

EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO SEXUAL GENITAL EN  
LAS PERSONAS OPERADAS DE EPILEPSIA

Castillo, F; Seidel, R; \*Fandiño, J; Córdoba, M.

Corporación Universitaria tecnológica de Bolívar

Facultad de Psicología

2000

Titulillo: Evaluación del funcionamiento sexual.

\* Director y Asesor de la investigación respectivamente.

**TABLA DE CONTENIDO**

RESUMEN	3
MARCO TEORICO	4
Control de variables	32
Método	35
Participantes	35
Instrumentos	36
Procedimientos	37
Resultados	39
Discusión	51
Cronograma de actividades	54
Presupuesto financiero del proyecto	55
REFERENCIAS	56
ANEXOS	59

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar el funcionamiento sexual – genital en personas que han sido operadas de epilepsia, se realizo con el fin de obtener información que permita describir comportamientos particulares de las mismas y lo que provoca dicho comportamiento. Para esto se selecciono una muestra intencional de 30 personas operadas de epilepsia, todos ellos pacientes del Doctor Jaime Fandiño en la Liga Colombiana contra la epilepsia. – Hospital Neurológico y FIRE. Se aplico el test TESE ( Test de Evaluación Sexual en Epilepsia), se utilizo una metodología experimental en un estudio descriptivo, el análisis estadístico de los resultados se baso en las medidas de tendencia central y la distribución en términos de porcentaje para cada factor; La interpretación de los resultados determina que el funcionamiento sexual en las personas operadas de epilepsia no presenta altos índices de variación con respecto a la epilepsia como tal y que resulta de mayor influencia los estados emocionales de las personas como lo son la ansiedad y la depresión. Se espera que los resultados de esta investigación sirvan de herramientas para planeación y posterior ejecución de programas de intervención que permitan mejorar la calidad de vida de las personas.

## **EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO SEXUAL GENITAL EN LAS PERSONAS**

### **OPERADAS DE EPILEPSIA**

A partir de los estudios realizados a cerca del comportamiento sexual relacionado con la epilepsia, es de notar que no se ha profundizado en una investigación específica y dirigida a esclarecer cuales son las posibles anomalías en el ámbito sexual que se presentan o no en una población que ha sido operada de epilepsia; Razón por la cual dicho tema debe ser abarcado no solo desde el punto de vista medico sino también a nivel comportamental y psicológico.

El presente estudio tiene por objetivo describir los factores en las relaciones de pareja cuando uno de los miembros a sido operado de epilepsia. La muestra será seleccionada según estrato socio económico medio-bajo de pacientes institucionalizados en la - Liga Colombiana Contra la Epilepsia.- Hospital Neurológico y FIRE (fundación Instituto de Rehabilitación de personas con Epilepsia).

Para el curso de esta investigación se llevara a cabo un estudio de tipo descriptivo contando con el apoyo de los datos obtenidos por la - Liga Colombiana Contra la Epilepsia.- Hospital Neurológico y FIRE, y aplicación de pruebas.

Por medio de esta investigación es posible ampliar la información referida al comportamiento sexual de las personas que han sido operadas de epilepsia y así erigir la base en la cual se fundamenten posteriores investigaciones en este campo con el fin de elaborar nuevas y eficaces técnicas de intervención que permitan ayudar a aquellas personas que sufran este tipo de trastornos, apoyando a entidades como la - Liga Colombiana Contra la Epilepsia.- Hospital Neurológico y FIRE que se encuentran estrechamente relacionados con la problemática.

La epilepsia es una de las enfermedades neurológicas más prevalentes. Aun así, el conocimiento sobre ella es muy limitado, tanto entre las personas que la padecen como en la población en general. Esta sorprendente ignorancia surge principalmente de una mezcla de miedo y prejuicios.

En la presente investigación se explica la epilepsia, algunas de sus causas y síntomas, investigaciones necesarias y posibilidades terapéuticas en un lenguaje claro y comprensible.

Se exploran de manera exhaustiva las consecuencias y los problemas psicológicos y sociales que pueden surgir por la enfermedad. Este trabajo está dirigido a los que sufren de epilepsia y al público en general. Tiene como finalidad incrementar el conocimiento sobre la enfermedad mediante la divulgación de información y eliminar así el miedo y los prejuicios.

Para poder abordar una problemática debemos conocer los conceptos en este caso es de saber que la epilepsia como tal; es una enfermedad producida por una alteración del funcionamiento cerebral, debido a la descarga súbita y desproporcionada de impulsos eléctricos de las células cerebrales (Morrel y Guldner, 1994).

Una crisis epiléptica se caracteriza por ser un evento de presentación brusca provocado por una descarga neuronal (Liga internacional contra la epilepsia, 1989).

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define la epilepsia como un trastorno cerebral crónico de varias etiología caracterizado por convulsiones recurrentes debido a excesivas descargas de las neuronas.

Para ampliar el concepto sobre la epilepsia debemos conocer sus orígenes, esta enfermedad es tan antigua que desde el año 2080 (a. C.) en el código de Hammurabi

ya se hablaba de regulaciones sobre el matrimonio de epilépticos. Hipócrates (460-357 A.C) considero la epilepsia como una enfermedad cerebral.

Galeno quien vivió 500 años después de Hipócrates, reconoció que las convulsiones tenían su origen en el cerebro, también decía que el cuerpo además del cerebro, jugaba un papel en la producción de la epilepsia.

Charlie Le Pois (1563-1636) realmente fue el que estableció claramente que todas las epilepsias son de origen cerebral.

Hughlings Jackson y William Gowers (Ingleses) fueron los que más contribuyeron al entendimiento del mecanismo de la epilepsia. Todavía sigue siendo valida la definición de Jackson cuando decía que “ una convulsión no es mas que un síntoma y significa una descarga ocasional, excesiva y desordenada del tejido nervioso “.

Hans Berger, psiquiatra de Jena, en 1926 citado por Carlos S Uribe (1997) introdujo el electroencefalograma y permitió registrar por primera vez una descarga paroxística de las células cerebrales, constituyendo así un importante instrumento para el estudio de las crisis convulsivas.

Desplazándose un poco a investigaciones más recientes se pueden apreciar cifras realmente alarmantes a nivel estadístico en cuanto a la epilepsia en los países en vía de desarrollo los cuales muestran una alta prevalencia en comparación con los países desarrollados. Cuando la prevalencia en los países desarrollados es de 5 a 7 por 1000, en los países de América latina se encuentran cifras mucho mas altas ( Ecuador 17 x 1000, Venezuela 16 x 1000, Perú 12 x 1000). En Colombia la prevalencia en Bogotá en 1984 fue de 19.5 x 1000, en Medellín 21.38 x 1000 (1994) y en Giron (Santander) 17 x 1000.

En el centro medico contra la epilepsia Jhon Hopkins de West Virginia, se llevo a cabo un método experimental de tratamiento pediátrico contra la epilepsia el cual llamaron dieta Ketogenica, el tratamiento en sí mismo resultaba muy sencillo, los niños eran expuestos a un ayuno prolongado los dos o tres primeros días del tratamiento, luego eran sometidos a un tipo de alimentación estrictamente balanceada, el resultado de este tipo de tratamiento era una completa relajación corporal y desaparición de los ataques epilépticos incluyendo la eliminación por completo de las drogas anticonvulsivantes, el tratamiento tenia una duración promedio de tres años (Hansper, w 1983).

El desarrollo investigativo acerca de la epilepsia en diferentes países de Latinoamérica como Chile, Argentina y Colombia arroja datos sorprendentes de cómo ha evolucionado a nivel científico la intervención quirúrgica o terapia centradas en conflictos psicológicos generados por la enfermedad. Representantes de la OMS en el congreso sobre epilepsia realizado en Cartagena (Abril del 2000) afirmaron que la epilepsia a pesar de ser una enfermedad muy antigua, aun en nuestros días hay muchos estudios posteriores por hacer con el fin de evitar su concurrencia, siempre y cuando se descubra su origen a una edad temprana del individuo. Actualmente los procesos que implican algún tipo de intervención quirúrgica en pacientes con epilepsia han demostrado gran eficacia en el funcionamiento emocional y físico del individuo; incluso aquellas que tenían algún tipo de deficiencia a nivel sexual. El tratamiento con fármacos debe tender a ser usado solo como apoyo quirúrgico o terapéutico ya que tales fármacos solo ayudan a controlar el cuadro asintomático de los pacientes con epilepsia mas no a una cura parcial o definitiva de la enfermedad (OMS, 2000).

De lo anterior se desprende la conclusión de que la epilepsia en los países en vía de desarrollo constituye un problema de salud, al cual deben enfrentarse rápidamente nuestras autoridades sanitarias (Jiménez, Mora, Uribe y Col, 1991).

Es importante comprender que en principio cualquiera puede tener una crisis epiléptica muchas personas, al rededor del 5 % tienen una crisis única en algún momento de su vida. Existirá un factor desencadenante como estrés extremo, falta de sueño o ingesta excesiva de alcohol. Algunas personas pueden tolerar el estrés extremo sin tener una crisis, mientras que otras pueden presentar una cuando se le somete a un estrés mucho menor. Se alcanza el umbral de crisis para esa persona. Este umbral es arbitrario y no puede medirse. Es diferente de una persona a otra y presumiblemente depende de factores hereditarios entre otras cosas. Es importante destacar que puede ser excedido en todas las personas si se las somete a una tensión suficiente. Por tanto, incluso un encéfalo normal puede tener crisis epiléptica ( Gram. L y Dam, M. 1995).

Es importante destacar que la epilepsia no es una enfermedad sino un conjunto de síntomas que se manifiestan por crisis repetidas generadas en las células nerviosas. Así como una cefalea puede tener muchas causas diferentes, la epilepsia puede ser resultado de muchas enfermedades diferentes en el encéfalo. La epilepsia no es contagiosa.

Se puede hallar la causa aproximadamente en el 30 % de los casos de epilepsia este grupo se denomina epilepsia orgánica o sintomática. Las causas pueden ser traumatismo de cráneo, una malformación congénita del encéfalo, falta de oxígeno durante el nacimiento, un tumor encefálico, un accidente cerebro vascular, una hemorragia cerebral, alcoholismo o algún otro factor conocido como las secuelas de la



encefalitis o meningitis. Las crisis epilépticas como resultado de alguna de estas causas a menudo comienza en un grupo pequeño de células nerviosas que rodean el área afectada antes de extenderse a áreas más grandes del encéfalo. La aparición y el desarrollo de las crisis a menudo pueden conducir a la sospecha de epilepsia sintomática.

El 70 % restante de las personas con epilepsia tienen la forma idiopática o desconocida. No conocemos la causa de este tipo de epilepsia pero se presume que se trata de cambios químicos más difusos en el encéfalo. Hasta ahora se desconoce la naturaleza de estos cambios. La epilepsia es hereditaria en alrededor del 30 % de los casos. Las crisis se originan en el área central del encéfalo en interacción con la corteza cerebral. Las crisis no se extienden lentamente sino que afectan de inmediato todo el encéfalo ( Dam, M. 1995).

El Dr. Carlos Uribe y Cols (1997), dicen: que aproximadamente un 70 % de los pacientes con epilepsia se pueden controlar totalmente si llevan un tratamiento adecuado. Un 20 % se controlan parcialmente y un 5-10 % son refractarios al tratamiento con drogas anticonvulsivantes. Debemos tener en cuenta que todavía no existe el medicamento especial, que tenga una acción prolongada, que sea útil para todas las formas clínicas de epilepsia, que carezca de efectos colaterales y que normalice a su vez en su totalidad el EEG (electroencefalograma). Aproximadamente un 30 % de los pacientes con epilepsia focal no se controlan. En estos pacientes estaría indicado el tratamiento quirúrgico. Desde luego que este procedimiento es muy especializado y requiere una infraestructura muy completa y una experiencia en este campo, pues lo difícil es lograr identificar el foco epileptogénico por todas las técnicas

modernas video-electroencefalografía, electrodos implantados, etc. En Cartagena se han efectuado 440 cirugías y es el centro piloto en América Latina.

Dado que la investigación actual esta dirigida hacia el estudio del funcionamiento sexual en las personas operadas de epilepsia, se debe conocer de ante mano la clasificación del tipo de epilepsia a investigar correspondiente:

Clasificación de epilepsias (Hamburgo, Alemania 1985):

## 1.0 Sintomáticas

### 1.1 Del lóbulo frontal

- 1.1.1 De la zona suplementaria
- 1.1.2 Del cíngulo frontal
- 1.1.3 De la zona motora suplementaria
- 1.1.4 Orbito frontal
- 1.1.5 Dorsolaterales
- 1.1.6 De la corteza motora frontal
  - 1.1.6.1 Prerolándica alta
  - 1.1.6.2 Prerolándica baja

### 1.2 Del lóbulo temporal

- 1.2.1 Hipocámpicas
- 1.2.2 Lateral posterior
- 1.2.3 Amigdalares
- 1.2.4 Opercular (insular)

### 1.3 Del lóbulo parietal

- 1.3.1 Fenómenos positivos
- 1.3.2 Fenómenos Negativos

### 1.3.3 Suprasilvianas

El objetivo de la cirugía de epilepsia es permitir un mejor desempeño de las funciones cerebrales, disminuir o suprimir la crisis y los anticonvulsivos. Además busca fundamentalmente mejorar la calidad de vida de estas personas. La principal indicación, para realizar cirugía de epilepsia es como alternativa terapéutica en el paciente, con epilepsia refractaria al tratamiento farmacológico. La cirugía de epilepsia debe realizarse en pacientes con crisis altamente estereotipadas con EEG focal y en lo posible con una lesión imagenológica focal.

También debe considerarse en aquellos pacientes en quienes se muestra un trastorno de migración neuronal y en algunos casos en los que se ha demostrado una utilidad de la cirugía temprana como lo es en epilepsia de lóbulo temporal y en pacientes con crisis generalizadas atónicas breves (folleto Consenso Colombiano de epilepsia, Asociación Colombiana de neurólogos, 1999).

Según Gram, L. Y Dam, M. 1995 el tratamiento quirúrgico se realiza cuando no se ha podido controlar la epilepsia en el transcurso de los dos primeros años de tratamiento. No es posible hablar de un número de crisis por mes como definición de un caso de epilepsia resistente a la medicación. La definición debe descansar en parte en el número de crisis por mes y en parte en el grado de inconveniente que estas crisis producen en las personas.

De la misma forma, debe prestarse atención al estrés que producen el tratamiento médico. Si una persona está libre de crisis pero presenta signos de intoxicación crónica por el tratamiento medicamentoso debe considerarse el tratamiento quirúrgico. El logro de un buen resultado exige una historia personal lo suficientemente estable. Esto significa que el apoyo de la familia y los amigos sea lo bastante fuerte para ayudar a la

persona a atravesar los numerosos exámenes previos a la intervención, también es importante que el individuo con epilepsia cuente con apoyo y conocimiento en relación con la operación y el periodo que le sigue.

Deben cumplirse ciertas condiciones antes de que las personas puedan ser evaluadas para una posible operación, los pacientes con crisis parciales simples o complejas, asociadas con crisis convulsivas generalizadas o no, en quienes el tratamiento con los principales anticonvulsivantes así como aquellos que todavía no se comercializan no a podido controlar su epilepsia, son candidatos típicos para la operación. Deben pasar a lo sumo 2 años probando los diferentes preparados antes de tomar una decisión sobre una posible intervención quirúrgica. La razón es evitar el daño encefálico de muchas crisis antes de poder llevar a cabo la operación.

Algunos factores predisponen contra la posibilidad de una intervención. No se puede operar a personas que tienen focos epilépticos localizados en ambos hemisferios y el cual no se puede identificar cual inicia la crisis. No se pueden operar personas con enfermedad somática que no pueden tolerar una operación neuroquirúrgica. Tampoco pueden operarse las personas con una enfermedad mental grave si el tratamiento neuroquirúrgico empeoraría su enfermedad.

No se pueden operar las personas que presentan crisis psicógenas además de sus crisis epilépticas. Si las crisis psicógenas no pueden ser tratadas por un psiquiatra, puede ser difícil diferenciar entre crisis psicógenas y crisis epilépticas. Esto es lamentable ya que las crisis psicógenas suelen aumentar en frecuencia cuando ya no ocurren crisis epilépticas. Entre las operaciones de epilepsia que se realizan tenemos:

1. Operación de lóbulo temporal; la cual para poder realizar esta cirugía se debe someter a las personas a unos exámenes extensos en un hospital neurológico, uno de

los exámenes que se realiza es evaluar si las posibles deficiencias están localizadas en el mismo lóbulo temporal que el foco epiléptico.

2. Callosotomía: Esta operación debe considerarse en casos de epilepsia mioclónicoastasia, en los cuales ocurren muchas crisis atónicas discapacitantes que conducen a lesiones en el rostro o fracturas, esta operación también puede considerarse en caso de epilepsia con muchas crisis convulsivas, que no pueden controlarse médicamente. Se debe discutir cuidadosamente con la persona afectada o posiblemente con un tutor las razones para considerar la operación y sus efectos colaterales. En la primera parte de la operación se seccionan dos tercios del cuerpo calloso. Esto corta alguna de las conexiones entre las dos mitades del cerebro. Solo si esta operación fracasa se puede considerar otra operación después de seis meses en la que se secciona el resto del cuerpo calloso.

La ventaja de esta operación es que se cambian las crisis generalizadas por crisis parciales, originadas en un hemisferio cerebral. Las crisis ya no pueden extenderse a todo el encéfalo, puesto que se han seccionado muchas de las conexiones entre los dos hemisferios. De esta forma, se evitan las crisis con caídas y lesiones.

Tan importante como las intervenciones quirúrgicas en epilepsia lo es para esta investigación el funcionamiento sexual genital; se debe comenzar por describir los órganos genitales, estos son pues los órganos efectores, es decir, aquellos mediante los cuales se hace la copula o ayuntamiento genital, tanto los órganos genitales masculinos como los femeninos, para efectos fotográficos se dividen en interno y externo, lo cual no es importante, pues uno y otros están íntimamente conectados y son un conjunto integral.

Los genitales masculinos están compuestos por los testículos, epidídimos, cordones o conductos deferentes, vesículas seminales, la próstata y el pené. Los internos vendrían a ser una parte de los conductos deferentes, las vesículas seminales, la próstata y la parte profunda del pené. La parte externa serían las bolsas y la parte pendular del pené. Las bolsas a su vez contienen los testículos, los epidídimos y la parte inicial de los conductos deferentes. El pené como tal consta de un cuerpo o eje y una terminación hacia delante denominada cabeza o glande. El cuerpo del pené tiene una parte oculta dentro del periné y una parte externa visible, el pené propiamente dicho. El cuerpo eje del pené está formado por 3 estructuras de forma cilíndrica de similar constitución; dos dorsales denominados los cuerpos cavernosos y uno ventral que es el cuerpo esponjoso.

Los órganos genitales femeninos en su parte externa están formados por el clítoris, la vulva y el orificio vaginal. Los genitales internos son; los ovarios, las trompas, la matriz o útero y la mayor parte de la vagina. Los órganos reproductivos están más relacionados con ovarios, trompas y útero, y los órganos sexuales relacionados con la respuesta sexual como excitación y orgasmo están más relacionados con la vagina, la vulva y el clítoris. La vagina es un conducto elástico de 8 a 12 centímetros de longitud por 4 a 5 centímetros de anchura. Une el cuello de la matriz con la vulva. En su parte superior o cúpula vaginal reside el cuello uterino, y en su parte inferior se abre al exterior por medio de la vulva. Está formada por repliegues y recubierta por dentro por una mucosa especial, rodeada por músculos comunes que también envuelven la uretra y el recto. Posee una enorme elasticidad y por tanto capacidad para la expansión y dilatación, así como para la contracción (Nader, L y Cols, 1996).

En cuanto a la respuesta sexual humana es un tema que ha recibido tantas restricciones, moldeamientos o tabus, y a generado una serie de suposiciones en relación con su funcionamiento es por eso que el estudio de la sexualidad humana, su expresión comportamental y mas aun su expresión fisiológica fueron desterrados de las instituciones escolares, hospitalarias y no fue posible que modelos de investigación se abrieran paso en épocas modernas. Para muchos el deseo sexual esta definido como el gusto o ganas que puede producir una persona o una situación especial en un momento determinado, el deseo no corresponde a un contacto físico determinado, sino que más bien es el resultado del encuentro con un estímulo sexual efectivo que puede evocar la fantasía, la reacción corporal o mejor aun desencadenar toda la respuesta sexual. El punto mas relevante del deseo sexual lo constituye el sistema de preferencias sexuales, la influencia cultural moldea en hombres y mujeres un conjunto de preferencias que le indican de manera inconsciente o automática el tipo de estímulo que lleva a su organismo a reaccionar (Nader, L y cols 1996).

Se considera relevante la sustentación teórica desde los principios de la adolescencia en donde la maduración sexual y las actitudes sexuales que se van desarrollando espontáneamente en esta etapa, coinciden de una manera casi exacta con los pasos que se siguen en un acto sexual típico. En realidad, el acto sexual se podría desgranar, de una manera simple, en una serie de etapas sucesivas, compuestas de miradas, deseos, caricias, besos, abrazos, besos de mayor intensidad, caricias dirigidas al objeto erótico y, finalmente, el coito( Corbella, J.1994 ).

Esta maduración sexual forma parte del aprendizaje sexual del adolescente y no siempre se realiza con la misma persona; lo pude haber llevado acabo con distinta pareja desde el inicio del proceso hasta la culminación del acto sexual. Todo dependerá

de las oportunidades que haya tenido para poder desarrollar este tipo de relaciones, muchas veces debidas al azar. En ocasiones, la relación con personas que están en un nivel de maduración mas avanzado, conduce a que una de ellas pueda hacer avanzar a la otra hasta una etapa mas profunda de la relación y, por lo tanto, adelantar mas rápidamente en su experimentación. El ritmo en la maduración depende del contexto en el que se establezcan estas relaciones, de los códigos morales que hayan vivido los adolescentes y de las costumbres eróticas y sexuales (Corbella, J. 1994).

Los jóvenes han alcanzado la madurez sexual cuando han sentido la necesidad o han deseado hacer el amor y se han sentido capaces para ello, sin importar que lo hayan llevado o no a la practica. Hay que ser muy respetuosos con la actitud moral de cada persona y con los motivos religiosos, sociales y familiares que limitan la realización de sus propios deseos. No hay que inducir a experimentar el sexo, por que la ideología en la que ha vivido cada uno forma parte de la propia identidad personal, y esta misma ideología la que debe ayudar en un momento determinado a potenciar la relación amorosa (Corbella, J.1994).

Como se ha mencionado anteriormente, siendo la sexualidad una parte muy importante de la vida privada de la mayoría de hombres y mujeres; desde la adolescencia cuando la sexualidad comienza hasta la vejez, además el comportamiento sexual requiere un funcionamiento de substratos neuroanatómicos que incluyen el lóbulo frontal y estructuras limbicas, así como un nivel adecuado de hormonas hipotalamicas, pituitaria y gonadales. Como la sexualidad normal descansa sobre una armonía Fisiológica y Psicológica, este comportamiento esta alterado en muchas enfermedades crónicas incluyendo la epilepsia. La frecuencia precisa con la cual el mal funcionamiento sexual ocurre en epilepsia es desconocida y el mecanismo no ha sido



dilucidado. Sin embargo se han identificado cierto número de variables Biológicas y Sociales que podrían afectar la sexualidad. El mal funcionamiento sexual en personas con epilepsia puede servir como modelo para ayudar a entender la neurobiología del comportamiento sexual. Más importante, el reconocimiento de déficit sexual en este grupo de pacientes, es necesario con el objeto de desarrollar y aplicar un tratamiento efectivo (Morell, 1993).

Con el objeto de estudiar la sexualidad de estos pacientes es de ayuda definir el comportamiento sexual en todos sus componentes según el DSM IV : deseo, excitación, orgasmo y resolución.

\* Deseo: esta fase consiste en fantasías sobre la actividad sexual y el deseo de llevarlas a cabo.

\* Excitación: consiste en la sensación subjetiva de placer sexual y va acompañada de cambios fisiológicos. En el varón; tumescencia penénea y la erección, en la mujer; vasocongestión generalizada de la pelvis, lubricación y expansión de la vagina y la tumefacción de los genitales externos.

\* Orgasmo: punto culminante del placer sexual, eliminación de la tensión sexual y la contracción rítmica de los músculos del perineo y de los órganos reproductores; en el varón existe la sensación de inevitabilidad eyaculatoria que va seguida de la emisión del semen. En la mujer se producen contracciones no siempre experimentadas subjetivamente como tales, de la pared del tercio externo de la vagina. Tanto en el varón como en la mujer el esfínter anal se contrae de manera rítmica.

\* Resolución: esta fase consiste en una sensación de relajación muscular y de bienestar general. Durante ella los varones son refractarios fisiológicamente a la erección y al

orgasmo durante un periodo de tiempo variable, por el contrario las mujeres son capaces de responder a una estimulación posterior más inmediata.

Se ha considerado importante tomar los conceptos del DSM IV en cuanto a los trastornos sexuales, los cuales se caracterizan por una alteración en los procesos propios de la respuesta sexual o por dolor asociado con la realización del acto sexual. Los trastornos de la respuesta sexual pueden aparecer en una o más de las fases anteriormente descritas. Cuando hay mas de una alteración sexual deben registrarse todas. En los criterios diagnósticos no se intenta especificar la frecuencia mínima de la situación, actividades o tipo de contacto sexual en los que puede aparecer la disfunción. Este juicio debe establecerlo el clínico que ha de tener en cuenta diversos factores como la edad y la experiencia del individuo, la frecuencia y la cronicidad del síntoma, el malestar subjetivo y el efecto sobre otras áreas de actividad.

Según el DSM IV los subtipos que pueden usarse para los factores etiológicos asociados al trastorno sexual son los siguientes:

Debido a factores psicológicos: este subtipo se ha descrito para los casos en los que los factores psicológicos son de gran importancia en el inicio, gravedad, la exacerbación o la persistencia del trastorno y las enfermedades medicas y las sustancias no desempeñan ningún papel en su etiología.

Debido a factores combinados: este subtipo se ha descrito cuando;

- a. Los factores psicológicos desempeñan un papel en el inicio, gravedad, la exacerbación o la persistencia del trastorno.
- b. Enfermedad medica o las sustancias contribuyen a la aparición del trastorno pero no son suficientes para constituir su causa, cuando una enfermedad medica o el consumo de sustancias, incluso los efectos secundarios de los fármacos son

suficientes como causa del trastorno debe diagnosticarse, trastorno sexual debido a una enfermedad medica o trastorno sexual inducido por sustancia.

Las características diagnosticas en cuando al trastorno sexual debido a una enfermedad medica están representadas por; la presencia de una alteración sexual clínicamente significativa que se considera producida exclusivamente por los efectos fisiológicos de una enfermedad medica. En este tipo de trastorno sexual puede presentarse dolor durante el coito, deseo sexual hipoactivo, disfunción eréctil en el varón u otras formas de disfunción sexual. Normalmente debe provocar malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales (criterio A) deben existir pruebas ya sea a partir de la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio, de que la alteración se explique en su totalidad por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad medica (criterio B). La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental por ejemplo trastorno depresivo mayor (criterio C).

Existen ciertos subtipos que nos indican cuando se puede considerar un trastorno debido a una enfermedad medica:

\*Deseo sexual hipoactivo en la mujer debido a enfermedad medica (epilepsia); este termino se usa si en una mujer el rasgo predominante es un deseo sexual deficiente o ausente.

\*Deseo sexual hipoactivo en el varón debido a enfermedad medica (epilepsia); Este termino se usa si en un varón el riesgo predominante es un deseo sexual deficiente o ausente.

\*Trastorno de la erección debido a enfermedad medica (epilepsia); este termino se usa si la disfunción eréctil masculina es el rasgo predominante.

\*Dispaurenia femenina debido a enfermedad médica (epilepsia); este término se usa en una mujer cuyo rasgo predominante es el dolor asociado al coito.

\*Dispareunia masculina debido a enfermedad médica (epilepsia); este término se usa si en un varón el rasgo predominante es el dolor asociado al coito.

En cuanto a las características diagnósticas a cerca del trastorno sexual inducido por sustancias; consiste en una alteración sexual clínicamente significativa que provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales (criterio A). Según sea la sustancia consumida el trastorno puede alterar el deseo y la excitación sexual, así como el orgasmo o producir dolor. Se considera que la alteración puede explicarse en su totalidad, por los efectos psicológicos directos de alguna sustancia por ejemplo; drogas, fármacos o exposición a tóxicos (criterio B). El trastorno no se debe explicar mejor por la presencia de un trastorno sexual no inducido por sustancias (criterio C).

Según el trastorno sexual predominante, se han seleccionado las siguientes especificaciones para el trastorno sexual inducido por sustancias. Aunque el cuadro clínico del trastorno sexual puede parecerse a uno de los trastornos sexuales primarios específicos, en el trastorno inducido por sustancias no se cumplen todos los criterios.

- a. Alteración del deseo: esta especificación se usa si el síntoma predominante es la ausencia o disminución del deseo sexual.
- b. Alteración de la excitación: esta especificación se usa si el síntoma predominante es una alteración de la excitación sexual, por ejemplo trastorno eréctil, alteración de la lubricación.
- c. Con alteración del orgasmo: esta especificación se usa si el síntoma predominante es una alteración del orgasmo.

- d. Con dolor sexual: esta especificación se usa si el síntoma predominante es el dolor durante el coito.

Desde un punto de vista neurológico, el deseo sexual se refiere a la disposición de involucrarse en un comportamiento sexual cuando un apropiado estímulo sexual es dado. Las hormonas sexuales también son indispensables para sustentar el deseo sexual, incluyendo estrógenos – esteroidales de las gónadas sexuales, progesterona y especialmente testosterona; así como hormonas de la pituitaria, incluyendo la hormona luteinizante – gonadotrópica (LH) y hormona folículo – estimulante (FSH), y prolactina (Morell, 1993).

La respuesta sexual es definida como la excitación sexual. Esto es estrictamente definido como la capacidad para responder a los estímulos sexuales con una serie de respuestas estereotipadas de tipo vascular, neuronal y muscular. Una respuesta sexual fisiológica normal requiere un funcionamiento intacto de la corteza cerebral, tallo cerebral, médula espinal y sistema nervioso autónomo, incluyendo divisiones del simpático y del parasimpático. Las estructuras genitales deben ser anatómicamente normales y funcionar normalmente. La respuesta fisiológica sexual también requiere que el trasfondo hormonal incluya niveles adecuados de esteroides gonadales (Health, 1990).

Davinson y Kwan 1993 dicen que la respuesta sexual está caracterizada por una excitación fisiológica inespecífica y por una serie de eventos estereotipados en el tejido genital. El ciclo de la respuesta sexual masculina se inicia como una fase de excitación.

El estímulo sexual provoca un incremento de las frecuencias cardíacas y respiratoria, aumento de la presión arterial y de la vascularización de la piel. La congestión vascular se inicia en el pene y eventualmente logra su erección y rigidez. Esta respuesta es

mediada por ramas parasimpáticas del sistema nervioso autónomo y depende de los nervios sacrales 2, 3 y 4. Cuando la congestión vascular es máxima, se inicia la fase de meseta que se mantiene por un periodo variable. La fase de meseta termina con el orgasmo, mediado por el sistema nervioso simpático y por los nervios sacrales 2, 3 y 4. La fase de resolución sigue al orgasmo, esta fase es un periodo refractario durante el cual no se puede lograr excitación fisiológica con ninguna cantidad de estimulación sexual. El periodo refractario es variable y tiende a aumentarse con la edad. El ciclo de excitación sexual en las mujeres es muy similar al de los hombres. La fase de excitación esta caracterizada por estimulación fisiológica generalizada y por congestión vascular y miotonia vaginal, lo cual depende del sistema nervioso parasimpático y de los nervios sacrales 2, 3 y 4. Siguiendo a la fase de meseta, ocurre el orgasmo mediado por los nervios simpáticos y somáticos. Los eventos fisiológicos de orgasmo incluyen contracciones rítmicas de 0.8 segundos en el piso pélvico, útero y trompas de falopio. En las mujeres, el periodo refractario es corto, lo cual permite múltiples orgasmos.

La presentación cortical del comportamiento sexual no es bien entendido en los humanos. Sin embargo, en un estudio con pacientes a los que se les implantaron electrodos intracraneales, se demostró que las erecciones fueron asociados con una descarga rítmica de Papez. Los órganos sexuales fueron asociados con una descarga rítmica de alta frecuencia en el hipocampo, mientras que la estimulación química del mismo reprodujo sentimientos de sensaciones sexuales placenteras. (Heath y Balbain , 1991).

Cualquier trastorno en la corteza cerebral y de las estructuras limbicas podría teóricamente, interrumpir la dinámica relación entre las hormonas del neuroeje. Finalmente, el equilibrio dinámico del eje endocrino puede ser alterado por

medicamentos que aumentan o reducen el metabolismo hepático de las hormonas esteroideas, como ocurre con muchos medicamentos antiepilépticos (Dana y Oxlery, 1996).

El mal funcionamiento sexual en personas con epilepsia ha sido descrito desde 1956 mas comúnmente como hiposexualidad global. Alteraciones de la excitación y el deseo típicamente impotencia, han sido descritas en aproximadamente 30-60 % de hombres con epilepsia (Pritchard, 1990).

En 97 hombres con epilepsia entrevistados (Fenwick y colaboradores, 1985) se encontró que 21% de ellos nunca habían experimentado una relación sexual a pesar de tener la oportunidad de hacerlo y por lo menos un tercio de los que estaban sexualmente activos, habían tenido dificultades con la erección o con la eyaculación. Las desviaciones sexuales parecen ocurrir muy raramente en esta población y la hipersexualidad se encontró solamente en el 1% de los pacientes evaluados en un estudio (Taylor, 1991).

Deficiencias en mujeres no han sido bien descritas. Por propios reportes, hay una alta incidencia de dispareunia, vaginismo y excitación sexual disminuida (Morrel y Guldner, 1994).

Un tercio de las mujeres con epilepsia se describen a ellas mismas como insatisfechas con su función sexual global, en contraste con una prevalencia general del 8%. Diferencias más sutiles en el deseo sexual puede apreciarse en algunas mujeres con epilepsia. En una encuesta realizada en mujeres a las que se les invito a imaginarse y a calificar su grado de excitación sexual y ansiedad en respuesta a cierto numero de actividades sexuales, se encontró que el grado de excitación fue similar en las mujeres con epilepsia de origen focal y en las mujeres con epilepsia primaria

generalizada (Presumiblemente de origen genético), pero las mujeres con epilepsia de origen focal imaginaron que ellas pudieron haber experimentado significativamente más ansiedad en situaciones sexuales (Jensen y colaboradores, 1990).

Según Morrel y colaboradores (1994), estímulos inductores de excitación sexual fueron evaluados en hombres y mujeres con epilepsia de origen focal en el lóbulo temporal y comparados con controles de edades similares. En este protocolo, la congestión vascular genital en respuesta a estímulos de videos eróticos fue evaluado con aparatos no invasivos. La respuesta del flujo sanguíneo genital correspondiente a la fase de estimulación del ciclo de excitación sexual, estuvo significativamente disminuida en hombres y mujeres con epilepsia. Una moderada excitación sexual subjetiva fue reportada por todos los sujetos, sugiriendo que hombres y mujeres con epilepsia experimentaron una alteración de la excitación sexual en vez de una alteración del deseo sexual.

Hay un cierto número de mecanismos potenciales por los cuales la sexualidad puede ser alterada en personas con epilepsia. Deficiencias psicosociales, tales como oportunidades sociales restringidas y falta de auto - estimación, limitan las oportunidades para una interacción sexual normal. La pobre aceptación de una enfermedad esta asociada con el mal funcionamiento sexual y puede contribuir a debilitar la sexualidad en personas con epilepsia (Jensen, 1992).

La disrupción de las regiones corticales que median el comportamiento sexual, ya sea por lesiones fijas o por descargas epileptiformes, podrían influenciar la estimulación y el deseo sexual. Cambios en las hormonas que sustentan el comportamiento sexual ocurren en epilepsia debido a las convulsiones y a las drogas anticonvulsivantes. Estas últimas tienen efectos directos sobre las regiones corticales que median la sexualidad y



también pueden causar el mal funcionamiento sexual debido a efectos secundarios sobre las hormonas reproductivas (Paredes y Colaboradores, 1991).

La incapacidad psicosocial puede impactar adversamente la sexualidad en hombre y mujeres con epilepsia. Convulsiones recurrentes pueden llevar a un sentimiento de vulnerabilidad y desesperanza, disminuyendo la capacidad de formar relaciones saludables y fructíferas. Tener epilepsia puede limitar el desenvolvimiento social, particularmente para pacientes con convulsiones frecuentes quienes tienen acceso restringido a experiencias educacionales y ocupaciones usuales. Finalmente el comportamiento sexual puede ser negativamente reforzado si sensaciones sexuales son un componente de las convulsiones. Muchos pacientes se preocupan por que la actividad sexual puede que precipite una convulsión, particularmente aquellos en quienes las convulsiones son desencadenadas algunas veces por esfuerzos físicos o por hiperventilación ( Cogen y Colaboradores, 1990).

Según Weber y colaboradores (1986) Dicen que la experiencia sexual, puede ser limitada en algunas personas con epilepsia. En apoyo de esta hipótesis, la tasa de matrimonios es aproximadamente 83% de la esperada para individuos de edades similares.

Un estudio realizado, evaluó la experiencia sexual en hombres y mujeres con epilepsia del lóbulo temporal, demostró que estos hombres y mujeres tenían una experiencia sexual significativamente menor que la de controles de edades similares. Sin embargo, el mismo estudio repetido, encontró que no había diferencias en la experiencia sexual de hombres y mujeres con epilepsia comparados con hombres y mujeres de edades similares sin ninguna enfermedad neurológica, sugiriendo que la

experiencia puede estar mas directamente determinada por las expectativas culturales predominantes (Morell y colaboradores, 1994).

Varias observaciones clínicas sugieren que las disfunciones en las estructuras límbicas predisponen para el mal funcionamiento sexual. El mal funcionamiento sexual usualmente se manifiesta después del inicio de las convulsiones y puede ser, más común en individuos con epilepsia de origen focal, particularmente aquellas convulsiones que se originan en la amígdala y en el hipocampo (Demerdash y Colaboradores, 1991).

Varios autores reportan que el mal funcionamiento sexual mejora después de la lobectomía temporal para convulsiones médicamente intratables, a pesar de continuado el tratamiento con drogas anticonvulsivantes (Saunders y Rawson, 1992).

Las drogas anticonvulsivantes afectan el comportamiento sexual por al menos dos mecanismos: alteraciones en el metabolismo hormonal y su unión a las proteínas y por efecto cortical directo. Aquellas drogas que inducen o inhiben el sistema enzimático microsomal hepático alteran el metabolismo de las hormonas esteroideas sexuales. Muchas drogas anticonvulsivantes también inducen la producción de globulina fijadora de hormonas sexuales, la cual es una proteína fijadora de hormonas esteroideas. El aumento de fijación reduce la fracción libre biológicamente activa. Estos dos mecanismos causan una reducción en el nivel libre de las hormonas esteroides (Isojarvi y Colaboradores, 1995).

La disminución de la libido y de la estimulación sexual fueron descrita en el 12 % de hombres empezando tratamientos con drogas anticonvulsivantes, un efecto que es mas pronunciado con barbitúricos.

Las drogas anticonvulsivantes no son las causantes de todos los déficit sexuales observados en personas con epilepsia. Primero, el mal funcionamiento sexual se origina con el inicio de la epilepsia antes del tratamiento (Hieron y Sanders, 1990).

Ocurre en hombres y mujeres no tratados con drogas anticonvulsionantes y no se correlaciona con él numero de drogas antiepilépticas utilizadas o sus niveles sericos (Pritchard, 1990).

Los déficits sexuales pueden mejorar cuando las convulsiones son controladas, incluso cuando esto requiere dosis mas elevadas de drogas antiepilépticas o después de lobectomia temporal (Blumer y Walter, 1989).

Actualmente en la –Liga colombiana contra la epilepsia.- Hospital Neurológico y FIRE presentan un 65% de pacientes que presentan la condicion de epilepsia mayores de 18 años con una pareja estable, los cuales se encuentran actualmente bajo tratamiento farmacologico y un 30% de la población ha sido intervenida quirúrgicamente, anteriormente no se ha realizado ningún estudio a cerca de su comportamiento sexual, lo cual con lleva a la necesidad de realizar una evaluación del funcionamiento sexual en las personas que han sido operadas de epilepsia.

Las personas con epilepsia que se quejan constantemente de problemas sexuales, deben ser evaluadas por otras causas del mal funcionamiento sexual. Causas psicogénicas del mal funcionamiento sexual o trastornos afectivos como; depresión. Los síntomas sexuales también pueden originarse como resultados de tabúes de orden religioso, social o familiar debido a experiencias negativas en épocas tempranas de la vida. Una relación disfuncional incluyendo a un compañero (a) sexual es una causa muy común. Medicamentos, tales como drogas psicótropicas y agentes antihipertensivos,

pueden estar asociados como déficits de la estimulación y el deseo sexual (Jensen, 1992).

Las enfermedades neurológicas causantes del mal funcionamiento sexual incluyen lesiones o enfermedades que afectan la médula espinal y lesiones corticales noepileptogénicas, particularmente aquellas que afectan los lóbulos frontal y temporal (Jensen, 1992).

La intervención terapéutica empieza con una explicación de que el mal funcionamiento sexual es un epifenómeno de la epilepsia. Esto puede ser extraordinariamente aliviante para el paciente y su compañero (a) sexual a cerca de la epilepsia en general y del grado de control de las convulsiones que se puede esperar a corto y a largo plazo mejora, la aceptación de la enfermedad, especialmente cuando se combina con una discusión franca y realista en relación con el impacto de la epilepsia en la vida del paciente, sus familiares y sus amigos (Agmo, Confreres, Paredes, 1991).

La prevalencia del mal funcionamiento sexual y epilepsia debe ser contrastada con otras enfermedades crónicas. Los efectos de determinadas drogas anticonvulsivantes sobre el comportamiento sexual deben ser dilucidados. Debe alcanzarse un mejor entendimiento de las anomalías endocrinas asociadas con epilepsia. Finalmente, y más importante, debe enfocarse la atención sobre los tratamientos que pueden ser ofrecidos a esos hombres y mujeres que experimentan el mal funcionamiento sexual (Davinson, Kwan, 1993).

Una vez citados en su mayoría datos informativos que proporcionan las luces más relevantes con respecto a las posibles relaciones existentes entre la epilepsia y el funcionamiento sexual; no está demás destacar también algún tipo de trastorno a nivel emocional que pueda dar lugar a alguna alteración a nivel sexual y no este

fisiológicamente relacionado con la enfermedad; Con respecto a esto se refiere, el trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad medica, según el DSM IV la característica esencial del mismo es una notable y persistente alteración del estado de ánimo que se considera debido a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad medica. La alteración del estado de ánimo puede consistir en un estado de ánimo depresivo, en una notable disminución de intereses o del placer o un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable (Criterio A). Aunque la presentación clínica de la alteración del estado de ánimo puede parecerse a la de un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, no se cumplen totalmente los criterios para estos episodios. El tipo de síntoma predominante puede indicarse utilizando uno de los subtipos siguientes: Con síntomas depresivos, con episodios similares a los depresivos mayores, con síntomas maníacos o con síntomas mixtos. En la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio deben existir pruebas de que la alteración es la consecuencia directa de una enfermedad medica (criterio B). La alteración del estado de ánimo no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (p. Ej., Un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo que se presenta como respuesta al estrés psicológico debido a padecer una enfermedad medica) (Criterio C). Tampoco se establece el diagnóstico si la alteración del estado de ánimo solo se presenta en el transcurso de un delirio (Criterio D). La alteración del estado de ánimo debe provocar malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio E). En algunos casos el sujeto puede ser aun capaz de desenvolverse a costa de un esfuerzo muy importante ( Rush, J. y cols 1995 ).

Al considerar que no son pocas las personas que padecen de epilepsia y que no todas han sido intervenidas quirúrgicamente, ya sea por temor o por desconocer

realmente en que consiste tal intervención, y a su vez las grandes ventajas que podría representar para su salud y su condición sexual, si acaso presenta alguna alteración a este último nivel; nació la inquietud de llevar a cabo un estudio acerca de la “Evaluación del funcionamiento sexual genital en las personas que han sido operadas de Epilepsia”.

La población escogida para esta investigación serán los pacientes operados de epilepsia vinculados a la “Liga colombiana contra la epilepsia. - Hospital neurológico y FIRE “ por ser un centro hospitalario especializado en este tipo de enfermedades neurológicas, contar con un magnífico grupo disciplinario y a su vez poseer el mayor número de pacientes que padecen del trastorno epiléptico, operados y no operados, los cuales constituyen la parte más esencial de esta investigación.

Teniendo en cuenta que la definición dada por Hernandez y cols (1994) de la investigación de tipo descriptivo, en la cual se busca especificar la incidencia de un fenómeno en una población determinada al igual que analizar y describir lo que se investiga, abarca las expectativas de esta investigación la Evaluación del funcionamiento sexual genital en las personas que han sido operadas de Epilepsia, se desarrollo bajo las directrices de la investigación descriptiva.

El objetivo general de este trabajo de grado es evaluar el funcionamiento sexual genital en las personas que han sido operadas de epilepsia con el fin de obtener información que permita describir los comportamientos particulares de las mismas y lo que provoca dicho comportamiento, de tal manera que ayude al mejoramiento de la calidad de vida de estas personas.

Los objetivos específicos son:

1. Describir cuales son las consecuencias posteriores sobre el funcionamiento sexual genital en las personas que han sido operadas de epilepsia.
2. Describir si existe alguna relación psicogénica entre la ingesta de drogas anticonvulsivantes, la ansiedad, la depresión, que incidan en el funcionamiento sexual genital.
3. Proporcionar bases teóricas que permitan el desarrollo de futuras investigaciones que profundicen el estudio acerca de cuan efectivas son las operaciones de epilepsia en el mejoramiento de las funciones sexuales genitales con personas que han sido operadas.

Dentro de la realización de esta investigación se manejan las siguientes

variables:

#### 1. Funcionamiento sexual genital.

Definición conceptual: Entendido como la constitución corporal de un sistema biofísico razonablemente sano y los órganos sexuales funcionando adecuadamente ( Sapena, O. 1999 ).

Definición operacional: Entendido como la capacidad para experimentar tumescencia peneana, erección, eyaculación y orgasmo en el varón; En la mujer, lubricación, expansión de la vagina, tumefacción de los genitales externos y orgasmo. Esta variable será medida de acuerdo a una escala nominal.

#### 2. Epilepsia.

Definición conceptual: Epilepsia entendida como; “Síndrome Cerebral Crónico”. de varias etiologías, caracterizadas por crisis recurrentes, debido a descargas excesivas de las neuronas y asociado por diferentes manifestaciones: Clínica y laboratorio. La

crisis puede ser: trastorno de conciencia, sensaciones y/o movimientos (convulsiones). (Revista de Epilepsia en Colombia – vol. X, 1993).

Definición operacional: Entendida como todas aquellas actividades neuronales o actividades paroxísticas que puedan ser identificadas por medio de una TAC (tomografía axial computarizada), un EEG ( electroencefalograma) u otros indicadores especializados que demuestren la presencia de actividad epiléptica en el individuo. Esta variable será medida de acuerdo a una escala ordinal.

<b>Control de Variables</b>		
<b>QUE?</b>	<b>COMO?</b>	<b>POR QUE?</b>
<b><u>De los sujetos</u></b>		
<b>Edad</b>	Entre 18 y 25 años, promedio de edad 22 años.	Se considera que es la edad ideal para la generalización de los resultados.
<b>Nivel socioeconómico</b>	Serán de estrato socioeconómico Medio – bajo.	Esta situación se presenta con mayor frecuencia en este tipo de población.
<b>Sexo</b>	Se trabajara con personas de sexo masculino y femenino.	Facilita ampliar los datos hacia ambos géneros de la población.



**Nivel de escolaridad** Los participantes deben haber cursado mínimo la escuela básica Secundaria. Permite mayor confiabilidad en las respuestas a los reactivos de la prueba, puesto que pueden tener un mayor entendimiento del tema.

**De los experimentados**  
**res**

**Experiencia** Se deberá aplicar la prueba a mayores de edad. Incrementa la validez en la aplicación de la prueba.

**Numero de investigadores** Serán dos investigadores durante toda la investigación. Garantiza la confiabilidad en la recolección de información y evaluación de los resultados.

**De la situación experimental**

Se utilizaran las Aquí se llevara a cabo

<b>Lugar</b>	instalaciones físicas de la liga Colombiana contra la epilepsia FIRE.	la mayor parte de la investigación, con pacientes institucionalizados.
<b>Hora</b>	Seleccionando las horas que preceden a aquellas empleadas en la practica d exámenes físicos de rutina.	Así se evitaran las posibles distorsiones en las respuestas de los sujetos, debido a los niveles de agotamiento.
<b>Temperatura</b>	Utilizando espacios con adecuada ventilación, que permitan la comodidad de los sujetos.	Facilita la disposición de los participantes en la aplicación de la prueba.
<b>Ruido</b>	Utilizando un lugar con niveles de ruido mínimo.	Permite la concentración de los participantes en el desarrollo de la prueba.
<b><u>Del instrumento</u></b>	Otorgando para todos el mismo tiempo de aplicación (30 Minutos).	Es el tiempo adecuado para responder la prueba.
<b>Tiempo de aplicación</b>		

<b>Instrucciones</b>	Presentando las mismas instrucciones para todos los participantes de la investigación.	Se garantiza homogeneidad en la ejecución de la prueba.
<b>Forma de aplicación</b>	De manera colectiva y aplicación individual.	El tipo de reactivos utilizados permite este tipo de aplicación.

## Método

### Participantes

La población de esta investigación serán los pacientes en edades entre 18 y 25 años que se encuentren institucionalizados en la –Liga Colombiana contra la epilepsia.- Hospital Neurológico y FIRE, de estrato socioeconómico medio bajo y que hayan cursado mínimo el grado 11 de escuela básica secundaria.

En este estudio la población esta conformada por los pacientes operados por el Doctor Jaime Fandiño.

Para la aplicación de la prueba piloto se utilizó la técnica de muestreo intencional, ya que se aplico la prueba con los pacientes operados de epilepsia que tenían cita con el Doctor Jaime Fandiño los días 1 y 2 de febrero del año en curso, este tipo de muestreo es el apropiado para el estudio puesto que la mayoría de los pacientes viven en zonas de alta peligrosidad para el desplazamiento de los investigadores, en algunos casos, y en otros, en términos de costos dado que también hay pacientes residentes en poblaciones

alejadas de la ciudad. Puesto que en este tipo de muestra no todos los sujetos tienen la misma probabilidad de ser escogidos.

Los resultados del estudio se esperarán en términos de la muestra sin hacer inferencias a la población de la cual se extrajo.

### Instrumento

El instrumento desarrollado en esta investigación, “Evaluación del funcionamiento sexual genital en las personas que han sido operadas de epilepsia” es el test de evaluación sexual en epilepsia (TESE), el cual ha sido diseñado por los estudiantes a cargo de la investigación. El test TESE consta de datos demográficos (edad, sexo, dirección y estado civil), y de 30 ítems cerrados con única respuesta categorizados así: del 1 al 3 buscan establecer información acerca de la historia del trastorno como desde cuando lo padece y si este pudiese ser hereditario; los ítems del 4 al 13 pretenden conocer la estabilidad sexual del sujeto, como cuantas parejas sexuales – genitales ha tenido y si la condición epiléptica ha interferido en el desarrollo de su vida sexual; los ítems del 14 al 15 buscan establecer las diferencias del funcionamiento sexual de los sujetos a partir de condiciones diferentes a la epilepsia tales como; ansiedad y depresión siendo estos estadios emocionales que pueda alterar el funcionamiento sexual; así con los ítems del 16 al 19 se desea conocer la incidencia de algún tratamiento farmacológico o ingesta de medicamentos anticonvulsivantes sobre el funcionamiento sexual - genital; los ítems del 20 al 24 suministran información acerca del funcionamiento sexual - genital post operatorio en los pacientes para verificar, si han experimentado molestias o mejorías a nivel sexual - genital; finalmente los ítems del 25 al 30

pretenden evaluar si se presenta algún tipo de disfunciones sexuales por parte el funcionamiento sexual - genital de los sujetos que han sido operados de epilepsia.

Para establecer la confiabilidad del instrumento se aplicó una prueba piloto la cual fue evaluada por medio del coeficiente de correlación de Pearson en donde se obtuvieron valores superiores a 0.97 cuando se correlacionaron las respuestas de la muestra. El procedimiento consistió en distribuir al azar las hojas de respuesta en dos grupos y evaluar la correlación existente entre los ítems de cada grupo ( ver anexo B ). Tales resultados demuestran que la prueba es ampliamente confiable, ya que se ha encontrado que la cantidad de respuestas emitidas por los participantes en la prueba en los dos grupos tienen alto grado de correlación (Hernández y cols 1994 ).

Se estableció una validez de contenido ya que el test mide lo que se desea medir y concuerda con el marco teórico de la investigación.

### Procedimiento

Se llevara a cabo un promedio de 2 secciones de aplicación del test los cuales se desarrollaran teniendo en cuenta el tiempo y horario de los sujetos seleccionados para la muestra. Se utilizara el siguiente procedimiento de manera estándar para cada uno de los grupos de aplicación:

Sección # \_\_\_\_\_

Tema: Aplicación colectiva del test.

Objetivo: Recolectar información acerca del funcionamiento sexual genital en las personas que han sido operadas de epilepsia, mediante la aplicación del

test, con el fin de reunir de manera global las respuestas suministradas por los sujetos para realizar el análisis estadístico objeto de esta investigación.

Metodología: Los sujetos serán ubicados en numero no mayor a 30, en un salón amplio con condiciones ambientales estándar (adecuada iluminación y ventilación, poco ruido, etc.) y suministrando las siguientes instrucciones:

Buenos días (tardes); nosotros somos estudiantes de décimo semestre de Psicología de la Corporación Universitaria Tecnológica de Bolívar, hoy les vamos a aplicar un test, esperamos su colaboración. Es importante tener en cuenta lo siguiente:

“Lea y conteste atentamente las preguntas que se encuentran a continuación.

Recomendamos que sea lo más sincero posible ya que no existen respuestas correctas o incorrectas, anote sus respuestas en el formato de color Rosado que encuentra junto a este test. En primer lugar escriba sus datos (edad, sexo, dirección, etc.) en la parte superior de la hoja; y luego marque con una “x” la letra que indique su respuesta.

No deje ninguna respuesta sin contestar. Recuerde no escribir sobre las preguntas y recuerde que el número de la pregunta corresponde al de la respuesta.

Si quiere cambiar una respuesta borre y marque la nueva respuesta”.

Se repartirá uno a uno los cuadernillos con sus respectivos formatos de respuesta (color Rosado), lápices y borradores. Se explicaran en el tablero la forma de llenar la hoja de respuesta así: “ Usted luego de leer la pregunta

número uno por ejemplo y su alternativa de respuesta, debe marcar con una "x" en el formato Rosado así:

En caso de que su respuesta sea a, deberá marcar de la siguiente manera:

1. a    b

x

Una vez comprendidas las instrucciones anteriores se procede a entregar los cuadernillos con las hojas de respuesta y se da la orden de comenzar a responder, escribiendo primero los datos generales. Cada uno de los encuestadores recorrerá el salón revisando que hayan consignado los datos de manera indicada. Se informara a los participantes que tienen 20 minutos para responder el test; transcurrido este tiempo se procederá a recoger los cuestionarios y se agradece a los sujetos su participación y colaboración; dando por terminada la sesión. Se realizaran 2 sesiones cada una de 30 minutos correspondiente al termino de dar las instrucciones y diligenciar el cuestionario.

## **Resultados**

El análisis estadístico basa su fundamentación teórica sobre las normas de interpretación de la prueba aplicada Test de Evaluación Sexual en Epilepsia (TESE), que plantea 30 ítems con 4 tipos de respuesta cerradas diferentes para cada ítem en teniendo que cada una de las respuestas es relativa a la población específica sobre la cual se aplicó el instrumento.

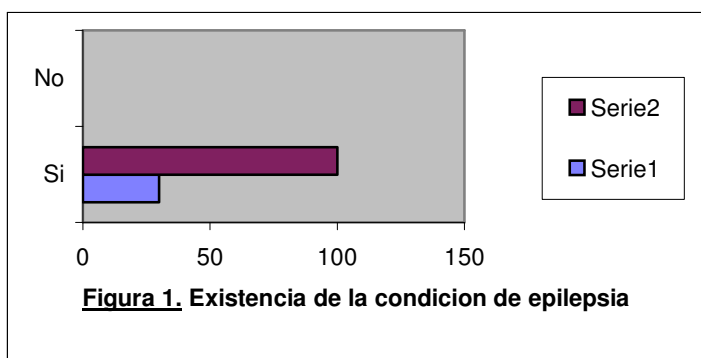
A continuación se analizan los resultados obtenidos para cada uno de los ítems de la prueba TESE aplica a una muestra de 30 personas operadas de

epilepsia los cuales son pacientes de la Liga Colombiana contra la epilepsia. – Hospital Neurológico y FIRE.

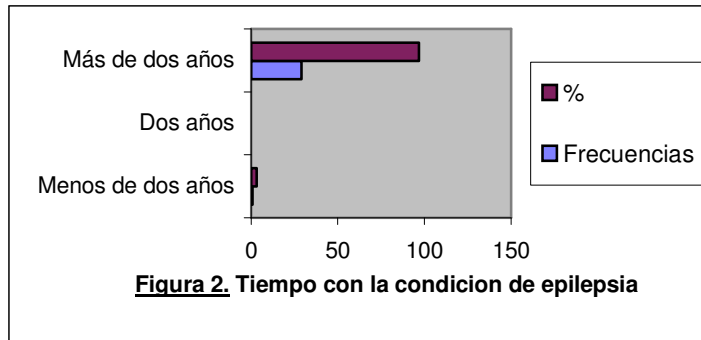
El análisis estadístico tiene un enfoque descriptivo y se apoyará en el análisis de frecuencias y porcentajes, en el cálculo de las medidas de tendencia central apropiadas para la escala de medida nominal y ordinal que caracterizan los ítems del test ( Franco, G 1998). Los resultados se acompañarán de gráficos para visualizar y facilitar la comprensión de los resultados.

Teniendo en cuenta que la mayoría de las variables son de carácter ordinal, la medida de tendencia central preferiblemente será la moda dado que es la medida que nos permite interpretar los datos con mayor veracidad.

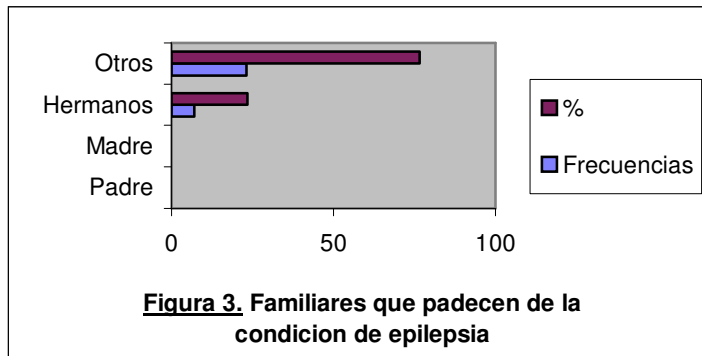
Los dos primeros ítems de la prueba permiten conocer que todos los encuestados padecen la condición de epilepsia y con respecto a la moda el 96.7 % de los pacientes la padece hace más de dos años respectivamente.



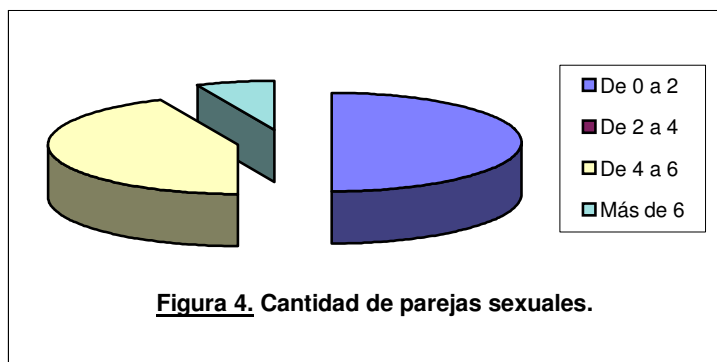




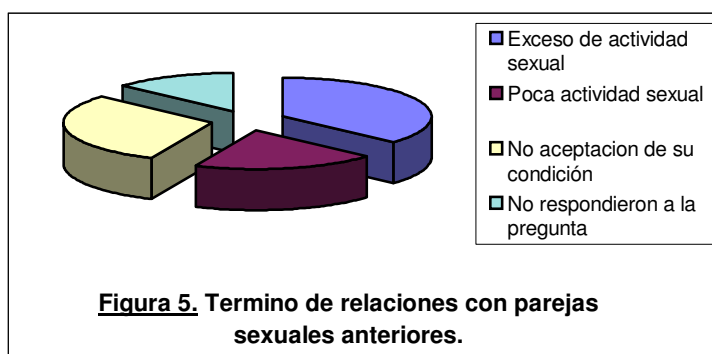
A partir del tercer ítem es posible notar que no se puede atribuir un carácter genético como tal al padecimiento de la condición epiléptica dado que se encontró que la 76.7% de los pacientes tienen familiares que corresponden al tercer grado de consanguinidad que también padecen la condición epiléptica a diferencia de los padres y hermanos que no han experimentado siquiera estadios convulsivos.

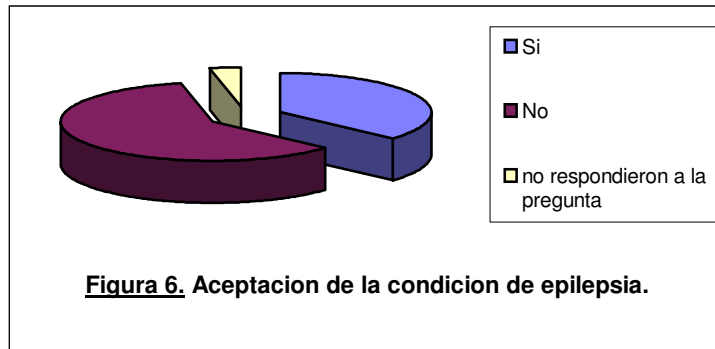


Con respecto a la moda en el cuarto ítem se observa una frecuencia del 43.3% de los pacientes han tenido mas de cuatro parejas sexuales lo que evidencia una constante inestabilidad en las relaciones de pareja debido como se reitera mas adelante a partir de los items 5 y 6 a la condición epiléptica.

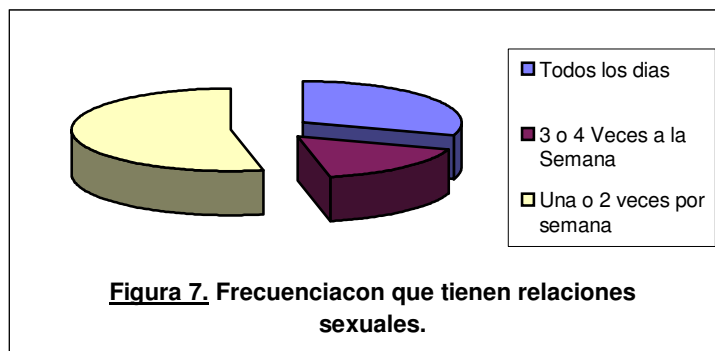


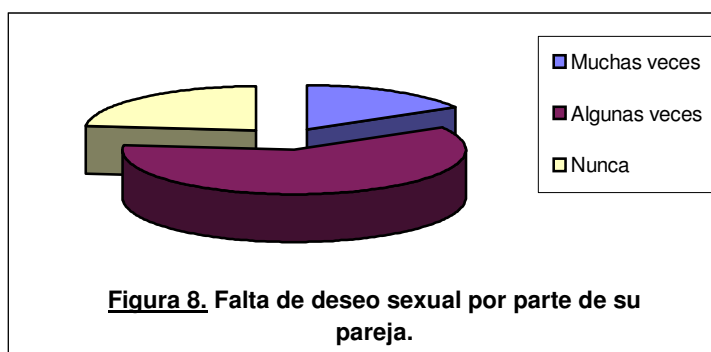
Los datos obtenidos en los ítems 5 y 6 respectivamente indican que la inestabilidad de los pacientes en el 36.7% de los casos se debe al exceso de actividad sexual, porcentaje que coincide exactamente con la cantidad de pacientes que no experimentan rechazo por parte de sus diferentes parejas sexuales, lo cual muestra un margen de frecuencia con respecto a la moda del 60% de pacientes cuyas parejas sexuales se separan pues no aceptan la condición epiléptica de su pareja.





Paradójicamente o en contraposición a los datos mencionados anteriormente, se encontró, basados en los ítems 7 y 8 que el 53.3% de los pacientes encuestados solo tienen relaciones sexuales una o dos veces por semana y a su vez experimentan una falta de deseo sexual por parte de sus parejas, ( el 60%), lo cual indica claramente que estas variables conducen a los pacientes a explotar al máximo los momentos en que les era posible desarrollar este tipo de actividad.





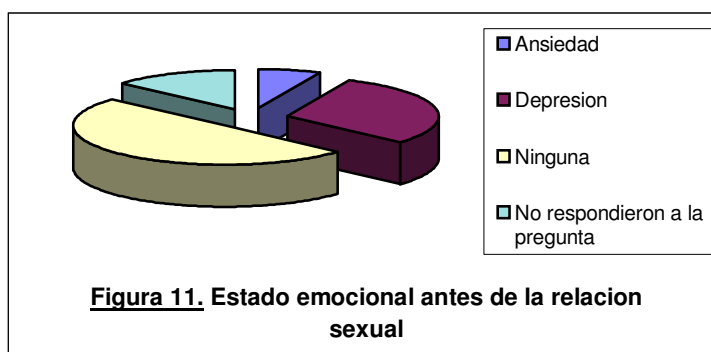
Se indagó acerca de algún tipo de disfunción sexual como la anorgasmia masculina, en donde se encontró que ninguno de los pacientes que respondieron a la pregunta poseen este tipo de enfermedad. Aunque un gran porcentaje de los pacientes no justificaron en el ítem 9 por que sus parejas experimentaban una falta de deseo sexual hacia ellos, la moda correspondiente al 20% de los pacientes que respondieron la pregunta apunta única y exclusivamente hacia el padecimiento de la condición epiléptica y las consecuencias que acarrea a nivel sexual descritas anteriormente y las consecuencias emocionales que están próximas a ser expuestas por los ítems subsiguientes.

A través del décimo ítem es posible conocer que con respecto a la moda el 80% de los pacientes a los cuales se les aplicó la prueba en algún momento de sus vidas desde que padecen la condición de epilepsia han experimentado algún tipo de manifestación aunque sea de menor grado o pequeños estadios convulsivos durante sus relaciones sexuales.

La información obtenida en el ítem anterior indica claramente que estas manifestaciones menores se presentan más como resultado de un estado

emocional intenso que por el padecimiento de la condición epiléptica como tal así lo muestra el ítem número 11, en donde encontramos con respecto a la moda una frecuencia del 30% de los participantes que experimentan una depresión intensa antes de tener relaciones sexuales, y aunque en menor grado, exactamente el 6.7% experimenta ansiedad antes de la relación sexual.

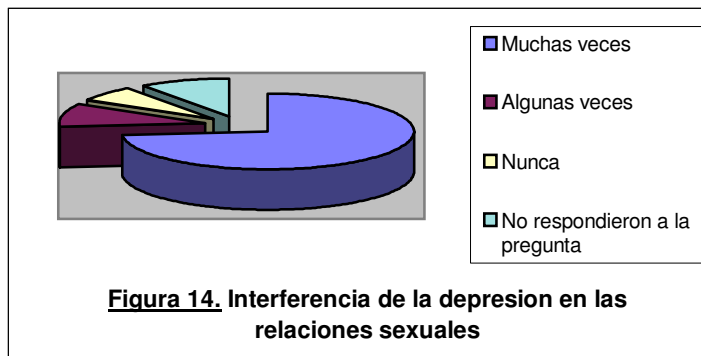
Todos estos datos permiten concluir que el estado emocional del paciente es mucho más preponderante a la hora de establecer no solo un tipo de contacto íntimo si no que también interfieren en cualquier intento por socializar tal como lo afirman Hieron y Sanders (1990).



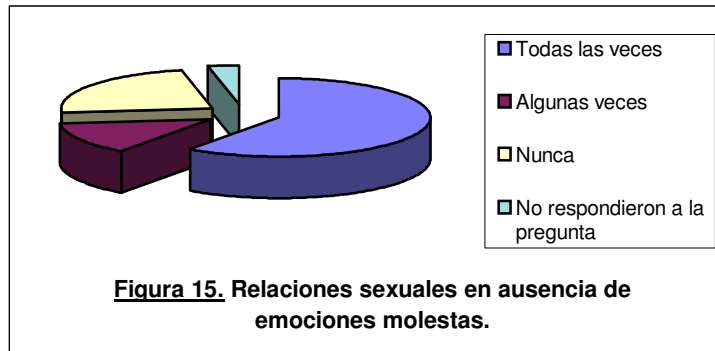
Los ítems 12 y 13 corroboran la información anterior determinando que tanto la ansiedad como la depresión conllevan a los pacientes a experimentar un tipo de cogniciones erradas con respecto a su enfermedad, lo cual hace que se establezca un bloqueo entre estos pacientes y sus parejas sexuales ya que algunas de las cogniciones más frecuentes son el temor al rechazo o pensar en algunos casos equívocamente que no satisfacen a sus parejas tal como lo indica la moda en el ítem 13 en donde se encuentra una frecuencia del 33.3% de pacientes que piensan de esta manera. Con base en esta información es

posible sugerir un tipo de intervención psicológica con estos pacientes dirigida hacia una reestructuración cognitiva.

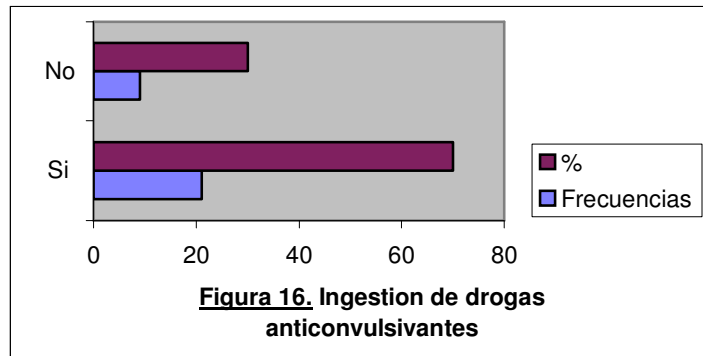
En el ítem 14 se puede observar una frecuencia del 73.3% con respecto a la moda que indica una intervención importante de la depresión con relación al establecimiento de las relaciones sexuales. Dicha depresión es causada mas que todo por el padecimiento de la condición epiléptica dado que estas personas piensan que por padecer de epilepsia van a ser rechazados por sus parejas sexuales.



La información encontrada a partir del ítem numero 15 reitera una vez mas los datos obtenidos hasta ahora a través de la presente investigación, dado que se encuentra una frecuencia del 60% con respecto a la moda en donde los participantes afirman tener un tipo de relaciones sexuales adecuadas cuando no se encuentran deprimidos o en otros casos ansiosos.



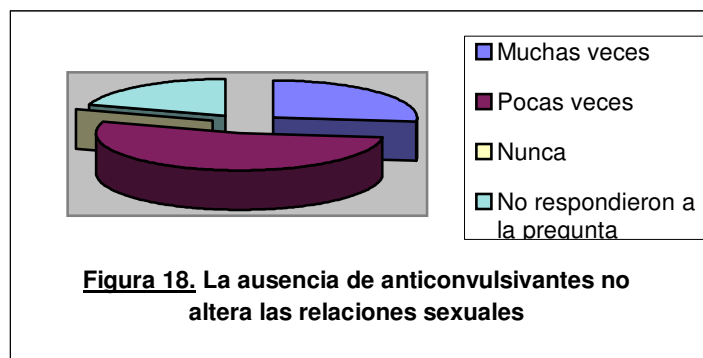
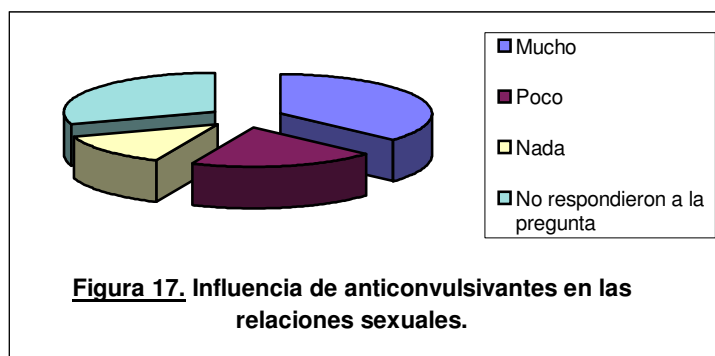
Por medio del ítem 16 se observa una frecuencia del 70% con respecto a la moda que indica la cantidad de pacientes que han usado drogas anticonvulsivantes.



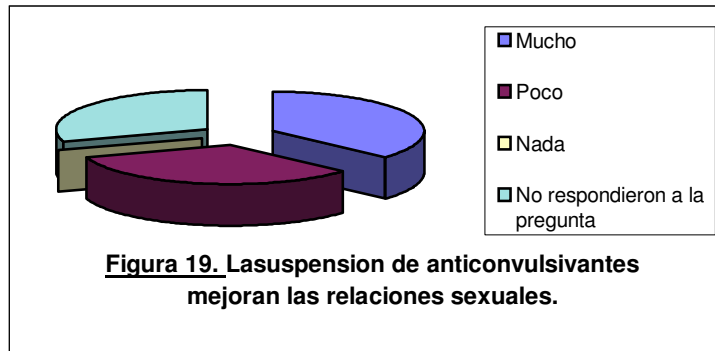
De acuerdo al ítem 17 se evidenció una frecuencia del 36.7% con respecto a la moda de pacientes cuya ingesta de drogas anticonvulsivantes alteró de alguna forma sus relaciones sexuales. Igualmente en el ítem 18 se encontró un 53.3% de pacientes que experimentaron molestias en sus relaciones sexuales incluso antes de ingerir las drogas anticonvulsivantes, a su vez el ítem 19 muestra un porcentaje equivalente al 36.7% de pacientes que piensan que sus

relaciones sexuales mejoran cuando se suspende la ingesta de drogas anticonvulsivantes.

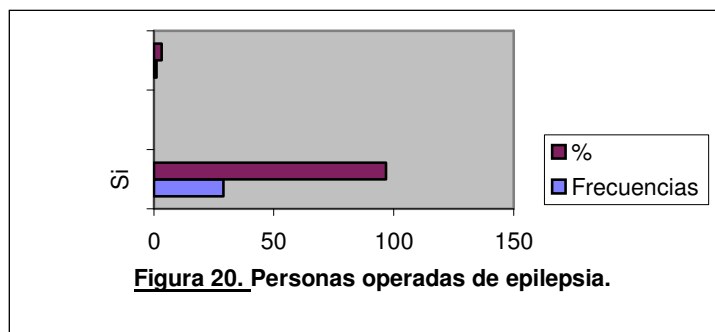
Estos datos apoyan la afirmación de que las drogas anticonvulsivantes no son las causantes de todos los déficit sexuales observados en personas que padecen de epilepsia, primero el mal funcionamiento sexual se origina con el inicio de la epilepsia antes del tratamiento (Hieron y Sanders, 1990).

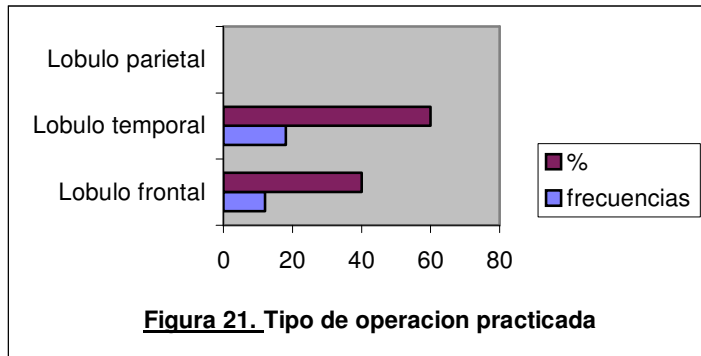




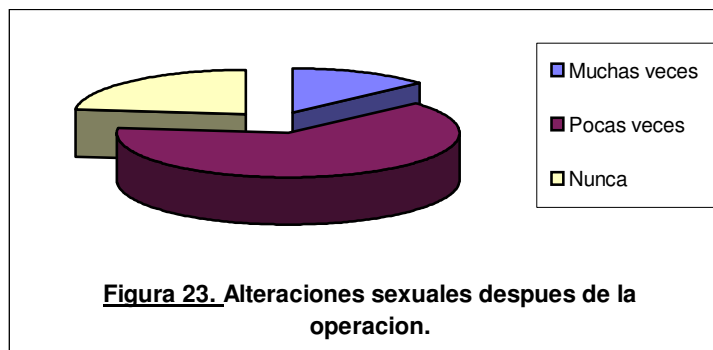


Los items 20 y 21 permite conocer la cantidad de pacientes que han sido operados de epilepsia y que tipo de operación les fue practicada. A lo cual sé encontró que el 96.7% de los participantes han sido intervenidos quirúrgicamente, el 56.7% lo ha sido a nivel del lóbulo temporal y el 40% a nivel del lóbulo frontal. Estos resultados apoyan la afirmación de varios autores donde explican que el mal funcionamiento sexual mejora después de la lobectomía temporal para convulsiones médicamente intratables, a pesar de continuado el tratamiento con drogas anticonvulsivantes (Saunders y Rawson, 1992).



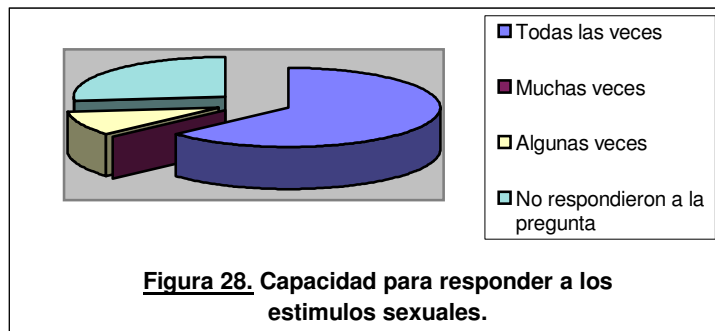


En lo que hace referencia a la moda para el ítem 22 se encontró una frecuencia del 66.7% que evidencia dificultades en las relaciones sexuales antes de la operación. A su vez se encontró en el ítem 23 un margen del 23.3% de pacientes que no volvieron a experimentar molestia alguna, una vez fueron intervenidos.



En los factores correspondientes a los ítems 23 al 27 incluyendo los ítems 29 y 30 se indago acerca de las posibles disfunciones sexuales masculinas y femeninas que podían presentarse a raíz de la condición epiléptica, se hallaron datos que conducen a la afirmación que ningún tipo de disfunción sexual esta ligada directamente con la condición epiléptica, mas que los trastornos emocionales en si mismos.

Finalmente se encontró que el 63.3% de los participantes responden eficazmente a los estímulos sexuales, esta información se toma a través de los resultados obtenidos en el ítem 28, lo cual quiere decir que a pesar que responden adecuadamente a los estímulos sexuales, experimentan un bloqueo emocional en el momento justo de tener relaciones sexuales.



## Discusión

El presente estudio cumplió de manera satisfactoria con los objetivos de la investigación descriptiva, ya que se logro describir de manera clara la evaluación del funcionamiento sexual-genital en las personas que han sido operadas de epilepsia.

Aun cuando este estudio no permite la formulación de hipótesis, los resultados arrojados cubrieron las expectativas de los investigadores, en cuanto que se recopiló una serie de información que hasta el momento no se conocía y permita desarrollar nuevas técnicas de intervención.

La presente investigación ha permitido discernir entre los distintos caracteres que pueden influir sobre el comportamiento sexual en las personas que padecen la condición de epilepsia y que a su vez han sido operadas.

Se ha demostrado a través de este estudio que uno de los factores más preponderantes ligados a las alteraciones a nivel sexual, en personas operadas de epilepsia, está relacionado con el estado emocional de los pacientes quienes se ven enfrentados a la no aceptación de su enfermedad, lo cual crea un ambiente insano en cuanto a sus relaciones interpersonales se refiere, esto tiene que ver más que todo con el plano social del individuo.

Al referirnos al contacto íntimo con la pareja tratamos con una discusión más profunda ya que existen una serie de sucesos tales como el temor al rechazo, no aceptación de la enfermedad y estados emocionales adversos como la ansiedad y la depresión, que no permiten que este tipo de personas puedan llevar a cabo una vida sexual- genital adecuada.

A partir de esta investigación es posible sugerir diferentes técnicas de intervención psicológica para orientar a estas personas a desarrollar una vida sexual plena y mejorar sus relaciones interpersonales, una técnica que resulta ser muy efectiva es la reestructuración cognitiva de la mano con la terapia racional emotiva (TRE) ambas de carácter individual.

Es Posible crear también un plan de atención integral que involucre aspecto como terapia clínica de pareja y familiar, utilizando las técnicas de la terapia comportamental que conlleve a la modificación de la s conductas identificadas como desadaptativas.

Es importante resaltar que a nivel individual debe trabajarse de acuerdo a las necesidades y /o problemáticas de cada uno de los pacientes, se recomienda utilizar los métodos de desensibilización sistemática e incremento de autoestima.

Al finalizar este trabajo se quiere dejar planteado que son los familiares y más que todo las parejas sexuales-genitales de las personas que padecen epilepsia, las encargadas de brindarles un ambiente de seguridad, tolerancia y respeto, para así facilitarles cualquier tipo de tratamiento en busca de una mejor calidad de vida.

**Cronograma de actividades**

Meses – semanas Actividades	De Agosto a Octubre				Febrero				Marzo-Abril y Mayo				Septiembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Recolección de información acerca del trastorno de status epilepticus.			—	—												
Aplicación de la prueba piloto.				—												
Evaluación de resultados y análisis estadístico.							—	—	—	—						
Elaboración de informe, conclusiones y recomendaciones											—	—				
Entrega del trabajo de grado.													—	—		

**Presupuesto Financiero del Proyecto**

<u>Concepto</u>	<u>costos</u>
Director	1.200.000
Material Bibliográfico	500.000
Viajes Nacionales	200.000
Traducciones	80.000
Transcripciones	450.000
Fotocopias	250.000
<hr/> Total	<hr/> \$ 2.680.000

## Referencias

Agmo, A.; Confreres, J.; Paredes, A. (1991). Sexual behavior and copulatory thrusting patterns in male rabbits treated with GABA transaminase inhibitors. New York, U.S.A: Ed. Mac Graw-Hill.

Bancaud, E.; Talairach, M y Col. (1992). Diagnosis and treatment. Neurologic clinics.

Blumer y walker. (1989). Sexualidad en epilepsia. Disponible: <http://www.epilepsy-international.com/spanish/issues/spsex.html>.

Cogen, P.; Antunes, J.; Correll, J. (1990). Reproductive function in temporal lobe epilepsy. Surg neurol.

Dam, M.(1995). Epilepsia. Buenos Aires, Argentina. Ed medica Panamericana.

Dana, J.; Oxelery, J. (1996). Reduccion of free testosterone by antiepileptic drugs. British medical journal.

Davinson, J.; Kwan, M. (1993). Hormonal replacement and sexuality. Clin endocrinol. (2da Ediccion). New York, U.S.A: Raven press.

Demerdash, A. Y Colaboradores. (1991). Epilepsy and seizures. New York. U.S.A. Ed: Mogens Dam & Lennart.

DSM IV Pgs 505 - 528 - 532.

Fandiño, J. (1993) Revista de Epilepsia en Colombia. Cartagena, Colombia. Vol. X.

Franco, G. (1998) Estadística Descriptiva. Cartagena, Colombia: Universidad de Cartagena.



Gram, L. (1995). Epilepsia. Buenos aires, Argentina: Ed medica Panamericana.

Health, C. (1990). Epilepsia y síndromes convulsivos I. Santa fe de Bogotá, Colombia: Ed Lerner.

Health, C.; Balbain, V. (1991). Epilepsia y síndromes convulsivos II. Santa fe de Bogotá: Ed Lerner.

Hernández, R.; Fernández, C. Y Batista, P. (1994). Metodología de la investigación. (2da edición). México: Mc Graw- Hill.

Hieron, A.; Sanders, B. (1990). La personalidad epiléptica. Alteraciones. Madrid, España: Ed La paz.

Isorjarvi, J. (1995). Ataques epilépticos. Buenos aires, Argentina: Ed Paidos.

Jensen y Col.(1990). Neuroendocrinología del comportamiento sexual. Sexualidad en epilepsia.

Jiménez, I.; Mora, O.; Uribe, C. y Col (1991). Factores de riesgo en epilepsia. Estudio epidemiológico de casos y controles. Acta Med Col.

Liga contra la Epilepsia. Disponible: [www. Epilepsy.org](http://www.Epilepsy.org).

Medina, C.; Alvarez, A. (1998). Principios de neurología. México, D.F México: Ed Interamericana S.A.

Morell, M. (1993). Sexualidad en epilepsia I. [www.epilepsy-internacional.com](http://www.epilepsy-internacional.com)

Morell, M.; Gulner, A. (1994). Sexualidad en epilepsia II. [www.epilepsy-internacional.com](http://www.epilepsy-internacional.com)

Nader, L. Y Cols. (1996). Enciclopedia del sexo y de la educación sexual. Santa fe de Bogota, Colombia. Ed zamora Ltda. Tomo II. Págs. 187-196.

Pritchard, T. (1990). Epilepsia y síndromes epilépticos. Liga chilena contra la epilepsia. Santiago de Chile, Chile.

Saunders y Rawson.(1992). Epilepsia post traumática. Estudio prospectivo. Acta med. Santa fe de Bogotá, Colombia.

Sheiman, J. (1994). Epilepsia y síndromes convulsivos. Santa fe de Bogotá, Colombia: Ed Lerner.

Taylor, A. (1991). Tratamiento Farmacologico de la epilepsia. V curso de actualización en neurología, Medellín, Colombia.

Uribe, C. (1997). Fundamentos de medicina. (5 edición). Medellín, Colombia: Ed rojo.

Weber, N y col. (1986). Nuevas drogas y terapias en epilepsia. Acta neurol. Santa fe de Bogotá, Colombia.

## **ANEXOS**

**Anexo A**

**TESE**

**Test de evaluación sexual en epilepsia**

**Cuadernillo**

**Anote todas sus respuestas en el formato Rosado**

## **TESE**

### **Tests de evaluación sexual en epilepsia**

#### Instrucciones

Lea y conteste atentamente las preguntas que se encuentren a continuación. Recomendamos sea lo mas sincero posible, ya que no existen respuestas correctas o incorrectas.

Anote sus respuestas en el formato Rosado, que se encuentra junto con esta encuesta. En primer lugar escriba sus datos (edad, sexo, etc.) en la parte superior de la hoja; y luego marque con una "x" la letra que indique su respuesta.

No deje ninguna pregunta sin contestar. Recuerde no escriba sobre las preguntas y compruebe que el número de la pregunta corresponda con el de la respuesta.

Si quiere cambiar una respuesta borre y marque la nueva respuesta.

**Espere. No pase a la página siguiente hasta que se le indique**

1. Padece la condición de epilepsia?

- a. Sí
- b. No

{si su respuesta anterior fue "b" pase a la pregunta # 4}

2. Hace cuanto tiempo comenzó a experimentar la condición de epilepsia?

- a. 2 años
- b. menos de 2 años
- c. mas de 2 años

3. Alguien mas de su familia padece la condición de epilepsia?

- a. padre
- b. madre
- c. hermanos
- d. Otros familiares

4. Cuantas parejas sexuales ha tenido antes de su relación sexual actual?

- a. 1 a 3
- b. 3 a 6
- c. 6 a 9
- d. Más de 9

**Pase a la página siguiente**

5. Si has tenido relaciones sexuales de pareja anteriores a su relación sexual actual por que han terminado?
  - a. Exceso de actividad sexual
  - b. Poca actividad sexual
  - c. No aceptaban su condicion epiléptica
  
6. Cree usted que su pareja sexual actual acepta su condicion epiléptica?
  - a. Mucho
  - b. Poco
  - c. Nada
  
7. Con que frecuencia tiene relaciones sexuales con su pareja?
  - a. todos los días
  - b. 3 o 4 veces por semana
  - c. 1 o 2 veces por semana
  
8. Ha sentido que su pareja o parejas anteriores no desean tener contacto sexual con usted?
  - a. Muchas veces
  - b. Algunas veces
  - c. Nunca

**Pase a la página siguiente**

9. Si su respuesta anterior fue “a” mencione por que?
- a. Por que Ud. no puede alcanzar el orgasmo.
  - b. por que Ud. tiene problemas de erección
  - c. por padecer la condición de epilepsia
10. Ha experimentado estadios convulsivos durante la relación sexual genital?
- a. Muchas veces
  - b. Algunas veces
  - c. Nunca
11. Que tipo de estados emocionales experimenta antes de tener relaciones sexuales genitales con su pareja?
- a. ansiedad
  - b. depresión
  - c. No experimenta ninguna emoción distinta ala excitación
12. Si contesto “a” a la respuesta anterior responda
- Cree Usted que la ansiedad no le deja disfrutar plenamente de la relación sexual genital con su pareja?
- a. Muchas veces
  - b. Algunas veces
  - c. Nunca

**Pase a la pagina siguiente**



13.i contesto "b" a la pregunta 11 responda

Por que se siente deprimido antes de tener relaciones sexuales con su pareja?

- a. Temor al rechazo
- b. Piensa que no va a satisfacer a su pareja
- c. Piensa que no alcanzara el orgasmo

14.Cree Usted que un estado depresivo interfiere creando molestias en las relaciones sexuales genitales con su pareja.

- a. Muchas veces
- b. Algunas veces
- c. Nunca

15. Cuando no experimenta ningún tipo de emociones molestas como la ansiedad o la depresión, tiene relaciones sexuales genitales sin

Complicaciones

- a. Todas las veces
- b. Algunas veces
- c. Nunca

**Pase a la pagina siguiente**

16. Actualmente esta usted tomando drogas anticonvulsivantes?

- a. Sí
- b. No

17. Si su respuesta anterior fue "a" responda:

Ha sentido que la droga que esta tomando influye en sus relaciones sexuales genitales?

- a. Mucho
- b. Poco
- c. Nada

18. Antes de tomar drogas anticonvulsivantes experimento alguna molestia al tener relaciones sexuales genitales?

- a. Muchas veces
- b. Pocas veces
- c. Nunca

19. Cree usted que si suspendiera la ingesta de drogas anticonvulsivantes mejorarían sus relaciones sexuales genitales?

- a. Mucho
- b. Poco
- c. Nada

**Pase a la pagina siguiente**

20. Usted ha sido operado de epilepsia?

- a. Si
- b. No

21. {Si contesto "a" a la respuesta anterior responda}

Que tipo de operación le fue practicada

- a. a nivel del lóbulo frontal
- b. a nivel del lóbulo temporal
- c. a nivel del lóbulo parietal

22. presentaba Usted dificultades en sus relaciones sexuales antes de ser

Operado de epilepsia?

- a. Muchas veces
- b. Pocas veces
- c. Nunca

23. Ha experimentado Usted algún tipo de alteración a nivel sexual genital después de haber sido operado de epilepsia?

- a. Muchas veces
- b. Pocas veces
- c. Nunca

**Pase a la pagina siguiente**

{Si contesto "a" o "c" a la pregunta anterior responda}

24. Que tipo de alteraciones ha presentado?

- a. Aumento del deseo sexual
- b. Disminución del deseo sexual
- c. Ausencia del deseo sexual

{responda los ítems 25, 26, 27, solo si pertenece al genero masculino}

25. Ha experimentado dificultad en la erección antes de la relación sexual genital?

- a. Muchas veces
- b. Algunas veces
- c. Nunca

26. Ha experimentado dificultad en la eyaculación durante la relación sexual?

- a. Muchas veces
- b. Algunas veces
- c. Nunca

27. Si su respuesta anterior fue "a" o "b" responda

Que tipo de dificultad ha presentado?

- a. retraso en la eyaculación
- b. prontitud en la eyaculación
- c. no experimenta eyaculación

**Pase a la pagina siguiente**

28. Responde a los estímulos sexuales genitales que le dirige su pareja?

- a. Todas las veces
- b. Muchas veces
- c. algunas veces

{responda los ítems 29 y 30 solo si pertenece al genero femenino}

29. Ha experimentado dolor durante la penetración en su relación sexual genital?

- a. Muchas veces
- b. Algunas veces
- c. Nunca

30. Cuanto Usted va tener relaciones sexuales genitales con su pareja siente que los músculos de su vagina se contraen antes de la penetración?

- a. Muchas veces
- b. Algunas veces
- c. algunas veces

**Fin**

**TESE**

**Hoja de respuesta**

**Edad** \_\_\_\_\_

**Sexo** \_\_\_\_\_

**Estado civil** \_\_\_\_\_

1.      a    b    c    d  
      

2.      a    b    c    d  
      

3.      a    b    c    d  
      

4.      a    b    c    d  
      

5.      a    b    c    d  
      

6.      a    b    c    d  
      

7.      a    b    c    d  
      

8.      a    b    c    d  
      

9.      a    b    c    d  
      

10.     a    b    c    d  
      

11.     a    b    c    d  
      

12.     a    b    c    d  
      

13.     a    b    c    d  
      

14.     a    b    c    d  
      

15.     a    b    c    d  
      

16.     a    b    c    d  
      

17.     a    b    c    d  
      

18.     a    b    c    d  
      

19.     a    b    c    d  
      

20.     a    b    c    d  
      

21.     a    b    c    d  
      

22.     a    b    c    d  
      

23.     a    b    c    d  
      

24.     a    b    c    d  
      

25.     a    b    c    d  
      

26.     a    b    c    d  
      

27.     a    b    c    d  
      

28.     a    b    c    d  
      

29.     a    b    c    d  
      

30.     a    b    c    d

**Anexo B**

ITEM	GRUPO A				GRUPO B			
	A	b	c	d	a	b	C	d
1	15	0	0	0	15	0	0	0
2	0	1	14	0	0	0	15	0
3	0	0	2	13	0	0	5	10
4	8	0	6	1	7	0	7	1
5	6	3	5	0	5	3	4	0
6	5	9	0	0	6	9	0	0
7	5	3	7	0	4	2	9	0
8	2	10	3	0	3	8	4	0
9	0	3	3	0	0	1	3	0
10	0	13	0	0	0	11	0	0
11	1	4	6	0	1	5	9	0
12	2	4	0	0	1	2	0	0
13	0	4	0	0	0	6	0	0
14	11	2	1	0	11	1	1	0
15	9	3	3	0	9	1	4	0
16	12	3	0	0	9	6	0	0
17	5	4	2	0	6	2	2	0
18	4	8	0	0	4	8	0	0
19	5	6	0	0	6	4	0	0
20	14	0	0	0	15	0	0	0
21	7	7	0	0	5	10	0	0
22	5	10	0	0	5	11	0	0
23	0	11	3	0	4	8	4	0
24	0	2	1	0	0	2	2	0
25	0	7	1	0	0	8	0	0
26	0	8	0	0	0	8	0	0
27	0	0	0	0	0	0	0	0
28	9	0	1	0	10	0	2	0
29	4	3	0	0	3	3	0	0
30	1	3	3	0	0	4	2	0

Coeficiente de Correlación

Raa 0,97

Rbb 1,00

Rcc 1,00

