en la zona urbana del distrito de Chota.

Referencialmente hacen una población de 16 531 habitantes de los cuales 7 919 (47,99%) son hombres y 8 612(52,1%) son mujeres.

1.9 MUESTRA

Para el presente estudio la muestra está constituida por 308 familias. Para seleccionarla se utilizó un muestreo tipo aleatorio por conglomerados.

La zona urbana del distrito de Chota está dividida en 12 sectores; por esta razón, se ha realizado un muestreo de tipo aleatorio por conglomerado, donde la unidad de conglomerado es un sector. De los doce sectores se han seleccionado tres sectores; lo que constituye el 30% de los sectores, y, luego, de cada sector se han seleccionado manzanas, y de cada manzana las viviendas, y, finalmente, una familia por vivienda. La muestra es deducida en base a la siguiente fórmula:

$$N = \frac{N Z^2 P Q}{(N-1) E^2 + Z^2 P Q}$$

Donde:

N = Población (Número de familias) = 3352

Z = 1,96 Coeficiente de 95% de confiabilidad.

P = Proporción de familias que tienen al menos un miembro familiar con S.C. = 0,5 (Es una regla que se utiliza cuando no se tiene antecedentes, se aproxima).

Q = Proporción de familias que no tienen algún miembro familiar con S.C.= 0,5

E = 0,533 (Precisión en la estimación de la Proporción P)

Remplazando datos se tiene:

$$n = \frac{(1,96 \times 3\,352 \times 0,5^2)}{3351 \times 0,0533^2 + 1,96^2 \times 0,5^2} = 307,48$$

$$n = 308$$

Criterios de inclusión

Se definieron dos criterios de inclusión:

- Ser familia ubicada en la zona urbana del distrito de Chota.
- Tener la aceptación de la familia como participantes en el estudio.

Unidad de análisis y observación

La unidad de análisis y observación del presente estudio de investigación es la familia de la zona urbana del distrito de Chota.

1.10 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos, la autora y asesora de la presente investigación elaboraron previamente un cuestionario *ad hoc*. Los datos fueron recolectados a través de encuestas a las familias de la zona urbana del distrito de Chota durante el año 2011.

Cuestionario

El cuestionario estuvo constituido por ocho partes. Se elaboró sobre la base de preguntas cerradas y abiertas, con varias alternativas de respuesta. Ha estado conformado por 31 preguntas relacionadas con el tema y ha sido estructurado de la siguiente manera:

La primera parte estuvo orientada a obtener datos generales de la familia y de la persona con síndrome convulsivo o epilepsia. Se consideró en esta parte: área o sector al que pertenece la familia 1,2,3... 12, manzana en la que se ubica la casa en que vive, fecha en que se aplicó la encuesta, nombre del informante, madre, padre o cuidador, nombre de la familia, persona o miembros de la familia que sufre de epilepsia o SC.

La segunda parte estuvo orientado a obtener datos de los factores biológicos, tales como: edad, sexo, N° de orden en la familia, tiempo que sufre la enfermedad, edad de inicio de la enfermedad (epilepsia o SC).

La tercera parte estuvo orientada a obtener datos de los factores sociales: estado civil, ocupación, grado de instrucción, número de miembros integrantes de la familia, frecuencia de consumo de alcohol.

La cuarta parte se orientó a obtener datos correspondientes a los factores culturales: percepción sobre la enfermedad, curación de la enfermedad.

La quinta parte estuvo orientada a la recolección de datos referentes a los factores obstétricos de la persona con S.C. o epilepsia. Se interrogó a la madre sobre: control prenatal, complicaciones en el embarazo, atención del parto, lugar de atención del parto, personal que la atendió durante el parto, complicaciones en el parto, infección del recién nacido, edad gestacional.

La sexta parte corresponde a los factores traumacráneoencefálicos que sufrió la persona con SC. o epilepsia: TEC, infecciones, signos del TEC, etc. En un acápite, finalmente, se consideraron datos de, frecuencia de convulsiones, medicamentos usados, tiempo que viene tomando el medicamento, eficacia del medicamento, compra de los medicamentos, ocasiona problemas tener un familiar con epilepsia o S.C., afecta al cuidador, repercusión en el trabajo, designación especial para cuidar al familiar con epilepsia.

Para validar el instrumento se aplicó 10 encuestas a familias de la zona urbana de la ciudad de Lajas, como prueba piloto cuyas características son semejantes a la de la muestra. Esto permitió reorientar algunas preguntas que no eran entendidas fácilmente por las entrevistadas, adecuándose a su mundo cultural. La administración del cuestionario fue por entrevista. El instrumento midió lo que se proponía medir.

La validez del cuestionario fue medido a través de juicio de expertos. Se consultó a varios profesionales entendidos en el tema. Luego del análisis, se mejoraron algunas preguntas que aún no estaban claras para cumplir los objetivos.

1.11 PROCESAMIENTO DE DATOS

Luego de recolectar la información se ha realizado la consistencia manual de los datos. Se procedió a ello con la finalidad de precisar la proporción de preguntas no respondidas. Posteriormente, se hizo la revisión y corrección de datos y su respectiva codificación para su procesamiento electrónico por medio del programa Microsoft

Excel/2000, para luego ser transferidos al programa estadístico SPSS, versión 20:00. Por lo tanto, esta enfermedad tiene un origen multicausal y, generalmente, perdura durante la vida de las personas que la padecen. Está considerada como una de las enfermedades crónicas de todos los tiempos. Las familias, especialmente los padres, se desesperan, lloran, acuden a personas que tienen esta enfermedad preguntan. Finalmente, deciden llevar a sus pacientes al médico.

1.12 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Los datos obtenidos fueron insertados en una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel/2000, para luego ser transferidos al programa estadístico SPSS, versión 20:00, a efectos de lograr su procesamiento y la obtención de los resultados de frecuencias, promedios y chi cuadrado.

Se realizó el estudio de la estadística descriptiva; lo cual permitió conocer las características de las familias y de la propia enfermedad de la epilepsia. Se utilizó un software estadístico para las tablas y el programa Microsoft Excel/2000, y para el informe el programa Microsoft Word 2007.

En el análisis e interpretación de los datos se realizó la descripción de los resultados obtenidos en el estudio. Esta etapa se basó en las estadísticas obtenidas durante el procesamiento; luego se procedió al análisis a través de la confrontación de los resultados y la literatura relacionada con el tema. Para establecer la relación entre las variables y demostrar la hipótesis se ha utilizado la prueba de chi cuadrado. Esta prueba estadística se usa en variables nominales y ordinales.

Los datos se presentan en tablas estadísticas simples y tablas estadísticas de asociación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y ANÁLISIS

4.1. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos se analizaron utilizando estadígrafos de frecuencias simples y relativas, así como de correlación entre la variable dependiente y las independientes en cuadros estadísticos que a continuación se presentan:

La variable dependiente es el síndrome convulsivo.

Las variables independientes son los factores bíosocioculturales: edad, orden de nacimiento en la familia, edad de inicio del síndrome convulsivo. Entre los factores sociales constan: el número de integrantes de la familia, grado de instrucción, la ocupación, ingesta de alcohol, familiar asignado al cuidado de la persona con síndrome convulsivo, miembro de la familia que brinda cuidados, y los culturales: la percepción de origen del síndrome convulsivo, curación de la enfermedad, generación de problemas en la familia y consecuencias en la familia.

Dentro de los factores obstétricos, los del cuidado prenatal: asistencia al control prenatal, razones por las que no asistió al control prenatal, complicaciones en el embarazo, tipo y edad gestacional de nacimiento, factores obstétricos de la atención del parto, lugar de atención, persona que atendió el parto y complicaciones.

Factores trauma cráneoencefálicos: se golpeó la cabeza, signos que presentó al golpearse, atención médica recibida en forma inmediata. Tratamiento de la persona en las familias con síndrome convulsivo: frecuencia de la convulsión, ingesta de medicamentos para evitar la convulsión, clases de tratamiento, tiempo de ingesta del tratamiento y disminución de las convulsiones.

Tabla 1. Prevalencia del síndrome convulsivo en familias de la zona urbana del distrito de Chota, 2011

Síndrome Convulsivo	Nº	%
SÍ	32	10,4
NO	276	89,6
Total	308	100,0

Fuente: Cuestionario “Síndrome convulsivo, factores biosocioculturales y obstétricos”, Chota – 2011.

En la tabla 1 se aprecia que en la zona urbana del distrito de Chota, el 10,4% de las familias tienen un miembro familiar con síndrome convulsivo. Estos datos son similares a los encontrados por Spinelli M. (2010), en Sevilla – España. Así también concuerda con Benites Q. (2007), en el distrito de Lalaquiz – Piura. Difiere de los encontrados por Días V. (2010), en Lima.

Al contrastar con la literatura, Temkin O. (2008), menciona que esta es considerada como una de las enfermedades crónicas más habituales; de 0,5% hasta 1,0% de la humanidad padece esta enfermedad; también Medina T, (2007), en Honduras, calcula que de 1 a 3% de la población tendrá epilepsia alguna vez en su vida, según distintos estudios en población, la tasa general de prevalencia de epilepsia varía de 5 a 8/1000 habitantes en países industrializados; mientras que en los subdesarrollados es de 5 a 57x1000. Estos datos revelan que la dolencia es la décima causa de consulta médica en algunos de estos últimos países.

Asimismo, Pannell P. y Thompson, P. (2009), en Malasia, afirma que la epilepsia es una enfermedad común en el mundo; afecta a 50 millones de personas en todo el mundo; es una enfermedad crónica, produce un 1% de días perdidos por problemas de salud a nivel mundial. Esta enfermedad se caracteriza por convulsiones recurrentes e

intermitentes no provocada por una aguda condición médica o enfermedad cerebral transitoria, es considerada como la cuarta enfermedad neurológica más común. Concluye que uno de cada 26 personas desarrolla epilepsia durante el curso de la vida.

Tabla 2.1. Factores biológicos de las personas con síndrome convulsivo en familias zona urbana del distrito Chota, 2011.

Factores Biológicos	Nº	%
Edad del paciente		
De 1 a 5 años	2	6,25
De 6 a 12 años	6	18,75
De 13 a 19 años	4	12,50
De 20 a 26	8	25,00
De 27 a 33 años	2	6,25
De 34 a 40 años	6	18,75
Más de 41 años	4	12,50
Sexo		
Masculino	22	68,75
Femenino	10	31,25
Orden de nacimiento en la familia		
1	8	25,00
2	4	12,50
3	9	28,12
4	1	3,12
5	5	15,63
6 a más	5	15,63
Edad de inicio de la enfermedad		
Menos de 5 años	11	34,37
De 6 a 12 años	2	6,25
De 13 a 19 años	14	43,75
De 27 a 33 años	1	3,13
De 34 a 40 años	2	6,25
Más de 41 años	2	6,25
Total	32	100,00

Fuente: Cuestionario “Síndrome convulsivo, factores biosocioculturales y obstétricos”, Chota – 2011.

En la tabla 2.1 se aprecia que en la zona urbana de Chota, el 25% de personas con síndrome convulsivo tienen de 20 a 26 años de edad y el 18,75% tiene entre 6 a 12 años, el mismo porcentaje para los de 34 y 40 años de edad. Estos datos son similares a los reportados por Díaz (2010), en Lima. Difiere con el de Benites Q. (2007), en Lalaquis - Piura en la que encontró mayor porcentaje. De igual manera se indica en Argentina, donde se encontró una escasa pero significativa presencia de síndrome convulsivo en menores de 5 años.

Medina T. (2007), indica que la epilepsia no solo se explica por la edad, sino que a esta enfermedad se considera como una alteración más común de las enfermedades neurológicas graves que afecta a cualquier persona. Aparece a cualquier edad, sin distinción de sexo, raza o clase social. Además, la crisis tiende a aparecer en la infancia o en la adolescencia y, sobre todo, esta enfermedad no tiene prejuicios, afecta por igual a hombres y a mujeres, a ricos y a pobres.

De otro lado, Delgado E. (2007), afirma que las epilepsias se presentan a cualquier edad; todo está supeditado a la causa. En caso de las de origen genético se manifiesta en edades tempranas, por lo general antes de los 18 años. Los casos que se presentan después de esta edad corresponden a las llamadas epilepsias adquiridas o secundarias a alguna lesión cerebral, enfatiza.

Respecto del sexo, en el estudio se encontró que el síndrome convulsivo predomina en el sexo masculino (68,71%); en el femenino el 31,25%. Estos resultados difieren de los hallados por Díaz V. (2010), en Lima, que muestra una discreta predominancia femenina. En cambio, en el estudio de Galarza A. (2010), en Lima, muestra una proporción cercana a 3:1 predominante en varones.

Delgado E, Marco T, Medina T. (2008), indica que existen otros síndromes de epilepsias benignas de la infancia con puntas centrotemporales. Estas enfermedades

constituyen hasta el 5% de las epilepsias infantiles, y ocurren predominantemente durante el sueño y en los varones. Medina T. (2007), observó un patrón de herencia autosómico dominante dependiente de la edad y más frecuente en el sexo masculino.

Asimismo, los datos encontrados son similares a los reportados por Maldonado A. (2007), quien estudió a 41 pacientes tratados en el Hospital Nacional Dos de Mayo en Lima, donde encontró un predominio significativo del sexo masculino.

Con relación al orden de nacimiento de la persona con síndrome convulsivo, la tabla muestra que el mayor porcentaje (28,13%), se encontró en personas cuyo orden de nacimiento en la familia es el tercero. Le sigue en importancia (25%) cuando los hijos son primogénitos. Estos datos son similares a los del estudio realizado con una muestra nacional por Benites Q. (2007), quien señala que en el distrito de Lalaquiz, Piura, las personas que presentaban epilepsia eran hijos primogénitos. Asimismo, hay una analogía con los datos encontrados por Galarza A. (2010), en Lima, en relación con los hijos primogénitos.

Respecto de la edad de inicio de la enfermedad, en la tabla se aprecia que el mayor porcentaje (43,75%) de personas con el síndrome inició entre los 13 y 19 años; le sigue en importancia los menores de 5 años de edad con el 34,37%. Estos datos son similares a los indicados por Benites Q. (2007), quien señala que en el distrito de Lalaquiz - Piura, la edad de inicio fue de 12 a 16 años de edad; así mismo, con los datos de Luna D. (2010), quien encontró que el total de pacientes que presentaron esta patología iniciaron la epilepsia en dos grupos etarios menores de 5 años y de 12 a 19. De igual manera es concordante con los resultados encontrados por Galarza A. (2010), en Lima, quien encontró que pacientes con epilepsia iniciaron la enfermedad antes de los 6 años. Y en el país asiático de China, la edad de inicio de los síndromes convulsivos fue menor de cinco años. Chen L, Zhou B, Li M. et. al (2011).

En Argentina y México D'Alesio, L. (2009) y Garza, S. (2007), encontraron que la manifestación inicial del síndrome fue a los 12 años de edad.

En España Spinelli R. (2010), en su estudio, encontró que la edad de comienzo de las crisis corresponde al inicio del tratamiento farmacológico, con mayor frecuencia en el intervalo de edad de 0 a 9 años con 80 casos seguido del grupo entre 10 y 19 años con 28 casos. (en el intervalo de 0 a 9 años ha encontrado 23 niños de 1 mes y medio hasta 1 año, 42 de 2 a 5 años, 19 de 6 a 9 años).

Estos resultados se aseveran con Annegers J. (2007), en Argentina, quien indica que estos trastornos epilépticos se inician con mayor frecuencia en la niñez temprana y en la adolescencia; pero pueden presentarse en cualquier época; la tasa de incidencia en la población general varía entre 30 y 50/100000 personas al año.

Por otro lado, Caniles, G. (2007), con relación a la edad de inicio de la enfermedad, señala que las crisis epilépticas pueden comenzar a cualquier edad, pero en la infancia se presenta una serie de peculiaridades que no van a aparecer en edades posteriores de la vida. Pueden aparecer como consecuencia de un amplio grupo de situaciones patológicas diferentes y van a tener una significación clínica distinta, que va a depender tanto del origen del proceso como del propio síndrome epiléptico en cuestión. Así, por ejemplo, las crisis epilépticas se pueden relacionar con una agresión actual del sistema nervioso central, como es el caso de infecciones, trastornos metabólicos, intoxicaciones, traumatismos, hemorragias, tumores, etc.; pero también pueden estar ocasionadas por antiguas lesiones del sistema nervioso central de forma secundaria, por una alteración estructural del cerebro, que a su vez puede ser de carácter fijo o progresivo, y muchas veces, no se puede demostrar causa alguna que la justifique.

Las familias manifiestan que en Chota ven convulsionar a muchos niños, adolescentes, adultos, de diferente edad, de inicio variado; pero desconocen por qué convulsionan, o cual es el origen de esta enfermedad.

Serratos J. (2010) y Delgado E. (2007), indican que el síndrome convulsivo es una enfermedad que está ocupando un lugar considerable en las diferentes partes del mundo. Según la ciencia y la tecnología aún no está determinada, sin embargo, cuando la enfermedad inicia a muy temprana edad entre las primeras semanas de vida hasta la infancia es de origen genético (hereditario) es la que tiende a perdurar por toda la vida; en un inicio tienen un síndrome clínico convulsivo y en los próximos años de vida cambian, el síndrome clínico es distinto en la adolescencia, en la juventud y en la adultez. Estas convulsiones son de tipo rebelde, que difícilmente se controlan con uno o dos medicamentos anticonvulsivos. Y el deterioro mental es marcado debido a que en cada convulsión hay descarga eléctrica donde se quema gran cantidad de neuronas que están en pleno crecimiento y desarrollo, a diferencia de los pacientes cuya edad de inicio de la enfermedad, a partir de los 6 a 7 años o más, el deterioro mental no es marcado, y estos pacientes son destacados, buenos en las actividades académicas.

Según las entrevistas efectuadas a médicos nacionales y de Cuba se puede inferir que estos tipos de epilepsia tienden a sanar con un tratamiento estricto y consecutivo.

De acuerdo con la OMS, (2011); la posibilidad de controlar una enfermedad está condicionada por la aptitud social para integrar a la persona enferma a un sistema de vida que le ayude a resolver sus problemas y, particularmente, la aptitud para desenvolverse en la actualidad. De igual forma, la capacidad social para integrarse varía según el individuo y la enfermedad.

Tabla 2.2. Factores sociales de las personas con síndrome convulsivo, en familias zona urbana distrito de Chota, 2011

Factores Sociales	N°	%
Número de integrantes en la familia		
De 3 personas	7	21,87
De 4 a 6 personas	14	43,75
De 7a más.	11	34,38
Grado de Instrucción		
No sabe leer	8	25,00
Primaria incompleta	8	25,00
Primaria completa	6	18,75
Secundaria incompleta	3	9,38
Secundaria completa	5	15,63
Superior técnica o pedagógica	1	3,12
Superior universitaria	1	3,12
Ocupación		
Estudiante	5	15,6
Obrero	5	15,6
Trabajador eventual	6	18,7
Empleado publico	1	3,12
Su casa	9	28,13
No trabaja	3	9,38
Otro	3	9,38
Consumo de alcohol		
Si	7	21,88
No	25	78,12
Total	32	100,00

Tabla continuada 2.2. Factores sociales de la persona con síndrome convulsivo en familias zona urbana distrito Chota, 2011.

Factores Sociales	N°	%
Familiar designado al cuidado de la persona con SC		
Si	19	59,38
No	13	40,63
Miembro de la familia que brinda cuidados a la persona con SC.		
Familiares directos: Madre hermano, hermana	13	40,63
Familiar cercanos: Primos, otros	6	18,75
No ha designado a nadie	13	40,63
Repercusión en la vida diaria de familias con persona con SC		
Disminución en la eficiencia del trabajo	29	90,62
No afecta al cuidador	3	9,38
Total	32	100,00

Fuente: Cuestionario “Síndrome convulsivo, factores biosocioculturales y obstétricos”, Chota – 2011.

La tabla 2.2 muestra que en la zona urbana del distrito de Chota, el porcentaje (43,75%) de familias con síndrome convulsivo tiene entre cuatro a seis miembros, y de siete a más, el 34,38% de las familias que tienen miembros familiares con síndrome convulsivo.

Estos datos son similares a los indicados por Benites Q. (2007), quien señala que en Lalaquiz – Piura de los integrantes por familia es de 4 a 7. Difieren de estos resultados los encontrados por Luna A. (2009), en Lima que las familias tenían 3 a 4 integrantes.

Con relación al grado de instrucción, la mayoría tiene instrucción primaria, el 25% no sabe leer y el 3,12% tiene instrucción superior técnica y superior universitaria, respectivamente.

Estos resultados son similares a los encontrados por Benites Q. (2007), en Lalaquiz - Piura, donde se muestra que la cuarta parte de pacientes tiene educación primaria; mientras en el estudio de Díaz V. (2010) realizado en los Hospitales de Lima encontró que la mayoría tenía primaria completa. Benites Q. (2007), en su estudio realizado, en Lalaquiz – Piura encontró que la mayoría de pacientes tiene secundaria incompleta.

Difieren los resultados con los encontrados por Luna D. (2010), quien reporta que en Lima los niveles educativos que predominaron en los pacientes fueron el secundario y el superior.

Como ya es conocido, las familias con bajo grado de instrucción y analfabetas son las más vulnerables; sobre todo porque no pueden educar, orientar, brindar el tratamiento, el cuidado e incorporar a la sociedad a sus hijos con síndrome convulsivo.

Como lo refiere Mosterin J.(2009), las consecuencias del analfabetismo se reflejan en tres aspectos: social, político y económico. Es un problema social grave, por ser un factor de exclusión y marginación; lo que se refleja en las profundas desigualdades sociales. Limita, a la vez, las posibilidades de desarrollo y de fortalecimiento de la capacidad competitiva que, en última instancia, depende del nivel educativo promedio de nuestra población.

En acuerdo O'keshort, M. (2009), manifiesta que desde el punto de vista socio-político, el analfabeto no puede entender cuáles son sus derechos. Por este motivo, se aprovechan de su ignorancia y son marginados.

Con respecto a la ocupación, la tabla muestra que la mayoría (28,1%) de pacientes con síndrome convulsivo no trabaja; le sigue en importancia el 18,75% como trabajadores eventuales; el 15,16% es estudiante. Datos que indican que las familias de la persona con síndrome convulsivo tienen limitaciones económicas.

Estos resultados son similares a los reportados por Díaz V. (2010), en su estudio realizado en el Hospital Dos de Mayo – Lima, donde encontró que la mayoría de los pacientes con epilepsia tenía por ocupación su casa. De igual manera, lo reportado por Benítez Q. (2007), en su estudio realizado en Lalaquiz -Piura, afirma que las actividades laborales u ocupacionales en la economía es una realidad heterogénea en países subdesarrollados.

Medina T. (2007), afirma que la epilepsia no tiene prejuicios, pues, afecta por igual a hombres y mujeres, a ricos y pobres sin distinción de clase.

La integración de las personas con síndrome convulsivo en el mundo laboral se ve condicionada por la exclusión social. Esta circunstancia motiva probablemente que muchos afectados y familiares oculten la enfermedad por miedo al rechazo, la discriminación, el maltrato psicológico y marginación laboral.

Respecto del consumo de alcohol de la persona con síndrome convulsivo se aprecia que la mayoría no ingiere alcohol.

Estos resultados son diferentes a los encontrados por Maldonado A. (2007), quien señala que en los pacientes del Hospital Nacional Dos de Mayo existió una alta prevalencia de alcoholismo.

Asimismo, Galarza A. (2010), afirma que está prohibido beber vino sin rebajar después del baño, porque no hay nada mejor para provocar una crisis y nada más peligroso para cualquier epiléptico el vino no rebajado. El alcohol puede favorecer la aparición de crisis epilépticas.

El consumo de alcohol en la ciudad de Chota es un problema social y, por lo tanto, es un factor de riesgo.

Asimismo, en la tabla continuada 2.2 se aprecia que en la zona urbana del distrito de Chota, las familias que tienen un miembro familiar con síndrome convulsivo designan a una persona para que lo cuide en un 59,38%; en especial a un miembro familiar directo y el 40,63% no lo hace. Generalmente, la persona que brinda cuidados a los pacientes con síndrome convulsivo es su familiar directo, madre o hermanos.

El 90,62% afirma que existe repercusión en la familia el hecho de tener una persona con epilepsia; influye en la vida diaria de las familias de estos pacientes, en la disminución de la eficiencia de su trabajo.

Estos datos son similares a los encontrados por Luna D. (2009), quien señala que en Lima los cuidadores de los pacientes con epilepsia son los familiares directos y los profesores. Difiere con los encontrados por Galarza A. (2010), en el Centro Médico Naval - Lima en donde los pacientes son cuidados por personal de salud y, en menor proporción, por familiares directos.

Como vemos, el cuidado de pacientes con síndrome convulsivo repercute en los cuidadores. En realidad, se requiere de la intervención educativa de la familia, amigos, maestros, compañeros de trabajo, médicos y el paciente mismo; ya que muchos de los problemas que enfrentan estos últimos están basados en los mal entendidos y miedos acerca de lo que pueden o no hacer con estos pacientes.

Según la organización de defensa del paciente – EFA – (2009), debe inculcarse a los miembros de la familia una actitud juiciosa respecto de la enfermedad del paciente. En vez de sobreprotección o rechazo debe aportarse apoyo y simpatía en relación con los sentimientos de inferioridad, timidez y otro déficit emocional. Debe insistirse en prevenir el sentimiento de invalidez. La rehabilitación vocacional puede ser útil.

Tabla 2.3 Factores culturales de familias con integrantes con síndrome convulsivo, zona urbana distrito Chota, 2011.

Factores Culturales	Nº	%
Curación de la enfermedad		
Sí	99	32,10
No	113	36,70
No sabe	96	31,20
Problemas que ocasiona el SC		
Sí	167	54,22
No	141	45,78
Tipo de problemas o consecuencias que ocasiona un familiar con SC. en la familia		
No se puede llevar una vida normal y tranquila	14	4,55
Genera mucho gasto el tratamiento	11	3,57
Produce rechazo	1	0,32
Da pena , preocupación y tensión	141	45,78
No ocasiona problemas	141	45,78
Percepción de las familias frente al SC		
	Nº	%
Hereditario	69	22,40
Accidente o castigo	45	14,60
Algo divino	14	4,55
Enfermedad común	20	6,50
Mal viento	10	3,25
No sabe	150	48,70
TOTAL	308	100,00

Fuente: Cuestionario “Síndrome convulsivo, factores biosocioculturales y obstétricos”, Chota – 2011.

En la tabla 2.3, se aprecia que en la zona urbana del distrito de Chota, de la población total en estudio (308), el 36,70% señala que el síndrome convulsivo no se cura y el 31,20% no sabe. La mayoría (54,22%) considera que la epilepsia ocasiona problemas en la familia, y el tipo de problema que ocasiona el 45,78% indica que da pena, preocupación y tensión. El mismo porcentaje señala que los pacientes con síndrome convulsivo no ocasionan problemas.

Estos datos son similares a los indicados por Cieza I, Hurtado M. (2010), quien señala que en Lima el porcentaje de familias que manifiestan que les ocasiona situaciones de tensión y muchos problemas (como: tensión, pena, preocupación, gasto económico, disminuye la eficiencia en el trabajo, rechazo, etc.) el hecho de tener un miembro familiar con epilepsia es mayoritario. Difiere de estos resultados, los encontrados por Galarza A. (2010), quien encontró que a la mayoría de las familias no les ocasionaban problemas el tener un familiar con epilepsia, debido a que estos pacientes eran atendidos por el personal del Centro Médico Naval de Lima.

Hermann P. (2007), respecto de los problemas que ocasiona en la familia, indica que esta enfermedad repercute en la calidad de vida de las personas que la padecen y en la calidad de vida de las que quedan a su cuidado. Señala que es “el balance entre lo percibido y el status deseado, es la esencia de la ecuación de calidad de vida.” Para que la calidad de vida sea una realidad se requiere de la intervención educativa de la familia, amigos, maestros, compañeros de trabajo, médicos y el paciente mismo; ya que muchos de los problemas que enfrentan estos últimos están basados en los malentendidos y miedos acerca de lo que pueden o no pueden hacer con estos pacientes.

Estos resultados se asemejan a los encontrados por Galarza, A. (2010), quien considera que es importante que cerca del 8% de los pacientes son sobreprotegidos; el concepto que tienen del síndrome convulsivo generalmente es considerado al interior de la familia como un secreto de estado; por tanto, evitan su difusión hacia afuera.

Asimismo, Medina T. (2007), afirma que el niño con síndrome convulsivo puede sufrir una importante discriminación y rechazo por parte de profesores, compañeros y familiares. Las crisis epilépticas, especialmente, las convulsiones, provocan con frecuencia “terror” en los que las observan, lo que hace que se tienda a apartar al niño de la actividad normal. Un aspecto de especial preocupación para profesores y padres es, ¿qué nivel de riesgo es aceptable para un niño con epilepsia? ¿Puede llevar una vida normal, hacer deporte, nadar, acudir a actividades extraescolares (campamentos de verano, por ejemplo)? o por el contrario, ¿debe estar especialmente protegido? La decisión es difícil y depende en gran medida del tipo de crisis y frecuencia de las mismas.

En general, es conveniente que estos pacientes lleven una vida lo más “normal” posible; para lo cual se precisa una buena comunicación entre padres y profesores y un conocimiento de la enfermedad por ambas partes.

Asimismo, Rodríguez K. (2007), indica que las personas con síndrome convulsivo no controlado pueden hacer la mayor parte de los deportes tomando las precauciones adecuadas. Lo más importante es tener sentido común y procurar no hacer deporte de manera solitaria.

Vargas V. (2007), señala que en Lima - Perú, el síndrome convulsivo es un problema de salud pública no reconocido como tal en muchos países, especialmente, en los subdesarrollados, donde los indicadores epidemiológicos son hasta cuatro veces más altos que en el mundo industrializado. Por lo que se postula una relación inversa entre su frecuencia con una prevalencia importante en la población escolar, según algunos estudios realizados en Ecuador y México.

Respecto a la percepción de la familia, se encontró del total de la muestra en estudio el 48,70% señala que no sabe lo que origina el síndrome convulsivo; sin embargo, la mayoría le

confiere origen sobrenatural como castigo, aspectos divinos, mal aire; el 22,40% dice que es originado por factores genéticos y hereditarios.

Es así como las familias de estos pacientes comienzan a concebirla desde diversos enfoques: algunas consideran como algo divino (4,55%) y entonces el hijo de familia es visto como algo especial, y, por ende, comienza a ser tratado de manera preferencial. Existen también familias que consideran a la epilepsia como resultado de un mal ajeno (3,25%), y entonces se presentan los conflictos entre los padres; se preocupan por buscar al culpable de esta situación y llegana concebirla como una especie de castigo; por ello, el hijo con epilepsia es degradado por la propia familia.

Otras se abandonan totalmente a lo que los médicos determinan concibiéndola como una enfermedad hereditaria (22,40%), buscando que ellos den solución a este problema de manera inmediata. Se deslindan de la aceptación de la misma y dejan en terceros el desarrollo del individuo y su interactuar diario con su entorno.

Estas percepciones han variado paulatinamente. En la actualidad existen las dos últimas, tal como lo demuestra Luna D. (2009), en Lima.

Lo anterior es consecuencia esencialmente de la falta de información y educación sobre lo que es la epilepsia. Así, pues, la calidad de vida del paciente con epilepsia se ve disminuida en la mayoría de los casos, aunque no es una regla universal. Las actitudes que con mayor frecuencia se presentan son: restringir que el paciente con Síndrome Convulsivo salga solo.

Tabla 2.4. Familias según conocimiento de curación del síndrome convulsivo. Zona Urbana Distrito - Chota 2011

Familias	Conocimiento de curación del SC							
	SÍ		NO		No Sabe		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Con familiar con Síndrome convulsivo	20	62,5	9	28,1	3	9,4	32	100,0
Sin familiar con Síndrome convulsivo	79	28,6	104	37,7	93	33,7	276	100,0
TOTAL	99	32,1	113	36,7	96	31,2	308	100,0

Fuente: Cuestionario “Síndrome convulsivo, factores biosocioculturales y obstétricos”, Chota – 2011.

En esta tabla, se aprecia que en la zona urbana del distrito de Chota, de la población en estudio (308) el 36,7% cree que el síndrome convulsivo no se cura y el 32,1% cree que sí se cura; de las cuales el 62% de las familias que tiene un miembro de familia con síndrome convulsivo refiere que sí se cura y el 37,7% de las familias sin familiar con síndrome convulsivo responde negativamente. Además, el 31,2% del total de los encuestados no sabe si el síndrome convulsivo se cura o no.

Estos datos son similares a los indicados por Luna D. (2010), quien señala que en Lima, el porcentaje de padres de familia con miembros familiares con síndrome convulsivo manifiestan que se trata de una enfermedad emocional, maligna o divina e incurable. Difiere con los encontrados por Cieza I, Hurtado M. (2010), en su trabajo de investigación “Actitudes conocimientos y prácticas de los cuidadores de los pacientes en Chota” Cajamarca - Perú; en el que, la mayoría de encuestados manifestó que el síndrome convulsivo se produce por lesión en el cerebro y no sabe qué es lo que la produce. La mayoría de encuestados consideró que la epilepsia es una enfermedad que se trasmite de padres a hijos y que no tiene curación.

Asimismo, estos datos difieren con los estudios realizados por Gonzales P, Dueñas J, Fabelo R, Quintana J. (2007), en Cuba, donde el 10% de familias respondió que es una enfermedad de índole genética y que no se cura.

Estos resultados guardan relación con el estudio realizado por Desai *et al* en la India, citado por Días y Luna (2010) y (2009), en donde se evaluaron los conocimientos, actitudes y prácticas en el síndrome convulsivo en las zonas rurales de la India; se encontró que la cuarta parte de pacientes no sabía cuál era la etiología del síndrome convulsivo, y el mínimo porcentaje pensaba que era causado por espíritus endemoniados y que no habría curación.

Al establecer la asociación entre los factores culturales y el síndrome convulsivo se encontró el valor de $p = 0,002$, que indica que existe relación significativa entre estas variables.

Tabla 2.5. Factores obstétricos prenatales y atención del parto de la persona con síndrome convulsivo, en familias, zona urbana distrito Chota, 2011

Factores obstétricos prenatales	Nº	%
Asistencia al control Pre natal		
Sí	6	18,75
No	26	81,25
Razones por qué no asistió a control prenatal		
Falta de conocimiento	13	50,00
Estar lejos (inaccesible)	11	42,30
No era necesario	1	3,85
Embarazo oculto	1	3,85
Complicaciones en el embarazo		
Sí	3	9,37
No	29	90,63
Tipo de complicación en el embarazo		
Toxemias del embarazo	1	33,33
Diabetes, infecciones, desnutrición materna	2	66,67
Edad gestacional al nacimiento		
A los nueve meses	28	87,50
Menos de nueve meses	4	12,50
Lugar de atención del Parto		
Establecimiento de salud	4	12,50
En casa	28	87,50
Persona que atendió el parto		
Médico	2	6,25
Enfermero(a)	1	3,13
Obstetriz	1	3,13
Partera tradicional	27	84,38
Otro	1	3,13
Complicaciones en el parto		
Sí	2	6,25
No	30	93,75
Total	32	100,00

Fuente: Cuestionario "Síndrome convulsivo, factores biosocioculturales y obstétricos", Chota – 2011.

En la tabla 2.5 se aprecia que en la zona urbana del distrito de Chota, el 81,25% de las madres que tiene hijos con síndrome convulsivo, durante el embarazo no asistió a su control prenatal y solo el 18,75% sí lo hizo.

El 50% de las familias que no recibieron atención prenatal fue debido a la falta de conocimientos y en el 42,31% porque estaba lejos. Un mínimo porcentaje señaló que no era necesario, o porque ocultaba el embarazo.

El 90,63% de las familias no presentó complicaciones; de las que sí presentaron complicaciones, las dos terceras partes tuvieron diabetes, infecciones y desnutrición materna, y un tercio toxemias del embarazo. La mayoría de las personas con síndrome convulsivo nacieron a los 9 meses de edad gestacional (87,5%).

Estos resultados difieren de los hallados por Benites Q. (2007), Piura, que muestra una proporción escasa de toxemias.

La OMS/OPS. (2009), precisa la posibilidad que los recién nacidos se hallan en situaciones como parto prematuro, toxemias, hipotensión materna grave, rotura prematura de membranas, prolapso de cordón umbilical, parto prolongado y otros, puede conllevar a un sufrimiento fetal, asfixia neonatal. Un recién nacido que no respira espontáneamente al nacer está en peligro la vida y es posible una lesión cerebral; lo que deviene, como signo inmediato, en convulsiones.

Rivera, A. (2008), considera que es importante mencionar que las acciones que implica el control prenatal son acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el nacimiento del recién nacido con la finalidad de

disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. Es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, el feto y la familia. La importancia del control prenatal es brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y el niño, vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal, aliviar molestias y síntomas menores del embarazo; prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo, detectar alteraciones en la salud materna y fetal; y para que pueda garantizar resultados favorables para la salud materno – fetal es necesario que el control prenatal sea precoz, periódico, completo y de alta cobertura.

Con respecto a la atención del parto, en la tabla 2.5 se aprecia que en la zona urbana del distrito de Chota, el 87,50% de las madres que tienen hijos con síndrome convulsivo, el lugar de atención del parto fue en casa, donde atendida por la partera tradicional (84,38%), el 12,4% fue atendido en establecimiento de salud por personal profesional (médico, enfermera, obstetra.) y un escaso 6,25% presentó complicaciones durante el parto. Estos resultados guardan alguna similitud con los de Benites Q. (2007), quien señala que en Piura distrito de Lalaquiz, el porcentaje de partos atendidos por empíricas es alto, con un discreto porcentaje de complicaciones en el parto, como sufrimiento fetal. Difiere de estos resultados, los encontrados por Luna D. 2009, en Lima, donde encontró que un menor porcentaje de madres fue atendido en casa por parteras tradicionales. El mismo autor señala en su estudio que de 160 encuestados, la mayoría considera que las lesiones perinatales podrían ser las causas de la epilepsia; seguidas por las lesiones cerebrales y enfermedades maternas subyacentes.

La OMS/OPS (2011), indica, las epilepsias se deben a una cicatriz microscópica en el cerebro debido a un traumatismo de parto o a otras lesiones perinatales que podrían estar relacionados a estas, (las epilepsias).

Asimismo, la OMS (2011); Hauser J. (2007) y OMS/OPS - CLAP (2009) indican que los traumatismos del parto son responsables del 2% de muertes perinatales, y por cada muerte perinatal ocasionada por traumatismos del parto, 20 sufren lesiones cerebrales considerables por la misma causa. Las complicaciones en el parto (como la asfixia neonatal, la resistencia del canal del parto al descenso de la cabeza del neonato etc.) pueden causar traumas cerebrales y es posible una lesión cerebral. Para ello se precisa una reanimación inmediata para mantener la vida y minimizar la posibilidad de lesión cerebral, cuyos signos inmediatos son las convulsiones.

Llama la atención que los familiares o las madres de ambos grupos refirieron que ninguno de estos presentaba algún signo o síntoma de síndrome convulsivo después del nacimiento, o no lo advirtieron; sin embargo, para ambos grupos sus hijos sufren de epilepsias.

Las parteras tradicionales son personas mayores que prestan un ambiente de confianza, no exponen a la parturienta frente a tantas personas. Estas parteras, después del parto, las visitan todos los días durante un mes, para brindarle el cuidado al recién nacido y también a la madre. Sin embargo, no tienen el conocimiento de un sufrimiento fetal, una hipoxia fetal, u otros. A diferencia de la atención que reciben en el hospital, aquellas madres carecen de este tipo de atenciones y cuidados; pero no falta un médico para solucionar casos de emergencia como una cesárea, una aspiración de líquido amniótico, atención del recién nacido, la aplicación del APGAR y otras. En la investigación no se encontraron otros datos contribuyentes.

Llaman la atención estos factores, ya que podemos decir que existe un conocimiento aceptable; probablemente se deba a que los programas de cuidado prenatal y perinatal planteados por el Ministerio de Salud están dando resultados.

Tabla 2.6. Factores trauma craneoencefálicos de las personas con síndrome convulsivo en las familias, zona urbana del distrito de Chota, 2011

Factores trauma cráneo encefálicos	Nº	%
Se golpeó la cabeza(TEC)		
Sí	15	46,88
No	17	53,12
TOTAL	32	100,00
Signos y síntomas que presentó al golpearse		
Desmayo	4	26,66
Contracciones y convulsión (Se sacudió)	9	60,00
Ninguno	2	13,33
Recibió Atención médica inmediata		
Sí	6	40,00
No	9	60,00
Razones por las que no solicitó atención médica inmediata		
No fue necesario	7	46,66
No había personal	6	40,00
Vivía lejos	2	13,33
Total	15	100,00

Fuente: Cuestionario “Síndrome convulsivo, factores biosocioculturales y obstétricos”, Chota-2011.

En la tabla 2.6, se aprecia que en la zona urbana del distrito de Chota, el 46,88% de pacientes con síndrome convulsivo sufrió golpe en la cabeza; de estos, el 60% tuvo contracciones y convulsión y el 26,66% se desmayó. Solo el 60% recibió atención inmediata, y, entre las razones por las que no solicitó atención médica inmediata, el 46,66% refirió que no fue necesario, el mínimo porcentaje (13,33%) no solicitó atención, porque vivía lejos.

Difiere de estos resultados los encontrados por DíazV.(2010), en el Hospital Dos de Mayo, Lima, encontró un porcentaje mínimo con etiología traumática. De igual manera, el mínimo porcentaje presentó crisis convulsiva por traumatismo encéfalo craneano anterior y uno tuvo traumatismo encéfalocraneano (TEC) dos meses antes de presentarse las convulsiones.

Asimismo, difieren de estos resultados los encontrados por Benites Q. (2007), en Lalaquiz - Piura, al evaluar en su estudio, los antecedentes patológicos de la infancia. Un mínimo porcentaje de los pacientes presentó trauma craneoencefálico con pérdida de la conciencia y otros presentaron convulsiones por golpes en la cabeza.

Al respecto, la OMS (2011), afirma que los traumatismos craneoencefálicos son una causa frecuente de epilepsias. La lesión craneal puede producirse por muy diversos mecanismos y la probabilidad de presentar epilepsia guarda una estrecha relación con la gravedad de la lesión, una fractura craneal deprimida, una hemorragia intracraneal, un coma postraumático prolongado (por golpe en la cabeza), a una amnesia, tiene de un 40 a 50% de probabilidades de presentar epilepsia; mientras que un paciente con un traumatismo craneal cerrado y contusión cerebral presenta un riesgo de un 5 a 25%. Las convulsiones recurrentes suelen aparecer en el plazo de un año después del traumatismo, aunque se conocen intervalos de hasta 10 años, o más.

Tabla 3. Tratamiento de la persona con síndrome convulsivo en las familias de la zona urbana del distrito de Chota 2011

Tratamiento	Nº	%
Frecuencia de la convulsión		
Frecuentemente	7	21,88
A veces	21	65,63
Diario	4	12,50
Medicamentos que ingiere para evitar convulsión		
Sí	31	96,88
No	1	3,13
Tipo de tratamiento medicamentoso		
Medicamento farmacológico indicado por médico	27	84,38
Medicamento de campo indicado por empíricos	4	12,50
No toma medicamento	1	3,22
Tiempo de ingesta de medicamento anticonvulsivo		
Desde que nació	1	3,13
Hace un año	5	15,63
Más de 2 años	7	21,88
Otro	18	56,25
No toma medicamento	1	3,13
Medicamento disminuye las convulsiones		
Sí	30	93,75
No	1	3,13
No toma medicamento	1	3,13
Total	32	100,00

Fuente: Cuestionario “Síndrome convulsivo, factores biosocioculturales y obstétricos”, Chota – 2011.

En la tabla 3, se aprecia que el más alto porcentaje de personas con síndrome convulsivo sufre convulsiones a veces. El 12,5% indicó que convulsiona diariamente.

La mayoría de las personas con síndrome convulsivo ingiere medicamentos para evitar la convulsión, y, de estos, la mayoría utiliza medicamentos farmacológicos prescritos por un médico. Las personas con síndrome convulsivo que ingieren medicamentos anticonvulsivos indicaron que han experimentado una disminución de las convulsiones.

Estos datos son similares a los encontrados por Maldonado A. (2007), quien señala que en el Hospital Dos de Mayo - Lima, el porcentaje del tratamiento antiepiléptico irregular indicado por el médico es mayoritario. A diferencia de lo señalado por Spinelli R. (2010), en pacientes adultos de España en las tres cuartas partes de los afectados los medicamentos controla totalmente los episodios mediante el uso regular de medicamentos antiepilépticos y no sufre ninguna alteración convulsiva.

Luna D. (2009), señala que en Lima, el porcentaje de población que convulsiona frecuentemente y que sufre el aumento de estas crisis es alto, y está asociado a la falta de tratamiento y al costo de los fármacos antiepilépticos que se vuelven inalcanzables para este grupo.

Estos datos son similares a los de Díaz V. (2010), quien afirma que la quinta parte de los encuestados consideran que los medicamentos antiepilépticos farmacológicos causan daño. Caso similar ocurre en otros países. Por ejemplo, según Chen L. (2011), en su estudio, afirma que en China la terapia anticonvulsiva tiene efectos nocivos como la farmacodependencia.

Es importante señalar que el factor económico es imprescindible en el tratamiento del síndrome convulsivo; sin embargo, este es elevado y en la sociedad peruana las pocas oportunidades de trabajo agravan la situación de estas personas.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los objetivos planteados y los resultados del estudio “Síndrome convulsivo: factores biosocioculturales, obstétricos y trauma craneoencefálicos, de la zona urbana del distrito de Chota – 2011” se concluye lo siguiente:

1. En el distrito de Chota la prevalencia del síndrome convulsivo es 10.4%, por cada 100 familias.
2. Los factores biosocioculturales obstétricos y trauma craneoencefálicos Identificados en el estudio son:

) De los factores biológicos, con mayor frecuencia el Síndrome Convulsivo está presente entre los 20 a 26 años de edad, predomina el sexo masculino. Se deja notar en los hijos del tercer orden de nacimiento. Las posibilidades de inicio de la enfermedad están entre los 13 y 19 años y antes de los 5 años. La mayoría de las familias están conformadas por 4 a más integrantes.

) De los factores sociales: el grado de instrucción que predomina en las personas con síndrome convulsivo es primaria incompleta, el ingreso económico, no trabajan o trabajan eventualmente. La cuarta parte del total de personas mayores de edad ingieren alcohol.

Las familias designan a un familiar directo de la madre, para el cuidado de sus integrantes con síndrome convulsivo y, tener un familiar con síndrome convulsivo, afecta tanto en la vida diaria como en la disminución de la eficiencia en su trabajo y en la calidad de vida de estas personas.

-) De los factores obstétricos: las madres de las personas con síndrome convulsivo no asistieron a su control prenatal. Predominan en los que nacieron con edad gestacional óptima. Las madres presentaron toxemias en el embarazo, unidos a una alta frecuencia de partos atendidos por empíricas (parteras tradicionales).
-) De los factores trauma craneoencefálicos: la mitad de pacientes con síndrome convulsivo sufrió trauma encefálico con signos de desmayo y sacudidas. De ellos, más de las tres cuartas partes no recibieron atención médica.
-) Con respecto a los factores culturales se encontró que más de la mitad de las familias señala que la enfermedad sí se cura, y entre las familias sin ningún miembro con epilepsia conciben a la epilepsia como una enfermedad maligna e incurable.
3. Las personas con síndrome convulsivo ingieren medicamentos farmacológicos indicados por el médico.
4. Con relación a los factores biosocioculturales, obstétricos y trauma encefálicos, en el estudio se encontró asociación solamente entre los factores culturales y el síndrome convulsivo ($p = 0,002$).

Contrastación de la hipótesis.- Se acepta la hipótesis de investigación por existir asociación significativa entre los factores culturales y el síndrome convulsivo en las familias de la zona urbana del distrito de Chota.

5.2. RECOMENDACIONES.

) **A las autoridades, personas de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales.** Incentivar la realización de investigaciones referente al Síndrome convulsivo ya que es una enfermedad que está aumentando a gran escala en nuestra ciudad y sumando a la población de discapacitados (se sugiere asociarlo a: acceso a los servicios de salud, atención en los servicios de salud, políticas de salud, promoción y prevención de la salud de las gestantes, Educación en salud, etc.)

) **Alas autoridades del Ministerio de Salud y de las instituciones de salud privadas:**

Dar asistencia gratuita médica y el suministro de productos anticonvulsivo y demás tratamiento a través del SIS, especialmente al paciente no asegurado o de bajos recursos.

) **Al personal de las instituciones formadoras de profesionales de la salud y afines:**

A la Universidad Nacional de Cajamarca, centro formador de profesionales de las áreas de salud y afines, para que incluyan en su plan curricular un módulo de estudio del tema de investigación y de elaboración de protocolos de atención inmediata de cuidado y auto cuidado a los pacientes de síndrome convulsivo.

) **A las instituciones educativas y familias.**

Dar soporte informativo acerca del tema y organizarse como una asociación de padres a fin de que puedan acceder a servicios de atención de salud. De este modo se convertirían en entes de apoyo con la capacidad suficiente para tomar medidas de cuidado y auto cuidado de estas personas dentro del hogar y en las instituciones educativas.

) A las personas con síndrome convulsivo:

Propiciar en todo momento el auto cuidado e independencia, así como a tomar la medicación cada día y a la hora puntual, tal como haya sido prescrita por su médico y con las medidas necesarias en cada etapa de su vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Annegers J, Rocca A, Hauser A. Causas de la epilepsia: contributions of the Rchesterepidemilogy. Rev. Hondureña. 2007; 105(9)
2. : 185-2.
3. Arts N. Epilepsy through the ages. An anthology of classic writings on epilepsy. 2nd.ed. the Netherlands: Van Zuiden. Alphen aan den Rijn. 2008. p.87-91.
4. Bakey L, Glauser E. Traumatismos craneoencefálicos. 4ta. ed. Boston: Doyma; 2007. p.38-42
5. Barneveld R., Keijzer W, Tegelders FPW, Assignment of the gene for human Bglucocerebrosidase to the region of q21-q31 of chromosome 1 using monoclonal antibodies. Human Genet, et al. (2dn.ed.) 2008. [en línea] [fecha de acceso enero del 2012]; URL disponible en [http: www.bvs.hn/Honduras/pdf/La%20Epilepsia%20en%20Centroamerica.pdf](http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/La%20Epilepsia%20en%20Centroamerica.pdf)
6. Benites Quiroga, B. Prevalencia y características epidemiológicas asociadas a la presencia de epilepsia en población escolar y adulta del distrito de Lalaquiz-Huancabamba Piura. Tesis para optar el título de especialidad en Neurología. Piura, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2007. pp15-17; 47-51; 69-77.
7. Beerkovic F. Autosomal dominant lobe epilepsy. Sydney Austria: International Congress in epilepsy; setember,1995
8. Caniles, G. Motil G, Ronda Malaga. Epilepsias Infantiles.5ta.ed. España: edt. Rialp. 2007. pp 235-287
9. Chen, L, Zhou, B, Li, JM, Zhu, Y, Wang, JH, Sander, JW, Stefan, H and Zhou, D. Clinical features of convulsive status epilepticus: a study of 220 cases in western China. European Journal of Neurology, 2011, 16: 444-9.

10. D'Alessio L, Giagante B, C Papayannis, Oddo S, Silva W, Solís P, et al. Los trastornos psicóticos y aspectos clínicos en pacientes argentinos con lóbulo temporal refractaria de la epilepsia: Source Epilepsy Centro, Hospital Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina. Review. *Epilepsia Méx.* 2009 Apr; 14 (4):604-9. [en línea]. 1º febrero 2011; URL disponible en <http://www.epilepsiasinvestigación.com>. Argentina
11. Delgado E, Withe R, Greenberg D, Treiman L. Lookand for epilepsy genes: clinical and molecular genetic studies. *Adv. Neurol Review. Ecuatoriana.* 2007. 44:77-95pp.
12. Delgado Escueta, Medina T. *Genética de Las Epilepsias: Comprehensive Epilepsy Program, University of California, L.A. Genes: Genetic Epilepsy Studies.* Sociedad Hondureña de Epilepsia. Presentado a la Asociación Hondureña de Neurología; febrero 2008.
13. Días V. *Correlación clínica etiológica de las crisis epilépticas en pacientes hospitalizados. Para optar el título de especialista en Neurología.* Lima Perú Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2010. pp 96-102
14. Dorland S. *Diccionario de medicina.* 32ª ed. Madrid: Mc Graw - Hill, Interamericana. 2010. Pp 526-527
15. Dulac O. *Síndromes Epilépticos en Infantes y Escolares: Avances recientes.* Epilepsia. 11º ed. Madrid: Suppl; 2008. pp119-145
16. Fernandez A. *Neurologia Pediátrica.* 10a ed. España: Rialpl; 2008.
17. Flores K, Durón R, Medina MT, Trevathan E, Smith C, Stansbury J. Evaluación de la calidad de vida en pacientes epilépticos hondureños mediante el cuestionario QOLIE - 31. X Semana Científica. Honduras: Universidad Nacional Autónoma de Honduras; 24 - 28 de agosto de 2007.
18. Friedlander Wolter J. *La historia de la epilepsia moderna. Principios.* 7º ed. London: Conn; 2007. pp 203-254

19. Galarza A. A. Factores obstetricos, biológicos, sociales, culturales y antecedentes familiares en relación a la Epilepsia en el Centro Medico Naval. de Lima. Para optar el titulo en Especialista en Neurología. Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2010.
20. Garza S. Crisis neonatales. Archivos del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Rev. Mexicana. 2007; 8(2) : 200-6.
21. Gardiner M, Sandford A, Deadman M, et al. Batten disease (Spielmeyer - Vogt disease, juvenile onset neuronal ceroidlipofuscinosis) gen (CLN3) maps to human chromosome 16. Genomics, 2007; 8:387 - 90. [en línea] [fecha de acceso marzo del 2011]; URL disponible en <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/La%20Epilepsia%20en%20Centroamerica.pdf>
22. González P, Dueñas J, Fabelo R, Quintana J. Aspectos Psicosociales de la Epilepsia en Cuba. WIPSI. Rev Hosp Psiq Hab 2007; 39 (2):132-7.
23. Grau H, Martínez G. Estrés, salud y enfermedad. En: CD-ROM Maestría en Psicología de la Salud. Sinaloa, México. Universidad Autónoma de Sinaloa, 2008. pp 95-97;158
24. Hansmans, S. Historia de la epileptología Argentina y manejo de la epilepsia. 2008. [en línea] [05 febrero 2012]. Disponible en www.fisterra.com/guias2/epilepsia.htm
25. Hauser J, De Lorenzo J, Towne R, et al. A prospective population –Estudios basicos epidemiológicos de status epileptico. in Richmond. Virginia. New York. Neurology 2007; 46:10029-35.
26. Hermann BP. a model of quality of life in epilepsy: The contribution of Neuropsychology Developing. Rev. Epilepsia; (Suppl.4): 2007.
27. Hurtado M, Cieza D. Actitudes, conocimientos prácticas de los cuidadores de los pacientes con epilepsia, zona urbana Chota. Trabajo de investigación FEDU Universidad Nacional de Cajamarca. Cajamarca- Perú; 2010.
28. NEI 2009.

29. Jack A, Pritchard P, Macdonald C, Norman F, Willams Obstetricia.6a.edición. Barcelona España: Salvat editorial SA; 2011.pp 133, 237,591-592
30. Rodríguez K, Olivera J. Asociación de padres con hijos con epilepsias. 3ra ed. España: Cuadecon; 2007.pp 68-89
31. Kuyk J, Dyck R, Spinhoven P. The case for a dissociative interpretation of pseudoepileptic seizures. J Nerv Men Dis Africa. Aug; 2008. 184(8): 468-74.
32. Leppert M. Bening familial neonatal convulsions linked to genetic markers on chromosome 20. 8a ed. Nature; 2008.
33. Leppik I. Contemporary diagnosis and management of the patient with epilepsy. 2a ed, Pennsylvania: Handbooks in Health Care; 2008.
34. Luna A.D. Factores de la Epilepsia y conocimiento de los cuidadores de los pacientes pediátricos epilépticos. para optar el título en Especialista en Neurología. Instituto Especializado de Ciencias Neurológicas (IECN).Lima Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos,2009.
35. Maldonado A. Factores asociados a Status Epiléptico Convulsivo en pacientes del servicio de Emergencia de adultos del Hospital Nacional dos de Mayo. [Tesis de especialidad en Neurología] Lima: UNMSM Perú. 2007.
36. Mark H, Bers M, Avellon C. Nuevo Manual Merck de información médica general.1ra edición en español. España: OCEANO; 2010. pp 199-219
37. Medina T, Durón R, Martínez L. Prevalencia y causas de epilepsia en el Municipio de Salama, Olancho. Informe de proyecto Nutrición y Salud, Secretaría de Salud, Honduras. 2007.
38. Medina T, Genton P, Dravet Ch, Bureau M, Roger J, Delgado Escueta A.V. Estudios y avances en la Etiología y clasificación de las epilepsias / o síndromes epilépticos. Revista Hondureña de Neurociencias, 2007. pp39-57
39. MINSA, Registros de la oficina de estadística Hospital José Soto Cadenillas Chota 2010.

40. MINSA, Registros de la oficina de estadística Hospital Cajamarca 2012.
41. Mosterin J. La cultura humana. 2da ed. Madrid: Alianza; España. 2009. pp13-9
42. Norman K. Epileptic auras. In: Wyllie E. The treatment of epilepsy: principles and practices, De. Baltimore: Williams &Wilkins, 2008.
43. O'akeshort Michael. La voz del aprendizaje Liberal - Clasificación internacional normalizada de la educación. Edit. UNESCO. 2009. pp 8-39
44. Organización Panamericana de la Salud, La Liga Internacional Contra la Epilepsia (ILAE) y el Buró Internacional para la Epilepsia (IBE). Informe sobre la epilepsia en Latinoamérica. El informe fue coordinado por el Dr. Carlo Acevedo. 2008. Panamá. 92 pp.
45. OMS. Atención Prenatal y del parto de bajo y alto riesgo. Rev. Número 37 OMS/OPS, CLAP. Montevideo. Uruguay. 2009.
46. OMS. Sistema Nervioso Central, Alteraciones Neurológicas, fracturas de cráneo. Rev. Numero 205 OMS/OPS.2011.
47. Peller M. Unidad de monitoreo en epilepsia. Maestría. Post grado UNMSM Lima - Perú. Universidad Nacional de San Marcos, 2010. pp39-46; 68-73
48. Pannell B, Thompson P. Gender specific psychosocial impact of living with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. Malasia, 2009. 15 Suppl 1: S20-S25.
49. Pozo L, Albia, Lauzan, A. Desiderio y Oliva Perez, Maritza. Factores pronósticos de recurrencia de la epilepsia focal en el niño. *Rev Cubana Pediatría* [online]. Junio 2011, vol.81, n.4, pp. 28-41. ISSN 0034-7531. Disponible en <http://scielo.sld.cu/cgi-bin/v>
50. Rahway N. El Manual Merk. 8va.ed. edit. Ediciones Doyma SA. Barcelona-España. 2007.
51. Rodríguez R, Olivera M. Asociación de padres e hijos con Síndrome convulsivo Epilepsia. España: Cuadecon; 2007.
52. Rubio F. Aspectos generales y clasificación de la epilepsia. En: Feria AMartínez D, Rubio F editores. Epilepsia. Aspectos neurobiológicos, médicos y sociales. México:

- Departamento de Publicaciones Científicas. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, 2009: 1-24.
53. Rivera Angelina. Control Prenatal. Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional Autónoma De México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. (ENEO-UNAM), 2008
 54. Sander J, Shorvon S. Incidence and prevalence studies in epilepsy and their methodological problems.a review. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, Ecuador, 2008; 336:93-6. [online]. 16 Marzo 2011; URL disponible en <http://scielo.sld.cu/cgi-bin/v>
 55. Scheffer IE, Bhatia KP, Lopes - Cendes I, Fish DR, Autosomal dominant nocturnal frontal epilepsy. A distinctiveclinicaldisorder. Brain; 2008. [online]. 1 Mayo 2011; URL disponible en Email.marco@glom.hn
 56. Sen Amartya K. Teoría del Desarrollo Humano.1ra ed. EE.UU. Doyma; 1990.
 57. Soto Mas F, Lacoste Jesús A, Richard L, Aida Gutierrez León. El Modelo de Creencias en Salud. Rev. España Salud Pública 2011. vol.71. N°4.
 58. Spinelli María R. Investigación sobre epilepsia, Prevalencia y factores de la Epilepsia en Andalucía. Prevalencia de la epilepsia – Sevilla. España. 2010-2011.
 59. Serratosa J, Delgado - Escueta AV, Pascual - Castroviejo I, et al. Childhood absence epilepsy: exclusion of genetic linkage to chromosome 6p markers. Epilepsia. Ecuador.2010. 34(suppl 2):S149. [online]. 1 julio 2011; URL disponible en Email.marco@glom.hn
 60. Temkin O. The Falling Sickness. A History of Epilepsy from the Greeks to the Beginnings of Modern Neurology. 2nd Edition Johns Hopkins University Press, 2008.
 61. Treiman L, Treiman D. Genetic Aspect of epilepsy. In Wyllie Epilepsy Foundation of America. The Legal Rights of persons with epilepsy, 5ed Lendover. Epylepsy Foundation of America EE.UU. 2007.

62. Thijs PR, Tan P. La muerte subita inesperada de la epilepsia: Factores de riesgo y mecanismos patogenos potenciales.en el Instituto de Neurología de Londres- Reino Unido 2011.pp 16-25
63. Sociedades biblicas unidas.La Santa Biblia. Valera R. 1960. Brazil. 2011.
64. Venaster E. Psicología.6ta ed. España: De Vecchi; 2009. pp.36-48
65. Wingarden B, Smith C. Medicina Interna.22^a ed. Barcelona: Editorial IGA; 2007. pp 2751-2781
66. Wohlers M. Heilege K. epilepsie in antiker Medicin, Astrologieund Reiligion. Ausder Reihe Marburger Theologische Studien N.G. Elwert – Verlag Marburg; 2007.
67. Zuloaga L, Soto C. Jaramillo D. Prevalencia de epilepsia o síndrome convulsivo en Medellin. Bol Sanit Panam; 2008. pp 13-19

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:

“Síndrome Convulsivo: Factores biosocioculturales, obstétricos, trauma craneoencefálicos en las familias de la zona urbana del distrito de chota del 2011”.

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN:

Determinar y analizar los factores biosocioculturales, obstétricos y trauma craneoencefálico que se asocian con el síndrome convulsivo en familias de la zona urbana del distrito de Chota. 2011.

Yo,.....identificado (a) con DNI N°....., mediante la información dada por la Licenciada Miriam Mercedes Hurtado Sempértegui, acepto brindar la información solicitada por la investigadora, respondiendo con veracidad las preguntas, teniendo en cuenta de que la información obtenida será confidencial, y mi identidad no será revelada.

Chota.....de.....del 2011.

Firma

ANEXO 2

CUESTIONARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

SÍNDROME CONVULSIVO O EPILEPSIAS: FACTORES

BIOSOCIOCULTURALES, OBSTÉTRICOS Y TRAUMACRANEO

ENCEFÁLICOS EN LAS FAMILIAS ZONA URBANA DEL DISTRITO DE CHOTA

2011

CUESTIONARIO

El cuestionario está dirigido a las personas de la provincia de Chota que padecen síndrome convulsivo o epilepsia y a sus familiares, quienes deben contestar y responder con la seriedad que el caso lo requiere. Dicho cuestionario, que consta de 6 partes y 31 preguntas abiertas y cerradas, servirá para realizar un trabajo de investigación que contribuirá en algo a solucionar este problema.

I. DATOS GENERALES:

Distrito.....

Área – sector.....

Fecha de encuesta.....

Persona que responde a la encuesta.....

Familia.....

Persona con Síndromeconvulsivo.....

- II. Factores biológicos: edad, sexo, N° de orden en la familia.
- III. Presencia de síndrome convulsivo o epilepsia en la familia
- IV. Factores sociales: estado civil, ocupación, grado de instrucción.
- V. Factores culturales: percepción sobre la enfermedad, curación de enfermedad.
- VI. Antecedentes obstétricos: control prenatal, atención del parto, personal que atendió el parto, complicación en el parto.
- VII. Antecedentes trauma craneo encefálicos: TEC, infecciones, etc.
- VIII. Tratamiento.

1. En su familia ¿existe algún integrante que sufra de convulsiones o que le hayan informado que tiene epilepsia?

Sí No

2. ¿Cuántos miembros de su familia tienen convulsiones o sufren de epilepsia?

Especifique.....

II. FACTORES BIOLÓGICOS DE LA PERSONA CON S.C. O EPILPESIA:

3. ¿Cuántos años tiene?

() <de 5 años () 19 a 37 años

() 5- 11 años () 40 o >

() 12 a 18 años

Especifique.....

4. ¿Desde cuándo el integrante de su familia sufre convulsiones o epilepsia?

() < de 5 años () 19 a 37 años

() 5- 11 años () 40 o >

() 12 a 18 años

Especifique.....

5. ¿Sexo de la persona con síndrome convulsivo?

() masculino

() femenino.

6. ¿Cuál es el orden de nacimiento en su familia?

1°

2°

3°

4°

5°

Otro especifique

7. ¿A qué edad se inició la enfermedad o a qué edad se iniciaron las convulsiones?

() >de 5 años

() 20 - 26 años

() 6 - 12 años

() 27 a 33 años

() 13-19 años

() 34 a 40 años

Especificar.....

III. FACTORES SOCIALES

8. ¿Cuántos miembros integran su familia?

() 3 personas

() 4 a 6 personas

() 7 más personas

9. Cuál es la ocupación de la persona con convulsiones?

Estudiante

Obrero

Eventual

Empleado

Su casa

No trabaja Otros especifique.....

10. Cuál es el grado de instrucción de la persona con síndrome convulsivo o epilepsia?

No sabe leer

Primaria incompleta

Primaria completa.

Secundaria incompleta

Secundaria completa

Superior técnica o pedagógica

Superior universitaria

Si la persona con epilepsia es mayor preguntar.

11. ¿La persona con síndrome convulsivo le gusta beber alcohol con frecuencia?

Sí No

IV. FACTORES CULTURALES.

12. ¿Usted sabe, le han informado o cree por qué causas se originó la enfermedad?

Escribir la respuesta inmediata.....

.....

- Hereditario
- Accidente
- Algo divino
- Enfermedad común
- Mal viento
- Susto
- Mal ajeno
- Problemas en el embarazo y parto
- No sabe.

13. ¿Cree Usted que la enfermedad se cura?

() SI () NO () NO SABE

V. ANTECEDENTES OBSTETRICOS (a la madre de la familia)

14. ¿Usted asistió a su control prenatal, cuando estaba embarazada de la persona que sufre de convulsiones o epilepsia?

Si () No ()

Si la respuesta es sí, preguntar:

Se acuerda a cuantos controles asistió.

Si la respuesta es NO, preguntar por qué no asistió a su control.

15. ¿Cuándo estuvo embarazada, presentó complicaciones?

Si () No ()

Si la respuesta es sí preguntar: ¿Qué complicaciones?

() Era mayor para tener hijos (Edad materna 35 a más años)

() Toxemias: (presión alta), Pre eclampsia () Eclampsia ()

() Mujer diabética

() Infecciones

() Desnutrición de la madre

Si la respuesta es No, especificar.....

16. ¿Dónde dio a luz?

En establecimiento de salud ()

En casa ()

Otros.....

17. ¿Quién le atendió en el parto?

() Médico

() Enfermera

() Obstetriz

() Técnico

() Partera tradicional

Otros especifique.....

18. ¿Tuvo complicaciones en el parto?

SI () NO ()

Si la respuesta es sí preguntar: Qué complicaciones:

() El bebé no pudo respirar (Asfixia del recién nacido).

- Fue extraído por fórceps o Vacun
- Estenosis pélvica
- Sufrimiento fetal (Hipoxia fetal)
- Mala posición fetal
- Parto prolongado
- Rotura prematura de membranas
- Aspiró el meconio (aspiración fetal)
- Contracciones uterinas desordenadas (sangrado, hemorragia)
- Incompatibilidad pélvica
- Ignora
- No tuvo complicaciones

VI. FACTORES TRAUMA CRANEOENCEFALICOS

19. La persona con convulsiones sufrió algún golpe en la cabeza

Sí () No ()

Si la respuesta es sí preguntar: ¿recibió atención médica inmediata?

Sí () No () ¿En dónde?

() Puesto de salud

() Centro de salud

() Hospital

() Particular

20. ¿Qué signos y síntomas presentó?

() Vómito

() Desmayo

() Convulsiones

- Se sacudió
- Perdió el conocimiento o la conciencia
- Otros especifique.....

21. Le informaron a usted que su hijo o la persona convulsiones tuvo alguna infección de recién nacido?

- Si cuales:
- Infección del recién nacido(Sepsis del recién nacido)
- Meningitis
- Líquido amniótico infectado.
- El niño no pudo respirar. (Aspiración fetal del líquido amniótico infectado)
- No.

22. ¿A los cuantos meses de embarazo nació la persona que tiene convulsiones?

- A los 9 meses
- Menos de 9 meses
- Especifique.....

23. ¿Con qué frecuencia ve a su familiar o a su hijo convulsionar?

- Frecuentemente
- A veces
- Diario
- ¿Cuántas veces al día?.....
- ¿Cuántas veces a la semana?.....
- ¿Cuántas veces al mes?
- Otros.....

VII. TRATAMIENTO -MEDICAMENTOS USADOS.

24. ¿La persona con convulsiones epilepsia toma algún medicamento?

() Si () No Si la respuesta es sí preguntar ¿cuáles?

Anotar los medicamentos que indique.....

25. ¿Cuánto tiempo viene tomando el medicamento?

() Desde que nació

() Hace un año

() Más de dos años

() Otros especificar.....

26. ¿Usted se ha dado cuenta que el medicamento le alivia, le controla o le reduce la convulsión?

Si () No ()

27. ¿Quién compra sus medicamentos para esta Enfermedad?

() El padre

() La madre

() Otro, especifique.....ocasiona gasto.....

28. ¿Usted cree que tener un familiar con convulsiones o epilepsia, ocasiona problemas en la familia?

Si () No ()

() Le da vergüenza

() No podemos llevar una vida normal y tranquila.

() Genera mucho gasto el tratamiento.

() Rechazo

() Nos da pena nos preocupa.

29. Usted considera que esta persona con epilepsia afecta al cuidador?

Si () No () Positivo () Negativo () ¿otros? ()

30. ¿Cómo repercute en las labores ocupacionales el tener un familiar con epilepsia?

() Disminución en la eficiencia del trabajo

() Incumplimiento en las horas de trabajo

() Impuntualidad en la inasistencia laboral

() Otros.....

31. ¿Ha designado una persona especial para cuidar al familiar con epilepsia o convulsiones?

() Si () No Si la respuesta es sí preguntar quién?

() Familiar directo madre, padre, hermano, hermana.

() Familiar: Primos u otros

Especifique.....

Gracias por su colaboración