



1859

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

Satisfacción sexual y calidad de vida de pacientes con
epilepsia atendidos en consulta externa de la Clínica
Hospital Medilab-Loja

**Trabajo de titulación previo a la
obtención del título de Médico General**

AUTORA: Hipatia Dayana López Pinzón

DIRECTOR: Md. Sandra Katerine Mejía Michay., Mgs.

LOJA-ECUADOR

2022

ii. Certificación

Md. Sandra Katerine Mejía Michay., Mgs.

DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

CERTIFICA:

Que el trabajo de titulación denominado Satisfacción sexual y calidad de vida de pacientes con epilepsia atendidos en consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja, de autoría de la señorita Hipatia Dayana López Pinzón, previa a la obtención de título de Médico General, ha sido dirigida, analizada y revisada detenidamente en todo su contenido y desarrollo, por lo cual me permito autorizar su presentación final de la misma.

Loja, 20 de septiembre del 2022



.....
Md. Sandra Katerine Mejía Michay., Mgs.

DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

iii. Autoría

Yo, Hipatia Dayana López Pinzón, declaro ser autora del presente trabajo de titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a 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 trabajo de titulación en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma:

Cédula de identidad: 1150489340

Fecha: 08-11-2022

Correo electrónico: hipatia.lopez@unl.edu.ec

Teléfono: 0988875655/2540534

iv. Carta de Autorización

Yo, Hipatia Dayana López Pinzón, declaro ser autora del trabajo de titulación denominado: Satisfacción sexual y calidad de vida de pacientes con epilepsia atendidos en consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja; como requisito para obtener el grado de Médico General, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios libremente pueden consultar el contenido de este trabajo de investigación en el Repositorio Institucional – Biblioteca virtual, en las redes de información del país y del exterior, con los cuales tenga convenio la Universidad Nacional de Loja.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por plagio o copia del trabajo de titulación que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización en la ciudad de Loja, a los ocho días del mes de noviembre del dos mil veintidos, firma el autor.

Firma:

Autora: López Pinzón Hipatia Dayana

Cédula de identidad: 1150489340

Dirección: Av. 8 de Diciembre y Eduardo Palacios

Correo electrónico: hipatia.lopez@unl.edu.ec

Teléfono: 0988875655/2540534

Datos complementarios

Director de trabajo de titulación: Md. Sandra Katerine Mejía Michay., Mgs.

Tribunal de grado:

Presidente/a: Dr. Reyes Luna Marlon Rodrigo, Esp.

Vocal: Dr. Antonio Israel Salazar Ortega, Esp.

Vocal: Dra. Livia Gladys Pineda López, Mg, Sc.

v. Dedicatoria

El presente trabajo de investigación está dedicado a Dios, por brindarme su luz, compañía, sabiduría y guiarme por el camino a la obtención de mis anhelos más deseados sin desfallecer en el intento; a mis padres Enrique y Marcia quienes han sostenido mi vida siendo el pilar fundamental de mi formación académica y quienes me han alentado a no rendirme ante las adversidades, mi eterno amor y respeto para ustedes; y, finalmente a mis amigos de aula con quienes compartí los mejores años de mi vida durante el transcurso de mi formación profesional.

Hipatia Dayana López Pinzón

vi. Agradecimiento

Dejo constancia de mi sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, por haberme acogido en sus aulas de la Carrera de Medicina Humana y ser principal fuente de enseñanza y estímulo a la superación diaria; a la Clínica Hospital Medilab-Loja y al Dr. Reyes Luna Marlon Rodrigo, Esp. por abrirme las puertas de sus instalaciones para la ejecución de este trabajo; a mi familia y a todos quienes contribuyeron para el desarrollo de la presente investigación, de manera especial a la Md. Sandra Katerine Mejía Michay., Mgs., por su valioso asesoramiento y colaboración que me llevó a la creación, desarrollo y culminación del presente trabajo de titulación.

Hipatia Dayana López Pinzón

vii. Índice

i. Portada	i
ii. Certificación	ii
iii. Autoría	iii
iv. Carta de autorización	iv
v. Dedicatoria	v
vi. Agradecimiento	vi
vii. Índice	vii
viii. Índice de tablas	x
ix. Índice de anexos	xi
1. Título	1
2. Resumen	2
2.1. Abstract	3
3. Introducción	4
4. Marco teórico	7
4.1. Epilepsia	7
4.1.1. Definición	7
4.1.2. Epidemiología	8
4.1.3. Etiología	9
4.1.3.1. Estructural	9
4.1.3.2. Genética	10
4.1.3.3. Infecciosa	10
4.1.3.4. Metabólica	10
4.1.3.5. Inmunitaria	11
4.1.3.6. Desconocida	11
4.1.4. Fisiopatología	11
4.1.5. Clasificación	12
4.1.5.1. Tipo de crisis	13
4.1.5.2. Tipo de epilepsia	20
4.1.5.3. Síndrome de epilepsia	21
4.1.6. Diagnóstico	22

4.1.6.1. <i>Historia clínica y exploración física.</i>	22
4.1.6.2. <i>Laboratorio.</i>	23
4.1.6.3. <i>Electroencefalografía.</i>	23
4.1.6.4. <i>Magnetoencefalografía.</i>	24
4.1.6.5. <i>Neuroimagen por tomografía computarizada y resonancia magnética.</i>	24
4.1.6.6. <i>Neuroimagen funcional.</i>	24
4.1.7. Tratamiento.	25
4.1.7.1. <i>Anticonvulsivos.</i>	25
4.1.7.2. <i>Tratamiento quirúrgico.</i>	33
4.1.7.3. <i>Estimulación del nervio vago.</i>	33
4.1.7.4. <i>Dieta cetogénico.</i>	34
4.2. Satisfacción Sexual	34
4.2.1. Definición.	34
4.2.2. Satisfacción sexual relacionada con la salud.	34
4.2.3. Satisfacción sexual y epilepsia.	35
4.2.3.1. <i>Fármacos antiepilépticos y sexualidad.</i>	37
4.2.4. Herramientas utilizadas para su medición.	38
4.2.4.1. <i>Nueva escala de satisfacción sexual (NSSS).</i>	38
4.3. Calidad de Vida	40
4.3.1. Definición.	40
4.3.2. Calidad de vida relacionada con la salud.	40
4.3.3. Epilepsia y calidad de vida.	41
4.3.4. Medición de la calidad de vida en epilepsia.	42
5. Metodología	44
5.1. Enfoque	44
5.2. Tipo de Diseño	44
5.3. Unidad de Estudio	44
5.4. Universo	44
5.5. Muestra	44
5.6. Criterios de Inclusión	44
5.7. Criterios de Exclusión	44

5.8. Método, Instrumentos y Procedimiento	45
5.8.1. Método	45
5.8.2. Instrumentos	45
<i>5.8.2.1. Consentimiento informado</i>	45
<i>5.8.2.2. Nueva escala de satisfacción sexual</i>	45
<i>5.8.2.3. Inventario de calidad de vida de los pacientes con epilepsia-10</i>	46
5.8.3. Procedimiento	47
5.9. Equipo y Materiales	47
5.10. Análisis Estadístico	48
6. Resultados	49
6.1. Resultados del Primer Objetivo	50
6.2. Resultados del Segundo Objetivo	51
6.3. Resultados de Tercer Objetivo	52
7. Discusión	54
8. Conclusiones	57
9. Recomendaciones	58
10. Bibliografía	59
11. Anexos	67

viii. Índice de Tablas

Tabla 1. Distribución de acuerdo a sexo y edad de pacientes con epilepsia que acudieron a consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja en el periodo octubre 2020-agosto 2021.....	49
Tabla 2. Niveles de satisfacción sexual según sexo y grupo de edad de pacientes con epilepsia que acudieron a consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja en el periodo octubre 2020-agosto 2021.....	50
Tabla 3. Niveles de calidad de vida según sexo y grupo de edad de pacientes con epilepsia que acudieron a consulta de externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja en el periodo octubre 2020-agosto 2021.....	51
Tabla 4. Relación entre el nivel de satisfacción sexual y calidad de vida de pacientes con epilepsia que acudieron a consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja en el periodo octubre 2020-agosto 2021.....	52
Tabla 5. Chi 2 calculado, chi 2 tabla, grado de libertad y valor de p entre el nivel de satisfacción sexual y calidad de vida de pacientes con epilepsia que acudieron a consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja en el periodo octubre 2020-agosto 2021.....	52

ix. Índice de Anexos

Anexo 1. Aprobación de Tema e Informe de Pertinencia del Proyecto de Trabajo de Titulación	67
Anexo 2. Designación de Director de Trabajo de Titulación	68
Anexo 3. Autorización para Recolección de Datos.....	69
Anexo 4. Certificado de Inglés.....	70
Anexo 5. Instrumentos de Recolección de Datos.....	71
Anexo 6. Base de Datos.....	80
Anexo 7. Certificación del Tribunal de Grado.....	84
Anexo 8. Tablas Complementarias.....	85
Anexo 9. Proyecto de Trabajo de titulación	86

1. Título.

Satisfacción sexual y calidad de vida de pacientes con epilepsia atendidos en consulta de externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja

2. Resumen.

La epilepsia es una enfermedad neurológica crónica no transmisible que afecta a la satisfacción sexual, factor importante en la determinación de la calidad de vida en los adultos. La presente investigación tuvo como finalidad evaluar el nivel de satisfacción sexual, analizar la calidad de vida de pacientes con epilepsia atendidos en consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja, de acuerdo al sexo y grupo de edad; y, estimar la relación entre ambas variables. Se aplicó un enfoque cuantitativo, prospectivo, de cohorte transversal, con 71 individuos, conformado por 55% (n=39) de mujeres y 45% (n=32) de varones, que cumplieron criterios de inclusión y exclusión, a quienes se empleó la nueva escala de satisfacción sexual y el inventario de calidad de vida de los pacientes con epilepsia-10. Se obtuvo predominancia de nivel bajo de satisfacción sexual con 38% (n=27) y predominio de calidad de vida regular con 27% (n=19). Se evidenció que existe mayor relación entre el nivel bajo de satisfacción sexual y regular calidad de vida de pacientes con epilepsia con 17% (n=12), demostrando asociación estadísticamente significativa entre ambas variables con $p < 0,0001$. Las mujeres experimentan niveles bajos de satisfacción sexual y mala calidad de vida en relación al sexo opuesto, sobre todo en adultas jóvenes. Por tanto, se debe tener en cuenta la interacción entre las dos variables y la repercusión de la satisfacción sexual como factor clave, tanto de la salud sexual como de bienestar general y calidad de vida.

Palabras clave: *adulto joven, salud sexual, mujer*

2.1. Abstract.

Epilepsy is a chronic noncommunicable neurological disease that affects sexual satisfaction, an important factor in determining quality of life in adults. The purpose of this research was to evaluate the level of sexual satisfaction, analyze the quality of life in the patients with epilepsy attended in the outpatient clinic at Medilab-Loja Hospital, according to sex and age group; and, estimate the relationship between both variables. A quantitative prospective, cross-sectional cohort approach was applied, with 71 individuals, made up of 55% (n=39) of women and 45% (n=32) of men, who met inclusion and exclusion criteria, who were used the new scale of sexual satisfaction and the inventory of quality of life in the patients with epilepsy-10. Predominance of low level of sexual satisfaction was obtained with 38% (n=27) and predominance of regular quality of life with 27% (n=19). It was evidenced that there is a greater relationship between the low level of sexual satisfaction and regular quality of life in the patients with epilepsy which 17% (n=12), demonstrating a statistically significant association between both variables with $p < 0.0001$. Women experience low levels of sexual satisfaction and poor quality of life in relation to the opposite sex, especially in young adults. Therefore, the interaction between the two variables and the impact of sexual satisfaction must be taken into account as a key factor, both in sexual health and in general well-being and quality of life.

Keywords: young adult, sexual health, women

3. Introducción.

El término epilepsia se aplica a una amplia categoría de entidades clínicas que indican distintos grados de disfunción cerebral, algunas de las cuales pueden ser secundarias a una variedad de procesos patológicos, dichas entidades se caracterizan por la predisposición a presentar trastornos paroxísticos recurrentes y transitorios que resultan de una descarga anormal, excesiva y sincrónica de un grupo de neuronas ubicadas predominantemente en la corteza cerebral, denominados crisis epilépticas (CE), dando así lugar a consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales (Asconapé, 2019).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) la epilepsia es una enfermedad cerebral crónica no transmisible que afecta a personas de todas las edades y, en todo el mundo, la padecen unos 50 millones de personas, lo que la convierte en uno de los trastornos neurológicos más comunes; además, se diagnostican anualmente 5 millones de casos de epilepsia a nivel global. En los países de altos ingresos, se estima que 49 de cada 100 000 personas son diagnosticadas de epilepsia cada año, mientras que en los de ingresos bajos y medianos, esa cifra puede ser de hasta 139 de cada 100 000 personas (OMS, 2019). De los 50 millones de personas afectadas con esta patología, 5 millones viven en las Américas (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2013). Es necesario recalcar que, según esta misma fuente, la prevalencia en América Latina y el Caribe, de acuerdo a una recopilación de 32 estudios basados en la comunidad, se sitúa en una media de 17,8 por 1.000 habitantes.

En Ecuador se ha establecido una prevalencia de la enfermedad del 2%, de acuerdo con el último reporte de la Liga Ecuatoriana contra la Epilepsia (LECE). Basándonos en los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2019), existieron 4 784 casos de epilepsia, ocupando la provincia de Loja el sexto lugar con 183 casos después de Pichincha, Guayas, Manabí, Azuay y El Oro. En un estudio realizado por Hurtado (2012) en la ciudad de Loja, se registró que durante Enero a Junio del 2012 existieron 1048 ingresos en el servicio de medicina interna del Hospital Isidro Ayora de los cuales 34 pacientes de edad adulta (3%) presentaron diagnóstico de epilepsia, constituyendo un porcentaje bajo de pacientes, sin embargo, hay que tomar en cuenta el lapso de tiempo del estudio, el número de casas de salud existentes y la población etaria estudiada, para tener una aproximación más cercana del número de personas con esta patología en el mencionado sitio geográfico.

Tal como se menciona en la literatura, la satisfacción sexual se define como una evaluación subjetiva de gratificación o placer que una persona hace respecto de su experiencia sexual. Es un concepto que abarca dimensiones físicas, emocionales, relacionales y culturales; además constituye un componente esencial de la salud sexual siendo un indicador de calidad de vida y bienestar de las personas (Luttges, Torres, Molin y Ahumada, 2019). Desde mediados del siglo XX, se ha relacionado la hiposexualidad, que integra reducción del interés, conciencia y actividad sexual global, como con una característica propia de la epilepsia. Esta disfunción sexual en epilepsia parece estar más relacionada con aspectos fisiológicos que psicológicos (Verche, Pérez y López, 2016).

Por otra parte, la calidad de vida es una apreciación personal de cómo influye el estado de salud actual, el cuidado y las actividades promotoras de la misma en la destreza para mantener un funcionamiento general óptimo que permita conseguir metas anheladas de vida y que esto se refleje en su bienestar general (Urzúa, 2010). Una de las enfermedades que más afectan a la calidad de vida de las personas es la epilepsia, reflejándose en diferentes aspectos tales como deterioro físico, falta de vitalidad e inestabilidad emocional. Las personas epilépticas, a más de la enfermedad, enfrentan circunstancias negativas como efectos secundarios de algunos medicamentos, miedo a la aparición inesperada de crisis, limitaciones en actividades diarias, dificultades para trabajar, establecer relaciones interpersonales, familiares y sociales (Barranco, et al., 2019).

Por lo anteriormente expuesto, al existir una brecha en la literatura científica local sobre el nivel de satisfacción sexual y calidad de vida de pacientes con epilepsia y la relación entre estas dos variables, es ineludible realizar un abordaje investigativo sobre el tema en cuestión, posterior a lo cual dejar un precedente informativo con el fin de alentar la búsqueda de soluciones de posibles problemas encontrados en las variables a estudiar; por tanto, se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el nivel de satisfacción sexual y calidad de vida de pacientes con epilepsia atendidos en consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja durante el periodo octubre 2020-agosto 2021?.

Es importante recalcar que, tanto la calidad de vida como la satisfacción sexual, son importantes a la hora de abordar el bienestar general de un paciente con diagnóstico de epilepsia. Barranco et al. (2019) expresan que, en el entorno clínico, se evalúa de manera rutinaria la frecuencia y gravedad de las crisis, los efectos adversos y la concentración de fármacos antiepilépticos con el fin de determinar el efecto del tratamiento. A pesar de esto, todos estos parámetros no pueden

reflejar con claridad la percepción del paciente hacia la enfermedad. Muchas veces las impresiones subjetivas de los profesionales, la familia o la sociedad no concuerdan con la experimentada por los propios pacientes, y viceversa. De ahí la necesidad de encontrar un justo equilibrio entre los requerimientos de la sociedad, de la familia y los del paciente en particular, equilibrio a menudo inestable y que es tensionado tanto por la patología misma como por las reglas y demandas socioculturales que se establecen en un determinado grupo humano (Carrizosa, 2009).

Se realizó este estudio fundamentado en las prioridades de la investigación en salud 2013 – 2017 propuestas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) y que está enmarcado en la línea 3 de investigación “salud enfermedad del adulto y adulto mayor en la Región Sur del Ecuador o Zona Siete” de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja; teniendo como objetivo general, valorar el nivel de satisfacción sexual y calidad de vida de pacientes con epilepsia atendidos en consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja durante el periodo octubre 2020-agosto 2021 y, como específicos, evaluar el nivel satisfacción sexual de pacientes con epilepsia por sexo y grupo de edad, analizar la calidad de vida de pacientes con epilepsia de acuerdo al sexo y grupo de edad y, finalmente, estimar la relación entre el nivel de satisfacción sexual y calidad de vida de pacientes con epilepsia atendidos en consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja.

4. Marco teórico.

4.1. Epilepsia

La palabra epilepsia deriva del griego *επιλαμβάνειν*, que significa ser atrapado o poseído por algo. Por un lado, el término captura la esencia del fenómeno epiléptico que es la ocurrencia, en forma súbita, de una crisis epiléptica. Por otro lado, ilustra el antiguo concepto mágico de la enfermedad, según el cual esta es un castigo de los dioses o de los demonios. Durante varios siglos, fue considerada la enfermedad sagrada, producto de la posesión demoniaca. Si bien el concepto moderno de epilepsia como síntoma de disfunción cerebral fue propuesto por Hipócrates en el siglo V a.C., la lucha entre el prejuicio y aceptación o mito y ciencia ha sido, en este caso, una de las más notables en la historia de la medicina (Asconapé, 2019).

4.1.1. Definición. La epilepsia es una de las principales patologías neurológicas crónicas que afecta a personas de todas las edades, en todo el mundo, y se caracteriza por convulsiones periódicas espontáneas (Christian, Reddy, Maguire y Forcelli, 2020), por provocar crisis epilépticas de forma recurrente con consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales (OPS, 2018). La crisis epiléptica se entiende como una descarga excesiva e incontrolada de un elevado número de neuronas en estructuras corticales y sus conexiones subcorticales, que se produce de manera inesperada y que se manifiesta mediante un conjunto de signos y síntomas transitorios, breves, de segundos a 2-3 minutos, con un comienzo y fin bruscos (Serratos, et al., 2018). Con respecto a la sintomatología, esta puede ser muy diversa; desde pérdida de la conciencia, cambios sensoriales y emocionales, hasta sacudidas convulsivas o pérdida brusca del tono muscular, percibidas por el enfermo o por un observador (Ernst y Young [EY], 2018). Una característica importante de las crisis epilépticas es que éstas siempre son estereotipadas, lo que implica que la forma de presentación entre una crisis y la otra es siempre igual o muy parecida, lo cual hace más fácil su reconocimiento y diagnóstico (Mayor, Godoy, y Gonzáles, 2010). Es importante recalcar que el padecimiento de una crisis epiléptica aislada no significa necesariamente que la persona tenga epilepsia, como las que ocurren en las crisis febriles, supresión de alcohol, primeros días de un ictus, traumatismo o alteración metabólica, entre otras (EY, 2018). La Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE, 2014) considera a la epilepsia como una enfermedad cerebral y hasta la fecha actual la define operacionalmente por cualquiera de las siguientes condiciones:

- Por lo menos, dos crisis no provocadas (o reflejas) que ocurren con una separación mayor de 24 horas entre estas.

- Una crisis no provocada (o refleja) y la probabilidad de tener otras crisis similares al riesgo de recurrencia general (al menos, el 60%) después de dos crisis no provocadas, que ocurrirán durante los próximos 10 años.

- Diagnóstico de un síndrome epiléptico

Serratos, et al. (2018) redactan que el diagnóstico de epilepsia con una sola crisis ha sido polémico. De hecho, cuando se atiende a los pacientes por una primera crisis no se puede pronosticar con total seguridad si las crisis recidivarán o no. En determinados casos el riesgo es tan elevado (p. ej., cuando la crisis es focal o la exploración neurológica es anormal o hay una lesión cerebral en la neuroimagen o una actividad epileptiforme generalizada en el electroencefalograma) que es adecuado el diagnóstico de epilepsia y el inicio de tratamiento.

El evento de una crisis epiléptica consta de 3 partes: a) el periodo durante el cual la crisis tiene realmente lugar se denomina ictus o periodo ictal, b) el aura es la primera parte reconocible de una crisis y la única que recuerda el paciente, esta puede servir de aviso, c) la fase inmediatamente posterior a la crisis recibe el nombre de periodo posictal y d) el intervalo entre crisis epilépticas es el período interictal (Browne y Holmes, 2009).

Además, es sustancial determinar si la epilepsia se encuentra en un estado activo o en remisión. Así, la primera sucede cuando el paciente ha sufrido una crisis en los últimos 2 años y el segundo estado se refleja cuando no ha existido crisis en 2 años. Este último periodo de tiempo es arbitrario, y en algunos estudios y definiciones se extiende hasta 5 años, siendo importante precisar si el paciente sigue o no bajo tratamiento farmacológico. Complementariamente a esto, en algún momento puede considerarse epilepsia resuelta, acontecimiento que ocurre cuando el paciente ha presentado un síndrome epiléptico edad-dependiente y ha sobrepasado la edad correspondiente a su expresión, y también cuando el paciente ha permanecido libre de crisis durante los últimos 10 años y sin medicación para las crisis durante los últimos 5 años (Serratos, et al., 2018).

4.1.2. Epidemiología. La epilepsia afecta a todos los grupos de edad y es uno de los trastornos neurológicos más comunes y discapacitantes, después del ictus y de las demencias (Devinsky, et al., 2018). Los estudios epidemiológicos indican que las cifras de incidencia y prevalencia no han variado significativamente en los últimos 40 años (Serratos, et al., 2018). Así, la (OMS, 2019) informa que aproximadamente unos 50 millones de personas en todo el mundo padecen epilepsia,

de los cuales 5 millones viven en la Región de las Américas, además se diagnostican anualmente 5 millones de casos, de tal forma que puede considerarse un problema de salud pública global. Las mayores tasas de prevalencia de la epilepsia se encuentran en África y América con tasas de 11,29 y 12,59 por cada 1.000 habitantes, respectivamente. En cuanto a la incidencia se refiere, se producen entre 24 y 53 casos nuevos cada año por cada 100.000 habitantes en los países desarrollados, mientras que en los países en desarrollo aparecen hasta 190 casos nuevos cada año por cada 100.000 habitantes (Serratosa, et al., 2018).

Como se explica en el apartado anterior, se puede observar que existe una mayor incidencia de esta patología en los países en desarrollo. Serratosa et al. (2018) manifiestan que esto es consecuencia del alto número de lesiones cerebrales perinatales, traumatismos craneales e infecciones bacterianas y parasitarias. Esto último se refuerza con lo publicado por la (OMS, 2020) al declarar que se estima que la infección por el parásito *Taenia solium* causa el 30% de todos los casos de epilepsia en los países donde es endémica, afectando principalmente a las personas más pobres y las comunidades más marginadas.

A pesar de todo lo anteriormente expuesto, se acepta que los indicadores epidemiológicos básicos (incidencia, prevalencia, mortalidad, etc.) están subestimados debido a dificultades del diagnóstico y a su ocultación a causa de los estigmas sociales (Serratosa, et al., 2018).

4.1.3. Etiología. La epilepsia de un paciente puede clasificarse en más de una categoría etiológica. La etiología se divide en seis subgrupos, seleccionados por sus potenciales consecuencias terapéuticas. En general, la primera investigación que se lleva a cabo incluye neuroimágenes, idealmente resonancia magnética si está disponible. Esto le permite al médico determinar si existe una etiología estructural para la epilepsia del paciente. Los otros cinco grupos de etiología son genética, infecciosa, metabólica, inmunitaria y desconocida (ILAE, 2017).

4.1.3.1. Estructural. Es aquella en la que una anomalía visible en la neuroimagen estructural conduce a una presunción razonable de que es la causa más probable de las crisis del paciente, siempre tras el correspondiente análisis electroclínico (Serratosa, et al., 2018). Las etiologías estructurales pueden ser adquiridas (por ejemplo, accidentes cerebrovasculares, encefalopatía hipóxica-isquémica, traumatismos e infecciones), genéticas (como muchas malformaciones relacionadas con el desarrollo cortical), o ambas (por ejemplo, polimicrogiria puede ser consecuencia de mutaciones en genes como el GPR56 o adquirida, derivada de una infección por citomegalovirus intrauterino). Además, existen asociaciones bien reconocidas dentro de las

epilepsias con etiología estructural, por ejemplo, crisis del lóbulo temporal mesial con esclerosis del hipocampo, crisis gástricas con hamartoma hipotalámico, síndrome de Rasmussen donde existe atrofia cortical según expresa el estudio de (Cheng, Lama, y Rae, 2018) y síndrome de hemiconvulsión-hemiplejía-epilepsia (ILAE, 2017).

4.1.3.2. Genética. Es la que resulta directamente de una mutación genética conocida o presunta en la que las crisis son uno de los principales síntomas del trastorno. Puede cursar con crisis focales o generalizadas y ser diversas. Los genes responsables aún se desconocen en la mayoría de los casos. Salvo excepciones, los pacientes no son portadores de lesiones cerebrales demostrables y las crisis se producen por un trastorno de la regulación de la actividad eléctrica cerebral (Serratos, et al., 2018). La inferencia de una etiología genética puede basarse, en primer lugar, únicamente en los antecedentes familiares de un trastorno autosómico dominante. Por ejemplo, en el síndrome de epilepsia neonatal familiar benigna la mayoría de las familias presentan mutaciones de uno de los genes del canal de potasio, KCNQ2 o KCNQ3. En segundo lugar, la investigación clínica puede sugerir una etiología genética en poblaciones con el mismo síndrome, como epilepsia ausencia infantil o epilepsia mioclónica juvenil. En tercer lugar, puede haberse identificado una base molecular, que puede implicar un solo gen o una variante del número de copias de mayor efecto. A más de esto, es importante subrayar que lo genético no equivale a lo hereditario. Se está identificando un número creciente de mutaciones de novo, lo que se traduce en que el paciente presenta una nueva mutación que se ha originado en él y, por lo tanto, es poco probable que tenga antecedentes familiares de crisis y no haya heredado la mutación genética. Sin embargo, este paciente puede tener ahora una forma de epilepsia hereditaria. Finalmente, una etiología genética no excluye la contribución de factores medioambientales (privación del sueño, estrés y enfermedades) que aumentan en estas personas la vulnerabilidad a presentar crisis epilépticas (ILAE, 2017).

4.1.3.3. Infecciosa. Es la etiología más común en todo el mundo, siendo aquella que resulta de una infección conocida y en la que las crisis son la manifestación principal del trastorno (Serratos, et al., 2018). Algunos ejemplos comunes incluyen neurocisticercosis, tuberculosis, VIH, malaria cerebral, panencefalitis esclerosante subaguda, toxoplasmosis cerebral e infecciones congénitas como el virus del Zika y el citomegalovirus (ILAE, 2017).

4.1.3.4. Metabólica. Es el resultado directo de una alteración metabólica conocida o sospechada en la que las crisis son uno de los principales síntomas del trastorno (Serratos, et al., 2018). En

este grupo se encuentran la porfiria, uremia, aminoacidopatías o crisis dependientes de piridoxina. En muchos casos, los trastornos metabólicos presentan un defecto genético, pero también pueden ser adquiridas como la deficiencia cerebral de folato (ILAE, 2017).

4.1.3.5. Inmunitaria. Puede conceptualizarse una etiología inmunitaria en los casos en que hay evidencia de inflamación del sistema nervioso central mediada por anticuerpos. Entre los ejemplos se incluyen la encefalitis por anticuerpos contra el receptor de NMDA (N-metil-D-aspartato) y la encefalitis por anticuerpos contra la proteína LGI1 (ILAE, 2017).

4.1.3.6. Desconocida. Existe un número de pacientes en los que la causa de la epilepsia permanece desconocida. Este puede ser un término de uso temporal que se use o no según avanza el estudio diagnóstico del paciente y depende de la profundidad con la que se evalúe al paciente, así como de la situación del sistema de salud que aplique a cada paciente (Serratosa, et al., 2018).

4.1.4. Fisiopatología. La epilepsia es una enfermedad de redes y no solo un síntoma de anomalías cerebrales locales (ILAE, 2017). La base fisiopatológica de las crisis epilépticas es una descarga sincrónica anormal y exagerada de una red de neuronas del cerebro (Serratosa, et al., 2018), pudiendo ser el resultado de anomalías en las membranas neuronales o de un desequilibrio entre las influencias excitadoras (ácido glutámico) y las inhibitorias (ácido γ -aminobutírico) (Browne y Holmes, 2009). Los brotes sincronizados de un número suficiente de neuronas producen descargas de puntas o espigas en el electroencefalograma (EEG). Para que las descargas neuronales anormales lleguen a producir crisis epilépticas se deben dar los procesos de sincronización, amplificación y propagación de las descargas (Serratosa, et al., 2018).

El elemento celular básico de la descarga epiléptica es el llamado cambio de despolarización paroxística (PDS), se trata de un potencial excitador postsináptico gigante. La sincronización de muchos PDS puede producir los paroxismos epileptiformes y causar las manifestaciones clínicas propias de las crisis epilépticas. La propagación de la descarga epiléptica por el cerebro se hace mediante el reclutamiento de circuitos locales (intracorticales) y siguiendo las vías anatómicas de conexión intra e interhemisféricas, así como las proyecciones subcorticales (Serratosa, et al., 2018).

El foco de epileptogénesis equivale a una pequeña área tridimensional localizada en alguna zona de la masa celular encefálica que se convierte en hiperexcitable, hasta el punto de ocasionar crisis epilépticas de manera espontánea, cuyas neuronas anormales que la conforman muestran alteraciones estructurales en su membrana. Dicho foco, estructura y organiza sus propios circuitos, que, siendo anormales, los conecta con redes neuronales normales ya establecidas, mismas que

permiten que el estímulo circule de manera reverberante o repetitiva hasta que los cambios dieléctricos que sufren las membranas de las neuronas involucradas provocan el desgaste y la suspensión del proceso. Esto último aún no se conoce con exactitud, pero de acuerdo a un artículo publicado por el (Boletín de la Academia Nacional de Medicina de México, 2016) se produce a través de fenómenos como:

- La disminución de la velocidad de conducción.
- La producción de períodos refractarios absolutos o relativos, con duración variable, en distintas zonas del circuito involucrado.
- La hiperpolarización de las neuronas postsinápticas.
- La disminución en cuanto al número de quanta del neurotransmisor liberado.
- La disminución de la permeabilidad a los iones.

En las epilepsias idiopáticas, la actividad eléctrica anormal se debe a alteraciones de los canales iónicos o de los receptores. En las epilepsias adquiridas hay cambios morfológicos neuronales y gliales, que son el sustrato de la actividad eléctrica paroxística. Las ausencias típicas dependen de la entrada en juego de los circuitos talamocorticales produciendo descargas de punta-onda generalizada en el EEG. El paso de una crisis de ausencia con descarga punta-onda a una crisis tónico-clónica convulsiva se atribuye a un fallo de la inhibición gabaérgica que subyace en la génesis de los potenciales postsinápticos inhibidores (Serratos, et al., 2018).

Con respecto a las crisis focales, los mecanismos por los cuales el kindling (fenómeno de encendido) produce el foco epiléptico crónico comienzan con la liberación de glutámico, que activa receptores de N-metil-D-aspartato (NMDA); el aumento del calcio intracelular, la apoptosis de las neuronas del hipocampo más sensibles y la ramificación de las fibras musgosas, y otros cambios histológicos que aumentan los circuitos excitadores capaces de producir crisis espontáneas (Serratos, et al., 2018).

Existen otros neurotransmisores y neuromoduladores que intervienen en la fisiopatología de las epilepsias además de los dos neurotransmisores principales ya mencionados. Fuera de estos factores cerebrales, también son de gran importancia las modificaciones humorales generales como los cambios hormonales, de la glucemia, del equilibrio iónico y osmótico, del sueño, etc., mismos que influyen poderosamente sobre la actividad paroxística (Serratos, et al., 2018).

4.1.5. Clasificación. Cuando un paciente presenta una crisis, el médico debe determinar si el evento paroxístico es en realidad una crisis epiléptica con diversos diagnósticos diferenciales

posibles que incluyen síncope convulsivo, parasomnias, trastornos del movimiento y otros eventos no epilépticos. Se debe cumplir este paso diagnóstico antes de comenzar a clasificar la epilepsia del paciente. En este contexto, basándose en la clasificación de 1981, la ILAE en el año 2017 actualizó la clasificación de las epilepsias (Anyanwu y Motamedi, 2018), donde el médico comienza por clasificar el tipo de crisis. A continuación, debe clasificar el tipo de epilepsia del paciente y, en muchos casos, se puede establecer un diagnóstico específico del síndrome de epilepsia. La clasificación de los dos primeros tiene en cuenta los resultados de investigaciones como el EEG y los estudios de neuroimagen junto con otros estudios que exploran la etiología subyacente de la epilepsia (ILAE, 2017).

4.1.5.1. Tipo de crisis. Las crisis epilépticas constituyen el elemento fundamental de los síndromes epilépticos. La expresión clínica, sus síntomas y signos, es la traducción del lugar concreto del cerebro que esté afectado, responsable de su generación o de su propagación (Browne y Holmes, 2009). De acuerdo a la clasificación de la ILAE, las crisis están divididas en focales, generalizadas y de inicio desconocido, con subcategorías de motoras y no motoras, y para las crisis focales sin y con alteración del nivel de conciencia (cuadro 1). La clasificación de acuerdo al inicio de la crisis tiene una base anatómica, mientras que la clasificación de acuerdo al nivel de conciencia tiene una base comportamental (ILAE, 2017).

Cuadro 1. Clasificación de las crisis epilépticas

Clasificación de las crisis epilépticas	
Crisis de inicio focal	
Inicio motor	
-	Automatismos
-	Atónica
-	Clónica
-	Espasmo epiléptico
-	Hipercinética
-	Mioclónica
-	Tónica
Inicio no motor	
-	Autonómica
-	Detección del comportamiento
-	Cognitiva
-	Emocional
-	Sensorial
Especial	
-	Focal a bilateral tónica-clónica
Opcional	
-	Consciencia preservada
-	Consciencia alterada

<p>Crisis de inicio generalizado</p> <p>Inicio motor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tónico-clónica - Tónica - Clónica - Mioclónica - Mioclónica-tónico-clónica - Mioclónico-atónica - Atónica - Espasmo epiléptico <p>Inicio no motor (ausencias)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Típica - Atípica - Mioclónica - Mioclonía palpebral <p>Crisis de inicio desconocido</p> <p>Inicio motor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tónica-clónica - Otro motor <p>Inicio no motor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Detección del comportamiento <p>No clasificada</p>

Fuente. (ILAE, 2017)

4.1.5.1.1. *Crisis de inicio focal.* Es una crisis que se origina en redes limitadas a un hemisferio que pueden estar bien localizadas o más ampliamente distribuidas. Una crisis focal puede originarse en estructuras subcorticales. Como se refleja en el cuadro 2, los síntomas remedan la función fisiológica del área cerebral de donde surge la descarga y de su generalización o no al conjunto del cerebro (Serratos, et al., 2018). La descripción de la crisis se debe hacer mencionando el primer signo o síntoma prominente.

Cuadro 2. Sintomatología de las crisis epilépticas focales según su origen

Sintomatología de las crisis epilépticas focales según su origen	
Localización	Síntomas más frecuentes
Lóbulo frontal	Desviación conjugada de los ojos Contracción tónica postural del brazo Vocalización simple Enuresis «Ausencia» sin automatismos Comienzo y fin bruscos Movimientos repetitivos complejos del tronco, los brazos y las piernas.
Área motora primaria	Contracción tónica y/o sacudidas clónicas del hemicuerpo contralateral con o sin marcha jacksoniana (sin disminución de consciencia). Detención del lenguaje, vocalización simple, disfasia.
Área sensitiva primaria (y lóbulo parietal)	Parestesias, dolor, alucinaciones somestésicas en el hemicuerpo contralateral con o sin propagación jacksoniana, ilusiones de movimiento, vértigo, alucinaciones visuales elaboradas (sin disminución de consciencia).

Lóbulo occipital	Alucinaciones visuales elementales (luces, chispas) o complejas. Distorsiones visuales de los objetos. Desviación conjugada de los ojos.
Lóbulo temporal, del complejo amigdalohipocámpico	Sensaciones indefinibles; alucinaciones olfatorias, digestivas o gustativas; detención y fijación de la mirada y de toda actividad, fenómenos dismnésicos (déjà vu) o pensamiento forzado, automatismos bucolinguofaríngeos o de las manos, postura distónica de la mano contralateral, descarga autonómica (enrojecimiento o palidez, sudoración, ruidos intestinales), vómitos. Confusión, amnesia y disfasia prolongadas
Lóbulo temporal, de la corteza posterolateral	Alucinaciones auditivas simples o complejas, vértigo, movimientos faciales, signos vegetativos.
Ínsula	Síntomas vegetativos/digestivos, somatosensitivos (ipsi- o contralaterales) y manifestaciones hipermotoras (por propagación)

Fuente: (Serratosa, et al., 2018).

- Inicio motor. Implica actividad motora, es decir, movimiento y puede deberse a un aumento o disminución de la contracción de un músculo o grupo de músculos (ILAE, 2020).

- Automatismos. Comportamientos involuntarios automáticos de los cuales el paciente no conserva ningún recuerdo, como frotarse las manos, chasquear los labios, masticar u otros movimientos complejos (EY, 2018). El automatismo puede ser simplemente la continuación de una actividad que se estaba realizando cuando se inició la crisis o puede tratarse de una acción nueva que aparece asociada al deterioro ictal de la consciencia. Durante un automatismo pueden producirse cinco tipos de fenómenos: alimentarios, miméticos, gestuales, ambulatorios y verbales (Browne y Holmes, 2009).

- Atónica. Pérdida o disminución repentina del tono muscular sin actividad mioclónica o tónica previa aparente, que suele durar más de 500 milisegundos, pero menos a 2 segundos. Puede afectar la musculatura de la cabeza, el tronco, la mandíbula o las extremidades (ILAE, 2020).

- Clónica. El movimiento implica sacudidas rítmicas sostenidas que involucra un lado o parte del cuerpo o de la cara (ILAE, 2020). Consiste en la alternancia rítmica de la contracción y la relajación de grupos musculares controlados por la circunvolución precentral (Browne y Holmes, 2009).

- Espasmo epiléptico. La flexión repentina, la extensión o la flexión-extensión mixta de los músculos proximales y troncales, que duran entre 1 y 2 segundos, ocurren típicamente en una serie (ILAE, 2020). Al igual que la crisis atónica, no tiene un nivel de consciencia especificado (ILAE, 2017).

- Hipercinética. Implica movimientos automáticos de los músculos axiales o de las extremidades proximales, que producen movimientos irregulares de gran amplitud, como pedalear, empujar la pelvis, saltar, golpear y / o movimientos de balanceo (ILAE, 2020).

- Mioclónica. Contracciones musculares breves e irregulares de un músculo o grupo de músculos, cada sacudida suele tener una duración de milisegundos (ILAE, 2020).

- Tónica. Aumento del tono muscular lo que se convierte en una presentación de rigidez repentina en una parte del cuerpo que suele durar de segundos a minutos (ILAE, 2020).

- Inicio no motor

- Autonómica. Se caracterizan por alteraciones en los sistemas controlados por el sistema nervioso autónomo al inicio de la convulsión, tales como palpitaciones, taquicardia, bradicardia, asistolia, con sensación epigástrica, náuseas, vómitos, palidez, rubor, alteración de la respiración, piloerección, erección, necesidad de orinar o defecar, lagrimeo y dilatación o constricción pupila. Estos pueden ocurrir con o sin signos clínicos objetivos de convulsión evidentes para el observador (ILAE, 2020).

- Detección del comportamiento. Implica el cese de todo movimiento quedando la persona inmóvil o congelada (EY, 2018). Debido a que la detención por comportamiento breve es común y difícil de identificar al comienzo de muchas convulsiones, la detención debe ser persistente y dominante durante toda la convulsión (ILAE, 2020).

- Cognitiva. Deterioro de la función cognitiva, que puede afectar al lenguaje, la percepción espacial, la capacidad de calcular matemáticas u otras funciones, que ocurre al inicio de la convulsión (EY, 2018).

- Emocional. Experimentación de forma repentina de sentimientos de miedo, ansiedad, placer, desagrado, depresión, furia, ira, irritabilidad, júbilo, sensaciones eróticas o con menor frecuencia felicidad y que pueden inducir a la risa o llanto involuntario, mismas que ocurren al inicio de la crisis (EY, 2018). Estos aparecen en ataques que duran unos pocos minutos, tienden a no estar provocados por estímulos ambientales y generalmente remiten con rapidez (Browne y Holmes, 2009).

- Sensorial. Implica una sensación que se experimenta al inicio de la convulsión, sin signos clínicos objetivos de convulsión evidentes para el observador (ILAE, 2020). La convulsión somatosensorial se caracteriza por la experimentación de adormecimiento, hormigueo, picazón entumecimiento o una descarga eléctrica débil (EY, 2018) y pueden originarse según Browne y

Holmes (2009) en áreas poscentrales siendo lo más frecuente o en áreas precentrales. Además, en este grupo se incluyen las convulsiones visuales, auditivas, olfatorias, gustativas, vestibulares, las sensaciones de frío y calor (EY, 2018). Las crisis que se inician con síntomas visuales simples son indicativas de un foco en el lóbulo occipital; las ilusiones o alucinaciones visuales suelen representar fenómenos comiciales que se originan en la región temporal posterior. Las crisis auditivas que se originan junto a la región cortical de Heschl de la primera circunvolución temporal pueden producir fenómenos auditivos simples que suelen describirse como murmullos, zumbidos o siseos; las ilusiones o alucinaciones auditivas más complejas proceden de descargas originadas en las áreas asociativas auditivas del lóbulo temporal. Las crisis olfativas y gustativas consisten en ilusiones o alucinaciones olfativas o gustativas, que normalmente se presentan como olores o sabores desagradables. Las crisis vertiginosas pueden consistir únicamente en una sensación vaga de mareo o inestabilidad; las que ocurren sin alteración de la consciencia son expresiones muy frecuentes de fenómenos irritativos vestibulares periféricos o centrales (Browne y Holmes, 2009).

- Especial

- Focal a bilateral tónica-clónica. Es un tipo especial de crisis, correspondiente a la frase “inicio parcial con generalización secundaria” de la clasificación de 1981. Refleja el patrón de propagación de una crisis involucrando redes cerebrales más amplias con una consciencia alterada, pudiendo aparecer después de otros tipos de convulsiones focales (ILAE, 2020).

- Opcional

- Consciencia preservada. Conservar el nivel de consciencia quiere decir que la persona tiene consciencia de sí misma y de su entorno durante la crisis (ILAE, 2017).

- Consciencia alterada. Se refiere a la alteración del nivel de consciencia durante cualquier parte de la crisis (ILAE, 2017), definiéndose como la incapacidad para responder de manera normal a los estímulos externos, debido a una alteración del estado de alerta o de la capacidad de respuesta, misma que puede presentarse precedido o no por un aura parcial simple. La crisis suele finalizar de manera gradual, con un período posictal de somnolencia o confusión (Browne y Holmes, 2009).

4.1.5.1.2. *Crisis de inicio generalizado*. Es una crisis originada en redes corticales distribuidas bilateralmente o en redes corticosubcorticales que se reclutan rápidamente (Serratosa, et al., 2018).

- Inicio motor.

- Tónico-clónica. Pérdida de consciencia brusca donde en un inicio hay rigidez en flexión y luego en extensión de todo el cuerpo (fase tónica) y después se producen espasmos rítmicos de todo el

cuerpo que constituye la fase clónica (EY, 2018). Al inicio de la crisis puede producirse llanto, caída, mordedura de lengua e incontinencia. Se observan marcados fenómenos vegetativos durante las fases tónica y clónica. En la fase posictal aparece un aumento del tono muscular seguido por flaccidez; puede existir incontinencia. El paciente se despierta tras pasar por unas etapas de coma, estado confusional y somnolencia (Browne y Holmes, 2009).

- Tónica. Las crisis tónicas son episodios breves de un aumento instantáneo del tono de los músculos extensores (EY, 2018). Además, tiene una mayor duración que la de las crisis mioclónicas (Browne y Holmes, 2009).

- Clónica. Las crisis clónicas se producen casi exclusivamente en neonatos y niños pequeños. El episodio se inicia con la pérdida o el deterioro de la consciencia, asociado a una hipotonía súbita o a un espasmo tónico breve y generalizado. A esto sigue un período de uno a varios minutos de sacudidas bilaterales, que a menudo son asimétricas y pueden predominar en una extremidad (Browne y Holmes, 2009).

- Mioclónica. Se caracteriza por contracciones instantáneas, bruscas y breves (menos de 350 μ s) que recuerdan a una descarga eléctrica y que pueden ser generalizadas o estar confinadas a la cara y el tronco, a una o más extremidades, o incluso a músculos individuales o grupos de músculos (Browne y Holmes, 2009).

- Mioclónica-tónico-clónica. Crisis generalizada tónico-clónica precedida de convulsiones mioclónicas en los dos lados del cuerpo (EY, 2018), común en la epilepsia mioclónica juvenil (ILAE, 2017).

- Mioclónico-atónica. Sacudidas mioclónicas seguido de una caída flácida (EY, 2018), es frecuente en la epilepsia con crisis mioclónicas-atónicas, Síndrome de Doose (ILAE, 2017).

- Atónica. Caída brusca por pérdida del tono muscular y de la conciencia durante muy pocos segundos (EY, 2018). Esta pérdida de tono puede limitarse a un grupo de músculos, como los del cuello, con lo que se produce una caída de la cabeza, o puede afectar a todos los músculos del tronco y provocar la caída al suelo (Browne y Holmes, 2009).

- Espasmo epiléptico. Convulsiones breves con flexión en el tronco y extensión de las extremidades (EY, 2018), que ocurren generalmente al despertar pudiendo desencadenarse con solo mover la barbilla, hacer muecas o asentir con la cabeza. Dura entre 1 y 2 segundos (ILAE, 2020).

- Inicio no motor. Las crisis de ausencia son crisis generalizadas, indicativas de una participación bihemisférica desde el principio por la clínica y el EEG. Su inicio y su final son rápidos y suelen caracterizarse por un cambio en la expresión facial, inmovilidad con la mirada fija y vacía, y automatismos (Browne y Holmes, 2009).

- Típica. Aunque las crisis de ausencia típicas pueden darse a cualquier edad, es raro que se inicien antes de los 2 años o después de la adolescencia (Browne y Holmes, 2009). La persona se queda inmóvil, con el conocimiento perdido y con la mirada fija durante unos 15 segundos, con comportamientos automáticos cuanto más dure la crisis (EY, 2018). Las crisis empiezan bruscamente, sin aura, y suelen durar entre unos pocos segundos y medio minuto, aunque, en ocasiones, pueden prolongarse durante más de 1 minuto. El habla puede conservarse durante una crisis de ausencia, pero normalmente se hace más lenta (Browne y Holmes, 2009).

- Atípica. Sufrimiento de una crisis generalizada de ausencia típica, pero con un inicio y fin gradual o hay cambios significativos en el tono muscular lo cual es respaldado por el registro de la descarga atípica punta-onda lenta en el EEG (ILAE, 2017). Suelen tener una mayor duración que las ausencias típicas, y en ocasiones se prolongan a lo largo de varios minutos (Browne y Holmes, 2009).

- Mioclónica. Se trata de sacudidas mioclónicas, bilaterales, unilaterales o asimétricas y rítmicas de hombros y brazos con abducción tónica que resulta en un levantamiento progresivo de los brazos durante la convulsión. Tienen una duración de 10 a 60 segundos y generalmente ocurren a diario (ILAE, 2020). Pueden estar seguidas de una crisis de ausencia (EY, 2018).

- Mioclonía palpebral. Son convulsiones de ausencia acompañadas de sacudidas mioclónicas breves (<6 segundos de duración), repetitivas, a menudo rítmicas, rápidas (4-6 Hz) de los párpados con desviación simultánea hacia arriba de los globos oculares y extensión de la cabeza, aun así en su mayoría se conserva la conciencia (ILAE, 2020). A veces van acompañadas de crisis de ausencias (EY, 2018).

4.1.5.1.3. *Crisis de inicio desconocido*. Es una crisis en la que no hay suficiente grado de confianza para clasificarla como focal o generalizada (Serratos, et al., 2018). Las convulsiones de inicio desconocido pueden clasificarse como: a) tipo motor, por ejemplo, espasmo epiléptico, tónico-clónico y b) tipo no motor, por ejemplo, detención de la conducta (ILAE, 2020). Este tipo de crisis puede clasificarse posteriormente como de inicio focal o generalizado, pero cualquier manifestación asociada (ej., tónica-clónica) de la crisis previamente no clasificada se continuará

aplicando (ILAE, 2017). Finalmente, una convulsión puede no clasificarse debido a información inadecuada que permita ubicarla en las categorías de inicio focal, generalizado o desconocido, ocurriendo cuando no se observó al inicio y si los resultados de las investigaciones como el EEG y las imágenes aún no están disponibles (ILAE, 2020).

4.1.5.2. Tipo de epilepsia. Es el segundo nivel del marco de clasificación de las epilepsias, también puede ser el nivel final de diagnóstico alcanzable cuando el médico es incapaz de establecer un diagnóstico del síndrome de epilepsia. Se asume que el paciente tiene un diagnóstico de epilepsia basado en la definición de 2014 anteriormente expuesta (ILAE, 2017).

4.1.5.2.1. Focales. Las epilepsias focales incluyen trastornos unifocales y multifocales, así como crisis que afectan un solo hemisferio. Se pueden observar diversos tipos de crisis, entre ellas, crisis focales con pérdida de la conciencia, con afectación de la conciencia, motoras, no motoras y crisis bilaterales tónico-clónicas. El EEG interictal suele mostrar descargas focales epileptiformes, pero el diagnóstico se establece clínicamente y se confirma con los resultados del EEG (ILAE, 2017). Las imágenes que muestran una anomalía cerebral estructural focal pueden ser de apoyo, aunque los pacientes con etiologías genéticas e imágenes normales también pueden tener epilepsia focal (ILAE, 2020).

4.1.5.2.2. Generalizadas. El paciente típicamente presenta actividad de punta-onda generalizada en el EEG. Estas personas pueden presentar diversos tipos de crisis, entre ellas, crisis de ausencia, mioclónicas, atónicas, tónicas y tónico-clónicas. Se establece el diagnóstico clínicamente, respaldado por la presencia de descargas interictales típicas registradas en un EEG. Se deben tomar precauciones con pacientes que presentan crisis tónico-clónicas generalizadas y EEG normal. En este caso, debe haber evidencia respaldatoria para establecer un diagnóstico de epilepsia generalizada, como espasmos mioclónicos o antecedentes familiares relacionados (ILAE, 2017).

4.1.5.2.3. Combinadas generalizadas y focales. Estos pacientes tienen crisis tanto generalizadas como focales. El diagnóstico se establece clínicamente y se confirma con los resultados del EEG. Las grabaciones de eventos ictales son útiles, pero no fundamentales. El EEG interictal puede mostrar tanto descargas generalizadas de punta-onda como descargas focales epileptiformes, pero no se requiere actividad epileptiforme para el diagnóstico. Algunos ejemplos frecuentes en los que tienen lugar ambos tipos de crisis son el síndrome de Dravet y el síndrome de Lennox-Gastaut (ILAE, 2017).

4.1.5.2.4. *Desconocidas*. Se utiliza esta clasificación para indicar que se entiende que el paciente tiene epilepsia, pero el médico no puede determinar si el tipo de epilepsia es focal, generalizada o combinada porque no se dispone de suficiente información por diversas razones, por ejemplo, si el EEG es normal o no informativo. Si se desconocen los tipos de crisis, es posible que se desconozca el tipo de epilepsia por motivos similares, aunque pueden no ser siempre coincidentes (ILAE, 2017).

4.1.5.3. *Síndrome de epilepsia*. El tercer nivel es un diagnóstico del síndrome de epilepsia, mismo que hace referencia a un conjunto de síntomas y signos que definen un proceso epiléptico no simplemente por el tipo de crisis, sino también por su historia natural, que incluye una o varias causas reconocidas, la predisposición hereditaria, un determinado tipo de crisis y de anomalías en el EEG, características de diagnóstico por imágenes, la respuesta al tratamiento y el pronóstico que suelen presentarse juntos (Serratos, et al., 2018). A menudo presenta características que dependen de la edad, los desencadenantes de las crisis, la variación diurna y, a veces, el pronóstico. También puede presentar comorbilidades distintivas, como disfunción intelectual y psiquiátrica (ILAE, 2017). Es así que existen muchos síndromes bien reconocidos como la epilepsia de ausencia infantil, el síndrome de West y el síndrome de Dravet. Aunque cabe señalar que la ILAE nunca ha establecido una clasificación formal de los síndromes, en el cuadro 3 se plasma una clasificación de acuerdo a la edad basada en la información de la ILAE del año 2020. La identificación de un síndrome de epilepsia es útil, ya que proporciona información sobre qué etiologías subyacentes deben considerarse y qué medicamentos anticonvulsivos podrían ser más útiles y aquellos que se deberían evitar por el agravamiento de las crisis que implica (ILAE, 2020).

Cuadro 3. Síndromes epilépticos que dependen de la edad de inicio

Síndromes epilépticos que dependen de la edad de inicio	
Neonatal/infantil	<ul style="list-style-type: none"> • Convulsiones neonatales autolimitadas y epilepsia neonatal familiar autolimitada • Epilepsia infantil autolimitada familiar y no familiar • Encefalopatía mioclónica temprana • Síndrome de Ohtahara • Síndrome de West • Síndrome de Dravet • Epilepsia mioclónica en la infancia • Epilepsia de la infancia con convulsiones focales migratorias • Encefalopatía mioclónica en trastornos no progresivos • Convulsiones febriles plus, epilepsia genética con convulsiones febriles plus
Infancia	<ul style="list-style-type: none"> • Epilepsia con convulsiones mioclónico-atónicas • Epilepsia con mioclonías palpebrales

<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Lennox-Gastaut • Epilepsia de ausencia infantil • Epilepsia con ausencias mioclónicas • Síndrome de Panaylotopoulos • Epilepsia occipital infantil (tipo Gastaut) • Epilepsia fotosensible del lóbulo occipital • Epilepsia infantil con picos centrotemporales • Epilepsia infantil atípica con picos centrotemporales • Epilepsia infantil con picos y ondas continuas durante el sueño • Síndrome de Landau-Kleffner • Epilepsia del lóbulo frontal nocturna autosómica dominante
Adolescente/adulto
<ul style="list-style-type: none"> • Epilepsia de ausencia juvenil • Epilepsia mioclónica juvenil • Epilepsia con convulsiones tónico-clónicas generalizadas solas • Epilepsia autosómica dominante con características auditivas • Otras epilepsias familiares del lóbulo temporal
Cualquier edad
<ul style="list-style-type: none"> • Epilepsia focal familiar con focos variables • Epilepsias reflejas • Epilepsias progresivas de mioclonías

Fuente. (ILAE, 2020)

4.1.6. Diagnóstico. Se basa en una historia clínica bien realizada, así como en la exploración física y exámenes complementarios.

4.1.6.1. Historia clínica y exploración física. Como en toda patología, la evaluación inicial de un paciente con sospecha de crisis debe comenzar con la realización de la historia clínica y una exploración física completas. Nowacki y Jirsch (como se citó en la Sociedad Española de Neurología [SEN], 2019) afirman que “aún en la era de los registros EEG digitales y la neuroimagen, la evaluación clínica inicial sigue siendo esencial para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los pacientes que sufren una primera crisis epiléptica”. El diagnóstico de epilepsia y crisis epilépticas es clínico ya que tanto la exploración como los exámenes complementarios pueden ser normales (Serratosa, et al., 2018). La aproximación inicial al paciente con epilepsia se hace en gran parte a través de la anamnesis, especialmente por una adecuada descripción del evento ocurrido, siendo esta la parte más importante de la realización de la historia clínica y requiere un alto grado de atención y considerable tiempo. La información debe obtenerse del paciente cuando es posible, así como de otras personas, sobre todo familiares, que puedan haber presenciado los ataques típicos (SEN, 2019). El tema se resuelve a menudo con una cinta de vídeo captada por los familiares de pacientes que tienen episodios recurrentes, lo que da una información muy importante que no se puede obtener por otras vías.

Por otra parte, en la exploración física lo que se busca es identificar cualquier evidencia de la causa subyacente, si está limitada al cerebro o afecta otros sistemas, como es el caso de alteraciones neurocutáneas, anormalidades cromosómicas y algunas enfermedades sistémicas. La exploración debe incluir una inspección general, cardiovascular, neurológica, valoración cognitiva y examen del estado psíquico del paciente (SEN, 2019).

4.1.6.2. Laboratorio. En el estudio del paciente con epilepsia es fundamental descartar alteraciones analíticas que puedan ser la causa o el origen de las crisis. Esto se resalta en el caso de pacientes neonatos y en los ancianos ya que son más frecuentes las crisis en relación con alteraciones metabólicas en estas dos poblaciones, recalcando que en muchas ocasiones el tratamiento de las mismas resuelve las crisis. En este parámetro se deben incluir hemograma, electrolitos (sodio, potasio, calcio, cloro, magnesio, bicarbonato), glucemia, perfil hepático, estudio tiroideo y estudio de la función renal. En casos de diagnóstico de crisis en urgencias suele ser útil también la determinación de proteínas, CK, lactato, PCR, VSG o gasometría; y en casos determinados también estudio toxicológico, vitaminas o parathormona (SEN, 2019). Junto a esto, se debe estudiar el LCR ante un paciente con sospecha de infección del SNC o hemorragia subaracnoidea con neuroimagen negativa (SEN, 2019).

4.1.6.3. Electroencefalografía. Desde las primeras publicaciones hasta la fecha, el EEG ha constituido un instrumento de inestimable valor en la evaluación y conocimiento de la epilepsia, siendo el examen más sensible, y además indispensable, para el diagnóstico de la enfermedad en cuestión. Sin embargo, resulta imposible su utilidad si no va unido a la clínica. Las bases que sustentan el registro electroencefalográfico es la recogida mediante electrodos de la actividad eléctrica generada por el cerebro, consecuencias de las corrientes iónicas que son originadas por los diversos procesos bioquímicos que se producen al nivel celular (Maya, 2010). En función de la edad del paciente se utilizarán más o menos electrodos desde 10 en un niño hasta 21 que son los que se emplean con un adulto (Anónimo, 2019).

Los registros EEG se pueden diferenciar en: a) trazados de rutina, llamados también de corta duración, b) registros de duración intermedia, de sueño o vigilia y c) registros de larga duración o de monitorización videoelectroencefalografía. Con respecto al primero, duración aproximada es de 30 a 40 minutos, realizado en condiciones de vigilia del paciente. En su obtención se realizan las llamadas maniobras de activación (hiperventilación, estimulación luminosa), que tienen como objetivo fundamental la provocación de eventos críticos y como resultado nos brinda información

sobre la actividad cerebral del enfermo, obteniendo en algunos casos, actividad epiléptica intercrítica como puntas, punta-ondas, ondas agudas y polipunta-ondas (Maya, 2010). Con respecto a los otros tipos de EEG, dado el coste de las exploraciones de sueño o prolongadas, hay que seleccionarlas bien, de acuerdo con el problema del paciente. Si se sospecha una epilepsia focal, es preferible hacer un EEG de sueño nocturno. Por el contrario, si la duda diagnóstica es la de una epilepsia generalizada, la privación de sueño seguida de un registro diurno o con siesta puede ser más eficaz (Serratosa, et al., 2018). Por último, como dato importante, los hallazgos electroencefalográficos punta-onda de 3 Hz se vincula con la incidencia más alta de convulsiones (Cheng, Lama y Rae, 2018).

4.1.6.4. Magnetoencefalografía. La magnetoencefalografía (MGE) se basa en la detección de los campos magnéticos generados por las corrientes eléctricas neuronales. Es más sensible que el EEG convencional, pero entre sus principales desventajas está su elevado coste y las dificultades de instalación haciendo relegar su empleo a algunos centros altamente especializados (Serratosa, et al., 2018).

4.1.6.5. Neuroimagen por tomografía computarizada y resonancia magnética. La tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM) permiten identificar fácilmente la mayoría de las lesiones macroscópicas causales de las epilepsias. No se las indica a todos los pacientes, por eso es importante priorizar y evitar un gasto innecesario, siendo así muy útil en todas las epilepsias con crisis generalizadas o focales de causa desconocida, en especial si es de reciente comienzo o la exploración neurológica es anormal, o si en el EEG existen signos de sufrimiento cerebral focal (Serratosa, et al., 2018).

4.1.6.6. Neuroimagen funcional. Los avances actuales en neuroimagen están permitiendo realizar estudios neurorradiológicos denominados funcionales que permiten conocer alteraciones en el metabolismo y el flujo sanguíneo cerebral; que con una alta frecuencia guardan estrecha relación anatómica con las zonas de comienzo de las crisis y constituyen su sustrato patológico. En el momento actual se emplean estudios de espectroscopia resonancia magnética (ERM) para medir concentraciones bioquímicas regionales o se utiliza la resonancia magnética funcional (RMf) en conjunto con otras técnicas como la MGE, el videoEEG, la tomografía por emisión de positrones (PET) y la tomografía por emisión de fotón simple (SPECT), que permiten relacionar las alteraciones estructurales con la función cerebral y garantiza la integración de la neuroimagen con los avances que aportan la biología molecular, la neurofisiología y la genética (Maya, 2010).

4.1.7. Tratamiento. El tratamiento de las epilepsias es puramente farmacológico en los pacientes más favorables, es decir, en aquellos con respuesta total a la medicación, buen estado mental y neurológico, y buena inserción social y familiar. Pero en muchos otros con crisis rebeldes, polimedicados y con defectos asociados que repercuten en su calidad de vida se requiere un tratamiento multidisciplinario (Serratosa, et al., 2018). Es factible la cirugía de epilepsia en aproximadamente 5% del total de pacientes. En un grupo pequeño de personas con epilepsia refractaria, especialmente niños, otra opción terapéutica es la dieta cetogénica o el estimulador de nervio vago. Por último, una opción es el tratamiento expectante, el no dar tratamiento alguno se puede aplicar a pacientes con epilepsias benignas de la infancia o casos de crisis epilépticas infrecuentes (Mayor, et al., 2010).

4.1.7.1. Anticonvulsivos. El objetivo del tratamiento farmacológico en los pacientes con epilepsia es conseguir el control total de sus crisis sin producir efectos adversos. Cuando se elige un fármaco antiepiléptico (FAE), hay que tener en cuenta su espectro de acción, sus efectos adversos a corto y largo plazo, su vida media y su influencia en el ciclo reproductor. La elección considerará si se trata de una mujer, de un niño, de un anciano o de una persona de nuevo diagnóstico. Los FAE son eficaces si se prescriben correctamente para el síndrome o tipo de crisis adecuado (Serratosa, et al., 2018). Los FAE disponibles se dividen, arbitrariamente, en tres generaciones:

Cuadro 4. Fármacos antiepilépticos (FAE) y sus abreviaturas

Fármacos antiepilépticos (FAE) y sus abreviaturas
<p>FAE de primera generación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fenobarbital (PB) • Fenitoína (PHT) • Primidona (PRM) • Etosuximida (ESM) • Carbamazepina (CBZ) • Valproato (VPA) • Clobazam (CLB) • Clonazepam (CLN)
<p>FAE de segunda generación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigabatrina (VGB) • Lamotrigina (LTG) • Gabapentina (GBP) • Felbamato (FBM) • Topiramato (TPM) • Tiagabina (TGB) • Oxcarbazepina (OXC) • Levetiracetam (LEV)

<ul style="list-style-type: none"> • Pregabalina (PGB) • Zonisamida (ZNS)
FAE de tercera generación <ul style="list-style-type: none"> • Eslicarbazepina (ESL) • Lacosamida (LCM) • Perampanel (PER) • Rufinamida (RFN) • Brivaracetam (BRV)

Fuente. (Serratos, et al., 2018).

- Fenobarbital (PB). Es un barbitúrico de acción prolongada, un potente anticonvulsionante, muy barato y fácil de dosificar. A pesar de esas ventajas, debe considerarse un fármaco de última opción, pues puede producir efectos adversos neurotóxicos sutiles incluso con niveles terapéuticos (20-40 mg/l), sobre todo en niños. Una vez introducido es difícil de retirar, y se debe hacer muy lentamente, por el riesgo de crisis de privación. Su mecanismo de acción es complejo ya que incrementa la actividad del receptor GABA-A, inhibe la excitabilidad glutamatérgica y afecta a la conductancia del sodio, el potasio y el calcio. Posee una biodisponibilidad comprendida entre el 80 y el 100% (Serratos, et al., 2018). El fenobarbital está aprobado por la FDA como tratamiento inicial o coadyuvante de las crisis parciales y tónico-clónicas. Se utiliza por vía parenteral en el tratamiento del estado epiléptico (Browne y Holmes, 2009). La dosis habitual en adultos es de 50 a 200 mg/día y en niños de 3-8 mg/kg/día en una o dos tomas. Con respecto a sus interacciones farmacológicas, la concentración plasmática del fenobarbital aumenta al añadir antidepresivos tricíclicos o ácido valproico y puede reducir la concentración plasmática de las benzodiazepinas, el haloperidol, la carbamazepina, el ácido valproico, la lamotrigina, la oxcarbazepina, los anticonceptivos orales, los corticoesteroides, la tiagabina, el topiramato, la zonisamida, la warfarina y la cimetidina (Browne y Holmes, 2009).

- Fenitoína (PHT). Es económico, pero por los problemas que genera debe considerarse hoy día un fármaco de última opción. Su mecanismo de acción consiste en bloquear los canales de sodio. Se absorbe por vía oral con una biodisponibilidad del 90%. Se une a las proteínas del plasma en un 90%. Se metaboliza casi en su totalidad por vía hepática. El nivel plasmático considerado terapéutico está entre 10 y 20 mg/l. Es útil para epilepsias focales y generalizadas cuya dosis diaria en el adulto es de 150-400 mg y en el niño es de 5 mg/kg. Entre sus efectos adversos tenemos ataxia, nistagmo, somnolencia, atrofia cerebelosa, cefalea, corea, distonía, neuropatía periférica, hipertrofia gingival, hirsutismo, rasgos faciales toscos, alteraciones del metabolismo óseo, deficiencia de folatos (Serratos, et al., 2018). Por último, entorno a sus interacciones

farmacológicas, la adición de fenitoína puede disminuir las concentraciones plasmáticas de las benzodiazepinas, la carbamazepina, el ácido valproico, la lamotrigina, la tiagabina, el topiramato, la zonisamida, la oxcarbazepina, los anticonceptivos orales, los corticoesteroides, la digoxina, los antidepresivos tricíclicos. La carbamazepina produce un aumento en la concentración plasmática de la fenitoína (Browne y Holmes, 2009).

- Primidona (PRM). La primidona se metaboliza rápidamente en feniletilmalonamida (PEMA) y PB, por lo cual tiene un perfil farmacológico similar a este último. Su interés terapéutico es, hoy día, casi nulo (Serratosa, et al., 2018).

- Etosuximida (ESM). Es un bloqueante de los canales de calcio T. Se administra exclusivamente por vía oral. No se une a las proteínas del plasma ni tiene metabolitos activos. Su indicación se restringe a las crisis de ausencia en los niños. En adolescentes y adultos, la mayoría de los autores prefieren VPA por su efecto añadido frente a las crisis convulsivas. La dosis diaria en los adultos es de 500 a 1500 mg y en niños de 10 a 25 mg/kg en dos o tres tomas. Entre sus efectos adversos tenemos molestias gástricas, cefalea, sedación, agitación, eritema (Serratosa, et al., 2018). Finalmente, no se conocen interacciones farmacológicas de importancia clínica con la etosuximida (Browne y Holmes, 2009).

- Carbamazepina (CBZ). Este fármaco actúa sobre los canales neuronales del sodio y en varios receptores de neurotransmisores. Su biodisponibilidad es de aproximadamente el 80%. Se une a las proteínas plasmáticas en un 75%. El nivel considerado terapéutico está entre 6 y 12 mg/l. Es el fármaco de primera línea para crisis focales y generalizadas, en niños y adultos. No se debe administrar para crisis de ausencia y las mioclonías ya que puede agravar las mismas. La dosis diaria en adultos varía entre 400 a 1600 mg y en niños de 10 a 30 mg/kg, tomando en cuenta que la dosis inicial debe ser baja, y el incremento progresivo, para evitar los efectos secundarios sedantes. Presenta efectos adversos como diplopía, ataxia, sedación, tics, asterixis, hiponatremia, leucopenia, agranulocitosis, anemia aplásica, necrólisis epidérmica tóxica, síndrome de Stevens-Johnson, alteración de la conducción cardíaca, hiponatremia (Serratosa, et al., 2018). La adición de carbamazepina puede incrementar la concentración plasmática de la fluoxetina, la fenitoína y los antidepresivos tricíclicos; además, puede reducir la concentración plasmática de los fármacos antivirales y antineoplásicos metabolizados por el CYP450, las benzodiazepinas, los corticoesteroides, el haloperidol, la lamotrigina, los anticonceptivos orales (ACO), la

oxcarbazepina, la teofilina, la tiagabina, el topiramato, el ácido valproico, la warfarina y la zonisamida (Browne y Holmes, 2009).

- Valproato (VPA). Tiene un mecanismo de acción múltiple, pero resulta ser gabaérgico y, además, modula los canales T del calcio (de ahí su eficacia en las ausencias) y la conductancia del potasio y del sodio. La biodisponibilidad es del 100%. Su unión a las proteínas es dependiente de la concentración y ronda el 90%. El nivel plasmático terapéutico se encuentra entre 50 y 100 mg/l. Ha sido de primera elección en las crisis generalizadas convulsivas y no convulsivas, en especial en las idiopáticas, pero se está sustituyendo por los FAE más modernos. Cuenta con una dosis diaria de 600 a 3000 mg y en niños 20 a 50 mg/kg. Presenta como efectos adversos alteraciones gastrointestinales, aumento de peso, temblor, alopecia, ovario poliquístico e hiperandrogenismo (Serratos, et al., 2018). En el ámbito de interacciones farmacológicas, el ácido valproico aumenta la concentración plasmática del epóxido de carbamazepina derivado de la carbamazepina, de la lamotrigina y del fenobarbital, por otra parte, la fenitoína, el fenobarbital, la primidona y la carbamazepina reducen la concentración plasmática de ácido valproico (Browne y Holmes, 2009).

- Benzodiazepinas (BZD). Son fármacos de primera línea para el tratamiento IV de los estados de mal. Entre estos se encuentran el Clobazam (CLB) y Clonazepam (CLN). El primero tiene un rango de indicación amplio, entre estos el ser ansiolítico y tranquilizante en situaciones de estrés, viajes, exámenes e insomnios que pueda precipitar un ataque, y el CLN se suele reservar para las epilepsias mioclónicas graves, en especial en los niños. Ambos tienen el inconveniente general de las BZD de inducir sedación y tolerancia con pérdida de efectividad pasados unos meses. Su retirada es a veces problemática por la aparición de crisis por supresión (Serratos, et al., 2018).

- Vigabatrina (VGB). Es un inhibidor irreversible de la transaminasa que metaboliza el GABA y resulta, por tanto, un gabaérgico. Su nivel terapéutico es de 5 a 10 ug/ml. Su indicación actual se reduce prácticamente al síndrome de West (sobre todo el secundario a esclerosis tuberosa). En adultos, la dosis diaria varía de 1000 a 3000 mg y en niños es de 40 a 100 mg/kg, en 1 o 2 tomas. En relación a sus efectos adversos, se enlistan el adormecimiento, fatiga, cefaleas, mareos, temblor, aumento de peso, trastornos gastrointestinales, cuadros psicóticos, reducción del campo visual (Serratos, et al., 2018). Se ha publicado que la concentración plasmática de la fenitoína disminuye con la vigabatrina (Browne y Holmes, 2009).

- Lamotrigina (LTG). Su mecanismo de acción principal es el bloqueo de los canales de sodio dependientes del voltaje. Tiene una cinética lineal con una fijación a las proteínas del 55%. Es

eficaz en las crisis focales y secundariamente generalizadas. También está indicada en epilepsias generalizadas idiopáticas, pero puede empeorar las mioclonías. La dosificación diaria en adultos varía de 100-400 mg y en niños 3-15 mg/kg, en un mínimo de dos tomas. Entre sus efectos adversos se encuentran exantema cutáneo, temblor, ataxia, diplopía, molestias gástricas e insomnio (Serratos, et al., 2018). Tiene escasas interacciones con otros FAE clásicos, aunque no se recomienda su uso simultáneo con CBZ u OXC. El VPA aumenta su vida media. Es posible que la asociación LTG-VPA tenga efecto sinérgico en el tratamiento de epilepsias refractarias (Browne y Holmes, 2009).

- Gabapentina (GBP). Es un análogo del GABA, pero no es gabaérgico. Actúa en los canales del calcio. Tiene una vida media corta, no se fija a las proteínas, no se metaboliza ni interacciona con los FAE convencionales. Es poco eficaz en crisis rebeldes, en ausencias o en mioclonías. Sus características farmacocinéticas permiten recomendarlo en pacientes polimedcados, sobre todo ancianos con crisis focales o secundariamente generalizadas, no muy graves. En adultos la dosis diaria varía de 900 a 3.600 mg y en niños de 50 a 100 mg/kg, en un número mínimo de tres dosis. Entre sus efectos adversos se encuentran somnolencia, fatiga, agresividad, ataxia, molestias gástricas (Serratos, et al., 2018). No hay interacciones farmacológicas conocidas entre la gabapentina y otros fármacos antiepilépticos. Los antiácidos con magnesio y aluminio disminuyen su absorción (Browne y Holmes, 2009).

- Felbamato (FBM). Solo está indicado en las ausencias complejas rebeldes (síndrome de Lennox-Gastaut), pero la observación de casos mortales de anemia aplásica y también de fracaso hepático han hecho que su uso haya sido restringido en algunos países, y en otros se ha retirado definitivamente (Serratos, et al., 2018).

- Topiramato (TPM). Bloquea los canales del sodio, aumenta la inhibición GABA-A, reduce la excitación glutamatérgica de los receptores AMPA e inhibe los canales de calcio de alto voltaje (Serratos, et al., 2018). Su vida media es larga y se absorbe rápidamente. La biodisponibilidad oral es superior al 80% y no está afectada por los alimentos o la dosis. La unión a las proteínas es de aproximadamente el 15% y el 80% de una dosis se excreta por la orina sin modificación (Browne y Holmes, 2009). Se ha utilizado en epilepsias focales y generalizadas. La dosificación diaria en adultos varía de 100-400 mg y en niños 1-10 mg/kg, en un número mínimo de dos tomas. Sus efectos adversos son cefalea, alteración de la memoria, lentitud mental, alteraciones de la conducta, parestesias, litiasis renal, glaucoma y pérdida de peso. Los fármacos inductores

enzimáticos (fenitoína, carbamazepina, fenobarbital, primidona) pueden disminuir la concentración plasmática de topiramato, pero este puede aumentar la concentración plasmática de la fenitoína y en dosis superiores a 200 mg reduce la eficacia de anticonceptivos orales (Serratos, et al., 2018).

- Tiagabina (TGB). Es un fármaco muy sedante con una utilidad limitada. Inhibe la recaptación del GABA, es, por tanto, indirectamente gabaérgico (Serratos, et al., 2018). Se absorbe bien, los alimentos afectan su velocidad de absorción, pero no la cantidad absorbida. La tiagabina se une a las proteínas plasmáticas en un 96% (Browne y Holmes, 2009). Está indicada como tratamiento coadyuvante para personas a partir de los 12 años con crisis parciales que no se controlan con fármacos de primera elección (Browne y Holmes, 2009). La dosis diaria en adultos varía de 10-30 mg y en niños 0.5-2 mg/kg, en un número mínimo de dos a tres tomas. Sus efectos adversos son mareo, nerviosismo, somnolencia, temblor, trastorno del lenguaje, dificultad de atención y psicosis (Serratos, et al., 2018). La carbamazepina, la fenitoína, el fenobarbital y la primidona disminuyen la concentración plasmática de tiagabina (Browne y Holmes, 2009).

- Oxcarbazepina (OXC). Es un análogo de la CBZ que se ha desarrollado para evitar la autoinducción enzimática y disminuir las interacciones de esta última. Actuación bloqueando los canales de sodio. Se une a las proteínas en un 38%, tiene una cinética lineal y eliminación renal. Entre los FAE de segunda generación, solo OXC tiene evidencia de un estudio de clase I que sugiere eficacia en la epilepsia focal de nueva aparición, siendo esta su principal indicación, con una dosis diaria de 600-2400 mg en adultos y en niños 10-30 mg/kg, en un número mínimo de dos tomas (Kanner, et al., 2018). Mareo, sedación, ataxia e hiponatremia son sus principales efectos adversos. La asociación de OXC aumenta los niveles de PHT y PB. No se recomienda asociarla con LTG (Serratos, et al., 2018).

- Levetiracetam (LEV). Tiene un mecanismo de acción complejo por su unión a las vesículas sinápticas SV2A, y en menor medida sobre corrientes de calcio y GABA. Se absorbe rápida y casi completamente por vía oral. La unión a proteínas prácticamente es inexistente. No se metaboliza en el hígado y la excreción es renal. Se ha demostrado eficaz en epilepsias focales y generalizadas idiopáticas, y para estas últimas puede ser el fármaco de elección. Por la ausencia de interacciones también se debe considerar en pacientes polimedicados por otros motivos, en especial con antineoplásicos. La dosificación diaria en adultos varía de 1000-3000 mg y en niños 10-40 mg/kg,

en un número mínimo de dos tomas diarias. Entre sus efectos adversos se enlista mareo, alteración de la conducta, astenia y somnolencia (Serratos, et al., 2018).

- Pregabalina (PGB). Se une a la subunidad α -2 δ de los canales del calcio dependientes del voltaje y reduce la liberación de neurotransmisores como el glutamato, la noradrenalina y la sustancia P. Tiene una biodisponibilidad oral de casi el 100%, no se une a proteínas, ni se metaboliza por el hígado, y se excreta por vía renal al 100%. Está indicada como tratamiento combinado en crisis focales y secundariamente generalizadas, pero por otro lado su uso puede empeorar las ausencias y las mioclonías. La dosis en adultos varía de 150-600 mg en dos a tres tomas y en niños no está aprobado. Sus efectos adversos son somnolencia, mareo, aumento del apetito, agresividad, ataxia, molestias gastrointestinales y edema periférico (Serratos, et al., 2018). Tiene la gran ventaja de no interactuar con otros FAE ni con anticonceptivos orales (Browne y Holmes, 2009).

- Zonisamida (ZNS). Bloquea los canales del sodio dependientes de voltaje y reduce la actividad de los canales tipo T del calcio. La absorción es rápida y completa por vía oral, se une a proteínas entre un 40-60%, se metaboliza en el hígado en un 67% y el 85% se elimina por vía renal como ZNS o metabolitos inactivos. Se lo usa en crisis focales y generalizadas. La dosis inicial es de 50 mg/día, y se incrementa lentamente hasta llegar a una dosis diaria en el adulto de 100-600 mg y en niños 2-8 mg/kg, con un número mínimo de una a dos tomas. Con respecto a sus efectos adversos, estos son mareo, anorexia, irritabilidad y alteración cognitiva (Serratos, et al., 2018). La fenitoína, la carbamazepina, el fenobarbital y el ácido valproico disminuyen la concentración plasmática de zonisamida (Browne y Holmes, 2009).

- Acetato de eslicarbazepina (ESL). Es un antagonista de los canales del sodio dependientes de voltaje. Se metaboliza rápida y ampliamente a eslicarbazepina (ESL). La unión a proteínas plasmáticas es de 30%. Está aprobado para el tratamiento adyuvante en pacientes adultos con epilepsia parcial refractaria, con una dosis de 400-1200 mg/día en un número mínimo de una toma y está contraindicado su uso en pacientes con bloqueos de la conducción cardíaca. Sus efectos adversos son mareo, cefalea, somnolencia, diplopía, náuseas/vómitos e incoordinación. Es posible que se requiera aumentar la dosis de ESL cuando se combina con fenitoína o CBZ (Serratos, et al., 2018).

- Lacosamida (LCM). Sus efectos antiepilépticos se deben a la potenciación selectiva de la inactivación lenta de los canales del sodio dependientes de voltaje. Se absorbe de manera rápida

y completa por vía oral. Su unión a proteínas es $< 15\%$. Es útil en crisis focales con o sin generalización secundaria en el adulto, con una dosis diaria entre 100-400 mg y un número mínimo de dos tomas. El mareo, cefalea, náuseas y diplopía son sus principales efectos adversos (Serratosa, et al., 2018). Una de sus ventajas es que las interacciones farmacocinéticas son muy bajas (Browne y Holmes, 2009).

- Perampanel (PER). Es un antagonista no competitivo de los receptores AMPA del glutamato en la neurona postsináptica. Se absorbe fácilmente por vía oral y se une a proteínas en un 95%. Está indicado como terapia añadida en crisis de inicio parcial y crisis generalizadas idiopáticas en adolescentes y adultos, cuya dosis diaria es de 2-8 mg en un número mínimo de una toma. Entre sus principales efectos adversos prevalece el mareo, somnolencia e irritabilidad (Serratosa, et al., 2018). La PHT, CBZ y OXC, reducen significativamente los niveles de PER, mientras que su a dosis altas puede reducir la eficacia de los anticonceptivos orales que contienen progesterona (Browne y Holmes, 2009).

- Rufinamida (RFN). Es un bloqueante de los canales de sodio. Tiene una biodisponibilidad superior al 85% por vía oral y una unión a las proteínas de un 30%. Se indica como un fármaco coadyuvante en el tratamiento del síndrome de Lennox-Gastaut, con una dosis diaria en adultos de 400 a 3200 mg y en niños de 200 a 1000 mg/kg en un número mínimo de dos tomas. La cefalea, mareo, fatiga y somnolencia se presentan como sus principales efectos adversos (Serratosa, et al., 2018). Cuando se asocia rufinamida, descienden los niveles plasmáticos de carbamazepina y de lamotrigina entre un 7 y un 13%, los de fenobarbital de un 8 a un 13%, y los de fenitoína entre un 7 y un 21% (Browne y Holmes, 2009).

- Brivaracetam (BRV). Modula la proteína 2A de la vesícula sináptica. Se absorbe completamente por vía oral, y se une escasamente a proteínas. Se metaboliza principalmente por hidrólisis y secundariamente por hidroxilación, los metabolitos no son activos y se eliminan por vía renal. Ha sido aprobado para el tratamiento de crisis focales en pacientes mayores de 16 años, añadido a otro FAE. La dosis diaria es de 50-200 mg en un número mínimo de dos tomas. Entre sus efectos adversos figuran la somnolencia, mareo y fatiga (Serratosa, et al., 2018). El uso concomitante con CBZ aumenta las concentraciones de CBZ-epóxido, y la rifampicina y la hierba de San Juan disminuyen la concentración de BRV (Browne y Holmes, 2009).

4.1.7.1.1. Principios del tratamiento farmacológico. La elección del fármaco antiepiléptico se basa fundamentalmente en la eficacia, pero cuando ésta es similar, la selección del fármaco debe

valorar la posibilidad de las reacciones adversas. Por otro lado, cuando se va a elegir entre antiepilépticos eficaces y bien tolerados, entonces se deben tener en cuenta otros factores como posibilidad de interacciones, facilidad de administración y coste del tratamiento, todo esto con el fin de obtener una buena adherencia al tratamiento (Maya, 2010). En función a investigaciones se han establecido recomendaciones para el tratamiento: a) existe un consenso general de iniciar con el fármaco de elección, es decir, en monoterapia, b) agotar las posibilidades terapéuticas del primer fármaco elegido, y c) añadir fármacos adicionales (Browne y Holmes, 2009). En caso de que los pacientes no logren controlar la totalidad de sus crisis con ninguna de las combinaciones farmacológicas, es decir, tras el fracaso de dos fármacos diferentes se anuncia la farmacoresistencia y entonces se considera que padecen una epilepsia refractaria (Assenza, 2020). Estas personas suelen ser enviados a centros médicos especializados en epilepsia, en los cuales se les realizará un diagnóstico mucho más especializado contemplando opciones de tratamiento alternativas (EY, 2018).

4.1.7.2. Tratamiento quirúrgico. La cirugía es la mejor opción de tratamiento para algunos pacientes con epilepsia refractaria, en especial aquellos que padecen una epilepsia focal con una lesión bien localizada, algunas encaminadas a eliminar el foco cerebral donde se producen las crisis epilépticas, mientras que otras son paliativas buscando reducir el número de estas o modificar las características de propagación (EY, 2018). Desafortunadamente, la cirugía de la epilepsia todavía está infrutilizada, lo que podría deberse en parte a la complejidad de la evaluación prequirúrgica (Anyanwu y Motamedi, 2018). El éxito del tratamiento quirúrgico depende estrictamente de la duración de la epilepsia, es decir, cuanto antes de la cirugía, mejor será el resultado (Assenza, 2020). Existen cuatro técnicas quirúrgicas para tratar la epilepsia: a) resección cortical, b) hemisferectomía y resecciones multilobares amplias, c) sección del cuerpo calloso y d) técnicas lesivas estereotácticas (EY, 2018). Además, cabe destacar la contribución de la terapia térmica intersticial láser guiada por resonancia magnética, una nueva tecnología que proporciona una alternativa clínicamente eficaz y mínimamente invasiva a las resecciones microquirúrgicas convencionales, con indudables ventajas en cuanto a duración de la hospitalización y tiempo postoperatorio de recuperación (Assenza, 2020).

4.1.7.3. Estimulación del nervio vago. Es un tratamiento clínico alternativo que se aplica única y exclusivamente cuando han fracasado todas las opciones previas de tratamiento, ya que son

costosas y requieren la intervención de un cirujano experto. El objetivo de este procedimiento es reducir la frecuencia y gravedad de ciertos tipos de crisis parciales y de caída (EY, 2018).

4.1.7.4. Dieta cetogénica. Es una de las terapias más antiguas para pacientes con epilepsia, aunque ha ido perdiendo importancia hasta convertirse en una opción de tratamiento secundaria (EY, 2018). Es una dieta rica en grasas y pobre en proteínas e hidratos, es decir, las grasas se convierten en la principal fuente de energía. Los expertos creen que esta dieta podría estimular la síntesis de neurotransmisores que regulan el potencial de membrana neuronal, así la cetosis se convierte en el principal factor antiepiléptico. A pesar de esto, este tratamiento tiene una gran cantidad de efectos secundarios, es difícil de llevar y su utilidad queda restringida prácticamente a niños, sobre todo en casos de deficiencia de GLUT-1 o piruvato deshidrogenasa (Serratos, et al., 2018).

4.2. Satisfacción Sexual

Antes de abordar la satisfacción sexual, es necesario entablar una definición de su elemento de origen, la sexualidad, se trata de una dimensión central del ser humano que está presente a lo largo de su vida, la cual engloba aspectos biológicos como el sexo, psicológicos como las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción, aunque no todas ellas se experimentan o expresan siempre. Además, la sexualidad está influida por factores biopsicosocioeconómicos y culturales (OMS, 2018).

4.2.1. Definición. Jiménez (como se cita en Campo, Morell, Caballero, Ceccato, y Gil, 2018) considera que la satisfacción sexual es la respuesta afectiva y emocional surgida de la evaluación de las interacciones sexuales personales y de la percepción de la consumación del deseo erótico. Puede ser definida, por tanto, como el nivel de agrado, bienestar y ajuste presentado frente a una interacción sexual, que se evidencia a través de las reacciones emocionales experimentadas y la comunicación verbal y no verbal con la pareja.

4.2.2. Satisfacción sexual relacionada con la salud. La satisfacción sexual es un factor clave en la salud sexual y, por lo tanto, un elemento fundamental en el bienestar general de las personas (Sánchez, 2016). La parte global en donde se enmarca la satisfacción sexual, es decir, la salud sexual, se define de acuerdo a la (OMS, 2018) como un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, misma que requiere un enfoque positivo y respetuoso, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Así, la satisfacción de la salud sexual está ligada a la medida en que se

respetan, protegen y cumplen los derechos humanos. La satisfacción sexual es un factor importante en la calidad de vida de las personas, se relaciona con numerosas variables personales, interpersonales, sociales y culturales. Es así que recientemente, (Pascoal, Shaughnessy y Almeida, 2019) señalan que la satisfacción sexual incluye estos componentes, enfatizando los individuales e interpersonales. Los individuales aluden a aspectos como la calidad de vida o el bienestar en general, mientras que los interpersonales a la intimidad o la estabilidad dentro de la relación de pareja.

4.2.3. Satisfacción sexual y epilepsia. Desde el siglo XIX se viene relacionando la epilepsia con la sexualidad, aunque de una forma muy diferente a cómo se hace hoy día. Debido a la similitud entre las convulsiones y el orgasmo, se creía que el deseo sexual excesivo causaba epilepsia (Verche, et al., 2016). Sin embargo, no es hasta mediados del siglo XX cuando describen un bajo deseo sexual en pacientes con crisis parciales complejas. Desde entonces, se ha relacionado la hiposexualidad, considerada como una reducción del interés, conciencia y actividad sexual global, como con una característica propia de la epilepsia. No obstante, los efectos de la epilepsia sobre la sexualidad también están relacionadas con problemas tanto del deseo sexual, como de la excitación y del orgasmo (Verche, et al., 2016).

Esta disfunción sexual en epilepsia parece estar más relacionada con aspectos fisiológicos que psicológicos. Como se cita en Verche, et al. (2016), Morrell y colaboradores establecieron que los pacientes con epilepsia tenían un incremento menor en flujo sanguíneo genital al ver un vídeo erótico de los participantes en los controles. La actividad epiléptica en zonas límbicas, frontales y temporales del cerebro pueden ser las responsables de esta disminución de la excitación, así como el incremento de los niveles de prolactina sérica durante las crisis epilépticas, que se ha asociado con la reducción de la libido y problemas de erección (Verche, et al., 2016).

Sin embargo, no se deben obviar los aspectos psicológicos en las disfunciones sexuales en la epilepsia. Aspectos como la baja autoestima, la ansiedad, la depresión o los problemas de relaciones sociales se encuentran como factores definidores y mantenedores de dichas disfunciones sexuales. En definitiva, podemos hablar de causas multifactoriales como las desencadenantes y mantenedoras de las disfunciones sexuales en epilepsia (Verche, et al., 2016).

La epilepsia, además, es capaz de provocar gestos sexuales involuntarios durante las crisis. Así, en crisis parciales complejas con origen frontolímbico o temporolímbico se han descrito automatismos genitales (caricias, rascarse o agarrarse los genitales), movimientos masturbatorios

o pélvicos en el 11% de los pacientes estudiados por Dobesberger, Unterberger, Embacher, Luef, Bauer G, et al. citado en (Verche, et al., 2016). Por otra parte, los pacientes que sufren de crisis parciales complejas también pueden experimentar auras sexuales o sentimientos eróticos, independientemente del tipo de automatismos que tengan. En algunos casos, esa excitación puede dar lugar a eyaculación orgásmica espontánea en el hombre, aunque suele ser más común en las mujeres, con un aumento de las secreciones vaginales. Las mujeres que tienen orgasmos ictales suelen tener el deseo sexual disminuido entre crisis epilépticas (Verche, et al., 2016). Esto concuerda con lo descrito en (Arias, 2019) donde menciona que la epilepsia orgásmica y, de un modo general, epilepsia con manifestaciones ictales de experiencia sexual son aquellos cuadros epilépticos que cursan con crisis en las que los pacientes perciben una excitación similar a las de las experiencias sexuales y, en algunos casos, un orgasmo idéntico al experimentado durante un acto sexual. Algunas características particulares de este infrecuente tipo de epilepsia son: el foco se localiza en muchos casos en el lóbulo temporal no dominante y en su parte medial; puede objetivarse o no lesión estructural en la neuroimagen; mayor predominio de mujeres, y la amigdalohipocampectomía suele ser eficaz (Arias, 2019).

Las disfunciones sexuales son comunes en epilepsia tanto en hombres como en mujeres, sin que se haya descrito una mayor prevalencia en un sexo u otro. Sin embargo, en hombres influye en mayor medida los factores fisiológicos mientras que en las mujeres son los psicológicos los que afectan a la calidad de la vida sexual (Verche, et al., 2016).

Hurlbert y Rabelh (como se citó en Pérez, 2013) encontraron que entre las mujeres no es la cantidad de orgasmos, sino la consistencia de los mismos lo que predice el grado de satisfacción sexual, asociándose ésta a la calidad de la experiencia de intimidad, en términos de seguridad emocional. En general, se describe que las mujeres con epilepsia tienen una sexualidad normal, pero una parte significativa de ellas, alrededor del 25%, tienen un descenso en el deseo sexual. Además de esto, la anorgasmia es otra disfunción que se presenta en las mujeres con epilepsia generalizada y con epilepsia focal, así lo plasma un estudio realizado por Morrell y Guldner; además, se concluye que las mujeres epilépticas tienen menos excitación y más ansiedad sexual (Verche, et al., 2016).

En cuanto a los hombres con epilepsia, la prevalencia de disfunciones sexuales, especialmente deseo sexual hipoactivo y problemas de erección, se estima entre el 38 y el 71%. También, las quejas subjetivas son de problemas orgásmicos, dificultades de erección y la falta de tumescencia

neana espontánea por las mañanas. La etiología es multifactorial y parecen ser factores determinantes de la disfunción sexual en hombres con epilepsia el empleo de cierta medicación antiepiléptica, la depresión y las alteraciones en el nivel sérico de las hormonas sexuales del eje hipotálamo-pituitaria así como de la función testicular (Verche, et al., 2016). Así, Bauer, Blumenthal, Reuber y Stoffel-Wagner sugieren que la epilepsia interfiere en la producción testicular de testosterona por la reducción en la secreción de la hormona luteinizante debido a las crisis epilépticas. Estos mismos autores informan que la relación entre testosterona y hormona luteinizante sólo estaba reducida en los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal y no en los que tenían epilepsia generalizada idiopática. Los hombres con epilepsia del lóbulo temporal tienen también mayor tendencia a tener hipogonadismo (Verche, et al., 2016).

Existen todavía diversas concepciones erróneas sobre la epilepsia en la población general, en los clínicos y en los propios pacientes que mantienen el estigma de la enfermedad (SEN, 2012). En este mismo estudio, un tercio de los pacientes no contestó sobre cómo afectaba la epilepsia a su vida sexual y más de la mitad no tenían pareja. Todo lo anterior es apoyado por (Kaufman, Wong, Sivaraaman, Anim y Delatte, 2015) en donde destacan que: a) tanto la epilepsia como los FAE pueden inducir disfunción sexual, incluida una disminución de la libido, b) los médicos (1/15) rara vez cuestionaban a los pacientes sobre la libido, c) una minoría de médicos (4/15) demostró conocimiento de la disminución de la libido tanto inducida por epilepsia como inducida por FAE y d) la brecha de tratamiento para la disminución de la libido puede estar relacionada con problemas de sistemas y barreras médicas.

Dado que el deseo sexual en el sentido tradicional es una función relacionada con la reproducción, más que una función placentera en sí misma, el interés en la investigación sobre la relación entre el deseo sexual y la calidad de vida es muy nuevo, especialmente considerando la variable satisfacción sexual en múltiples enfermedades crónicas como lo es la epilepsia (Campo et al., 2018). Constituye, por lo tanto, una necesidad conocer esta patología y sus implicaciones en la vida sexual de los pacientes para así poder dar una adecuada respuesta médica, psicológica y social a quienes presentan este trastorno (Verche, et al., 2016).

4.2.3.1. Fármacos antiepilépticos y sexualidad. Los fármacos antiepilépticos (FAE) tienen un papel importante en las disfunciones sexuales en la epilepsia. Estas disfunciones sexuales están asociadas con los FAE como la gabapentina, pregabalina, topiramato, también con los que inducen la enzima hepática P450, como la fenitoína, fenobarbital, primidona o la carbamazepina. Esta

enzima sintetiza la globulina fijadora de hormonas sexuales que inhibe la función de la testosterona y el estradiol y, por lo tanto, disminuye el deseo sexual (Verche, et al., 2016). La oxcarbazepina y la lamotrigina, por su parte, se considera que tienen un efecto positivo sobre la conducta sexual, aunque se han descrito algunos efectos secundarios como la anorgasmia o la eyaculación retrógrada con la oxcarbamazepina o la hipersexualidad en el caso de la lamotrigina. A más de estos últimos, el ácido valproico también influye a favor de la sexualidad al elevar los niveles de estradiol en ambos sexos e incrementar el deseo sexual en mujeres con epilepsia (Verche, et al., 2016).

4.2.4. Herramientas utilizadas para su medición. A lo largo de los años se han creado distintas escalas para la medición de la satisfacción sexual, muchas de ellas primero en el idioma inglés y posteriormente han sido traducidas y validadas al español, mismas que se han reflejado en diferentes estudios, entre los cuales tenemos:

- Investigation satisfaction scale (ISS)
- Inventario Golombok-Rust de satisfacción sexual (GRISS)
- Inventario Pinney de satisfacción sexual
- Subescala del marital satisfaction inventory de snyder
- Inventario withley de satisfacción sexual
- Escala de satisfacción sexual para mujeres (SSS-W)
- Nueva escala de satisfacción sexual (NSSS)
- Escala de satisfacción sexual Young
- Medida global de satisfacción sexual
- Modelo de intercambio interpersonal de la satisfacción sexual (IEMSS)
- The derogatis sexual functioning inventory (DSFI)

4.2.4.1. Nueva escala de satisfacción sexual (NSSS). Esta escala fue diseñada y validada en el idioma inglés por (Stulhofer, Busko y Brouillard, 2010), cuya fiabilidad apreciada es alta con una muestra de 2000 personas ($\alpha=0.94-0.96$). Desde el año 2013 se cuenta con su adaptación al español, traducida por una profesional de la sexología de habla inglesa nativa, misma que fue desarrollada en el estudio titulado como “Nueva Escala de satisfacción sexual en usuarios de redes sociales” a cargo de (Pérez, 2013). Para la valoración de la calidad de la encuesta traducida al español se aplicó el test alfa de Cronbach (α) observándose una muy buena fiabilidad ($\alpha= 0.93$) para la muestra de 150 participantes incluidos en este estudio. Fue desarrollada con la finalidad de medir de manera subjetiva la satisfacción sexual personal independiente del género, orientación sexual o estatus de

relación de pareja (Ahumada, Luttgues, Molina y Torres, 2014). La escala posee 20 ítems multidimensionales organizados en dos enfoques: personal y relacional. El primer enfoque contiene dos categorías: sensaciones sexuales y conciencia sexual; mientras que en el segundo constan tres categorías: intercambio sexual, apego emocional y actividad sexual. La subescala “centrada en el yo”, mide la satisfacción sexual generada por las experiencias y sensaciones personales, mientras que la subescala “centrada en la pareja sexual”, mide la satisfacción sexual derivada de las reacciones de la pareja sexual, la diversidad y frecuencia sexual (Luttges, et al., 2019). Cada ítem está valorado en una escala tipo Likert de 5 categorías, de menor a mayor satisfacción sexual, desde 1 “nada satisfecho” hasta 5 “extremadamente satisfecho”, con una puntuación total mínima y máxima de 20 a 100 puntos, respectivamente (Fernández y Pawlowski, 2019). El período de tiempo al que se refieren las preguntas es durante los pasados 6 meses. Los niveles de satisfacción sexual son asignados en rangos: bajo, medio y alto (Aguilar y Pinedo, 2017).

Cuadro 6. Marco conceptual de la satisfacción sexual, dimensiones y categorías relacionadas.

Satisfacción Sexual				
Enfoque personal		Enfoque relacional		
1. Sensaciones Sexuales (6)	2. Conciencia Sexual (15)	3. Intercambio Sexual (14)	4. Apego Emocional (8)	5. Actividad Sexual
Calidad de las caricias/sentir	Sensación de dejarse llevar (3)	El placer de recibir (16)	Confianza	Variedad (19)
Calidad de la excitación sexual (1)	Estar centrado (4)	Dar placer (10)	Apertura emocional (7)	Frecuencia (20)
Frecuencia de la excitación	Reacción sexual hacia el compañero (5)	Disponibilidad sexual de la pareja (18)	Entrega emocional de la pareja (12)	Intensidad
Calidad del orgasmo (2)		Iniciativa sexual de la pareja (13)	Cercanía emocional	Duración
Frecuencia del orgasmo (9)		Creatividad sexual de la pareja (17)		
		Equilibrio entre lo que se da y se recibe (11)		

Fuente. (Pérez, 2013)

* Los números entre paréntesis indican el ítem correspondiente a la Nueva Escala de Satisfacción Sexual (Ver Anexo 5).

4.3. Calidad de Vida

4.3.1. Definición. Es un concepto difícil de establecer, ya que varía según el ámbito y el campo en el que se defina, pero de forma global se trata de una apreciación personal de cómo influye el estado de salud actual, el cuidado y las actividades promotoras de la misma, en la destreza para mantener un funcionamiento general óptimo que permita conseguir metas anheladas de vida y que esto se refleje en su bienestar general (Urzúa, 2010).

El significado de calidad de vida puede ser analizado desde dos puntos de vista principalmente. Primero, la percepción que tenemos subjetivamente de lo que es calidad de vida, y esta percepción a su vez condicionada por el desarrollo social, histórico, el contexto cultural y sistema de valores en los que viven las personas; así pues, para algunos sujetos una buena calidad de vida será igual a tener condiciones mínimas de salud, alimentación y vivienda; mientras para otros será tener condiciones económicas, políticas y sociales altas. De lo cual deriva el segundo punto de vista, en el que la calidad de vida puede ser evaluada objetivamente, para este fin se han establecido varias formas de medir y estimar la calidad de vida de acuerdo a diferentes esferas y situaciones que componen la misma (Ochoa y Pachecho, 2018).

El grupo de evaluación de la calidad de vida de la OMS (WHOQOL, por sus siglas en inglés), en el año 1994, estableció un concepto de calidad de vida como una medida de la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Para definir la calidad de vida el grupo WHOQOL considera; primero, que la calidad de vida es un aspecto subjetivo, es decir, la percepción que tiene la persona involucrada; segundo, la naturaleza multidimensional de la calidad de vida que engloba las dimensiones física, psicológica y social; y, en tercer lugar, que la calidad de vida incluye facetas tanto positivas como negativas (Ochoa y Pachecho, 2018).

4.3.2. Calidad de vida relacionada con la salud. Este concepto se usa para calcular el efecto que causa la salud de una persona en su estado físico, mental y emocional. La calidad de vida es uno de los aspectos de la salud que está siendo más estudiada en las últimas décadas debido a la mayor sobrevida mundial, que está relacionada en gran medida con el aumento del número de enfermedades crónicas y discapacitantes (Barranco, et al., 2019), en efecto, la verdadera importancia del tema, en ámbito de la medicina, radica en proporcionar calidad a los años vividos, experimentar una vida digna, mas no a otorgar inmortalidad al ser humano. Su abordaje en el campo de la salud suele realizarse a través de cuestionarios autodiligenciados, dada la alta

instrumentalización actual del ejercicio clínico. Esos instrumentos tienen utilidad para los profesionales de la salud, al permitirles analizar el efecto de sus intervenciones y a la toma de decisiones con respecto a tratamiento médicos. Igualmente, son relevantes para la salud pública, en tanto informan acerca de las condiciones de quienes presentan enfermedades cuya prevalencia va en aumento (Lopera, 2020).

4.3.3. Epilepsia y calidad de vida. Los pacientes con trastornos neurológicos a menudo refieren una calidad de vida (CV) diferente, lo que se explica en parte por variables clínico-patológicas o psicosociales (Giovagnoli, Paterlini, Meneses y Silva, 2019). Tener epilepsia es mucho más que tener convulsiones. La epilepsia puede tener un efecto negativo severo en la calidad de vida, afectando las relaciones sociales, el rendimiento académico, la vivienda, el empleo y la capacidad de vivir y funcionar de forma independiente (Mamenisjiene, Guk, y Jatuzis, 2017).

En los últimos 20 años se han iniciado investigaciones y publicaciones de esta importante dimensión en el manejo de las enfermedades crónicas y en las que la epilepsia constituye un verdadero paradigma. Uno de los problemas básicos que presenta el paciente epiléptico, pero no el único, está dado por los efectos secundarios que origina el tratamiento antiepiléptico sobre la calidad de vida (Carrizosa, 2009).

La epilepsia afecta al estado de salud global y hace que disminuya la calidad de vida, por tanto, esta última es un aspecto importante en el tratamiento de los pacientes con epilepsia (Salas, et al., 2021). El paciente con epilepsia afronta, además de la propia enfermedad, circunstancias negativas como los efectos secundarios de algunos tratamientos, el miedo a la aparición imprevisible de crisis, la estigmatización y limitaciones en las actividades de la vida diaria. Así, se acepta que el control de las crisis es sólo uno de los aspectos del manejo del paciente, ya que el deterioro en el funcionamiento cognitivo, físico y psicológico influyen igualmente en su calidad de vida (Viteri, et al., 2008).

Aún es un objetivo que está lejos de cumplirse el que la comunidad sanitaria considere e interiorice que la epilepsia es un trastorno médico y también social. La idea de que el número de crisis y su control no es el único parámetro que determina el estado de bienestar de un enfermo epiléptico es una opinión generalizada en la actualidad, aunque es necesario decir que tal vez sea el factor más considerado por los pacientes. Otros factores que intervienen en la percepción individual del epiléptico son: la intensidad de las crisis, el momento y escenario de su aparición, las consecuencias de las crisis y los efectos de la medicación. Junto a estos aspectos, el paciente

epiléptico realiza una evaluación de los efectos que su enfermedad provoca sobre la familia, trabajo, compañeros de estudio y trabajo y actividades sociales que desempeña. Todos estos factores constituyen un todo que lleva a una estimación subjetiva de la vida diaria por parte de los afectados por la epilepsia (Loaiza, 2020).

Los objetivos que debe proponerse todo profesional de la salud vinculado a la atención de los enfermos epilépticos está el desarrollo de un programa de acciones orientadas a la promoción de actividades que permitan el mejoramiento de la calidad de vida del epiléptico. Entre los propósitos están: educar al paciente, la familia y la sociedad sobre las características de la enfermedad, evitando el criterio aún existente de que la epilepsia es una enfermedad mental y que el epiléptico es un ser minusválido con restricciones sociales que le estigmatizan. Lograr que el nivel de educación de los enfermos epilépticos tenga la misma calidad que el resto de la población. Hacer que los pacientes con epilepsia participen de actividades recreativas y culturales, estimular la educación y apreciación artística, la práctica del deporte, la preparación y acondicionamiento físico (Loaiza, 2020).

4.3.4. Medición de la calidad de vida en epilepsia. Con el objetivo de medir la calidad de vida de los individuos epilépticos han sido elaborados hasta el presente un número no muy exiguo de cuestionarios y escalas en los que el enfermo responde directamente, y que trata en la medida de lo posible reflejar el punto de vista del paciente sobre su propia vida.

Existen varios cuestionarios de Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en epilepsia: ESI (Epilepsy Surgery Inventory), NEWQoL (Quality of Life in Newly Diagnosed Epilepsy measure), QOLIE-89 (Quality of Life in Epilepsy Inventory-89), QOLIE-31 (Quality of Life in Epilepsy Inventory-31), QOLIE-10 (Quality of Life in Epilepsy Inventory-10) y QOLIE-AD-48 (Quality of Life in Epilepsy Inventory-Adolescents-48). Entre ellos tiene especial interés por su amplia utilización el QOLIE-10, derivado del QOLIE-31 (Viteri, et al., 2008).

El inventario de calidad de vida en epilepsia-89 (QOLIE-89) y el inventario de calidad de vida en epilepsia-31 (QOLIE-31) constan de 89 y 31 ítems, respectivamente. Los dos inventarios mencionados contienen subescalas que parecen ser las más significativas para personas con epilepsia, sin embargo, son difíciles de aplicar en un entorno clínico debido al gran número de ítems que contienen (Mollaoglu, Mollaoglu y Durna, 2017). Por lo tanto, gracias a la creación y validación de QOLIE-10 por Cramer, JA en el año de 1996, hoy en día se tiene a disposición este breve cuestionario de 10 ítems, diseñado a partir del QOLIE-31, que ha demostrado tener unas

propiedades psicométricas parecidas al cuestionario de origen. Se divide en dimensiones generales y específicas agrupadas en tres factores en su versión original: efectos de la epilepsia (memoria, efectos físicos y mentales de la medicación), salud mental (energía, depresión, calidad de vida en general) y funcionamiento social (preocupación por las crisis, trabajo, conducción, limitaciones sociales). Sin embargo, en la versión española, adaptada y validada por (Viteri, et al., 2008) se agruparon únicamente en dos factores o dimensiones: dimensión 1 (conducción, efectos físicos y mentales de la medicación, trabajo, limitaciones sociales y preocupación por la crisis) y dimensión 2 (memoria, energía, depresión y calidad de vida en general). Altaf, como se citó en (Loaiza, 2020), refiere que las preguntas se responden de acuerdo a la experiencia del participante durante las pasadas 4 semanas. Sus autores, manifiestan que la puntuación de cada uno de los ítems presenta el mismo peso respecto a la puntuación global (rangos de respuesta de 1 a 5 puntos) y que para obtener la puntuación total del QOLIE-10 se invirtió la codificación de las respuestas en el ítem 3 del cuestionario, de manera que todos los ítems mostraran un mismo sentido en las opciones de respuesta. Con el objetivo de simplificar la interpretación de la puntuación, ésta fue estandarizada posteriormente pudiendo oscilar entre los 0 y los 100 puntos; siendo así que las puntuaciones altas indican mejor calidad de vida relacionada con la salud.

Tanto para la obtención de las puntuaciones por dimensiones, así como de manera global se estableció como criterio necesario que el paciente sólo podía dejar sin completar un máximo de 1 ítem (Viteri et al., 2008).

5. Metodología.

5.1. Enfoque

Enfoque cuantitativo

5.2. Tipo de Diseño Utilizado

Estudio descriptivo, prospectivo y de cohorte transversal.

5.3. Unidad de Estudio

Pacientes con diagnóstico de epilepsia que fueron atendidos en consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja en el periodo octubre 2020-agosto 2021, ubicado en la avenida Eugenio Espejo y calle Shuaras, en el barrio El Dorado, parroquia “Sucre”, al occidente de la ciudad de Loja.

5.4. Universo

Constituido por 75 pacientes con diagnóstico de epilepsia atendidos en consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja en el periodo octubre 2020-agosto 2021.

5.5. Muestra

Se conformó por 71 pacientes con diagnóstico de epilepsia, que acudieron a consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja en el periodo establecido, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

5.6. Criterios de Inclusión

- Pacientes que aceptaron participar en el estudio, firmando el consentimiento informado.
- Pacientes de ambos sexos con diagnóstico de epilepsia que acudieron a consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja.
- Pacientes con edad comprendida entre 20 a 50 años.
- Pacientes sexualmente activos.
- Pacientes con epilepsia activa.

5.7. Criterios de Exclusión

- Pacientes con diagnóstico de patologías psiquiátricas o con algún tipo de deterioro físico o cognitivo que no les permita responder a la encuesta.
- Mujeres epilépticas embarazadas.
- Personas que no completaron la información necesaria.

5.8. Métodos, Instrumentos y Procedimiento

5.8.1. Métodos. El presente trabajo de investigación se realizó aplicando el método deductivo, que va de la generalización de un problema para llegar a los más específico.

5.8.2. Instrumentos.

5.8.2.1. Consentimiento informado (Anexo 5). Este consentimiento informado creado según lo reglamentado por el Comité de Evaluación de Ética de la Investigación (CEI) de la OMS es un documento informativo en donde se invita a las personas a participar en una investigación. Al aceptar y firmar los lineamientos que establece el consentimiento informado se autoriza al investigador incluir a la paciente seleccionada en dicho estudio, así como también permite que la información recolectada pueda ser utilizada por el o los investigadores del proyecto en la elaboración de análisis y comunicación de esos resultados. Tal documento estará dirigido a los pacientes epilépticos que acudan a consulta externa de la clínica Hospital Medilab-Loja, a quienes se los invitará a participar del estudio denominado: Satisfacción sexual y calidad de vida de pacientes con epilepsia atendidos en consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja.

Este instrumento cuenta con la siguiente información del estudio: nombre del investigador, director de trabajo de titulación, introducción, propósito, tipo de intervención de investigación, selección de participantes, participación voluntaria, beneficios, confidencialidad, compartiendo los resultados, derecho a negarse o retirarse, a quien contactar, firma del participante, nombre del participante y fecha.

5.8.2.2. Nueva escala de satisfacción sexual (Anexo 5). La nueva escala de Satisfacción Sexual (NSSS) fue diseñada y validada por (Stulhofer, Busko y Brouillard, 2010), cuya fiabilidad apreciada es alta con una muestra de 2000 personas ($\alpha=0.94-0.96$). Desde el año 2013 se cuenta con su adaptación al español de la versión en inglés traducida por una profesional de la sexología de habla inglesa nativa, misma que fue desarrollada en el estudio titulado como “Nueva Escala de satisfacción sexual en usuarios de redes sociales” a cargo de (Pérez, 2013). Para la valoración de la calidad de la encuesta traducida al español se aplicó el test alfa de Cronbach (α) observándose una muy buena fiabilidad ($\alpha= 0.93$) para la muestra de 150 participantes incluidos en este estudio. Fue desarrollada con la finalidad de medir de manera subjetiva la satisfacción sexual personal independiente del género, orientación sexual o estatus de relación de pareja además no está asociado a muestras clínicas, lo que permite aplicarla en cualquier población (Ahumada, et al., 2014). La escala posee 20 ítems multidimensionales organizados en dos enfoques: personal y

relacional. El primer enfoque contiene dos categorías: sensaciones sexuales y conciencia sexual; mientras que en el segundo constan tres categorías: intercambio sexual, apego emocional y actividad sexual. La subescala “centrada en el yo”, mide la satisfacción sexual generada por las experiencias y sensaciones personales, mientras que la subescala “centrada en la pareja sexual”, mide la satisfacción sexual derivada de las reacciones de la pareja sexual, la diversidad y frecuencia sexual (Luttges, et al., 2019). Cada ítem está valorado en una escala tipo Likert de 5 categorías, de menor a mayor satisfacción sexual, con una puntuación total mínima y máxima de 20 a 100 puntos, respectivamente (Fernández y Pawlowski, 2019). Las respuestas van desde 1= nada satisfecho, 2= poco satisfecho, 3= satisfecho, 4= muy satisfecho, hasta 5= extremadamente satisfecho (Stulhofer, Busko y Brouillard, 2010). El período de tiempo al que se refieren las preguntas es durante los pasados 6 meses. Los niveles de satisfacción sexual, según (Pinedo y Aguilar, 2017), asignados a cada rango de puntuación son:

- Para el rango comprendido entre 20-63 → el nivel de satisfacción sexual es bajo.
- Para el rango comprendido entre 64-79 → el nivel de satisfacción es medio.
- Para el rango comprendido entre 80-100 → el nivel de satisfacción es alto.

5.8.2.3. Inventario de calidad de vida de los pacientes con epilepsia-10 (Anexo 5). El inventario de calidad de vida en epilepsia-89 (QOLIE-89) y el inventario de calidad de vida en epilepsia-31 (QOLIE-31) constan de 89 y 31 ítems, respectivamente. Los dos inventarios mencionados contienen subescalas que parecen ser las más significativas para personas con epilepsia, sin embargo, son difíciles de aplicar en un entorno clínico debido al gran número de ítems que contienen (Mollaoglu, Mollaoglu y Durna, 2017). Por lo tanto, gracias a la creación y validación de QOLIE-10 por Cramer,JA en el año de 1996, hoy en día se tiene a disposición este breve cuestionario de 10 ítems, diseñado a partir del QOLIE-31, que ha demostrado tener unas propiedades psicométricas parecidas al cuestionario de origen. Se divide en dimensiones generales y específicas agrupadas en tres factores en su versión original: efectos de la epilepsia (memoria, efectos físicos y mentales de la medicación), salud mental (energía, depresión, calidad de vida en general) y funcionamiento social (preocupación por las crisis, trabajo, conducción, limitaciones sociales). Sin embargo, en la versión española, adaptada y validada por (Viteri, et al., 2008) se vio que se agrupaban en dos factores o dimensiones: dimensión 1 (conducción, efectos físicos y mentales de la medicación, trabajo, limitaciones sociales y preocupación por la crisis) y dimensión 2 (memoria, energía, depresión y calidad de vida en general). Altaf, como se citó en (Loaiza, 2020),

refiere que las preguntas se responden de acuerdo a la experiencia del participante durante las pasadas 4 semanas. Sus autores, manifiestan que la puntuación de cada uno de los ítems presenta el mismo peso respecto a la puntuación global (rangos de respuesta de 1 a 5 puntos) y que para obtener la puntuación total del QOLIE-10 se invirtió la codificación de las respuestas en el ítem 3 del cuestionario, de manera que todos los ítems mostraran un mismo sentido en las opciones de respuesta (Viteri, et al., 2008). La puntuación total oscila entre 10 puntos (mejor CVRS) y 50 puntos (peor CVRS). Con el objetivo de simplificar la interpretación de la puntuación, ésta fue estandarizada posteriormente pudiendo oscilar entre los 0 y los 100 puntos; siendo así que las puntuaciones altas indican mejor calidad de vida relacionada con la salud (Viteri, et al., 2008).

$$Punt. estandarizada = 100 - \frac{Punt. real - Punt. min. posible (10)}{Punt. max. posible(50) - Punt. min. posible (10)} \times 100$$

Tanto para la obtención de las puntuaciones por dimensiones, así como de manera global se estableció como criterio necesario que el paciente sólo podía dejar sin completar un máximo de 1 ítem (Viteri, et al., 2008). Así tenemos que, según (Loaiza, 2020), los niveles de calidad de vida asignados a cada rango de puntuación son:

- 91 a 100 → excelente calidad de vida.
- 81 a 90 → muy buena calidad de vida
- 71 a 80 → buena calidad de vida
- 61 a 70 → regular calidad de vida
- ≤ 60 → mala calidad de vida.

5.8.3. Procedimiento. Luego de una exhaustiva revisión bibliográfica se procedió a solicitar la aprobación y pertinencia del proyecto a la dirección de la Carrera de Medicina Humana, posteriormente la designación del director de trabajo de titulación, luego se realizaron los trámites correspondientes para recopilar los datos con las autoridades de la Clínica Hospital Medilab-Loja, una vez otorgados se aplicó el consentimiento informado, la nueva escala de satisfacción sexual y el cuestionario QOLIE-10 en los pacientes, ya obtenidos los datos se procedió a su análisis y finalmente se elaboraron los resultados y conclusiones correspondientes.

5.9. Equipo y Materiales

- Impresora
- Internet inalámbrico
- Memoria USB

- Materiales de escritorio
- Textos/bibliografía
- Laptop
- Transporte
- Equipo de protección personal ante la pandemia covid-19
- Instalaciones de la Clínica Hospital Medilab-Loja.

5.10. Análisis Estadístico

Se ingresó la información recolectada por los instrumentos en una matriz de datos en el programa Microsoft Office Excel 2019, luego se realizó la respectiva agrupación por variables obteniendo así las tablas de resultados y se ejecutó un análisis descriptivo de cada variable por objetivo específico planteado, posteriormente se elaboró las conclusiones y recomendaciones en base a las mismas.

6. Resultados.

Tabla 1.

Distribución de acuerdo a sexo y edad de pacientes con epilepsia que acudieron a consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja en el periodo octubre 2020-agosto 2021

Edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	f	%	f	%	f	%
20-40 años	30	42	30	42	60	84
41-50 años	2	3	9	13	11	16
Total	32	45	39	55	71	100

f: Frecuencia, %: Porcentaje

Fuente: Hoja de instrumentos

Elaboración: López Pinzón Hipatia Dayana

Análisis: Setenta y cinco pacientes con diagnóstico de epilepsia acudieron a consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja, de las cuales 72 aceptaron y firmaron el consentimiento informado para participar en la presente investigación cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión, excepto uno. La población final se conformó por 71 personas, 45% y 55% de sexo masculino y femenino, respectivamente. Tanto en hombres como en mujeres participaron la misma cantidad de adultos jóvenes, correspondiendo al 42% en cada uno de ellos. El grupo etario de adultos maduros se conformó por 16%, de los cuales 3% corresponde al sexo masculino y 13% pertenece al femenino, predominando este último.

6.1. Resultado del Primer Objetivo

Evaluar el nivel de satisfacción sexual de pacientes con epilepsia atendidos en consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja por sexo y grupo de edad.

Tabla 2.

Niveles de satisfacción sexual según sexo y grupo de edad de pacientes con epilepsia que acudieron a consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja en el periodo octubre 2020-agosto 2021

Nivel de satisfacción sexual	Sexo y grupo etario								Total	
	Masculino				Femenino					
	20-40 años	41-50 años	20-40 años	41-50 años	20-40 años	41-50 años	20-40 años	41-50 años	f	%
Bajo	5	7	1	1	16	23	5	7	27	38
Medio	14	20	0	0	7	10	2	3	23	33
Alto	11	15	1	1	7	10	2	3	21	29
Total	30	42	2	2	30	43	9	13	71	100

f: Frecuencia, %: Porcentaje

Fuente: Nueva escala de satisfacción sexual (NSSS)

Elaboración: López Pinzón Hipatia Dayana

Análisis: Con base a la nueva escala de satisfacción sexual (NSSS), del 100% de los participantes, 29% se clasifica en nivel alto y 33% en nivel medio, existiendo así un predominio de nivel bajo de satisfacción sexual con 38%, conformado principalmente por mujeres con 30%, 23% son adultas jóvenes y 7% adultas maduras. El resto del sexo femenino experimenta nivel medio y alto de satisfacción sexual en la misma magnitud, 13% para cada uno. Por otro lado, del 44% de los hombres, los adultos jóvenes prevalecen en el nivel medio de satisfacción sexual con 20%, al que le continúan las categorías alto con 15% y bajo con 7%. Con respecto a los adultos maduros conformado por 2% no existe superioridad en ninguna de sus escalas. Se puede constatar que en base a la escala aplicada las mujeres tienen nivel más bajo de satisfacción sexual que los hombres.

6.2. Resultado del Segundo Objetivo

Analizar la calidad de vida de pacientes con epilepsia atendidos en consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja de acuerdo al sexo y grupo de edad.

Tabla 3.

Niveles de calidad de vida según sexo y grupo de edad de pacientes con epilepsia que acudieron a consulta de externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja en el periodo octubre 2020-agosto 2021

Nivel de calidad de vida	Sexo y grupo etario								Total	
	Masculino				Femenino					
	20-40		41-50		20-40		41-50		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Mala	5	7	1	1	7	10	5	7	18	25
Regular	6	9	0	0	12	17	1	1	19	27
Buena	7	10	0	0	2	3	0	0	9	13
Muy buena	9	13	0	0	5	7	3	4	17	24
Excelente	3	4	1	1	4	6	0	0	8	11
Total	30	43	2	2	30	43	9	12	71	100

f: Frecuencia, %: Porcentaje

Fuente: Cuestionario QOLIE-10

Elaboración: López Pinzón Hipatia Dayana

Análisis: De acuerdo al cuestionario QOLIE-10 se obtuvo que del 100% de participantes, predominó con 27% el nivel regular de calidad de vida, destacándose el sexo femenino con 18%, principalmente el grupo etario de adultas jóvenes con 17%. En el 12% de adultas maduras prevalece la mala calidad de vida con 7%, experimentando un nivel bajo respecto a las adultas jóvenes. En el sexo opuesto, a pesar de no existir datos sumatorios en los adultos maduros, la mayoría tiene una calidad de vida muy buena, reflejada por el 13% del 45% total de hombres. Por otro lado, en adultos maduros conformado por 2%, no existe superioridad en ninguna de sus escalas ya que 1% está clasificado en la categoría mala calidad de vida y el otro 1% en el nivel excelente de la variable. Con estos datos se deduce que la mayoría de hombres tienen una mejor calidad de vida respecto a las mujeres.

6.3. Resultado del Tercer Objetivo

Estimar la relación entre el nivel de satisfacción sexual y calidad de vida de pacientes con epilepsia atendidos en consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja.

Tabla 4.

Relación entre el nivel de satisfacción sexual y calidad de vida de pacientes con epilepsia que acudieron a consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja en el periodo octubre 2020-agosto 2021

Nivel de calidad de vida	Nivel de satisfacción sexual						Total	
	Bajo		Medio		Alto		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%
Mala	11	16	5	7	2	3	18	26
Regular	12	17	7	10	0	0	19	27
Buena	1	1	3	4	5	7	9	12
Muy buena	3	4	7	10	7	10	17	24
Excelente	0	0	1	1	7	10	8	11
Total	27	38	23	32	21	30	71	100

f: Frecuencia, %: Porcentaje

Fuente: Nueva escala de satisfacción sexual y Cuestionario QOLIE-10

Elaboración: López Pinzón Hipatia Dayana

Tabla 5.

Chi 2 calculado, chi 2 tabla, grado de libertad y valor de p entre el nivel de satisfacción sexual y calidad de vida de pacientes con epilepsia que acudieron a consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja en el periodo octubre 2020-agosto 2021

Satisfacción sexual		
Calidad de vida	Chi 2 calculado	34
	Chi 2 tabla	15,51
	Grado de libertad	8
	Significación (p)	<0,0001

Fuente: Nueva escala de satisfacción sexual y Cuestionario QOLIE-10

Elaboración: López Pinzón Hipatia Dayana

Análisis: Al estimar la relación entre satisfacción sexual y calidad de vida se evidenció que del 100% de los participantes, predomina el bajo nivel de satisfacción sexual con 38% y el nivel regular de calidad de vida con 27%. La relación entre estos dos niveles, bajo y regular, de las variables antes mencionadas es del 17%, primando así entre todas las demás relaciones posibles. En el nivel medio de satisfacción sexual que corresponde al 32% del total, no hay un predominio respecto a su relación con la otra variable ya que se presenta de manera equitativa en los niveles regular y muy buena calidad de vida, siendo del 10% en cada uno; sucede lo mismo y con igual porcentaje, en el nivel alto de satisfacción sexual, pero en relación con una muy buena y excelente calidad de vida.

No existe correlación tanto entre las categorías bajo y excelente nivel de las variables correspondientes como en alto y regular nivel de las mismas, lo que nos permite deducir que sí hay influencia directamente proporcional entre satisfacción sexual y calidad de vida.

Para 8 grados de libertad a un nivel de 0,05 se observa en la tabla de distribución un chi-cuadrado de 15,51 y su valor calculado en la presente investigación es 34, encontrándose fuera de la región de aceptación, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alternativa: “Existe relación entre el nivel de satisfacción sexual y calidad de vida de pacientes con epilepsia atendidos en consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja”, con un valor de $p < 0,001$.

7. Discusión.

La sexualidad es una experiencia universal y una parte integral de las expresiones humanas, constituye un componente subjetivo de las dimensiones positivas y negativas asociadas a la experiencia sexual (González, Veray, Santiago y Castro, 2017) y su satisfacción es un factor importante en la determinación de la calidad de vida en adultos, siendo reflejo de su nivel de bienestar social, psicológico y físico (Rathore, Henning, Luef y Radhakrishnan, 2019). El presente estudio tuvo la finalidad de valorar el nivel de satisfacción sexual y calidad de vida de pacientes con epilepsia atendidos en un consultorio privado de la ciudad de Loja.

Este estudio se realizó con 71 participantes, y se encontró que 29% de los pacientes epilépticos atendidos en consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja tenían una satisfacción sexual alta, 33% experimentaban un nivel medio y 38% (n=27) nivel bajo. En Noruega se evidenció que, de 299 participantes de ambos sexos, significativamente menos pacientes con epilepsia estaban satisfechos con su vida sexual en comparación con la satisfacción de la población en general (Henning, et al., 2019).

En cuanto al sexo masculino, en el presente estudio 20% (n=14) manifestaban un nivel medio de satisfacción sexual, 16% alto y 8% bajo. Diferentes resultados se encontraron en la investigación de Kuba, Pohanka, Zákopcan, Novotná y Rektor (2006), quienes aplicando a 40 participantes varones el inventario internacional de función eréctil (IIEF), obtuvieron que 55% (n=22) de pacientes no estaban satisfechos con las relaciones sexuales y 50% (n=22) no lo estaban con su vida sexual.

Con base a la escala aplicada, las mujeres obtuvieron puntuaciones más desfavorables de satisfacción sexual que los hombres. Es así que el 23% (n=16) de adultas jóvenes tuvieron un nivel bajo de satisfacción sexual, valores que serían similares a los encontrados en un artículo realizado en Hamadan, donde aplicando el índice de función sexual femenina (FSFI) en 80 participantes de la misma población, 21,3% (n=17) tuvieron función sexual disminuida y 72% (n=57) presentaban un desempeño sexual desfavorable, llevando a la experimentación de niveles bajos de satisfacción sexual (Mazdeh, Taheri y Ghafouri, 2020). Así mismo, empleando la escala FSFI, en la investigación elaborada con 112 mujeres epilépticas en China por Tao (2018) existió una alta tasa de disfunción sexual femenina representado por 70,5%, afectando a la satisfacción en 58,9% (n=66).

De este modo se han evidenciado diferencias significativas entre hombres y mujeres en cómo disfrutan, viven, perciben y experimentan el placer sexual y son los hombres quienes reportan una mayor satisfacción individual (Colán y Fukabori, 2019).

La epilepsia puede tener un efecto negativo severo en la calidad de vida e influyen diversos factores como las características clínicas de las convulsiones, las complicaciones sociales y conductuales (Ayanda y Sulyman, 2020), afectando las relaciones sociales, el rendimiento académico, la vivienda, el empleo, la capacidad de vivir y funcionar de forma independiente (Mamenisjiene, Guk, y Jatuzis, 2017).

En la presente investigación se encontró que el 11% tenían calidad de vida excelente, 24% muy buena, 13% buena, 27% regular y 25% mala, valores que no se corresponderían con los encontrados en un anterior estudio realizado en la ciudad de Loja con 53 pacientes a partir de 16 años de edad, 1,9% reportaron calidad de vida excelente, 56,6% (n=30) muy buena, 30,2% buena, 9,4% regular y 1,9% mala, siendo mayor la población de hombres con 60,4% y esto podría explicar la diferencia entre estos dos trabajos investigativos ya que la población masculina, al igual que en el presente estudio, experimentaban mejores niveles de calidad de vida; por su parte, el sexo femenino también predominaba en los niveles regular 7,8% y mala calidad de vida 1% (Loaiza, 2020). Tampoco concuerdan con los resultados de Salado et al. (2018) obtenidos en España cuyos resultados indicaban que la calidad de vida de estos pacientes era buena, con puntuación media de 18,03.

De manera similar a otro estudio, tanto en los porcentajes de niveles de calidad de vida como en la distribución por sexo, realizado en México por Hurtado, Ramírez, Lamas y Gallegos (2013) con 26 pacientes adultos epilépticos de 18 a 60 años, utilizando QOLIE-31, se encontró que 8% presentaban muy buena calidad de vida, 12% buena, 42% (n=11) regular y 38% (n=10) mala. En el presente estudio y el realizado por Hurtado et al. (2013) predominaban los niveles regular y mala calidad de vida, siendo mayor en mujeres para ambas categorías. Esto último se asemeja a la investigación realizada en España por Salas et al. (2021) con 546 participantes en donde se evidenció una puntuación promedio de 71,4, donde el sexo femenino presentaba una peor calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). También se encontraron datos similares en dos estudios realizados en Bogotá, el primero con 156 pacientes epilépticos donde se observó que 62,8% (n=98) de los participantes tenían una mala CVRS sin apreciación de diferencias entre hombres y mujeres (Barranco, et al.,2019), y el segundo con 157 participantes concluyendo que 43,3% (n=68) de los

pacientes presentaban mala calidad de vida, 19,8% regular, 13,4% buena, 15,3% muy buena y 8,3% excelente calidad de vida (Palacios, Vicuña, Pulido y Vergara, 2015).

Varios estudios han demostrado diferencias entre hombres y mujeres, y se observa una peor CVRS en el sexo femenino, sobre todo en los parámetros de preocupación por las crisis, efectos adversos del tratamiento y energía vital (Salas, et al., 2021).

Tomando en cuenta las variables anteriormente expuestas, se estableció que en la presente investigación existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0.0001$) entre la satisfacción sexual y calidad de vida de pacientes con epilepsia, predominando el nivel bajo de satisfacción sexual 38% y el nivel regular de calidad de vida 27%, la relación entre ambas categorías es de 17%. Según una encuesta de la calidad de vida de las personas con epilepsia en Europa, muchos sujetos informaron una baja satisfacción del acto sexual relacionadas en el contexto de sentirse estigmatizado por tener epilepsia (Harden, 2006) y, en una muestra de 88 participantes, utilizando el instrumento de autocontrol de la epilepsia en adultos, los resultados demostraron vínculos entre una mayor satisfacción en la relación y la satisfacción sexual con una mejor autogestión de la patología, repercutiendo de manera positiva a la calidad de vida de estas personas (Gesselman, Wion, García y Miller, 2021).

8. Conclusiones.

La población con mayor número de participantes fue la del sexo femenino. Mediante la aplicación de la nueva escala de satisfacción sexual se demostró que predominó el nivel bajo de satisfacción sexual, sobre todo en mujeres adultas jóvenes, seguido del nivel medio de satisfacción representado en su mayoría por hombres del mismo grupo etario, constatando así que las mujeres experimentan niveles más desfavorables de satisfacción sexual en comparación al sexo opuesto.

Con base al inventario de calidad de vida de los pacientes con epilepsia-10 prevaleció el nivel regular de calidad de vida, especialmente en mujeres de 20 a 40 años de edad. En los hombres, la mayoría de adultos jóvenes presentaron una calidad de vida muy buena. Por tanto, el sexo masculino presentó mejor calidad de vida respecto al sexo femenino.

Existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de satisfacción sexual y calidad de vida de pacientes con epilepsia, predominando la relación entre el nivel bajo de satisfacción sexual y calidad de vida regular.

9. Recomendaciones.

Al personal médico que atiende esta patología, informar al paciente su tipo de epilepsia y los posibles efectos tanto de la enfermedad como de su tratamiento sobre el funcionamiento sexual, así como de las opciones terapéuticas que el médico considere adecuadas al caso particular del paciente. Si se puede demostrar el papel de la medicación antiepiléptica en el desarrollo de las disfunciones sexuales, se recomienda cambiar la terapia farmacológica. Además, realizar un seguimiento riguroso a estos pacientes con el fin de identificar precozmente a los individuos que requieran atención preferente y abordar problemáticas que puedan perjudicar la satisfacción sexual y calidad de vida de los mismos.

A los pacientes epilépticos, hablar sin timidez sobre las dudas o inconvenientes que experimenten, característica que solo pueden conseguir a partir de la escucha activa por parte del médico tratante; llevar un adecuado control de la patología asistiendo a las citas médicas en el tiempo establecido y cumpliendo con las indicaciones dictadas por el clínico.

A las futuras generaciones de investigación y a quienes se interesen en la presente, crear un instrumento que evalúe el nivel de satisfacción sexual específicamente para esta patología, estudiar las variables de la presente investigación en un tipo determinado de epilepsia o tomar en cuenta el tratamiento farmacológico, además de realizarlo en una proporción poblacional similar tanto del sexo como del grupo etario con el fin de obtener resultados más precisos.

10. Bibliografía.

- Ahumada, S., Luttgues, C., Molina, T., y Torres, S. (2014). Satisfacción sexual: revisión de los factores individuales y de pareja relacionados. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 278-284.
- Anónimo. (2019). *Guía: vivir con epilepsia. Diagnóstico, tratamiento y recursos*. Obtenido de vivirconepilepsia.es: <https://vivirconepilepsia.es/sites/default/files/2019-02/guia-diagnostico-de-la-epilepsia.pdf>
- Anyanwu, C., y Motamedi, G. (2018). Diagnosis and Surgical Treatment of Drug-Resistant Epilepsy. *Brain sciences*, 8(4), 49. doi:10.3390 / brainsci8040049
- Arias, M. (2019). Neurología del éxtasis y fenómenos aledaños: epilepsia extática, orgásmica y musicogénica. Síndrome de Stendhal. Fenómenos autoscópicos. *Neurología*, 34(1), 55-61. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.04.010>
- Asconapé, J. (2019). *Epilepsias*. Buenos Aires: Médica panamericana.
- Assenza, G. (2020). Diagnóstico y tratamiento de la epilepsia farmacorresistente: perspectivas presentes y futuras. *Brain Sciences*, 10(11), 779. doi:10.3390/brainsci10110779
- Ayanda y Sulyman (2020). Determinantes de la calidad de vida en adultos que viven con epilepsia. *Annals of African Medicine* , 19 (3), 164-169. https://doi.org/10.4103/aam.aam_20_18
- Barranco, L., Usta, E., López, J., Jurado, S., Zabala, C., y Ramos, E. (2019). Validez y fiabilidad del instrumento para evaluación de calidad de vida relacionada con la salud en epilepsia QOLIE-10 en pacientes adultos con epilepsia refractaria en un centro neurológico colombiano. *Revista de Neurología*, 69(12), 473-480. doi:<https://doi.org/10.33588/rn.6912.2019273>
- Boletín de la Academia Nacional de Medicina de México [ANMM]. (2016). Fisiopatología de la epilepsia. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 59(5), 37-41. Recuperado el 16 de 12 de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0026-17422016000500037
- Bridges, S., Lease, S., y Ellison, C. (2004). Predicting sexual satisfaction in women: Implications for counselor education and training. *Journal of Counseling y Development*, 82(2), 158-166. doi:0.1002/j.1556-6678.2004.tb00297.x

- Browne, T., y Holmes, G. (2009). Epilepsia: definiciones y conceptos generales. En T. Browne, y G. Holmes, *Manual de Epilepsia* (págs. 10-36). Barcelona, España: Lippincott Williams y Wilkins.
- Campo, P., Morell, V., Caballero, L., Ceccato, R., y Gil, M. (2018). Satisfacción sexual femenina: influencia de la edad y variedad de prácticas sexuales. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1). Obtenido de https://www.redalyc.org/jatsRepo/3498/349855553009/html/index.html#redalyc_349855553009_ref12
- Carrizosa, J. (2009). Estigma en epilepsia. *Iatreia*, 22(3), 246-255. doi:<https://revistas.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/view/8419/7734>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (16 de 11 de 2012). *Epilepsy in Adults and Access to Care-United States, 2010*. Obtenido de www.cdc.gov: <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm6145.pdf>
- Cheng, E., Lama, E., y Rae, A. (2018). Epilepsia y sueño en pacientes adultos y pediátricos. En *Neurología clínica* (2da ed., pág. 256). Barcelona, España: Wolters Kluwer.
- Colán y Fukabori (2019). Satisfacción sexual y bienestar psicológico en personas que estudian y trabajan. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC), Lima, Perú. DOI: <https://doi.org/10.19083/tesis/625730>
- Cristiano, Reddy, Maguire y Forcelli. (2020). Sex Differences in the Epilepsies and Associated Comorbidities: Implications for Use and Development of Pharmacotherapies. *Pharmacol Rev.* 2020 Oct;72(4):767-800. doi: 10.1124/pr.119.017392. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32817274/>
- Devinsky, O., Vezzani, A., O'Brien, T., Jette, N., Scheffer, I., Curtis, M., y Perucca, P. (3 de 5 de 2018). Epilepsia. *Nature reviews disease primers*, 4(18024). doi:<https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.24>
- Ernst y Young [EY]. (3 de 25 de 2018). *Epilepsia en acción*. Obtenido de <https://vivirconeepilepsia.es/>: <https://vivirconeepilepsia.es/sites/default/files/2019-01/epilepsia-en-accion.pdf>
- Fernández, S., y Pawlowski, J. (2019). Escala de Percepción de la Sexualidad en Mujeres Después del Parto. *Psicoinnova*, 3(2), 47-73. Obtenido de <http://www.unibe.ac.cr/ojs/index.php/psicoinnova>

- Gesselman, Wion, García y Miller (2021). La relación y la satisfacción sexual se asocian con un mejor autocontrol de la enfermedad en personas con epilepsia. *Epilepsy & Behavior: E&B*, 119, 107937. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2021.107937>. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33892288/>
- Giovagnoli, Paterlini, Meneses Silva (2019). Espiritualidad y calidad de vida en la epilepsia y otros trastornos neurológicos crónicos. *Epilepsy & Behavior*, 93, 94-101. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.01.035>. Obtenido de [https://www.epilepsybehavior.com/article/S1525-5050\(18\)30633-4/fulltext](https://www.epilepsybehavior.com/article/S1525-5050(18)30633-4/fulltext)
- González, Veray, Santiago y Castro (2017). Desarrollo y Validación de una Escala para Medir Satisfacción Sexual Subjetiva en Adultos Puertorriqueños. *Salud y Conducta Humana*, 4, 52-63. Obtenido de: https://www.researchgate.net/publication/320591944_Desarrollo_y_Validacion_de_una_Escala_para_Medir_Satisfaccion_Sexual_Subjetiva_en_Adultos_Puertorriquenos
- Harden, C (2006). Sexualidad en hombres y mujeres con epilepsia. *Espectros del SNC*, 11 (S9), 13-18. doi: 10.1017 / s1092852900026717. Obtenido de sci-hub.se/10.1017/s1092852900026717
- Henning, Johannessen, Træen, Svendsen, Farnen, Nakken y Lossius (2019). Función sexual en personas con epilepsia: similitudes y diferencias con la población general. *Epilepsia*. 2019;60:1984–1992. doi: 10.1111 / epi.16311. Obtenido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/epi.16311>
- Hurtado, R (2012). “Prevalencia de epilepsia; tipos de crisis, etiología, y factores pronósticos en pacientes hospitalizados en servicio de medicina interna del hospital regional isidro ayora, periodo enero del 2012 a junio del 2012.” (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Loja, Loja, Ecuador. Obtenido de [dspace.unl.edu.ec: https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/6681/1/Hurtado%20Reyes%20Rand y%20Xavier%20.pdf](https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/6681/1/Hurtado%20Reyes%20Rand%20Xavier%20.pdf)
- Hurtado, Ramírez, Lamas y Gallegos (2013). Calidad de vida en pacientes adultos con epilepsia. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*. Obtenido de: <http://11.ride.org.mx/index.php/RIDESECUNDARIO/article/viewFile/547/536#:~:text=El%20resultado%20final%20muestra%20que,una%20mala%20calidad%20de%20vida>.

- ILAE. (2017). Clasificación de las epilepsias de la ILAE: Documento de posición de la Comisión de Clasificación y Terminología de la ILAE. *Epilepsia*, 58(4), 512-521. doi:10.1111/epi.13709
- ILAE. (2017). Clasificación operacional de los tipos de crisis por la Liga Internacional contra la Epilepsia: Documento - Posición de la Comisión para Clasificación y Terminología de la ILAE. *Epilepsia*, 58(4), 522-530. doi:10.1111/epi.13670
- ILAE. (30 de 3 de 2020). *Manual de diagnóstico en línea de vanguardia de las epilepsias*. Obtenido de EpilepsyDiagnosis.org: <https://www.epilepsydiagnosis.org/seizure/unknown-onset-groupoverview.html>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) (2019). Camas y egresos hospitalarios. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios/>
- Kanner, A., Ashman, E., Gloss, D., Harden, C., Bourgeois, B., Bautista, J., y French, J. (2018). Resumen de la actualización de la guía práctica: eficacia y tolerabilidad de los nuevos fármacos antiepilépticos I: tratamiento de la epilepsia de nueva aparición. *Neurology*, 91(2), 74-81. doi:10.1212 / WNL.00000000000005755
- Kaufman, K., Wong, S., Sivaraaman, K., Anim, C., y Delatte, D. (2015). Epilepsia y disminución de la libido inducida por FAE: la comorbilidad psicosocial no solicitada. *Epilepsy y Behavior*, 52, 236-238. doi:<https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2015.09.015>
- Kuba, Pohanka, Zákopčan, Novotná y Rektor (2006). Sexual dysfunctions and blood hormonal profile in men with focal epilepsy. *Epilepsia*. 2006; 47(12):2135-40. doi: 10.1111/j.1528-1167.2006.00851.x. Obtenido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1528-1167.2006.00851.x>
- Liga Internacional contra la Epilepsia [ILAE]. (2014). (2014). ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*, 55(4), 475-482. doi:<https://doi.org/10.1111/epi.12550>
- Loaiza, P. (2020). "Calidad de vida del paciente con Epilepsia en el Centro Neurológico Sánchez" (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Loja. Loja, Ecuador. Obtenido de dspace.unl.edu.ec: https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/23426/1/PaolaDelCisne_LoaizaGuzh_nay.pdf

- Lopera, J. (2020). Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. *Ciênc. saúde coletiva*, 25(2), 693-702. doi:<https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.16382017>
- Luttges, C., Torres, S., Molin, T., y Ahumada, S. (2019). Satisfacción sexual en mujeres adultas y adolescentes chilenas usuarias de dos centros de salud universitarios. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 287-296.
- Mamenisjiene, R., Guk, J., y Jatuzis, D. (2017). Vida familiar y sexual en personas con epilepsia. *Epilepsy y Behavior*, 66, 39-44. doi:<https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2016.10.012>
- Maya, C. (2010). El electroencefalograma en las epilepsias . En C. Maya, *Epilepsia* (págs. 303-321). La Habana: Ciencias médicas.
- Mayor, L., Godoy, L., y Gonzáles, W. (2010). Epilepsia y síndromes convulsivos. En J. Toro, M. Yepes, y E. Palacios, *Neurología* (2da ed., págs. 201-254). Colombia: El Manual Moderno.
- Mazdeh, M., Taheri, M. y Ghafouri-Fard, S. (2020). Investigación de la satisfacción sexual en mujeres con epilepsia y sus correlatos clínicos. *Revista de Neurociencia Molecular*. doi: 10.1007 / s12031-020-01744-z
- Mercadé, J., Toledo, M., Mauri, J., López, F., Salas, X., y Sancho, R. (2016). Guía oficial de la Sociedad Española de Neurología de práctica clínica en epilepsia. *Elsevier*, 121-129. doi:10.1016/j.nrl.2013.12.020
- Mollaoglu, M., Mollaoglu, M., y Durna, z. (2017). Validez y confiabilidad del inventario de calidad de vida en epilepsia (QOLIE-10) para Turquía. *Mollaoglu, M., Mollaoğlu, M. y Durna, Z. (2017). Validez y confiabilidad del inventario de calidad de vida en epilepsia (QOLIE-10) para Turquía. Noro psikiyatri arsivi , 54 (3), 239–243., 54(3), 239-243.* doi:<https://doi.org/10.5152/npa.2016.13809>
- Ochoa, V., y Pachecho, L. (2018). *Calidad de vida de pacientes adultos con epilepsia atendidos en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, Cuenca*. (Tesis de pregrado). Univeridas de Cuenca, Cuenca, Ecuador. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/>: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/34345>
- OMS. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
- OMS. (12 de 8 de 2020). *Pasos para solicitar medicamentos donados para el tratamiento de la infección por tenia asociada a la epilepsia*. Obtenido de <https://www.who.int:>

<https://www.who.int/news/item/12-08-2020-Steps-to-requesting-donated-medicines-for-treatment-of-epilepsy-associated-tapeworm-infection>

OPS. (2018). *El abordaje de la epilepsia desde el sector de la salud pública*. Obtenido de <http://iris.paho.org>:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49509/epilepsia_espan%CC%83ol_OK.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud (OMS). (20 de 06 de 2019). *Epilepsia*. Obtenido de www.who.int:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy#:~:text=La%20epilepsia%20es%20una%20enfermedad,de%20ingresos%20bajos%20y%20medianos>.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2013). *Informe sobre la Epilepsia en América Latina y el Caribe*. Obtenido de www.paho.org:

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/SPA-epilepsia1.pdf>

Palacios, Vicuña, Pulido, Vergara (2015). Calidad de vida en pacientes con epilepsia que son atendidos en el departamento de neurología del Hospital San José de Bogotá. *Acta Neurol Colomb.* 2015; 31(3): 235-239. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v31n3/v31n3a02.pdf>

Pascoal, P., Shaughnessy, K., y Almeida, J. (2019). Un análisis temático de una muestra de conceptos de satisfacción sexual de personas lesbianas, gays y bisexuales en pareja. *Psicología y sexualidad*, 10(2). doi:10.1080 / 19419899.2018.1555185

Pérez, F. (2013). *Nueva escala de satisfacción sexual (NSSS) en usuarios de redes sociales*. (Título de maestría). Universidad de Almería, Almería, España. Obtenido de repositorio.ual.es: <http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/2366/Trabajo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Pinedo, N., y Aguilar, G. (2016). *Satisfacción Sexual y Felicidad en los Estudiantes del Programa de Educación Superior a Distancia de la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto*, 2016. (Tesis inédita de Licenciatura). Universidad Peruana Unión, Tarapoto, Perú. Obtenido de repositorio.upeu.edu.pe:

https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/521/Gerardo_Tesis_bachiller_2017.pdf?sequence=5&isAllowed=y

- Rathore, Henning, Luef y Radhakrishnan (2019). Disfunción sexual en personas con epilepsia. *Epilepsy & Behavior*, 100, 106495. doi: 10.1016 / j.yebeh.2019.106495. Obtenido de sci-hub.se/10.1016/j.yebeh.2019.106495
- Salado, López, Falcón, Rico, Gómez y Casado (2018). Valoración de la calidad de vida, estigma social y adhesión al tratamiento en pacientes con epilepsia del Área de Salud de Cáceres: estudio transversal. *Rev Neurol* 2018;67 (08):281-286. doi: 10.33588/rn.6708.2018073
- Salas, Sopelana, Quintana, Seijo, Abaira, Fonseca, Santamarina y Toledo (2021). Calidad de vida en pacientes adultos con epilepsia generalizada idiopática. Estudio EPILAK. *Rev Neurol* 2021;72 (06):195-202. doi: 10.33588/rn.7206.2020518
- Sánchez, M. (2016). *Satisfacción sexual: análisis de factores asociados e implicaciones clínicas* (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, Granada, España. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10481/40973>
- Sociedad Española de Neurología [SEN]. (2019). La historia clínica en epilepsia, diagnóstico diferencial de la epilepsia en las distintas edades. En J. Sancho, y J. Aparicio, *Manual de práctica clínica en epilepsia. Recomendaciones diagnóstico-terapéuticas de la SEN 2019* (págs. 23-35). Madrid: Luzán 5 Health Consulting, S.A.
- Serratosa, J., Garamendi, I., Agundez, M., Valle, E., Galbarriatu, L., García, M. A., . . . Zarranz, J. (2018). Epilepsias. En J. Zarranz, *Neurología* (6ta ed., págs. 359-412). Barcelona, España: Elsevier.
- SEN. (2012). *Libro Blanco de Epilepsia en España*. Obtenido de <http://www.fedepilepsia.org/>: http://www.fedepilepsia.org/wp-content/uploads/2018/01/Libro_Blanco_de_Epilepsia.pdf
- Stulhofer, A., Busko, V., y Brouillard, P. (2010). Development and bicultural validation of the new sexual satisfaction scale. *The Journal of sex Research*, 47(4), 257-268. doi:10.1080/00224490903100561
- Tao, Zhang, Duan, Wang, Liu, Hou y Fang (2018). Disfunción sexual y factores asociados en mujeres Han chinas con epilepsia. *Epilepsy & Behavior*, 85, 150-156. doi: 10.1016 / j.yebeh.2018.06.003. Obtenido de sci-hub.se/10.1016/j.yebeh.2018.06.003

- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*, 138(3), 358-365. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>
- Verche, E., Pérez, M., y López, A. (2016). Epilepsia y conducta sexual. *Revista de sexología*, 5(1), 14-22. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/305737210_Epilepsia_y_conducta_sexual
- Viteri, C., Codina, M., Cobaleda, S., Lahuerta, J., Barriga, J., Berrera, D., y Morales, M. (2008). Validación de la versión española del cuestionario de calidad de vida en epilepsia QOLIE-10. *Neurología*, 23(3), 157-167. Obtenido de https://sid.usal.es/idocs/F8/ART12103/validacion_version_española.pdf

11. Anexos.

Anexo 1. Aprobación de Tema e Informe de Pertinencia del Proyecto de Trabajo de Titulación



UNL

Universidad
Nacional

CARRERA DE MEDICINA

Facultad
de la Salud

MEMORÁNDUM Nro.0487 CCM-FSH-UNL

PARA: Srta. Hipatia Dayana López Pinzón,
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Tania Cabrera,
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA**

FECHA: 04 de febrero 2021

ASUNTO: APROBACIÓN DE TEMA E INFORME DE PERTINENCIA DEL
PROYECTO DE TESIS

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación: "Satisfacción sexual y calidad de vida de pacientes con epilepsia atendidos en consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja", y que será desarrollado por la estudiante Srta. Hipatia Dayana López Pinzón, de la Carrera de Medicina Humana, de acuerdo a la comunicación suscrita por la Dra. Sandra K. Mejía Míohay| quien manifiesta que, se ha sugerido algunos cambios que ya se los realizó conjuntamente con la estudiante, dado esto el trabajo cumple con los respectivos parámetros, inherentes a la estructura y coherencia el informe es favorable y **PERTINENTE**, el estudiante puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,



TANIA VERÓNICA
CARRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera,
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA**

C.c.- Archivo, Estudiante.

#Escrito.

Anexo 2. Designación de Director de Trabajo de Titulación



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0077 DCM-FSH-UNL

PARA: Dra. Sandra Mejía
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Tanía Cabrera
ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 19 de febrero de 2021

ASUNTO: Designar Director de Tesis

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado como director de tesis del tema: "Satisfacción sexual y calidad de vida de pacientes con epilepsia atendidos en consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja", autoría de la Srta. Hipatia Dayana López Pinzón.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



TANIA VERONICA
CARRERA PASA

Dra. Tanía Cabrera
ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.o.- Archivo, Estudiante.
NOT

Anexo 3. Autorización para Recolección de Datos



Te cuidamos como en casa!



Loja, 16 de Marzo de 2021
Of. Nro. 0095 DCM-FSH-UNL

Dra.
Tania Cabrera
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA**

De mi consideración:

Expresándole un cordial y atento saludo, de parte de quienes conformamos **MEDIHOSPITAL**.

La presente tiene la finalidad de autorizar a la Srta. Hipatia Dayana López Pinzón estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, para acceder a la consulta externa del Dr. Marlon Reyes, informándole que dicho permiso servirá para la realización del trabajo de investigación denominado "Satisfacción sexual y calidad de vida de pacientes con epilepsia atendidos en consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja".

Esperando que la presente sea atendida favorablemente desde ya le antelo mis sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

**Dr. Lider Augusto Escudero Abad
GERENTE MEDIHOSPITAL**

Av. Eugenio Espejo y Shuaras, Barrio El Dorado
Teléfonos: 07 395 0600 • 07 395 0500
Celular: 099 184 0184
Sitio Web: <https://medihospital.com.ec/quedateencasa/>
medihospital20@gmail.com
conveniosmedilabloja@hotmail.com
Loja • Ecuador

 Medihospital - @medihospitalec
 @medihospital2000

Anexo 4. Certificación de Inglés

Loja, 22 de septiembre de 2022

Magíster.

Md. Sandra Katerine Mejía Michay.,

Docente de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja. Ciudad.

- De mi consideración:

La presente Traducción de español a inglés denominado: Sexual satisfaction and quality of life in the patients with epilepsy attended in the outpatient clinic at Medilab Loja Hospital fue realizado y revisado por la Lcda. Silvana Nataly Bautista Tambo, con título de Licenciada en Ciencias de la Educación mención Inglés con registro de senescyt # 1031-2021-2295804, por cuanto se da validez la presentación del mismo.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,



Silvana Nataly Bautista Tambo

C.I.: 1106199423

Anexo 5. Instrumentos de Recolección de Datos



Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Medicina Humana
Consentimiento Informado

Consentimiento informado según lo reglamentado por el Comité de Evaluación de Ética de la Investigación (CEI) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El presente documento de Consentimiento Informado está dirigido a hombres y mujeres en una edad comprendida entre 20 y 50 años, que han sido diagnosticados con Epilepsia y que son atendidos en consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja; a quienes se les invita a ser parte de la investigación en cuestión, cuyo propósito es valorar su nivel de satisfacción sexual y calidad de vida.

Investigadora: Hipatia Dayana López Pinzón

Director de trabajo de titulación: Md. Sandra Katerine Mejía Michay., Mgs.

Introducción

Yo, Hipatia Dayana López Pinzón, estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja me encuentro realizando un estudio que busca valorar el nivel de satisfacción sexual y calidad de vida en pacientes que han sido diagnosticados con epilepsia y que son atendidos en consulta externa la Clínica Hospital Medilab-Loja; a continuación, pongo a su disposición la información y su vez le invito a participar de este estudio. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, si tiene alguna incertidumbre no dude en mencionarlo, con gusto responderé a cada una de ellas.

Propósito

La Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja ha considerado que debido a la falta de investigaciones en la Zona 7, especialmente en la Provincia de Loja, acerca de la satisfacción sexual y calidad de vida de los pacientes diagnosticados con Epilepsia, el presente estudio va a resultar útil para aclarar las posibles dudas existentes a la población general, especialmente a este grupo de personas del estudio y posterior a esto, proponer soluciones para los

problemas identificados mediante recomendaciones; además, servirá de guía para futuras investigaciones.

Tipo de Intervención de Investigación

Esta investigación consiste en la aplicación de dos cuestionarios certificados, mismos que facilitarán la obtención de datos necesarios para el presente estudio. El primer cuestionario, nueva escala de satisfacción sexual (NSSS), debe ser contestada por el participante en base a su experiencia que antecede a 6 meses del día de la consulta, constando de 20 ítems. En el segundo test, cuestionario de calidad de vida en epilepsia (QOLIE-10), el participante responderá 10 preguntas que brindan información sobre las dos dimensiones a evaluar, todas basándose a la experiencia durante las 4 semanas pasadas.

Selección de los participantes

Las personas que han sido seleccionadas para esta investigación son aquellas que cumplen los criterios de inclusión y exclusión. Dentro de los criterios de inclusión se encuentran pacientes de ambos sexos con diagnóstico confirmado de epilepsia misma que debe estar activa, que acudan a consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja, que acepten participar en el estudio firmando el consentimiento informado, con una edad comprendida entre 20 a 50 años y que sean sexualmente activos. Por otro lado, se excluirá a las personas con patologías psiquiátricas o con algún tipo de deterioro físico o cognitivo que no les permita responder a la encuesta y mujeres epilépticas embarazadas.

Participación voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted está en su derecho de elegir participar o no. Su elección no influirá en los servicios que reciba en esta clínica y nada cambiará. Puede decidir no formar parte de este estudio durante el transcurso de su realización, aun cuando haya aceptado previamente.

Beneficios

La realización de este estudio ayudará a recoger información que permita compartirla no solo con los estudiantes y docentes de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, sino además con todo el personal que se encarga de proveer atención médica a los pacientes epilépticos.

Confidencialidad

En este estudio se realizará una investigación a todos los pacientes que hayan aceptado formar parte del mismo. No se compartirá la identidad de los participantes. La información obtenida será confidencial teniendo acceso a la misma solo el investigador únicamente para fines académicos.

Compartiendo los resultados

La información obtenida al culminar esta investigación será socializada en el repositorio digital de la Universidad Nacional de Loja. Es importante resaltar que no se compartirá información confidencial. Los resultados publicados ayudarán a otras personas interesadas en el aprendizaje de esta investigación.

Derecho a negarse o retirarse

Si no desea ser parte de esta investigación de manera voluntaria, usted no tiene la obligación de participar en este estudio, es su elección y todos sus derechos serán respetados. Puede abandonar su participar en cualquier momento informando previamente a la persona que lleva a cabo el estudio.

A quien contactar

Si tiene alguna pregunta puede hacerla ahora, más tarde o cuando usted crea conveniente. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar al número telefónico 0988875655 o escribir al siguiente correo: hipatia.lopez@unl.edu.ec.

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 ser parte de esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la misma en cualquier momento sin que afecte en ninguna manera a mi cuidado médico.

Firma del participante: _____

Nombre del participante: _____

Fecha: ____ / ____ / ____ (día/mes/año)



Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Medicina Humana
Consentimiento Informado

Yo....., portador de la cédula , manifiesto que declaro en forma libre y voluntaria, con plena capacidad para ejercer mis derechos, que he sido ampliamente informado por la estudiante....., acerca de mi participación como sujeto de investigación en el presente proyecto cuyo tema es **Satisfacción sexual y calidad de vida de pacientes con epilepsia atendidos en consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja** y los procedimientos que se llevaran a cabo. A su vez, se me ha expuesto la confidencialidad de los resultados.

Acepto se me evalúe y aplique el formulario para cual apruebo con mi firma.

.....

Nombres y apellidos del paciente

.....

Firma del paciente



Universidad Nacional De Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Medicina Humana

Nueva Escala de Satisfacción Sexual (Pérez, 2013)

La Nueva Escala de Satisfacción Sexual, en español, es una breve encuesta sobre la satisfacción sexual con enfoque multidimensional. Es un cuestionario que consta de 20 preguntas que deben ser completada únicamente por la persona a la que es aplicada este test (no un pariente o amigo).

Sexo: Masculino () Femenino ()

Edad: ____ años

Cédula: _____

Piense en su vida sexual durante los últimos seis meses. Por favor, valore su satisfacción sobre los siguientes aspectos marcando con una X en el lugar correspondiente.

Mujer/Hombre	Nada satisfecho	Poco satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	Extremadamente satisfecho
1. La intensidad de su excitación sexual.					
2. La calidad de sus orgasmos.					
3. Su desinhibición y entrega al placer sexual durante sus relaciones sexuales.					
4. Su concentración durante la actividad sexual.					

5. La manera en la que reacciona sexualmente ante su pareja.					
6. El funcionamiento sexual de su cuerpo					
7. Su apertura emocional durante sus relaciones sexuales					
8. Su estado de humor después de la actividad sexual					
9. La frecuencia de sus orgasmos					
10. El placer que proporciona a su pareja					
11. El equilibrio entre lo que da y recibo en el sexo					
12. La apertura emocional de su pareja durante la relación sexual					
13. La iniciativa de su pareja hacia la actividad sexual					
14. La habilidad de su pareja para llegar al orgasmo					
15. La entrega de su pareja al placer sexual (“desinhibición”)					

16. La forma en que su pareja tiene en cuenta sus necesidades sexuales					
17. La creatividad sexual de su pareja					
18. La disponibilidad sexual de su pareja					
19. La variedad de sus actividades sexuales					
20. La frecuencia de su actividad					



Universidad Nacional De Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Medicina Humana

**Cuestionario de calidad de vida en epilepsia (QOLIE-10) en su versión española por
(Viteri et al., 2008).**

QOLIE-10 es un pequeño y rápido cuestionario que valora la calidad de vida relacionada con la salud específica para la epilepsia en adultos. Consta de 10 preguntas sobre la salud y las actividades diarias, mismas que deben ser completadas únicamente por la persona que tiene epilepsia (no un pariente o amigo).

Sexo: Masculino () Femenino ()

Edad: ____ años

Cédula: _____

Para cada pregunta, por favor, responda de la forma más cercana a la manera en que se ha sentido y los tipos de problema que ha tenido durante las últimas 4 semanas. Responda a cada pregunta dando un círculo al número apropiado según su criterio (1, 2, 3...).

Cuántas veces durante las últimas 4 semanas ...

¿Se sintió lleno de vitalidad?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
1	2	3	4	5

¿Se sintió desanimado y triste?

Nunca	Sólo alguna vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5

¿Le ha causado su epilepsia o medicación antiepiléptica problemas para desplazarse?

Ninguno	Pocos	Algunos	Muchos	Muchísimos
1	2	3	4	5

Durante las últimas 4 semanas cuántas veces ha tenido problemas relacionados con:

¿Dificultades de memoria?

Ninguno	Pocos	Algunos	Muchos	Muchísimos
1	2	3	4	5

¿Limitaciones en el trabajo?

Ninguno	Pocos	Algunos	Muchos	Muchísimos
1	2	3	4	5

¿Limitaciones en su vida social?

Ninguno	Pocos	Algunos	Muchos	Muchísimos
1	2	3	4	5

¿Efectos físicos de la medicación antiepiléptica?

Ninguno	Pocos	Algunos	Muchos	Muchísimos
1	2	3	4	5

¿Efectos mentales de la medicación antiepiléptica?

Ninguno	Pocos	Algunos	Muchos	Muchísimos
1	2	3	4	5

¿Le da miedo sufrir un ataque durante las próximas 4 semanas?

Nada de miedo	No mucho miedo	Bastante miedo	Mucho miedo	Muchísimo miedo
1	2	3	4	5

¿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)

Muy bien; difícilmente hubiera podido irme mejor	1
Bastante bien	2
Bien y mal a partes iguales	3
Bastante mal	4
Muy mal; difícilmente hubiera podido irme peor	5

Anexo 6. Base de Datos

BASE DE DATOS				
Nueva Escala de Satisfacción Sexual (Pérez, 2013)				
Código	Edad	Sexo	Puntaje	Clasificación
1	20	Femenino	63	Bajo
2	34	Femenino	46	Bajo
3	50	Masculino	60	Bajo
4	20	Masculino	75	Medio
5	50	Femenino	20	Bajo
6	20	Masculino	100	Alto
7	20	Masculino	74	Medio
8	20	Masculino	72	Medio
9	50	Femenino	73	Medio
10	23	Masculino	73	Medio
11	23	Masculino	89	Alto
12	32	Femenino	76	Medio
13	20	Masculino	58	Bajo
14	26	Masculino	71	Medio
15	20	Masculino	61	Bajo
16	33	Masculino	98	Alto
17	29	Masculino	84	Alto
18	32	Femenino	80	Alto
19	25	Femenino	70	Medio
20	37	Femenino	54	Bajo
21	45	Femenino	82	Alto
22	32	Femenino	57	Bajo
23	41	Femenino	85	Alto
24	38	Masculino	57	Bajo
25	32	Femenino	87	Alto
26	50	Femenino	20	Bajo
27	20	Femenino	62	Bajo
28	34	Masculino	68	Medio
29	20	Masculino	71	Medio
30	30	Femenino	71	Medio
31	24	Femenino	85	Alto
32	33	Femenino	83	Alto
33	28	Masculino	70	Medio
34	28	Masculino	93	Alto
35	27	Femenino	62	Bajo

BASE DE DATOS				
Nueva Escala de Satisfacción Sexual (Pérez, 2013)				
Código	Edad	Sexo	Puntaje	Clasificación
36	23	Masculino	61	Bajo
37	39	Masculino	72	Medio
38	38	Masculino	87	Alto
39	25	Femenino	54	Bajo
40	34	Femenino	60	Bajo
41	44	Femenino	58	Bajo
42	20	Femenino	83	Alto
43	33	Femenino	66	Medio
44	24	Masculino	82	Alto
45	23	Femenino	60	Bajo
46	45	Femenino	70	Medio
47	32	Femenino	58	Bajo
48	23	Femenino	65	Medio
49	28	Femenino	63	Bajo
50	46	Femenino	20	Bajo
51	21	Femenino	31	Bajo
52	35	Femenino	80	Alto
53	21	Masculino	72	Medio
54	20	Femenino	72	Medio
55	31	Femenino	76	Medio
56	31	Femenino	61	Bajo
57	39	Masculino	51	Bajo
58	28	Masculino	71	Medio
59	29	Masculino	78	Medio
60	22	Masculino	79	Medio
61	25	Masculino	93	Alto
62	46	Masculino	81	Alto
63	20	Masculino	96	Alto
64	26	Femenino	97	Alto
65	25	Femenino	61	Bajo
66	20	Femenino	54	Bajo
67	25	Masculino	93	Alto
68	45	Femenino	41	Bajo
69	22	Masculino	64	Medio
70	34	Masculino	92	Alto
71	20	Femenino	61	Bajo

BASE DE DATOS**Cuestionario de calidad de vida en epilepsia (QOLIE-10) en su versión española por Viteri et al., 2008**

Código	Edad	Sexo	Puntaje inicial	Fórmula	Clasificación
1	20	Femenino	27	58	Mala
2	34	Femenino	23	68	Regular
3	50	Masculino	27	58	Mala
4	20	Masculino	24	65	Regular
5	50	Femenino	17	83	Muy buena
6	20	Masculino	13	93	Excelente
7	20	Masculino	19	78	Buena
8	20	Masculino	14	90	Muy buena
9	50	Femenino	15	88	Muy buena
10	23	Masculino	16	85	Muy buena
11	23	Masculino	13	93	Excelente
12	32	Femenino	27	58	Mala
13	20	Masculino	17	83	Muy buena
14	26	Masculino	16	85	Muy buena
15	20	Masculino	21	73	Buena
16	33	Masculino	20	75	Buena
17	29	Masculino	36	35	Mala
18	32	Femenino	13	93	Excelente
19	25	Femenino	16	85	Muy buena
20	37	Femenino	15	88	Muy buena
21	45	Femenino	15	88	Muy buena
22	32	Femenino	26	60	Mala
23	41	Femenino	29	53	Mala
24	38	Masculino	23	68	Regular
25	40	Femenino	13	93	Excelente
26	50	Femenino	31	48	Mala
27	20	Femenino	25	63	Regular
28	34	Masculino	23	68	Regular
29	20	Masculino	17	83	Muy buena
30	30	Femenino	13	93	Excelente
31	24	Femenino	18	80	Buena
32	33	Femenino	14	90	Muy buena
33	28	Masculino	16	85	Muy buena
34	28	Masculino	15	88	Muy buena
35	27	Femenino	22	70	Regular

BASE DE DATOS**Cuestionario de calidad de vida en epilepsia (QOLIE-10) en su versión española por Viteri et al., 2008**

Código	Edad	Sexo	Puntaje inicial	Fórmula	Clasificación
36	23	Masculino	25	63	Regular
37	39	Masculino	24	65	Regular
38	38	Masculino	16	85	Muy buena
39	25	Femenino	31	48	Mala
40	34	Femenino	25	63	Regular
41	44	Femenino	29	53	Mala
42	20	Femenino	13	93	Excelente
43	33	Femenino	19	78	Buena
44	24	Masculino	20	75	Buena
45	23	Femenino	22	70	Regular
46	45	Femenino	23	68	Regular
47	32	Femenino	22	70	Regular
48	23	Femenino	22	70	Regular
49	28	Femenino	23	68	Regular
50	46	Femenino	33	43	Mala
51	21	Femenino	24	65	Regular
52	35	Femenino	14	90	Muy buena
53	21	Masculino	35	38	Mala
54	20	Femenino	23	68	Regular
55	31	Femenino	26	60	Mala
56	31	Femenino	25	63	Regular
57	39	Masculino	26	60	Mala
58	28	Masculino	22	70	Regular
59	29	Masculino	28	55	Mala
60	22	Masculino	19	78	Buena
61	25	Masculino	10	100	Excelente
62	46	Masculino	12	95	Excelente
63	20	Masculino	15	88	Muy buena
64	26	Femenino	16	85	Muy buena
65	25	Femenino	22	70	Regular
66	20	Femenino	32	45	Mala
67	25	Masculino	18	80	Buena
68	45	Femenino	27	58	Mala
69	22	Masculino	26	60	Mala
70	34	Masculino	21	73	Buena
71	20	Femenino	31	48	Mala

Anexo 7. Certificación del Tribunal de Grado



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

Loja, 1 de noviembre de 2022

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

En calidad del tribunal calificador del trabajo de titulación titulada **Satisfacción sexual y calidad de vida de pacientes con epilepsia atendidos en consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja**, de la autoría de la Srta. **Hipatia Dayana López Pinzón**, portadora de la cédula de identidad 1150489340, previo a la obtención del título de Médica General, bajo la dirección de la Md. Sandra Katherine Mejía Michay., Mgs., certificamos que se ha incorporado las observaciones realizadas por los miembros del tribunal, por tal motivo se procede a la aprobación y calificación del trabajo de titulación de grado y la continuación de los trámites pertinentes para su publicación en el Repositorio Digital del Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja y sustentación pública.

Atentamente:

Dr. Reyes Luna Marlon Rodrigo, Esp.
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Dr. Antonio Israel Salazar Ortega, Esp.
VOCAL DEL TRIBUNAL

Dra. Livia Gladys Pineda López, Mg, Sc.
VOCAL DEL TRIBUNAL

Anexo 8. Tablas Complementarias

Tabla 6. Chi 2 calculado entre el nivel de satisfacción sexual y calidad de vida de pacientes con epilepsia que acudieron a consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja en el periodo octubre 2020-agosto 2021

Calidad de vida	Satisfacción sexual			Total
	Bajo	Medio	Alto	
	f	f	f	f
Mala	3	0	2	5
Regular	3	0	6	9
Buena	2	0	2	4
Muy buena	2	0	1	3
Excelente	3	1	9	13
Total	13	1	20	34

f: Frecuencia

Fuente: Nueva escala de satisfacción sexual y Cuestionario QOLIE-10

Elaboración: López Pinzón Hipatia Dayana

Anexo 9. Proyecto de Trabajo de Titulación



**Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Medicina Humana**

Proyecto de Trabajo de Titulación

Tema

Satisfacción sexual y calidad de vida de pacientes con epilepsia atendidos en consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja

Autor

López Pinzón Hipatia Dayana

Loja-Ecuador

2020-2021

1. Tema

Satisfacción sexual y calidad de vida de pacientes con epilepsia atendidos en consulta de externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja

2. Problemática

La epilepsia se compone de un conjunto heterogéneo de enfermedades con una elevada prevalencia y es una de las causas de consulta más frecuentes en un servicio de neurología. Entre otras definiciones, esta patología se trata de una alteración del cerebro caracterizada por la predisposición mantenida a generar crisis epilépticas (CE) y por las consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales de esta alteración, requiriéndose al menos la existencia de una CE (Mercadé, et al., 2016).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) la epilepsia es una enfermedad cerebral crónica no transmisible que afecta a personas de todas las edades y, en todo el mundo, la padecen unos 50 millones de personas, lo que la convierte en uno de los trastornos neurológicos más comunes; además, se diagnostican anualmente unos 5 millones de casos de epilepsia en a nivel global. En los países de altos ingresos, se estima que 49 de cada 100 000 personas son diagnosticadas de epilepsia cada año, mientras que en los de ingresos bajos y medianos, esa cifra puede ser de hasta 139 de cada 100 000 personas (OMS, 2019).

En los Estados Unidos, según la National Health Interview Survey (NHIS) como se citó en (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2012). se estima que el 1.0% de los adultos reportaron tener epilepsia activa durante el año 2010. Aproximadamente 4,1 millones de adultos informaron que alguna vez les dijeron que tenían epilepsia. De éstos, cerca de 2,3 millones de adultos se clasificaron con epilepsia activa y alrededor de 1,7 millones con epilepsia inactiva.

De los 50 millones de personas afectadas con esta patología, 5 millones viven en las Américas (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2013). Es necesario recalcar que, según esta misma fuente, la prevalencia a lo largo de la misma en América Latina y el Caribe, de acuerdo a una recopilación de 32 estudios basados en la comunidad, se sitúa en una media de 17,8 por 1.000 habitantes.

En Ecuador se ha establecido una prevalencia de la enfermedad del 2%, de acuerdo con el último reporte de la Liga Ecuatoriana contra la Epilepsia (LECE). Basándonos en los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en Ecuador se registraron 3 553 casos de epilepsia en el año 2013, 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.

En un estudio realizado por Hurtado (2012) en la ciudad de Loja, se registró que durante Enero a Junio del 2012 existieron 1048 ingresos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Isidro

Ahora de los cuales 34 pacientes de edad adulta (3%) presentaron diagnóstico de epilepsia, siendo un porcentaje bajo de pacientes; sin embargo, hay que tomar en cuenta el lapso de tiempo del estudio, el número de casas de salud existentes y la población etaria afectada, para tener una aproximación más cercana del número de personas con esta patología en el mencionado sitio geográfico.

Tal como se menciona en la literatura, la satisfacción sexual se define como una evaluación subjetiva de gratificación o placer que una persona hace respecto de su experiencia sexual. Es un concepto que abarca dimensiones físicas, emocionales, relacionales y culturales; además constituye un componente esencial de la salud sexual siendo un indicador de calidad de vida y bienestar de las personas (Luttges, Torres, Molin y Ahumada, 2019). Sin embargo, su naturaleza y relación con otras variables ha sido poco investigada (Bridges, Lease y Ellison, 2004).

Verche, Pérez y López (2016) nos expresan que, desde mediados del siglo XX, se ha relacionado la hiposexualidad, entendida una reducción del interés, conciencia y actividad sexual global, como con una característica propia de la epilepsia. No obstante, los efectos de la epilepsia sobre la sexualidad también se relacionan con problemas tanto del deseo sexual, como de la excitación y del orgasmo. Esta disfunción sexual en epilepsia parece estar más relacionada con aspectos fisiológicos que psicológicos. Sin embargo, no se deben obviar estos últimos aspectos porque la baja autoestima, ansiedad, depresión o los problemas de relaciones sociales son también factores definidores y mantenedores de dichas disfunciones sexuales.

Las disfunciones sexuales son comunes en epilepsia tanto en hombres como en mujeres, sin que se haya descrito una mayor prevalencia en un sexo u otro. Sin embargo, en hombres influye en mayor medida los factores fisiológicos mientras que en las mujeres son los psicológicos los que afectan a la calidad de la vida sexual. No obstante, se puede hablar de causas multifactoriales como las desencadenantes y mantenedoras de las disfunciones sexuales en epilepsia (Verche, et al., 2016).

En cuanto a calidad de vida, se trata de una apreciación personal de cómo influye el estado de salud actual, el cuidado y las actividades promotoras de la misma en la destreza para mantener un funcionamiento general óptimo que permita conseguir metas anheladas de vida y que esto se refleje en su bienestar general (Urzúa, 2010). Una de las enfermedades que más afectan a la calidad de vida de las personas es la epilepsia, reflejándose en diferentes aspectos tales como deterioro físico, falta de vitalidad e inestabilidad emocional. Las personas epilépticas, a más de la enfermedad,

enfrentan circunstancias negativas como efectos secundarios de algunos medicamentos, miedo a la aparición inesperada de crisis, limitaciones en actividades diarias, dificultades para trabajar, establecer relaciones interpersonales, familiares y sociales (Barranco, et al., 2019).

Es así que, al existir una brecha en la literatura científica local sobre el nivel de satisfacción sexual y calidad de vida de pacientes epilépticos, es ineludible realizar un abordaje investigativo sobre el tema en cuestión, posterior a lo cual dejar un precedente informativo con el fin de alentar la búsqueda de soluciones para posibles problemas encontrados en las variables a estudiar; por tanto, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

- ¿Cuál es el nivel de satisfacción sexual y calidad de vida de pacientes con epilepsia atendidos en consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja durante el periodo octubre 2020-agosto 2021?

3. Justificación

La epilepsia es uno de los trastornos neurológicos más comunes internacionalmente y es una de las patologías que más afectan a la calidad de vida del paciente. Tanto la calidad de vida como la satisfacción sexual, son importantes a la hora de abordar el bienestar general de un paciente con diagnóstico de epilepsia. Constituye, por lo tanto, una necesidad conocer esta patología y sus implicaciones en ambas variables para así poder dar una adecuada respuesta médica, psicológica y social.

Barranco et al. (2019) recalcan que, en el entorno clínico, se evalúa de manera rutinaria la frecuencia y gravedad de las crisis, los efectos adversos y la concentración de fármacos antiepilépticos con el fin de determinar el efecto del tratamiento. A pesar de esto, todos estos parámetros no pueden reflejar con claridad la percepción del paciente hacia la enfermedad. Muchas veces las impresiones subjetivas de los profesionales, la familia o la sociedad no concuerdan con la experimentada por los propios pacientes, y viceversa. De ahí la necesidad de encontrar un justo equilibrio entre los requerimientos de la sociedad, de la familia y los del paciente en particular, equilibrio a menudo inestable y que es tensionado tanto por la patología misma como por las reglas y demandas socioculturales que se establecen en un determinado grupo humano (Carrizosa, 2009).

Por lo anteriormente expuesto, basándonos en la falta de estudios en nuestro medio que demuestren la satisfacción sexual y calidad de vida de pacientes epilépticos y la relación entre estas dos variables, así como también, fundamentándonos en las prioridades de investigación en salud 2013 – 2017 propuestas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), se realiza la siguiente investigación que se enmarca en la línea 3 de investigación “salud enfermedad del adulto y adulto mayor en la Región Sur del Ecuador o Zona Siete” de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja; con la finalidad de aportar al conocimiento de la enfermedad, calidad de vida y satisfacción sexual en estas personas, de manera tal que permita una mejor actuación y solución de problemas al momento de enfrentarnos a esta patología, de manera particular de quienes acuden a consulta externa en el Clínica Hospital Medilab-Loja.

4. Objetivos

4.1. Objetivo General

- Valorar el nivel de satisfacción sexual y calidad de vida de pacientes con epilepsia atendidos en consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja durante el periodo octubre 2020-agosto 2021.

4.2. Objetivos Específicos

- Evaluar el nivel satisfacción sexual de pacientes con epilepsia atendidos en consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja, por sexo y grupo de edad.
- Analizar la calidad de vida de pacientes con epilepsia atendidos en consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja, de acuerdo al sexo y grupo de edad.
- Estimar la relación entre el nivel de satisfacción sexual y calidad de vida de pacientes con epilepsia atendidos en consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja.

Esquema de Marco Teórico

5.1. Epilepsia

5.1.1. Definición.

5.1.2. Epidemiología.

5.1.3. Etiología.

5.1.3.1. Estructural.

5.1.3.2. Genética.

5.1.3.3. Infecciosa.

5.1.3.4. Metabólica.

5.1.3.5. Inmunitaria.

5.1.3.6. Desconocida.

5.1.4. Fisiopatología.

5.1.5. Clasificación.

5.1.5.1. Tipo de crisis.

5.1.5.1.1. Crisis de inicio focal.

5.1.5.1.2. Crisis de inicio generalizado.

5.1.5.1.3. Crisis de inicio desconocido.

5.1.5.2. Tipo de epilepsia.

5.1.5.2.1. Focales.

5.1.5.2.2. Generalizadas.

5.1.5.2.3. Combinadas generalizadas y focales.

5.1.5.2.4. Desconocidas.

5.1.5.3. Síndrome de epilepsia.

5.1.6. Diagnóstico.

5.1.6.1. Historia clínica y exploración física.

5.1.6.2. Laboratorio.

5.1.6.3. Electroencefalografía.

5.1.6.4. Magnetoencefalografía.

5.1.6.5. Neuroimagen por tomografía computarizada y resonancia magnética.

5.1.6.6. Neuroimagen funcional.

5.1.7. Tratamiento.

5.1.7.1. Anticonvulsivos.

5.1.7.1.1. Principios del tratamiento farmacológico.

5.1.7.2. Tratamiento quirúrgico.

5.1.7.3. Estimulación del nervio vago.

5.1.7.4. Dieta cetogénico.

5.2. Satisfacción Sexual

5.2.1. Definición.

5.2.2. Satisfacción sexual relacionada con la salud.

5.2.3. Satisfacción sexual y epilepsia.

5.2.3.1. Fármacos antiepilépticos y sexualidad.

5.2.4. Herramientas utilizadas para su medición.

5.2.4.1. Nueva escala de satisfacción sexual (NSSS).

5.3. Calidad de Vida

5.3.1. Definición.

5.3.2. Calidad de vida relacionada con la salud.

5.3.3. Epilepsia y calidad de vida.

5.3.4. Medición de la calidad de vida en epilepsia.

6. Metodología

6.1. Tipo de Estudio

Estudio con enfoque cuantitativo, de corte transversal y de visión prospectiva.

6.2. Área de Estudio

Consultorio de neurocirugía de la Clínica Hospital Medilab-Loja, ubicado en la avenida Eugenio Espejo y calle Shuaras, en el barrio El Dorado, parroquia “Sucre”, al occidente de la ciudad de Loja.

6.3. Periodo

La investigación se llevará a cabo en el periodo octubre 2020-agosto 2021.

6.4. Universo y Muestra

El universo y muestra van a estar conformados por el número total de pacientes con diagnóstico de epilepsia, que acudan a consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja en el periodo establecido y que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

6.5. Criterios de Inclusión

- Pacientes que acepten participar en el estudio, firmando el consentimiento informado.
- Pacientes de ambos sexos con diagnóstico de epilepsia que acudan a consulta externa de la Clínica Hospital Medilab-Loja.
- Pacientes con edad comprendida entre 20 a 50 años.
- Pacientes sexualmente activos.
- Pacientes con epilepsia activa.

6.6. Criterios de Exclusión

- Pacientes con diagnóstico de patologías psiquiátricas o con algún tipo de deterioro físico o cognitivo que no les permita responder a la encuesta.
- Mujeres epilépticas embarazadas.
- Personas que no completen la información necesaria.

6.7. Operalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Grupo etario	Tiempo de vida representado en un número de años cumplidos por el paciente desde su nacimiento, agrupados en rangos.	Biológica	Fecha de nacimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Adulto joven: 20-40 años. • Adulto maduro: 41-50 años de edad.
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina.	Fenotipo	Sexo que registre el paciente en las encuestas.	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
Epilepsia	Enfermedad crónica, recurrente, caracterizada por dos o más crisis epilépticas espontáneas, en ausencia de una causa médica inmediata aguda identificable o demostrable que la provoque.	Salud	Crisis convulsivas	<ul style="list-style-type: none"> • Si
Satisfacción sexual	Evaluación subjetiva de gratificación o placer que una persona hace respecto de su experiencia sexual.	Dimensiones de la satisfacción sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Dimensión 1: conducción, efectos físicos y mentales de la medicación, trabajo, limitaciones sociales y preocupación por la crisis. • Dimensión 2: memoria, energía, depresión y calidad de vida en general 	<ul style="list-style-type: none"> • 29-59: Bajo • 60-69: Medio • 70-79: Alto • 80-98: Muy alto

<p>Calidad de vida</p>	<p>Apreciación personal de cómo influye el estado de salud actual, el cuidado y las actividades promotoras de la misma, en la destreza para mantener un funcionamiento general óptimo que permita conseguir metas anheladas de vida y que esto se refleje en su bienestar general.</p>	<p>Factores de la calidad de vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Efectos de la epilepsia: memoria, efectos físicos y efectos mentales de la medicación. • Salud mental: energía, depresión, calidad general de la vida. • Funcionamiento de roles: preocupación por convulsiones, trabajo, conducción y límites sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • 91-100: Excelente • 81-90: Muy buena • 71-80: Buena • 61-70: Regular • ≤60: Mala
------------------------	--	---------------------------------------	--	--

7. Cronograma

TIEMPO	2020												2021																																			
	Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto							
ACTIVIDAD	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Revisión bibliográfica	■	■	■	■																																												
Elaboración del proyecto					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																																
Proceso de aprobación del proyecto														■	■																																	
Recolección de datos																																																
Tabulación de la información																																																
Análisis de datos																																																
Redacción del informe final																																																
Revisión y corrección del informe final																																																
Presentación del informe final																																																

8. Presupuesto

CONCEPTO	Unidad	Cantidad	Costo unitario (USD)	Costo Total (USD)
Movilización	Galón de ECO	30	2.00	60.00
	Pasaje bus	480	0.30	144.00
	Taxi	60	1.25	75.00
Alimentación	Almuerzos	240	2.00	280.00
MATERIALES Y SUMINISTROS				
Hojas de papel bond	Resmas	5	3.00	15.00
Esferos y lápices	Unidad	20	0.30	6.00
Impresiones a blanco/negro	Hojas	200	0.04	8.00
Impresiones a colores	Hojas	120	0.25	30.00
CD en blanco	Unidad	3	1.00	3.00
Sobres manila	Unidad	20	1.00	20.00
Anillados	Unidad	4	1.00	4.00
Empastados	Unidad	1	10.00	10.00
Grapas	Caja	1	0.60	0.60
Guantes	Caja	3	15.00	45.00
Mascarillas	Caja	4	10.00	40.00
Traje de protección	Unidad	2	30.00	60.00
Protector facial	Unidad	2	10.00	20.00
EQUIPOS				
Computador	Equipo	1	600.00	600.00
Impresora	Equipo	1	250.00	250.00
Internet inalámbrico	Mes	12	22.00	264.00
Memoria USB (4Gb)	Unidad	1	12.00	12.00
Sub total				1946.60
(Imprevistos 20%)				389.32
TOTAL				2335.92