

LA PROBLEMÁTICA DEL INDIVIDUO ATENDIDO EN LA LIGA
COLOMBIANA CONTRA LA EPILEPSIA, CAPITULO DEL ATLÁN-
TICO Y LA NECESIDAD DE COMPLEMENTAR EL CENTRO COMO
RECURSO EN EL PROCESO DE ESTUDIO, DIAGNOSTICO Y TRA-
TAMIENTO BIOPSICOSOCIAL

MARIA ORDOÑEZ DE MUÑIZ

NIDIA ROSA ROMERO C.

HILDA SOTO BARRIOS

Trabajo de Grado presentado como re-
quisito parcial para optar al título de
TRABAJO SOCIAL.

ASESORA: Lic. ENELBA CARMONA

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO

SIMON BOLIVAR

Barranquilla, mayo de 1984

PERSONAL DIRECTIVO

RECTOR:	Doctor JOSE CONSUEGRA
SECRETARIO GENERAL:	Doctor RAFAEL BOLAÑO
DECANO:	Doctor JORGE TORRES
VICEDECANO:	Doctor CARLOS OSORIO
SECRETARIA DE LA FACUL- TAD	Doctora MARIA TORRES
ASESOR DE TESIS:	Doctora ENELBA CARMONA
JURADO:	
JURADO:	

NOTA DE ACEPTACION

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Barranquilla, mayo de 1984

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de tesis no hubiese sido posible sin la colaboración que prestaron de una u otra manera, La Liga Colombiana contra la Epilepsia y su equipo de trabajo; La Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar; la doctora ENELBA CARMONA con su orientación y estímulo profesional.

A ellos y a muchos amigos que nos alentaron en la tarea estos últimos días, les agradecemos su gesto de apoyo.

DEDICATORIA

A mi esposo y a mi hija por haberme permitido los medios suficientes para culminar mis estudios. A mis padres y hermanos que en una u otra forma me apoyaron en la realización de mi carrera.

Con mi dedicación y esfuerzo a ustedes entrego mi triunfo.

MARIA

DEDICATORIA

A mis padres por su confianza, a mis hermanos por el respeto a mis ideales. A mis amigos y familiares que con su cariño formaron parte de mi estímulo. Sin ellos y mi deseo de superación no hubiese obtenido lo que hoy dignamente les entrego. ... mi primer triunfo.

NIDIA ROSA

DEDICATORIA

Dedico este triunfo a mis padres y hermanos; es el resultado de su estímulo unidos a mi esfuerzo. Así como a todas aquellas personas que colaboraron, en forma desinteresada a la culminación de mi carrera.

HILDA

TABLA DE CONTENIDO

	Páginas
INTRODUCCION	1
1. GENERALIDADES	8
1.1. CONCEPTO DE EPILEPSIA	9
1.2. ETIOLOGIA Y CARACTERISTICAS DE LA EPILEP- SIA	10
1.3. CLASIFICACION DE LA EPILEPSIA	14
1.3.1. Ataques parciales	14
1.3.2. Ataques generalizados	16
1.3.3. Ataques epilépticos no clasificados	17
1.3.4. Otras	18
1.4. EL ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO EN EL TRATA- MIENTO BIOPSICOSOCIAL DEL PACIENTE CON EPILEPSIA	18
1.5. EL TRABAJO SOCIAL Y EL PACIENTE EPILEPTICO	24
2. LA REALIDAD SOCIAL DE LA LIGA COLOMBIANA CONTRA LA EPILEPSIA, CAPITULO DEL ATLANTICO	28

2.1.	POLITICA Y OBJETIVOS	28
2.2.	LA SOCIEDAD FRENTE AL INDIVIDUO CON EPILEPSIA	38
2.3.	EL ESTADO Y LA REHABILITACION DEL INDIVIDUO CON CRISIS CONVULSIVOS EPILEPTICOS.	50
3.	EL TRABAJO SOCIAL EN LA LIGA COLOMBIANA CONTRA LA EPILEPSIA CAPITULO DEL ATLANTICO.	58
3.1.	ANTECEDENTES DEL TRABAJO SOCIAL EN LA LIGA COLOMBIANA CONTRA LA EPILEPSIA, CAPITULO DEL ATLANTICO.	58
3.2.	EVALUACION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA LIGA COLOMBIANA CONTRA LA EPILEPSIA, CAPITULO DEL ATLANTICO.	60
3.3.	OBJETIVOS Y FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL	64
3.3.1.	Objetivos	66
3.3.1.1.	Objetivos generales	66
3.3.1.2.	Objetivos Específicos	66
3.3.1.3.	Funciones	67
3.4.	DIAGNOSTICOS DE LA INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA LIGA COLOMBIANA CONTRA LA EPILEPSIA, CAPITULO DEL ATLANTICO.	68
3.5.	NECESIDADES DE IMPLEMENTACION DE LA LIGA	

COLOMBIANA CONTRA LA EPILEPSIA, CAPITULO DEL ATLANTICO	75
RECOMENDACIONES	83
BIBLIOGRAFIA	85
ANEXO 1	88
ANEXO 2	90
ANEXO 3	94
ANEXO 4	97
ANEXO 5	100

LISTA DE TABLAS

			Páginas
TABLA	1	Ocupación y zonas residenciales de las personas encuestadas.	40
TABLA	2	Conceptos emitidos sobre lo que se entiende por epilepsia	41
TABLA	3	Influencia de las actitudes sociales en la personalidad del paciente epiléptico	45
TABLA	4	Consideraciones sobre si el epiléptico es un enfermo mental	42
TABLA	5	Consideraciones respecto a si el epiléptico podía o no desempeñarse en el medio social	46
TABLA	6	Intervención del trabajo social en la liga colombiana contra la epilepsia.	62

INTRODUCCION

Hoy día está comprobado que la salud no puede ser atendida únicamente desde el punto de vista biológico, porque en ella influye el factor social y físico comprendido este como medio ambiente, donde influye la parte ecológica, relaciones de producción, la estructura de clase y los mecanismos de distribución de la producción.

Para el estudio de ella se debe tener en cuenta los aspectos anteriormente mencionados, el sistema que genera estos y la misma dinámica de la sociedad que determina en última instancia la tecnificación, racionalización del trabajo a través de su división, lo que permite la posibilidad a ser cubierta por las distintas ramas profesionales.

El tema que nos ocupa en estos momentos es el síndrome de la epilepsia, comprendido dentro de él, el problema del individuo que está afectado por esta enfermedad, específicamente aquel que es atendido en la Liga Colombiana Contra la Epilepsia, Capítulo del Atlántico, queriendo exponer como parte final del objeto de nuestra investigación la necesidad de complementación de la Liga como recurso indispensable en el proceso de Estudio, Diagnóstico y tra-

tamiento biopsicosocial.

La epilepsia ha sido considerada a través de las épocas como fuerzas externas sobrenaturales, castigo, posesión maléfica, diabólica y divina; sin embargo, el concepto ha variado de acuerdo a la dinámica que la sociedad ha sufrido, y hoy día tenemos que la epilepsia requiere una causa primaria cerebral, "es un desorden del Sistema Nervioso Central que está caracterizado por alteraciones incontroladas de la actividad eléctrica cerebral, recurrencia y muchas veces cambios en la conciencia de la persona".¹ Se observa pues que es una definición muy técnica propia de la medicina por lo que se presenta el interrogante, cuál sería el papel del Trabajador Social ante la enfermedad en referencia, pero si entendemos que el Sistema Nervioso lo constituyen las neuronas, cuyas prolongaciones conjuntamente con el tejido glial que les envuelve se dedica al establecimiento de las relaciones con el mundo (sensibilidad-motricidad) en segundo lugar, a la coordinación del organismo mismo (sistema nervioso vegetativo). Se constituye así el Sistema Nervioso en el organismo del conocimiento en el órgano del conocimiento del mundo y de uno mismo.

¹ MEDINA Malo, Carlos, Manejo de Anticonvulsivantes, Presidente capítulo Central de la L.C.C.E.

Si el conocimiento del mundo influye aspectos que tienen que ver con lo económico, social, cultural, educativo, religioso, etc. y si éste, está generado por un sistema económico determinado tendremos un conocimiento del mundo de acuerdo a las relaciones de producción y a las leyes que generan este proceso. Las relaciones de producción comprenden las relaciones que guardan los hombres respecto a los medios de producción (la forma de la propiedad), la situación de los distintos grupos sociales en el sistema de la producción, los vínculos entre los hombres en el proceso de intercambio y distribución de los bienes materiales producidos, y los anexos entre los productores. Tenemos en consecuencia que esto determina las relaciones sociales y a su vez las condiciones conflictivas en la sociedad. De ahí que el papel del trabajador social en este campo esta claramente definido si tenemos en cuenta que ambiente sano genera personas sanas o viceversa.

Señalamos entonces que si la sociedad genera los problemas sociales los sectores populares ejercen presiones dirigidas a lograr determinadas demandas y niveles de participación dentro del juego de intereses políticos vigentes, logicamente que estos logros muchas veces son apropiados por el estado a través de las políticas sociales puestas a su servicio, de tal manera que las instituciones creadas bajo la presión de los grupos populares y

puestas al servicio de ésta se constituyen en un instrumento más de control y de dominación. Pese a esto hay sectores que no gozan de un sistema organizado de las políticas sociales como es el caso del enfermo con síndrome de epilepsia. Teniendo en cuenta la exclusión de estos de las políticas generales de salud se han creado algunas instituciones con carácter filantrópico, sin ánimo de lucro y bajo el sentir voluntario de las personas que le dieron origen y que le colaboran, así nació la Liga Colombiana Contra la Epilepsia, Capítulo del Atlántico en el año de 1978 con el objetivo primordial de "prevenir, controlar y rehabilitar a todas aquellas personas que padecen el síndrome", ² muy a pesar de sus esfuerzos no alcanza a cobijar el total de la población, por la falta de los recursos materiales, económicos y humanos.

Para la problemática médico-social de la Liga y el paciente nos formulamos los siguientes objetivos:

- Analizar críticamente la realidad social de la Liga Colombiana Contra la Epilepsia, Capítulo del Atlántico, con el fin de crear nuevos planteamientos que permitan lograr la superación de dicha problemática que incide en el proceso de rehabilitación inte-

² Manual de funciones LICCE Capítulo del Atlántico.

gral del paciente y por ende en el progreso de la institución.

- Planear un estudio científico, analítico y estadístico sobre las alternativas de solución a la problemática social del individuo epiléptico.

- Dar a conocer las circunstancias que obstaculizan e impiden el desarrollo de el tratamiento biopsicosocial que se le proporciona al individuo epiléptico.

- Plantear la necesidad de incrementar los recursos materiales indispensables en la Liga Colombiana Contra la Epilepsia, Capítulo del Atlántico, para el completo tratamiento de la persona que padece crisis convulsivas epilépticas.

La metodología seleccionada en el presente estudio está enmarcada en las pautas del método integrado o de intervención en la realidad cuyo proceso está determinado por pasar de lo superficial a lo esencial y lo profundo relativo a su proceso de estudio, diagnóstico de la realidad social y el diseño de metas, objetivos y planes alternativos de solución.

Las técnicas utilizadas para la recolección de datos como fueron la observación directa, observación documental, praxisvivencial,

encuestas. En la aplicación de las encuestas cuyo objetivo fundamental era medir el conocimiento que la sociedad tiene sobre el síndrome, actitudes sociales (Rechazo-sobreprotección aislamiento, para poder plantear una de las necesidades del paciente muestra de 340 personas al azar distribuidas así: 29.5% por profesionales en el área de la medicina (médicos generales, especialistas), el 41.1% profesionales en el área social (Trabajadores Sociales, psicólogos) y un 29.5% la comunidad en general. Seleccionado el grupo encuestado de acuerdo a la zona residencial (norte, centro, sur de la ciudad de Barranquilla).

La mecánica de presentación está determinada por tres capítulos distribuidos de la siguiente forma, el primero hace referencia sobre las generalidades del síndrome de la epilepsia, contempla esto el concepto, etiología, características, clasificación, así como la visión que se ha tenido de la enfermedad a través de las épocas.

El segundo capítulo hacemos una descripción analítica de la realidad social de la Liga y sus repercusiones sociales.

En el tercer capítulo señalamos los antecedentes, diagnóstico y evaluación del trabajador social en la Liga Colombiana contra la Epilepsia, capítulo del Atlántico y la intervención del trabajador social en las políticas sociales. En esta misma parte damos

a conocer cuál es la necesidad real de la Liga Colombiana Contra la Epilepsia, Capítulo del Atlántico, basandonos en los recursos que se hacen necesarios para la atención del paciente a nivel locativo, humano y financiero. Esta última parte la consideramos como la conclusión general de nuestro trabajo de investigación.

1. GENERALIDADES

Durante muchos años la epilepsia fue considerada como una acción maléfica, enfermedad de carácter misterioso, una posesión divina o diabólica. Hipócrates la definió con el nombre de epilepsia que sugiere la idea de interrupción. En Roma se le llamó mal comicial, pues hacía suspender los comicios cuando algún miembro de la asamblea caía con ataque epiléptico. Lo que indica que la epilepsia data desde muchos años atrás, la cual fue tratada muchas veces con temor, cariño, brusquedad y exorcismo con el fin de erradicar la existencia de fuerzas sobrenaturales y espirituales del mal.

En los últimos años, con la aplicación de la electroencefalografía y el hallazgo de nuevos medicamentos anticonvulsivantes, se llegó a un mejor conocimiento de su fisiopatología y a un control efectivo de la crisis en un porcentaje muy elevado de pacientes.

"La epilepsia en sus formas más típicas se caracteriza al comienzo por una brusca pérdida de la conciencia, acompañada o no de convulsiones, existen muchas variedades de ataques epilépticos,

según el sitio de origen de la descarga, su propagación y la naturaleza de la alteración funcional". 1

1.1. CONCEPTO DE EPILEPSIA

La epilepsia en una definición simple, es la manifestación clínica o síndrome producido por una lesión focal cerebral.

"La epilepsia siempre requiere una causa primaria cerebral. Es un desorden del Sistema Nervioso Central que está caracterizada por alteraciones incontroladas de la actividad eléctrica cerebral, recurrencia y muchas veces cambios en la conciencia de la persona". 2

Las manifestaciones clínicas pueden ser de tipo convulsivo (tónico-clónicas generalizadas, parciales motoras), ausencias, mioclónicas, etc.

"Una convulsión es un episodio involuntario con alteraciones de

¹ BUSTAMANTE Z Ernesto, RECASNO Juan y otros. NEUROLOGÍA. Editorial el Ateneo, Buenos Aires, junio 1963. página 599.

² MEDINA MALO Carlos, Presidente Capítulo Central LOCE. Manejo de anticonvulsivantes. Cartagena, abril 1982.

bre las demás especies. Sus funciones son muy diversas y muy complejas, pues en términos generales podemos decir que es el responsable de todas nuestras acciones motoras conscientes e inconscientes, nos permite el contacto con el mundo exterior y nos da información de nuestra situación interna, gobierna además nuestras funciones autónomas o vegetativas, promueve y coordina el funcionamiento de otros sistemas para mantener en lo posible un equilibrio óptimo en el funcionamiento general de nuestro organismo (Homeóstasis). Finalmente el Sistema Nervioso Central, es quien influye en nuestras funciones psíquicas, cognoscitivas y por ende de comportamiento que nos dan una estructura de personalidad individual. Ahora bien, este gran sistema requiere de una coordinación muy especializada a nivel de sus diferentes estructuras, así como también de las mismas células que conforman las neuronas.

La neurona es la unidad del Sistema Nervioso y ella misma tiene un funcionamiento inherente, que cuando se altera por alguno de los factores anteriormente anotados va a producir una disfunción que inicialmente puede ser local (foco epileptógeno) pero que progresivamente puede ir extendiendo mayores grupos de células de acuerdo a el área o las áreas afectadas. Con ello las manifestaciones clínicas van a variar.

En función de la etiología de las crisis convulsivas epilépticas se distinguen dos tipos principales: La epilepsia constitucional y las epilepsias secundarias o adquiridas.

"En la epilepsia constitucional existe un factor genético determinante, como resultado de la transmisión de un gen autosómico dominante de poca penetración que determinaría una predisposición convulsivante. La predisposición hereditaria en estos casos es obvia, ya que varios miembros de una familia pueden sufrir de este tipo de epilepsia y los electroencefalogramas de otros miembros sin manifestaciones clínicas revelen anormalidades en la mitad de los casos". 4

Son epilepsias adquiridas o secundarias las que se desarrollan por la acción de enfermedades intracerebrales o extracerebrales, en pacientes que previamente no tenían alteraciones electroencefalográficas, ni antecedentes hereditarios. Son las más comunes, sobre todo en el adulto en quien adopten por lo general el aspecto de crisis parciales, de semiología elemental o compleja; sin embargo, en numerosos casos, las lesiones que comprometen estruc-

⁴ BUSTAMANTE Z Ernesto, RECASNO Juan y otros. Neurología. Editorial El Ateneo, Buenos Aires, junio 1963, página 599.

turas centrales provocan primitivamente crisis generales.

En general las crisis epilépticas son síntomas causados por numerosas lesiones que afectan el Sistema Nervioso Central y que produzcan anoxia, hipoxia, destrucción del tejido o cicatriz. También toda lesión de evolución lenta. Estas causas pueden actuar en el cerebro durante la vida intrauterina, durante el parto o post-parto. Durante el embarazo, las amenazas de aborto y las intoxicaciones de la madre que produzcan anoxia fetal, pueden ser causantes de lesiones cerebrales que pueden manifestarse en epilepsia. Gran número de epilepsias son adquiridas durante el parto: la anoxia o hipoxia de un parto prolongado, anestesia, forceps, versiones, o la suma de varias maniobras, pueden llevar a la producción de muerte celular o a la hemorragia capilar con formación de cicatriz que luego origine epilepsia; las enfermedades como la meningitis, encefalitis comunes en la niñez y traumas craneoencefálicos más frecuentes en la edad adulta. (Anexo No. 1 y 2).

b. CARACTERISTICAS DE LA EPILEPSIA

El síndrome de la epilepsia en su manifestación clínica se caracteriza por episodios transitorios de aparición brusca, fugaz con tendencia a los ataques repetidos y recurrentes con intervalos de

tiempo; asociados en la mayoría de los casos a trastornos en el sentimiento, la conducta o en ambos. Siempre requiere de una causa cerebral.

1.3. CLASIFICACION DE LA EPILEPSIA

La clasificación de la epilepsia actualmente se hace desde el punto de vista clínico, con énfasis en lo siguiente:

1.3.1. Ataques Parciales

1. ATAQUES PARCIALES SIMPLES

- Con Signos Motores:

- a. Motores Focales sin Marcha
- b. Motores Focales con Marcha
- c. Versivas
- d. Posturales
- e. Fonatorios (vocalización o suspensión del habla)

- Con Síntomas Somatosensoriales o sensoriales especiales: alucinaciones simples, ejemplo: hormigueo, destellos luminosos, zumbidos.

a. Somatosensoriales

b. Visuales

c. Auditivas

d. Olfatorias

e. Gustatorias

f. Vertiginosas

- Con síntomas o signos autónomos: (incluidas sensaciones epigástricas, palidez, sudoración, rubor, piloerección y dilatación pupilar).

- Con síntomas psíquicos: (disturbios de las funciones cerebrales superiores).

Esta se presenta raramente sin impedimentos de la conciencia y son muy comúnmente apreciadas como ataques parciales complejos.

a. Dismnésicas

b. Cognoscitivas (estado de ensueño)

c. Disfásicas

d. Afectivas (temor, ira, etc.)

e. Ilusiones (macropsias)

f. Alucinaciones estructurales (músicas, escenas)

2. ATAQUES PARCIALES COMPLEJOS

Con impedimentos de la conciencia. Puede a veces comenzar con sintomatología simple.

- Presentación parcial simple, seguida por impedimento de la conciencia.

- a. Con rasgos parciales simples. Seguidos de deterioro de la conciencia.

- b. Con automatismos

3. ATAQUES PARCIALES EVOLUCIONANDO A ATAQUES TONICO-CLONICOS GENERALIZADOS. (Con aparición parcial o focal)

- Ataques parciales simples

- Ataques complejos parciales

- Ataques parciales simples evolucionando a ataques complejos parciales.

1.3.2. Ataques Generalizados (Convulsivos o no Convulsivos).

1. AUSENCIAS

- Ataques de Ausencia

- a. Con impedimento de la conciencia solamente
- b. Con componentes clónicos ligeros
- c. Con componentes atónicos
- d. Con componentes tónicos
- e. Con automatismo
- f. Con componentes autónomos

2. AUSENCIAS ATÍPICAS

- a. Cambios en el tono, los cuales son más pronunciados
- b. Iniciación y/o desaparición abrupta

- Ataques mioclónicos. Brincos mioclónicos, aislados o múltiples
- Ataques clónicos
- Ataques tónicos
- Ataques tónico-clónicos
- Ataques atónicos

1.3.3. Ataques Epilépticos no clasificados

Se involucra aquí todos los ataques que, debido a información inadecuada o incompleta no pueden ser clasificados. Pueden incluirse aquí algunos ataques del neonato, tales como movimientos

rítmicos de los ojos, masticación y movimientos de natación.

1.3.4. Otras

Ataques repetidos que ocurren bajo varias circunstancias.

- Ataques fortuitos que vienen inesperadamente sin aparente provocación.
- Ataques provocados
 - a. Factores no sensoriales como fatiga, alcohol, emoción
 - b. Factores sensoriales. Algunas veces referidas a ataques reflejos.

Ataques prolongados o repetitivos y el status epiléptico en el cual hay ataques repetitivos lo suficientemente largos en tiempo y frecuencia para impedir recobrar la conciencia entre uno y otro ataque, o generalizado como el status de ausencia o status tónico-clónico. Cuando hay localización de status puede ocurrir y se refiere a la epilepsia parcial continuada.

1.4. EL ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO EN EL TRATAMIENTO BIOPSI-COSOCIAL DEL PACIENTE CON EPILEPSIA.

El trabajo médico, psicológico y social en equipo, que se hace pa-

ra coordinar los servicios en beneficio del paciente y su familia, ha llegado a ser considerado como el mejor enfoque para solucionar el complejo problema de la recuperación y mantenimiento del estado del paciente.

Existen muchas maneras de trabajar con el paciente con crisis convulsivas epilépticas; la enfermera, el médico, el trabajador social y el psicólogo forman parte de ese servicio, el cual depende de un número de factores: la naturaleza de la enfermedad en en sí, la personalidad del paciente, el ambiente social del que forma parte y los recursos con que se dispone.

Las necesidades del paciente a menudo son complejas y requieren diversos tipos de tratamiento al mismo tiempo. El individuo con crisis convulsivas epilépticas tiene implicaciones debidas a problemas internos de él o de su ambiente, que le impiden pasar a la recuperación física, y de ésta al restablecimiento de la vida social y emocional. Puede existir en la naturaleza de la enfermedad misma que tenga consecuencias serias para el paciente o para las normas de vida que le eran habituales.

"Ninguna profesión del campo médico posee todos los conocimientos y destrezas para solucionar problemas que requieran técnicas pertenecientes a otras disciplinas, las que deben ser aportadas por el médico, el trabajador social, el psicólogo y otros terapeutas,

cada uno de estos profesionales trabajando aislados o individualmente con un mismo paciente, no podrían de ninguna manera lograr su recuperación aunque aplicasen al máximo su conocimiento. Es por ello que una de las características del tratamiento moderno es el trabajo en equipo". 5

El paciente de la Liga Colombiana Contra la Epilepsia, Capítulo del Atlántico, no está exento a la patología general múltiple que hemos señalado en los párrafos anteriores, en tanto que el ambiente social en que se desenvuelve el paciente con crisis convulsivas epilépticas es tal vez el mayor problema al que nos vemos enfrentado día a día por cuanto la experiencia y los estudios investigativos han demostrado que el peor enemigo de este paciente y su tratamiento lo constituye el ambiente social, de ahí que tengamos pacientes pasivos, aislados, agresivos, algunos con rasgos paranoicos, con tendencia a la destrucción, con pérdida del valor hacia el amor propio y a la destrucción de su propio yo, de ahí que la Liga considera que el esfuerzo de atención y tratamiento al paciente no puede hacerse desde el punto de vista clínico, siendo necesario complementar esto con la intervención

⁵ VITORIOSO de Lidia C.H.. Trabajo Médico Social. Editorial Humanitas, Buenos Aires. página 27.

psicológica y social enfocadas a mejorar las condiciones del tratamiento y de vida del paciente con crisis convulsivas epilépticas y erradicar los factores adversos que le hacen sentir diferente en la sociedad.

El doctor JOHN ORLEY, plantea que la "medicación anticonvulsivante es sólo una parte del tratamiento que cuando es la única medida adoptada puede exacerbar los problemas". 6

Para el efecto de lo enunciado, se hace necesario el consenso de varios profesionales que permita estudiar y tratar a este síndrome desde el punto de vista bio-psicosocial, es decir, no sólo el aspecto biológico de este, sino el aspecto psicosocial.

El cuadro completo bio-psicosocial que presenta el paciente puede ser el medio para identificar la necesidad de un tratamiento médico más profundo y la apreciación de algunas manifestaciones de falta de salud y disfunción física o emocional observada en el paciente o en los miembros de su grupo familiar. Una rápida y temprana intervención multidisciplinaria en estos casos sirve para facilitar al cliente y a los miembros del grupo social los servi-

⁶ ORLEY John , La Epilepsia en la Práctica, Documento Geige, Página 4. 1982

cios especializados que pueden proporcionarles los medios de prevenir un posterior desarrollo o agravamiento de un proceso crónico del síndrome.

El tratamiento médico de la epilepsia se hace a base de medicamentos anticonvulsivantes buscando dosis capaces de controlar las crisis sin producir síntomas de intolerancia. De ahí que todo paciente sea tratado en forma distinta debido a sus circunstancias orgánicas, emocionales y ambientales.

Una vez llevado el control de las crisis, la dosis convulsiva sostiene en forma continua sin interrupción en un tiempo que oscila entre 4 y 5 años a partir de la crisis.

El tratamiento quirúrgico sólo se realiza cuando se tiene el pronóstico de tumores, hematomas, etc, pero que ya se ha agotado la vía del medicamento, y no han sido suficientes.

El trabajador social se integra al equipo de salud, haciendo frente a la problemática social que incide en las condiciones de salud de la población afectada, utilizando para ello todo el proceso metodológico necesario para atender al paciente y su grupo familiar.

El Trabajador Social es el que aporta al equipo multidisciplinario

el cuadro social del paciente con epilepsia, el cual va a permitir conocer la situación económica, cultural, familiar, personal del mismo paciente, de igual forma procura erradicar las actitudes sociales que la sociedad genera y que obstaculizan el proceso de rehabilitación social.

El planteamiento de estas variables van a permitir conocer si la persona tiene conciencia de su síndrome y cual es su actitud frente a él, situaciones que se reflejan en el proceso evolutivo del control médico, es decir, esta falta de conciencia con respecto a la epilepsia y su tratamiento le agudiza sus episodios convulsivos lo que conducen lentamente a un deterioro psicológico incapacitándolo entonces en su desarrollo normal. Este deterioro psíquico del paciente con epilepsia lo lleva a la formación de modificaciones psicológicas que perturban su personalidad degradando la imagen que el paciente tiene de si mismo, es decir, la imagen corporal, menoscabando su autoestima y confianza teniendo que adoptar una entidad que le impone su síndrome.

El paciente como consecuencia de lo anterior, demuestra tener una personalidad rígida, áspera, egocéntrica, muchos de ellos tienen tendencia a la destrucción, síntomas paranoicos y en la mayoría de los casos padecen fases depresivas. Es por esta razón que los psicólogos consideran que no existe en el epiléptico una personali-

dad definida dentro de su enfermedad y precisan la importancia de desarrollar las terapias psicoanalíticas con cada uno de ellos en forma continuada; consideran de acuerdo a la experiencia que algunos pacientes demuestran fallas significativas en su conducta, pero que la cualidad más sobresaliente es la gratitud, empatía que desarrollan por sus protectores.

1.5. EL TRABAJO SOCIAL Y EL PACIENTE EPILEPTICO

La intervención del Trabajador Social en el problema médico-social de la epilepsia se ve enfrentado diariamente con una problemática de gran magnitud y complejidad: rechazo social, aceptación personal del síndrome, sobreprotección, inseguridad, carencia de ingresos, presupuesto familiar deficiente, etc. Problemática ante la cual el trabajador social enfoca su intervención a proporcionar no bajo el marco temporal sino planteando alternativas plausibles que superen las situaciones problemas que afecte su recuperación integral a través de los diferentes roles inherentes a su profesión.

El accionar profesional del Trabajador Social es el elemento fundamental en la rehabilitación del paciente con crisis convulsivas epilépticas, ya que inicia su intervención considerando al individuo no como una abstracción social sino como un ser real que vive en una sociedad determinada y participa de una cultura, de

unos intereses. Como ser social es síntesis de un conjunto de relaciones establecidas, un todo psicossomático que se manifiesta a través de conductas; con facultades y potencialidades de crear, prever y planificar sus acciones y por ende participar en el proceso de movilidad social.

"Como ser humano, es singular, distinto de cualquier otro hombre, si bien guarda relación con todos ellos al ser representante de la especie humana que es lo general. De ahí la unicidad de la relación que el Trabajador Social establece con cada persona!" 7

En tanto el Trabajador Social al aportar el cuadro social está dando a conocer las variables más representativas del paciente las que son importantes en el proceso de tratamiento integral en la medida que éstas puedan ser positivas o negativas para él, si tenemos en cuenta que este paciente no es un ser aislado, y forma parte del proceso de desarrollo social, el cual la sociedad lo considera un ser anormal, diferente, incapaz de realizarse como un ser productivo para ella y para sí mismo. Este conocimiento que la sociedad tiene acerca de la epilepsia y su rehabilitación impiden el desenvolvimiento normal del grupo afectado en tanto que

7 KISNERMAN Natalio. Salud Pública y Trabajo Social. Editorial Humanitas, Buenos Aires 1981. página 157.

constantemente son rechazados, lo que conduce al paciente a adoptar aptitudes inadecuadas dando respuestas emocionales tales como la ansiedad, depresión, agresividad, regresión, etc. que sólo son el producto de la elaboración mental de la situación social a que son conducidos perturbando lentamente la estructura de su personalidad.

Lo anterior repercute directamente en el comportamiento del grupo familiar colocándolos en situaciones complejas e incómodas frente al medio que los rodea. Gestándose en este medio actitudes que cubren el rechazo, la excesiva sobreprotección que contribuye a exacerbar consecuentemente su dependencia, conduciendo al paciente a perder su autonomía en la toma de sus decisiones, aún más degradando su propia personalidad normal. Ante esta situación la intervención del Trabajador Social estará ligada al medio familiar, teniendo en cuenta el interactuar del paciente en éste, ya que el origen de sus problemas con gran frecuencia guarda una importante y estrecha relación con el sistema familiar, aún más, este grupo es determinante en la recuperación integral del paciente, teniendo en cuenta que la mayor parte del tiempo comparte sus experiencias con él, de tal manera que las reacciones que este grupo proyecte contribuye mucho a la respuesta que dé el paciente a su síndrome y su tratamiento.

La relación que se inicia inaugura un proceso de conocimiento, transformación que tiende a orientar y a dar pautas para resolver el problema tanto personal como social del paciente con crisis convulsivas epilépticas en un proceso netamente profesional. Tomando situaciones inherentes al individuo que nos ocupa y situaciones particulares a éste, pero que forman parte de él en su interactuar cotidiano, procurando erradicar todos aquellos temores infundidos por el rechazo social que inciden directamente en la reubicación social del paciente realizando acciones a nivel intra y extramural.

Lo anterior, conlleva a determinar las formas como el Trabajador Social puede participar con suficiente autonomía en el análisis, solución y en la promoción de la calidad de la vida humana; es así, como este profesional teniendo en cuenta los objetivos, normas, reglas, políticas y procedimientos del área en que trabaja, aportando sus conocimientos y competencia a través de la investigación, el estudio y diagnóstico de las necesidades y elaboración de planes de tratamiento los que basados en prioridades y traducidos en programas contribuyen a los objetivos que se traza como profesional, a los de la institución y por ende al bienestar del paciente.

2. LA REALIDAD SOCIAL DE LA LIGA COLOMBIANA CONTRA LA EPILEPSIA, CAPITULO DEL ATLANTICO

2.1. POLITICA Y OBJETIVOS

Antes de referirnos a las características específicas del Capítulo del Atlántico, creemos conveniente una reseña histórica de la Liga en Colombia.

La Liga Colombiana Contra la Epilepsia, nace como producto de los grandes problemas que vive el país en materia de salud y más aún en la crisis que se espera. Es de anotar que la salud en Colombia, a fines de la década del sesenta y principios del setenta presenta un alto déficit de servicios en cuanto se refiere a la atención médica, organización, administración, coordinación de servicios, carencia de recursos institucionales, económicos y humanos. Es así, como el Estado se ve en la necesidad de realizar un análisis sobre el comportamiento de las variables más representativas del sector afectado lo cual permitió la jerarquización de problemas según su prioridad.

Este mayor conocimiento del sector y estudio crítico de la eficiencia de nuevas políticas permite a su vez precisar una estrategia nacional, en la medida que intenta superar las situaciones problemas.

El Gobierno en su intento de solventar tal situación aprueba la gestación de organismos educativos en el sector salud, instituciones hospitalarias a nivel universitario, públicas, centros de salud quienes incrementaron el servicio ambulatorio y programas de saneamiento ambiental, educación sanitaria, etc. Pero la incrementación de los servicios es mínima en relación con la demanda de necesidades que vive la comunidad.

Surge como respuesta a estas demandas organismos de carácter privado sin ánimo de lucro, dirigidos por profesionales en el área de la salud con el propósito de incrementar y colaborar con los servicios médicos especiales.

Dentro de las instituciones nacientes está la Liga Colombiana contra la Epilepsia, que en el año de 1968 abre sus puertas en la ciudad de Cartagena, cuyo gestor es el Neurocirujano JAIME FANDIÑO FRANKLIN; en su inicio esta institución sólo contó con el apoyo de un pequeño grupo de profesionales conocedores de dicha problemática y de la urgencia de solidificar un centro especialmente para el tratamiento del paciente epiléptico, es así como día

a día aumentó el empeño por dar un carácter progresivo y desarrollista, cobijando para entonces un verdadero y auténtico tratamiento médico, psicológico y social, que colocase al paciente epiléptico dentro de los parámetros de una rehabilitación biopsicosocial, tal como lo exige la profilaxis de la epilepsia.

La Liga Colombiana Contra la Epilepsia, Capítulo de Bolívar, actualmente cuenta con la colaboración del FIRE (Fundación Instituto de Rehabilitación del Epiléptico) centro que ha impulsado enormemente el desarrollo de la institución, proporcionando todos los equipos indispensables para el control médico y paramédico del paciente, de igual manera los servicios educativos especializados para la rehabilitación integral de este paciente.

Siguiendo los lineamientos de este primer capítulo, se impulsa y nace el interés por crear instituciones idénticas en cada departamento del país, los que perseguirían los mismos objetivos creados inicialmente en el capítulo de Bolívar; es así como se crea en Barranquilla, la Liga Colombiana Contra la Epilepsia, Capítulo del Atlántico, cuyo fundador y director es el neurocirujano doctor CARLOS LOPEZ PINTO, y un grupo de colaboradores, tomando para entonces un carisma institucional.

La Liga Colombiana Contra la Epilepsia, Capítulo del Atlántico,

es una institución sin ánimo de lucro, de carácter privado con dependencia a la International Bureau For Epilepsy y a la International Against Epilepsy, ubicada en el sector salud en el área de rehabilitación social cuya política es prevenir, controlar y rehabilitar a los individuos que padecen crisis convulsivas epilépticas a través de un tratamiento biopsicosocial.

Para el control del paciente se ha trazado varios objetivos con el fin de ofrecer un efectivo y dinámico servicio de orientación médico-social proyectándolo no sólo al paciente, sino a su familia y a la comunidad en general, logrando de esta forma la reubicación social del grupo afectado.

OBJETIVOS

- Orientar a los pacientes con el síndrome de la epilepsia con el fin de dar a conocer los elementos de prevención y manejo del problema.
- Programar y desarrollar estudios sobre epilepsia
- Difundir información acerca del tratamiento biopsisocial del individuo con epilepsia.
- Promover campañas tendientes a la prevención a las crisis convulsivas y tratamiento de la epilepsia.

La Liga Capítulo del Atlántico, con estos objetivos propende la rehabilitación integral del paciente, de la familia y de la sociedad en general, ya que al difundir el concepto actual de epilepsia y su tratamiento biopsicosocial continuado, logrará depurar en el paciente todas las situaciones adversas que le modifican sus patrones de comportamiento psicosocial y al mismo tiempo los conocimientos obsoletos que la comunidad tiene al respecto.

Para ello esta institución cuenta con un equipo médico, especialistas y paramédicos que día a día los guía el afán de rehabilitar al paciente con epilepsia y los distintos medios sociales (laboral, educativo, familiar) con el fin de que se considere este síndrome como otros más que afectan la salud, y pueda desenvolverse el que la padece como un ser normal en la sociedad.

La Liga Colombiana Contra la Epilepsia, Capítulo del Atlántico, funcionó desde su inicio en el Centro de Rehabilitación Infantil bajo el auspicio del Club Rotario el cual permitió que la Liga laborara en este Centro, prestando servicios de Neurología, Medicina general, Psicología y Trabajo Social; durante cuatro años. Las múltiples incomodidades que implicaba la falta de espacio impedían la aplicación eficaz y adecuada del tratamiento biopsicosocial tal como lo exige la profilaxis de la epilepsia. Razón por la cual esta institución, en su intento de superar esta limi-

tante y darle un carácter independiente y progresista, realizó dos traslados de los cuales el primero dió un sentido de particularidad a la institución y sentido de pertenencia para los profesionales afiliados a ésta, sin embargo a pesar de que esto suponía un progreso lo que suscitó fue una agudización de la situación económica por cuanto los recursos económicos existentes no alcanzaban a cubrir los gastos de arriendo y demás servicios demandables en la institución.

El local no reunía las condiciones óptimas para el desarrollo de los objetivos que la institución persigue, ya que al no contar cada uno de los profesionales con sus respectivos departamentos, sus intervenciones en muchas ocasiones se estiman negativas, en tanto, que se interpone su accionar profesional, a las distintas terapias que requiere la rehabilitación integral del paciente y su familia, reflejando la ineficacia de los servicios.

Situación que día a día se convierte en un desequilibrio para el progreso de la Liga y por ende al bienestar de sus afiliados. Teniendo en cuenta los criterios expuestos anteriormente, la directiva de ésta se ve en la necesidad de ubicarse en un local más adecuado lógicamente que esto implicará un presupuesto económico mayor ajustado a las exigencias del local y sus servicios, es decir, la nueva sede satisface en parte la demanda de necesi-

dades de la institución. Ya hemos señalado que la Liga es una institución sin ánimo de lucro, su única forma de obtener recurso es el valor de las consultas que pagan los usuarios del servicio y la venta de anticonvulsivantes, cuyo valor es sumamente bajo teniendo en cuenta que un gran número de sus afiliados son de bajos recursos económicos.

La actual sede cuenta con varios departamentos que están bajo la dirección y coordinación de un profesional encargado de formalizar, organizar y coordinar las actividades para el cumplimiento de sus respectivos objetivos. Estos departamentos están estructurados de la siguiente forma: El Departamento de Medicina, el cual cuenta con un neurólogo, un neuropediatra, siete médicos generales, tres estudiantes de enfermería (practicantes de último año de la Universidad Metropolitana). Este es responsable de la recuperación física del paciente a través del estudio, diagnóstico y tratamiento biológico de los pacientes. Para su quehacer profesional, la Medicina requiere no sólo del recurso humano sino de equipos e implementos que hagan efectivo su accionar ante cada problemática individual, sin embargo, es importante anotar que este departamento no cuenta con los más elementales implementos tales como negatoscopio, tensiómetro, equipos de órganos de los sentidos, etc. (ver anexo) que permitan una mejor atención y prestación del servicio. Es de anotar que este Departamento no

cumple con una estructura interna adecuada, es decir, no están distribuidos por secciones de acuerdo a cada especialidad, impidiendo un trabajo coordinado y más productivo.

El Departamento de Trabajo Social tiene a su cargo el estudio diagnóstico y tratamiento de las situaciones sociales que afectan a los afiliados y su familia como resultado de las repercusiones sociales de la epilepsia y su tratamiento, determinando acciones que permitan canalizar un mejor bienestar humano y mejoramiento social. Para su efecto cuenta con tres Trabajadores Sociales, seis practicantes de último año de la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar y con el grupo de damas voluntarias -como recurso institucional nuestro- las cuales se encargan de la búsqueda de recursos.

El compendio de actividades inherentes al quehacer de este profesional implica el esfuerzo y dedicación de las integrantes de este Departamento reflejado no sólo en su proceso metodológico de intervención sino de recursos materiales y económicos, factores con los cuales no cuenta éste en relación con la demanda de necesidades que presenta el departamento. En el locativo sólo cuenta con una habitación lo que no permite una estructura orgánica para su organización del departamento. "El espacio físico destinado al departamento de Trabajo Social debe contar como mínimo con dos ambientes: uno para entrevistas y reuniones de grupo y

otro como lugar habitual de trabajo". 8

El Departamento de Psicología cuenta con cuatro profesionales con especialidad en la atención de adolescentes, niños y adultos y cinco practicantes de último año de la Universidad Metropolitana, las que responden al estudio, diagnóstico y tratamiento del comportamiento psíquico del paciente, miden el estado actual de las capacidades intelectuales del paciente. Para el desarrollo de su trabajo necesitan no sólo el elemento humano sino de recursos materiales que le permitan una eficaz terapia por lo que no está exento de la crisis que vivencian los demás departamentos.

Para llevar una completa organización interna la Liga Capítulo del Atlántico, además de las actividades concernientes a cada profesión atribuye a los colaboradores de ésta responsabilidades a través de la formación de comités de acción a nivel científico, jurídico, publicidad, finanzas y recreación, pero no es el instrumento eficaz para el cumplimiento de sus objetivos de organización, ya que no están fundamentados en los criterios básicos que la Planeación requiere.

⁸ KISNERMAN Natelio, Salud Pública y Trabajo Social, Editorial Humanitas. Buenos Aires, 1983, página 133.

"Las organizaciones no siempre se enderezan a los fines para los cuales fueron creadas, debido a las fuertes presiones del contexto, a los cambios tecnológicos y a la acción de los grupos de presión internos". 9

La estructura organizativa debe establecerse de acuerdo con los objetivos y necesidades de la institución, las cuales determinarán el área de influencia, la competencia y las funciones de cada unidad o departamento respetando esta condición a fin de trazar un conjunto de partes interactuantes e interdependientes orientadas a facilitar el logro de los objetivos.

Todo esto quiere decir que se debe hacer una distribución de trabajo en sus partes componentes o lo que llamamos departamentalización; La Liga Contra la Epilepsia, Capítulo del Atlántico, distribuye su trabajo a través de Comité de Acción pero estos no se ciñen a un patrón o normas donde analicen las actividades y el tipo de trabajo exigido para el cumplimiento y alcance de las finalidades de la institución, se trabaja a nivel de Comité en el momento de desarrollar una actividad que, aunque beneficia a la

⁹ ETZIONI Amitai, Organizaciones Modernas. Editorial Ulltrea, México 1965. página 23.

institución, es momentánea más no se elabora una programación continuada y susceptible de cambio.

Al establecerse los departamentos y delimitar funciones, debe al mismo tiempo determinarse las líneas de autoridad en pro de una buena organización y desarrollo de la institución.

En síntesis el Capítulo del Atlántico, atraviesa una crisis económica que se refleja en la carencia de una estructura locativa, administrativa así como también recursos materiales que permitan una mejor y amplia cobertura de servicios a sus usuarios. Unido a estas limitaciones se presenta también la carencia de una nómina mensual la cual contribuiría a superar algunas de las dificultades enunciadas y lógicamente se constituiría en un incentivo indirecto para los profesionales que laboran en la Liga, anteponiendo que a éstos los guía su afán por lograr el bienestar de la Institución y del paciente con epilepsia con un carácter genuino y netamente voluntario.

2.2. LA SOCIEDAD FRENTE AL INDIVIDUO CON EPILEPSIA

Nuestro medio social al igual que en la mayoría de los países del mundo, continúan mirando al síndrome de la Epilepsia como una tara vergonzante, como un castigo, una enfermedad de ca-

rácter misterioso, como una posesión divina o diabólica y lo que es peor aún como un enajenado mental.

Para determinar lo anterior se realizó un trabajo de campo con una muestra de 340 encuestados los cuales se distribuyeron así: 29.5% encuestas a personas elegidas al azar de acuerdo a las zonas de residencias y ocupación; 29.5% médicos entre ellos especialistas, internos y generales en sus diferentes campos de acción (Universidades, Hospitales, Centros de Salud); y 41.1% profesionales del área social, como trabajadores sociales y psicólogos, especialistas en niños y adultos, cuya característica general es que fue contestada por el 100%. (ver tabla No. 1).

Aclaramos que la muestra seleccionada no es la representativa de la población, pero nos permitió establecer el grado de conocimiento que la sociedad, a través de sus diferentes grupos, tiene sobre la epilepsia. Notándose que un 50.9% de la comunidad considera la epilepsia como una enfermedad mental y un 78.7% la mira como un enfermo mental, determinando esto que la población desconoce la sintomatología del síndrome y sus repercusiones sociales. (ver tabla No.2 y 4). Es interesante anotar que muy a pesar de sus conocimientos, algunos profesionales de la medicina, un 30.4%, también considera la epilepsia como una enfermedad mental, mostrándose en los profesionales del área social un menor

OCUPACION Y ZONAS RESIDENCIALES DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS

OCUPACION ZONA RESIDENCIAL	MEDICOS		PSICOLOGIA		TRABAJO SOCIAL		COMUNIDAD		TOTAL	
		%		%		%		%		%
ZONA NORTE	33	33	31	44.3	22	31.5	24	24	110	32.4
ZONA CENTRO	41	41	23	32.8	17	24.2	29	29	110	32.4
ZONA SUR	26	26	16	22.9	31	44.3	47	47	120	35.2
TOTAL	100	100	70	100	70	100	100	100	340	100

CUADRO N°1

FUENTE - INSTRUMENTO DE INVESTIGACION.

CONCEPTOS EMITIDOS SOBRE LO QUE SE ENTIENDE POR EPILEPSIA

OCUPACION CONCEPTO	MEDICO		SICOLOGO		TRABAJADOR SOCIAL		COMUNIDAD		TOTAL	
		%		%		%		%		%
ENFERMEDAD HEREDITARIA	27	28.7	18	19.1	26	27.7	23	24.5	94	100
ENFERMEDAD MENTAL	31	30.4	2	1.9	17	16.6	52	50.9	102	100
ENFERMEDAD DEL S.N.C.	37	32.4	45	39.5	23	20.2	9	7.9	114	100
ENFERMEDAD NOSOLOGICA	3	15.78	5	26.3	2	10.5	9	47.2	19	100
SIN RESPUESTA	2	18.2	0	0	2	18.2	7	63.6	11	100
TOTAL	100	29.4	70	20.6	70	20.6	100	29.4	340	100

CUADRO N° 2

FUENTE _ INSTRUMENTO DE INVESTIGACION.

CONSIDERACIONES SOBRE SI EL EPILEPTICO ES ENFERMO MENTAL

OCUPACION CONCEPTO	MEDICO		SICOLOGO		TRABAJADOR SOCIAL		COMUNIDAD		TOTAL	
		%		%		%		%		%
SI	11	12.3	3	3.4	5	5.6	70	78.7	89	100
NO	86	36.9	65	27.9	60	25.8	22	9.4	233	100
SIN RESPUESTA	3	16.7	2	11.1	5	27.8	8	44.4	18	100
TOTAL	100	29.4	5	27.8	70	20.6	100	29.4	340	100

CUADRO N° 4

FUENTE _ INSTRUMENTO DE INVESTIGACION.

índice de el criterio errado, presentándose así un 1.9% en los psicólogos y un 16.6% en los trabajadores sociales, aclarando que la proporción de muestra fue menor en éstas áreas. (ver tabla 1).

Todas estas convicciones erradas de la sociedad limitan el desenvolvimiento de el paciente epiléptico en el rol social; un 80.2% de la sociedad considera que no es apto para realizar las diferentes actividades que el desarrollo social implica; dejando entrever que se refleja un rechazo hacia el grupo afectado influyendo directamente en la personalidad del paciente, corroborado en un 33.3% por los profesionales de la salud, un 20.4% por los trabajadores, un 21.8% en los psicólogos y un 27.5% en la comunidad en general. (Ver Tabla 3 y 5).

A pesar de el desarrollo de la sociedad y el desarrollo de la tecnología, el epiléptico continua siendo en nuestro medio un enfermo mental, tanto para la comunidad en general como para los profesionales del área de la medicina notándose en estos, médicos egresados en la década de el 50 incluyendo dentro de ellos a algunos especialistas. Esto corrobora el estudio realizado por los médicos de la institución al plantear que no existe en los gremios médicos de la ciudad una unificación de criterios en cuanto al síndrome y su tratamiento, para lo cual se realizan

simposios en las diferentes universidades e instituciones de la salud.

Los resultados arrojados por la encuesta demuestran que tanto las personas que habitan los barrios altos de la ciudad que supuestamente se consideran como personas pertenecientes a la clase alta, así como de los barrios céntricos catalogados como clase media y los barrios del sur de la ciudad como pertenecientes a la clase baja tienen igualdad de conceptos, esto demuestra que el conocimiento no tiene que tener clase y que tanto el de clase alta como el de clase baja pueden percibir un mismo sentir respecto a algunas caracterizaciones de las enfermedades.

Estas actitudes de rechazo y sobreprotección que sufren los individuos que padecen epilepsia, contribuyen a que se vea el paciente como un ser diferente y anormal. Generalmente el rechazo social de que es objeto este paciente generan en él un marco comportamental con múltiples problemas, tales como el aislamiento, una personalidad rígida, áspera, egocéntrica, muchos tienden a la destrucción y en la mayoría de los casos padecen fases depresivas; por lo que gesta en su medio, actitudes como la sobreprotección cuya aparición no es más que una máscara para esconder

INFLUENCIA DE LAS ACTITUDES SOCIALES EN LA PERSONALIDAD DEL PACIENTE EPILEPTICO

OCUPACION	MEDICO		TRABAJADOR SOCIAL		SICOLOGO		COMUNIDAD		TOTAL	
		%		%		%		%		%
SI	74	33.3	50	20.4	53	21.8	67	27.15	244	100
NO	26	27.1	20	20	17	17.7	33	34.4	96	100
SIN RESPUESTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	100	29.4	70	20.6	70	20.6	100	29.4	340	100

CUADRO N°3

FUENTE _ INSTRUMENTO DE INVESTIGACION.

CONSIDERACIONES RESPECTO A SI EL EPILEPTICO PODIA O NO DESEMPEÑARSE EN EL MEDIO SOCIAL

OCUPACION CONCEPTOS	MEDICO	%	SICOLOGO	%	TRABAJADOR SOCIAL	%	COMUNIDAD	%	TOTAL	%
APTO	94	41.8	64	28.4	55	24.5	12	5.3	225	100
NO APTO	4	3.8	5	4.7	12	11.3	85	80.2	106	100
SIN RESPUESTA	2	22.2	1	11.2	3	33.3	3	33.3	9	100
TOTAL	100	29.4	70	20.6	70	20.6	100	29.4	340	100

CUADRO N°5

FUENTE _ INSTRUMENTO DE INVESTIGACION.

el rechazo social de que es víctima.

Los diferentes grupos sociales rechaza al individuo con crisis epilépticas tornandose como una limitante en el proceso de rehabilitación e integración social del individuo. La sociedad tiene la responsabilidad de brindar a los individuos oportunidades de crecimiento y desarrollo de acuerdo a sus potencialidades, más no la de obstaculizar su integración al movimiento social.

Extirpar esta mentalidad implica todo un proceso de concientización y de trabajo, a fin de educar cada uno de los medios en donde se desarrolla, crece y educa y se proyecta nuestro paciente (medio familiar, laboral, escolar, universitario) es decir, en este proceso deben intervenir todas las personas que de manera directa o indirecta están en relación y contacto con el mundo del paciente que nos ocupa. Situación que nos muestra claramente que la sociedad ejerce un papel determinante en los patrones de comportamiento de estos individuos de acuerdo al medio en el cual se desenvuelven.

El aislamiento educativo a que es condenado el paciente epiléptico, es producto de la falta de conocimiento de las directivas y profesores, pues a menudo se preguntan si los niños epilépticos pueden permanecer en sus estudios o si pueden vivir en comunidad. Es por esto por lo que es necesario que no sólo el neuró-

logo conteste estos interrogantes sino el Trabajador social que labore en esta área, oriente y proyecte una educación socializante a los grupos que por una u otra causa tienen que estar en contacto con el paciente.

En el medio laboral el individuo con epilepsia es un verdadero problema a medida que se ve como un ser anormal e improductivo. De igual forma el medio familiar es el grupo que más influencia ejerce en la rehabilitación del paciente con epilepsia, puesto que la mayor parte del el tiempo la pasa con él, de ahí parte su importancia de su intervención en tratamiento. Generalmente el rechazo social y la sobreprotección de que es objeto este paciente se gesta en el medio familiar, lo cual crean en él un alto grado de dependencia impidiéndole valerse por si mismo y al mismo tiempo aislarse de tal manera que el paciente no afronte su realidad.

Lo expuesto anteriormente nos demuestra que el hecho de que la sociedad se involucre en la problemática de la epilepsia, deja entrever que esta puede participar en el proceso de recuperación social del paciente, porque en la medida en que la sociedad adquiera una educación social y por ende la recuperación y aceptación de la epilepsia.

Ante esta problemática, la Liga Colombiana contra la Epilepsia Capítulo del Atlántico, a través de el equipo multidisciplinario aplica su tratamiento biopsicosocial al paciente y su familia proyectándolo a la sociedad en la medida que le es posible, con el fin de depurar todos aquellos factores que impiden la recuperación del individuo afectado, de igual forma proyecta una educación socializante sobre este síndrome a través de los diferentes medios de comunicación. Para esto realiza, periódicamente conferencias para los pacientes y su familia sobre el síndrome y sus repercusiones síquicas y sociales; proyecta su accionar hacia la comunidad tratando de detectar los casos que en los diferentes barrios marginados se encuentran y enseñándoles como debe ser su comportamiento ante las personas que sufren el síndrome.

Sería interesante y científicamente importante que la institución contara con un programa de prevención de la epilepsia en las personas sanas, que aunque para muchos sería utópico, este tiene muchas probabilidades de realización porque a pesar de ser muchas las causas, al menos se puede prevenir en algunas como por ejemplo, en la promulgación de la sicoprofilaxis para el parto, y algunas campañas que, aunque se realizan, no aparecen como preventivas para la epilepsia como son: accidentalidad en el tránsito, alcoholismo, prostitución, etc.

2.3. EL ESTADO Y LA REHABILITACION DEL INDIVIDUO CON CRISIS CONVULSIVAS EPILEPTICAS

Si bien el bienestar social es un compendio de instituciones, programas y servicios especializados que se establecen para asegurar o mejorar y fortalecer la posición de todo aquello que se considere las necesidades básicas para el bienestar humano y el mejoramiento social. Concebido de esta forma, el bienestar social, es el conjunto de medidas y legislaciones propias de el Estado, pues sólo él está en condiciones históricas de atender la problemática creciente de una sociedad compleja e industrializada con la capacidad, la eficiencia relativa y cobertura suficiente; sólo mediante el se puede hacer de toda planificación un mecanismo social de prevención y atención de los problemas, porque todo plan es fruto de una política determinada. Todo plan de desarrollo es política y busca fines políticos, y cuando la política se torna en la adecuada expresión de los planes deben conducir al rol y objetivo del bienestar social.

A través del tiempo el estado, siempre ha recurrido a las políticas sociales como un mecanismo expedito de reproducción de la fuerza de trabajo. La sobreexplotación en la clase trabajadora por parte de la clase dominante se manifiesta en los bajos sala-

rios con que es remunerado el trabajo. Es evidente que el salario es insuficiente para cubrir todas el costo de las necesidades básicas de la clase trabajadora (obrero - familia), esto implica que el Estado participe en la satisfacción de los requerimientos vitales que la clase popular no alcanza a disfrutar debido a la insuficiencia de sus ingresos. Tal es el caso de las políticas sociales que se han denominado de bienestar social, reflejadas en los programas de salud, recreación educación, etc; "Pueden funcionar como un elemento de la productividad del trabajo, sin que esto niegue su aspecto positivo de constituir un beneficio real para la clase trabajadora". 10. Estas políticas podrían constituirse positivas para la clase trabajadora a pesar de que elevan la productividad y fortalecen el dominio económico y político.

Lo anterior nos permite determinar que en Colombia el bienestar no se da en forma integral debido a que no se satisfacen completamente las necesidades básicas de la clase dominada.

¹⁰ Acción Crítica, CELOTS ALOETS. abril 1979. Lima Perú.

Estas políticas se cristalizan a través de los llamados planes de desarrollo económicos y sociales, cuyo contexto teórico refleja una eficiente investigación el que permite saber que los dirigentes están al margen de la crisis social que padece la comunidad colombiana. La mala administración pública no permite que éstas políticas sociales, expresen en la práctica el objetivo para lo cual han sido creadas, convirtiéndose en última instancia en paleativos y mecanismos manipuladores de masas.

La situación que se aprecia en todos los sectores económicos y sociales es el resultado de el abandono de las políticas sociales; en nuestro país el sector salud en el área de rehabilitación, unidad de estudio, presenta como endemia básica un déficit en cuanto se refiere a recursos institucionales, profesionales y económicos consecuentes de la indiferencia que el Estado le da a esta área, existiendo en la comunidad enfermedades cuya patología y sintomatología presentan efectos secundarios los cuales requieren de un tratamiento integral y especializado.

Estos grupos especiales que requieren rehabilitación, están en la categoría de desempleados marginados porque no tienen participación activa o contributiva en la producción y como consecuencia

no reciben ni tienen acceso a los bienes que produce la sociedad.

En un Estado soberano, pluralista y democrático, donde todos sus ciudadanos participan dando y recibiendo en armónica convivencia es el primero el que debe dar los servicios básicos a los segundos. Es lo ideal, lo que todos anhelan. Pero, está el estado en capacidad de proporcionarnos tanta tranquilidad?

Colombia a pesar de ser un país en vía de desarrollo, es rico en recursos capaces de proporcionar, a la población, bienestar; más sin embargo, la distribución inequívoca de éstos, producto de una deficiente planificación, no permite canalizar estos recursos y proyectarlos a los distintos sectores especialmente el de la salud ya que existe en el país un reducido número de instituciones oficiales en relación a la demanda de necesidades que presenta la población en materia de salud.

Un ejemplo de la inoperancia estatal es la atención a las personas que sufren epilepsia, teniendo en cuenta que no existen instituciones oficiales que traten integralmente a estas personas. Los hospitales proporcionan una consulta médica, pero no pueden

saber qué pasa extramuralmente con ellos. Presentandose el caso muchas veces, que el paciente con epilepsia tiene dificultades con el aprendizaje, teniendo en cuenta que estos individuos con epilepsia son alumnos-pacientes y no cualquier instituto para retardado mental puede recibirlo. La educadora debe estar en trabajo conjunto con el médico, sicólogo, trabajador social y demás terapistas; todos deben saber el diagnóstico, el tipo de medicamento y sus posibles toxicidades, lo mismo que la peculiar reacción de estos pacientes a la soledad, frustración y la inseguridad, es decir, requiere la epilepsia de una institución que brinde a este grupo afectado un trabajo especializado, situación que es omitida en las formalidades estatales.

Ante la inoperancia del gobierno para atender esta problemática, es pues la iniciativa privada y la unión ciudadana que auna esfuerzos y canaliza recursos hacia la creación de instituciones, entre otras, La Liga Colombiana contra la Epilepsia con el fin de proporcionar el tratamiento antes mencionado al grupo que nos ocupa, la cual tiende sus actividades profesionales a controlar y prevenir la epilepsia como un problema médico social ya que involucra implícita y explícitamente a la sociedad en general puesto que esta determina la participación de estos individuos en el proceso de movilidad social.

La Liga Colombiana contra la Epilepsia Capítulo del Atlántico siente directamente la ineficiencia de las políticas sociales emanadas por el estado, a través de los planes de desarrollo dirigidos al campo de la rehabilitación. A pesar de los esfuerzos de los distintos profesionales motivados a fortalecer cada día esta institución con el propósito de dar un efectivo tratamiento biopsicosocial, dichos esfuerzos se ven obstaculizados por la falta de un presupuesto ajustado a las necesidades que presenta este capítulo interfiriendo en la aplicación de un tratamiento integral adecuado a la rehabilitación del paciente, para la cual se hace necesario la implementación de recursos materiales y económicos con los que no se cuenta, lo mismo que de una planta locativa adecuada. Todo este cúmulo de necesidades, problemas por los que padece la Liga Colombiana contra la Epilepsia Capítulo del Atlántico, sólo se podría superar con el apoyo financiero del gobierno que es el encargado de velar por el bienestar de la comunidad y esto sería efectivo si este reconociera a las instituciones de rehabilitación social como entes que van en pro del bienestar de dicha comunidad, es decir, dictaran leyes que protejan éstas a través de partidas semestrales o anuales que anexándole a sus adquisiciones particulares (compra y venta de anticonvulsivantes) estará contribuyendo a el bienestar al que tiene derecho este grupo.

Es así como esta institución en su intento de superar tal crisis da a conocer a los organismos gubernamentales a través del Concejo Municipal con el interés que, al conocer las políticas institucionales la que cobija una problemática de tal magnitud como es la rehabilitación del paciente con epilepsia, adopte medidas viables a tal situación. Pero este es indiferente a esta problemática, sólo interesándole invertir e incrementar el sector económico como medio para caparar los bienes y recursos propios y únicos de la oligarquía, clase a la cual pertenecen sus dirigentes. Asimilándose entonces, el desarrollo social como un subproducto de lo económico, claro está, sin el desarrollo de este último no habría bienestar social, pero en Colombia no se logrará en la medida que este sector económico sea cada vez más dependiente de los países imperialistas.

Como vemos, la situación para la persona con Epilepsia afiliada al Capítulo del Atlántico es cada día más nefasta si analizamos que el mayor flujo de pacientes son de escasos recursos que en muchas ocasiones faltan al control médico social y psicológico por no tener dinero para cancelar la consulta. "La falta de dinero hace que el control de sus ataques sea insuficiente y que lentamente el deterioro mental les vaya restando cada vez más su capacidad para el trabajo formándose un círculo vicioso en el que las crisis no le dejan ganar suficiente dinero y no controlan sus

crisis porque no ganan el dinero necesario o porque son despedidos de su trabajo". 11

¹¹ BORRERO Jaime , VELEZ Hernán, Fundamentos de Medicina. Neurología. Silfredo Betancur M. Segunda Edición, Editorial Corporación para investigaciones Biológicas. Medellín Colombia, 1979. página 253.

3. EL TRABAJO SOCIAL EN LA LIGA COLOMBIANA CONTRA LA EPILEPSIA, CAPITULO DEL ATLANTICO

3.1. ANTECEDENTES DEL TRABAJO SOCIAL EN LA LIGA COLOMBIANA CONTRA LA EPILEPSIA, CAPITULO DEL ATLANTICO

Teniendo en cuenta que el Trabajo Social, como profesión que se apoya en los valores fundamentales de la dignidad humana, cree en la responsabilidad mutua que existe entre los individuos y los roles que tiene en la sociedad, por lo tanto su objeto de intervención lo constituye el hombre en su dimensión social, por lo que este profesional tiene que constituirse en un auténtico conocedor de la realidad social escenario en el cual interactúa el individuo, conocimiento que le permite un amplio campo de acción en el área de rehabilitación médico-social. Situación que ubica el Trabajo Social como elemento cabal e indispensable en la participación en el equipo multidisciplinario de la Liga Colombiana Contra la Epilepsia, Capítulo del Atlántico.

El Trabajo Social surge con la institución misma en el año de 1978 contando con la colaboración de las practicantes de Trabajo

Social de la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar, las que desarrollaron actividades tendientes a la rehabilitación social del paciente adscrito a la institución.

A partir del año de 1983 se crea el Departamento de Trabajo Social debido a la falta de una estructura física locativa y a la desorganización administrativa de los colaboradores pioneros del Capítulo del Atlántico ubicado éste en los mismos lugares donde trabajan los demás profesionales dado a las condiciones antes mencionadas. El departamento de Trabajo Social fue organizado bajo la dirección de la Licenciada LIBIA BLANCO, conjuntamente con las estudiantes de Trabajo Social de último año de la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar, cuyas políticas se conjugan con el de la institución en el sentido de la prestación de un servicio óptimo y adecuado de los usuarios del servicio, por tanto su labor está dirigida a la organización y efectividad de los servicios de la institución, haciendo énfasis no sólo en el recurso humano con el síndrome de epilepsia, sino en el recurso humano profesional de la Liga.

A través de sus programas enfoca su accionar a la orientación médico-social mediante la promoción de una educación socializante, a la recuperación física y rehabilitación psicosocial del paciente afiliado.

La actitud profesional no sólo se refleja en el paciente, sino a su familia y a su grupo social quienes forman parte importante en la rehabilitación integral del paciente, para ello ofrece terapias de apoyo que incentiven a la participación activa en el proceso de tratamiento y al mismo tiempo procurando erradicar los temores infundados por el rechazo social, mediante al cambio de sus actitudes y situaciones, así como el uso de recursos que posee, el paciente, su grupo familiar y su comunidad, creando y estimulando intereses hacia un mejoramiento social.

3.2. EVALUACION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA LIGA COLOMBIANA CONTRA LA EPILEPSIA, CAPITULO DEL ATLANTICO

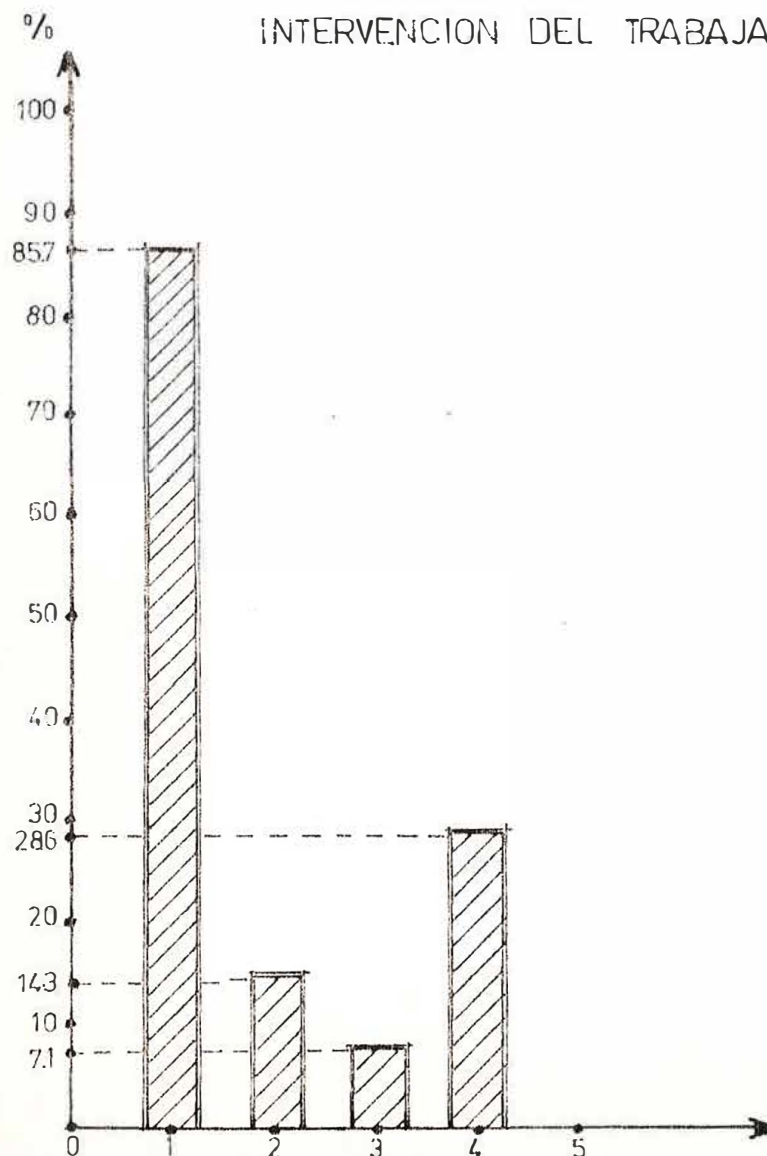
Para la evaluación de la intervención del Trabajo Social en la Liga Colombiana Contra la Epilepsia, Capítulo del Atlántico se quiso recoger la opinión de veintinueve profesionales adscritos todos a la institución y el grupo de Damas Voluntarias compuesto por seis miembros. Las respuestas obtenidas tenemos como característica general que sólo fue respondido el 50% de la población encuestada.

El instrumento utilizado para ésta fue una encuesta estructurada conformada por seis preguntas abiertas y cerradas.

Entre los profesionales encuestados tenemos médicos generales, neurólogos, psicólogos, enfermeras, Trabajo Social y las Damas Voluntarias.

En cuanto a la intervención del Trabajador Social un 85.7% respondió que dicha intervención en el equipo multidisciplinario es satisfactorio e importante en la medida que es la única profesión dentro de éste que permite conocer las variables más significativas del paciente y las influencias del medio que inciden en la recuperación biopsicosocial del paciente con crisis convulsivas epilépticas, debido a que su profesión estudia al hombre y su medio social a nivel de individuo, grupo y comunidad; tanto que el 14.3% de los encuestados manifiestan no tener claridad con respecto a su intervención en el equipo multidisciplinario. De igual manera se da el caso que el 7.1% de la muestra no tiene bien definida las funciones de esta profesión en el área de rehabilitación. Mientras que el 28.6% consideran las funciones de Trabajo Social como pilares fundamentales en esta área, ya que tiende su quehacer a nivel de prevención, promoción, rehabilitación, etc. lo que permite una mejor orientación médico social al grupo afectado. (ver tabla No. 6).

La participación del trabajador social en la rehabilitación del paciente con epilepsia es efectiva y dinámica ya que el 78.6% opi-



85.7 % CONSIDERAN LA INTERVENCION DEL Tr. SOCIAL EN LA LICCE ES POSITIVA.

14.3 % NO TIENEN CLARIDAD DE LA INTERVENCION DEL Tr. SOCIAL EN LA LICCE.

7.1 % NO TIENEN CLARIDAD DE LAS FUNCIONES DEL Tr. SOCIAL EN LA LICCE.

28.6 % CONSIDERAN LAS FUNCIONES COMO PILARES FUNDAMENTALES EN LA REHABILITACION DEL PACIENTE.

na que su estudio, diagnóstico y tratamiento lo proyecta al paciente, su familia, erradicando todos los factores negativos que el medio impone al paciente con epilepsia, que obstaculizan la rehabilitación integral de éste; sin embargo, el 21,4% a nivel de esta área ubica al trabajador social como un facilitador de recursos económicos al paciente y su familia.

En síntesis 78.6% manifiesta que la intervención del Trabajo Social es positiva y necesaria en la recuperación social del paciente con crisis convulsivas epilépticas, por lo que enfoca su quehacer a actividades de nivel intra y extramural con el fin de orientar al grupo afectado a lograr un bienestar a través del conocimiento que posee de la sociedad factor determinante en la rehabilitación psicosocial del epiléptico, aún más este profesional es la línea de comunicación con la institución, las distintas categorías ocupacionales, el paciente, su familia y su grupo social.

El Departamento de Trabajo Social en el Capítulo del Atlántico, además de intervenir dinámicamente con el paciente y su medio social, es un equipo de trabajo unido e interviene en actividades que van en pro del progreso de la institución, el cual muestra interés por la organización interna de ésta de igual forma promueve las relaciones interpersonales, las que crean un ambiente armónico de trabajo dentro del equipo multidisciplinario.

Además de la aplicación de las encuestas se quiso conocer en forma muy particular la evaluación de la coordinadora del Departamento de Trabajo Social, Licenciada LIBIA BLANCO, la cual manifiesta: "Las acciones del Departamento de Trabajo Social, durante el año 1983 puede considerarse como muy positivas, es a partir de este período cuando empiezan a conocerse exactamente las funciones de Trabajo Social, ya que se organizan actividades tendientes a mostrar la acción profesional y las miles de posibilidades de intervención del trabajador social. En los años anteriores se veía al Trabajador Social como el profesional encargado del aspecto económico únicamente, y se ve la necesidad de un cambio con respecto a este punto de vista de los otros profesionales. Por ello ya el personal que realiza prácticas en 1983 modifica esta percepción a través de las actividades que se programan y se llevan a cabo, sin embargo, es necesario insistir en este cambio ya que el campo del Trabajador Social es muy amplio y lo único que se necesita es mostrar esto al personal de profesionales de la Liga Colombiana Contra la Epilepsia, los otros enfoques que puede dársele a la profesión como agente de cambio intra y extramural.

3.3. OBJETIVOS Y FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL

El Trabajador Social en salud, está desde su origen encaminado

al paciente y su medio familiar, ligada su relación esencial con los factores sociales que determinan su situación real. Tradicionalmente venía desarrollando funciones enmarcadas en la clasificación socio-económica y transferencia a niveles adecuados de atención médica, pero esta aptitud un tanto pasiva no respondía a las necesidades del paciente atendido en esta institución. De ahí que el Trabajo Social en su quehacer profesional se ha constituido en complemento y apoyo de las acciones médico-social a través de programas integrados a dicha institución. Esta profesión adquiere un conocimiento íntimo de la situación personal y social del paciente con epilepsia, orientándolo a canalizar sus propios recursos y los que la comunidad ofrece, aspecto que repercute en el mejoramiento de su salud y estado psicosocial, para esto el trabajador social procura integrar los servicios que brinda la institución a beneficio del paciente y su familia. Creando además en el equipo multidisciplinario en donde cada uno de los participantes en el puedan prestar un mejor servicio en forma conjunta.

En el Capítulo del Atlántico, el Trabajador Social ubica su práctica en modelos concretos y particulares de acción social, incertando sus objetivos de acuerdo a la política de la institución, los cuales se enfocan desde el punto de vista de las necesidades y problemas sociales; objetivos que cristalizan a través de sus funciones.

3.3.1. Objetivos

3.3.1.1. Objetivos Generales

Aportar al equipo multidisciplinario, el estudio de las variables socio-económicas y culturales que inciden en el desarrollo del síndrome de la epilepsia y sus consecuencias sociales, identificando, controlando o eliminando aquellos que impiden o favorecen el logro de los objetivos de la institución y la utilización de los recursos.

- Procurar crear una actitud crítica acerca de las causas y efectos de los problemas sociales, así como de los recursos disponibles con el fin de que los sujetos afectados por esos problemas sociales de la Epilepsia asuman una acción organizada y preventiva, transformadora que los supere.

3.3.1.2. Objetivos Específicos

- Orientar y capacitar a los pacientes, a sus familias y a la comunidad en general en lo que respecta a la problemática médico-social de la epilepsia.

- Lograr una acción coordinada e integrada con el equipo mul-

ti-disciplinario para lograr una acción objetiva en el proceso de rehabilitación.

3.3.1.3. Funciones

a. Promoción

- Participar en la formulación, ejecución y evaluación de programas de divulgación sobre los factores que inciden sobre el síndrome tanto para los usuarios como para la comunidad en general.
- Suministrar información sobre la naturaleza y control de la problemática.

b. Prevención

- Estudiar las actitudes y valores que obstaculizan o benefician el ascenso a los mejores niveles de vida.
- Orientar y capacitar a los afiliados, sobre el uso de los recursos de la institución que puedan contribuir a asegurar el bienestar de los mismos.
- Estudiar, diagnosticar y tratar los problemas sociales de los

pacientes afiliados, que incidan determinantemente en la rehabilitación social del paciente.

c. Recuperación

- Orientar y capacitar al paciente y su familia para que sean agentes de su recuperación.
- Contribuir con el equipo de salud a reeducar, atender y reducir los factores adversos causados por el síndrome.

d. Rehabilitación

- Promover el uso y desarrollo de las potencialidades del paciente en su medio social.
- Orientar a los grupos de referencia (familiar, laboral y educativo) en la integración del paciente al movimiento social.

3.4. DIAGNOSTICO DE LA INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA LIGA COLOMBIANA CONTRA LA EPILEPSIA CAPITULO DEL ATLANTICO.

La acción profesional del trabajador social, desde su origen y a

lo largo de su desarrollo histórico se ha vinculado siempre al amplio campo de las políticas sociales. Surgió como organizador de grupos y promotor de movimientos comunitarios; en el presente acentúa esta acción en la realización de sus derechos ciudadanos a través de los diferentes programas sociales.

A nivel de trabajo comunitario o de grupo el trabajador social impulsa la idea de participación y organización dentro de las políticas sociales como si existieran condiciones y oportunidades para que la sociedad participe en la programación, ejecución y supervisión de los programas sociales; teniendo en cuenta que ni siquiera este profesional participa en la elaboración, planeación de las políticas; se limita, como lo planteábamos anteriormente, a la ejecución de las mismas. Específicamente en cuanto a políticas sociales de salud, el desarrollo del trabajo social no se ha dado independientemente del desarrollo de las políticas de salud, ya que ha evolucionado de acuerdo a los cambios, instrumentos e ideología que sustentan las políticas y planes de salud; a medida que el sector salud se moderniza, Trabajo Social en el área de rehabilitación comienza a ser elemento de apoyo y sus acciones se centran a nivel de la prevención y promoción, la participación del profesional implica tener como propios los objetivos que el sistema nacional de salud plantea en cuanto a rehabilitación; por lo tanto cada quehacer está determinado, supervisado y evaluado.

Trabajo Social como elemento de apoyo a los programas de salud, "Le corresponde integrarse a los diferentes niveles con el fin de que estos incorporen los factores socioeconómicos y culturales de la población al estudio, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los problemas de salud y de que las comunidades utilicen adecuadamente los servicios mediante su participación activa, consciente, y sistemática en la prestación de los mismos". 12

Trabajo Social no participa en la definición de políticas ya sea de atención a las personas o de atención al medio, es un convidado de apoyo para que estas políticas puedan ser puestas en práctica. Lo anterior demuestra que el bienestar no es más que el logro de las mejores condiciones de vida en cada uno de los aspectos del hombre y la sociedad. Condiciones que, la Liga Colombiana contra la Epilepsia busca a través de un tratamiento integral a las personas que sufren crisis convulsivas epilépticas, en donde el Trabajador Social se plantea como profesional activo, eficaz y consecuente con la realidad nacional.

Para relacionar inteligentemente los problemas de enfermedad e in-

¹² Ministerio de Salud, Estructura y Organización de Trabajo Social en el Sistema Nacional de Salud. Bogotá julio 1963.

capacidad, los trabajadores sociales especializados en el área hospitalaria deben tener un conocimiento no muy superficial de los síntomas, procedimientos de diagnóstico, métodos de tratamiento, recursos médicos y de rehabilitación". 13.

A nivel general uno de los objetivos primordiales de nuestro accionar en este campo es la educación social como un medio de erradicar todas aquellas creencias, ideas y actitudes que el individuo y la sociedad afrontan ante la problemática; si tenemos en cuenta que la mayoría de las personas adscritas a la Liga y sus grupos de referencia desconocen en su totalidad lo que es en sí la epilepsia y las repercusiones que trae consigo el no controlarla debidamente.

Como en todas las instituciones enmarcadas por las características de nuestro sistema, las acciones realizadas por el Departamento de Trabajo Social no han estado exentas de limitaciones en la medida que se está haciendo necesario el auspicio monetario y de recursos materiales de la institución. En la educación socializante que se puede impartir a los pacientes y su familia, por ejem-

¹³ OPHAM Francis, *Current Trends in health Care. A Dynamic approach to illness, family Service association of América. N.Y. 1953. Página 8*

plo, se obstaculiza por la ausencia asidua que generan los controles médicos, ya que estos se dan por lo general cada uno o dos meses de acuerdo a la necesidad y característica que demande el paciente; anexándole a todo esto que la mayoría de los pacientes son de estratos bajos y viven en zonas marginadas y la institución no cuenta con un medio de transporte que permita la comunicación constante con ellos, pues la participación activa de los pacientes de la institución no es proceso de un período de tiempo específico, sino que se hace necesario que sea permanente en la medida que estos tomen conciencia de su situación.

Lo anterior impide la realización de visitas domiciliarias como instrumento de la educación social, que nos van a permitir un contacto no solamente con el paciente sino con un medio familiar; esto no significa que estas visitas no se le hagan a los pacientes que han necesitado de un tratamiento social, el cual se realiza con el esfuerzo propio de los profesionales.

Nuestro accionar centra su atención en el estudio de los problemas que presenta el paciente; las características biológicas, el concepto que tiene de si mismo con respecto a sus diferentes relaciones, la composición del grupo familiar, los aspectos socio-económicos y culturales que están actuando en la vida del grupo familiar, el funcionamiento general de la familia como sistema

social; ya que además de formar parte vital en el proceso de rehabilitación, las terapias familiares permiten abordar la problemática individual dentro de la familia con beneficios para ambos, no buscando cambios individuales sino en el grupo familiar que repercutirá en cada miembro de la familia y la estructura familiar.

Esta relación trabajador social - paciente - grupo familiar, ha permitido el cambio de actitudes de los pacientes hacia las actividades de integración, dejando entrever la importancia de nuestro accionar si tenemos en cuenta que las actividades del trabajador social se realizan a nivel intra y extramural en donde el individuo es el central de nuestra intervención. Los resultados que se han obtenido sobre el grupo familiar de los pacientes, ha permitido la creación de una visión diferente intervencionista y modificadora del profesional en la Liga.

Para esto se ha contado con el apoyo del personal médico y paramédico de la institución quienes ven al trabajador social como un elemento clave para la rehabilitación bio-psicosocial de las personas que padecen crisis convulsivas epilépticas.

La labor en que realiza el trabajador social en la Liga se mide a través de la aceptación que este profesional tiene en los pa-

cientes. El 70% de los usuarios han variado su concepción asistencialista y benefactora que tenían respecto a Trabajo Social así como también los profesionales de otras áreas teniendo en cuenta que en un principio el paciente y su grupo familiar llegaba al profesional de trabajo social considerando que éste estaba obligado a proporcionarle los elementos materiales que necesitase, dado la situación económica que viven los pacientes, todo esto como consecuencia de la mala interpretación, y poco conocimiento de nuestra intervención se crea así un ambiente hostil y limitado en las interrelaciones, pero con la utilización de instrumentos de trabajo que nos permitan llegar a esas personas anteponiendo siempre los principios profesionales de nuestra carrera se logró mejorar la intervención y cambiar la imagen.

Todas estas situaciones, inciden directamente en el proceso de intervención profesional quienes han tratado de superar todos los obstáculos a través de un plan de trabajo que lleva intrínseco actividades tendientes a la rehabilitación social del paciente y su bienestar social. Dicho plan de trabajo ha sido eficaz en la medida en que proyectos tales como orientación biopsicosocial, formación de padres de familia, grupo de damas voluntarias, etc. han sido aceptados por el grupo afectado, contribuyendo, aún cuando de manera paulatina al esclarecimiento de inquietudes y dudas acerca del síndrome.

A nivel general, el Departamento tiene como finalidad el análisis e intervención profesional frente aquellas situaciones sociales que se convierten en obstáculo para la rehabilitación social del paciente epiléptico y para su integración al funcionamiento social, el cual ha laborado satisfactoriamente en la medida de las posibilidades lo han permitido, no aislando en ningún momento las teorías reconceptualizadoras de la profesión y mucho menos su objetivo fundamental que es el bienestar socializado de las funciones generales al caso específico de la Liga Colombiana contra la epilepsia, Capítulo del Atlántico.

3.5. NECESIDADES DE IMPLEMENTACION DE LA LIGA COLOMBIANA CONTRA LA EPILEPSIA, CAPITULO DEL ATLANTICO

La Liga Colombiana contra la Epilepsia, Capítulo del Atlántico cuenta con un cuerpo de profesionales adscritos a ella por el vínculo voluntario, entre estos tenemos:

Médicos Especialistas	3
Médicos Generales	7
Psicólogos	4
Trabajadores Sociales	3

Cuenta además la Liga con un cuerpo técnico-administrativo, com-

puesto por la Secretaria la cual debenga sueldo, por una tesorera voluntaria, un director y un vicepresidente de la junta directiva.

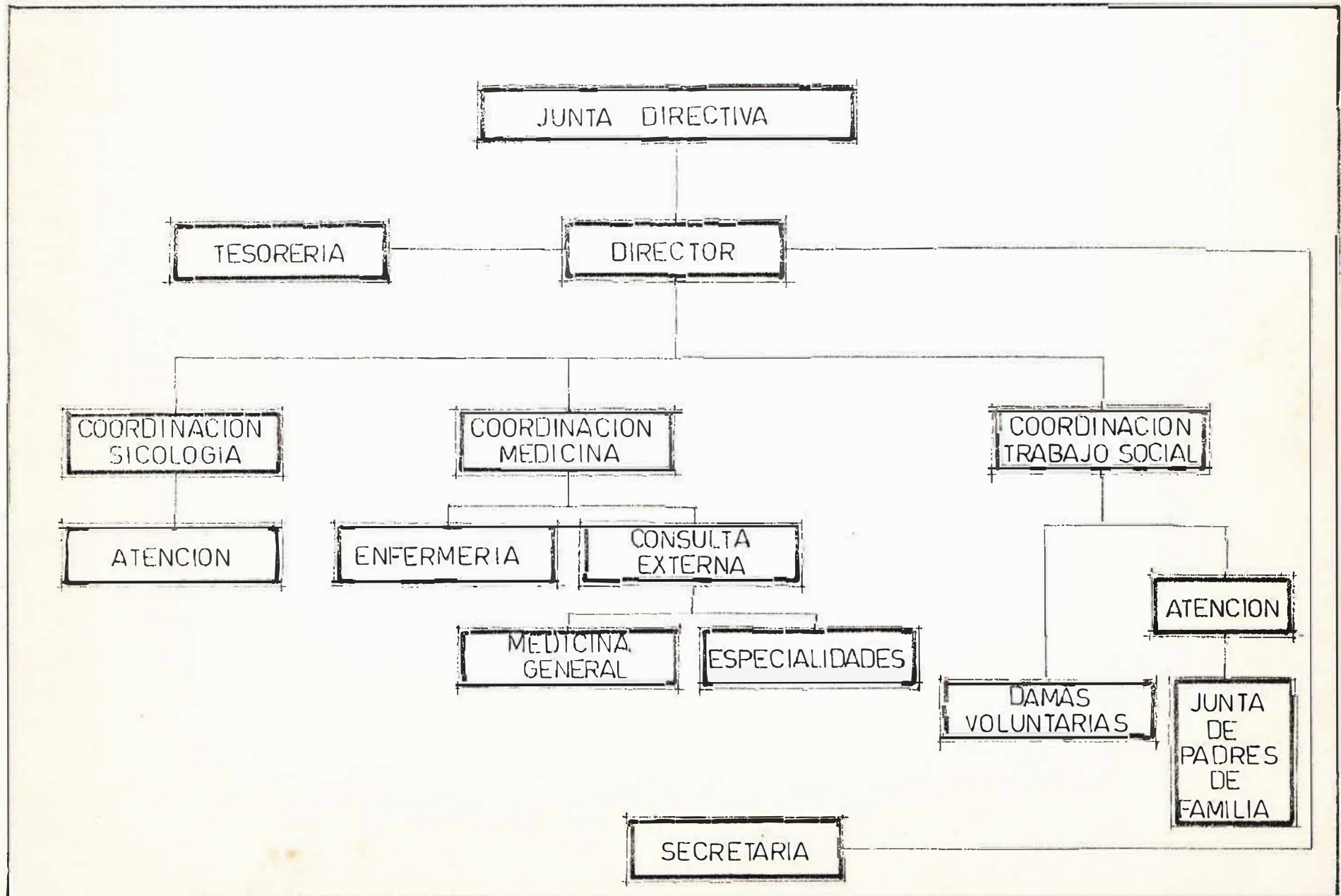
La administración de la Liga está determinada por una junta directiva quien tiene la responsabilidad de elaborar políticas, desde el punto de vista social y económico.

Un director nombrado por la junta directiva, éste se encarga de ejecutar las políticas de la Liga en colaboración con los coordinadores de cada departamento. El coordinador científico nombrado por el director quien está trabajando con los coordinadores de departamento Trabajo Social, Psicología, Medicina, son profesionales en cada rama señalada y son los que dirigen el trabajo de cada departamento. (Ver Organigrama).

- AFLUENCIA DE PACIENTES A LA LIGA COLOMBIANA CONTRA LA EPILEPSIA, CAPITULO DEL ATLANTICO

La Liga Colombiana Contra la Epilepsia, Capítulo del Atlántico, tiene una afluencia de 7 pacientes diarios entre ellos pacientes a control y por primera vez, para un total de 35 pacientes semanales.

ORGANIGRAMA



El total de pacientes atendidos en la Liga Colombiana Contra la Epilepsia, Capítulo del Atlántico, desde 1978 hasta 1983 es de 1.088. La población total de enfermos se calcula en unos 5.000 pacientes, esto supone que el resto de pacientes no atendidos 3.912 están vinculados a otras instituciones de salud (clínicas, hospitales).

- PRESUPUESTO DE GASTOS DE LA LIGA COLOMBIANA CONTRA LA EPILEPSIA, CAPITULO DEL ATLANTICO

Planteamos aquí los gastos y los ingresos que tiene la Liga Colombiana Contra la Epilepsia, para establecer el número de médicos y demás profesionales así como el personal administrativo, teniendo en cuenta el número de pacientes que tiene la Liga, y tomando el número de pacientes que se atiende diariamente.

Partimos por señalar que el Ministerio de Salud ha establecido un límite de 15 minutos por la atención de un paciente; sin embargo, para el caso de la LICCE hemos considerado un tiempo de 20 minutos por cuanto son considerados pacientes especiales.

Teniendo en cuenta estos datos tendríamos: que para atender la población de pacientes adscritos a la Liga (ya señalada) serían 2 médicos trabajando 4 horas diarias; 1 especialista trabajando 2

horas semanales (neurólogo), el resto de especialista - psiquiatra, neuropediatra- se contratarían a través de convenio.

Los profesionales del área social, Trabajo Social, Psicología, sería: para Trabajo Social, 1 trabajador social de tiempo completo y de igual manera 1 psicólogo de tiempo completo.

Si tomamos el total de egresos y lo dividimos con el total de pacientes tendremos el costo de cada paciente diario el cual sería de \$2.498 pesos, multiplicando esto con el total de pacientes atendidos tendríamos \$2.718.232 pesos.

Si se aspira a que la Liga atienda el total de la población con síndrome de epilepsia del Atlántico, que según datos del último congreso nacional sobre actualización de epilepsia, sería de 5.000 pacientes lo que significa un costo de \$12.490.000. pesos anuales.

NOMINA DE LOS EGRESOS E INGRESOS DE LA LIGA COLOMBIANA CON-
TRA LA EPILEPSIA, CAPITULO DEL ATLANTICO

PROFESIONALES	MENSUAL	ANUAL
Médicos Especialistas	\$12.000.00	\$144.000.00
Médicos Generales	20.000.00	240.000.00
Trabajador Social	18.000.00	216.000.00
Sicología	<u>18.000.00</u>	216.000.00
Subtotal	\$68.000.00	
Auxiliar de Enfermería	12.000.00	144.000.00
Técnica de E.E.G. M/t	<u>7.000.00</u>	<u>84.000.00</u>
	\$87.000.00	
Total anual		\$1.044.000
La parte administrativa tiene un gasto así:		
Director	\$35.000.00	\$420.000.00
Contador-tesorero	15.000.00	180.000.00
Secretaria	13.000.00	156.000.00
Aseador	5.500.00	66.000.00
Mensajero M/t	5.500.00	66.000.00
Celador	<u>11.000.00</u>	<u>132.000.00</u>
	\$85.000.00	
TOTAL ANUAL		\$1.020.000.00

Costo Mantenimiento

Equipo Médico (E.E.G.)	\$ 4.167.00	\$50.000.00
Equipo Técnico (Maq. Esc)		10.000.00
Arriendo	25.000.00	300.000.00
Enseres o Muebles de ofic.		131.800.00
Varios	3.000.00	36.000.00
Papelería y utiles de of.	4.536.00	54.432.00
Servicios (agua - luz, telf.)	<u>6.000.00</u>	<u>72.000.00</u>
	42.703.00	
TOTAL ANUAL		\$654.232.00

TOTAL ANUAL DE EGRESOS \$2.718.232.00

INGRESOS

Por consulta	\$42.000.00	\$504.000.00
Venta de drogas	<u>6.000.00</u>	<u>72.000.00</u>
	\$48.000.00	
TOTAL ANUAL		\$576.000.00

TOTAL DEFICIT PRESUPUESTAL \$2.142.232.00

El incremento del presupuesto de la Liga no puede seguir dándose a través del cobro de consultas y venta de anticonvulsivantes por que esto no alcanza a cubrir los gastos, por tanto el gobierno debe incluirle una partida dentro del presupuesto de salud del

Atlántico, para que pueda tener mejor solvencia y una atención diagnóstica y un tratamiento integral tal como lo exige la profilaxis del paciente epiléptico que solicita el servicio.

RECOMENDACIONES

Con este trabajo hemos logrado plantear un análisis estadístico y científico sobre la problemática de el individuo que padece epilepsia, dimos a conocer las circunstancias que obstaculizan su tratamiento integral y planteamos unas conclusiones como alternativas de solución en la Liga Colombiana contra la Epilepsia además de cumplir nuestro objetivo, hemos reflejado el deseo de la institución y sus colaboradores. Somos conscientes que ellos están trabajando por conseguirlo, pero era necesario la presencia de un estudio como este, por lo tanto, solo les recomendamos que no desistan de su empeño por conseguir los recursos necesarios para brindar un buen tratamiento integral al paciente epiléptico; las crisis sufridas durante todos estos años, deben ser la pauta para perseverar.

Sólo nos resta desde estas páginas, recomendarle al Estado y sus organismos gubernamentales aunar esfuerzos para lograr cobijar a la mayoría de la población a través de sus políticas sociales, expresando en la práctica el objetivo para el cual han sido creados, e incluir dentro de sus nóminas de auxilios, a instituciones que como la Liga Colombiana contra la Epilepsia Capítulo del

Atlántico, sólo buscan el bienestar de sus pacientes previniendo, tratando y rehabilitando a las personas que padecen el síndrome y crear instituciones de rehabilitación que cobijen a toda la población afectada.

De el grupo de trabajo de el Departamento de Trabajo Social esperamos que durante el transcurso de el año en laboral, nos colaboren en la realización del programa de prevención de la epilepsia en compañía del Comité Científico como un aporte al desarrollo científico de la institución y al bienestar de la población.

BIBLIOGRAFIA

- ALVAREZ Orion, MENESES Aristides, Técnicas Administrativas. 1^o Edición. Medellín, Colombia, 1982. página 94.
- AMITAI Etzioni, Organizaciones Modernas. Editorial Ultrea. México, 1965. página 120.
- ANDER EGG Ezequiel, Diccionario de Trabajo Social. Editorial Ecro, Buenos Aires, Argentina, 1974. página 287.
- , Técnicas de Investigación Social. Editorial EL CID, Buenos Aires, Argentina, 1979 página 315.
- BERGEN Milton M. Cómo Trabajar con Pacientes. Editorial Concepto S.A. México, 1979 Pag. 294.
- BUSTAMANTE Ernesto, RECAGNO Juan y otros, Neurología. Editorial El Ateneo. Buenos Aires, junio 1983, página 700.
- CALVO NUÑEZ Haroldo, Nuevo enfoque de la Salud en Colombia; un reto y una progresiva realidad. Bogotá, Colombia, 1979. páginas 210.
- DIESTER Zschsk, Financiamiento de la Salud en el primer Mundo.
- DOCUMENTO GEIGY, La Epilepsia en la práctica, 1980
- DOCUMENTO DE MERCK S.A. Manejo de Anticonvulsivos, 1980.
- FRANCES Upham, Current Trends in health care. A. Dynamic, Approach to illness, family Service. Association of América N.Y. 1953, páginas.

- HOTON Roberto L. Problemas Sociales. Editorial El Ateneo, Buenos Aires, Argentina, 1978. páginas 148.
- KISNERMAN Natalio, Salud Pública y Trabajo Social. Editorial Hymánitas, Buenos Aires, Argentina, 1979. Páginas 238.
- LADRON DE GUEVARA Laureano, Metodología de la investigación Científica. Editorial USTA, Bogotá, Colombia, 1978. Pag. 276.
- LIMA Boris A. Contribución a la Metodología del Trabajo Social. Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela. 1977. página 199.
- MEMORIAS III CONGRESO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL. Trabajo Social en la realidad Nacional. Medellín, Colombia, 1981.
- OSORIO Carlos, Metodología de la intervención del Trabajo Social, Barranquilla, Colombia, 1983. pags. 159.
- REVISTA DE TRABAJO SOCIAL No. 16. Bogotá e tiembre 1982. página 63.
- REVISTA DE TRABAJO SOCIAL No. 18. Bogotá, abril 1983 pags. 75.
- REVISTA No. 5. Acción Crítica. Celats Alaets, abril 1979. pags 77 Lima, Perú
- REVISTA No. 7 Acción Crítica, Celats Alaets, Lima, Perú, julio 1980. páginas 76.
- REVISTA No. 2, 3, y 4 de 1982. Epilepsia en Colombia, Cartagena
- REVISTA No. 3, 4, y 5 de 1983 Epilepsia en Colombia, Cartagena
- REVISTA No. 1 de 1984. Epilepsia en Colombia. Cartagena.
- PLAN DE DESARROLLO ECONOMICO Y SOCIAL "Cambio con Equidad". Doctor BELISARIO BETANCUR CUARTAS, 1983. Departamento de Planeación Nacional, Bogotá.

PLAN DE INTEGRACION NACIONAL "PIN" Doctor JULIO CESAR TURBAY
AYALA, 1979.

VITORIOSO DE LIDIA C. Trabajo Médico Social. Editorial Humanitas
Buenos Aires, páginas 59.

ANEXO 1

Necesidades más sentidas y reconocidas por los profesionales para el buen funcionamiento de institución y una mejor atención al paciente son las siguientes:

- Un electroencefalografo
- Un negatoscopio
- Un equipo de órganos de los sentidos
- Un martillo de reflejos
- Una Balanza
- Un tensiómetro
- Una lámpara de exploración
- Un fonendoscopio
- Dos camillas
- Estantes para drogas
- Una sala de espera
- Un divan
- Juegos didácticos
- Cuatro escritorios con sus sillas
- Ocho sillas. Dos para cada consultorio
- Tres archivos

Una mesa para conferencia

Una máquina de escribir

Carteleras

Papelería:

Historias para Trabajo Social

Historias Clínicas

Historias Psicológicas

Fichas médicas

Folders

Ganchos

Block tamaño oficio y carta

Marcadores

Recetarios

Cartulinas

Bolígrafos

Cinta para máquina

Cinta pegante

Memos

Seis abanicos

Neveras

ANEXO 2

EPILEPSIA EN COLOMBIA (ATLANTICO)

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

CAMPO _____

TIEMPO DE EJERCICIO _____

1. Considera usted que un paciente con epilepsia se encuentra capacitado para:

- a. Estudiar _____
- b. Trabajar _____
- c. Prestar servicio militar _____
- d. Conformar un hogar _____
- e. Ser profesional en cualquier área _____
- f. No es apto _____

2. Qué tipo de trabajo no aconsejaría usted a un paciente epiléptico controlado. _____

3. Considera que el paciente con epilepsia es un enfermo mental?

SI _____

NO _____

Continuación anexo 2

4. Considera usted que la comunidad en general conoce los aspectos relacionados con la epilepsia?

SI _____ NO _____

Por qué _____

5. En qué estrato social presume usted que se presenta el mayor índice de individuos con epilepsia?

Tugurios _____

Bajo _____

Medio _____

Alto _____

Otro _____

6. Cuando un individuo convulsiona estando usted presente

Le lleva a un centro de Salud _____

Le es indiferente _____

Espera que alguno de los presentes actúe _____

Procura evitar la situación _____

7. Considera usted que el grupo más importante en la Rehabilitación del epiléptico es:

Familia _____

Continuación anexo 2

Amigos _____

Brujo _____

Profesionales _____

Empresa _____

Colegio _____

8. Escoja la aseveración más acertada

- a. La epilepsia es una enfermedad Hereditaria que se caracteriza por cuadro convulsivo que se repite en el tiempo acompañada casi siempre de alteraciones E E G.
- b. Enfermedad mental que se caracteriza por convulsiones, pérdida de la conciencia en todos los casos y deterioro progresivo de la personalidad.
- c. La epilepsia es un desorden del S N C que está caracterizada por alteraciones incontroladas de la actividad eléctrica cerebral, recurrencia y muchas veces cambios de la conciencia de la persona.
- d. Esta entidad nosológica se asocia siempre a déficit neurológico severo y/o Retardo mental.

9. piensa usted que la sobreprotección o aislamiento familiar es un factor que influye en la identidad del epiléptico?

SI _____

NO _____

Continuación anexo 2

Por qué? _____

10. Cuáles tipo de epilepsia conoce?

11. Conoce usted alguna Institución que se dedique exclusivamen-
te al tratamiento integral del epiléptico? Cuál?.

ANEXO 3

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

CAMPO _____

TIEMPO DE EJERCICIO _____

1. Qué concepto tiene usted sobre Epilepsia?

2. Qué actitud toma usted ante la presencia de una persona convulsionando:
 - a. Lo lleva a un Centro de Salud _____
 - b. Le es indiferente _____
 - c. Espera que alguno de los presente actúe _____
 - d. Procura evitar la situación _____

3. considera usted al individuo con epilepsia un enfermo mental:

SI _____

NO _____

Continuación anexo 3

4. Créé usted que la epilepsia es producto de la:

- a. Herencia _____
- b. Accidente _____
- c. Mal de ojo _____
- d. Cambio de luna _____
- e. Traumas durante el parto _____
- f. Problemas en el embarazo _____

5. Créé usted que el individuo con epilepsia puede:

- a. Trabajar _____
- b. Estudiar _____
- c. Prestar el Servicio Militar _____
- d. Conformar un hogar _____
- e. Ser Profesional _____
- f. No es apto _____

6. Considera que el individuo con epilepsia puede desempeñarse en la sociedad como un ser normal?

SI _____

NO _____

7. Cuando una persona con epilepsia le brinda ayuda demostrando que posee capacidades e iniciativas, usted.

- a. Le reconoce sus ideas y opiniones _____
 - b. Piensa que no tiene importancia _____
 - c. Las reconoce a medias _____
 - d. Algunas veces las reconoce _____
 - e. No las reconoce _____
8. Considera usted que un epiléptico debe tener:
- a. Demasiado apoyo _____
 - b. Frecuentemente apoyado _____
 - c. Apoyado _____
 - d. Poco apoyo _____
 - e. Ningún apoyo _____
9. Créé usted que al individuo con epilepsia debe darsele la misma participación en los planes y programas que se desarrollan al interior del grupo, está:
- a. Totalmente de acuerdo _____
 - b. De acuerdo en ciertos aspectos _____
 - c. Indeciso _____
 - d. En desacuerdo _____
 - e. Totalmente en desacuerdo _____

ANEXO 4

ETIOLOGIA Y EDAD

En el paciente con un trastorno convulsivo, la posible causa varía grandemente en función de la edad. La siguiente es una breve guía etiológica de las convulsiones recurrentes según la edad.

1. RECIEN NACIDO (1 mes)

Anoxia y trauma perinatal

Hipoglicemia

Hipomagnesemia

Meningitis y Sepsis

Deficiencia de vitamina B.

2. LACTANTE (0 - 2 años)

Malformaciones congénitas

Trauma y anoxia perinatal

Problemas metabólicos

Hipoglicemia, hipocalcemia

Hipomagnesemia, Leniketonoria

Continuación anexo 4

Deficiencia de vitamina B6

3. INFANCIA (2 - 10 años)

Anoxia Obstétrica o trauma perinatal

Trauma craneano

Infecciones

Trombosis vascular arterial o venosa

Epilepsia ideopática genética, pequeño mal

4. ADOLESCENCIA (10 - 18 años)

Epilepsia ideopática, tipo gran mal

Trauma craneano

Defectos congénitos

5. ADULTO JOVEN (16 - 25 años)

Epilepsia ideopática, tipo gran mal

Trauma craneano

Alcoholismo

Tumores cerebrales

Adicción a las drogas

Continuación anexo 4

6. ADULTO (35 - 60 años)

Alcoholismo

Trauma craneano

Tumores cerebrales

Enfermedad vascular cerebral

Adicción a las drogas

7. SENECTUD (más de 60 años)

Enfermedad vascular cerebral

Tumor cerebral

Enfermedades degenerativas

ANEXO 5

CAUSAS DE LA EPILEPSIA

1. FACTORES GENETICOS Y PERINATALES

- Factores hereditarios (epilepsia genética, ideopática, esencial o criptógena).
- Malformaciones congénitas (incluye alteraciones cromosómicas)
- Factores prenatales (infecciones, drogas, anoxia fetal).
- Factores obstétricos (parto traumático, anoxia neonatal, infección neonatal).

2. ENFERMEDADES INFECCIOSAS

- Meningitis
- Eupiema
- Absceso cerebral
- Encefalitis
- Neuro-sífilis

Continuación anexo 5

3. FACTORES TOXICOS

- Químicos inorgánicos (monóxido de carbono)
- Metales (plomo, mercurio)
- Químicos orgánicos (alcoholes)
- Drogadicción y abstinencia
- Alergia

4. TRAUMA Y AGENTES FISICOS

- Trauma craneoencefálico agudo
- Hematoma subdural o epidural
- Cicatriz meningocerebral postraumática
- Anoxia

5. FACTORES CIRCULATORIOS

- Hemorragia subaracnoidea y cerebral
- Trombosis de venas y senos venenosos
- Infarto cerebral (embólico - trombótico)
- Encefalopatía hipertensiva
- Síncope cardiovascular (stokes-adams)

6. FACTORES METABOLICOS Y NUTRICIONALES

- Trastornos hidroelectrolíticos (hiponatremia, hipocalcemia, hi-

Continuación anexo 5

potasemia, deshidratación)

- Hipoglicemia
- Aminoácidos
- Diferencia vitamínica: B₆ (Piridoxina)
- Embarazo: Toxemia y eclampsia

7. TUMORES

- Neurales (gliomas, meningiomas)
- Metastásicos (pulmón, seno, melanoma)
- Linfoma y leucemia
- Vasculares y malformaciones arteriovenosas

8. OTRAS

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR SEXO Y EDAD

SEXO EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
		%		%		%
0 - 10	41	25.8	29	20.5	70	23.3
11 - 20	72	45.4	67	47.5	139	46.4
21 - 30	36	22.6	33	23.4	69	23.0
31 - 40	8	5.0	5	3.6	13	4.3
41 - 50	1	0.6	7	5.0	8	2.7
51 - 60	1	0.6	0	0	1	0.3
61 -	0	0	0	0	0	0
TOTAL	159	100	141	100	300	100

CUADRO N°1

FUENTE - INSTRUMENTO DE INVESTIGACION.

TIPO DE EPILEPSIA Y EDAD DE EL PACIENTE

TIPO DE EPILEPSIA EDAD		TONICA CLONICA GENERALIZADA				FOCALIZADA					
		MASCULINO	%	FEMENINO	%	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL	%
0	10	33	22.3	25	21.4	7	41.2	5	27.8	70	23.3
11	20	68	45.9	53	45.3	8	41	10	55.5	139	46.4
21	30	36	24.3	28	23.9	2	11.8	3	16.7	69	23.0
31	40	8	5.4	5	4.3	0	0	0	0	13	4.3
41	50	2	1.4	6	5.1	0	0	0	0	8	2.7
51	60	1	0.7	0	0	0	0	0	0	1	0.3
61		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		148	100	117	100	17	100	18	100	300	100

CUADRO N-2

FUENTE - INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

CARACTERISTICAS ECONOMICAS DE EL PACIENTE DE LA LIGA C/BIANA CONTRA LA EPILEPSIA

OCUPACION INGRESO FAMILIAR	ESTUDIANTE		EMPLEADO		SUBEMPLEADO		DESOCUPADO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
0 — 2900	18	16.2	0	0	2	4.8	19	13.9	39	13
2.091 — 5.900	55	49.6	2	20	20	47.6	57	41.6	134	44.7
5.901 — 8.900	31	27.9	8	80	15	35.7	52	37.9	106	35.3
8.901 —	7	6.3	0	0	5	11.9	9	6.6	21	7
TOTAL	111	100	10	100	42	100	137	100	300	100

CUADRO N-3

FUENTE — INSTRUMENTO DE INVESTIGACION.

ZONA RESIDENCIAL Y AÑO DE AFILIACION DE EL PACIENTE

ZONA RESIDENCIAL AÑO DE AFILIACION	ATLANTICO		MAGDALENA		SUCRE	
		%		%		%
78	130	47.3	10	60.7	0	0
79	70	25.2	2	13.3	0	0
80	16	5.8	0	0	0	0
81	18	6.6	0	0	1	50
82	11	4.0	1	6.7	0	0
83	14	5.0	0	0	0	0
84	16	5.8	2	13.3	1	50
TOTAL	275	100	15	100	2	100

CUADRO N-4

FUENTE - IN

EN LA LICCE

CORDOBA	%	OTROS	%	TOTAL	%
0	0	5	71.4	145	48.4
0	0	0	0	72	24
0	0	0	0	16	5.4
0	0	0	0	19	6.3
0	0	1	1.43	13	4.3
1	100	0	0	15	5
0	0	1	14.3	20	6.6
1	100	7	100	300	100

STRUMENTO DE INVESTIGACION.

ANEXO

Este estudio estadístico fue realizado tomando como base el 30% de las personas afiliadas a la institución desde sus comienzos se observa que la epilepsia es más frecuente en las personas adolescentes (11 - 20 años) (ver Tabla 2); con mayor frecuencia en el sexo femenino con predominio de la conocida epilepsia focalizada. En sexo masculino se nota con mayor porcentaje el tipo de epilepsia tónico clónica generalizada. En cuanto a esto, no se han establecido causas médicas en tanto que son los primeros datos sistematizados por la institución, esto lógicamente ha despertado el interés de los profesionales en medicina y del área social que están vinculados a la LICCE para establecer las causas que conllevan a la niñez y al adolescente a ser más asequibles a las crisis convulsivas de la epilepsia.

El tratamiento que se le ha dado a estos pacientes ha sido inicialmente de control de las crisis, posteriormente se hace una integración del paciente, al grupo de pacientes que atiende la Liga; se comienza con un trabajo de terapia para que este se familiarice con todo lo relacionado con su padecimiento, aprenda a mirarlo como algo normal, de tal manera que no se atemorice

ante las nuevas situaciones que le toca vivir, dado el concepto negativo que se tiene de la enfermedad y las causas posteriores a esto; de ahí se empieza un trabajo de educación socializante que se continua a través de charlas vinculadas con las actividades de la institución. En todas estas acciones se involucra a la familia, las instituciones y la comunidad que en una u otra forma tienen que ver con el paciente.