

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARRERA DE ENFERMERÍA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCION DEL TITULO DE LICENCIADA EN  
ENFERMERÍA

“NIVELES DE CONOCIMIENTO QUE POSEEN LOS MIEMBROS DE LAS  
PARROQUIAS CHECA, YARUQUI Y TUMBACO SOBRE LA EPILEPSIA DURANTE  
LOS MESES JUNIO A AGOSTO DE 2019.”

MARILYN MISHEL CÁRDENAS PERALTA

QUITO, 2020

## **Resumen**

El propósito de este estudio fue conocer el nivel de conocimiento que tienen sobre la epilepsia las parroquias rurales de Checa, Yaruquí y Tumbaco. Corresponde a un estudio descriptivo, de corte transversal con enfoque cuantitativo en el cual la información se obtuvo a través de encuestas realizadas a la población en general, la sistematización de la información se realizó con el programa Microsoft Excel y para determinar variables sociodemográficas y nivel de conocimiento se aplicó el estadístico Tau C de Kendall, realizado a través del programa SPSS. Los resultados señalaron que la categoría “alto” se agrupa mayormente en las edades de 20-29 años, “medio” con las edades 15-19 años y de igual manera el nivel de conocimiento “bajo” se reporta en las edades entre 15-19 años con lo cual se puede concluir que es necesaria la socialización de conocimientos sobre la enfermedad a personas entre los 15-19 años.

## **Abstract**

The purpose of this study was to know the level of knowledge that the rural parishes of Checa, Yaruquí and Tumbaco have about epilepsy. It corresponds to a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach in which the information was obtained through surveys of the general population, the systematization of the information was carried out with the Microsoft Excel program and to determine sociodemographic variables and level of knowledge, the Kendall Tau C statistic was applied, carried out through the SPSS program. The results indicated that the “high” category is mostly grouped in the ages of 20-29 years, “medium” with the ages 15-19 years and in the same way, the “low” level of knowledge is reported in the ages between 15-19 years, with which it can be concluded that the socialization of knowledge about the disease to people between 15-19 years is necessary.

## **Dedicatoria**

Este trabajo de disertación va dedicado a las personas que tienen epilepsia y que alguna vez han sentido rendirse y desfallecer. Fuerzas compañeros, si podemos.

Va dedicado además a mi familia, Rafael, Daniela, Nikolas, Claudia, Geovanny, Manuel y Piedad, son el motivo de inspiración para todo lo mejor que he hecho en mi vida.

## **Agradecimientos**

Agradezco a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por haberme formado como una profesional con ética y valores; y especialmente a la Lic. María Teresa Benavides por haberme impulsado en realizar investigación sobre la epilepsia.

A Mateo Torres, Benjamín Sánchez y Bertha Duque por ser mi segunda familia y apoyar siempre mis proyectos, estar ahí cuando más los he necesitado.

## Índice de Contenido

Resumen .....	I
Abstract.....	II
Dedicatoria.....	III
Agradecimientos .....	IV
Introducción.....	1
Capítulo 1. Aspectos básicos de la investigación .....	2
1.1 Planteamiento del problema .....	2
1.2 Justificación .....	3
1.3 Objetivos.....	4
1.3.1 Objetivo General.....	4
1.3.2 Objetivos Específicos .....	4
1.4 Metodología.....	4
1.4.1 Tipo de estudio .....	4
1.4.2 Población y muestra.....	5
1.4.3 Plan de recolección de la información.....	5
1.4.4 Plan de análisis de la información .....	6
Capítulo II: Marco teórico e hipótesis .....	8
2.1 Antecedentes.....	8
2.2 Bases Teóricas .....	9
La Epilepsia .....	9
Clasificación de las epilepsias .....	10
Crisis Parciales .....	10
Crisis Parciales con sintomatología elemental .....	11
Con síntomas motores .....	11
Con síntomas sensoriales o somatosensoriales.....	11
Crisis parciales con sintomatología compleja .....	12

Crisis parciales secundariamente generalizadas .....	12
Crisis generalizadas .....	13
Ausencias.....	13
Crisis Mioclónicas .....	13
Crisis Clónicas.....	14
Crisis Tónicas .....	14
Crisis Tónico-Clónicas .....	14
Crisis Atónicas.....	15
Crisis Acinéticas .....	15
Crisis unilaterales .....	15
Crisis no clasificadas .....	15
Aspectos psicosociales en la epilepsia .....	16
Estigmatización y epilepsia .....	16
Epilepsia y familia.....	17
Epilepsia y educación .....	18
Epilepsia, trabajo y empleo .....	20
Hipótesis.....	21
2.4 Operacionalización de Variables .....	22
Capítulo III: Resultados y discusión.....	24
3.1 Resultados.....	24
3.2 Discusión .....	29
Conclusiones.....	31
Recomendaciones .....	32
Anexos.....	36
Anexo 1. Autorizaciones Aprobadas .....	36
Anexo 2. Instrumento .....	39
Anexo 3. Consentimiento Informado .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

## Lista de Tablas

Tabla 1. Distribución de la población de acuerdo a las características sociodemográficas	24
Tabla 2. Distribución de las respuestas a nivel descriptivo para la variable conocimiento.	25
Tabla 3. Distribución de respuestas según nivel de conocimiento que se tiene sobre la enfermedad .....	26
Tabla 4. Distribución de las respuestas por nivel de conocimiento y grupo de edad.....	26
Tabla 5. Correlación de Tau C de Kendall .....	27
Tabla 6. Distribución de las respuestas de los participantes de acuerdo a la variable Creencias .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

## **Introducción**

La Epilepsia, se define como un trastorno caracterizado por la recurrencia de crisis epilépticas, siendo estas el resultado de descargas excesivas y desordenadas de neuronas cerebrales. Estas crisis pueden o no ser convulsivas. (Palacios , 1999). Según la OMS, “Es un trastorno neurológico crónico que afecta alrededor de 50 millones de personas de todas las edades en el mundo” (Organización Mundial de la Salud , 2019); y en Ecuador “Más de 300.000 personas han presentado una crisis convulsiva, de los cuales aproximadamente 150.000 padecen epilepsia” (Carpio, y otros, 2001, pág. 5).

Se ha relacionado a nivel mundial el grado de conocimiento sobre la epilepsia con la disminución de crisis al año, además se ha demostrado la influencia de un adecuado nivel de conocimiento en el control de la enfermedad y la mejora de la calidad de vida, especialmente al educar al paciente y cuidadores (Mendoza, Miranda , Guillen, & Samalvides, 2012).

Sin embargo, en estudios realizados en la provincia de Azuay en diciembre de 2009, en el cual se utilizó un cuestionario estandarizado por neurólogos se ha presentado persistencia de ideas erróneas sobre diferentes ámbitos de la enfermedad como las causas, manifestaciones clínicas y diferentes actitudes en relación a las creencias de las personas encuestadas, lo que hace concluir a los autores que se debería “entrenar al personal médico de los Subcentros y Centros de Salud acerca de la epilepsia, para que así la población se vea beneficiada de conocimientos adecuados basados en explicación científica y no mítica” (Carpio, y otros, 2001).

En nuestro país no se tienen datos actualizados sobre los conocimientos que se tiene sobre la enfermedad, pero existen cuestionarios validados que podrían ser utilizados para medir el conocimiento de la gente que proporcionaría información valiosa que se utilizaría para saber exactamente la educación que debe recibir la población sobre la patología y a que grupos prioritariamente deben ir dirigidos los mismos. El objetivo de este estudio fue modificar tales instrumentos (Anexo 3) que permitieron medir el conocimiento de la población y conocer ciertas creencias erróneas frecuentes, esta información posteriormente permitirá elaborar diferentes estrategias de educación y posiblemente la disminución de la discriminación de personas con epilepsia.

## **Capítulo 1. Aspectos básicos de la investigación**

### **1.1 Planteamiento del problema**

Según la OMS, “la epilepsia es un trastorno neurológico crónico que afecta alrededor de 50 millones de personas de todas las edades en el mundo. Esta es una enfermedad que ha estado rodeada de temores, desconocimiento, discriminación y estigmatización social durante siglos” (Organización Mundial de la Salud , 2019).

“En el Ecuador más de 300.000 personas han presentado una crisis convulsiva, de los cuales aproximadamente 150.000 padecen epilepsia y cada año serán diagnosticados entre 12.000 a 18.000 nuevos casos de epilepsia”. (Carpio, y otros, 2001, pág. 5) “Casi la mitad de estos pacientes son niños o adultos jóvenes, lo que constituye un importante sector de la población potencialmente productiva (Carpio, y otros, 2001).

Estudios realizados en la provincia de Azuay, específicamente en la parroquia de Zhidmad cuyo propósito era estudiar el nivel de conocimientos que las personas tienen sobre la enfermedad, se notó de suma importancia el cuestionamiento: “No sabe” como un estado de total ignorancia sobre la patología, sintiéndola incluso ajena en las prioridades elementales de salud de su contexto social por lo que se cree que se mantiene una línea de déficit que se debe cubrir con diversas campañas de educación poblacional (Sánchez , Aveiga, & Sangurima , 2009).

El estudio mencionado mantiene un implícito grado de análisis sobre el rechazo social que puede experimentar un paciente con epilepsia, al identificar las conductas socialmente deseables y políticamente correctas sobre las cuales se debería intervenir mediante diversos programas para compartir y difundir (Sánchez , Aveiga, & Sangurima , 2009). Por lo antes mencionado surge como pregunta de investigación: ¿Cuál es el nivel de

conocimientos que poseen los miembros de las parroquias de Checa, Yaruquí y Tumbaco sobre la epilepsia?

## **1.2 Justificación**

Se realizó una investigación sobre el nivel de conocimiento que tienen las personas de la comunidad acerca de la epilepsia, específicamente en las parroquias de Checa, Yaruquí y Tumbaco.

“La epilepsia constituye un problema de salud pública, con graves consecuencias biológicas, psicológicas y económicas, no solo para el paciente y su familia, sino para la sociedad en general” (Sánchez , Aveiga, & Sangurima , 2009).

“Un porcentaje no determinado, pero probablemente muy significativo de los niños y adultos jóvenes es discriminado en las aulas escolares o en los lugares de trabajo por falta de un real conocimientos de la epilepsia” (Carpio, y otros, 2001, pág. 5).

Urge entonces comprometer a las autoridades de salud, a los gremios científicos, comunidad educativa y a la sociedad misma, para unirse en un esfuerzo común y afrontar la problemática de la epilepsia en su real dimensión (Carpio, y otros, 2001).

El conocer que sabe la comunidad sobre la epilepsia se realizó a través de encuestas aplicadas en tres parroquias rurales del cantón Quito a personas escogidas aleatoriamente, con estos resultados se logró observar directamente los temas de la enfermedad en las que se tiene deficiencia.

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo General**

Analizar los niveles de conocimientos y las creencias que poseen los miembros de las parroquias de Checa, Yaruquí y Tumbaco sobre epilepsia, desde el mes de junio hasta agosto de 2019.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Determinar el nivel de conocimiento sobre epilepsia que poseen los participantes de las parroquias de Checa, Yaruquí y Tumbaco.
- Valorar la relación existente entre el nivel de conocimiento que poseen los miembros de la comunidad sobre la epilepsia y la edad de los participantes.
- Explorar las creencias que tienen los participantes de las parroquias de Checa, Yaruquí y Tumbaco acerca de la epilepsia.

## **1.4 Metodología**

### **1.4.1 Tipo de estudio**

Este estudio fue descriptivo, ya que se midió los conocimientos que tienen las personas que forman parte de las parroquias de Checa, Yaruquí y Tumbaco acerca de la epilepsia, fue de corte transversal porque el levantamiento de la información se lo realizó dentro de los meses de junio hasta agosto de 2019. Además, tuvo un enfoque cuantitativo que nos ayudó a sintetizar de manera numérica los hallazgos encontrados.

### **1.4.2 Población y muestra**

#### **Muestra**

La población estuvo conformada por personas de parroquias del valle de Tumbaco en edades comprendidas entre 15 a 54 años. En Tumbaco en total son 29.231, en Yaruquí 10.268 y en Checa 5.063 que dan un total de 44.562 personas en estas parroquias (INEC, 2010). La técnica de muestreo empleada fue aleatorio simple, para el cálculo se realizó mediante uso de la herramienta tomada de la Unidad de epidemiología clínica y bioestadística del Complejo Hospitalario Universitario A. Coruña fijando los siguientes valores: Total de población: 44562, 95% de confianza, precisión del 5%, proporción del 5%, que da un total de 73 encuestas.

### **1.4.3 Plan de recolección de la información**

Se utilizaron fuentes de información primarias, con aplicación de una encuesta la cual estuvo enfocada en identificar las características sociodemográficas de la población analizada, indagación sobre el conocimiento de la enfermedad y preguntas referidas a las creencias de las personas sobre ciertos criterios de la enfermedad.

El instrumento fue modificado por la autora de la investigación, a instrumentos previamente creados en estudios similares publicados en repositorios académicos (Anexo 3). Las preguntas sociodemográficas se construyeron con posibilidad de escoger las respuestas según el sexo, grupo de edad, etc. Las preguntas de la sección de conocimientos fueron tomadas de estudios anteriores que contemplaron 9 preguntas. Posteriormente, las respuestas se categorizaron en correctas e incorrectas para facilitar la construcción de una escala que determinó el nivel de conocimiento de los participantes.

## Escala aplicada para medición del nivel de conocimientos

Nivel de conocimiento	Puntuación
Alto	1-3
Medio	4-6
Bajo	7-9

Para la variable creencia se contemplaron 7 preguntas que otorgaron datos para el análisis a nivel descriptivo con respuestas dicotómicas. Adicionalmente, se comentaron las respuestas abiertas dadas por los participantes en relación a cada creencia examinada.

Previo al trabajo de campo se solicitó la autorización a los presidentes de 7 Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD) parroquiales de los lugares a ser investigados quienes aceptaron la realización del estudio, pero por cuestiones de tiempo se tomó únicamente a las 3 parroquias ya que fueron las que aceptaron esta solicitud con mayor apertura y sin complicaciones.

Durante los días de la aplicación del instrumento se les dio a conocer a los participantes los objetivos de la investigación, la importancia de la misma y se solicitó la firma del consentimiento informado.

### 1.4.4 Plan de análisis de la información

El instrumento sirvió como una función descriptiva para comprender el conocimiento y creencias de los participantes hacia la enfermedad. La totalidad de los datos fueron expresados en frecuencias y porcentajes.

El conjunto de datos fue preparado en Microsoft Excel, lo que implicó agregar etiquetas de encabezado, codificación de las respuestas para realizar la tabulación, la revisión y limpieza de los datos incompletos. Para completar el análisis se creó una nueva variable

que incorporó funciones lógicas para transformar variables categóricas a ordinales, esto dio la posibilidad de clasificar el conocimiento en niveles (alto, medio, bajo).

Para determinar significancia de la relación entre edad y nivel de conocimiento se aplicó el estadístico Tau C de Kendall calculado a través del programa SPSS versión 25 con licencia disponible para la PUCE.

## **Capítulo II: Marco teórico e hipótesis**

### **2.1 Antecedentes**

Existen algunas investigaciones sobre el conocimiento de la epilepsia, una de ellas fue realizada en Turquía en el año 1997 en la cual se demostró que el 70% de las personas pensaban que la epilepsia era resultado de causas sobrenaturales (Figuroa & Campell, 2004).

En 17 estados de EEUU, hasta 1956 prohibían el matrimonio de personas con epilepsia, y se negaba el acceso a teatros y restaurantes hasta principios de 1970, en que legalmente se permitió su permanencia. En trabajos realizados recientemente se encontró que el conocimiento es muy escaso, observando que el 82,3% de los adultos encuestados, no habían leído ni escuchado acerca de la epilepsia en el año anterior. De los que habían escuchado, el 12,7% fue a través de la televisión y el 10,4% por parte de familiares y amigos (Figuroa & Campell, 2004).

Una encuesta a 1213 estudiantes de décimo grado en la India describió la percepción de los adolescentes sobre la epilepsia en la cual el 98% tenían alguna noción al respecto, el 60% la relacionaban con alteraciones mentales y 63% pensaban que es un impedimento para vivir una vida plena: para un 41% y un 57% respectivamente, sería un obstáculo para llevar un matrimonio y una actividad sexual normal, y un 40% consideraban que afecta el proceso de aprendizaje (Carrizosa, 2009).

Otro estudio llevado a cabo con 19441 adolescentes norteamericanos se obtuvo que 52% sabían algo sobre la epilepsia, 51% reconocían que no es contagiosa, menos de un tercio tendrían un noviazgo con una persona epiléptica, 40% los consideraban individuos peligrosos y para 76% podrían ser objetos de mofa. (Carrizosa, 2009)

En el caso de los estudiantes universitarios es diferente, ya que en estudios realizados en Malasia se encontró que 86,5% sabían de la enfermedad y 60% no la consideraban vergonzosa; sin embargo, solo el 30,7% conocían su causa. (Carrizosa, 2009)

En otros estudios se realizaron encuestas a maestros como es el caso de Tailandia en el que se realizó a 284 profesores de los cuales el 38% no conocían de la enfermedad, 29,9% la relacionaban con trastornos mentales, 46,6% consideraban que no tiene cura o control, 38% percibían la inteligencia de los enfermos como por debajo del promedio normal y 36,3% no permitirían el matrimonio de uno de sus hijos con una persona afectada. (Carrizosa, 2009)

En el Ecuador, se realizó una investigación en la provincia del Azuay, específicamente en la parroquia de Zhimad en la que se obtuvo que el 72,4% ha oído acerca de la epilepsia, el 62,1% conoce a alguien que tuvo epilepsia, y el 65,5% ha visto a una persona tener una crisis. Un 34,5% no permitiría a su hijo compartir actividades con un niño epiléptico y solo un 58% cree que las personas con epilepsia deberían tener empleos similares a los de las demás personas. (Sánchez , Aveiga, & Sangurima , 2009)

## **2.2 Bases Teóricas**

### **La Epilepsia**

La epilepsia es definida como un desorden cerebral caracterizado por una predisposición duradera para generar crisis epilépticas y por las consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales de esta condición”(Muñiz Landeros, 2015).

“Las crisis epilépticas son la manifestación de una alteración de enfermedades neurológicas o metabólicas. Pueden existir muchas causas: predisposición genética, traumatismo craneoencefálico, enfermedad cerebrovascular, neoplasias cerebrales, supresión de fármacos, así como consumo de alcohol. El diagnóstico de epilepsia requiere la presentación de al menos dos crisis no provocadas con 24 horas de diferencia. Dichas crisis son una manifestación de descargas hipersincrónicas de neuronas corticales. Las manifestaciones clínicas, signos/síntomas, dependen de la localización de las descargas epilépticas en la corteza cerebral, la extensión y el patrón de la propagación en el cerebro”(Muñiz Landeros, 2015).

“La crisis señala un momento de la enfermedad, caracterizada por este cambio súbito y para ser entendidas como formando parte de una enfermedad epiléptica propiamente tal deben ser recurrentes, es decir, se requiere de la repetición de ellas, conformándose una situación de estado o permanencia de los síntomas a lo largo del tiempo” (Ivanovic-Zuvic, 2010, pág. 15).

## **Clasificación de las epilepsias**

### **Crisis Parciales**

Consisten en síntomas motores, sensoriales y psíquicos o autonómicos que no son extensos como en las crisis generalizadas y reflejan una descarga neuronal localizada en una parte del cerebro. (Ivanovic-Zuvic, 2010, pág. 22)

La diferencia fundamental entre las crisis parciales simples y complejas es la alteración de la conciencia. Las crisis parciales corresponden a la activación de un sistema anatómico y/o funcional de neuronas limitado a una parte de un solo hemisferio.

Las características clínicas de la crisis representarán las áreas funcionales afectadas.

(Ivanovic-Zuvic, 2010, pág. 23)

### **Crisis Parciales con sintomatología elemental**

#### **Con síntomas motores**

Los síntomas están en relación con el área motora afectada, preferentemente a áreas con mayor representación cortical como el dedo pulgar, dedos de las manos, músculos faciales o dedos del pie. En las crisis provenientes del área suplementaria las manos se elevan, la cabeza y los ojos se mueven. (Ivanovic-Zuvic, 2010)

La marcha jacksoniana representa un modo de propagación de las convulsiones o de las parestesias durante las crisis epilépticas elementales somatomotoras o motorosensoriales que se propagan desde una zona muscular o cutánea hacia otra, siguiendo el orden de representación en la corteza cerebral. Un orden característico es el inicio del dedo pulgar, mano y luego el antebrazo. (Ivanovic-Zuvic, 2010)

#### **Con síntomas sensoriales o somatosensoriales**

Se caracterizan por la aparición de síntomas sensoriales sin un estímulo externo. Corresponden a parestesias, entumecimientos, hormigueos, picazón o dolor. Quedan localizadas en un sector del hemicuerpo, o bien se propagan en la forma de una marcha jacksoniana.

Las crisis sensoriales visuales comprenden formas elementales o paropsias. Estas pueden ser negativas con pérdida del campo visual, como los escotomas, hemianopsias, amaurosis, o bien positivas como destellos de luz o fosfenos (Ivanovic-Zuvic, 2010).

Las crisis sensoriales auditivas son fenómenos transitorios sin estímulos exteriores (paracusias). Pueden ser negativos (sorderas) o positivos (sensaciones

auditivas). Las negativas afectan principalmente a un solo oído, las positivas o acufenos consisten en tonos puros, en ruidos agudos o silbidos (Ivanovic-Zuvic, 2010).

Las crisis olfatorias consisten en parosomías, descritas en general como desagradables para el sujeto. Son olores que no pueden ser identificados a diferencia de las crisis parciales con síntomas olfatorios (Ivanovic-Zuvic, 2010).

Estas crisis parciales elementales rara vez se presentan como el tipo único de crisis epiléptica. Se asocian con frecuencia a la generalización de la crisis o a crisis parciales complejas (Ivanovic-Zuvic, 2010).

### **Con síntomas autonómicos o vegetativos**

Incluyen vómitos, salivación, masticación, sensaciones epigástricas, cólicos, palidez, enrojecimiento del rostro, sudoración, polioerección, midriasis, enuresis y fenómenos sexuales. (Ivanovic-Zuvic, 2010).

### **Crisis parciales con sintomatología compleja**

Estas crisis son de importancia en psiquiatría pues incluyen una variada sintomatología, la cual debe ser diferenciada con otras entidades psiquiátricas (Ivanovic-Zuvic, 2010).

Estas tienen mayor duración que las elementales. Estas últimas duran habitualmente segundos, mientras que las primeras suelen durar algunos minutos. Son típicas de la edad adulta o de la pubertad. (Ivanovic-Zuvic, 2010).

### **Crisis parciales secundariamente generalizadas**

Consisten en crisis parciales de cualquier tipo que se continúan con la generalización, esta es rápida por lo que esconde a la crisis parcial. El epiléptico en

ocasiones no recordará el inicio parcial del episodio, que se denomina aura o síntoma de señal (Ivanovic-Zuvic, 2010).

Las manifestaciones motoras durante la crisis parcial suelen pasar inadvertidas por su brevedad, o bien debido a que los síntomas sensitivos o sensoriales se olvidan por la amnesia retrógrada que acompaña a los diferentes tipos de convulsiones (Ivanovic-Zuvic, 2010).

### **Crisis generalizadas**

Se caracterizan clínicamente por alteraciones de la conciencia, síntomas autonómicos con o sin síntomas motores o bien convulsiones que afectan bilateralmente al organismo.

Se denominan crisis generalizadas para distinguirlas de las parciales o focales con y sin generalización. En el electroencefalograma (EEG) las descargas son simétricas, bilaterales y sincrónicas. Son consecuencias de lesiones cerebrales difusas múltiples, relacionadas con trastornos tóxicos, metabólicos o bien a factores constitucionales o genéticos. Comienzan a cualquier edad, la mayoría de ellas debutan en la infancia (Ivanovic-Zuvic, 2010).

### **Ausencias**

Tienen un comienzo brusco y el sujeto interrumpe las actividades que está efectuando. Durante la crisis habitualmente no hay respuesta a estímulos ambientales, pero en algunos las crisis ceden a la estimulación sensorial. Duran pocos segundos y cursan con interrupción de la conciencia (Ivanovic-Zuvic, 2010).

### **Crisis Mioclónicas**

Consisten en contracciones súbitas, breves que afectan a los músculos agonistas y antagonistas de varios segmentos corporales de forma simétrica. Se las denomina

sacudidas mioclónicas y también mioclonías masivas bilaterales (Ivanovic-Zuvic, 2010).

La sacudida es en flexión o en extensión afectando a los músculos faciales, cabeza, cuello, extremidades superiores o inferiores, músculos del tronco o de la totalidad del cuerpo (Ivanovic-Zuvic, 2010).

Se asocian a otras crisis como tónico-clónicas o ausencias. Poseen una tendencia hereditaria, no afectan a la inteligencia y generalmente responden a fármacos anticonvulsivantes (Ivanovic-Zuvic, 2010).

### **Crisis Clónicas**

Se observan en la infancia. Consiste en sacudidas clónicas repetidas con una fase postictal breve. Duran alrededor de un minuto y se acompañan de alteración de la conciencia. Comprometen todas las partes del cuerpo con contracciones musculares clónicas bilaterales en forma rítmica (Ivanovic-Zuvic, 2010).

### **Crisis Tónicas**

Contracción violenta de los músculos con desviación de la mirada y de cabeza hacia un lado o rotación de todo el cuerpo, con una duración de 5 a 20 segundos. El rostro está pálido, luego enrojecido y lívido. Los ojos están abiertos o cerrados con midriasis o cianosis (Ivanovic-Zuvic, 2010).

### **Crisis Tónico-Clónicas**

Es la más frecuente de las crisis generalizadas. Es también conocida como el gran mal. Tiene un comienzo brusco en una secuencia ordenada con un inicio que consiste en una contracción tónica de los músculos que dura de 10 a 20 segundos, seguido de una fase clónica (Ivanovic-Zuvic, 2010).

Consisten en aumento de la frecuencia cardiaca, presión arterial y presión vesical con espasmo del esfínter estriado, sin incontinencia urinaria. Existe midriasis asociada desviación conjugada de la mirada hacia arriba, palidez, luego rubicundez y cianosis con hemorragias petequiales. Se observa hipersecreción glandular con salivación y aumento de las secreciones traqueos bronquiales seguidos de apnea prolongada (Ivanovic-Zuvic, 2010).

### **Crisis Atónicas**

Disminución brusca del tono muscular con caída de la cabeza o del cuerpo y con pérdida de la conciencia. Las caídas son cortas, en fracciones de segundo, por lo que se las denomina drop attacks. Cuando son más prolongadas corresponden a las crisis de ausencia atónicas y se observan especialmente en niños. Llama la atención la violencia de la caída que provoca lesiones en el paciente. (Ivanovic-Zuvic, 2010)

### **Crisis Acinéticas**

Tienen una duración relativamente larga y consisten en una caída con ausencia de movimientos a pesar de la mantención del tono muscular, asociándose a alteración de la conciencia. (Ivanovic-Zuvic, 2010)

### **Crisis unilaterales**

Presentan las características clínicas de las crisis generalizadas, pero sus manifestaciones motoras se presentan predominante o en forma única en un lado del cuerpo. (Ivanovic-Zuvic, 2010)

### **Crisis no clasificadas**

Corresponden a aquellas en las cuales por falta de información no concuerdan con las anteriores descripciones. Se observan movimientos oculares rítmicos, apneas, movimientos como nadar, etc. (Ivanovic-Zuvic, 2010)

## **Aspectos psicosociales en la epilepsia**

### **Estigmatización y epilepsia**

La presencia de una crisis epiléptica es un acontecimiento de vital importancia para un sujeto, más aun cuando éste se ve enfrentado a la posibilidad de portar una enfermedad epiléptica. Surgen temores y prejuicios que influirán en su autopercepción dando origen a un proceso de estigmatización social producto de las ideas e imágenes que el paciente y las demás personas poseen acerca de la enfermedad y que se extienden hacia toda la sociedad. (Ivanovic-Zuvic, 2010)

Los conflictos que se originan dependen en gran medida de la actitud que los otros muestran hacia él, pueden surgir sentimientos de hostilidad, rechazo y desvalorización. Este proceso de estigmatización se observa en las actividades que desempeña el sujeto que puede provocar menoscabo en su autoconfianza y su seguridad. (Ivanovic-Zuvic, 2010)

La estigmatización se observará en sus diferentes entornos sociales, por lo que suele ser rechazado o alejado de otros. Esto impedirá el desarrollo normal de sus capacidades intelectuales y emocionales y lo colocará en desventaja frente a sus congéneres (Ivanovic-Zuvic, 2010).

El origen de la estigmatización en la epilepsia puede ser encontrada en las actitudes hacia la enfermedad desde tiempos remotos, basadas en creencias religiosas, supersticiones o mitos que encuentran en antiguas representaciones literarias.

Posteriormente se atribuyeron patologías mentales, por lo que en algunos países se implementaron leyes que obligaron a la esterilización y a la imposibilidad de contraer matrimonio, además de ser internados crónicamente en instituciones para enfermos mentales ser eliminados de la sociedad (Ivanovic-Zuvic, 2010).

Estos prejuicios surgen tanto por el escaso conocimiento acerca de la enfermedad ya que este proceso de discriminación puede ser facilitado por los mismos profesionales que adoptan actitudes de descalificación ante el enfermo, lo que es transmitido a su vez a sus familiares y entorno (Ivanovic-Zuvic, 2010).

En el proceso educativo es objeto de restricciones y prohibiciones por parte de los profesores. En encuestas realizadas en colegios indican que frente a una crisis no son los compañeros los que experimentan temor ante ella, sino que es el profesor quien transfiere sus propias aprensiones a los estudiantes, ya sea rechazando o sobreprotegiendo al epiléptico (Ivanovic-Zuvic, 2010).

West encontró que aquellos jóvenes que no hablan de su epilepsia y ocultan sus crisis tendían a presentar mayores dificultades de adaptación, en lograr autonomía e identidad individual. El ocultar el tema provocaba estigmatización subjetiva. Sin embargo aquellos que aceptaban voluntariamente que eran epilépticos y adoptaban medidas para lograr plenos derechos y reconocimiento de sus logros, poseían mayores posibilidades de alcanzar una mejor adaptación social (Ivanovic-Zuvic, 2010).

Ocultar la epilepsia se vincula con restricciones y limitación de actividades sociales, junto a la sobreprotección por los padres con consecuencias deletéreas en el paciente, por el contrario, la aceptación voluntaria de la enfermedad junto a un esfuerzo conjunto del paciente, la familia y su entorno por asumir la enfermedad lleva a mejores resultados en la adaptación social e individuos más sanos (Ivanovic-Zuvic, 2010).

### **Epilepsia y familia**

La presencia de un niño epiléptico origina una serie de conflictos que modifican el funcionamiento del sistema familiar, su estructura y dinámica. La interacción resultante

depende del tipo de crisis, tratamiento y actitud que adopte cada uno de los miembros de la familia frente al hijo epiléptico (Ivanovic-Zuvic, 2010).

En las familias con hijos epilépticos generalmente existen prejuicios acerca de sus verdaderas capacidades. Los padres los mantienen en constante supervisión y sobreprotección, legitimando esta actitud en el supuesto que una crisis se desencadenará en cualquier momento, especialmente en situaciones riesgosas, inhabilitando al niño ante cualquier actividad que intente desarrollar. Sin embargo a pesar de que habitualmente las crisis provocan un impacto en los que la observan, estos padres imponen límites excesivos, sobreprotegiéndolos en forma desmedida (Ivanovic-Zuvic, 2010).

Los niños subjetivan estas actitudes disminuyendo así su autoestima o generando dependencia junto a menores aspiraciones de logros y como consecuencia aislándose y restringiendo sus actividades ya que las expectativas de los padres pueden ser menos, ya que los padres lo estimulan y exigen menos por temor a desencadenar crisis si adoptan actitudes exigentes frente a ellos. Esto genera desacuerdos entre los padres en cuanto a las exigencias, normas o reglas (Ivanovic-Zuvic, 2010).

Respecto al matrimonio, este es menos frecuente en epilépticos que en la población general. La edad de aparición de la primera crisis modifica estos porcentajes, si estas ocurren después de los 20 años, las repercusiones son de menor importancia en relación a aquellas crisis que comienzan a menor edad. A mayor frecuencia de crisis, menores probabilidades de contraer matrimonio; y los matrimonios en los cuales el epiléptico no ha logrado controlar sus crisis es más frecuente la separación o el divorcio (Ivanovic-Zuvic, 2010).

## **Epilepsia y educación**

El paciente con epilepsia debe adaptarse al proceso educativo y a las dificultades del régimen educacional, lo que está determinado por las actitudes que poseen hacia la enfermedad los profesores, padres y otros alumnos. El nivel intelectual juega un papel relevante, ya que si este está comprometido afectará el rendimiento y estará en desventaja con respecto a sus pares (Ivanovic-Zuvic, 2010).

La conducta que un niño epiléptico presenta en la escuela está fuertemente influida por la interacción familiar. El niño que se desarrolla bajo un clima de aceptación y seguridad presentará mayor autoestima para enfrentar las dificultades que se encuentre en la adaptación escolar (Ivanovic-Zuvic, 2010).

En cuanto a la permanencia de los niños en colegios regulares, la gran mayoría puede permanecer en ellos, aunque algunos desarrollen menores capacidades de aprendizaje que el resto de sus compañeros. El colocar a un niño en un colegio especializado o de educación diferencial dependerá de las características particulares de la enfermedad. En términos generales, el joven epiléptico debería asistir a colegios regulares y en casos específicos ser enviados a colegios especializados, particularmente en aquellos en que el déficit neurológico es de importancia, pues en estos casos el asistir a un colegio regular representa una condición de desventaja a los otros alumnos que favorecerá mayores índices de ansiedad, depresión u otras alteraciones psicopatológicas como producto del mal ajuste social y mayores requerimientos que no es capaz de enfrentar (Ivanovic-Zuvic, 2010).

Los efectos colaterales de los fármacos juegan un papel determinante en las dificultades cognitivas. Reconocidas son las alteraciones sobre la memoria, concentración y somnolencia que provocan los barbitúricos y la difenilhidrantoína (Ivanovic-Zuvic, 2010).

En conclusión, se puede decir que los epilépticos podrán tener un desempeño educacional adecuado y por lo tanto deberán ser considerados como alumnos regulares. Considerados como grupo, los epilépticos presentan índices de coeficiente intelectual (CI) menores que el resto de la población, por lo que es necesario distinguir aquellos que no poseen estos déficits, los que tendrán un buen desempeño escolar y aquellos que poseen daño orgánico. Los pacientes deberían ser evaluados en forma individual para establecer sus capacidades y posibilidades de mantenerse en un colegio regular (Ivanovic-Zuvic, 2010).

### **Epilepsia, trabajo y empleo**

Las descripciones de los primeros epileptólogos mencionaban que éstos permanecían en sus hogares, retraídos, sin efectuar labores remuneradas por el temor a presentar crisis en los lugares de trabajo, o bien eran institucionalizados por la gravedad de sus alteraciones psicopatológicas y episodios psicóticos. Sin embargo estudios actuales muestran una situación distinta, ya que muchos epilépticos mantienen labores remuneradas y algunos de ellos reconocimiento social, mostrándose emprendedores, capaces, responsables y cumplidores en sus oficios o labores de mayor jerarquía como carreras profesionales.

Existe temor en muchas industrias y empleos al contratar epilépticos debido a que una crisis pudiera trastornar al ambiente de trabajo y que el empleador sea responsable de éste. Estos temores son causales de rechazo a los pacientes, los que en la práctica minimizan o niegan su enfermedad para optar a un trabajo.

Muchos de ellos se desempeñan eficazmente y en ocasiones presentan mejores rendimientos que otros sujetos sin patologías, incluso el ausentismo laboral es menor que otros trabajadores.

El desempeño laboral depende del grado de aceptación de la enfermedad por parte del empleador, lo que favorece su adaptación y motivación, al dar oportunidades de trabajo tomando en consideración sus capacidades, aptitudes y habilidades individuales permitirá la actividad para la cual está mejor capacitado, logrando un mejor desempeño laboral.

La mantención de un empleo estará en relación con eventuales alteraciones de la personalidad que desfavorecen la adaptación, ya que en este caso el sujeto posee menores recursos psicológicos para enfrentar las dificultades propias de cualquier actividad y en las relaciones interpersonales. Estos trastornos de la personalidad en ocasiones poseen una mayor repercusión en la adaptación social que las crisis epilépticas mismas, las que llegan a ser aceptadas cuando poseen una baja frecuencia y una menor repercusión ambiental.

### **Hipótesis**

H0: No existe relación significativa entre la edad y el nivel de conocimiento.

H1: Existe relación significativa entre edad y nivel de conocimiento.

## 2.4 Operacionalización de Variables

<b>Variable</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala</b>
Datos socio-demográficos	Edad: < 20 años ≥ 20 años	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Frecuencias absolutas y descripción porcentual de las respuestas por grupos de edades	Cuantitativa ordinal
	Sexo: Femenino Masculino	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres	Frecuencias absolutas y descripción porcentual de las respuestas por sexo.	Cualitativa nominal
	Grado de Instrucción: Educación Secundaria Educación Superior	Período de tiempo que una persona asiste a una institución para estudiar y aprender.	Frecuencias absolutas y descripción porcentual de las respuestas por grado de instrucción	Cualitativo ordinal
	Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo	Condición de la persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Frecuencias absolutas y descripción porcentual de las respuestas por estado civil.	Cualitativo nominal

	Actividad productiva: Estudiante Trabajador	Actividad o trabajo que realiza la persona.		Cualitativa nominal
Conocimiento	Alto (escala) Medio Bajo	Indicador estadístico que Describe el nivel de conocimiento de los participantes en relación a la epilepsia.	Frecuencias absolutas y descripción porcentual de las respuestas por índice de conocimiento.	Cualitativa ordinal
Creencias	Epilepsia y compartir actividades con otras personas	Indicador estadístico que describe la creencia de los participantes en relación a la epilepsia.	Frecuencias absolutas y descripción porcentual de las respuestas por creencias.	Cualitativa nominal
	Epilepsia y educación			
	Epilepsia y capacidad cognitiva			
	Epilepsia y vida sexual			
	Epilepsia y embarazo			
	Vergüenza por padecer la enfermedad			
	Epilepsia y trabajo			

## Capítulo III: Resultados y discusión

### 3.1 Resultados

#### Variables sociodemográficas

**Tabla 1. Distribución de la población de acuerdo a las características sociodemográficas**

Items	Frecuencia	%
<b>Edad</b>		
< 20 años	32	43.84
≥ 20 años	41	56.16
Total	73	100.00
<b>Sexo</b>		
Masculino	43	58.90
Femenino	30	41.10
Total	73	100.00
<b>Grado de instrucción</b>		
Educación Secundaria	44	60.27
Educación Superior	29	39.73
Total	73	100.00
<b>Estado Civil</b>		
Soltero	60	82.19
Casado	9	12.33
Divorciado	4	5.48
Total	73	100.00
<b>Dedicación</b>		
Estudiante	61	83.56
Trabajador	12	16.44
Total	73	100.00

*Fuente: Instrumento aplicado.*

## Variable de conocimiento

**Tabla 2. Distribución de las respuestas a nivel descriptivo para la variable conocimiento.**

<b>Preguntas</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
	<b>N° (%)</b>	<b>N° (%)</b>
1. Ha oído o leído acerca de la enfermedad llamada Epilepsia	61 (83,56%)	12 (16,44%)
2. Conoce a alguien con epilepsia	27 (36,99%)	46 (63,01%)
3. Ha visto alguna vez a una persona tener un ataque de epilepsia	28 (38,36%)	45 (61,64%)
4. Sabe cómo reaccionar ante un ataque de epilepsia	34 (46,58%)	39 (53,42%)

*Fuente: Instrumento aplicado.*

En la variable conocimiento, se exploró la percepción de los participantes sobre las formas de adquisición del conocimiento, proximidad con personas que tengan la patología, capacidad de reacción ante una crisis epiléptica y los medios o formas para obtener el conocimiento sobre la enfermedad.

En los resultados analizados se evidenció, que la mayoría de los encuestados si habían oído o leído acerca de la enfermedad, aunque el mayor porcentaje de los participantes niega conocer a una persona con esta patología. En la pregunta relacionada con la capacidad para reaccionar ante un ataque de epilepsia, la mayoría responde que desconocen cómo hacerlo.

Las formas más comunes de obtener conocimiento de la enfermedad, fueron a través de otra persona n=28 (38,36%), internet n=24 (32,88%), televisión n=15 (20,55%) y libros n=6 (8,22%).

**Tabla 3. Distribución de respuestas según nivel de conocimiento que se tiene sobre la enfermedad**

<b>Nivel</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Alto	15	20.55
Medio	39	53.42
Bajo	19	26.03
Total	73	100.00

*Fuente: Instrumento aplicado.*

La tabla 3 presenta los resultados obtenidos para medir el nivel de conocimiento que los participantes tenían sobre la enfermedad, se pudo evidenciar, que la mayoría de las respuestas obtenidas 53% se situaron entre 4-6 puntos quedando categorizadas con un nivel de conocimiento medio.

**Tabla 4. Distribución de las respuestas por nivel de conocimiento y grupo de edad**

		<b>Edad * Nivel de conocimiento</b>			<b>Total</b>	
		<b>Tabla Cruzada</b>				
		<u>Nivel de conocimiento</u>				
		Alto	Medio	Bajo		
Edad	<20 años	<b>Frecuencia</b>	3	16	13	32
		<b>%</b>	20,0%	41,1%	68,4%	44,9%
Edad	≥ 20 años	<b>Frecuencia</b>	12	23	6	41
		<b>%</b>	80,0%	58,9%	31,6%	55,1%
Total		<b>Frecuencia</b>	15	39	19	73
		<b>%</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
			%	%	%	%

*Fuente: Instrumento aplicado*

En la tabla 4 se muestran los resultados descriptivos sobre nivel de conocimiento y edad, observándose que la categoría “alto nivel de conocimiento” agrupa mayormente las edades comprendidas entre 20-29 años, en el nivel de conocimiento “medio” se

agruparon mayormente el grupo de edad comprendido entre 20-29 años, y el nivel de conocimiento “bajo” se reportó en las edades entre 15-19 años.

**Tabla 5. Correlación de Tau C de Kendall**

		Value	Asymptotic Standard Error <sup>a</sup>	Approximate T <sup>b</sup>	Approximate Significance
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-c	-,355	,135	-2,629	,009
N of Valid Cases		73			

*Fuente: Instrumento aplicado*

Para conocer si el nivel de conocimiento está relacionado con la edad se llevó a cabo el test de correlación Tau C de Kendall. Luego de la aplicación de la prueba estadística se pudo determinar que la variable nivel de conocimiento se relaciona estadísticamente con la edad de los participantes, esto evidenciado con una  $p < ,05$ . En este particular, se rechaza la hipótesis nula ya que de acuerdo a los resultados existe relación significativa entre la edad y el nivel de conocimiento.

### Variable Creencias

**Tabla 6. Distribución de las respuestas de los participantes de acuerdo a la variable creencias**

Items	Si	%	No	%
Compartir actividades con personas que tienen epilepsia	68	93.15	5	6.85
La enfermedad afecta la educación	27	36.99	46	63.01
La capacidad cognitiva es igual a personas sanas	29	39.73	44	60.27
La enfermedad permite una vida sexual normal	48	65.75	25	34.25
La enfermedad permite un embarazo normal	22	30.14	51	69.86
Considera que es una enfermedad vergonzosa	8	10.96	65	89.04
Deberían tener empleos similares a los de otras personas	58	79.45	15	20.55

*Fuente: Instrumento aplicado*

En cuanto a los resultados obtenidos a nivel exploratorio sobre creencias se observó que el 93,15% afirmó que si dejarían que sus hijos compartieran actividades con un niño con epilepsia, pero entre los comentarios más relevantes estuvo el “sí, porque saludando o mientras no le derrame sangre a otro niño no pasará nada”.

El 63,01% cree que tener la enfermedad no afecta la educación de una persona, entre los comentarios más relevantes “no, porque no tiene nada que ver con el desarrollo neuronal”.

Un 60,27% cree que la capacidad cognitiva de una persona que tiene epilepsia no es igual a la de una persona que no tiene la enfermedad, entre los comentarios más repetidos “No sé”.

El 65, 75% cree que una persona con epilepsia si puede mantener una vida sexual normal, entre los comentarios más relevantes está “si, porque creo que la crisis no se da tan a menudo”.

El 69, 86% cree que las personas con epilepsia no pueden mantener un embarazo normal, entre los comentarios más repetidos está “no sé” o “desconozco”.

El 89,04% cree que tener epilepsia no es vergonzoso, entre los comentarios más relevantes está “no, porque es algo que no podemos saber cómo nos contagiamos o como nos da la enfermedad”.

Finalmente, el 79,45% cree que las personas con epilepsia deberían tener empleos similares a los de otras personas, entre los comentarios más relevantes está “Si, porque su condición no debe ser motivo de discriminación mientras se cuide y lleve con cuidado puede realizar actividades con normalidad”.

### **3.2 Discusión**

En esta investigación se logró medir el nivel de conocimientos sobre epilepsia en una muestra de personas encuestadas en las parroquias de Checa, Yaruquí y Tumbaco. En el estudio se pudo identificar que la población entre 15-19 años son quienes poseen el nivel más bajo de conocimientos acerca de la epilepsia, esto sugiere que ese grupo de edad no posee suficiente información sobre la enfermedad. El resultado obtenido puede compararse con los hallazgos de un estudio previo donde se sostiene que, a pesar de toda la información existente, las personas jóvenes son quienes más estigmatizan y discriminan a los enfermos con epilepsia (Figuroa & Campell, 2004).

El mismo autor sostuvo que la discriminación y la ignorancia acerca de la epilepsia se presentan en todo el mundo, por ese motivo los pacientes muy a menudo sufren más por las actitudes de los otros, que por las propias convulsiones. En tal sentido, brindar información sobre la enfermedad tiene un papel fundamental en la reducción del estigma hacia las personas que padecen epilepsia. Esta educación a la comunidad en general debe proporcionarla el equipo de salud, esto facilita una mayor comprensión de la enfermedad (Figuroa & Campell Araujo, 2004).

Otro estudio que sirve como referencia para comparar los resultados obtenidos, es el realizado por Alamri, et.al., (2018) en el que se evidenció que la mayoría de los participantes (84%) han leído o escuchado acerca de la epilepsia, y más de la mitad (67%) ha sido testigo de una convulsión. Sin embargo, pudo observarse una tendencia negativa en la actitud de los encuestados hacia las personas con la epilepsia (Alamri , Alghamdi, & Al Quait, 2018).

En relación a la variable creencias, la exploración de las opiniones facilitó la identificación de las ideas que son manejadas por las personas encuestadas sobre la enfermedad.

En un nivel descriptivo, se logró identificar que la mayoría de los participantes desaprueban las falsas creencias sobre la enfermedad. Sin embargo, un número reducido de personas señalaron ciertas opciones de respuestas que apuntaron hacia el estigma, la discriminación y la falta de conocimiento.

Los resultados antes mencionados concuerdan con los hallazgos de un estudio internacional que analizó la relación entre percepciones y estigmas en familiares de pacientes con epilepsia, donde se determinó que las personas con un nivel educativo bajo obtuvieron puntajes más altos en la sub-dimensiones creencias falsas y prejuicios (Dayapoğlu & Yıldız, 2019).

Dentro de las limitaciones del estudio se pueden enumerar las siguientes: 1) El tamaño de la muestra, la cual fue pequeña tomando en consideración la cantidad de habitantes que poseen las tres parroquias y aunque hubo una distribución comparable en los grupos de edad, es conveniente ampliar el análisis para proporcionar resultados concluyentes. 2) Con respecto al instrumento, valdría la pena desarrollar una escala que favorezca la medición objetiva de creencias sobre la epilepsia. 3) Fue difícil la comparación de los resultados obtenidos en este estudio con resultados de investigaciones a nivel nacional, ya que se recuperaron muy pocas investigaciones actualizadas sobre el tópico.

Con los resultados obtenidos se podría tener una base que oriente la educación que se le debe brindar a la población de adolescentes en relación a la epilepsia, ya que fue el segmento de la población que evidencia un bajo nivel de conocimientos.

## **Conclusiones**

La mayoría de las personas encuestadas reportaron un nivel de conocimiento medio. Sin embargo, el rango entre 15-19 años de edad mostró un bajo nivel de conocimiento este hecho con significancia estadística.

La prueba de significancia estadística arrojó que existe una relación de dependencia entre las variables de edad y conocimiento, por lo que se puede afirmar que un alto nivel de conocimiento sobre la epilepsia está relacionado con personas que poseen una edad mayor o igual a 20 años.

A nivel porcentual el rechazo a las falsas creencias fue mayor. No obstante, se debe prestar atención a los resultados que avalan las creencias erróneas sobre la enfermedad.

Existe la necesidad de brindar educación sobre la epilepsia a los adolescentes entre 15 y 19 años de edad de las parroquias de Checa, Yaruquí y Tumbaco, esto se puede lograr con el diseño de intervenciones educativas desarrolladas desde los servicios prestados por las profesionales de enfermería en los centros de salud.

## **Recomendaciones**

Mantener este tema de investigación con la intención de ampliar el estudio sobre los conocimientos y actitudes de la población general hacia la epilepsia.

Promover el desarrollo de nuevos estudios que aborden como afecta la intolerancia y la falta de conocimiento sobre la epilepsia en los pacientes y sus familias.

Se sugiere tomar en cuenta los resultados obtenidos en esta investigación, ya que pueden ser útiles para el diseño de intervenciones educativas desde el campo de la enfermería.

## **Bibliografía**

- Alamri , S., Alghamdi, A., & Al Quait, A. (2018). Alamri, S., Alghamdi, A. What Saudi teachers know about epilepsy: a cross-sectional study of Tabuk City. *Epilepsy & Behavior*, 169-172.
- Cárdenas, M. (21 de Enero de 2019). Conocimientos que tienen los maestros sobre la epilepsia y el manejo académico que aplican en los niños y adolescentes afectados que asisten a escuelas regulares en Quito en el periodo de octubre de 2018 a marzo de 2019. Pichincha, Ecuador .
- Carpio, A., Placencia , M., Román , M., Aguirre , R., Lisanti, N., & Pesantes , J. (2001). Perfil de la Epilepsia en el Ecuador. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 10.
- Carrizosa, J. (2009). Estigma en epilepsia. *IATREIA*, 22(3), 246-255.
- ClinicalTrials.gov. (16 de Agosto de 2017). *ClinicalKey*. Obtenido de [https://www.clinicalkey.es/#!/content/clinical\\_trial/24-s2.0-NCT02832349?scrollTo=%23eligibility](https://www.clinicalkey.es/#!/content/clinical_trial/24-s2.0-NCT02832349?scrollTo=%23eligibility)
- Dayapoğlu, N., & Yıldız, E. (2019). Dayapoğlu, The relationship between the perceptions of stigma expressed by the relatives of patients with epilepsy and sociodemographic factors: The case of eastern Turkey. *Epilepsy & Behavior*(96), 165-168.
- Ecuadorinmediato.com. (3 de Marzo de 2012). *Ecuadorinmediato.com*. Obtenido de [http://www.ecuadorinmediato.com/index.php?module=Noticias&func=news\\_user\\_view&id=168366](http://www.ecuadorinmediato.com/index.php?module=Noticias&func=news_user_view&id=168366)
- Figueroa, S. A., & Campell, Ó. A. (2004). Aspectos psicosociales de la epilepsia. *Archivos de neurociencias*, 9(3).
- Figueroa, S., & Campell Araujo, A. (2004). Aspectos psicosociales de la epilepsia. *Archivos de Neurociencias*, 9(3), 135-142. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-47052004000900004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-47052004000900004&lng=es&nrm=iso)
- INEC. (2010). *Instituto Nacional de Estadística y Censos* . Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/informacion-censal-cantonal/>

- Ivanovic-Zuvic, F. (2010). *Psicopatología en la Epilepsia* . Santiago de Chile : Editorial Mediterráneo .
- Matallana, T. (Junio de 2014). *La epilepsia en la edad adulta. La importancia del papel enfermero en el cuidado de los pacientes epilépticos*. Obtenido de <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5236/MatallanaIglesiasT.pdf?sequence=1>
- Mendoza, M., Miranda , J., Guillen, D., & Samalvides, F. (2012). Validación de una encuesta para medir conocimientos y creencias sobre epilepsia en los padres de familia. *Revista Médica Herediana*, 23(3), 160-165. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v23n3/v23n3ao3.pdf>
- Organización Mundial de la Salud . (7 de Febrero de 2019). *Organización Mundial de la Salud* . Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>
- Palacios , L. (1999). EPILEPSIA . *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 28(2), 146-156. Obtenido de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74501999000200007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74501999000200007)
- Pesántez, G., & Ríos, M. (1996). *Epileptología y Neuropsiquiatría Infantil* . Quito : Centro de Publicaciones Pontificia Universidad Católica del Ecuador .
- Sánchez , V., Aveiga, M., & Sangurima , F. (2009). Prevalencia, conocimientos, actitudes y prácticas de epilepsia en la parroquia de Zhidmad de la provincia del Azuay. Cuenca, Azuay.



## Anexos

### Anexo 1. Autorizaciones Aprobadas



#### GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO PARROQUIAL RURAL CHECA

DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO "CIUDAD JARDÍN"  
TELÉFONOS: 2300-055/2300-525 CORREO ELECTRÓNICO: [secretaria@checa.gob.ec](mailto:secretaria@checa.gob.ec) [hjpcheca@andinanet.net](mailto:hjpcheca@andinanet.net)

OF N° 078A- GADPCH-AN-2019

Checa, 12 de julio de 2019


Abogada  
Alejandra Pérez Philco  
SECRETARIA-ABOGADA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
Presente.-

Reciba un cordial y afectuoso saludo de quienes conformamos el Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial Rural Checa.

En respuesta al Oficio No.037-C-ENF-019, **AUTORIZO** a la señorita Marilyn Mishel Cárdenas Peralta CC.1725542854; estudiante de séptimo nivel de la carrera de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, para que pueda obtener datos para su trabajo de disertación titulado "Conocimiento de la epilepsia en la comunidad y el papel de la enfermería en la promoción, prevención y cuidados. Quito, junio-agosto 2019" en el que se aplicará un cuestionario a las personas de la parroquia sobre el conocimiento de la epilepsia entre los meses de julio – agosto del 2019.

Por la atención que se digne en dar a la presente me suscribo.

Atentamente,

  
Ing. Santiago Duque V.  
PRESIDENTE  
C.I. N° 171128909-8  
GAD Parroquial Rural Checa





GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO  
PARROQUIA RURAL YARUQUÍ

"Libre como el cóndor"

Of. No. 452 GPY  
Yaruquí, 21 de agosto de 2019

Señora Abogada  
Alejandra Pérez Philco  
SECRETARIA-ABOGADA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA,  
DE LA PONTIFICIA UNIVESIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
Presente

De mi consideración:

El GOBIERNO DE LA PARROQUIA DE YARUQUI, presenta a usted un respetuoso saludo y a la vez el deseo de éxito en las delicadas funciones a usted encomendadas.

En relación a su Of. No. 038-C-ENF-019 de 3 de julio de 2019, mediante la cual solicita que se le autorice a la Srta. MARILYN MISHEL CARDENAS PERALTA, con cédula de ciudadanía No. 1725542854, estudiante del séptimo nivel de la carrera de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, aplique un cuestionario a las personas de la parroquia de Yaruquí, sobre el conocimiento de la epilepsia, actividad que la desarrollará desde el 21 de agosto hasta el 30 de septiembre de 2019.

Al respecto el Gobierno Parroquial autoriza que la Srta. MARILYN MISHEL CARDENAS PERALTA, con cédula de ciudadanía No. 1725542854, realice las encuestas en mención.

Con sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

Dra. Patricia Osorio Flores  
PRESIDENTA DEL GOBIERNO  
AUTONOMO DESCENTRALIZADO DE YARUQUÍ

PO/MD





GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DE TUMBACO

Oficio No.2019-23-123-GAD-TUMBACO

Tumbaco, a 16 de agosto de 2019

Estimado  
Ab. Alejandra Pérez  
Facultad Enfermería  
PUCE  
Presente.

De mi consideración:

En atención al Oficio Nro. 034, de 05 de julio de 2019, en el mismo que solicita que la **MARILYN MISHEL CARDENAS PERALTA**, realice un cuestionario a las personas de la parroquia sobre el conocimiento de la epilepsia.

Al respecto, me permito indicar que la mencionada alumna **MARILYN MISHEL CARDENAS PERALTA**, alumna de la Facultad de Enfermería, es autorizada para realizar dicho cuestionario.

Particular que se pone en su conocimiento para los fines pertinentes.

Atentamente,

Ab. Mayra Lorena Brito  
**PRESIDENTA DEL GOBIERNO AUTÓNOMO  
DESCENTRALIZADO PARROQUIAL DE TUMBACO**

## **Anexo 2. Instrumento**

### **Datos Personales**

#### **Encuesta**

**Tema:** Conocimiento de la epilepsia en la comunidad y el papel de la enfermería en la promoción, prevención y cuidados.

### **Datos Personales**

#### **Edad: Seleccione el rango de edad en el que se encuentra**

- a. 15 a 19 años
- b. 20 a 29 años
- c. 30 a 39 años
- d. 40 a 49 años
- e. 50 a 54 años

#### **Sexo:**

- a. Masculino
- b. Femenino

#### **Grado de instrucción**

- a. Básica
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Superior

#### **Estado Civil**

- a. Soltero
- b. Casado
- c. Divorciado
- d. Viudo

#### **Ocupación:**

### **Conocimientos Sobre la Epilepsia**

- 1. ¿Ha oído o leído acerca de la enfermedad llamada Epilepsia?**
  - a. Si
  - b. No
- 2. ¿Conoce a alguien con epilepsia?**
  - a. Si
  - b. No
- 3. ¿Por qué medio usted se enteró de esta enfermedad?**
  - a. Televisión
  - b. Internet
  - c. Libros
  - d. Por otra persona
- 4. ¿Ha visto alguna vez a una persona tener un ataque de epilepsia?**

- a. Si
  - b. No
- 5. ¿Sabe cómo reaccionar ante un ataque de epilepsia?**
- a. Si
  - b. No
- 6. ¿Cuál es la causa de la epilepsia?**
- a. Trastorno de la función cerebral
  - b. Enfermedad que se contagia
  - c. Castigo de Dios
  - d. Enfermedad hereditaria
  - e. No conoce
- 7. Sabe usted ¿Quién debe tratar a la persona con Epilepsia?**
- a. Sacerdote
  - b. Farmacéutico
  - c. Médico
  - d. Chaman
  - e. Cualquier persona
  - f. No conoce
- 8. Si contesto médico, ¿qué médico especialista debe tratar a la persona que sufre de Epilepsia?**
- a. Endocrinólogo
  - b. Cardiólogo
  - c. Cirujano
  - d. Neurólogo
  - e. No conoce
- 9. Una crisis convulsiva puede presentarse como:**
- a. Sacudidas del cuerpo
  - b. Cambios de expresión y miradas al vacío
  - c. Hablar solo al vacío
  - d. Visión de objetos inexistentes
  - e. Conductas extrañas
  - f. No conoce
- 10. Sabe usted ¿Qué se debe hacer ante una crisis convulsiva?**
- a. Poner a la persona de costado para que respire mejor
  - b. Colocarle una almohada debajo de la cabeza
  - c. Sujetar a la persona para impedir que siga sacudiéndose
  - d. Tirarle agua encima para que reaccione
  - e. Aflojar o retirar corbatas, correas y/o collares
  - g. Ponerle objetos en la boca
  - h. No conoce
- 11. ¿Qué factores pueden desencadenar una crisis epiléptica en una persona que sufre de Epilepsia?**
- a. Dormir pocas horas
  - b. Tomar café en exceso
  - c. Tomar alcohol
  - d. El estrés
  - e. Todas las anteriores
  - f. No conoce
- 12. ¿Cómo cree usted que se trata la Epilepsia?**
- a. Hierbas medicinales

- b. Oración
- c. Medicamentos
- d. Baños de sanación
- e. No conoce

**13. Sabe usted ¿Qué deportes pueden realizar los niños que sufren de Epilepsia?**

- a. Atletismo
- b. Fútbol
- c. Buceo
- d. Deportes extremos
- e. No conoce

**14. ¿Qué actividades pueden realizar los niños que sufren de Epilepsia?**

- a. Ir a la escuela
- b. Ir al cine
- c. Bailar
- d. Trabajar
- e. Todas las anteriores
- f. No conoce

### **Creencias**

**15. ¿Permitiría a su hijo compartir actividades con un niño epiléptico?**

- a. Si
- b. No

¿Por qué?

---

---

---

**16. ¿Cree que la epilepsia afecta la educación de una persona?**

- a. Si
- b. No

¿Por qué?

---

---

---

**17. ¿Cree que la capacidad cognitiva de una persona que tiene epilepsia es igual a la de una persona que no la tiene?**

- a. Si
- b. No

¿Por qué?

---

---

---

**18. ¿Cree usted que las personas con epilepsia llevan una vida sexual normal?**

- a. Si
- b. No

¿Por qué?

---

---

---

**19. ¿Cree que las mujeres con epilepsia pueden tener un embarazo normal?**

- a. Si
- b. No

¿Por qué?

---

---

---

**20. ¿Considera que tener epilepsia es vergonzoso?**

- a. Si
- b. No

¿Por qué?

---

---

---

**21. ¿Cree que las personas con epilepsia deberían tener empleos similares a los de las demás personas?**

- a. Si
- b. No

¿Por qué?

---

---

---

**22. ¿Ha recibido alguna vez información acerca de la epilepsia?**

- a. Si
- b. No

## **Consentimiento Informado**

Tema: Conocimiento de la epilepsia en la comunidad y el papel de la enfermería en la promoción, prevención y cuidados.

Se invita a (usted/su hijo) a participar en un proyecto de investigación que está bajo la responsabilidad de **Marilyn Mishel Cárdenas Peralta** de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Es muy importante que usted lea y entienda los principios generales a aplicarse en todos los que participen en el estudio: 1) su participación dentro de este estudio es completamente voluntaria; 2) No hay beneficios personales en su participación en el estudio, pero el conocimiento adquirido beneficiará a otras personas. 3) usted podrá retirarse en cualquier momento del estudio.

### **Riesgos**

No se detectaron riesgos al participar en esta investigación.

### **Beneficios**

No existirán beneficios personales en esta investigación, pero el beneficio adquirido beneficiará a otras personas

### **Confidencialidad**

Su privacidad y los datos de su cuestionario son estrictamente confidenciales. Sin embargo, los investigadores tendrán acceso a sus datos. Cuando los resultados del estudio estén listos podrán ser publicados únicamente en la universidad, en estos no se incluirá su nombre ni ningún otro dato relacionado con su identidad, estos serán codificados y mantenidos en absoluta reserva.

Problemas o preguntas: Si hubiera algún problema o pregunta al respecto, usted puede contactarse con \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos (del participante): \_\_\_\_\_

He leído o me han sido leídos los detalles del estudio y he tenido la oportunidad de discutir y hacer preguntas sobre el proyecto. Una vez comprendido el objetivo de este proyecto doy mi consentimiento para ser parte de este estudio.

\_\_\_\_\_ Firma y Fecha

\_\_\_\_\_ Firma del investigador y fecha

### Anexo 3. Instrumento estandarizado

Tabla 1. Cuestionario y respuestas correctas (en negrita)\*

1. Edad	2. Sexo	3. Estado civil	
4. Grado de instrucción	5. Religión	6. Lugar de nacimiento:	
7. Domicilio	8. Tiempo de residencia en Lima	9. ¿Sabe usted algo sobre Epilepsia?	Si No
Si contesto sí, continúe la encuesta. Si contesto no, la encuesta ha concluído muchas gracias.			
10. Marque ¿Cuál es la causa de la Epilepsia?	11. Sabe usted ¿Quién debe tratar a la persona con Epilepsia?		
Trastorno de la función cerebral.	Sacerdote		
Enfermedad que se contagia	El señor de la farmacia		
Castigo de Dios	Médico		
Pesión maligna	Chanman		
Enfermedad que se hereda	Amigo		
Si contesto médico pase a la siguiente; si no pase a la pregunta 13			
12. Si contesto médico, que médico especialista debe tratar a la persona que sufre de Epilepsia?	17. ¿Qué factores pueden desencadenar una crisis epiléptica en una persona que sufre de Epilepsia?	22. ¿Qué actividades pueden realizar los niños que sufren de Epilepsia?	
Endocrinólogo	Dormir pocas horas (menos de 6 horas)	Ir al colegio	Si No
Cardiólogo	Dormir muy tarde	Ir al cine	Si No
<b>Neurólogo</b>	Tomar café	Estudiar	Si No
Cirujano	Tomar alcohol	Bailar	Si No
13. Sabe usted ¿A qué edad es más frecuente la Epilepsia?	El estrés	23. ¿Cree usted que las personas que sufren de epilepsia pueden ser útiles a su comunidad?	Si No
Bebés (0-1)	18. ¿Cuándo una crisis epiléptica puede dañar al cerebro?	24. ¿Usted permitiría que un niño con epilepsia fuera amigo de su hijo/a?	Si No
Niños (1-9)	Cuando el niño se sacude mucho tiempo	25. ¿Cree usted que un niño con epilepsia puede ir a la misma escuela que un niño que no padece de Epilepsia?	Si No
Adolescentes (9-18)	Cuando las crisis son muy frecuentes	26. ¿Cree usted que un niño con epilepsia es menos inteligente que un niño que no padece de Epilepsia?	Si No
Adultos (18-60)	Cuando se presenta fiebre	27. ¿La epilepsia se hereda?	Si No
Ancianos (>60)	Cuando el niño vomita o saliva demasiado	28. ¿La epilepsia se cura?	Si No
14. Una crisis convulsiva puede presentarse como:	19. Sabe usted ¿Dónde debería atenderse una persona con Epilepsia para controlar su enfermedad?	29. ¿A través de qué medio obtuvo la información que acerca de la Epilepsia?	
Sacudidas del cuerpo	<b>En el hospital</b>	De amigos, vecinos, familiares	
Cambios en la expresión y miradas al vacío	En su propia casa	De campañas de salud en hospitales y postas	
Hablar solo al vacío	En la Iglesia	De un familiar o conocido que tiene epilepsia	
Visión de objetos inexistentes	En la farmacia	De la radio, periódico o televisión	
Conductas extrañas	En la casa de la vecina	Otro ¿cuál?	
15. Cree usted ¿Qué una persona que está teniendo una crisis epiléptica puede volverse agresiva y atacarlo?	20. ¿Cómo cree usted que se trata la Epilepsia?	30. ¿Sabe usted si en el hospital se realizan charlas acerca de Epilepsia?	Si No
	Hierbas medicinales	31. Si contesto sí, ¿Alguna vez ha asistido?	Si No
16. Sabe usted ¿Qué se debe hacer ante una crisis convulsiva?	Brebajes de sangre		
Poner a la persona de costado para que respire mejor	Con rezos		
Colocarle una almohada debajo de la cabeza	<b>Medicamentos</b>		
Colocar un pañuelo en la boca	Con agua de azahar		
Sujetar al niño para impedir que siga sacudiéndose.	Con baños de sazación		
Tirarle agua encima para que reaccione	21. Sabe usted ¿Qué deportes pueden realizar los niños que sufren de Epilepsia?		
Aflojar o retirar corbatas, correas y/o collares	Atletismo		
Ponerle un lápiz en la boca	Fútbol		
Soltarle los brazos	Ping-pong		
	Juegos de mesa (ajedrez)		
	Buceo		

\* Las preguntas sobre creencias ni tienen respuestas correctas.

(Mendoza, Miranda, Guillen, & Samalvides, 2012)

### Anexo 3. Cálculo muestral

<b>Total de la población (N)</b> (Si la población es infinita, dejar la casilla en blanco)	44562
<b>Nivel de confianza o seguridad (1-<math>\alpha</math>)</b>	95%
<b>Precisión (d)</b>	5%
<b>Proporción</b> (valor aproximado del parámetro que queremos medir) (Si no tenemos dicha información $p=0.5$ que maximiza el tamaño muestral)	5%
<b>TAMAÑO MUESTRAL (n)</b>	73

*Fuente: Unidad de epidemiología clínica y bioestadística del Complejo Hospitalario Universitario A. Coruña*