



ORIGINAL

Cohesión y adaptabilidad familiar en mujeres con epilepsia: estudio transversal analítico



José Manuel Ornelas-Aguirre^{a,b,*} y Oneida Sánchez-Castro^c

^a División de Investigación, Hospital de Especialidades N. 2, Unidad Médica de Alta Especialidad, Centro Médico Nacional del Noroeste, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad Obregón, Sonora, México

^b Departamento de Medicina, Universidad de Sonora, Campus Cajéme, Ciudad Obregón, Sonora, México

^c Unidad de Medicina Familiar N. 1, Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional del Noroeste, Ciudad Obregón, Sonora, México

Recibido el 10 de julio de 2013; aceptado el 20 de octubre de 2013

Disponible en Internet el 1 de enero de 2014

PALABRAS CLAVE

Epilepsia;
Estigma social;
Relaciones familiares;
Familiares

Resumen

Objetivo: Probar la hipótesis de que las mujeres con epilepsia pertenecen a familias con deficiencias en la cohesión y adaptabilidad a la enfermedad, en comparación con mujeres sanas.

Diseño: Estudio transversal analítico.

Emplazamiento: Se incluyó de forma retrospectiva a 263 mujeres de la consulta externa del servicio de neurología y una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en Sonora (México), entre 2010 y 2011.

Participantes: Ochenta y dos mujeres epilépticas (casos) y 181 mujeres sanas (grupo control). Muestra apareada por edad y zona de residencia (1:2,2).

Mediciones principales: Se realizó un análisis univariado para variables sociodemográficas, tipología familiar, nivel socioeconómico y nivel de cohesión-adaptabilidad familiar con el cuestionario FACES III. Un análisis con regresión logística se realizó para aquellas variables asociadas a disfunción familiar en mujeres con y sin epilepsia.

Resultados: Se encontró disfunción familiar en el 22% de las mujeres epilépticas (RM=2,91 [2,17-3,89]; p=0,0001). El análisis univariado sugirió asociación para presencia de epilepsia, edad, evolución mayor a 15 años con epilepsia, tipología familiar (rural, urbana y tradicional) contra la presencia de disfunción familiar. El modelo de regresión logística confirmó asociación solo para la presencia de epilepsia (RM=7,30 [4,00-13,33]; p=0,0001).

Conclusión: El estudio responde la hipótesis de que mujeres con epilepsia viven con familias con mayor deterioro psicosocial, manifestado por deficiencias en la cohesión y adaptabilidad a la enfermedad, en comparación con mujeres sanas.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmoapat@me.com (J.M. Ornelas-Aguirre).

KEYWORDS

Epilepsy;
Social stigma;
Family relations;
Relatives

Cohesion and family adaptability in women with epilepsy: Cross-sectional study

Abstract Objective To test the hypothesis that women with epilepsy come from families with poor cohesion and adaptability to the disease, compared with healthy women.

Design Cross-sectional study.

Setting A retrospective study was done on 263 women from a neurology outpatient department and a family medicine unit from the Mexican Social Security Institute in Sonora (Mexico) between 2010 and 2011.

Participants Were 82 women with epilepsy (cases), and 181 healthy women (control group). Age and area of residence was utilized to pair the sample (1:2,2).

Measurements Univariate analysis was performed for socio-demographic variables, family type, socio-economic status, level of cohesion and family adaptability based on FACES III. A logistic regression analysis was performed for those variables that were associated with functionality of family in women with and without epilepsy.

Results A family dysfunction were found in 22% of epileptic women (OR = 2.91 [2.17, 3.89], $p=0.0001$). Univariate analysis suggested the presence of epilepsy and of family dysfunction associated with age, disease more than 15 years of evolution, and family type (rural, urban and traditional). The logistic regression model confirmed an association only for presence of epilepsy (OR = 7.30 [4.00, 13.33], $p=0.0001$).

Conclusion The study answers the hypothesis that women with epilepsy live in families with greater psychosocial impairment, manifested by deficiencies in cohesion and adaptability to the disease, compared with healthy women.

© 2013 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La epilepsia es uno de los trastornos neurológicos más comunes en todo el mundo, con una prevalencia de 6,8 por 1.000 habitantes y un riesgo acumulado a lo largo de la vida del 3%^{1,2}. El 25% de los casos son de difícil manejo, con repercusiones en el paciente y la familia^{3,4}. Las mujeres con epilepsia experimentan aislamiento social, baja autoestima^{5,6}, ansiedad⁷, estigmatización^{8,9}, falta de comprensión y desempleo¹⁰, que pueden ser problemáticos e incapacitantes¹¹.

Algunos estudios indican que los efectos negativos de la enfermedad disminuyen con apoyo familiar al enfermo^{12,13}. Sin embargo, ante la epilepsia, el apoyo familiar se ve afectado, con mayor tendencia a sobreproteger al enfermo, incluso ocultándolo a la sociedad¹⁴. Es sabido que las familias sometidas a un exceso de acontecimientos estresantes (como la epilepsia) tienen mayor riesgo de disfunción familiar, mal autocuidado^{15,16} y dificultad para adaptarse; incluso con desarrollo de conductas dañinas en el 89% de los casos¹⁷. Pocos estudios profundizan en los conflictos y las alteraciones en las familias de mujeres epilépticas¹⁸, y menos aun describen las intervenciones para paliar la disfunción familiar, la influencia de diferencias culturales, creencias, acceso al tratamiento, cumplimiento terapéutico y otros servicios de apoyo familiar. Además de eliminar las crisis convulsivas, también es importante lograr una adecuada adaptación psicosocial del paciente, disminuir los estigmas sociales y familiares, mejorar la calidad de vida y contribuir al bienestar de estas personas.

En el contexto del funcionamiento familiar, diversos son los instrumentos que han sido propuestos para estudiarlo¹⁹. La mayoría facilita la clasificación de las familias basándose en sus capacidades, necesidades, apoyos, recursos,

estrategias y respuestas ante acontecimientos. Uno de los más utilizados es el modelo circunflejo desarrollado por Olson et al. (1978)²⁰ y que ha tenido diversas versiones^{21,22}.

En México y Latinoamérica, no existe información detallada sobre el impacto que tiene la epilepsia en mujeres sobre las alteraciones de la dinámica familiar. El objetivo de este estudio es probar la hipótesis de que las mujeres con epilepsia pertenecen a familias con deficiencias en la cohesión y la adaptabilidad a la enfermedad, en comparación con mujeres sanas.

Material y métodos**Diseño: estudio transversal analítico**

Sujetos y ámbito del estudio: se incluyó, de manera retrospectiva mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, a 263 mujeres (epilépticas y no epilépticas). La presencia de epilepsia se definió en toda aquella mujer adulta (18-60 años) que hubiera tenido 2 o más crisis convulsivas de cualquier etiología durante su vida y que formara parte del censo total de mujeres epilépticas de nuestro hospital. Un total de 95 mujeres eran epilépticas, y de estas, 82 cumplieron los criterios de selección, que incluían: más de un año de evolución de su enfermedad, presencia de registros clínicos completos y control longitudinal con al menos 2 citas ya cumplidas en la consulta externa del servicio de neurología del Hospital de Especialidades del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Centro Médico Nacional del Noroeste en ciudad Obregón, Sonora (México), entre enero del 2010 y diciembre del 2011. El grupo de comparación estuvo conformado por 181 mujeres sanas, acompañantes de pacientes que acudían a la consulta de una unidad de

medicina familiar de la misma institución y ciudad, y que nunca habían experimentado un estado epiléptico. Al final, la muestra total fue pareada por edad y zona de residencia (urbana o rural) en una relación 1:2,2. Este estudio fue aprobado por el Comité Local de Investigación en Salud (2010-2602-17). Las mujeres aceptaron participar en el estudio mediante la firma de un consentimiento informado. Se excluyó a mujeres que no sabían leer ni escribir, con enfermedades crónico-degenerativas, cáncer, discapacidad física o mental, y las que no aceptaron participar en el estudio.

Mediciones

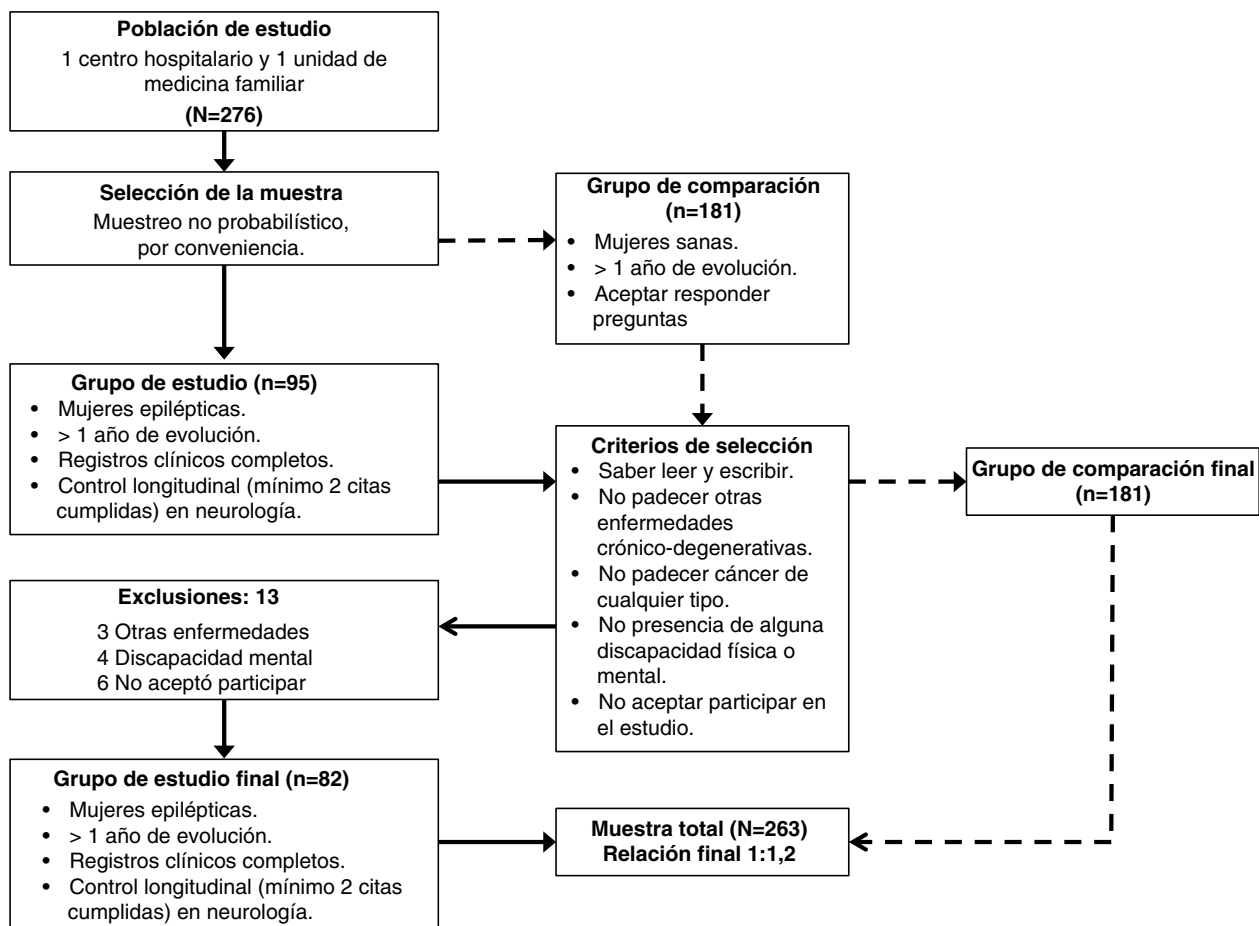
Se obtuvo información de variables sociodemográficas y médicas. Se interrogó acerca de la tipología familiar: desarrollo, demografía, integración, conformación y complicaciones para su desarrollo; posteriormente, se clasificó el nivel socioeconómico con el método de Graffar-Méndez Castellano²³, que utiliza 4 indicadores para su construcción: 1) procedencia del ingreso; 2) profesión del jefe del hogar; 3) nivel de instrucción de la madre, y 4) condiciones del alojamiento, que ha demostrado ser un método fiable, objetivo y sencillo de aplicar en comparación con otros existentes, ya que permite estratificar a los individuos de acuerdo con la distribución de bienes y servicios, deberes y derechos expresado a través de la disminución de oportunidades en el cabal desarrollo de su bienestar físico y psicosocial.

Posteriormente, se definió en cada mujer, la pertenencia a una familia tradicional o moderna, y al final, se les aplicó el cuestionario Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III (FACES III), validado en México²⁴, con un valor de alfa de Cronbach de 0,70. Este instrumento, desarrollado por Olson et al.²⁵ está constituido por reactivos planteados, como actitudes organizadas con una escala de puntuación tipo Likert de 1 a 5 (1 = nunca, 2 = casi nunca, 3 = algunas veces, 4 = casi siempre, 5 = siempre); las preguntas no se destinan a la cohesión y las pares, a la adaptabilidad, para una mejor interpretación. La puntuación final posible para cohesión y adaptabilidad se encuentra entre 10 y 50 puntos. Con los resultados anteriores, se definieron los subtipos de cohesión familiar: no relacionada,

semirrelacionada, relacionada y aglutinada. Para la adaptabilidad, se definieron como: rígida, estructurada, flexible y caótica. Con estos resultados, se clasificó la funcionalidad familiar^{26,27} mediante el modelo circunflejo de Olson en 3 categorías: equilibradas, medias y extremas, siendo las familias equilibradas aquellas que mejor se adaptaban a circunstancias estresantes y las familias extremas las que lo hacían con mayor dificultad. Si bien no es posible recomendar categóricamente un instrumento como el ideal para evaluar la función familiar; elegimos emplear el modelo de Olson en virtud de que ha sido uno de los más utilizados en el mundo. Su importancia se refleja en la capacidad de aunar la teoría, la investigación y su aplicación en el ámbito de la práctica clínica.

Análisis estadístico

Las variables categóricas fueron caracterizadas mediante distribución de frecuencias y porcentajes; se utilizaron medidas de tendencia central (media) y de variabilidad (desviación estándar) para las variables cuantitativas. La comparación de variables categóricas se realizó mediante la prueba de la ji al cuadrado de Pearson (χ^2) y corrección de Fisher, cuando las frecuencias esperadas eran menos de 5. Un análisis de regresión logística univariante se utilizó para identificar las variables que se asociaban a disfunción familiar. Las variables resultantes ($p < 0,200$) fueron incluidas en una regresión logística bivariada. De todas las variables analizadas, las que presentaban valores de «p» más altos se eliminaron a partir del modelo, y la regresión logística se llevó a cabo de nuevo utilizando las variables restantes. Este proceso se repitió sucesivamente y se completó cuando todas las variables utilizadas en el modelo fueron significativas ($p < 0,05$). Los resultados se expresaron en forma de razón de momios (RM) con intervalos de confianza del 95% (IC del 95%). Se evaluó la robustez del modelo sobre la base del área bajo la curva ROC y los supuestos del modelo se comprobaron mediante el cálculo de residuos. Un valor de «p» igual o menor a 0,05 fue considerado como estadísticamente significativo.



Esquema general del estudio: Estudio transversal y analítico para evaluar la cohesión y adaptabilidad familiar en mujeres con epilepsia.

Resultados

Características sociodemográficas y clínicas de la muestra (tabla 1)

En las mujeres estudiadas, el promedio de edad fue de 47 ± 10 años. El 14% de las epilépticas estaban casadas y de las no epilépticas lo estaban el 34%. La mayoría de las epilépticas tenían más de 5 años con la enfermedad. De la misma forma, la mayoría de las que radicaban en la ciudad eran epilépticas (27%). El resto de las mujeres vivían en zonas rurales, con una prevalencia de epilepsia mucho menor (4%). La mitad de las mujeres pertenecían a una familia tradicional (55%) y, en relación con su integración, el 38% eran integradas, el 15% semiintegradas y el 47% desintegradas.

Tipología, cohesión y adaptabilidad familiar (tabla 2)

En las mujeres con epilepsia de la ciudad, prevaleció un patrón extremo de cohesión de los tipos: *aglutinado* (28%) caracterizado por cercanía emocional y lealtad familiar extrema, interdependencia afectiva y extrema reactividad emocional, y el *no relacionado* (40%), donde, a diferencia

del anterior, existía una extrema separación emocional, falta de lealtad familiar y poco involucramiento entre sus miembros. En cambio, las familias rurales en su mayoría eran *relacionadas*, manifestado por mayor cercanía y lealtad emocional, con interacciones afectivas benéficas y adecuada cercanía parento-filial; algunas otras de las familias fueron *semirrelacionadas*, donde existía una mayor separación emocional, con ocasional lealtad familiar, límites parento-filiales claros donde el interés era focalizado fuera de la familia. De la misma forma, se observa una mayor tendencia al patrón extremo de cohesión (*aglutinado o no relacionado*) en el 71% de las familias, sin diferencia entre su nivel de desarrollo tradicional o moderna, en comparación con el 29% para familias que eran *relacionadas o semirrelacionadas* ($p=0,042$). No se encontraron diferencias significativas entre los patrones de cohesión y el nivel de integración de las familias ($p=0,530$). Por último, en la adaptabilidad, la mayoría de las familias urbanas tenían un patrón extremo del tipo *caótico* (35%), donde prevalecía un liderazgo limitado, disciplina relajada, falta de claridad en las funciones y frecuentes cambios en las reglas familiares. Otras, en cambio, presentaban un tipo *rígido* (33%), donde prevalecía liderazgo autoritario, control parental, disciplina estricta (autocrática) y roles bien definidos, en comparación con las familias rurales que, en su mayoría,

Tabla 1 Características generales de las mujeres con y sin epilepsia

n = 263	Con epilepsia F (%; IC del 95%), n = 82	Sin epilepsia F (%; IC del 95%), n = 181	p ^a
<i>Edad ± DE</i>	47,1 ± 9,4	46,5 ± 9,6	0,604 ^b
<i>Estado civil</i>			
Soltera	44 (16,7; 9 a 25)	91 (34,6; 28 a 42)	0,611
Casada	38 (14,4; 7 a 22)	90 (34,2; 27 a 41)	
<i>Evolución de epilepsia</i>			
0-5 años	6 (2,3; 0 a 6)	-	0,0001
6-10 años	5 (1,9; -1 a 5)	-	
11-15 años	21 (8,0; 2 a 14)	-	
> 15 años	50 (19,0; 11 a 27)	-	
<i>Demografía</i>			
Urbana	72 (27,4; 18 a 37)	124 (47,1; 40 a 54)	0,001
Rural	10 (3,8; 0 a 8)	57 (21,7; 16 a 28)	
<i>Desarrollo</i>			
Tradicional	47 (17,9; 10 a 26)	98 (37,3; 30 a 44)	0,632
Moderna	35 (13,3; 6 a 21)	83 (31,6; 25 a 38)	
<i>Integración</i>			
Integrada	36 (13,7; 6 a 21)	64 (24,3; 18 a 31)	0,429
Semiintegrada	12 (4,6; 0 a 9)	27 (10,3; 6 a 15)	
Desintegrada	34 (12,9; 6 a 20)	90 (34,2; 27 a 41)	

DE: desviación estándar; F: frecuencia; %: porcentaje.

^a Valor de p calculado con ji al cuadrado de Pearson.

^b Valor de p calculado con t de Student.

eran *flexibles* y donde el liderazgo era igualitario, con cambios permitidos en los roles familiares, una disciplina severa pero con acuerdo en las decisiones, compartiendo roles o funciones y donde las reglas se cumplen con flexibilidad; el resto eran del tipo *estructuradas*, con un liderazgo autoritario, una disciplina democrática, donde los padres eran los que tomaban las decisiones, con funciones estables y donde las reglas se cumplían firmemente. No se hallaron diferencias significativas entre los patrones de adaptabilidad y el tipo de desarrollo ($p=0,232$) y el nivel de integración de las familias ($p=0,373$).

Análisis univariado y de regresión logística bivariada (tabla 3)

Al comparar con análisis univariado el grado de adaptabilidad entre mujeres con y sin epilepsia, se observó que las mujeres epilépticas presentaban mayor frecuencia de patrones extremos, ya sea *rígida* ($RM=4,4$; $p=0,0001$) o *caótica* ($RM=3,6$; $p=0,0001$), comparado con el de las mujeres sanas, que en su mayoría pertenecían a familias estructuradas ($RM=0,5$; $p=0,08$), o flexibles ($RM=0,1$; $p=0,0001$). De manera similar, las mujeres epilépticas presentaron patrones extremos de cohesión, ya sea no relacionada ($RM=2,4$; $p=0,0001$) o aglutinada ($RM=3,5$; $p=0,0001$), en comparación con las sanas, que en su mayoría pertenecían a familias semirrelacionadas ($RM=0,2$; $p=0,0001$) o relacionadas ($RM=0,3$; $p=0,0001$). Al aplicar el modelo circunflejo de Olson, prevalecieron las mujeres sanas familias equilibradas ($RM=0,1$; $p=0,0001$), a diferencia de las mujeres epilépticas, en quienes se observó una mayor frecuencia de familias medias ($RM=4,4$; $p=0,0001$) o extremas ($RM=3,5$; $p=0,0001$).

Por último, el análisis de regresión logística indica una fuerte asociación entre la epilepsia ($RM=7,3$ [4,00-13,33]; $p=0,0001$) y la presencia de disfunción familiar entre mujeres con y sin epilepsia.

Discusión

Los resultados de este estudio indican que factores psicosociales pueden influir en la vida de mujeres epilépticas²⁸ y responden a la hipótesis de que mujeres con epilepsia tienen familias con deficiencias en la cohesión y la adaptabilidad a la enfermedad, en comparación con las mujeres sanas. Se observaron valores extremos de cohesión en las familias de mujeres epilépticas. Este resultado impacta en nuestra población, ya que, ante una enfermedad crónica, la familia responde mejor cuando existe cohesión, libre expresión de sentimientos negativos y ausencia de conflictos familiares. En cambio, si la cohesión es extrema, condiciona que la enfermedad impacte directamente en la calidad de vida del individuo en lo físico, social y psicológico, e indirectamente introduce limitaciones y restringe sus oportunidades⁴.

La epilepsia limita llevar una vida individual, se asocia a miedos, incompreensión, estigmatización²⁹ y discriminación social³⁰. El problema no solo se centra en la mujer epiléptica en relación con el diagnóstico, el tratamiento y la evolución de la enfermedad, sino también del entorno familiar. A este respecto, la orientación que se proporcione a familiares es importante para disminuir el riesgo de estigmatización por sobreprotección que se asocia a adaptabilidad extrema, como se observa en nuestros resultados^{29,31}.

No encontramos mayor riesgo de disfunción familiar para las características sociodemográficas, la evolución de la enfermedad, la demografía, el tipo de familia o el nivel

Tabla 2 Asociación entre tipología, cohesión y adaptabilidad familiar en mujeres epilépticas

n = 82	Relacionada n = 15, F (%)	Semirrelacionada n = 9, F (%)	Aglutinada n = 23, F (%)	No relacionada n = 35 F (%)	p ^a	Caótica n = 30, F (%)	Flexible n = 13, F (%)	Estructurada n = 11, F (%)	Rígida F (%), n = 28	p ^a
<i>Demografía</i>										
Urbana	10 (12,2)	6 (7,3)	23 (28,0)	33 (40,2)	0,002	29 (35,0)	9 (11,0)	7 (8,5)	27 (32,9)	0,002
Rural	5 (6,1)	3 (3,7)	-	2 (2,4)		1 (1,2)	4 (4,9)	4 (4,9)	1 (1,2)	
<i>Desarrollo</i>										
Tradicional	9 (11,0)	9 (11,0)	13 (15,9)	16 (19,5)	0,042	14 (17,1)	10 (12,2)	8 (9,8)	15 (18,3)	0,232
Moderna	6 (7,3)	-	10 (12,2)	19 (23,2)		16 (19,5)	3 (3,7)	3 (3,7)	13 (15,9)	
<i>Integración</i>										
Integrada	8 (9,8)	3 (3,7)	10 (12,2)	15 (18,3)	0,530	14 (17,1)	4 (4,9)	7 (8,5)	11 (13,4)	0,373
Semiintegrada	1 (1,2)	-	5 (6,1)	6 (7,3)		4 (4,9)	1 (1,2)	-	10 (12,2)	
Desintegrada	6 (7,3)	6 (7,3)	8 (9,8)	14 (17,1)		12 (14,6)	8 (9,8)	4 (4,9)	10 (12,2)	

F: frecuencia; %: porcentaje

^a Valor de p obtenido mediante ji al cuadrado de Pearson.

de integración en mujeres epilépticas. Lo anterior puede traducir un cambio generacional en los patrones culturales de conformación de la familia y esto influye directamente en la forma en que afrontan la crisis de un enfermo con epilepsia³². Una adaptabilidad extrema fue más frecuente en familias urbanas y modernas, dato que se considera importante, ya que estas familias tendrán una deficiencia en la capacidad de adaptación a la presencia de un enfermo epiléptico dentro del seno familiar, donde la existencia de un «cuidador clave» será necesaria para atender al enfermo, muchas veces sin ayuda del resto de la familia, y que puede generar ansiedad, depresión o conflictos internos entre los miembros^{33,34}.

Son escasos los estudios que aborden la disfunción familiar en mujeres epilépticas mediante la aplicación de escalas. Las ventajas de haber utilizado en este estudio el modelo circunflejo de Olson radican en su naturaleza dinámica en cuanto al supuesto de que pueden ocurrir cambios en la pareja y en la familia con el transcurso del tiempo. En consecuencia, las familias se pueden mover en cualquier dirección conforme las exigencias de la situación requerida, el estadio del ciclo vital familiar o la socialización de los miembros familiares. Como limitaciones del estudio, podemos mencionar que no se incluyeron en el análisis las características propias de las mujeres con epilepsia, tales como nivel de autosuficiencia, trabajo, nivel de estudios, la frecuencia y tipo de crisis epilépticas, presencia de estrés, depresión o calidad de vida en los miembros de la familia. Es necesario desarrollar nuevos estudios que aborden el problema de la mujer epiléptica desde un contexto más social, que permita conocer mejor cómo influyen estos factores en el contexto de los niveles y los tipos de afrontamiento de la enfermedad desde el contexto de la familia.

En conclusión, al ser la familia la unidad básica de la sociedad, que funciona como una red de apoyo para mantener dimensiones adecuadas de comunicación, control emocional, comportamiento y resolución de conflictos, la presencia de una mujer epiléptica en la familia se asocia a un mayor riesgo de disfunción familiar en comparación con las familias donde no existe esta enfermedad.

Lo conocido sobre el tema

- La epilepsia es un trastorno neurológico muy común en el mundo.
- Las mujeres epilépticas cursan con mayor riesgo de patología psicosocial.
- La presencia de una mujer con epilepsia podría afectar a la dinámica familiar.

Qué aporta este estudio

- La presencia de una mujer epiléptica en la familia se asocia a un mayor riesgo de disfunción familiar en comparación con familias donde no existe esta enfermedad.
- Es necesario desarrollar nuevos estudios que aborden el problema de la mujer epiléptica desde el contexto familiar.

Tabla 3 Resultado del análisis univariado y regresión logística bivariada para adaptabilidad y cohesión familiar en mujeres con y sin epilepsia

n = 263	Análisis univariado				
	Con epilepsia, n = 82, F (%)	Sin epilepsia, n = 181, F (%)	RM	(IC del 95%)	p ^a
<i>Adaptabilidad</i>					
Rígida	28 (10,6)	19 (7,2)	4,4	(2,2 a 8,5)	0,02
Estructurada	11 (4,2)	41 (15,6)	0,5	(0,2 a 1,0)	
Flexible	13 (4,9)	96 (36,5)	0,1	(0,08 a 0,3)	
Caótica	30 (11,4)	25 (9,5)	3,6	(1,9 a 6,6)	
<i>Cohesión</i>					
No relacionada	35 (13,3)	26 (9,9)	4,4	(2,4 a 8,1)	0,0001
Semirrelacionada	9 (3,4)	61 (23,2)	0,2	(0,1 a 0,5)	
Relacionada	15 (5,7)	76 (28,9)	0,3	(0,1 a 0,5)	
Aglutinada	23 (8,7)	18 (6,8)	3,5	(1,7 a 7,0)	
<i>Modelo circunflejo</i>					
Equilibrada	24 (9,1)	137 (52,1)	0,1	(0,07 a 0,2)	0,0001
Media	35 (13,3)	26 (9,9)	4,4	(2,4 a 8,1)	
Extrema	23 (8,7)	18 (6,8)	3,5	(1,7 a 7,0)	
Análisis bivariado					
	β (SE)	Wald	RM	(IC del 95%)	p
<i>Factores</i>					
Epilepsia	1,989 (0,307)	42,070	7,30	(4,00 a 13,33)	0,0001
Edad	0,030 (0,015)	3,770	1,03	(1,00 a 1,06)	0,052
> 15 años con epilepsia	0,421 (0,517)	0,664	1,52	(0,55 a 4,19)	0,415
<i>Tipo de familia</i>					
Rural	0,259 (0,339)	0,584	1,29	(0,66 a 2,51)	0,445
Urbana	-0,257 (0,338)	0,580	0,77	(0,39 a 1,49)	0,446
<i>Desarrollo</i>					
Tradicional	0,019 (0,287)	0,004	1,01	(0,58 a 1,78)	0,948

β: coeficiente estandarizado; F: frecuencia; IC del 95%: intervalo de confianza del 95%; RM: razón de Momios; %: porcentaje

^a Valor de p calculado con ji al cuadrada de Pearson.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Instituto Mexicano del Seguro Social, por el soporte técnico, humano y financiero en la realización de las pruebas clínicas y de laboratorio, así como el acceso a información de archivos clínicos.

Bibliografía

- Chang BS, Lowenstein DH. Epilepsy. *N Engl J Med*. 2003;25:1257-66.
- Hauser WA, Annegers JF, Kurland LT. Incidence of epilepsy and unprovoked seizures in Rochester, Minnesota: 1935-1984. *Epilepsia*. 1993;34:453-68.
- Van Andel J, Zijlmans M, Fischer K, Leijten FS. Quality of life of caregivers of patients with intractable epilepsy. *Epilepsia*. 2009;50:1294-6.
- Bishop M, Allen CA. The impact of epilepsy on quality of life: A qualitative analysis. *Epilepsy Behav*. 2003;4:226-33.
- Räty LK, Wilde Larsson BM. Quality of life in young adults with uncomplicated epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2007;10:142-7.
- Nuhu FT, Fawole JO, Babalola OJ, Ayilara OO, Sulaiman ZT. Social consequences of epilepsy: A study of 231 Nigerian patients. *Ann Afr Med*. 2010;9:170-5.
- Kotov AS. Anxiety in epileptic patients. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova*. 2013;113:41-4.
- Thomas SV, Nair A. Confronting the stigma of epilepsy. *Ann Indian Acad Neurol*. 2011;14:158-63.
- Young WB, Park JE, Tian IX, Kempner J. The stigma of migraine. *PLoS One*. 2013;8:e54074.
- Bain LE, Awah P, Takougang I, Sigal Y, Ajime TT. Public awareness, knowledge and practice relating to epilepsy amongst adult residents in rural Cameroon -case study of the Fundong Health District. *Pan Afr Med J*. 2013;14:32-6.
- Shostak S, Zarhin D, Ottman R. What's at stake? Genetic information from the perspective of people with epilepsy and their family members. *Soc Sci Med*. 2011;73:645-54.
- Bellon M, Walker C, Peterson C, Cookson P. The 'E' word: Epilepsy and perceptions of unfair treatment from the 2010 Australian Epilepsy Longitudinal Survey. *Epilepsy Behav*. 2013;27:251-6.

13. Ennis E, Bunting BP. Family burden, family health and personal mental health. *BMC Public Health*. 2013;13:255–64.
14. Yang R, Wang W, Snape D, Chen G, Zhang L, Wu J, et al. Stigma of people with epilepsy in china: Views of health professionals, teachers, employers and community leaders. *Epilepsy Behav*. 2011;21:261–6.
15. Smithson WH, Hukins D, Buelow JM, Allgar V, Dickson J. Adherence to medicines and self-management of epilepsy: A community-based study. *Epilepsy Behav*. 2013;26:109–13.
16. Carlton-Ford S, Miller R, Nealeigh N, Sanchez N. The effects of perceived stigma and psychological over-control on the behavioural problems of children with epilepsy. *Seizure*. 1997;6:383–91.
17. Mendoza-Solís LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez HF, Pérez-Hernández C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. *Arch Med Fam*. 2006;8:27–32.
18. Mugumbate J, Mushonga J. Myths, perceptions, and incorrect knowledge surrounding epilepsy in rural Zimbabwe: A study of the villagers in Buhera District. *Epilepsy Behav*. 2013;27:144–7.
19. Martínez-Pampliega A, Iraurgi I, Galíndez E, Sanz M. Family adaptability and cohesion evaluation scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *Int J Clin Health Psychol*. 2006;6:317–38.
20. Olson DH, Sprenkle DH, Russell CS. Circumplex model of marital and family systems. I: Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Fam Process*. 1979;18:3–28.
21. Olson DH. Circumplex model VII: validation studies and FACES III. *Fam Process*. 1986;25:337–51.
22. Thompson P, Upton D. The impact of chronic epilepsy on the family. *Seizure*. 1992;1:43–8.
23. Méndez Castellano H, Méndez M. Estratificación social y biología humana. Método de Graffar modificado. *Arch Venez Pueri Pediatr*. 1986;49:93–104.
24. Ponce-Rosas ER, Gómez-Clavelina FJ, Terán-Trillo M, Irigoyen-Coria AE, Landgrave-Ibañez S. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Aten Primaria*. 2002;30:624–30.
25. Olson DH, Gorall D. Circumplex model of marital and family systems. En: Walsh F, editor. *Normal family processes growing diversity and complexity*. 3.ª ed. New York-London: The Guilford Press; 2003. p. 514–48.
26. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER, Mazón-Ramírez JJ, Dickinson-Bannack ME, Sánchez-González ME, et al. Versión al español y adaptación transcultural de FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales). *Arch Med Fam*. 1999;1:73–9.
27. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación y la estructura de la funcionalidad familiar. *Arch Med Fam*. 1999;1:45–57.
28. Chong J, Drake K, Atkinson PB, Ouellette E, Labiner DM. Social and family characteristics of Hispanics with epilepsy. *Seizure*. 2012;21:12–6.
29. Salgado PC, Fernandes PT, Noronha AL, Barbosa FD, Souza EA, Li LM. The second step in the construction of a stigma scale of epilepsy. *Arq Neuropsiquiatr*. 2005;63:395–8.
30. Kline Leidy N, Rentz AM, Grace EM. Evaluating Health-related quality of life outcomes in clinical trials of antiepileptic drug therapy. *Epilepsia*. 1998;39:965–77.
31. Herzer M, Godiwala N, Hommel KA, Driscoll K, Mitchell M, Crosby LE, et al. Family functioning in the context of pediatric chronic conditions. *J Dev Behav Pediatr*. 2010;31:26–34.
32. Van Andel J, Westerhuis W, Zijlmans M, Fischer K, Leijten FS. Coping style and health-related quality of life in caregivers of epilepsy patients. *J Neurol*. 2011;258:1788–94.
33. Sachin S, Padma MV, Bhatia R, Prasad K, Gureshkumar C, Tripathi M. Psychosocial impact of epilepsy in women of child-bearing age in India. *Epileptic Disord*. 2008;10:282–9.
34. Friedman LC, Baer PE, Nelson DV, Lane M, Smith FE, Dworkin RJ. Women with breast cancer: Perception of family functioning and adjustment to illness. *Psychosom Med*. 1988;50:529–40.