



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA**

Título

**“Calidad de vida en pacientes diagnosticados
con epilepsia en el Hospital Isidro Ayora Loja,
durante el período Enero-Junio 2016”**

Tesis previa a la obtención del título
de Médico General

Autoría: Michelle Rosemary Romero Jima

Director: Dr. Marlon Rodrigo Reyes Luna, Esp.

Loja- Ecuador

2017

Certificación

Loja 16 de Octubre del 2017

Dr. Marlon Rodrigo Reyes Luna, Esp.

Director de tesis**Certifica:**

Que el presente trabajo de investigación, previo a la obtención del título de médico general titulado: **“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON EPILEPSIA EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA, DURANTE EL PERÍODO ENERO-JUNIO 2016.”**, de la autoría de la Señorita Michelle Rosemary Romero Jima, estudiante de la carrera de Medicina Humana, ha sido dirigida y revisada durante su ejecución por lo cual autorizo su presentación.

Atentamente,

Dr. Marlon Rodrigo Reyes Luna, Esp.

Director de tesis

Dr. Marlon Reyes Luna
NEUROCIRUJANO
CML : 940
CI: 110338904-3
INHME: 11-08-00611-12

Autoría

Yo, Michelle Rosemary Romero Jima, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional- Biblioteca Virtual.

Autora: Michelle Rosemary Romero Jima

Firma: .....

Cédula de Identidad: 1104180433

Fecha: 16 de Octubre del 2017

Carta de Autorización

Yo, Michelle Rosemary Romero Jima, autora de la tesis: “**Calidad de vida en pacientes diagnosticados con epilepsia en el Hospital Isidro Ayora Loja, durante el período Enero-Junio 2016**”, cumpliendo con el requisito que permite obtener el título de Médico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines estrictamente académicos difunda la producción intelectual de la universidad.

El contenido de éste trabajo, puede ser consultado libremente por los usuarios, a través del Repositorio Digital Institucional (RDI), accediendo a las redes de información del país y del extranjero, con las cuales tenga convenio la Universidad Nacional de Loja.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia injustificada de la presente tesis, realizada por terceros.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 16 días del mes de Octubre del 2017 firma su autor.

Firma:.....



Autor: Michelle Rosemary Romero Jima

Cédula de Identidad: 1104180433

Dirección: Av. Gran Colombia, entre Tulcán e Ibarra

Correo Electrónico: mirous_10@hotmail.com

Teléfono: Dom. 2720546 **Celular:** 0967932357

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de Tesis: Dr. Marlon Rodrigo Reyes Luna, Esp.

Tribunal de Grado: Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Esp. Mg. Sc.

Dr. Ángel Vicente Ortega Gutiérrez, Mg. Sc.

Dra. Gabriela de los Ángeles Chacón Valdiviezo, Esp.

Dedicatoria

A Dios por todas sus bendiciones derramadas en mí y toda mi familia, por haberme dado fe, sabiduría y las fuerzas necesarias para poder seguir adelante a pesar de las adversidades que se presentan y poder cumplir todas mis metas.

A mis padres por todo su sacrificio, apoyo y comprensión que me han brindado durante todos mis años de estudio, me han dado todo lo que soy como persona, valores y principios que llevaré toda mi vida y principalmente me han enseñado que con esfuerzo y dedicación todas las metas se cumplen.

Michelle Romero

Agradecimiento

Gracias a Dios Todopoderoso por siempre derramar bendiciones a toda mi familia, por brindarme la oportunidad de cumplir una meta más en mi vida, por darme salud, sabiduría y entendimiento para cumplir todos mis objetivos.

No ha sido sencillo el camino hasta ahora, sin embargo todas mis metas alcanzadas han sido fruto de mi perseverancia, así como del apoyo y confianza de todos mis seres queridos que siempre me acompañan.

Un agradecimiento muy especial al Hospital Isidro Ayora Loja, institución que me supo brindar todas las facilidades para poder realizar la presente investigación; de igual manera a todos los pacientes que accedieron voluntariamente participar en este estudio y que fueron parte fundamental para hacer posible la realización de este trabajo

Debo agradecer sinceramente a todos mis docentes del nivel de pregrado, no solo por impartirme sus conocimientos, sino también por reforzar mis valores con el fin de llegar a ser una excelente profesional. Un especial agradecimiento al Dr. Marlon Rodrigo Reyes Luna, Esp. por aceptarme para realizar ésta tesis bajo su dirección; su apoyo, confianza y capacidad para guiar mis ideas ha sido fundamental no solo para el desarrollo de la presente tesis sino también para mi formación como profesional.

A mi familia por su apoyo incondicional, especialmente a mis padres por su amor, su inmensa bondad, apoyo y por todo su esfuerzo y sacrificio realizado para brindarme todo lo necesario con el fin de cumplir todas mis metas.

Michelle Romero

Índice de contenidos

Carátula.....	i
Certificación.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de Autorización	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Índice de contenidos.....	vii
Índice de Tablas.....	x
Índice de Gráficos.....	xi
1. Título.....	1
2. Resumen.....	2
Summary.....	3
3. Introducción.....	4
4. Revisión de la literatura.....	7
4.1 Epilepsia.....	7
4.1.1 Definición.....	7
4.1.2 Historia.....	7
4.1.3 Epidemiología.....	9
4.1.4 Etiología.....	9
4.1.5 Fisiopatología.....	11
4.1.5.1 Para las crisis generalizadas	11
4.1.5.2 Para las crisis parciales	11
4.1.6 Manifestaciones Clínicas y Clasificación	12
4.1.6.1 Crisis parciales (focales)	12
4.1.6.1.1 Crisis parcial simple	12
4.1.6.1.2 Crisis parcial compleja	13
4.1.6.1.3 Crisis parcial simple o compleja con generalización posterior.....	14
4.1.6.2 Crisis generalizadas	14
4.1.6.2.1 Crisis tónico-clónica	14

4.1.6.2.2	<i>Crisis de ausencia</i>	15
4.1.6.2.3	<i>Crisis mioclónica</i>	15
4.1.6.2.4	<i>Crisis tónica</i>	15
4.1.6.2.5	<i>Crisis clónica</i>	15
4.1.6.2.6	<i>Crisis atónica</i>	16
4.1.6.3	<i>Crisis no clasificables</i>	16
4.1.7	Diagnóstico	16
4.1.7.1	<i>Electroencefalograma</i>	16
4.1.7.2	<i>Neuroimágenes</i>	16
4.1.7.3	<i>Video electroencefalografía</i>	16
4.1.8	Tratamiento	17
4.1.8.1	<i>Crisis Epilépticas generalizadas</i>	17
4.1.8.2	<i>Crisis Epilépticas parciales</i>	17
4.2	Calidad de vida	17
5	Materiales y Métodos	19
5.1	Enfoque	19
5.2	Tipo de estudio	19
5.3	Unidad de estudio	19
5.4	Universo	19
5.5	Muestra	19
5.6	Criterios de inclusión	20
5.7	Criterios de exclusión	20
5.8	Técnicas	20
5.9	Instrumento	20
5.10	Procedimiento	21
5.11	Equipos y Materiales	21
5.12	Análisis estadístico	22
6	Resultados	23
6.1	Resultados para el primer objetivo	23
6.2	Resultados para el segundo objetivo	27
6.3	Resultados para el tercer objetivo	29

7	Discusión	31
8	Conclusiones	34
9	Recomendaciones	35
10	Bibliografía	36
11	Anexos	39

Índice de tablas

Tablas	Pág.
Tabla nº1.....	23
Tabla nº2.....	24
Tabla nº3.....	25
Tabla nº4.....	26
Tabla nº5.....	27
Tabla nº6.....	28
Tabla nº7.....	29
Tabla nº8.....	30

Índice de gráficos

Gráficos	Pág.
Gráfico nº1.....	23
Gráfico nº2.....	24
Gráfico nº3.....	25
Gráfico nº4.....	26
Gráfico nº5.....	27
Gráfico nº6.....	28
Gráfico nº7.....	29
Gráfico nº8.....	30

1 Título

Calidad de vida en pacientes diagnosticados con epilepsia en el Hospital Isidro Ayora Loja,
durante el período Enero-Junio 2016

2 Resumen

La epilepsia es una enfermedad neurológica común en nuestro medio, llega a afectar la calidad de vida de las personas que la padecen, debido al impacto emocional, profesional y social que genera, sin embargo con el tratamiento adecuado, el paciente puede sobrellevarla. La presente investigación tiene como objetivos: Identificar el nivel de satisfacción físico y psicológico; averiguar el nivel de satisfacción social y contrastar el nivel de calidad de vida físico, psicológico y social según grupo etáreo y género. Para esta investigación se tomó una muestra de 60 pacientes (36 mujeres y 24 varones), a los cuales se les aplicó el cuestionario de calidad de vida QOLIE-31 versión 1.0, previo consentimiento de los mismos. Los resultados obtenidos fueron: en el género masculino se encuentra menos afectado el bienestar físico, sobre todo en los pacientes de 20-25 años, mientras que el bienestar psicológico y social son los más afectados, principalmente en los pacientes de 31-35 años. En el género femenino se encuentra menos afectado el bienestar psicológico, especialmente en pacientes de 36-40 años, mientras que el bienestar físico y social son las áreas más afectadas en pacientes de la misma edad. En cuanto al puntaje global 30 pacientes tienen una excelente calidad de vida, 10 pacientes tienen una muy buena calidad de vida, en 18 pacientes la calidad de vida es buena y 2 pacientes tienen una mala calidad de vida.

Palabras Clave: Epilepsia, Bienestar Físico, Bienestar Psicológico, Bienestar Social

Summary

Epilepsy is a common neurological disease in our environment, it affects quality life of people who suffer from it, due to it generates an emotional, professional, and social impact, although if the patient receives the correct medical treatment, he could endure it. The current research aims to: Identify the physical and psychological satisfaction level; ascertain the social satisfaction level and to contrast it to the level of physical, psychological and social life quality according to age group and gender. For this investigation paper, a sample of 60 patients (36 women and 24 men) was taken, in this regard, a life quality questionnaire QOLIE-31 version 1.0 was applied to all the participants with their due consent. The results were: in the male gender, physical well-being is less affected, especially in patients aged 20-25 years, while psychological and social well-being are the most affected, mainly in patients aged 31-35 years. About the female gender, psychological well-being is less affected, especially in patients aged 36-40 years, while physical and social well-being are the most affected areas in patients of the same age. As for the overall score, 30 patients registered an excellent life quality, 10 patients' score is very good, 18 qualified as good, and 2 patients exposed a poor life quality.

Keywords: *Epilepsy, Physical Well-being, Psychological Well-Being, Social Well-Being*

3 Introducción

La epilepsia se la considera como una de las enfermedades neurológicas más antiguas; no obstante muchas personas la desconocen, incluso los propios afectados como sus familias.

Se define como una condición crónica, recurrente, caracterizada por la aparición de 2 o más crisis no provocadas e incluye a todos aquellos individuos que han tenido 2 ó más crisis independientemente del tipo de ellas o edad del afectado y excluye todos aquellos casos en los cuales hay una causa sintomática demostrada, como por ejemplo una hipoglicemia en un diabético. (Acevedo, Papaziam, 2007).

Una crisis epiléptica es una súbita descarga anormal de la actividad eléctrica del cerebro, que de acuerdo al área cerebral donde se genera se puede expresar de muy distintas maneras, pero básicamente lo hace mediante alteraciones en los movimientos, sensaciones o pensamientos; lo que la define y la hace verdadera es que su origen sea una descarga cerebral anormal. (Acevedo, Papaziam, 2007).

Cuando los pacientes son diagnosticados de epilepsia, muchos piensan que son los únicos y tienden a estigmatizarse por padecer esta enfermedad manifestando principalmente depresión y ansiedad. (Acevedo, Papaziam, 2007). Pero se conoce según datos de la Liga Internacional Contra la Epilepsia (ILAE) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), que en el mundo existen más de 40 millones de pacientes con epilepsia, de los cuales un 80% vive en los países en desarrollo, la prevalencia mundial es entre 4 y 18 por 1000 habitantes.

Los estudios sobre epilepsia, realizados en países en desarrollo, muestran una prevalencia de la enfermedad aproximadamente tres veces más alta que la encontrada en países industrializados: Osuntokun, en un estudio realizado en Nigeria, publica una prevalencia de 37x1000 habitantes. Chiofalo en Melipilla (Chile) informó prevalencia de 24x1000 habitantes. En Colombia se han realizado varios estudios epidemiológicos los cuales dan una prevalencia promedio de 20x1000 habitantes aproximadamente. Varios países latinoamericanos en el I Congreso Panamericano de Neuroepidemiología (Bogotá,

1985), informaron tasas igualmente elevadas. Ecuador, 17x1000; Venezuela, 16x1000 (estudio practicado en Altagracia de Oritoco); Perú, 12x1000 (estudio practicado en Chacarilla de Otero). (Iván Jiménez, Ofelia Mora, Carlos Santiago Uribe, Rodrigo Isaza, Jorge Luis Sánchez, Alfredo Muñoz, William Cornejo, 1991)

En cambio, en los países industrializados las cifras de prevalencia de epilepsia son mucho más bajas: Estados Unidos, 5.4x1000 según Hauser y Kurland y 6.5x1000 según Kurstke; Israel, 2.3x1000, Wajsbort; Japón, 1.5x1000, Sato; Inglaterra, 5.5x1000; Noruega, 3.5x1000, Graat. (Iván Jiménez, Ofelia Mora, Carlos Santiago Uribe, Rodrigo Isaza, Jorge Luis Sánchez, Alfredo Muñoz, William Cornejo, 1991)

Según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el Ecuador se registraron 3.553 casos de epilepsia durante el año 2013, equivalente a 0.22x1000 habitantes, siendo las provincias de Guayas (729 casos), Manabí (457 casos), Tungurahua (191 casos), El Oro (133 casos) y Loja en las que existe una mayor cantidad de casos.

Tomando en cuenta todos estos datos obtenidos, se sabe que en Ecuador existe una cantidad considerable de pacientes diagnosticados de epilepsia, los cuales son más susceptibles de padecer con mayor frecuencia ansiedad y depresión, lo cual altera su calidad de vida.

Poder definir la calidad de vida es un proceso difícil, debido a que se debe tomar en cuenta varios parámetros. La OMS para poder definir el nivel de la calidad de vida, evalúa: la perspectiva del paciente (laboral y académica) y un abordaje centrado en la salud que consta de tres dimensiones: físico, psicológico y social; el conocimiento de todos estos parámetros permite conocer y valorar el nivel de calidad de vida de los pacientes.

La presente investigación denominada: Calidad de vida en pacientes diagnosticados con epilepsia en el Hospital Isidro Ayora Loja, durante el período Enero-Junio 2016, tiene como objetivo general: Determinar el nivel de calidad de vida de los pacientes diagnosticados con epilepsia en el Hospital Isidro Ayora Loja, durante el periodo Enero-Junio 2016 y como objetivos específicos: Identificar el nivel de satisfacción físico y psicológico, según grupo étnico y género, averiguar el nivel de satisfacción social según

grupo etéreo y género y contrastar el nivel de calidad de vida físico, psicológico y social según grupo etéreo y género de los pacientes diagnosticados de epilepsia en el Hospital Isidro Ayora Loja, durante el período Enero-Junio 2016.

Es un estudio cuantitativo, descriptivo, prospectivo y de corte transversal; en el que se utilizó una hoja de recolección de datos, la cual consta de un cuestionario que valora la calidad de vida de los pacientes con epilepsia, que contiene 31 preguntas divididas en 7 áreas: preocupación por la crisis; valoración global de la calidad de vida, bienestar emocional, sensación de energía o fatiga, funciones cognitivas, efectos de la medicación y relaciones sociales. El tiempo requerido para la realización de ésta investigación fue un periodo de 6 meses comprendido entre Enero a Junio del 2016.

4 Revisión de literatura

4.1 Epilepsia

4.1.1 Definición. La Epilepsia es un síndrome neurológico, crónico, que cursa con crisis epilépticas recurrentes, las crisis epilépticas, son la manifestación clínica de una descarga anormal de una población neuronal, generalmente pequeña, localizadas ya sea en la corteza cerebral o bien en la profundidad del parénquima cerebral.(Anónimo, 2005)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una crisis epiléptica es el resultado de una disfunción transitoria por hiperexcitabilidad de un grupo neuronal, que causa súbitamente un fenómeno neurológico (motor, sensorial, autonómico o psíquico) también transitorio.(Álvarez, 2008)

La Liga Internacional Contra La Epilepsia (ILAE), la define como una enfermedad del cerebro que tiene una de las siguientes condiciones: por lo menos 2 crisis no provocadas que ocurren en una separación mayor de 24 horas entre ellas; una crisis no provocada y la posibilidad de tener otras crisis similares; o por lo menos 2 crisis en un contexto de epilepsia refleja (Ministerio et al., 2009)

4.1.2 Historia. Cuando el hombre primitivo tuvo suficiente capacidad mental pensó que las enfermedades y por lo tanto la epilepsia, tenían como causa una influencia demoniaca o de espíritus malignos. Más tarde se creyó que los dioses disgustados enviaban las enfermedades, por lo que oraciones, sacrificios y conjuros eran una buena terapéutica. Un antiguo conocimiento de que la epilepsia es una enfermedad, se aprecia antes de Hipócrates, en el Código de Hammurabi, rey de Babilonia, perteneciente a la Dinastía Amorítica. Este código (2080 a.C.), grabado en una estela de roca diorita con una altura de 3 metros, contiene preceptos, acciones criminales y la práctica médica.(Medina, Marco Tulio, Franz Chavez sell, Nelson Chinchilla Cáliz, 2001)

En la antigüedad, la epilepsia tuvo varios nombres: *morbis sacer*, *morbis divinus* de Platón, *morbis astralis* de griegos y egipcios, *morbis demoniacus* en la edad media, *morbis herculanos* porque Hipócrates decía que Hércules la había padecido, *morbis major* de Celsus y *mal caduco* de Paracelso. (Medina, Marco Tulio, Franz Chavez sell, Nelson Chinchilla Cáliz, 2001)

Estudiando los trabajos de Hipócrates se encuentra que le quitó la corona de sagrada y apuntó firme hacia su origen verdadero. Todo lo expone con palabras sencillas “la enfermedad llamada sagrada (epilepsia) no me parece que sea más sagrada ni más divina que las otras, su naturaleza y origen son los mismos que en las otras enfermedades que nadie considera sagradas, que no son menos maravillosas ni menos horrorosas. La epilepsia es una enfermedad que afecta al sistema nervioso y sobre todo al cerebro, se reconocerá por el hecho de que el enfermo pierde la voz, le sale espuma por la boca, rechina los dientes, las manos se le tuercen, la mirada se le extravía, pierde el conocimiento y algunas veces se produce salida de excrementos”. (Medina, Marco Tulio, Franz Chavez sell, Nelson Chinchilla Cáliz, 2001)

Hipócrates llega muy lejos con sus observaciones y conclusiones. Ha observado que las fracturas son frecuentes a causa de los ataques y en cuanto a los traumatismos craneanos de todo tipo y por diversas causas, establece que debido a la lesión craneana que compromete al cerebro, se advierten alteraciones motoras, parálisis y trastornos sensitivos. Cuando la herida lesiona al lado derecho de la cabeza las manifestaciones convulsivas se presentan del lado izquierdo del cuerpo y si la lesión es izquierda la sintomatología se observa en el lado derecho. (Medina, Marco Tulio, Franz Chavez sell, Nelson Chinchilla Cáliz, 2001)

También menciona la influencia de la edad, temperamento, menstruación y estados atmosféricos. Menciona los “avisos” que hacen conocer al paciente la cercanía de un ataque y así poder protegerse. Los enfermos son descritos: “sin fiebre, pero con cefalea, náuseas, mareos, palabrea lenta y temblor en las manos, bien antes o después de los ataques, además puede existir zumbido de oídos, alucinaciones visuales como círculos de colores, signos olfatorios y gastrointestinales.”. Asimismo, reconoce ataques menores en los cuales el paciente “solamente sufre una súbita caída y breve pérdida del conocimiento sin convulsión”. Y finalmente, es de mencionar que ya en tiempos de Hipócrates se hacían maniobras como colocar ligaduras bien apretadas alrededor de un brazo o de una pierna para abortar el ataque cuando éste se anunciaba en alguno de los cuatro miembros. (Medina, Marco Tulio, Franz Chavez sell, Nelson Chinchilla Cáliz, 2001)

Las verdades de Hipócrates terminaron con creencias absurdas como la intervención de demonios, espíritus malignos y cólera divina en las crisis epilépticas. Debido a lo anterior

volvieron, como terapéutica racional, los exorcismos y acciones bestiales, absurdas y criminales. (Medina, Marco Tulio, Franz Chavez sell, Nelson Chinchilla Cálix, 2001)

La epilepsia en el adulto tiene implicancias intelectuales, psicosociales y económicas, por lo que su diagnóstico, tratamiento precoz y correcto, impacta en los indicadores de salud como los años de vida saludables (Ministerio et al., 2009)

Si se trata adecuadamente, el 70% a 80% de las personas afectadas podrían tener una vida normal. La meta del tratamiento es reducción del número y severidad de la crisis, provocando la menor cantidad de efectos colaterales posibles. (Ministerio et al., 2009)

4.1.3 Epidemiología. La epilepsia tiene una distribución bimodal, siendo mayor en las dos primeras décadas de la vida y luego a partir de la sexta década. La mortalidad es 2 a 3 veces mayor que la población general (Ministerio et al., 2009)

En la actualidad, unos 50 millones de personas de todo el mundo padecen epilepsia, la proporción estimada de la población general con epilepsia activa (es decir, ataques continuos o necesidad de tratamiento) oscila entre 4 y 10 por 1000 personas. Sin embargo, algunos estudios realizados en países de ingresos bajos y medianos sugieren una proporción mucho mayor, entre 7 y 14 por 1000 personas.

Según estimaciones, se diagnostican anualmente unos 2,4 millones de casos de epilepsia. En los países de altos ingresos, los nuevos casos registrados cada año entre la población general oscilan entre 30 y 50 por 100.000 personas. En los países de ingresos bajos y medianos esa cifra puede ser hasta dos veces más alta. Un estudio realizado por Hauser reporta una incidencia de 77 a 114 por 100.000 habitantes en países de bajos ingresos de Latinoamérica. En Ecuador se reporta aproximadamente una incidencia de 22 x 10.000 habitantes. (D. C. Acevedo, 2008)

4.1.4 Etiología. La actividad neuronal patológica que da origen a las crisis epilépticas puede producirse por múltiples causas, que pueden resumirse básicamente como excesiva actividad excitatoria (principalmente glutamatérgica o por cambios iónicos depolarizantes), o disminución de los mecanismos inhibitorios (principalmente GABA o cambios iónicos

repolarizantes), cambios fisiopatológicos que pueden ser permanentes o transitorios. Si son permanentes condicionarán epilepsia, ya que habrá recurrencia de la crisis producto de una alteración estructural del sistema nervioso central, si son transitorios, se trata de una alteración reversible inducida por un agente exógeno como drogas proconvulsivantes, o cambios en el medio interno como alteraciones metabólicas; de tal manera que al tratar o corregir el agente exógeno las crisis cesarán (STEPHEN LJ, BRODIE MJ, 2000)

Dentro de las alteraciones metabólicas tanto la hiponatremia como la hipernatremia pueden provocar convulsiones generalizadas, siendo más frecuente la hiponatremia, produciendo principalmente alteraciones de la conciencia. Si la caída de la natremia es rápida pueden producirse convulsiones con niveles de 128 mEq/L, mientras que si es lenta suelen aparecer con niveles mucho más bajos. (STEPHEN LJ, BRODIE MJ, 2000)

Un 5 a 10% de las hipoglicemias sintomáticas pueden acompañarse de convulsiones. De igual manera un 25% de pacientes con hiperglicemia no cetósica presentan crisis convulsivas, frecuentemente focales motoras. (STEPHEN LJ, BRODIE MJ, 2000)

También el uso excesivo de drogas proconvulsivantes como los antibióticos, principalmente la penicilina, en dosis altas y en los primeros días de administración, puede generar convulsiones especialmente en pacientes con insuficiencia renal, edad avanzada o condiciones que alteran la barrera hematoencefálica.

Las cefalosporinas, especialmente en administración intratecal, pueden provocar convulsiones en cualquier momento del tratamiento, principalmente la cefazolina que es la que posee mayor potencial convulsivante.

El imipenem al igual que las fluoroquinolonas pueden provocar crisis convulsivas en el 6% y 0.5% de los pacientes respectivamente, lo que se ve potenciado en los casos de insuficiencia renal o patología infecciosa del sistema nervioso central.

La isoniacida puede provocar convulsiones con dosis muy altas, habitualmente usadas con fines suicidas. Mientras que el metronidazol las puede producir, pero muy infrecuentemente y con dosis muy altas. (STEPHEN LJ, BRODIE MJ, 2000)

Los antidepresivos como los tricíclicos y la maprotilina también pueden producir crisis convulsivas, el riesgo aumenta con dosis altas y con el antecedente de crisis previas o de familiares epilépticos. (STEPHEN LJ, BRODIE MJ, 2000). De igual manera los antipsicóticos pueden llegar a producir convulsiones, hasta en un 1% de los pacientes, siendo mayor el riesgo cuando se utilizan altas dosis o existen condiciones predisponentes. (STEPHEN LJ, BRODIE MJ, 2000)

Las crisis epilépticas también se pueden producir por el consumo de ciertas drogas, como cocaína, éxtasis, anfetaminas y especialmente por el consumo excesivo de alcohol así como por el descenso brusco del nivel de éste en el organismo, producto del denominado síndrome de abstinencia. (Francisco Cañadillas, 2006)

4.1.5 Fisiopatología. Es distinta para cada una de las crisis epilépticas:

4.1.5.1 Para las crisis generalizadas. Se pueden producir por una alteración cortical generalizada o alteraciones de los neurotransmisores especialmente los inhibidores, como el GABA. (Gibbs y colab.). De la misma manera la pérdida neuronal producida por la esclerosis hipocampal o cortical sumado a trastornos corticales, ocasionados por alteración de la migración neuronal pueden generar este tipo de crisis. Esta migración neuronal anormal afectaría la conducción transmembrana de los iones Ca^{+} y Na . (Sommer y Pflieger)

Las anomalías funcionales constituidas por disminución del consumo de glucosa y del flujo circulatorio parenquimatoso, producen disminución del número de receptores benzodiazepínicos, generando así crisis convulsivas generalizadas (Mazoy y Belliveau)

4.1.5.2 Para las crisis parciales. Distintas lesiones como una cicatriz cerebral, principalmente una cicatriz glial actuaría como foco irritativo que inestabiliza eléctricamente las membranas celulares y originando este tipo de crisis. (Penfield). También son producidas por la pérdida de neuronas gabaérgicas ya que ocasiona una disminución de los mecanismos inhibidores gabaérgicos. (Coursin)

4.1.6 Manifestaciones Clínicas y Clasificación.

4.1.6.1 Crisis parciales (focales). La crisis se origina en un área de la corteza de uno de los hemisferios cerebrales y su manifestación clínica dependerá de la función del área afectada. (Ministerio et al., 2009)

4.1.6.1.1 Crisis parcial simple. La conciencia se mantiene durante el episodio, se conserva la capacidad de responder a estímulos externos y de recordar lo ocurrido durante la crisis. Si una crisis parcial simple precede inmediatamente a una crisis parcial compleja o a una crisis generalizada y es reconocida por el paciente, constituye lo que se llama “aura”, que en ocasiones puede pasar desapercibido debido a que quedó englobado en la amnesia retrógrada de la crisis. (Ministerio et al., 2009)

El aura es una crisis parcial simple y debe ser distinguida del “prodromo”, que corresponde a sintomatología inespecífica y en ocasiones se presenta horas antes de una crisis, pudiendo expresarse como irritabilidad, cefalea o astenia, careciendo de valor clínico y sin orientación del lugar de inicio de la crisis. (Ministerio et al., 2009)

El electroencefalograma se caracteriza por descargas epilépticas focales ictales cuya identificación depende de la localización del foco epiléptico. (Ministerio et al., 2009)

Las crisis epilépticas parciales simples se pueden ser:

- *Con signos motores.* Que pueden ser motoras focales sin marcha que se caracterizan por crisis tónicas o clónicas limitadas a una parte del hemicuerpo, como la mano, cara, labios, pie o abarcar todo el hemicuerpo. A veces es seguida por déficit motor de la extremidad comprometida en la crisis y que puede durar minutos o varias horas. (Ministerio et al., 2009)

Existen crisis motoras focales en la que los síntomas pasan sucesivamente de un territorio a otro siguiendo el orden de la representación somatotópica pre-central cerebral, a estas se las conoce como crisis motoras focales con marcha o Jacksoniana (Ministerio et al., 2009). En algunos casos pueden ser crisis motoras versiva, en donde se

produce una desviación de los ojos con giro de la cabeza y que en ocasiones llega a comprometer el tronco, hacia el lado contrario (contraversiva) o hacia el mismo lado (ipsiversiva) del hemisferio que está descargando. (Ministerio et al., 2009)

También se encuentra la crisis motora focal postural en la que una extremidad adquiere una postura distónica por algunos segundos, acompañado o no por vocalización o detención del lenguaje y cuando existe ya la detención del lenguaje se trata de una crisis motora focal fonatoria. (Ministerio et al., 2009)

- *Con signos sensoriales.* Pueden existir signos somatosensitivos como parestesias, disestesias u hormigueo de la extremidad comprometida, visuales como ver luces, escotomas o fosfenos; auditivo como tinnitus, música o melodías, olfatorio como sentir olores desagradables difíciles de identificar, gustativo como sentir sabor a algo, generalmente metálico, vertiginoso como sentir mareo o sensación de rotación de objetos. (Ministerio et al., 2009)

- *Con síntomas o signos autonómicos.* Como malestar epigástrico, palidez, transpiración, rubor, pilo-erección, dilatación pupilar, taquicardia o bradicardia.

- *Con síntomas psíquicos (alteración de las funciones cerebrales superiores).* Estos síntomas raramente ocurren aislados y comúnmente van unidos a crisis complejas, se pueden presentar alteraciones de lenguaje como palilalia o afasia; distorsión de la memoria como crisis de “ya visto” o “*dejà vu*”, en que se tiene la sensación de que una experiencia nueva ya hubiera sido vivida antes, o crisis de “jamás visto” o “*jamais vu*”, es la sensación de que una experiencia previa jamás fue vivida.

También se producen estados de ensoñación o distorsión del sentido del tiempo o sensaciones de irrealidad, miedo, ira, angustia o terror diurno no provocado, así como crisis alucinatorias que pueden afectar la visión, el olfato y la audición.

4.1.6.1.2 Crisis parcial compleja. Son crisis focales que se acompañan de algún grado de compromiso de conciencia, expresado en una falta de comprensión y de memoria sobre los acontecimientos ocurridos durante el episodio. Esto puede ocurrir desde el inicio de la

crisis o durante su transcurso, asociado o no a automatismos. El electroencefalograma se caracteriza por actividad epileptiforme focal ictal, referida a una región cerebral. (Ministerio et al., 2009)

Pueden presentarse crisis con alteración inicial de conciencia, en donde existe sólo alteración de la conciencia o seguida de automatismos. Los automatismos son actividad motora involuntaria que ocurre durante un estado de alteración de conciencia, más o menos coordinados y adaptados a las circunstancias del momento, pueden ser continuación de la actividad que se estaba realizando cuando se produce la crisis, o automatismos nuevos frecuentemente relacionados con estímulos externos circunstanciales (arreglarse la ropa, caminar, repetir sílabas o palabras) y a veces comportamientos más complicados, desajustados o estereotipados. (Ministerio et al., 2009)

4.1.6.1.3 Crisis parcial simple o compleja con generalización posterior. Son crisis parciales simples o parciales complejas que progresan hacia una crisis generalizada de tipo tónico-clónica, tónica o clónica. El electroencefalograma ictal puede evidenciar inicialmente manifestaciones correspondientes a la crisis parcial y que evoluciona a una descarga generalizada. (Ministerio et al., 2009)

4.1.6.2 Crisis generalizadas. La crisis afecta simultáneamente a ambos hemisferios cerebrales desde el inicio. Estas crisis pueden manifestarse con o sin una convulsión. (Ministerio et al., 2009)

4.1.6.2.1 Crisis tónico-clónica. Es la más conocida y dramática de las crisis generalizadas convulsivas. Empieza súbitamente, sin aviso, con inconciencia y caída al suelo. El paciente presenta una fase tónica con aumento del tono muscular generalizado inicial, de unos 20 segundos de duración, responsable a veces del llamado “grito epiléptico”, siempre inarticulado y con mordedura de lengua generalmente lateral. Luego, la fase tónica es interrumpida por cortos períodos de relajación, que se hacen cada vez más frecuentes y dan lugar a la llamada fase clónica, consistente en movimientos rítmicos de la cara y de las extremidades los que duran unos 30 segundos y se acompañan por cambios vegetativos tales como cianosis, palidez, aumento de la frecuencia cardiaca y de la presión arterial, salivación e incontinencia esfinteriana. (Ministerio et al., 2009)

La duración de la crisis, considerando la fase tónica y clónica, varía entre 1 a 3 minutos, le sigue un período de confusión de al menos 5 minutos o de sueño posterior, llamado estado post-ictal. Cuando el paciente percibe un aviso o aura, lo más probable es que se trate de una crisis parcial con generalización secundaria. En el electroencefalograma ictal se describe la presencia de actividad rápida generalizada reclutante de espiga o poliespiga onda generalizada, seguida de actividad lenta con depresión de voltaje.(Ministerio et al., 2009)

4.1.6.2.2 Crisis de ausencia. Es una crisis generalizada no convulsiva que se manifiesta por compromiso de conciencia de 5 a 20 segundos de duración, con detención de la actividad, parpadeo y otros movimientos faciales menores o automatismos de breve duración. Se pueden producir varias veces al día y se presentan principalmente en niños escolares. (Ministerio et al., 2009)

El electroencefalograma ictal describe la presencia de espiga-onda generalizada, sincrónica a 3 ciclos por segundo.(Ministerio et al., 2009)

4.1.6.2.3 Crisis mioclónica. Consiste en rápidas sacudidas musculares simultáneas o separadas comprometiendo extremidades, cabeza y o tronco. Pueden ser unilaterales o bilaterales, de manera simétrica, asimétrica o de lateralización cambiante y aparecer solas o en salvas. La conciencia generalmente no se compromete, el electroencefalograma muestra actividad de poliespiga y de poliespiga-onda focal o generalizada breve, de morfología y frecuencia variable.(Ministerio et al., 2009)

4.1.6.2.4 Crisis tónica. Consiste en un repentino aumento del tono muscular de la musculatura axial, de las extremidades o de ambas. Hay compromiso parcial o total de conciencia, asociados a fenómenos autonómicos, retroversión ocular y cianosis peribucal. El electroencefalograma ictal consiste en una actividad reclutante, rítmica, generalizada, con depresión posterior de voltaje.(Ministerio et al., 2009)

4.1.6.2.5 Crisis clónica. Se presenta con movimientos lentos, bruscos y rítmicos, ubicados en cara, tronco y extremidades, acompañados de compromiso de conciencia. El electroencefalograma muestra ondas lentas en rango delta.

4.1.6.2.6 Crisis atónica. Se caracteriza por una repentina pérdida del tono postural, que puede ser extensa o limitada a la cabeza, mandíbula o a una extremidad. Su duración es de pocos segundos pero tiene el peligro del daño que puede producir una caída repentina. El electroencefalograma ictal muestra actividad de ondas polimorfas de frecuencia variable. (Ministerio et al., 2009)

4.1.6.3 Crisis no clasificables. Son crisis que no es posible clasificar como focales, ni generalizadas por falta de elementos clínicos y electroencefalográficos. (Ministerio et al., 2009)

4.1.7 Diagnóstico. Es de carácter clínico y la confirmación se efectúan a través de los métodos complementarios de diagnóstico. (Anónimo, 2010)

4.1.7.1 Electroencefalograma. Es la prueba de elección para demostrar el carácter epiléptico de un paroxismo y es insustituible para definir muchos síndromes epilépticos. Un electroencefalograma convencional suele mostrar alteraciones epileptiformes en la mitad de los epilépticos, aunque no se debe olvidar que un 10-15% de la población normal puede tener alguna anomalía electroencefalográfica, por lo que un paciente con un electroencefalograma anormal sin síntomas nunca debe ser tratado. (Anónimo, 2010)

Los estudios de electroencefalograma con privación parcial de sueño, foto estimulación y otras activaciones son útiles para discriminar actividad epileptiforme no visible en el electroencefalograma convencional.

4.1.7.2 Neuroimágenes. La tomografía computada (TC) y la resonancia magnética (RM) son las técnicas de elección para detectar lesiones estructurales del sistema nervioso central, siendo la segunda más sensible y específica, especialmente para el estudio de la esclerosis temporal. (Anónimo, 2010)

4.1.7.3 Video electroencefalografía. método que resulta de la asociación y sincronización del registro electroencefalográfico y vídeo. Permite identificar; descartar y clasificar las crisis epilépticas. (Anónimo, 2010)

4.1.8 Tratamiento. Se basa principalmente en la administración de fármacos; cada paciente debe tener su dosis óptima. (Anónimo, 2010)

Los principales medicamentos anticonvulsivantes que se utilizan son:

Primera línea	Edad	Dosis de inicio	Aumentar	Dosis máxima	Dosis frecuente	Observaciones
Fenobarbital	adultos	1 mg/kg/día	60 mg/día	180 mg/día	1x/d en la noche	Probar dosis inicial x 2 semanas
	niños	2 - 3 mg/kg/día	1 mg/kg/día	6 mg/kg/día	1x/d en la noche	
Fenitoína	adultos	200 mg/día	50mg/d	400 mg/día	2x/d	No dar si hay afección renal
	niños	3 - 4 mg/kg/día	1 mg/kg/día	8 mg/kg/día	2-3x/d	
Carbamazepina	adultos	200 mg/día	200 mg/día	1400 mg/día	2x/d	
	niños	5 mg/kg/día	5 mg/kg/día	30 mg/kg/día	2x/d	
Acido Valproico	adultos	400 mg/día	200 mg/día	200 mg/día	2-3x/d	Niveles se estabilizan a

4.1.8.1 Crisis epilépticas generalizadas. En caso de crisis no convulsivas, ausencias típicas y atípicas se emplea etosuximida 20-30 mg/kilo/día fraccionada cada 8 horas. Cuando se trata de crisis convulsivas se utiliza fenitoína de 5-10 mg/kilo/día fraccionada cada 8 horas. (Anónimo, 2010)

4.1.8.2 Crisis epilépticas parciales. En las crisis parciales simples se utiliza la carbamazepina 10 mg//kilo/día fraccionada cada 8 horas, mientras que en las crisis parciales complejas se emplea el ácido valproico 20-30 mg/kilo/día fraccionada cada 8 o 12 horas. (Anónimo, 2010)

4.2 Calidad de vida

Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona, posee principalmente tres aspectos bienestar físico, psicológico y social, donde se incluye aspectos subjetivos como la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva, al igual que aspectos objetivos como el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida. Para tener

calidad de vida se necesita sentirse sanos, productivos, seguros, y ser capaces de expresar las emociones. (Ardilla, 2003)

El impacto emocional, profesional y social, es extremadamente variable en el paciente con epilepsia, dependiendo de factores como tipo, control de las crisis y personalidad del individuo. La calidad de vida de estos pacientes depende de un correcto diagnóstico, el tratamiento médico adecuado, que no solo incluye la elección del fármaco antiepiléptico más apropiado sino también de la información entregada sobre la epilepsia a los pacientes y sus familias, la educación necesaria para cambiar sus actitudes y prejuicios, el desarrollo sociocultural, el apoyo de los sistemas públicos de salud y los programas de educación a la comunidad. (C. Acevedo, C, Manuel, & Roberto, 2008)

La medición de la Calidad de Vida es mucho más que una escala diagnóstica o una escala de severidad de enfermedad o magnitud de síntomas, las escalas existentes fueron diseñadas originalmente para medir la calidad de vida en el adulto, por la complejidad que implica su aplicación en el niño. El origen de estas escalas es esencialmente norteamericano y europeo, sin embargo, ya existen versiones al español y portugués sobre calidad de vida. (D. C. Acevedo, 2008)

Cabe recalcar que los pacientes no solo sufren por sus crisis, sino que la epilepsia influye sobre otros aspectos de su vida como por ejemplo: desarrollo psicológico, inserción social, inserción laboral, educación, aspectos económicos, conducción de vehículos motorizados, deportes, vida familiar, etc. (D. C. Acevedo, 2008)

5 Materiales y Métodos

La investigación se realizó en el Hospital Isidro Ayora Loja ubicado en las calles Manuel Ygnacio Monteros y Manuel Agustín Aguirre.

5.1 Enfoque

La presente investigación es cuantitativa, porque se obtuvieron datos numéricos.

5.2 Tipo de estudio

Es un estudio descriptivo debido a que señala las características de la calidad de vida de una población de pacientes con epilepsia y es de corte transversal porque busca describir y cuantificar la distribución de determinadas variables en una población de pacientes con epilepsia en un momento dado. Finalmente es prospectivo debido a que la información se la recolectó y analizó en un periodo de tiempo actualizado.

5.3 Unidad de estudio

Integrada por aquellos pacientes que acudieron por atención médica al servicio de consulta externa de neurología del Hospital Isidro Ayora Loja y cuyo diagnóstico principal es epilepsia.

5.4 Universo

Integrado por 73 pacientes (42 mujeres y 31 varones) de 20 a 40 años de edad diagnosticados de epilepsia que acudieron al servicio de consulta externa de neurología del Hospital Isidro Ayora Loja.

5.5 Muestra

Integrada por 60 pacientes (36 mujeres y 24 varones) de 20 a 40 años de edad diagnosticados de epilepsia que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. La

muestra se la obtuvo accediendo al sistema electrónico de registro de los pacientes atendidos por consulta externa del área de neurología.

5.6 Criterios de inclusión

- Pacientes diagnosticados de epilepsia que habiten en la ciudad de Loja
- Pacientes que deseen participar en el estudio
- Pacientes diagnosticados de epilepsia con edades comprendidas entre 20-40 años que se encuentren en pleno uso de sus facultades mentales y que acudieron al servicio de consulta externa de neurología del Hospital Isidro Ayora Loja.

5.7 Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 20 años de edad diagnosticados de epilepsia
- Pacientes que no deseen participar en el estudio
- Pacientes con antecedente de cuadros psicóticos, retraso mental, consumo de drogas o de fármacos; así como otras enfermedades concomitantes que puedan generar crisis convulsivas y afecten directamente la calidad de vida.

5.8 Técnicas

Se realizó ésta investigación mediante hojas de recolección (Cuestionario de calidad de vida en epilepsia QOLIE-31 versión 1.0), previo consentimiento informado de cada uno de los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. Los puntajes obtenidos en dicho cuestionario refleja indirectamente la calidad de vida del paciente.

5.9 Instrumento

Los datos fueron obtenidos mediante hojas de recolección (Cuestionario de calidad de vida en epilepsia QOLIE-31 versión 1.0), que fue aplicado a cada uno de los 60 pacientes que conforman la muestra de éste estudio y que fueron atendidos en el área de consulta externa de neurología del Hospital Isidro Ayora Loja en el período comprendido entre Enero-Junio del 2016.

5.10 Procedimiento

Primero se realizó un oficio al Director del Hospital Isidro Ayora Loja, en el cual se permite el acceso al sistema electrónico de registro de los pacientes atendidos por consulta externa del área de neurología. Posteriormente mediante los criterios de inclusión y exclusión se logró obtener un universo de 73 pacientes, sin embargo a través de la dirección domiciliaria y número telefónico sólo se pudo acceder a 60 de los mismos, con los cuales quedó conformada la muestra de ésta investigación.

Se realizó ésta investigación mediante hojas de recolección (Cuestionario de calidad de vida en epilepsia QOLIE-31 versión 1.0), que fue aplicado previo consentimiento informado a cada uno de los 60 pacientes que conformaron la muestra de éste estudio.

Los puntajes obtenidos en el cuestionario fueron convertidos a una escala de 0 a 100 puntos, con la ayuda de tablas y operaciones matemáticas previamente diseñadas para este cuestionario. La suma de los puntajes de cada área proporciona el puntaje global que refleja indirectamente la calidad de vida del paciente.

La valoración de la calidad de vida se realiza de la siguiente manera:

- 91-100 con excelente calidad de vida
- 81-90 con muy buena calidad de vida
- 71-80 con buena calidad de vida
- 61-70 con regular calidad de vida
- Menor o igual a 60 con mala calidad de vida

5.11 Equipo y Materiales

- Instrumento de recolección de datos
- Consentimiento informado

5.12 Análisis estadístico

Después de la recolección de datos, se plasmaron los resultados en cuadros de frecuencia y porcentuales los mismos que fueron representados en gráficos, durante el proceso de tabulación. Finalmente con los resultados obtenidos se hizo la interpretación y análisis con sus respectivas conclusiones y recomendaciones, utilizando materiales tecnológicos tales como Microsoft Word y Excel 2013.

6 Resultados

6.1 Resultados para el primer objetivo: Identificar el nivel de satisfacción físico y psicológico, según grupo etáreo y género de los pacientes diagnosticados de epilepsia en el Hospital Isidro Ayora Loja, durante el período Enero-Junio 2016.

Tabla Nro. 1

Nivel de satisfacción físico femenino, atendido en la consulta externa de neurología del Hospital Isidro Ayora Loja, año 2016

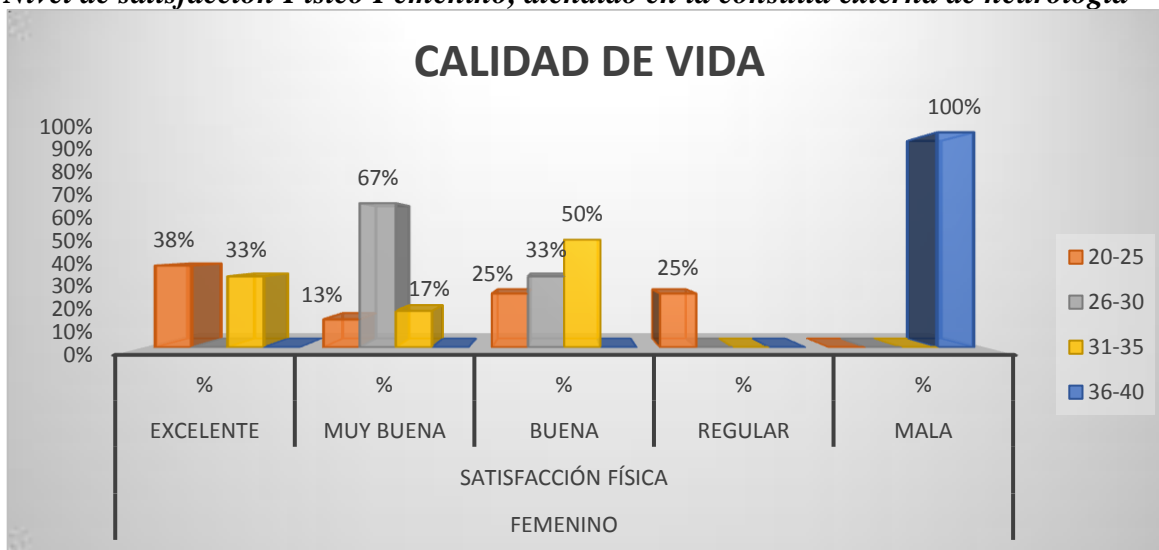
Grupo Etáreo	Excelente		Muy Buena		Buena		Regular		Mala		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
20-25	6	38%	2	13%	4	25%	4	25%	0	0	16	27%
26-30	0	0	4	67%	2	33%	0	0	0	0	6	10%
31-35	4	33%	2	17%	6	50%	0	0	0	0	12	20%
36-40	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100%	2	3%
											36	60%

Fuente: Registro de Resultados

Elaborado: Michelle Romero

Gráfico Nro. 1

Nivel de satisfacción Físico Femenino, atendido en la consulta externa de neurología



Fuente: Registro de Resultados

Elaborado: Michelle Romero

Interpretación de Resultados: el 38% (n=6) de los pacientes de 20-25 años de edad tienen un excelente nivel de satisfacción física; seguido del 67% (n=4) de los pacientes de 26-30 años con un muy buen nivel de satisfacción física, el 50% (n=6) de los pacientes de 31-35 tienen un buen nivel de satisfacción física, mientras que el 100% (n=2) de las pacientes de 36-40 tienen un mal nivel de satisfacción físico.

Tabla Nro. 2

Nivel de satisfacción físico masculino, atendido en la consulta externa de neurología del Hospital Isidro Ayora Loja, año 2016

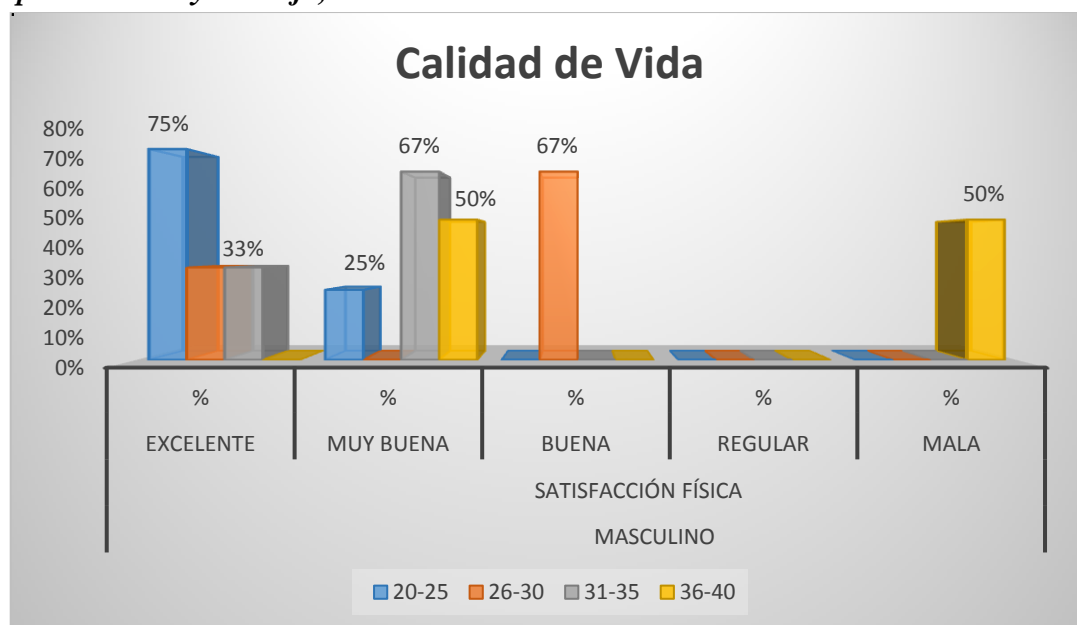
Grupo Etáreo	Excelente		Muy Buena		Buena		Regular		Mala		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
20-25	6	75%	2	25%	0	0	0	0	0	0	8	13%
26-30	2	33%	0	0	4	67%	0	0	0	0	6	10%
31-35	2	33%	4	67%	0	0	0	0	0	0	6	10%
36-40	0	0	2	50%	0	0	0	0	2	50%	4	7%
											24	40%

Fuente: Registro de Resultados

Elaborado: Michelle Romero

Gráfico Nro. 2

Nivel de satisfacción físico masculino, atendido en la consulta externa de neurología del Hospital Isidro Ayora Loja, año 2016



Fuente: Registro de Resultados

Elaborado: Michelle Romero

Interpretación de Resultados: el 75% (n=6) de los pacientes de 20-25 años de edad tienen un excelente nivel de satisfacción física; seguido del 67% (n=4) de los pacientes de 26-30 años quienes tienen un buen nivel de satisfacción física, al igual el 67% (n=4) de los pacientes de 31-35 años quienes tienen un muy buen nivel de satisfacción física, mientras que en dos de los pacientes de 36-40 años existe un 50% (n=2) que tiene un muy buen nivel de satisfacción física y otro 50% (n=2) con un mal nivel de satisfacción físico.

Tabla Nro. 3

Nivel de satisfacción psicológico femenino, atendido en la consulta externa de neurología del Hospital Isidro Ayora Loja, año 2016

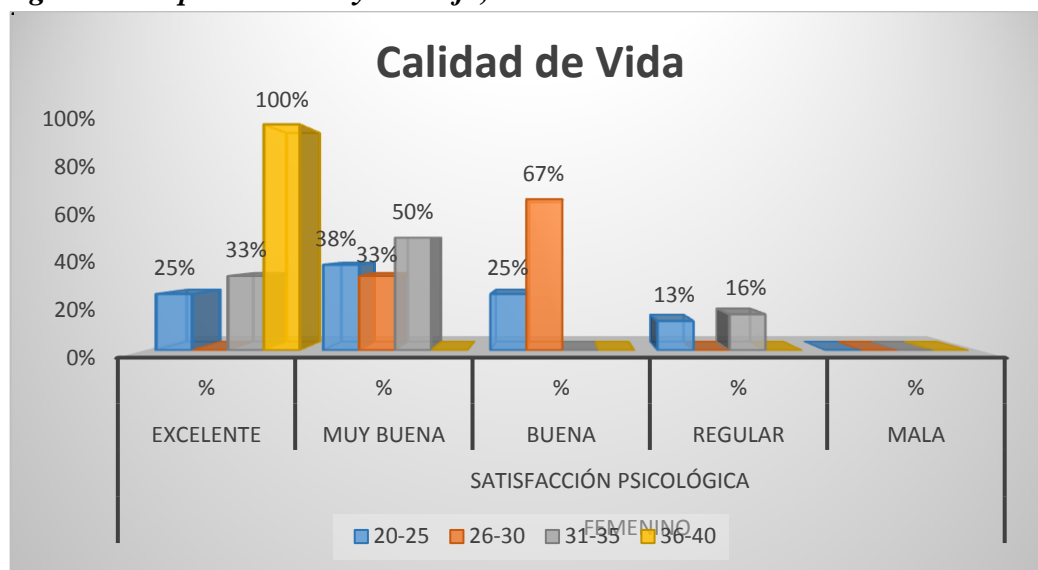
Grupo Etáreo	Excelente		Muy Buena		Buena		Regular		Mala		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
20-25	4	25%	6	38%	4	25%	2	13%	0	0	16	27%
26-30	0	0	2	33%	4	67%	0	0	0	0	6	10%
31-35	4	33%	6	50%	0	0	2	16%	0	0	12	20%
36-40	2	100%	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3%
											36	60%

Fuente: Registro de Resultados

Elaborado: Michelle Romero

Gráfico Nro. 3

Nivel de satisfacción psicológico femenino, atendido en la consulta externa de neurología del Hospital Isidro Ayora Loja, año 2016



Fuente: Registro de Resultados

Elaborado: Michelle Romero

Interpretación de Resultados: el 38% (n=6) de las pacientes de 20-25 años de edad tienen un muy buen nivel de satisfacción psicológica; seguido del 67% (n=4) de las pacientes de 26-30 años quienes tienen un buen nivel de satisfacción psicológica, el 50% (n=6) de las pacientes de 31-35 tienen un muy buen nivel de satisfacción psicológica, mientras que el 100% (n=2) de las pacientes de 36-40 tienen un excelente nivel de satisfacción psicológica.

Tabla Nro. 4

Nivel de satisfacción psicológico masculino, atendido en la consulta externa de neurología del Hospital Isidro Ayora Loja, año 2016

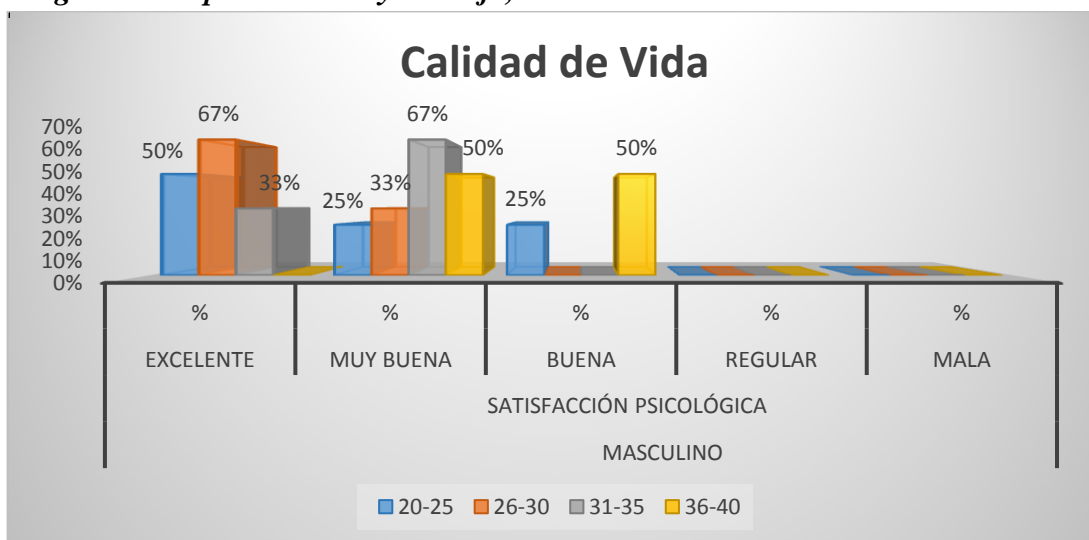
Grupo Etáreo	Excelente		Muy Buena		Buena		Regular		Mala		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	20-25	4	50%	2	25%	2	25%	0	0	0	0	8
26-30	4	67%	2	33%	0	0	0	0	0	0	6	10%
31-35	2	33%	4	67%	0	0	0	0	0	0	6	10%
36-40	0	0	2	50%	2	50%	0	0	0	0	4	7%
											24	40%

Fuente: Registro de Resultados

Elaborado: Michelle Romero

Gráfico N° 4

Nivel de satisfacción psicológico masculino, atendido en la consulta externa de neurología del Hospital Isidro Ayora Loja, año 2016



Fuente: Registro de Resultados

Elaborado: Michelle Romero

Interpretación de Resultados: el 50% (n=4) de los pacientes de 20-25 años de edad tienen un excelente nivel de satisfacción psicológico; seguido del 67% (n=4) de los pacientes de 26-30 años quienes también tienen un excelente nivel de satisfacción psicológico, el 67% (n=4) de los pacientes de 31-35 que tienen un muy buen nivel de satisfacción psicológico, mientras que en dos de los pacientes de 36-40 años existe un 50% (n=2) que tiene un muy buen nivel de satisfacción psicológica y otros 50% (n=2) con un buen nivel de satisfacción psicológica.

6.2 Resultados para el segundo objetivo: Averiguar el nivel de satisfacción social según grupo etáreo y género de los pacientes diagnosticados de epilepsia en el Hospital Isidro Ayora Loja, durante el período enero-junio 2016

Tabla Nro. 5

Nivel de satisfacción social femenino, atendido en la consulta externa de neurología del Hospital Isidro Ayora Loja, año 2016

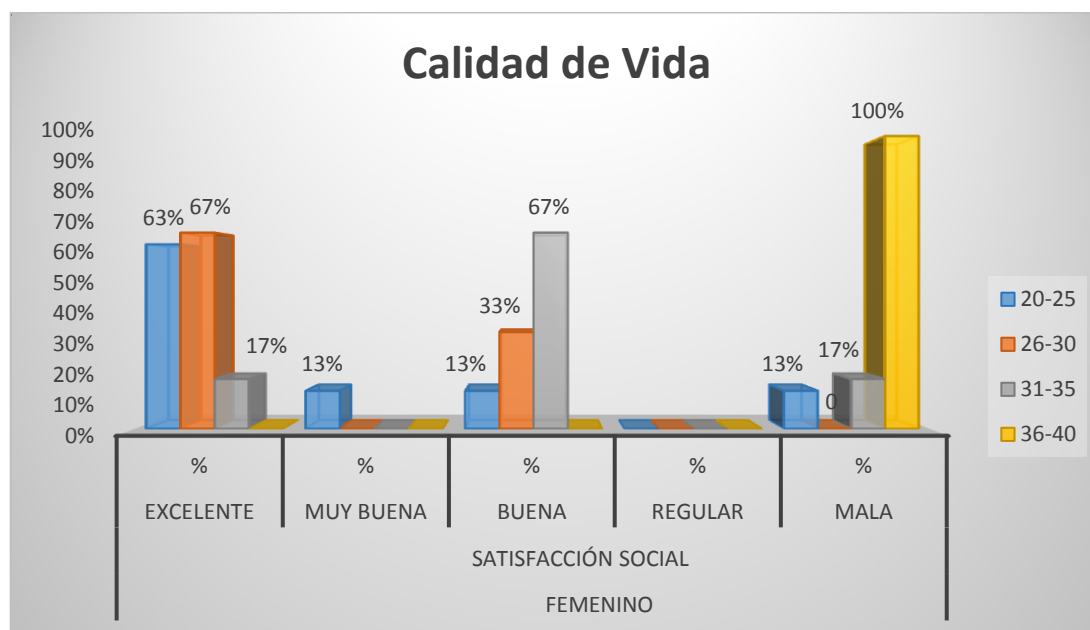
Grupo Etáreo	Excelente		Muy Buena		Buena		Regular		Mala		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	20-25	10	63%	2	13%	2	13%	0	0	2	13%	16
26-30	4	67%	0	0	2	33%	0	0	0	0	6	10%
31-35	2	17%	0	0	8	67%	0	0	2	17%	12	20%
36-40	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100%	2	3%
											36	60%

Fuente: Registro de Resultados

Elaborado: Michelle Romero

Gráfico Nro. 5

Nivel de satisfacción social femenino, atendido en la consulta externa de neurología del Hospital Isidro Ayora Loja, año 2016



Fuente: Registro de Resultados

Elaborado: Michelle Romero

Interpretación de Resultados: el 63% (n=10) de los pacientes de 20-25 años de edad tienen un excelente nivel de satisfacción social; seguido del 67% (n=4) de las pacientes de 26-30 años quienes también tienen un excelente nivel de satisfacción social, al igual que el 67% (n=8) de las pacientes de 31-35 que tienen un buen nivel de satisfacción social, mientras que el 100% (n=2) de las pacientes de 36-40 tienen un mal nivel de satisfacción social.

Tabla Nro. 6

Nivel de satisfacción social masculino, atendido en la consulta externa de neurología del Hospital Isidro Ayora Loja, año 2016

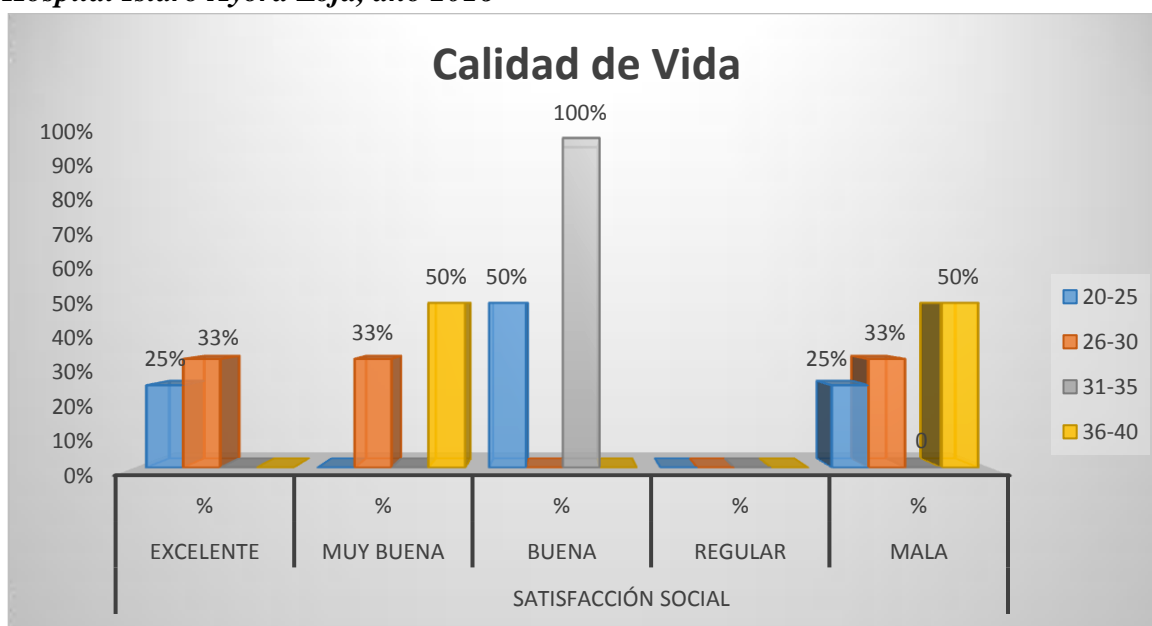
Grupo Etéreo	Excelente		Muy Buena		Buena		Regular		Mala		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	20-25	2	25%	0	0	4	50%	0	0	2	25%	8
26-30	2	33%	0	33%	2	0	0	0	2	33%	6	10%
31-35	0	0	0	0	6	100%	0	0	0	0	6	10%
36-40	0	0	2	50%	0	0	0	0	2	50%	4	7%
											24	40%

Fuente: Registro de Resultados

Elaborado: Michelle Romero

Gráfico Nro. 6

Nivel de satisfacción social masculino, atendido en la consulta externa de neurología del Hospital Isidro Ayora Loja, año 2016



Fuente: Registro de Resultados

Elaborado: Michelle Romero

Interpretación de Resultados: el 50% (n=4) de los pacientes de 20-25 años de edad tienen un buen nivel de satisfacción social; en los pacientes de 26-30 años de edad existe un nivel de satisfacción social excelente, muy bueno y malo, representando el 33% (n=2) en cada caso, el 100% (n=6) de los pacientes de 31-35 años de edad tienen un buen nivel de satisfacción social y dos de los pacientes de 36-40 años existe un 50% (n=2) que tiene muy buen nivel de satisfacción social y otro 50% (n=2) con un mal nivel de satisfacción social.

6.3 Resultados para el tercer objetivo: Contrastar el nivel de calidad de vida físico, psicológico y social según grupo etáreo y género de los pacientes diagnosticados de epilepsia en el Hospital Isidro Ayora Loja, durante el período enero-junio 2016

Tabla Nro. 7

Calidad de vida física, psicológica y social según grupo etáreo y género, atendido en la consulta externa de neurología del Hospital Isidro Ayora Loja, año 2016

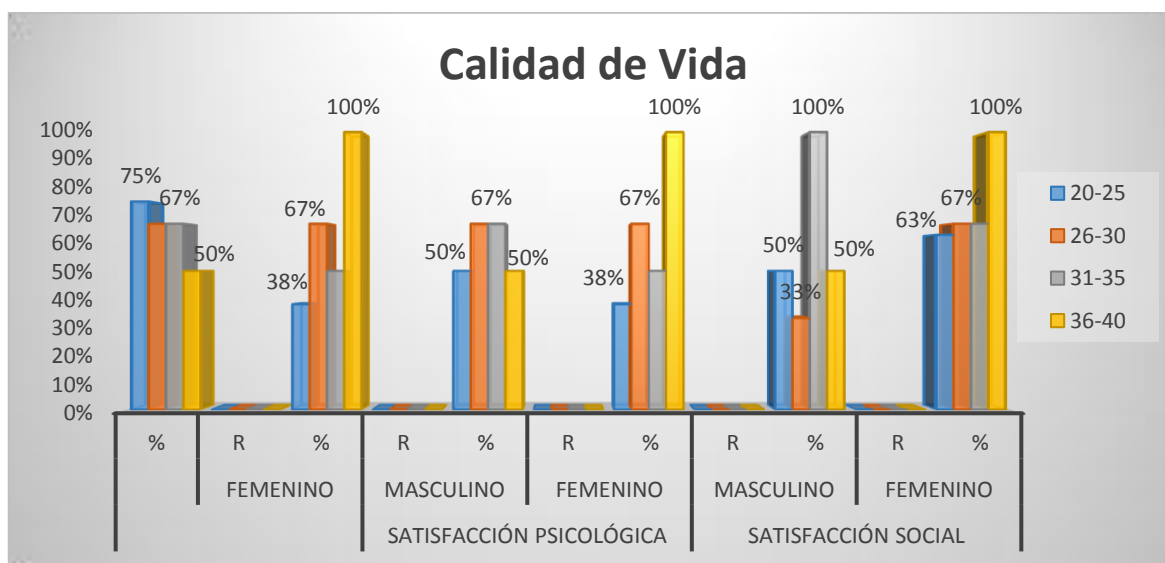
Grupo Etáreo	Calidad de Vida											
	Satisfacción Física				Satisfacción Psicológica				Satisfacción Social			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	Femenino		
	R	%	R	%	R	%	R	%	R	%		
20-25	E	75%	E	38%	E	50%	Mb	38%	B	50%	E	63%
26-30	B	67%	Mb	67%	E	67%	B	67%	B	33%	E	67%
31-35	Mb	67%	B	50%	Mb	67%	Mb	50%	B	100%	B	67%
36-40	Mb	50%	M	100%	Mb	50%	E	100%	M	50%	M	100%

Fuente: Registro de Resultados

Elaborado: Michelle Romero

Gráfico Nro. 7

Calidad de vida física, psicológica y social según grupo etáreo y género



Fuente: Registro de Resultados

Elaborado: Michelle Romero

Interpretación de Resultados: Los pacientes de 20-25 años de edad masculinos tienen un mejor nivel de satisfacción física y psicológica con un 75% y 50% respectivamente y en el sexo femenino hay un mejor nivel de satisfacción social con un 63%; en los pacientes de 26-30 años femeninos hay un mejor nivel de satisfacción física y social con 67% en cada caso y en el sexo masculino hay un mejor nivel de satisfacción psicológica con un 67%; los pacientes de 31-35 años masculinos hay un mejor nivel de satisfacción física y psicológica con un 67% en cada caso, y en el sexo femenino hay mejor nivel de satisfacción psicológica y social con un 50% y 67% respectivamente, en los pacientes de 36-40 años de edad masculinos hay mejor nivel de satisfacción física y psicológica con un 50% en cada caso, mientras que el sexo femenino tienen un mejor nivel de satisfacción psicológica con el 100%.

Tabla Nro. 8

Nivel de calidad de vida según grupo etáreo y género, atendido en la consulta externa de neurología del Hospital Isidro Ayora Loja, año 2016

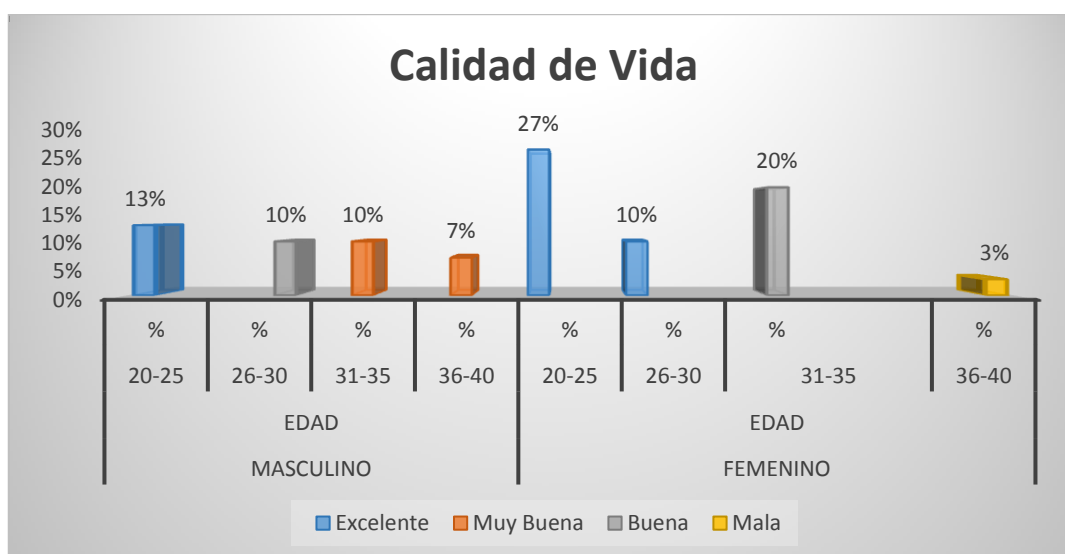
Calidad de Vida	Género												Total			
	Masculino						Femenino									
	Edad		Edad		Edad		Edad		Edad		Edad					
	20-25	26-30	31-35	36-40	20-25	26-30	31-35	36-40	20-25	26-30	31-35	36-40	F	%		
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Excelente	8	13	0	0	0	0	0	0	16	27	6	10	0	0	30	50
Muy Buena	0	0	0	0	6	10	4	7	0	0	0	0	0	0	10	17
Buena	0	0	6	10	0	0	0	0	0	0	0	12	20	18	30	
Mala	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	2	3	
	Total												60	100		

Fuente: Registro de Resultados

Elaborado: Michelle Romero

Gráfico Nro. 8

Nivel de calidad de vida según grupo etáreo y género, atendido en la consulta externa de neurología del Hospital Isidro Ayora Loja, año 2016



Fuente: Registro de Resultados

Elaborado: Michelle Romero

Interpretación de Resultados: De los 60 pacientes que fueron encuestados un 50% (n=30) tiene una excelente calidad de vida, especialmente el género femenino de 20-25 años de edad; un 17% (n=10) tiene una muy buena calidad de vida, especialmente el género masculino de 31-35 años; en un 30% (n= 18) la calidad de vida es buena especialmente el género femenino de 31-35 años y por último el 3% (n=2) tienen una mala calidad de vida especialmente el género femenino de 36-40 años de edad.

7 Discusión

Según Figueroa, et al. (2004) la epilepsia, representa uno de los trastornos más comúnmente observados en la práctica clínica cotidiana de los servicios de neurología, por sí sola, o bien por la serie de padecimientos asociados. Por su naturaleza a veces impredecible, la epilepsia está rodeada de conceptos erróneos, y de mitos, ambos históricos y culturales. (Hurtado, Magdalena, & Torres, 2007).

Para las personas con epilepsia, tanto su vida, como la de sus familias se ven afectadas, no sólo por lo dramático o grave de las crisis, sino además en algunos casos por el manejo inadecuado por parte del personal clínico. (Figueroa, 2004).

El presente estudio fue realizado en 60 pacientes diagnosticados de epilepsia en el Hospital Isidro Ayora Loja durante el período Enero-Junio 2016, en el cual se ha verificado que la zona con un mejor puntaje es la dimensión física 75% en el género masculino de 20-25 años de edad, mientras que en el género femenino es una de las zonas más afectadas en las pacientes de 36-40 años de edad, representando un 100%; esto concuerda con un estudio realizado en Lima- Perú en el 2015 por José Carlos Delgado Ríos, donde se evidenció que la más afectada era el bienestar físico, en el cual se aprecia la puntuación más baja en el área correspondiente a efectos de la farmacoterapia. (Rios, 2007)

En cuanto a la dimensión psicológica, ésta no se encuentra afectada, se observa un mejor puntaje 100% sobre todo en el género femenino de 36-40 años de edad, mientras que en el género masculino se obtuvo un menor puntaje 67% sobre todo en los pacientes de 31-35 años de edad; lo cual no concuerda con el estudio realizado en Lima- Perú en el 2015 por José Carlos Delgado Ríos, donde se evidenció que el bienestar psicológico se encuentra más afectado sobretodo el sexo femenino, siendo el área de mayor compromiso la preocupación por las crisis. (Rios, 2007)

En cuanto a la dimensión del bienestar social es la que se encuentra más afectadas en un 100% sobre todo en el género femenino de 36-40 años de edad; así como también en el género masculino de 31-35 años de edad, lo cual concuerda con un estudio realizado en el

2008 a pacientes adultos con epilepsia en Colombia por Vinaccia et al. donde se encontraron puntuaciones bajas en la dimensión social, sobre todo en las áreas de Evaluación de Sentimientos y Control, indicando una calidad de vida desfavorable. (Hurtado et al., 2007)

Existe un estudio aún más reciente realizado en la consulta externa de neurología del Hospital de México por López et al 2011 en Barragán 2011 en el que se aplicó el QOLIE-31 (Quality of Life in Epilepsy) a 60 pacientes de 20 a 35 años, en el cual el 48.3% de la población correspondía a pacientes masculinos y el 51.1 % a femeninos; se asignó una calificación ordinal de acuerdo a la calidad de vida que se manifestaba en las respuestas del instrumento, teniendo como resultado que 35 pacientes (58.3%) tienen una mala calidad de vida, mientras que en 16 pacientes (26.7%) es regular y 5 pacientes, que representa un 8.3% del total de la población estudiada, tiene una buena calidad de vida; por último, solo un 6.7%, es decir 4 pacientes, obtuvieron como resultado una muy buena calidad de vida, con lo que se demuestra que más del 70% de los pacientes con epilepsia no están satisfechos es este aspecto. . (Hurtado et al., 2007)

Al finalizar la presente investigación los resultados obtenidos fueron que el área que se encuentra menos afectada en el género masculino es el bienestar físico sobre todo en los pacientes de 20-25 años de edad, representando un 75%, mientras que las áreas que se encuentran más afectadas son el bienestar psicológico y social sobre todo en los pacientes de 31-35 años de edad representando un 67% y 100% respectivamente.

Con relación al género femenino el área que se encuentra menos afectada es el bienestar Psicológico sobre todo en las pacientes de 36-40 años de edad, representando un 100%, mientras que el bienestar físico y social son las áreas más afectadas de igual manera en pacientes de 36-40 años de edad.

En cuanto al puntaje global de la calidad de vida tanto en su bienestar físico, psicológico y social tienen un mayor puntaje los pacientes de 20-25 años de edad tanto del género masculino y sobre todo del género femenino, considerándose como una excelente calidad de vida.

De los 60 pacientes que fueron encuestados 30 de ellos que corresponde al 50% tienen una excelente calidad de vida, mientras que 10 pacientes, es decir un 17% tiene una muy buena calidad de vida, 18 pacientes que representan el 30% tienen una calidad de vida buena y por último 2 de los pacientes encuestados correspondiente al 3% tienen una mala calidad de vida.

Con estos estudios se demuestra que mientras más información posee el paciente y la familia sobre ésta enfermedad y de acuerdo a su edad, su percepción sobre la calidad de vida mejora. (Hurtado et al., 2007)

8 Conclusiones

- En este estudio realizado en los pacientes con epilepsia del Hospital Isidro Ayora Loja el área que se encuentra más afectada es el bienestar social, sobre todo en las edades de 36-40 años de edad del género femenino.

- El área que se encuentra menos afectada difiere, en el género masculino es el bienestar físico principalmente en las edades de 20-25 años; mientras que en el género femenino es el bienestar psicológico especialmente en las edades de 36-40 años.

- La calidad de vida tanto en su bienestar físico, psicológico y social tienen un mayor puntaje los pacientes de 20-25 años de edad tanto del género masculino y sobre todo del género femenino.

9 Recomendaciones

- Brindar información adecuada al paciente portador de epilepsia y sus familiares, durante el proceso de la consulta externa, con la finalidad de corregir los factores de riesgo que afecten la calidad de vida en sus tres dimensiones.

- Crear un centro de apoyo en el Hospital Isidro Ayora Loja, tanto para los pacientes diagnosticados de epilepsia como para sus familiares, donde se pueda brindar información sobre la enfermedad y principalmente ayuda psicológica, con el fin de que la calidad de vida de éstos pacientes sea mejor.

- Hacer conocer principalmente a los familiares de los pacientes sobre las distintas campañas que desarrolla el Ministerio de Salud Pública sobre la epilepsia, para que tengan un mejor conocimiento de la enfermedad, de su manejo y así puedan ayudar a los pacientes que la padecen.

10 Bibliografía

- Acevedo, C., C, M., Manuel, C., & Roberto, C. (2008). Informe Sobre La Epilépsia En Latinoamerica.
- Acevedo, D. C. (2008). Informe sobre la epilepsia en Latinoamérica.
- Actitud terapeutica en las ausencias. (n.d.). Retrieved from <http://www.epilepsiasen.net/system/files/capitulo30.pdf>
- Álvarez, D. I. V. (2008). EPILEPSIA INFANTIL DE DIFÍCIL CONTROL. ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO DOCENTE “JUAN M. MÁRQUEZ” 2002-2006.
- Anónimo. (2005). Epilepsia. *Epilepsia*, 1–5.
- Hurtado, R. H., Magdalena, R., & Torres, G. (2007). Calidad de vida en pacientes adultos con epilepsia.
- Medina, Marco Tulio, Franz Chavez sell, Nelson Chinchilla Cáliz, F. G. G. (2001). Las epilepsias en Centroamérica. Retrieved from <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/LaEpilepsiaenCentroamerica.pdf>
- Ministerio, A., Gu, D. E. S., En, E., Adulto, E. L., Edici, P., & Subsecretar, S. (2009). Guia Clinica: Epilepsia en Adultos. *Guías Minsal*, 56. Retrieved from <http://www.minsal.cl/portal/url/item/95542bbbc250eeb8e04001011f01678c.pdf>
- Rios, J. C. D. (2007). Epilepsia . Instituto Nacional De Ciencias Neurologicas Junio 2006 – Diciembre 2007 ”, 82.
- Acevedo, C., C, M., Manuel, C., & Roberto, C. (2008). Informe Sobre La Epilépsia En Latinoamerica.
- Acevedo, D. C. (2008). Informe sobre la epilepsia en Latinoamérica.

Actitud terapeutica en las ausencias. (n.d.). Retrieved from <http://www.epilepsiasen.net/system/files/capitulo30.pdf>

Álvarez, D. I. V. (2008). EPILEPSIA INFANTIL DE DIFÍCIL CONTROL. ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO DOCENTE “JUAN M. MÁRQUEZ” 2002-2006.

Anónimo. (2005). Epilepsia. *Epilepsia*, 1–5.

Hurtado, R. H., Magdalena, R., & Torres, G. (2007). Calidad de vida en pacientes adultos con epilepsia.

Medina, Marco Tulio, Franz Chavez sell, Nelson Chinchilla Cálix, F. G. G. (2001). Las epilepsias en Centroamérica. Retrieved from <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/LaEpilepsiaenCentroamerica.pdf>

Ministerio, A., Gu, D. E. S., En, E., Adulto, E. L., Edici, P., & Subsecretar, S. (2009). Guia Clinica: Epilepsia en Adultos. *Guias Minsal*, 56. Retrieved from <http://www.minsal.cl/portal/url/item/95542bbbc250eeb8e04001011f01678c.pdf>

Rios, J. C. D. (2007). Epilepsia . Instituto Nacional De Ciencias Neurologicas Junio 2006 – Diciembre 2007 ”, 82.

Acevedo, C., C, M., Manuel, C., & Roberto, C. (2008). Informe Sobre La Epilépsia En Latinoamerica.

Acevedo, D. C. (2008). Informe sobre la epilepsia en Latinoamérica.

Actitud terapeutica en las ausencias. (n.d.). Retrieved from <http://www.epilepsiasen.net/system/files/capitulo30.pdf>

Álvarez, D. I. V. (2008). EPILEPSIA INFANTIL DE DIFÍCIL CONTROL. ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO DOCENTE “JUAN M. MÁRQUEZ” 2002-2006.

Anónimo. (2005). Epilepsia. *Epilepsia*, 1–5.

Hurtado, R. H., Magdalena, R., & Torres, G. (2007). Calidad de vida en pacientes adultos con epilepsia.

Medina, Marco Tulio, Franz Chavez sell, Nelson Chinchilla Cálix, F. G. G. (2001). Las epilepsias en Centroamérica. Retrieved from [http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/La Epilepsia en Centroamerica.pdf](http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/La_Epilepsia_en_Centroamerica.pdf)

Ministerio, A., Gu, D. E. S., En, E., Adulto, E. L., Edici, P., & Subsecretar, S. (2009). Guia Clinica: Epilepsia en Adultos. *Guías Minsal*, 56. Retrieved from <http://www.minsal.cl/portal/url/item/95542bbbc250eeb8e04001011f01678c.pdf>

Rios, J. C. D. (2007). Epilepsia . Instituto Nacional De Ciencias Neurologicas Junio 2006 – Diciembre 2007 ”, 82.

11 Anexos

Anexo 1



Universidad Nacional de Loja
Área de la Salud Humana
Carrera de Medicina

Michelle Rosemary Romero Jima

Estudiante del Décimo Módulo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON EPILEPSIA EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA, DURANTE EL PERÍODO ENERO-JUNIO 2016

Información

Yo Michelle Rosemary Romero Jima estudiante del décimo módulo de la carrera de Medicina, me encuentro realizando una investigación sobre la calidad de vida en pacientes diagnosticados con epilepsia, la cual es una enfermedad muchas de las veces desconocida incluso para los propios afectados y que ocasiona en ellos depresión y ansiedad. A continuación le voy a brindar información e invitarle a participar de ésta investigación.

La epilepsia es una enfermedad en la que se presenta una alteración en la actividad eléctrica normal del cerebro. En Ecuador existe una cantidad considerable de pacientes diagnosticados de epilepsia, los mismos que son muy susceptibles de padecer con mayor frecuencia ansiedad y depresión lo cual altera su calidad de vida.

Esta investigación se basará en la aplicación de un cuestionario a los pacientes con diagnóstico de epilepsia, del área de consulta externa de neurología del Hospital Isidro Ayora Loja, con el que se pretende conocer el nivel de calidad de vida que llevan dichos pacientes, específicamente en los aspectos físico, psicológico y social.

Su participación en ésta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo y puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Si usted participa en esta investigación, aportará con datos muy importantes que nos llevarán a encontrar una respuesta a la pregunta de investigación; datos que servirán para tener una idea acerca de cómo es la calidad de vida de estos pacientes y en caso de ser necesario tomar medidas en beneficio de los mismos. Los resultados alcanzados en éste estudio serán utilizados únicamente para fines investigativos.

No se compartirá la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que se obtenga para ésta investigación se mantendrá confidencial, será puesta fuera de alcance y nadie solo el investigador tendrá acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre; solo el investigador sabrá cuál es su número.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a: Michelle Rosemary Romero Jima, Barrio Gran Colombia / 0967932357/mirous_10@hotmail.com

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por la Coordinación de la Carrera de Medicina, encargada de llevar a cabo la revisión de temas de tesis, para su desarrollo previo a la titulación de Médicos Generales. Si usted desea averiguar más sobre ésta institución, contacte a Coordinación de la Carrera de Medicina del Área de la Salud Humana-UNL, Av. Manuel Ignacio Monteros, 2-571-379.

Formulario de Consentimiento

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre del Participante _____

CI _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Anexo 2



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Yo Michelle Rosemary Romero Jima estudiante del décimo módulo de la carrera de Medicina, me encuentro realizando una investigación titulada **“Calidad de vida en pacientes diagnosticados con epilepsia del Hospital Isidro Ayora Loja, durante el período Enero-Junio 2016”** con la que se pretende conocer el nivel de calidad de vida que llevan los pacientes con epilepsia, específicamente en los aspectos físico, psicológico y social. Por favor dígnese en contestar las siguientes preguntas.

III. CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN EPILEPSIA QOLIE-31 (versión 1.0)

Cuestionario para el Paciente

Fecha: ____/____/____

Nombre del Paciente: _____

Edad: _____ N° Historia clínica: _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha Nacimiento: ____/____/____

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario le pregunta por su salud y sus actividades diarias. Conteste a todas las preguntas rodeando con un círculo el número de respuesta adecuado (1,2,3...).

Si no está seguro de qué contestar, elija la respuesta que crea más apropiada y escriba un comentario o explicación al margen izquierdo.

Si lo necesita, no dude en pedir que alguien le ayude a leer o rellenar el formulario.

1. En términos generales, ¿cómo calificaría su calidad de vida?

(Rodee con un círculo un solo número de la siguiente escala)

	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
<i>La mejor calidad de vida posible</i>					<i>La peor calidad de vida posible (tan mala como, o peor que estar muerto)</i>					

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha SENTIDO y cómo le han ido las cosas durante las **4 últimas semanas**. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

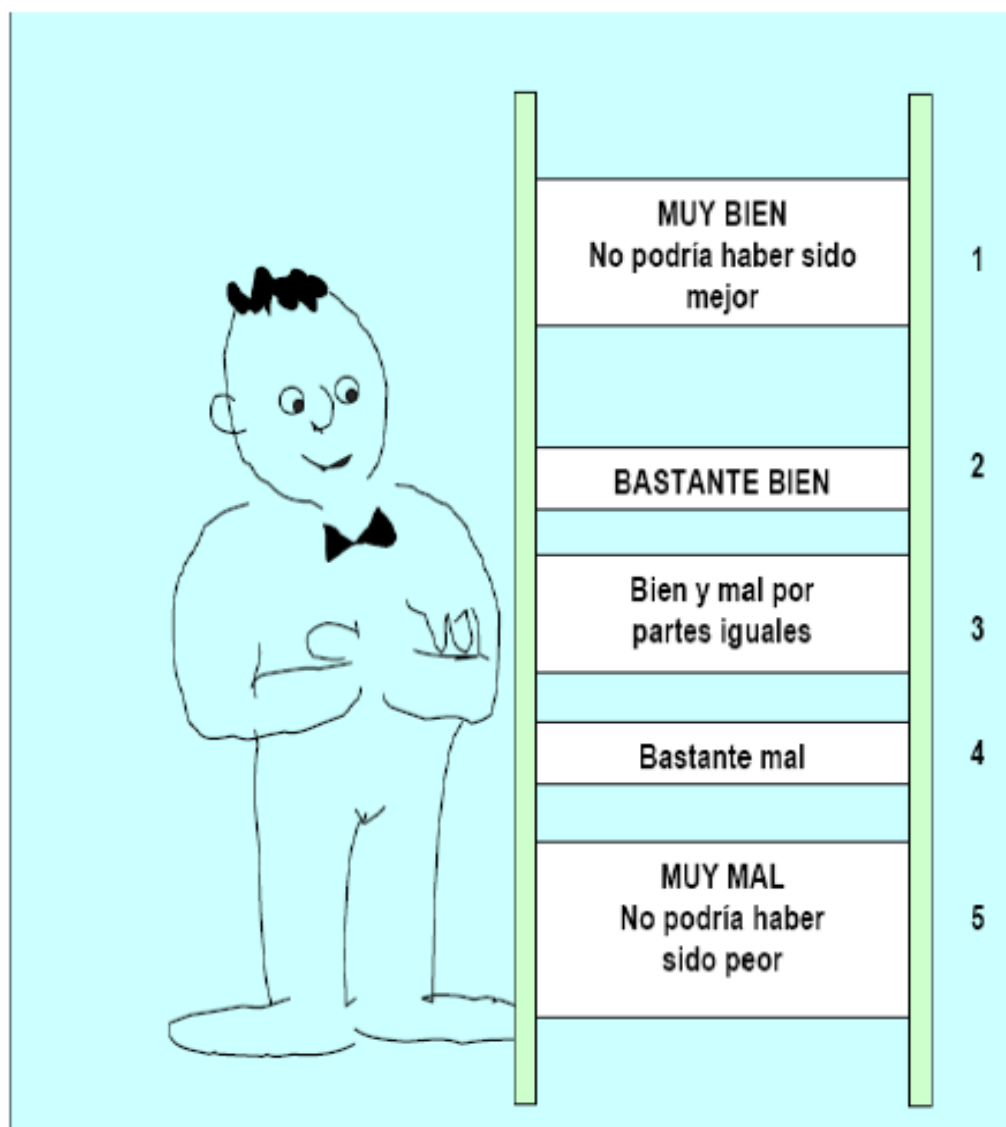
Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo

(Rodee con un círculo un solo número)

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
2 se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
3 estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
4 se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	1	2	3	4	5	6
5 se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
6 Tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
7 Se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
8 Se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
9 Se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
10 Se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6
11 Le ha preocupado la posibilidad de sufrir otro ataque?	1	2	3	4	5	6
12 Ha tenido dificultades para razonar y resolver problemas (como hacer planes, tomar decisiones, aprender cosas nuevas)?	1	2	3	4	5	6
13 Su salud ha limitado sus actividades sociales (como visitar a amigos o parientes cercanos)?	1	2	3	4	5	6

14. ¿Qué tal ha sido su CALIDAD DE VIDA durante las últimas 4 semanas (es decir, cómo le han ido las cosas)?

(Rodee con un círculo un solo número)



A cartoon drawing of a man in a tuxedo stands to the left of a vertical scale. The scale consists of five horizontal levels, each with a corresponding number on the right. The levels are labeled as follows:

MUY BIEN No podría haber sido mejor	1
BASTANTE BIEN	2
Bien y mal por partes iguales	3
Bastante mal	4
MUY MAL No podría haber sido peor	5

La siguiente pregunta está relacionada con la MEMORIA.

(Rodee con un círculo un solo número)

		Sí muchos	Sí algunos	Sólo un poco	No ninguno
15	En las últimas cuatro semanas. ¿Ha tenido algún problema con su memoria?	1	2	3	4

La siguiente pregunta se refiere a cuántas veces durante las 4 últimas semanas ha tenido problemas para recordar cosas o cuántas veces han interferido estos problemas de memoria en su trabajo normal o en su vida cotidiana.

(Rodee con un círculo un solo número)

		Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
16	Problemas para recordar cosas que la gente le dice	1	2	3	4	5	6

Las siguientes preguntas están relacionadas con problemas de CONCENTRACION que pueda tener. En las 4 últimas semanas ¿con que frecuencia ha tenido problemas para concentrarse o con que frecuencia han interferido estos problemas en su trabajo normal o en su vida cotidiana?

(Rodee con un círculo un solo número en cada línea)

		Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
17	Problemas de concentración al leer	1	2	3	4	5	6
18	Problemas para concentrarse en una sola cosa a la vez	1	2	3	4	5	6

Las siguientes preguntas están relacionadas con los problemas que pueda tener con ciertas ACTIVIDADES. En las 4 últimas semanas, cuántos problemas le ha causado su epilepsia o su medicación antiepiléptica.

(Rodee con un círculo un solo número en cada línea)

		Muchísimos	Muchos	Algunos	Pocos	Ninguno
19	En su tiempo libre (como aficiones, salir)	1	2	3	4	5
20	Conduciendo	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas están relacionadas con cómo se SIENTE respecto a sus ataques.

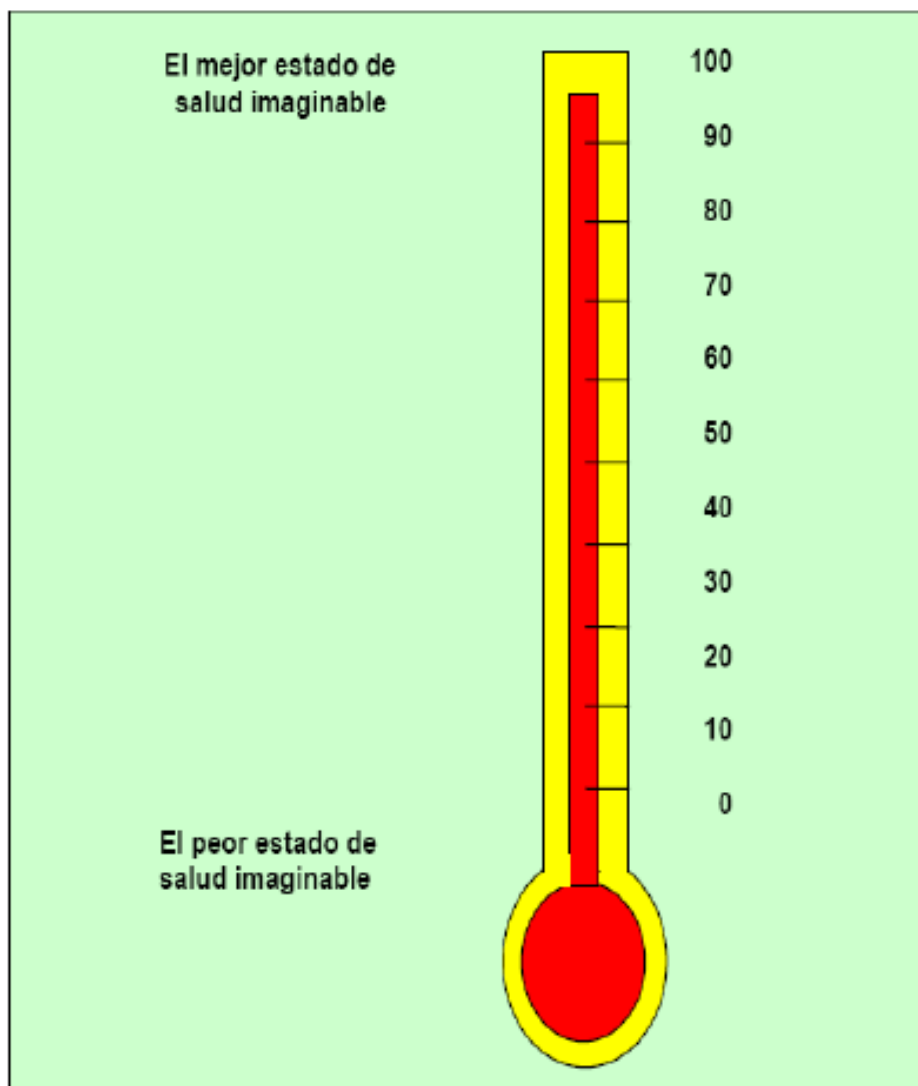
(Rodee con un círculo un solo número)

		Mucho miedo	Bastante miedo	No mucho miedo	Nada de miedo
21	¿Le da miedo sufrir un ataque durante las cuatro próximas semanas?	1	2	3	4
		Me preocupa mucho	Me preocupa un poco	No me preocupa en absoluto	
22	¿Le preocupa hacerse daño durante un ataque?	1	2	3	
		Me preocupa mucho	Me preocupa bastante	No me preocupa mucho	No me preocupa en absoluto
23	¿Le preocupa la vergüenza u otros problemas en su vida social que le pudiera causar sufrir un ataque durante las cuatro próximas semanas?	1	2	3	4
24	¿Le preocupa que los medicamentos que está tomando puedan hacerle daño si los toma durante mucho tiempo?	1	2	3	4

Para cada uno de los siguientes PROBLEMAS, rodee con un círculo el número que refleje cuánto le molestan en una escala del 1 al 5 (1= nada molesto y 5= extremadamente molesto).

		Nada molestos			Extrema- damente molestos	
25	Ataques	1	2	3	4	5
26	Dificultades de memoria	1	2	3	4	5
27	Limitaciones en el trabajo	1	2	3	4	5
28	Limitaciones en su vida social	1	2	3	4	5
29	Efectos físicos de la medicación antiepiléptica	1	2	3	4	5
30	Efectos mentales de la medicación antiepiléptica	1	2	3	4	5

31. ¿Cree que su salud es buena o mala? En el siguiente termómetro el mejor estado de salud imaginable es 100 y el peor estado imaginable es 0. indique cómo cree que es su estado de salud rodeando con un círculo un solo número en la escala. Al responder a esta pregunta, tenga en cuenta que la epilepsia forma parte de su estado general de salud.



Gracias por su colaboración

Anexo 3

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

PROYECTO DE TESIS

1. TEMA:

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON EPILEPSIA
EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA, DURANTE EL PERIODO ENERO-
JUNIO 2016**

2. Problemática

La epilepsia se la considera como una de las enfermedades neurológicas más antiguas; no obstante muchas personas la desconocen, incluso los propios afectados como sus familias.

El termino epilepsia proviene de la palabra griega que significa “tomar posesión de” y en la antigüedad reflejaba la idea, de que los síntomas que presentan los epilépticos sin tratamiento son indicación de que el paciente esta poseído por el diablo; sin embargo ésta idea ha cambiado con el paso de los años. En la actualidad Acevedo, Papaziam (2007) afirman que:

La epilepsia se define como una condición crónica, recurrente, caracterizada por la aparición de 2 o más crisis no provocadas e incluye a todos aquellos individuos que han tenido 2 ó más crisis independientemente del tipo de ellas o edad del afectado y excluye todos aquellos casos en los cuales hay una causa sintomática demostrada, como por ejemplo una hipoglicemia en un diabético. (Acevedo, Papaziam, 2007).

Una crisis epileptica es una súbita descarga anormal de la actividad eléctrica del cerebro, que de acuerdo al área cerebral donde se genera se puede expresar de muy distintas maneras, pero básicamente lo hace mediante alteraciones en los movimientos, sensaciones o pensamientos, lo que la define y la hace verdadera es que su origen sea una descarga cerebral anormal. (Acevedo, Papaziam, 2007).

Muchos de los pacientes que poseen epilepsia tienen una mala calidad de vida ya que son inseguros de si mismos, debido a la sobreprotección y discriminación que sufren por parte de sus familias y las personas que los rodean; por lo tanto para poder mejorar su calidad de vida se debe abarcar todos estos aspectos, es decir lograr ausencia de las crisis y un bienestar físico, para hacer que el paciente se sienta bien consigo mismo y en el ambiente que lo rodea. (Acevedo, Papaziam, 2007).

Cuando los pacientes son diagnosticados de epilepsia, muchos piensan que son los únicos que tienen este padecimiento y tienden a estigmatizarse por padecer esta

enfermedad manifestando principalmente depresión y ansiedad. (Acevedo, Papaziam, 2007).

Pero se conoce según datos de la Liga Internacional Contra la Epilepsia (ILAE) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), que en el mundo existen más de 40 millones de pacientes con epilepsia, de los cuales un 80% vive en los países en desarrollo. La prevalencia mundial es entre 4 y 18 por 1000 habitantes. En el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN) en el año 2007 la epilepsia ocupó el segundo lugar en patología atendida en consulta externa con 5600 pacientes (12%) de un total de 48625, y en el año 2008 la principal causa de morbilidad atendida en consulta externa fue la epilepsia con 5305 casos (11.23%), según la fuente de la oficina de estadística e informática de INCN.

Los estudios sobre epilepsia, realizados en países en desarrollo, muestran una prevalencia de la enfermedad aproximadamente tres veces más alta que la encontrada en países industrializados: Osuntokun, en un estudio realizado en Nigeria, publica una prevalencia de 37x1.000 habitantes. Chiofalo en Melipilla (Chile) informó prevalencia de 24x1.000 habitantes. En Colombia se han realizado varios estudios epidemiológicos los cuales dan una prevalencia promedio de 20x1.000 habitantes aproximadamente. Varios países latinoamericanos en el I Congreso Panamericano de Neuroepidemiología (Bogotá, 1985), informaron tasas igualmente elevadas. Ecuador, 17x1.000; Venezuela, 16x1.000 (estudio practicado en Altagracia de Oritoco); Perú, 12x1.000 (estudio practicado en Chacarilla de Otero). (Iván Jiménez, Ofelia Mora, Carlos Santiago Uribe, Rodrigo Isaza, Jorge Luis Sánchez, Alfredo Muñoz, William Cornejo, 1991)

En cambio, en los países industrializados las cifras de prevalencia de epilepsia son mucho más bajas: Estados Unidos, 5.4x1.000 según Hauser y Kurland y 6.5x1.000 según Kurstke; Israel, 2.3x1.000, Wajsbort; Japón, 1.5x1.000, Sato; Inglaterra, 5.5x1.000; Noruega, 3.5x1.000, Graat. (Iván Jiménez, Ofelia Mora, Carlos Santiago Uribe, Rodrigo Isaza, Jorge Luis Sánchez, Alfredo Muñoz, William Cornejo, 1991)

Se calcula que cerca de un 2% de los ecuatorianos tienen epilepsia, es decir, más de 200 mil personas de nuestro país padecen de ella. De éste número solo la mitad, un 50%, tendrá

un diagnóstico y tratamiento adecuado; el otro 50% continuará teniendo crisis y empeorando su condición médica, psicológica y socio económica.

Según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el Ecuador se registraron 3.553 casos de epilepsia durante el año 2013, siendo las provincias de Guayas, Manabí, Tungurahua, El Oro y Loja en las que existe una mayor cantidad de casos.

En la provincia de Loja existen 128 casos de epilepsia, de los cuales 99 pacientes pertenecen al cantón Loja, presentándose 38 casos en pacientes de 1-14 años de edad, 32 casos en pacientes de 15-34 años de edad y 29 casos en pacientes de 35-65 años de edad.

Tomando en cuenta todos estos datos obtenidos, se sabe que en Ecuador existe una cantidad considerable de pacientes diagnosticados de epilepsia y como se mencionó anteriormente estos pacientes son susceptibles de padecer con mayor frecuencia ansiedad y depresión, lo cual altera su calidad de vida; por tal razón se cree que es necesario e importante evaluar **la Calidad de vida en pacientes diagnosticados con epilepsia en el Hospital Isidro Ayora Loja, durante el periodo Enero-Junio 2016**, con el fin de identificar el nivel de calidad de vida del paciente diagnosticado con epilepsia.

3. Justificación

La epilepsia se la considera como una enfermedad neurológica que a más de producir alteraciones del sistema nervioso, genera en el paciente cambios en su calidad de vida, debido a dificultades físicas y psicosociales, efectos secundarios de los medicamentos e incluso la sensación de estigmatización que en muchas ocasiones la tiene el propio paciente.

El gran impacto que produce el padecer de una enfermedad crónica como lo es la epilepsia, genera en el paciente varios síntomas emocionales, sobre todo depresivos que van a impedir que el paciente se adapte a su nuevo estado de salud provocando alteraciones en su calidad de vida.

Poder definir la calidad de vida es un proceso difícil, debido a que se debe tomar en cuenta varios parámetros. La OMS para poder definir el nivel de la calidad de vida, evalúa: la perspectiva del paciente (laboral y académica) y un abordaje centrado en la salud que consta de tres dimensiones: físico, psicológico y social; el conocimiento de todos estos parámetros permite conocer y valorar el nivel de calidad de vida de los pacientes.

Por tal motivo es muy importante realizar este estudio ya que nos permitirá conocer como es la calidad de vida del paciente con epilepsia en los distintos grupos de edades y así poder plantear estrategias que nos ayuden a mejorarla.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general:

Determinar el nivel de calidad de vida de los pacientes diagnosticados con epilepsia en el Hospital General Isidro Ayora Loja, durante el periodo Enero-Junio 2016.

4.2 Objetivos específicos:

- Identificar el nivel de satisfacción físico y psicológico, según grupo etáreo y género de los pacientes diagnosticados con epilepsia en el Hospital Isidro Ayora Loja, durante el periodo Enero-Junio 2016.
- Averiguar el nivel de satisfacción social según grupo etáreo y género de los pacientes diagnosticados con epilepsia en el Hospital Isidro Ayora Loja, durante el periodo Enero-Junio 2016.
- Contrastar el nivel de calidad de vida físico, psicológico y social según grupo etáreo y género de los pacientes diagnosticados con epilepsia en el Hospital Isidro Ayora Loja, durante el periodo Enero-Junio 2016.

5. Esquema de marco teórico

5.1 Epilepsia

5.1.1 Definición

5.1.2 Historia

5.1.3 Epidemiología

5.1.4 Etiología

5.1.5 Fisiopatología

5.1.5.1 Para las crisis generalizadas

5.1.5.2 Para las crisis parciales

5.1.6 Manifestaciones Clínicas y Clasificación

5.1.6.1 Crisis parciales (focales)

5.1.6.1.1 Crisis parcial simple

5.1.6.1.2 Crisis parcial compleja

5.1.6.1.3 Crisis parcial simple o compleja con generalización posterior

5.1.6.2 Crisis generalizadas

5.1.6.2.1 Crisis tónico-clónica

5.1.6.2.2 Crisis de ausencia

5.1.6.2.3 Crisis mioclónica

5.1.6.2.4 Crisis tónica

5.1.6.2.5 Crisis clónica

5.1.6.2.6 Crisis atónica

5.1.6.3 Crisis no clasificables

5.1.7 Diagnóstico

5.1.7.1 Electroencefalograma

5.1.7.2 Neuroimágenes

5.1.7.3 Video electroencefalografía

5.1.8 Tratamiento

5.1.8.1 Crisis Epilépticas generalizadas

5.1.8.2 Crisis Epilépticas parciales

5.2 Calidad de vida

6 Metodología

La investigación se realizó en el Hospital Isidro Ayora Loja ubicado en las calles Manuel Ygnacio Monteros y Manuel Agustín Aguirre.

6.1 Enfoque

La presente investigación es cuantitativa, porque se obtuvieron datos numéricos.

6.2 Tipo de estudio

Es un estudio descriptivo debido a que señala las características de la calidad de vida de una población de pacientes con epilepsia y es de corte transversal porque busca describir y cuantificar la distribución de determinadas variables en una población de pacientes con epilepsia en un momento dado. Finalmente es prospectivo debido a que la información se la recolectó y analizó en un periodo de tiempo actualizado.

6.3 Unidad de estudio

Integrada por aquellos pacientes que acudieron por atención médica al servicio de consulta externa de neurología del Hospital Isidro Ayora Loja y cuyo diagnóstico principal es epilepsia.

6.4 Universo

Integrado por 73 pacientes (42 mujeres y 31 varones) de 20 a 40 años de edad diagnosticados de epilepsia que acudieron al servicio de consulta externa de neurología del Hospital Isidro Ayora Loja.

6.5 Muestra

Integrada por 60 pacientes (36 mujeres y 24 varones) de 20 a 40 años de edad diagnosticados de epilepsia que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. La

muestra se la obtuvo accediendo al sistema electrónico de registro de los pacientes atendidos por consulta externa del área de neurología.

6.6 Criterios de inclusión

- Pacientes diagnosticados de epilepsia que habiten en la ciudad de Loja
- Pacientes que deseen participar en el estudio
- Pacientes diagnosticados de epilepsia con edades comprendidas entre 20-40 años que se encuentren en pleno uso de sus facultades mentales y que acudieron al servicio de consulta externa de neurología del Hospital Isidro Ayora Loja.

6.7 Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 20 años de edad diagnosticados de epilepsia
- Pacientes que no deseen participar en el estudio
- Pacientes con antecedente de cuadros psicóticos, retraso mental, consumo de drogas o de fármacos; así como otras enfermedades concomitantes que puedan generar crisis convulsivas y afecten directamente la calidad de vida.

6.8 Técnicas

Se realizó ésta investigación mediante hojas de recolección (Cuestionario de calidad de vida en epilepsia QOLIE-31 versión 1.0), previo consentimiento informado de cada uno de los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. Los puntajes obtenidos en dicho cuestionario refleja indirectamente la calidad de vida del paciente.

6.9 Instrumento

Los datos fueron obtenidos mediante hojas de recolección (Cuestionario de calidad de vida en epilepsia QOLIE-31 versión 1.0), que fue aplicado a cada uno de los 60 pacientes que conforman la muestra de éste estudio y que fueron atendidos en el área de consulta externa de neurología del Hospital Isidro Ayora Loja en el período comprendido entre Enero-Junio del 2016.

6.10 Procedimiento

Primero se realizó un oficio al Director del Hospital Isidro Ayora Loja, en el cual se permite el acceso al sistema electrónico de registro de los pacientes atendidos por consulta externa del área de neurología. Posteriormente mediante los criterios de inclusión y exclusión se logró obtener un universo de 73 pacientes, sin embargo a través de la dirección domiciliaria y número telefónico sólo se pudo acceder a 60 de los mismos, con los cuales quedó conformada la muestra de ésta investigación.

Se realizó ésta investigación mediante hojas de recolección (Cuestionario de calidad de vida en epilepsia QOLIE-31 versión 1.0), que fue aplicado previo consentimiento informado a cada uno de los 60 pacientes que conformaron la muestra de éste estudio.

Los puntajes obtenidos en el cuestionario fueron convertidos a una escala de 0 a 100 puntos, con la ayuda de tablas y operaciones matemáticas previamente diseñadas para este cuestionario. La suma de los puntajes de cada área proporciona el puntaje global que refleja indirectamente la calidad de vida del paciente.

La valoración de la calidad de vida se realiza de la siguiente manera:

- 91-100 con excelente calidad de vida
- 81-90 con muy buena calidad de vida
- 71-80 con buena calidad de vida
- 61-70 con regular calidad de vida
- Menor o igual a 60 con mala calidad de vida

6.11 Equipo y Materiales

- Instrumento de recolección de datos
- Consentimiento informado

6.12 Análisis estadístico

Después de la recolección de datos, se plasmaron los resultados en cuadros de frecuencia y porcentuales los mismos que fueron representados en gráficos, durante el proceso de tabulación. Finalmente con los resultados obtenidos se hizo la interpretación y análisis con sus respectivas conclusiones y recomendaciones, utilizando materiales tecnológicos tales como Microsoft Word y Excel 2013.

6.13 Variables

Variable Dependiente: Epilepsia

Variable Independiente: Calidad de vida

6.14 Recursos

Recursos Humanos:

- Estudiante Investigador: Michelle Rosemary Romero Jima
- Director de Tesis
- Pacientes con epilepsia

Recursos Materiales:

- Historias clínicas
- Materiales de oficina
 - ✓ Hojas de papel bond,
 - ✓ Esferográficos,
 - ✓ Borrador
 - ✓ Copias
- Transporte
- Internet

6.15 Operacionalización de variables

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Calidad de vida	Es un proceso difícil de definir, ya que valora varios parámetros: perspectiva del paciente (laboral y académica) y un abordaje centrado en la salud que consta de tres dimensiones: físico, psicológico y social	Aspectos de la calidad de vida	Aspecto físico Aspecto psicológico Aspecto social	<ul style="list-style-type: none"> • Excelente • Muy buena • Buena • Regular • Mala

<p>Epilepsia</p>	<p>Enfermedad crónica, recurrente, caracterizada por la aparición de 2 o más crisis no provocadas e incluye a todos aquellos individuos que han tenido 2 ó más crisis independientemente del tipo de ellas o edad del afectado y excluye todos aquellos casos en los cuales hay una causa sintomática demostrada</p>	<p>Salud</p>	<p>Crisis convulsivas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO
-------------------------	--	--------------	---------------------------	--

7 Presupuesto y Materiales

Materiales	Valor Estimado
Equipos Informáticos	\$ 50
Suministros de Oficina	\$ 50
Impresiones	\$ 75
Imprevistos	\$ 25
TOTAL	\$200

8 Cronograma

ACTIVIDADES	TIEMPO																										
	2015			2016																							
	Diciembre			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio																	
Selección del tema	■																										
Revisión bibliográfica	■																										
Presentación tema	■																										
Presentación aprobación proyecto de tesis				■																							
Recolección de información				■																							
Análisis de resultados																			■								
Elaboración de informe																						■					
Presentación de informe																						■					

Actitud terapeutica en las ausencias. (n.d.). Retrieved from <http://www.epilepsiasen.net/system/files/capitulo30.pdf>

Álvarez, D. I. V. (2008). EPILEPSIA INFANTIL DE DIFÍCIL CONTROL. ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO DOCENTE “JUAN M. MÁRQUEZ” 2002-2006. Retrieved from http://tesis.repo.sld.cu/93/1/ValdiviaAlvarez_.pdf

Medina, Marco Tulio, Franz Chavez sell, Nelson Chinchilla Cálix, F. G. G. (2001). Las epilepsias en Centroamérica. Retrieved from <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/LaEpilepsiaenCentroamerica.pdf>



10 Anexos

Anexo N° 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

III. CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN EPILEPSIA QOLIE-31 (versión 1.0)

Cuestionario para el Paciente

Fecha: ____/____/____

Nombre del Paciente: _____

Edad: _____ N° Historia clínica: _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha Nacimiento: ____/____/____

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario le pregunta por su salud y sus actividades diarias. Conteste a todas las preguntas rodeando con un círculo el número de respuesta adecuado (1,2,3...).

Si no está seguro de qué contestar, elija la respuesta que crea más apropiada y escriba un comentario o explicación al margen izquierdo.

Si lo necesita, no dude en pedir que alguien le ayude a leer o rellenar el formulario.

1. En términos generales, ¿cómo calificaría su calidad de vida?

(Rodee con un círculo un solo número de la siguiente escala)



Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha SENTIDO y cómo le han ido las cosas durante las **4 últimas semanas**. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

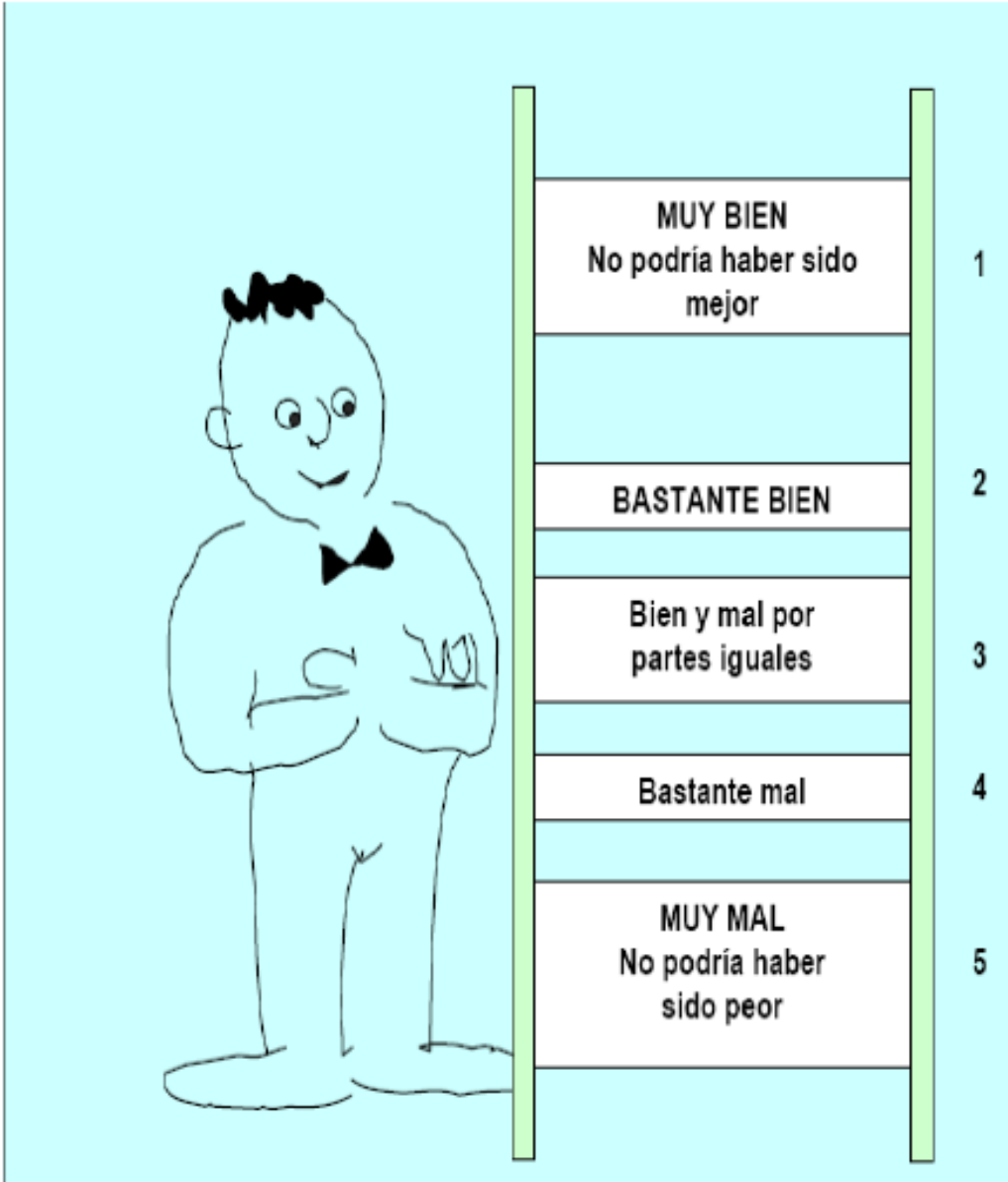
Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo

(Rodee con un círculo un solo número)

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
2 se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
3 estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
4 se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	1	2	3	4	5	6
5 se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
6 Tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
7 Se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
8 Se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
9 Se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
10 Se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6
11 Le ha preocupado la posibilidad de sufrir otro ataque?	1	2	3	4	5	6
12 Ha tenido dificultades para razonar y resolver problemas (como hacer planes, tomar decisiones, aprender cosas nuevas)?	1	2	3	4	5	6
13 Su salud ha limitado sus actividades sociales (cómo visitar a amigos o parientes cercanos)?	1	2	3	4	5	6

14. ¿Qué tal ha sido su CALIDAD DE VIDA durante las últimas 4 semanas (es decir, cómo le han ido las cosas)?

(Rodee con un círculo un solo número)



A cartoon character with a bow tie stands next to a vertical scale with five levels of quality of life. The scale is a ladder-like structure with two vertical green bars on the sides and five horizontal white bars in the middle. The levels are numbered 1 to 5 on the right side. The text for each level is as follows:

MUY BIEN No podría haber sido mejor	1
BASTANTE BIEN	2
Bien y mal por partes iguales	3
Bastante mal	4
MUY MAL No podría haber sido peor	5

La siguiente pregunta está relacionada con la MEMORIA.

(Rodee con un círculo un solo número)

		Sí muchos	Sí algunos	Sólo un poco	No ninguno
15	En las últimas cuatro semanas. ¿Ha tenido algún problema con su memoria?	1	2	3	4

La siguiente pregunta se refiere a cuántas veces durante las 4 últimas semanas ha tenido problemas para recordar cosas o cuántas veces han interferido estos problemas de memoria en su trabajo normal o en su vida cotidiana.

(Rodee con un círculo un solo número)

		Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
16	Problemas para recordar cosas que la gente le dice	1	2	3	4	5	6

Las siguientes preguntas están relacionadas con problemas de CONCENTRACION que pueda tener. En las 4 últimas semanas ¿con que frecuencia ha tenido problemas para concentrarse o con que frecuencia han interferido estos problemas en su trabajo normal o en su vida cotidiana?

(Rodee con un círculo un solo número en cada línea)

		Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
17	Problemas de concentración al leer	1	2	3	4	5	6
18	Problemas para concentrarse en una sola cosa a la vez	1	2	3	4	5	6

Las siguientes preguntas están relacionadas con los problemas que pueda tener con ciertas ACTIVIDADES. En las 4 últimas semanas, cuántos problemas le ha causado su epilepsia o su medicación antiepiléptica.

(Rodee con un círculo un solo número en cada línea)

		Muchísimos	Muchos	Algunos	Pocos	Ninguno
19	En su tiempo libre (como aficiones, salir)	1	2	3	4	5
20	Conduciendo	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas están relacionadas con cómo se SIENTE respecto a sus ataques.

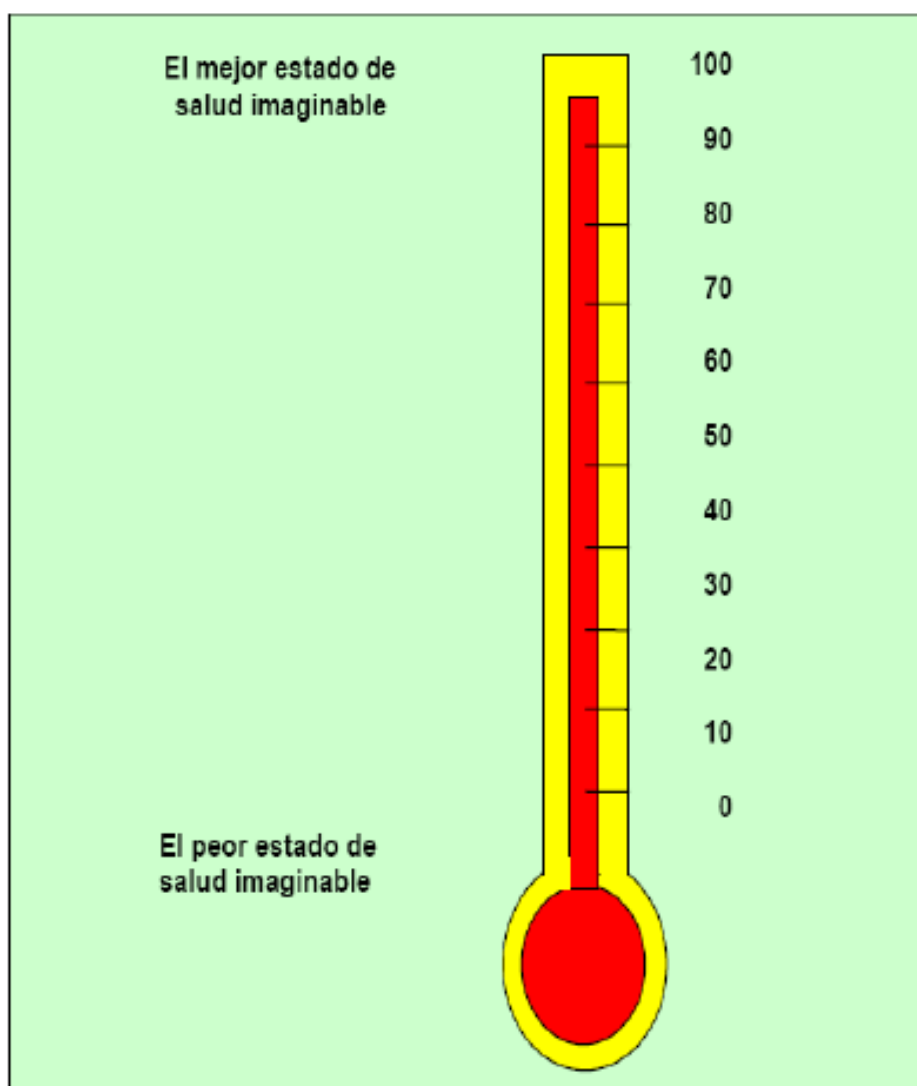
(Rodee con un círculo un solo número)

		Mucho miedo	Bastante miedo	No mucho miedo	Nada de miedo
21	¿Le da miedo sufrir un ataque durante las cuatro próximas semanas?	1	2	3	4
		Me preocupa mucho	Me preocupa un poco	No me preocupa en absoluto	
22	¿Le preocupa hacerse daño durante un ataque?	1	2	3	
		Me preocupa mucho	Me preocupa bastante	No me preocupa mucho	No me preocupa en absoluto
23	¿Le preocupa la vergüenza u otros problemas en su vida social que le pudiera causar sufrir un ataque durante las cuatro próximas semanas?	1	2	3	4
24	¿Le preocupa que los medicamentos que está tomando puedan hacerle daño si los toma durante mucho tiempo?	1	2	3	4

Para cada uno de los siguientes PROBLEMAS, rodee con un círculo el número que refleje cuánto le molestan en una escala del 1 al 5 (1= nada molesto y 5= extremadamente molesto).

		Nada molestos			Extrema- damente molestos	
25	Ataques	1	2	3	4	5
26	Dificultades de memoria	1	2	3	4	5
27	Limitaciones en el trabajo	1	2	3	4	5
28	Limitaciones en su vida social	1	2	3	4	5
29	Efectos físicos de la medicación antiepiléptica	1	2	3	4	5
30	Efectos mentales de la medicación antiepiléptica	1	2	3	4	5

31. ¿Cree que su salud es buena o mala? En el siguiente termómetro el mejor estado de salud imaginable es 100 y el peor estado imaginable es 0. indique cómo cree que es su estado de salud rodeando con un círculo un solo número en la escala. Al responder a esta pregunta, tenga en cuenta que la epilepsia forma parte de su estado general de salud.



Gracias por su colaboración



Líderes en la Enseñanza del Inglés

Ing. María Belén Novillo
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON EPILEPSIA EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA, DURANTE EL PERIODO ENERO-JULIO 2016" autoría de la Srta. Michelle Rosemary Romero Jima, egresada de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 13 de Octubre de 2017



Ing. María Belén Novillo
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442

