

Epilepsia y sexualidad femenina material*

Souza y Machorro Mario¹

RESUMEN

La epilepsia, grave problema de salud pública en México, se vincula a la comorbilidad psiquiátrica, cuya expresión sexual continúa socialmente mal interpretada y asistencialmente mal atendida. Se describe la respuesta neural y los mecanismos de afectación epilépticos, así como los procesos derivados del uso de fármacos antiepilépticos y otros factores etiopatogénicos de este problema. La oportuna identificación clínica de la inhabilidad que implica la disfunción sexual femenina, permanece en ocasiones bloqueada por mitos y prejuicios o es simplemente ignorada. La doble moral social y la equívoca interpretación de la conducta sexual femenina, incluso cuando es saludable, causa daños directos e indirectos por vía: Psicopatológica (autodevaluación, abuso sexual infantojuvenil, explotación, etc.), sociofamiliar, neurofisiopatológica y por efecto de sustancias legales/ilegales. Se recomiendan medidas de abordaje de casos y se describen las alteraciones sexuales más frecuentes, a fin de promover la realización de una mejor metodología semiológico-propedéutica en la que se finque a la vez el tratamiento del trastorno primario y su comorbilidad. La referencia apropiada de la paciente, es una necesidad clínica insoslayable que refuerza el manejo integral. Es indispensable favorecer la mejoría emocional de las pacientes consigo, para luego incrementar su calidad de vida conyugal, familiar y comunitaria. Es inadmisibles la restricción de oportunidades sociales y limitación del acceso a experiencias educativas formales y ocupacionales a esta y cualquier otra población estigmatizada. Es responsabilidad del personal de salud trabajar ex profeso para eliminar ambos estigmas: epiléptico y sexual, al pretender consolidar el paradigma humanista de nuestra profesión.

Palabras clave: epilepsia, sexualidad femenina, psicopatología, comorbilidad psiquiátrica, fármacos antiepilépticos.

Rev Mex Neuroci 2007; 8(4): 372-380

Epilepsy and material feminine sexuality

ABSTRACT

Epilepsy, a serious problem of public health in Mexico, is linked to psychiatric co-morbidity, whose sexual expression is wrongly interpreted in society, and not well attended. The neural response and the epileptic mechanisms of affectation are described, as well as the processes derived from the use of anti-epileptic drugs and other ethiopathogenic factors to be considered in this problem. The timely clinical identification of the incapacity that implies feminine sexual dysfunction, remains blocked by myths and prejudices, or is simply ignored. The double social moral and the wrong interpretation of feminine sexual behavior, even when it is healthy, causes direct/indirect damages in different ways: Psychopathologic (self-devaluation, infant-juvenile sexual abuse, etc.), socio-familiar, neuro-physiopathologic, and by effect of illegal/legal substances. The approaches to these problems are recommended, and the more frequent sexual alterations described, in order to promote the accomplishment of a better semiologic-propedeutic methodology in which treatment of the primary upheaval and its co-morbidity are simultaneously built. The appropriate reference of the patient is an unsustainable clinical need that reinforces comprehensive treatment. It is necessary to improve emotional aspects of the patients within themselves, in first instance, to increase quality in their conjugal, familiar and communitarian life. The restriction of social opportunities and the limitation of access to formal and occupational educative experiences to this and any other stigmatized population is inadmissible. It is the responsibility of the health personnel to work specifically in eliminating both stigmas: sexual and epileptic, when trying to consolidate the humanistic paradigm of our profession.

Key words: Epilepsy, feminine sexuality, psychopathology, psychiatric co-morbidity, anti-epileptic drugs.

Rev Mex Neuroci 2007; 8(4): 372-380

* Comentario realizado en la Presentación del Libro: Vasconcelos D, Boleaga B. *Porque tienes epilepsia: Consideraciones clínicas*. México: Masón-Doyma México; 2007. Academia Nacional de Medicina de México. México, D.F. Abril 7 de 2007.

1. Psiquiatra, psicoterapeuta y psicoanalista. Fundador de la Sección de Sexología Médica. Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C.

Correspondencia:

Dr. Mario Souza y Machorro

Correo electrónico: souzaym@prodigy.net.mx

Pozo oscuro... cuartel de tropiezos,
quejío y tortura desagarra mi alma...
camino húmedo de viento y libertad...
acaricias mi cabello y mi cuerpo
como el más perfecto de los amantes.
Estruendoso y bello es tu andar, sueñas a
compás con tu oleaje.
Espíritu a galope desbocado,
salpicas de estrellas mi ser
de gitana con aroma de libertad
(Flamenco)

INTRODUCCIÓN

La epilepsia, afección crónica de etiología diversa se conceptúa como un evento súbito, involuntario y limitado en tiempo, caracterizado por cambios en la actividad motora, autonómica, sensitiva y/o de la conciencia, de carácter repetitivo y patrón estereotipado, acompañado de descargas eléctricas anormales. Este grave problema de salud pública¹ en México alcanza de 1.5-2 millones de personas, de los cuales 25% son de difícil manejo.² Su bajo índice de mortalidad provoca, no obstante, mucha incertidumbre agravada por la comorbilidad.³ Su etiopatogenia se vincula a complicaciones del embarazo o parto, traumatismos craneales, infecciones del SNC, trastornos metabólicos y abstinencia de psicotrópicos sedantes (alcohol, entre otros).⁴ Puede ocurrir a cualquier edad⁴ y su clasificación se basa en la capacidad para identificar los tipos de crisis y su progresión de un tipo a otro. Se estima que 10% de la población presenta en algún momento de su vida síntomas que permiten identificar síndromes epilépticos,⁵ pero sólo 1-3% desarrolla epilepsia. En la actualidad se dispone de tratamiento farmacológico y no farmacológico⁶ que controlan el padecimiento y en algunos casos, dependiendo del tipo de crisis, se agrega cirugía.^{7,8} El tratamiento de la epilepsia no resulta difícil si se conocen a fondo los fármacos antiepilépticos (FAE) y sus mecanismos de acción, efectos secundarios e interacción con otros medicamentos, particularmente con otros FAE. La determinación de si las crisis son parciales o generalizadas, parte del patrón electroencefalográfico. Cuando el cuadro clínico-EEG representa un síndrome epiléptico se indica un tipo de FAE específico.^{9,10} Al efecto se consideran los factores farmacológicos individuales (alergia), problemas metabólicos o la administración de otros fármacos junto con el FAE, que por interacción, podrían afectar la elección del FAE, de entre una amplia variedad.¹¹ Respecto del manejo quirúrgico, el avance actual ofrece una importante mejoría pronóstica derivada del desarrollo técnico de los métodos de evaluación prequirúrgicos; mejor entendimiento de los diferentes tipos de crisis y su correlación clínico-EEG, resultando en mejor localización; desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas y la posibilidad de intervenir a una muy temprana edad. Asimismo la mejor selección de pacientes se beneficia en un tiempo mucho más corto.²

No obstante los avances mencionados, quedan muchos problemas por valorar, como la oportuna identificación de la comorbilidad psiquiátrica: la automedicación, síndromes depresivos, intentos suicidas, trastornos psicóticos, sexuales y reproductivos, por consumo de sustancias y del dormir, entre otros.^{12,13} De modo que cabe reflexionar

sobre la presencia de cierto grado de impacto sobre la cultura popular acerca de la epilepsia, la inhabilidad que implica y la afectación de la sexualidad, en especial entre las mujeres, así como entre pacientes estigmatizados (quienes padecen trastornos mentales, minusválidos, ancianos, integrantes de comunidades marginales, poblaciones indígenas y los que viven circunstancias alienantes o con diversos tipos de discapacidad psicofísica).³

DESCRIPCIÓN

La sexualidad es un fenómeno pluridimensional que varía de una cultura a otra, en cada contexto socio-histórico e igualmente variable deviene en relación con la mujer. En la antigüedad, el Antiguo Testamento marcó las normas que regularon la conducta sexual de su época. Los 10 mandamientos, prohibieron el adulterio, el incesto y la desnudez. El matrimonio tuvo desde entonces finalidad procreativa y la esposa tuvo el "privilegio" de compartir los favores del esposo con otras esposas secundarias; pero de ser infiel era reprochada y apedreada. En Grecia, se toleró la homosexualidad masculina entre adultos y adolescentes púberes dentro de un contexto supuestamente educativo. Y así por centurias, las creencias religiosas dominaron el comportamiento sexual, reduciéndolo al proceso de descendencia.¹⁴ Con el surgimiento de la familia patriarcal se restringió el ámbito social de la mujer, quedando a su cargo la reproducción y al de los varones la educación filial. Se impuso la permisividad sexual al varón y la represión a la mujer, a la que se exigía virginidad y fidelidad sin importar su placer. Esa doble moral exaltó el significado reproductivo como forma lícita socialmente aceptada, vinculada al matrimonio y la familia, y el placer como una forma adecuada, pero sólo válida para los hombres. En la Edad Media los cinturones de castidad amén de que no resolvieron las necesidades para las que fueron diseñados, evidenciaron muchos problemas sexuales, por lo que la Iglesia para reafirmarse, refrendó el matrimonio monógamo y declaró al instinto sexual como demoníaco, dando origen a la Santa Inquisición, que persiguió con destacado furor y sin distinción alguna, a las "brujas y hechiceras". Alrededor de 1530, la Reforma protestante encabezada por M. Lutero, dio a Inglaterra el primer divorcio entre Enrique VIII y Catalina de Médicis, para casar a éste con Ana Bolena. Más adelante, en la época victoriana de los siglos XVIII y XIX, la masturbación aún se consideraba causa de trastornos mentales y nerviosos como la epilepsia. En 1882 Kraft-Ebing describió los comportamientos sexuales sin intención reproductiva como una *desviación sexual*, concepto obsoleto que por cierto, aún persiste a la fecha en muchas comu-

nidades. S. Freud en el s. XIX demostró la trascendencia de la sexualidad en la vida saludable de las personas. Su Teoría Libidinal de la Personalidad basada en el desarrollo sexual, destacó la energía esencial de la que emanan las actividades humanas. Por esa época, en Inglaterra Havellock Ellis publica su libro titulado *Psychology of Sex*, donde equipara el deseo sexual entre hombre y mujer y se refuta ampliamente el concepto insano de la masturbación. En Estados Unidos, M. Sanger inicia el movimiento social de control natal y publica artículos especializados sobre la sexualidad femenina. De la misma manera, la antropóloga M. Mead, describe el comportamiento sexual de las tribus Papúa de Nueva Guinea y más adelante A. Kinsey un destacado zoólogo, inicia el estudio sistemático de la sexualidad, reduciendo considerablemente los mitos y tabúes que la rodean. Su portentoso trabajo, basado en la aplicación de entrevistas a más de 18,000 personas, le permite escribir sus libros *Sexual Behavior in Human Male* y años más tarde *Sexual Behavior in Human Female*, en los que asienta su concepto clave, la sexualidad llamada "normal" es mucho más amplia de lo que se podía pensar hasta entonces. Con la participación de dos reconocidos investigadores W. Masters y V. Johnson se estudia en los años 60 la sexualidad, a partir de la anatomía y la fisiología de lo cual nace su libro inicial *The Human sexual response*, donde se plasman las diferencias de capacidad sexual entre hombre y mujer, así como la presencia de un solo tipo de orgasmo en ambos.¹⁴ En los años setenta, S. Hite enfatiza la función natural del sexo como propia del ser humano, pero ahora vista desde la óptica de una libertad, es decir, sin supeditación a la procreación. Sin embargo, muy a pesar de esta importante revolución conceptual a lo largo de los años en el mundo, los problemas sexuales de las distintas comunidades y más en particular del paciente psiquiátrico y del que tiene epilepsia, están aún por valorarse para su adecuada atención,¹⁵ pues la comorbilidad sexual de la epilepsia y otros problemas ligados a la reproducción no son aún bien manejados.¹⁶ Y aunque su elevada frecuencia y la ausencia de apropiado diagnóstico reclaman un énfasis en la semiología y la propedéutica, en apoyo a la atención asistencial social y en aras de consolidar el ejercicio integral de la medicina,¹⁷ fue hasta 1974 en que la sexualidad es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) dentro del concepto integral de salud del ser humano.¹⁸ En la actualidad en Malí, país africano, la práctica de la ablación quirúrgica del clítoris ha afectado al 90% de las mujeres y se lleva a cabo desde hace 4,000 años. Cifras de la OMS indican que la mutilación genital afecta en todo el mundo a más de 132 millones de mujeres y niñas, y

cada año dos millones más -6,000 al día- corren el riesgo de pasar por ella. En otras palabras, la sexualidad lo mismo puede representar una forma de hospitalidad y deseo de agradar al visitante; ser parte de un ritual religioso; de una expresión de un tabú como en el caso de la homosexualidad lésbica o de una experiencia sui generis a través de la mutilación genital. Y dado que tiene tantas variaciones, ocurre a menudo que en muchas sociedades los efectos de la sexualidad, sus aspectos cosméticos y sobre todo sus requerimientos terapéuticos suelen no discutirse con suficiente apertura, de modo que los organismos internacionales hacen hincapié en que sean las organizaciones e instituciones gubernamentales y privadas las que otorgan los servicios asistenciales, quienes inicien la comunicación sobre las aplicaciones saludables de la sexualidad.¹⁹ Ello a fin de tranquilizar a las poblaciones que lo necesitan a través de una discusión razonable que forme parte de la instrucción básica de las personas, tal como se observa en los Programas de Educación Sexual a la comunidad.²⁰ Cabe mencionar que en casi todas las culturas, hablar de la inhabilidad sexual o ver desde esta óptica a un trastorno es prácticamente un tabú. Esta actitud ha evitado por ejemplo, que muchas mujeres de color portadoras de ciertas inhabilidades para ejercer su sexualidad en forma normal, lo mismo que ciertas poblaciones de mujeres (lesbianas) con inhabilidades, se unan y participen del movimiento de mujeres lisiadas, porque se sienten tan aisladas y con tanta necesidad de expresar su malestar que lo hacen a través de los conductos gremiales, políticos, sociales, etc. En este orden de ideas, resulta esencial que los profesionales de la salud y la educación, líderes comunitarios, padres de familia y demás personas interesadas y de alguna manera dirigentes -no sólo participantes- de la comunidad, intenten entender al menos, cómo las diferencias culturales afectan a las mujeres con inhabilidades y, más específicamente, a las mujeres portadoras de epilepsia.

Sin importar la cultura, existen entre los grupos sociales organizados una enorme variedad de reglas morales y códigos establecidos, que directa o indirectamente afectan la manera en la cual una mujer piensa, opina y actúa respecto de su cuerpo y su sexualidad, lo cual es sin duda, un asunto educativo y culturalmente inducido. Tal enfoque social de atención constante sobre el cuerpo de la mujer está tan disseminado, que hace muy difícil para algunas de ellas, especialmente para quienes sufren discapacidad o presentan alguna inhabilidad, aceptarse objetivamente, lo mismo que a su propio cuerpo, al contrastarse con los ideales de la cultura.¹⁸ Esta triste realidad para las mujeres con epilepsia

les hace mencionar acerca de ellas mismas, que no pueden satisfacerse correctamente, no son capaces de cumplir su papel materno, no funcionan de acuerdo a las expectativas de un amante o simplemente –generalizando su malestar–, como miembros activos de la comunidad, de modo que las uniones sexuales o de pareja realizadas sobre tales bases, afectan aún más la sexualidad femenina. Para muchas personas que por razones de patología de la personalidad u otras alteraciones cognitivo-conductuales, se aíslan y experimentan soledad, este tipo de unión poco favorecida respecto de la intensidad y calidad de su intimidad, permite mantener una promesa de unión de pareja y compartimiento emocional. Por otra parte, muchas mujeres con epilepsia, debido al pobre sentimiento de autoestima que poseen al no haber podido desarrollarla adecuadamente, dudan de la validez de las razones masculinas para querer hacer pareja con ellas y de esta manera socavan las uniones. En adición, las mujeres que han sido violentadas o sometidas a un tipo de relación de explotación y de falta de respeto hacia su persona, como lamentablemente se observa con cierta frecuencia en mujeres con epilepsia, se vivencian a sí mismas como incapaces de poder despertar en otras personas, sentimientos de afecto y gozo, cancelando así –aún sin iniciar–, la posibilidad de que una buena relación íntima les suceda.²¹

Esta anticipada falsedad parece regir la vida de muchos pacientes con este mal, por lo que los aspectos educativos y preventivos deben abordar como ocurre en otros trastornos, los mitos, prejuicios, equivocaciones y malas interpretaciones respecto de la enfermedad. Al efecto debe considerarse que se requiere también una función apropiada de ciertas regiones de la corteza cerebral –en particular las regiones de los lóbulos frontales y temporales–, para tener una actividad sexual adecuada. Se sabe que las personas que padecen crisis parciales complejas son más propensas que otras –epilépticas o no–, a presentar alteraciones del deseo sexual, particularmente cuando las descargas parten del lóbulo temporal (mesial) la más frecuente de las epilepsias.² De modo que para hablar del posible efecto de las crisis convulsivas en las regiones del cerebro implicadas en sexualidad, debe señalarse en primera instancia que se parte del consenso de que la sexualidad en la vida humana, representa un aspecto importante.^{22,23} Llama la atención desde el punto de vista clínico, el que las personas con epilepsia han mostrado tener una incidencia un tanto más alta de disfunción sexual que la prevalencia encontrada en personas con otras enfermedades neurológicas crónicas.^{24,25} Por ejemplo, algunos estudios indican que los problemas derivados del de-

seo sexual reducido y/o ausente, pueden afectar entre 25%-35% de los pacientes con epilepsia.^{26,27} Cabe señalar que dada su multifactorialidad, las causas de tal afectación en esta población de pacientes no son todavía bien comprendidas y valoradas. De ellas destacan para algunos estudiosos del tema, como la baja autoestima y las oportunidades sociales limitadas, las cuales pueden interferir de muchas maneras con el desarrollo de la interacción sexual normal.²⁷ Ello a un lado de que el comportamiento sexual tiende a reforzarse negativamente cuando las sensaciones sexuales se identifican como parte de las crisis. De hecho, refieren muchos pacientes el temor de que la actividad sexual les precipite las crisis, particularmente cuando éstas se producen ligadas en cierta forma a la hiperventilación o al esfuerzo físico.²⁸ Sin embargo, derivadas de la complejidad del problema, deben de considerarse además otros factores participantes como los psicológicos, las alteraciones en la función neurológica y endocrina relacionadas con la epilepsia, las cuales tienden a afectar la ejecución de la conducta sexual.²⁹

Esta condición que se relata, en términos de la expresión de un grupo de factores patológicos simultáneos y diversos, puede estar propiciando y manteniendo un trastorno formal de la sexualidad (T. del deseo sexual), que se manifiesta a través de la afectación de la buena voluntad y disposición para realizar un comportamiento sexual. En tal sentido, algunos clínicos e investigadores lo comparan con la *libido*, en su calidad de energía fundamental, o lo refieren como *impulso sexual*. Cabe señalar que el deseo para la actividad sexual es variable entre las personas, y desde luego difícil de definir en términos absolutos, pero se estima que una persona que no tenga presentes los asuntos relativos a los temas sexuales (fantasías, diurnas, recuerdos, sensaciones, etc.) o no muestre deseo por ellos al menos de 1-3 veces en el lapso de un mes, bien puede estar en condición de tener un deseo sexual anormalmente bajo. Y como el deseo sexual se puede alterar por la participación de múltiples factores psicosociales, socioculturales y psicopatológicos en particular, como la presencia de síndromes depresivos o trastornos por ansiedad, entre muchos otros, debe analizarse con las pacientes, las causas correctas y su adecuada nominación. Por su parte, los trastornos de la excitación sexual se refieren a la discapacidad de responder en forma fisiológica a los estímulos sexuales apropiados, con los cambios coordinados entre los sistemas vasculares y neuromusculares.^{30,31} Por tanto, la respuesta fisiológica normal implica simultáneamente la participación de la corteza cerebral, el tallo, la médula espinal y el sistema nervioso autónomo; se requieren ade-

más, niveles apropiados de hormonas hipofisarias (gonadotropinas y prolactina) y de hormonas esteroides ováricas y testiculares (estrógeno y progesterona en la mujer y testosterona en el varón y la mujer), sin las cuales no se puede producir la reacción de sexual normal.³² Se ha documentado que la función sexual en mujeres con epilepsia, refiere una alta incidencia de dispareunia (dolor durante el coito); de vaginismo (espasmos vaginales dolorosos durante la cópula) y una moderada a marcada carencia de la lubricación vaginal. Lo curioso del caso es que las mujeres estudiadas no informan la presencia de algún problema en el deseo o experiencia sexual. Los resultados sugieren que la disfunción de la excitación sexual fisiológica no es un trastorno psicosocial primario.^{30,31} Asimismo, los hombres con epilepsia no sólo refieren dificultades en alcanzar la erección en situaciones sexuales, sino también nocturnas, lo cual indica un problema fisiológico primario, comparable al reportado en mujeres.³³ A los factores señalados hay que agregar la participación de la medicación antiepiléptica, pues los FAE afectan el comportamiento sexual: a) Produciendo alteraciones en el metabolismo y la unión de las hormonas a las proteínas, amén de sus efectos directos sobre la función cortical; b) se asocian a elevaciones séricas en los niveles del prolactina y gonadotropina, hormonas que pueden alterar o hasta suprimir el comportamiento sexual; c) inducen aumento de las enzimas del citocromo P450 del hígado, el metabolismo y la unión de las hormonas esteroides a las proteínas, que disminuyen la interacción con el cerebro; d) reducen los niveles de la actividad enzimática del citocromo P450 sobre los andrógenos y quizás de otras hormonas esteroides también. Se ha descrito en la literatura que la reducción de los andrógenos es causa de reducción a su vez, del interés y la excitación sexuales, tanto en mujeres como en hombres; e) la libido y la excitación disminuidas se encuentran más pronunciadas en aquellos pacientes que toman medicación sedante.³⁴ Tal es el caso del fenobarbital, si bien eso mismo puede ocurrir por sensibilidad idiosincrásica con cualquier FAE en un determinado individuo. Debido a ello, se debe considerar el cambio a un FAE alternativo, pues los pacientes bien pueden experimentar cierto déficit sexual –o de otro tipo-, con un medicamento pero mantener su función sexual normal con otro.^{24,34} Por su parte, las descargas epilépticas originadas en regiones cerebrales relacionadas con la sexualidad (lóbulo frontales y temporales), alteran la función sexual. Lamentablemente, los mecanismos subyacentes específicos permanecen aún desconocidos, pero implican muy posiblemente, la participación de ciertos cambios en los neurotransmisores cerebrales y

en los niveles de las hormonas hipofisario-gonadales.^{29,34} Ello se hace manifiesto porque la presencia de convulsiones dan lugar a la elevación transitoria de la prolactina sérica, lo cual se ha asociado a una libido reducida en los varones y a la presencia de disfunción eréctil.³⁵ Afortunadamente, al lograr la mejoría del control de la epilepsia, puede aliviarse la disfunción sexual en muchos casos, aunque se requieran paradójicamente, dosis altas de FAE para lograrlo. Por ello, se recomienda que hasta que se elabora la investigación clínica detallada que determine el grado al cual ciertas medicaciones afectan la función sexual,³⁶ no es razonable cambiar a otra medicación alternativa, en especial cuando existe control de las crisis.^{29,30} Cuando otras causas médicas o psicológicas de la disfunción sexual se excluyen y el ajuste de FAE no es provechoso o factible, las técnicas específicas de la terapia sexual pueden ser de utilidad. De igual manera la psicoterapia individual y de pareja pueden ser necesarias cuando se detectan problemas en la relación sexual o en la dinámica conyugal y ello causa problemas sexuales. La intervención terapéutica comienza con la explicación de qué es la disfunción sexual y cómo se relaciona con la epilepsia, ofreciendo con ello, algún alivio al paciente cuando éste atribuye sus problemas sexuales a la ignorancia, incapacidad o inadecuación personal en la realización coital. En consecuencia, la aplicación de una historia clínica sexual detallada³⁷ permite comprobar si la disfunción es crónica o circunstancial y si existen otros factores participantes en la precipitación del síntomas como la tensión aguda o crónica, el curso de una enfermedad reciente, el uso de otras medicaciones además de FAE, el consumo de psicotrópicos de abuso (alcohol, sedantes, café u otros ilegales marihuana, cocaína, etc.). La realización de un examen físico y neurológico cuidadoso y la aplicación de estudios apropiados de laboratorio o gabinete en su caso, deben llevarse a cabo a efecto de descartar la presencia de otras condiciones médicas que puedan ser responsables de la disfunción sexual (diabetes, hipertensión, hiperlipidemia, desórdenes endocrinos, etc.).³⁸

A la par, deben solicitarse los análisis séricos de testosterona, estrógeno, prolactina, hormona luteinizante, (LH), folículo estimulante, (FSH), complementados de una interconsulta urológica o ginecológica. En ocasiones el uso de productos comerciales disponibles en el mercado, destinados a humedecer y lubricar la zona genital, pueden ayudar a aliviar sequedad vaginal y la dispareunia, si bien no resuelven el problema. Las intervenciones ginecológicas posibles incluyen la dilatación gradual de la abertura vaginal para aliviar la dispareunia, así como la técnica de la desensibilización sistemática

a la inserción vaginal, para el vaginismo. Por su parte, la dificultad eréctil, en su caso, puede responder a las medicaciones que facilitan la relajación y la vasodilatación del músculo liso (bloqueadores alfa-adrenérgicos, papaverina, con o sin fentolamina, formulaciones acuosas de la prostaglandina E1 y sildenafil o equivalentes).³⁹

De no arribar a la identificación de ninguna causa orgánica corregible de disfunción sexual, el paciente debe ser referido para su valoración e intervención psicoterapéutica, tal como terapia de pareja, el suministro de educación sexual o la evaluación psiquiátrica y manejo en su caso, cuando se sospecha la presencia de alteraciones emocionales o datos sugestivos de trastorno mental como problemas de personalidad, dificultades conyugales, antecedentes de patologías no tratadas como disfunción familiar, consumo de sustancias psicotrópicas, entre muchas otras.^{13,40}

Diversos estudios han sugerido que los hombres y las mujeres con epilepsia experimentan un desorden del despertar más que un desorden del deseo. Pero el que la disfunción sexual sea más frecuente en gente con epilepsia es algo todavía incierto. Las posibles razones de afectación del deseo o bien del despertar sexual disminuido a considerar en primera instancia son la habitual estigmatización de la condición epiléptica de sus portadores que se sabe produce en quienes la padecen la sensación de tener que ser una persona tímida y devaluada afectando así la autoestima, debido a la falla de su cuerpo y el control sobre él, lo cual repercute directamente en la subestimación o limitación de sus necesidades, en particular las sexuales.

Ocurre a la vez, la indeseable restricción de oportunidades sociales y la limitación del acceso a las experiencias educativas formales y ocupacionales, que es causa de reforzamiento negativo y de devaluación. Por su parte las crisis, en tanto recurrentes, engrandecen la sensación de vulnerabilidad con la cual los pacientes aseguran "no poder luchar"; la sensación continua de desamparo y deterioro de la salud en general, les transmiten el sempiterno mensaje de su incapacidad para vivir y gozar mientras se padezca la "maldición" de la enfermedad. Ello afecta directamente sus relaciones y su expresión de salud a todos los niveles. Muchas personas de hecho, temen que la actividad sexual provoque una crisis. El miedo a la crisis puede incluso influir a la pareja sexual afectando en consecuencia la dinámica de la relación por la "vía de la culpabilidad".

Cabe considerar además, que las tensiones sociales y familiares ocasionadas a partir de la orientación y el papel sexual que se tenga, así como el vivir con epilepsia, pueden afectar la respuesta de cada persona frente a sí y en sus relaciones sexuales.²¹ El

comportamiento sexual puede ser reforzado negativamente si las sensaciones sexuales son un componente de alguna crisis como la interrupción funcional de las regiones cerebrales que median el comportamiento sexual, ya sean causadas por lesiones fijas, o bien, por descargas epileptiformes.⁴¹ Se ha documentado la eficacia terapéutica de los FAE, que tienen efectos directos en las regiones del cerebro que median sexualidad y por ello mismo pueden también causar la disfunción sexual, ya sea por el efecto sedante que les caracteriza, como por los efectos secundarios sobre la función endocrina. Al respecto, conviene enfatizar que la disfunción sexual no se correlaciona necesariamente con el número de los FAE usados o de sus niveles séricos, ni dicha patología ocurre en todos los pacientes.⁴¹ Por otra parte, el déficit sexual puede mejorar una vez que se logran controlar las descargas responsables del cuadro clínico, aunque esto requiere adecuado manejo de las dosis del FAE y en ocasiones éstas deberán ser más altas o simplemente permanecer estables.

Es importante señalar que entre las causas psicógenas del trastorno sexual destacan: distintos padecimientos psiquiátricos como retraso mental, psicosis, trastornos afectivos como depresión y trastorno bipolar, trastornos por ansiedad y otros, o bien, el abuso/dependencia de psicotrópicos legales o ilegales. La disfunción sexual puede asociarse también a cierta respuesta de los pacientes a los tabúes religiosos, sociales y familiares; experiencias negativas tempranas de la vida; a la relación disfuncional con una pareja no controlada de su trastorno, o bien, portadora de patología sexual complementaria.⁴²

Puede derivar también del uso de una medicación concomitante (psicofármacos antidepresivos, antipsicóticos, agentes ansiolíticos y antipánico, etc.); otros agentes farmacológicos como los antihipertensivos; condiciones médicas endocrinológicas (diabetes; hipertensión e hiperlipidemia y demás trastornos endocrinos como hipotiroidismo, hipogonadismo que disminuye la testosterona circulante); enfermedades sistémicas que afectan la economía (infecciones renales, hepáticas, cardíacas y pulmonares), diverso tipo de lesiones (de estructuras genitales; neurológicas en la médula espinal; neuropatía periférica o autonómica; lesiones corticales no epileptógenas, en particular las que implican el lóbulo frontal y temporal), entre otras.³⁵

Se ha documentado que una sola crisis epiléptica afecta la fisiología sexual, al elevar los niveles circulantes de prolactina. Estudios *ad hoc* en varones indican que aparece disfunción sexual en 13 a 66% de los pacientes crónicos, de entre los cuales 33% carecen de tumescencia peneana matutina; 21% no han tenido nunca relaciones sexuales, aún ante la oportunidad de hacerlo; 44% nunca ha tenido

orgasmo y 33% de los sexualmente activos informan de padecer problemas de erección.^{43,44} Con la cronicidad de la epilepsia aparece una hiposexualidad, expresada como impotencia y frigidez hasta en 66% de los pacientes de edad mayor, con mayor tiempo de evolución del trastorno y en el 12% de pacientes con crisis generalizadas.⁴⁵

El estudio de la neurofisiopatología ha permitido documentar que la descarga epiléptica afecta el sistema límbico, la amígdala, la corteza frontal, el septum, el hipotálamo e hipófisis, a lo cual se agregan los efectos de los FAE ya señalados.⁴⁶ Los medicamentos que probablemente disminuyen el deseo y la potencia sexual son: el fenobarbital, la primidona, la fenitoína y la carbamacepina.⁴³ En la mujer, se destaca la aparición de menstruaciones anormales, ovario poliquístico, insuficiencia gonadal y menopausia prematura; hiperprolactinemia y amenorrea por hipogonadismo hipogonadotrópico e infertilidad, por presencia de ciclos anovulatorios y progesterona baja en fase lútea y alto índice estrógeno-progesterona.^{22,29} Se ha encontrado que 63% de las mujeres estudiadas tienen aumento de la frecuencia de las crisis en ocasión perimenstrual.²⁸

Por ello, es muy recomendable que la evaluación clínica incluya una historia clínica completa, con énfasis al conocimiento de la libido, potencia y fertilidad al tratarse de varones, y en las mujeres, sobre las características menstruales, cambios en el vello corporal, presencia de galactorrea, fertilidad y exacerbaciones cíclicas de la epilepsia. Dicha exploración nos lleva a que los exámenes paraclínicos se dirijan a detectar la presencia de posibles lesiones temporales e hipofisiarias y a recurrir a la tecnología diagnóstica avanzada, siempre y cuando los casos lo ameriten. Las pruebas de laboratorio de las pacientes se dirigen a establecer los niveles de hormonas circulantes (LH, FSH y prolactina, testosterona total y libre, estradiol y progesterona en fases folicular y lútea). En el caso de los varones, se recomiendan las mismas determinaciones, pero el estradiol es preferible analizarlo tras 24 h sin crisis.^{24,29}

CONCLUSIONES

Estudios actuales realizados en personas portadoras de epilepsia y sus parejas sexuales, refieren afectación de la actividad sexual por distintos conceptos, lo cual corrobora lo descrito en la literatura al respecto, desde mediados del siglo pasado.³⁵ Como la afectación de la sexualidad ocurre con alta frecuencia en los pacientes y les ocasiona miedo a la intimidad, enojo reprimido hacia la pareja y sentimiento de ser poco atractivo sumados a la experiencia anterior de abuso sexual, lamentablemente harto frecuente en estos pacientes, es preciso que el personal de salud disponga de un abordaje clíni-

co adecuado, que pueda ayudar comprender, tolerar y a apoyar a los pacientes.³ Se sabe que las condiciones en las que viven estas personas provocan entre muchas otras cosas, bloqueos y disfunción, evasión de la relación sexual y realización de rituales y sacrificios innecesarios. Por ello se hace importante atender los sentimientos de culpa, la ansiedad y/o depresión, la desadaptación y la baja autoestima que presentan.

Es también necesario intentar consolidar la manera en que la pareja (sexual o conyugal) expresa sus necesidades y preocupaciones sexuales para romper con la culpa, la evitación como forma de relación, el dolor moral, la cólera y el rechazo. Tal problemática no sólo aumenta la tensión sino que empeora el apego al tratamiento. Por tanto, la intervención terapéutica debe comenzar con la explicación clara de que la disfunción sexual puede ser un síntoma único de la epilepsia. No se debe atribuir la disfunción sexual a la insuficiencia de la participación personal ni responsabilizar a la persona que lo padece de su origen, pues de poderlo lo eliminaría de su vida *ipso facto*.

El paciente y su pareja deben ser informados y orientados acerca del grado en el cual el control de las crisis puede esperarse y de ahí en adelante, la mejoría que se obtenga permitirá poco a poco la aceptación de la enfermedad. Sólo el apego al tratamiento y una visión realista, dará a la vida de los pacientes una oportunidad de enfrentar con dignidad a la familia, los amigos y al medio social.

Como quiera que sea, el reconocimiento de las preocupaciones sexuales entre las personas con epilepsia es necesario para convertir en orientación, o bien, en terapéutica, su problemática.⁴⁷ Si en cualquier tratamiento la relación médico-paciente es importante, en esta enfermedad lo es aún más, pues sin ella se pone en riesgo la participación del paciente y la buena evolución. Es indispensable favorecer la intimidad emocional que mejore la calidad de vida de estas personas con sus parejas su familia y la comunidad. El afecto es la mejor medicina para quien vive con epilepsia, pues ésta mejora la sexualidad y viceversa. Los pacientes controlados deben poder acceder a una vida sexual satisfactoria y, por tanto, a una mejor calidad de vida total. Es obligación del personal de salud también, trabajar *ex profeso* para eliminar el estigma sexual y el de la epilepsia, en los pacientes, sus familiares y en la sociedad, si queremos alcanzar el paradigma humanista de nuestra profesión.

REFERENCIAS

1. ILAE. Commission on Classification and Terminology. International League Against Epilepsy. Proposal for Revised

- Classification of epilepsies and Epileptic Syndromes. Epilepsia* 1989; 30(4): 389-99.
2. Rubio DF. Comentario al trabajo de ingreso a la Academia Mexicana de Medicina del Dr. Mario Arturo Alonso Venegas. Programa quirúrgico de epilepsia: implementación, resultados, avances e identificación de necesidades. Academia Mexicana de Medicina de México. CMN Siglo XXI, IMSS. 25 de Abril de 2007.
 3. Souza y MM, Martínez MJ. Manejo de la comorbilidad psiquiátrica del paciente con epilepsia. En: Vasconcelos D, Boleaga B. *Porque tienes epilepsia: Consideraciones clínicas*. México: Mason-Doyma México; 2007, p. 147-76.
 4. Roger J, Dravet C, Dreifuss FE. *Epilepsy Syndromes in Childhood*. London: John Libbey; 1984.
 5. Lüders H. Semiological seizure classification. *Epilepsia* 1998; 39(9): 1006-13.
 6. Palmi A, Sam MC, Cascino GD. MRI in the evaluation of epilepsy surgery. En: Wyllie E (ed.). *The treatment of epilepsy: principles and practice*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1997: 1006-16.
 7. Jack CR. *Epilepsy: surgery and imaging*. Radiology 1993; 189: 635-46.
 8. Won-Joo K, Soo-Chul P, Se-Jin L, Joon-Hong L, Jung Yeon K, Byung-In L, Dong-Ik K. The prognosis for control of seizures with medications in patients with MRI evidence for mesial temporal sclerosis. *Epilepsia* 1999; 40(3): 290-3.
 9. Niedermeyer E. Historical aspects. En: Niedermeyer E, Lopes Da Silva F. *Electroencephalography, basic principles, clinical application and related fields*. 3rd Ed. Williams & Wilkins; 1993, p. 1-14.
 10. Jayakar P, Duchowny MS, Resnick TJ, Álvarez LA. Localization of seizure focusing a simple reference-subtraction montage to document small inter-channel time differences. *J Clin Neurophysiol* 1991; 8: 212-5.
 11. Mayo Clinic. *Treatment of Epilepsy*. Mayo Foundation for Medical Education and Research. <http://www.mayoclinic.com/health/epilepsy/DS00342>
 12. Mercado CG, Soto PN, Melgarejo C, Souza y MM, Tagle OI. Automedicación en el embarazo. I Congreso Nacional "Mujeres y Adicciones: Una realidad negada". Grupo Addictus, CONADIC, CONMUJER, Secretaría de Desarrollo Social-del Gobierno del D.F. Comisión de Derechos Humanos del D.F., OPS/OMS, PNUFID (ONU), México D.F., 11-12, 2000.
 13. Souza y MM. *Diagnóstico y Tratamiento de los Síndromes Adictivos*. Ciencia y Cultura Latinoamérica, México, 2000.
 14. Vera-Gamboá L. Historia de la medicina. *Rev Biomed* 1998; 9(2): 116-21.
 15. Callanan M. Sexual assessment-intervention for people with epilepsy. *Clin Nurs Pract Epilepsy* 1996; 3(1): 7-9.
 16. Souza y MM. Comorbilidad psiquiátrica de la epilepsia. I Parte Evaluación y Diagnóstico. *Psiquiatría* 2002; 18(2): 90-100.
 17. Souza y MM. Comorbilidad psiquiátrica de la epilepsia. II Parte Consideraciones Terapéuticas. *Psiquiatría* 2002; 18(3): 146-56.
 18. Souza y MM. Aspectos médicos y psicológicos de la sexualidad femenina. México: Editorial Trillas; 2000.
 19. APA. American Psychiatric Association. *Diagnostical and Statical Manual of Mental Disorders. DSM-IV*. 4th Ed. Washington; 2000.
 20. Souza y MM. Desarrollo psicosexual y educación sexual. *Ginecología y Obstetricia de México* 2004; 72: 475-86.
 21. Souza y MM. Dinámica y evolución de la vida en pareja. México: Editorial El Manual Moderno; 2000.
 22. Oliveira AJ, Da Costa JC, Hilario LN, Anselmi OE, Palmi A. Localization of the epileptogenic zone by ictal and interictal SPECT with 99m Tc-ethyl cysteinat dimmer in patients with medically refractory epilepsy. *Epilepsia* 1999; 40(6): 693-702.
 23. Spanaki MV, Zupal G, Macmullan J, Spencer SS. Parietal SPECT localization verified by simultaneous intracranial EEG. *Epilepsia* 1999; 40(3): 267-74.
 24. Morrell MJ. Issues for women with epilepsy. *West J Med* 1998; 168(4): 266-7.
 25. Souza y MM. Avances en la exploración clínica de la sexualidad femenina. *Rev Fac Med* 1988; 31(3): 61-8.
 26. Silva C, Carvalho J, Jorge L, Cunha B, Goes M, Yacubian M. Sexual disorders in epilepsy. Results of a multidisciplinary evaluation. *Arch Neuropsiquiatr* 1999; 57(3B): 798-807.
 27. Morrell MJ, Guldner GT. Self-reported sexual function and sexual arousability in women with epilepsy. *Epilepsia* 1996; 37(12): 1204-10.
 28. Liporace JD. Women's issues in epilepsy. Menses, childbearing, and more. *Postgrad Med* 1997; 102(1): 123-4.
 29. Berman JR, Berman LA, Werbin TJ, Flaherty EE, Leahy NM, Goldstein I. Clinical evaluation of female sexual function: effects of age and estrogen status on subjective and physiologic sexual responses. *Int J Impot Res* 1999; 11(1): 31-8.
 30. Duncan S, Blacklaw J, Beastall GH, Brodie MJ. Sexual function in women with epilepsy. *Epilepsia* 1997; 38(10): 1074-81.
 31. Basson R. The female sexual response: a different model. *J Sex Marital Ther* 2000; 26(1): 51-65.
 32. Herzog AG, Klein P, Jacobs AR. Testosterone versus testosterone and testolactone in treating reproductive and sexual dysfunction in men with epilepsy and hypogonadism. *Neurology* 1998; 50(3): 782-4.
 33. Guldner GT, Morrell MJ. Nocturnal penile tumescence and rigidity evaluation in men with epilepsy. *Epilepsia* 1996; 37(12): 1211-4.
 34. Penovich PE. The effects of epilepsy and its treatment on sexual and reproductive function. *Epilepsia* 2000; 41(Suppl. 2): S53-S61.
 35. Hamberger SF, McBride AE, Ettinger AB. How Epilepsy Impacts Sexuality. *Epilepsia* 2007; 42(Suppl. 7): 286 (Abst. 3.220): 201-5.
 36. Morrell MJ. *Sexuality in Epilepsy*. In: Engel J, Pedley TA (eds.). *Epilepsy*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1997, p. 2021-6.
 37. Souza y MM. Historia clínica codificada para la sexualidad femenina. HCCSF. *Ginecología y Obstetricia de México* 1987; 55: 277-87.
 38. Lottman PE, Jongen PJ, Rosier PF, Meuleman EJ. Sexual dysfunction in men with multiple sclerosis: a comprehensive pilot-study into etiology. *Int J Impot Res* 1998; 10(4): 233-7.
 39. Deckers CL, Hekster YA, Keyser A, Lammers MW, Meinardi H, Renier WO. Adverse effects in epilepsy therapy. Wait and see or go for it? *Acta Neurol Scand* 1997; 95(4): 248-52.
 40. Delgado A, Janz D. Consensus guidelines: preconception counseling, management, and care of the pregnant WWE. *Neurology* 1992; 42, 4(5): 149-60.
 41. AANPP. Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice Parameter: Management issues for women with epilepsy. *Neurology* 1998; 51: 944-8.
 42. Souza y MM. Sexualidad femenina y Epilepsia. Comentario realizado en la Presentación del Libro: Vasconcelos D, Boleaga B. *Porque tienes epilepsia: Consideraciones clínicas*. México: Masón-Doyma México; 2007. Academia Nacional de Medicina de México. México, D.F. Abril 7 de 2007.
 43. Isojarvi JI, Repo M, Pakarinen AJ, Lukkarinen O, Myllyla VV. Carbamazepine, phenytoin, sex hormones, and sexual function in men with epilepsy. *Epilepsia* 1995; 36(4): 366-70.
 44. Murialdo G, Galimberti CA, Fonzi S, Manni R, Costelli P, Parodi C, et al. Sex hormones and pituitary function in male epileptic patients with altered or normal sexuality. *Epilepsia* 1995; 36(4): 360-5.

45. Feeney DM, Gullotta FP, Gilmore W. Hyposexuality produced by temporal lobe epilepsy in the cat. *Epilepsia* 1998; 39(2): 140-9
46. Seale CG, Morrell MJ, Nelson L, Druzin ML. Analysis of prenatal and gestational care given to women with epilepsy. *Neurology* 1998; 51(4): 1040-5.

47. Beier KM, Bosinski HA, Hartmann U, Loewit K. *Sexualmedizin. Grundlagen und Praxis*. München: Urban und Fischer; 2001.
48. Sánchez BC, Morales CF, González CG, Souza y MM, Romo MMC. Prevalencia y tipos de disfunción sexual femenina. *Psicopatología* 1997; 17(1-2): 1-5.

