

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Segunda Especialidad en Neurología



**“DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS CON DIAGNOSTICO DE
EPILEPSIA EN EL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO”**

Proyecto de Investigación presentando por la M.C.

Arias Aranibar, Sandra Karina

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

Neurología.

Asesora:

Dra. Muñoz Del Carpio Toia, Agueda Rossangella

Arequipa – Perú

2020

Dedicatoria:

A Dios quien guía mis pasos, a mis padres quienes siempre me apoyan y son el mejor ejemplo de vida y a mi hijo cuya paciencia e impulso constante me han servido como motivación para culminar mi carrera.



Resumen

La epilepsia es una de las enfermedades neurológicas más comunes, afectando a 2 de cada 100 personas, la cual requiere un tratamiento multidisciplinario siendo su base el control de las crisis pero que involucra aspectos psicosociales para el paciente y familia, generando muchas veces una dependencia económica y social que es más difícil de afrontar en un país en desarrollo.

Esta afectación global del estado de salud contribuye a un cambio negativo en la calidad de vida. Es así que los pacientes con epilepsia tienen 3 veces más riesgo de padecer patologías psiquiátricas que la población general y de ellos 20 – 30% padecen de depresión. La depresión y epilepsia tienen una relación bidireccional entre su fisiopatología y los aspectos psicosociales

Existiendo una clara relación de la epilepsia con la depresión y calidad de vida subóptima, se decide realizar este estudio para establecer la existencia de depresión, los niveles de esta y el nivel de calidad de vida en pacientes adultos con diagnóstico de epilepsia del Servicio de Neurología del Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo.

El estudio es no experimental, observacional, descriptivo y transversal, con la aplicación de dos escalas: Inventario de Depresión de Beck II y QOLIE-10 (cuestionario de calidad de vida en Epilepsia), los cuales pueden ser llenados en 10 a 20 minutos, con una explicación previa sin necesidad de orientación permanente del médico. Se aplicará a pacientes que acuden al laboratorio de electroencefalografía y a consultorio externo, con previa autorización y llenado de ficha de datos.

Los resultados permitirán identificar esta comorbilidad, prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida en nuestros pacientes, en base a un trabajo multidisciplinario.

Palabras clave: **Epilepsia, depresión, calidad de vida, cuestionario de calidad de vida en Epilepsia QOLIE-10, Inventario de Depresión de Beck II**



Abstract

Epilepsy is one of the most common neurological disease, affecting 2 of 100 people. Epilepsy requires multidisciplinary treatment, to prevent seizures which involves psychosocial aspects for the patient and family, often generating economic and social dependence. This contributes to a negative change in life quality. Patients with epilepsy have 3 times the risk of suffering psychiatric diseases than the general population, and 20-30% of them suffer depression. Depression and epilepsy have a bidirectional relationship between their pathophysiology and psychosocial aspects. In addition, medical treatment of epilepsy can contribute to the development of depression. Depression has a clear relationship with a worse life quality and in the same way, when it is suboptimal, it can facilitate the development of depression.

With this clear relationship between epilepsy and depression and suboptimal life quality, it was decided to carry out this study to establish the existence of depression, its levels and the level of life quality in adult patients diagnosed with epilepsy from the Neurology Service of Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo.

The study is non-experimental, observational, descriptive and cross-sectional, with the application of two scales: Beck Depression Inventory II and QOLIE-10 (life quality questionnaire in Epilepsy), which can be completed in 10 to 20 minutes.

The results will allow us to identify this comorbidity, prevent complications, and improve the quality of life in our patients, based on multidisciplinary work.

Key Words: **Epilepsy, depression, life quality, life quality questionnaire in Epilepsy QOLIE-10, Beck Depression Inventory II.**

INDICE

Resumen.....	iii
Abstract.....	v
I. PREÁMBULO.....	1
II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO	3
1. Problema de Investigación	3
1.1 Enunciado del problema	3
1.2 Descripción del problema.....	3
a) Área del conocimiento.....	3
b) Análisis u Operacionalización de variables e indicadores	3
c) Interrogantes básicas	5
d) Método y tipo de investigación	5
e) Nivel de investigación	5
1.3 Justificación del problema	5
2. Marco Conceptual.....	7
2.1 Definiciones.....	7
2.2 Clasificación.....	8
2.3 Etiología	9
2.4 Diagnóstico Diferencial	10
2.5 Epidemiología	11
2.6 Fisiopatología.....	12
2.7 Diagnóstico	13
2.8 Exámenes Auxiliares	14
2.9 Tratamiento	16
3. Análisis de antecedentes investigativos.....	18

A nivel nacional	19
A nivel internacional	20
4. Objetivos.....	21
4.1 Objetivo General	21
4.2 Objetivo Específicos.....	21
4.3 Hipótesis.....	21
III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	22
1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.....	22
Técnicas	22
Instrumentos.....	22
Materiales	23
2. Campo de verificación.....	23
Ubicación espacial	23
Ubicación temporal	24
Unidades de estudio.....	24
Criterios de inclusión:	24
Criterios de exclusión:.....	24
3. Población	25
4. Estrategia de recolección de datos.....	25
a) Organización	25
b) Recursos	25
c) Criterios para manejo de resultados	25
IV. CRONOGRAMA	26
V. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	27
VI. ANEXOS.....	29

I. PREÁMBULO

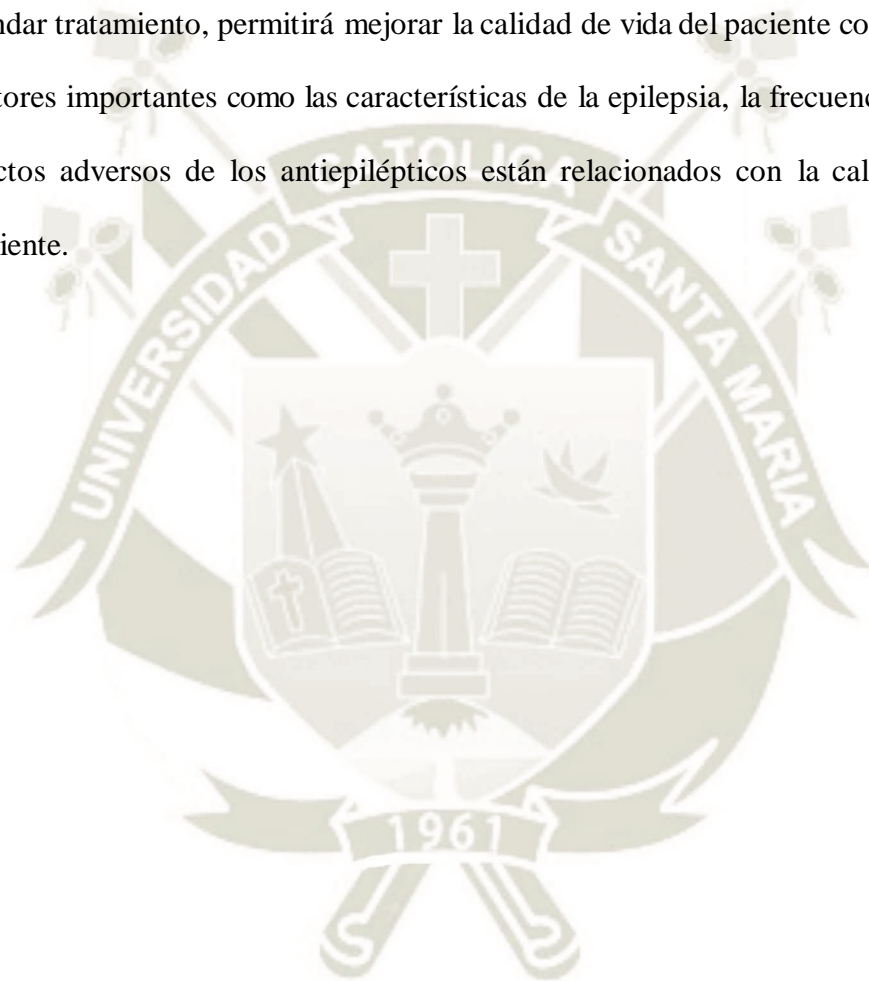
La epilepsia es una de las enfermedades neurológicas más comunes que afecta a 2 de cada 100 personas en nuestro país, con la característica de ser crónica y poder complicarse gravemente, además de generar dependencia económica y social importante, siendo más difícil de afrontar en un país en vías de desarrollo. Según la OMS, tres cuartas partes de las personas con epilepsia, que viven en países de ingresos bajos, no reciben el tratamiento necesario. Además el riesgo de muerte prematura en personas con epilepsia es hasta tres veces mayor que en la población general. Sin embargo la epilepsia puede ser controlada en aproximadamente 70% de pacientes, si es correctamente diagnosticada, tipificada y tratada. Si bien es importante el adecuado manejo de crisis, existen otros factores importantes asociados a la epilepsia, desde los efectos colaterales del tratamiento antiepiléptico, la posibilidad de deterioro cognitivo por la enfermedad o asociado al tratamiento, hasta factores psicosociales que incluyen la estigmatización de la sociedad frente a la enfermedad, el miedo a las crisis y los cuidados de la vida diaria en relación a la patología.

Por lo tanto la epilepsia puede afectar de manera global el estado de salud y esto contribuye a un cambio negativo en la calidad de vida. Es así que los pacientes con Epilepsia tienen 3 veces mayor riesgo de padecer patologías psiquiátricas que la población general y de ellos 20 – 30% padecen de depresión. La depresión y epilepsia tienen una relación bidireccional en cuanto a su fisiopatología, y los aspectos psicosociales además del tratamiento médico de la epilepsia pueden contribuir al desarrollo de depresión. Existe una clara relación de depresión con una calidad de vida subóptima y ésta cuando es subóptima puede facilitar de igual manera el desarrollo de una depresión.

Es por esto que el presente estudio busca conocer la frecuencia de presentación de

depresión y nivel de calidad de vida que presentan los pacientes adultos con diagnóstico de Epilepsia del Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo con el objetivo de enfocar de manera global e interdisciplinaria el manejo del paciente con epilepsia.

El tratamiento temprano de la depresión en Epilepsia es de gran importancia, ya que estos pacientes tienden a usar más los servicios hospitalarios. Al identificar la depresión y brindar tratamiento, permitirá mejorar la calidad de vida del paciente con epilepsia. Otros factores importantes como las características de la epilepsia, la frecuencia de crisis y los efectos adversos de los antiepilépticos están relacionados con la calidad de vida del paciente.



II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de Investigación

1.1 Enunciado del problema

¿Cuál es la frecuencia de presentación de depresión y el nivel de calidad de vida en pacientes adultos con diagnóstico de epilepsia en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo?

1.2 Descripción del problema

a) **Área del conocimiento**

Área General: Ciencias de la Salud

Área Específica: Medicina humana

Especialidad: Neurología

Línea: Epilepsia

b) **Análisis u Operacionalización de variables e indicadores**

Variable independiente: Epilepsia

Variabes dependientes: Depresión

Calidad de vida

Variables	Indicadores	Valor/ Categoría	Escala
Depresión (Inventario de Depresión de Beck-II)	Tristeza Pesimismo Fracaso Pérdida de placer Sentimiento de culpa Sentimiento de castigo Disconformidad de uno mismo Autocrítica Pensamiento o deseos suicidas Llanto Agitación Pérdida de interés Indecisión Desvalorización Pérdida de energía Cambios en los hábitos de sueño Irritabilidad Cambios en el apetito Dificultad de concentración Cansancio o fatiga Pérdida de interés en el sexo	<ul style="list-style-type: none"> • No depresión 0-13 puntos • Leve 14-19 puntos • Moderada 20-28 puntos • Grave 29-63 puntos 	Ordinal
Calidad de vida (QOLIE-10, quality of life in epilepsy questionnaire)	Vitalidad Tristeza Dificultad para trasladarse o conducir Dificultad en memoria Limitación trabajo Limitación vida social Efectos físicos del tratamiento Efectos mentales del tratamiento Miedo a sufrir una crisis Percepción de su calidad de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad de vida óptima: 10 puntos • A mayor puntaje: peor calidad de vida • Calidad de vida pésima: 50 puntos 	Ordinal

c) Interrogantes básicas

- ¿Cuál es la frecuencia de presentación de Depresión en pacientes adultos con diagnóstico de Epilepsia?
- ¿Cuál es el nivel de Depresión del paciente con diagnóstico de Epilepsia?
- ¿Cuál es el nivel de calidad de vida de pacientes con diagnóstico de Epilepsia?
- ¿Cuál es la relación entre el grado de depresión y el nivel de calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Epilepsia?

d) Método y tipo de investigación

Cuantitativo, no experimental, observacional de corte transversal

e) Nivel de investigación

Se trata de un estudio de nivel descriptivo

1.3 Justificación del problema

El propósito principal del trabajo es reconocer el impacto global en la vida del paciente frente a una enfermedad crónica, en este caso la epilepsia, cuya relación con la depresión puede llevar a una descompensación de la enfermedad.

La evaluación de la calidad de vida permite conocer la percepción del paciente sobre su vida física y emocional además de su relación con su entorno familiar y social; esta calidad de vida se puede ver afectada por la estigmatización de la sociedad, por los efectos del tratamiento, por el difícil control de crisis y por los cuidados o restricciones que se requieren frente a la enfermedad, provocando mala adherencia al tratamiento o trastornos depresivos que finalmente pueden provocar el mal control de crisis, siendo un círculo vicioso que muchas veces es ignorado en la práctica habitual con el paciente.

Existen diferentes escalas para evaluar la depresión sin embargo para la calidad de vida son pocas debido a la subjetividad y su naturaleza multidimensional. Se escogieron dos escalas que requieren poco tiempo y pueden ser llenadas por el paciente con una simple explicación previa.

El Inventario de Depresión de Beck (BDI 2) evalúa 21 ítems en relación a como se ha sentido el paciente las últimas dos semanas, un puntaje menor a 14 aleja la posibilidad de depresión y un puntaje mayor se relaciona a depresión de leve a grave. La escala de calidad de vida se evaluará con el cuestionario QOLIE-10, el cual es una modificación y versión reducida de una escala específica de Epilepsia, QOLIE-31, Quality Life in Epilepsy Inventory-31. En la escala modificada el resultado de calidad de vida óptima sería 10, y un puntaje mayor en relación a una peor calidad de vida, esto en relación a las últimas 4 semanas.

Esta detección rápida permitiría enfocar en estos pacientes un tratamiento multidisciplinario para que puedan acceder a tratamiento psiquiátrico, psicológico o considerar otro tratamiento antiepiléptico, evitando complicaciones y mejorando la calidad de vida del paciente.

2. Marco Conceptual

2.1 Definiciones

Crisis Epiléptica: Evento transitorio de signos y síntomas que dependen del tipo de área cerebral en la que ocurre una descarga anormal excesiva y /o sincrónica (1).

Epilepsia: Según la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE); “La Epilepsia es una alteración cerebral caracterizada por la predisposición permanente para generar crisis y por las consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales derivadas de esta condición siendo posible su diagnóstico tras una crisis aislada no provocada.”

Para el diagnóstico definitivo deben de ocurrir al menos dos crisis no provocadas con un periodo de diferencia mayor a 24 horas o si se asocia a un síndrome epiléptico específico (2).

Síndrome Epiléptico: Es un trastorno distintivo identificable en base a una edad típica de inicio, tipos de convulsiones, características electroencefalográficas y neuroimagen. La identificación del síndrome tiene implicaciones específicas para el tratamiento, manejo y pronóstico (2).

Estado Epiléptico: Es una condición por falla en mecanismos responsables de la modulación de la actividad neuronal para el inicio o culminación de una convulsión según el tipo y duración de esta (3).

Esta condición es anormalmente prolongada después del punto de tiempo 1; y puede tener consecuencias a largo plazo después del punto de tiempo 2, las cuales pueden ser desde la lesión neuronal, la alteración de las redes neuronales hasta la muerte neuronal, Para una convulsión tónico clónica generalizada se define el tiempo 1 como 5 minutos y el tiempo 2 como 30 minutos (3).

Muerte súbita inesperada en epilepsia (SUDEP): Muerte súbita, inexplicable en pacientes con diagnóstico de Epilepsia, presenciada o no presenciada, sin relación a asfixia ni traumatismo, con o sin evidencia de una convulsión, y excluyendo el estado epiléptico documentado (5).

Remisión: Ausencia de convulsiones por 10 años, con los últimos 5 años sin medicamentos antiepilépticos (1).

Depresión: Entidad compleja que comprende un espectro de trastornos afectivos cuya psicopatología se basa en la personalidad del paciente y su relación con factores genéticos y ambientales (6).

El trastorno depresivo mayor involucra alteración de humor, disminución de intereses, alteraciones del sueño, fatiga, dificultad para la concentración y en casos severos menor higiene y cuidado personal (6).

Calidad de vida: La OMS la define como “Percepción del individuo de su lugar en el contexto de cultura y sistema de valores, en relación a sus expectativas, normas e inquietudes”, es un proceso cambiante en relación al grado de satisfacción de la persona en cuanto a su vida física, mental en el entorno familiar y social (12).

2.2 Clasificación

Epilepsia:

En base al inicio de crisis las convulsiones se clasifican en focales, generalizadas y de inicio desconocido.

Las convulsiones focales se originan de una o más regiones limitadas a un hemisferio y las convulsiones generalizadas se originan en ambos hemisferios.

Las convulsiones focales se clasifican según el nivel conciencia (consciente o con pérdida de conciencia) y según las primeras manifestaciones sean motoras o no motoras, además de las crisis focales que posteriormente presenta manifestaciones tónico clónicas de manera bilateral.

Las crisis generalizadas se clasifican en motoras y no motoras, siendo las ausencias una crisis generalizada no motora (2).

Depresión:

Según DSM-V se subdivide en: Trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado. Según CIE10 se clasifica en episodio depresivo leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos y otro tipo de episodios depresivos atípicos (13).

2.3 Etiología

Epilepsia: De causa estructural, genética, infecciosa, metabólica, inmune y desconocida (2).

Estructural: Cuando el tipo de convulsión y los datos del EEG concuerdan con la localización de una estructura visible en neuroimagen. Las anomalías estructurales pueden ser genéticas y adquiridas por ejemplo malformaciones del desarrollo cortical y accidente cerebrovascular respectivamente (2).

Genética: Cuando se identifica una causa genética o se presume por el tipo de presentación clínica y antecedentes familiares. Esta puede ser heredada o mutación de novo (2).

Infeciosa: Es la etiología más común. La principal causa es Neurocisticercosis, otras causas infecciosas son VIH, Citomegalovirus y Toxoplasmosis cerebral (2).

Metabólica: Implican trastornos metabólicos como glucosa, sodio, etc (2).

Inmune: Causada por autoinmunidad del SNC, por ejemplo la Encefalitis anti-N metil-D-aspartato (anti-NMDA) (2).

Desconocida: Hasta un tercio de los pacientes con epilepsia no tiene una etiología identificada (2).

Depresión: En relación a factores genéticos, fisiológicos u hormonales, factores psicológicos y sociales sobre todo en relación a condiciones de estrés (13).

2.4 Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico diferencial más común de las crisis epilépticas se realiza con el síncope y las crisis psicógenas.

Síncope: Se define como una pérdida de conciencia y de control postural breve y transitorio causado por el descenso de la perfusión cerebral. Se caracteriza por ser de recuperación rápida. Puede tener rigidez con o sin movimientos clónicos no relacionados a descargas epilépticas. El tipo más común es el neurológicamente mediado con una prevalencia de 40% (2).

Falta de atención y ensoñaciones: Común en la infancia sobre todo en relación al cansancio o aburrimiento y los eventos con frecuencia se diagnostican erróneamente como ataques de ausencia, los cuales pueden diferenciarse al atraer la atención del niño, lo que no ocurriría en una crisis de ausencia. Los movimientos estereotipados podrían aparecer en niños con problemas de aprendizaje o autismo (2)

Enfermedades psiquiátricas: Las crisis no epilépticas de origen psicógeno, como trastornos de pánico o disociativos, son las que con mayor frecuencia presentan dificultades en el diagnóstico diferencial con las crisis epilépticas. Puede considerarse un mecanismo de afrontamiento ante estrés y conflicto ante una experiencia traumática

Otros: AIT (ataque isquémico transitorio), amnesia global transitoria, migraña, trastornos del sueño, principalmente la narcolepsia, que debe ser diferenciada de la epilepsia sobre todo ante los ataques de cataplejía (2).

2.5 Epidemiología

La epilepsia es el trastorno neurológico más frecuente después de las cefaleas y se calcula que afecta al 0.5-1.5% de la población.

En los países desarrollados la incidencia anual es aproximadamente de 500 casos nuevos por año, mientras que la prevalencia es de 5000 casos por año. En nuestro país afecta a 2 de cada 100 personas. Los países en vías de desarrollo muestran cifras mucho más elevadas como consecuencia del alto número de lesiones cerebrales perinatales, traumas craneales e infecciones bacterianas y parasitarias, así como la dificultad de acceso a un tratamiento farmacológico efectivo (4).

Los pacientes con Epilepsia tienen 3 veces mayor riesgo de padecer patologías psiquiátricas que la población general y de ellos 20 – 30% padecen de depresión siendo la comorbilidad psiquiátrica más frecuente, y está asociada hasta en un 60% con epilepsia de lóbulo temporal. La depresión y enfermedades crónicas se asocian a una calidad de vida subóptima (7).

El trastorno depresivo mayor tiene potencial morbilidad y mortalidad, contribuyendo al suicidio y puede descompensar enfermedades crónicas de cualquier tipo, provocar despidos laborales, además asociarse con adicciones. Es más prevalente en mujeres entre 40 y 59 años. El tratamiento mejora la sintomatología en 70% de pacientes (14). El autor Gabriel Missael (2018) relaciona las enfermedades crónicas y su repercusión en la calidad de vida sobre todo asociado a depresión que termina desencadenándose por un estrés crónico que lleva a una calidad de vida subóptima asociada a malestar físico y emocional (15).

La mortalidad es debida mayormente a la causa de la epilepsia más que en relación específicamente a las crisis. La mortalidad relacionada con las crisis se debe a estados epilépticos, asfixia y accidentes graves durante las crisis, además de la posibilidad de sufrir la muerte súbita inesperada en Epilepsia (SUDEP).

La mortalidad por epilepsia es dos a tres veces mayor que la población general.

2.6 Fisiopatología

La base fisiopatológica de las crisis epilépticas se basa en una descarga anormal y exagerada de cientos de neuronas a nivel cerebral. Debido a una alteración en el equilibrio de las redes neuronales en relación a un incremento de los mecanismos excitatorios principalmente en relación al Glutamato y disminución de mecanismos inhibitorios en relación al neurotransmisor GABA (9).

La depresión se origina por interacción de factores genéticos, epigenéticos y ambientales que provocan una alteración a nivel bioquímico y citoarquitectural a nivel cerebral. La autora Miluska Ticse (2018) estudia la reciprocidad fisiopatológica entre la epilepsia y patología psiquiátrica principalmente por la alteración a nivel de neurotransmisores que se relaciona con menores niveles de noradrenalina, serotonina además de dopamina y

GABA (14). Existe una alteración a nivel del eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal asociado a una mayor vulnerabilidad al estrés por una personalidad predispuesta por alteraciones morfológicas o experiencias negativas precoces (8).

Existe evidencia en alteración de neurotransmisores, serotonina, norepinefrina, dopamina, ácido aminobutírico y glutamato en relación a depresión y epilepsia. Además se han encontrado alteraciones anatómicas a nivel prefrontal y mesial temporal sobre todo en relación a atrofia hipocampal en ambas patologías (9).

También existe una relación entre epilepsia y depresión en cuanto a las características de la epilepsia, como tipo de crisis, frecuencia de crisis, edad de inicio de la epilepsia y antiepilépticos (8).

2.7 Diagnóstico

Para el diagnóstico definitivo de Epilepsia deben de ocurrir al menos dos crisis no provocadas en un periodo de diferencia mayor a 24 horas o si se asocia a un síndrome epiléptico específico. Es necesario conocer la semiología de las crisis para descartar trastornos paroxísticos no epilépticos (1).

La depresión involucra un espectro de trastornos afectivos.

Es importante tener en cuenta que muchos pacientes con trastornos depresivos tienen una apariencia normal si los síntomas son leves a diferencia de los pacientes con síntomas graves quienes pueden tener características más notorias como la pérdida de peso, problemas de atención y descuido en el aseo personal.

Para diagnosticar un trastorno depresivo mayor por lo menos debe tener 5 síntomas de los siguientes en las últimas dos semanas (por lo menos 1 afectación en cuanto a disminución de interés/placer y humor depresivo).

- Humor depresivo
- Disminución de interés o pérdida de placer
- Cambio en el apetito o cambios importantes de peso
- Alteración del sueño
- Fatiga o pérdida de energía
- Sensación de valer menos
- Dificultad para la concentración
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin plan específico, o plan de cometer suicidio (6).

2.8 Exámenes Auxiliares

Para el diagnóstico de Epilepsia

- EEG: Se solicita en todo paciente que ha sufrido una crisis o es sospechoso de haberla presentado: Se colocan electrodos en cuero cabelludo que permiten amplificar los potenciales eléctricos generados por las neuronas a nivel cerebral, permitiendo confirmar diagnóstico de crisis epilépticas, tipificarlas y localizar focos epileptógenos. El video EEG es un examen que se acompaña de grabación de video, esto se suele realizar para monitoreo de 24 horas o de 3 a 5 días sobre todo cuando hay necesidad de tener claro el foco epileptógeno en un paciente candidato para cirugía.
- Neuroimagen: Incluye la tomografía cerebral para evidenciar etiología de fácil detección como tumores, ACVs, siendo la RMN más específica por la posibilidad de realizar cortes finos y alta resolución anatómica, permitiendo el diagnóstico por ejemplo de displasias corticales, malformaciones vasculares, esclerosis mesial temporal. El PET y SPECT permiten localización de foco.

Para el diagnóstico de Depresión

Instrumentos de cribado:

- Patient Health Questionnaire-9: Son 9 ítems con puntaje de 1 a 3. Con score de severidad de 0 a 27
- Beck Depression Inventory (BDI) y el (BDI -2): con 21 ítems, cuyo score de severidad es 0-63. (Anexo 2) (11).
- BDI para atención primaria: 7 preguntas
- Zung Self Rating: escala de depresión de 20 ítems
- CES-D: Escala de depresión del centro para estudios epidemiológicos que consta de 20 ítems para evaluar sentimientos, comportamiento y su perspectiva en relación a la última semana.
- Hamilton Depression Rating Scale: Tiene de 17 a 21 ítems, pero debe ser realizada por el médico.
- Geriatric Depresión Scale: Desarrollada para adultos mayores, tiene 30 ítems y existe una escala modificada corta de 15 ítems (12).

Para la evaluación de la calidad de vida en epilepsia:

- Cuestionarios de CVRS (calidad de vida relacionada con la salud) para Epilepsia
- ESI: Inventario para cirugía de epilepsia
- NEWQol: Calidad de vida en epilepsia recientemente diagnosticada
- QOLIE-89 y sus modificaciones, QOLIE-31, Quality Life in Epilepsy Inventory-31, y la modificación simplificada QOLIE -10 cuyo resultado de calidad de vida óptima sería 10, y un puntaje mayor en relación a una peor calidad de vida, esto en relación a las últimas 4 semanas (Anexo 3)
- QOLIE-AD-48: Modificada para adolescentes (10).
- CAVE: Para niños menores de 14 años (10, 13).

2.9 Tratamiento

El objetivo del tratamiento es eliminar o disminuir las crisis para que el paciente pueda desarrollar una vida lo más normal posible. El tratamiento es multidisciplinario, con base en la elección del correcto fármaco antiepiléptico el cual se indica tras haber presentado dos o más crisis epilépticas no provocadas. En algunos casos se indica luego de crisis única, pero sólo si es muy alta la posibilidad de recurrencia, cuando ésta pueda tener riesgo para la persona o cuando se ha identificado claramente la causa o está asociada a un síndrome epiléptico.

Se requiere un manejo integral del paciente para que comprenda la importancia de recibir el tratamiento antiepiléptico con regularidad, informar sobre los posibles efectos colaterales de algunos fármacos antiepilépticos e interacciones que estos pueden tener con otros tratamientos, sobre todo si se trata de pacientes mujeres en edad fértil por la interacción de algunos antiepilépticos con anticonceptivos hormonales y los posibles efectos teratogénicos de algunos FAES (fármacos antiepilépticos) en caso de embarazo.

Se debe insistir en asumir las responsabilidades de cumplir con indicaciones, dosis y horario del tratamiento, asistir a controles por neurología y si es necesario por psiquiatría y psicología, realizar los exámenes auxiliares necesarios (dosaje de FAES, analítica renal y hepática, neuroimágenes) y llevar registro de crisis indicando características, cantidad, momento en que se presentan, y si es posible grabarlas (16).

Se dan indicaciones higiénico-dietéticas como mantener hábitos adecuados de sueño, restricciones en relación al alcohol que puede bajar el umbral convulsivo, controlar infecciones para evitar que descompense la epilepsia y evitar aumento de temperatura sobre todo en niños.

En el manejo multidisciplinario se incluyen los aspectos psicosociales que involucran al paciente, familia, amigos y entorno laboral, incentivando la reinserción escolar y laboral, evitando la estigmatización de la sociedad frente a la enfermedad, en la pareja escoger la mejor forma de planificación familiar. Finalmente enseñar el manejo de las crisis en casa, sobre todo a la familia y dar las indicaciones sobre cuando acudir por emergencia.

Aproximadamente el 50% de las epilepsias se controlan con el primer fármaco y un 25% es controlado con el segundo medicamento en monoterapia o por asociación de medicamentos. El tratamiento se mantendrá hasta la ausencia de convulsiones por 10 años, con los últimos 5 años sin medicamentos antiepilépticos.

En casos de epilepsia refractaria cuando no se consigue un adecuado control de crisis tras el uso de dos antiepilépticos en monoterapia o combinados, se consideran opciones quirúrgicas, sobre todo si se trata de niños.

En el caso de depresión el manejo debe ser en combinación de medicación y psicoterapia la cual generalmente permite una respuesta más rápida y sostenida. Dentro de los antidepresivos, los de elección son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, principalmente la sertralina y luego el citalopram, al tener menor interacción con los fármacos antiepilépticos; siempre iniciando con dosis baja y aumento gradual. Algunos estudios apoyan el uso de venlafaxina como antidepresivo en pacientes con epilepsia (9).

La autora Eleftheria Siaravaa (2019) evalúa la calidad de vida en relación a la epilepsia de manera global, desde el cambio psicosocial que involucra el diagnóstico hasta los cambios fisiopatológicos en relación al tratamiento, es así que algunos fármacos que se han relacionado con cambios de conducta y depresión son levetiracetam y lamotrigina (16).

3. Análisis de antecedentes investigativos

A nivel local

Título: “CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE DEPRESIÓN EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPILEPSIA EN EL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO DE JUNIO 2018 A JUNIO 2019.”

Autor: “Miluska Fiorella Ticse Aguirre”

Resumen: “La epilepsia es considerada una de las patologías neurológicas más comunes que afecta a millones de personas en todo el mundo. Se ha observado que los pacientes que padecen de epilepsia tienen una mayor comorbilidad de trastornos psiquiátricos, como lo es la depresión, comparados con la población general. De ahí parte la importancia de un manejo adecuado y oportuno de ambas patologías”. El estudio determina la prevalencia de depresión, el nivel de ésta y los signos y síntomas depresivos en pacientes con diagnóstico de Epilepsia en Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo.

Abstract: “Epilepsy is considered one of the most common neurological pathologies that affects millions of people around the world. It has been observed that patients suffering from epilepsy have a greater comorbidity of psychiatric disorders, such as depression, compared to the general population. That is the real importance of proper and timely management of both pathologies ”. The study determines the prevalence of depression, its level, and depressive signs and symptoms in patients diagnosed with Epilepsy at Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo.

A nivel nacional

Título: “RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN UN HOSPITAL DE NIVEL I DE LIMA ESTE” (2018- PERÚ)

Autor: “Missael Gabriel Roque Afray”

Resumen: Según la OMS entre el año 2005 y 2015 aproximadamente 300 millones de personas padecieron depresión, siendo un importante problema de salud pública. Existe una relación alta de depresión con enfermedades crónicas como HTA y diabetes. Para evaluar la relación entre depresión y calidad de vida en paciente con enfermedades crónicas se utilizó el Cuestionario de Salud SF36 y la Escala de Depresión de Hamilton. Se realizó en 61 pacientes con edades entre 20 y 80 años. El resultado fue una relación alta entre depresión y dimensiones de calidad de vida afectadas a nivel físico, en relación a dolor corporal, salud general, rol emocional, función social y vitalidad.

Abstract: According to the OMS, between 2005 and 2015, approximately 300 million people suffered from depression, being a major public health problem. There is a high relationship between depression and chronic diseases such as arterial hypertension and diabetes. To evaluate the relationship between depression and quality of life in patients with chronic diseases, the SF36 Health Questionnaire and the Hamilton Depression Scale were used. They were applied in 61 patients aged between 20 and 80 years. The result was a higher relationship between depression and dimensions of quality of life affected at a physical level, in relation to body pain, general health, emotional role, social function and vitality.

[Researchgate.net/publication/327045296_Relacion_entre_depresion_y_calidad_de_vida_en_pacientes_con_enfermedades_cronicas_de_un_hospital_de_nivel_I_de_Lima_Este](https://www.researchgate.net/publication/327045296_Relacion_entre_depresion_y_calidad_de_vida_en_pacientes_con_enfermedades_cronicas_de_un_hospital_de_nivel_I_de_Lima_Este)

A nivel internacional

Título: “DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH EPILEPSY IN NORTHWEST GREECE” (2019)

Autor: “Eleftheria Siaravaa, Thomas Hyphantisb , Aristeidis H. Katsanosa , Sygkliti-Henrietta Pelidoua , Athanassios P. Kyritsisa , Sofia Markoula”

Resumen: “El propósito del estudio fue comparar la depresión y la calidad de vida entre pacientes con epilepsia y controles sanos, evaluando factores potencialmente relacionados con la depresión y la calidad de vida en pacientes con epilepsia en Noroeste de Grecia. Se realizó un estudio de casos en pacientes adultos con epilepsia seguidos en el Hospital Universitario de Ioannina y en controles sanos. Se usó el cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) para la evaluación de la gravedad de la depresión, el cuestionario WHOQOL-BREF para la estimación de la calidad de vida y el cuestionario de perfil de eventos adversos (AEP) para la evaluación de los efectos adversos de los fármacos antiepilépticos (FAE). Con resultados que demostraban que los pacientes con epilepsia en el noroeste de Grecia tuvieron tasas de depresión más altas y peor calidad de vida en comparación con los controles. Los efectos adversos de los AED se relacionaron con la depresión.”

Abstract: “The purpose of the study was to compare depression and quality of life between patients with epilepsy and healthy controls, evaluating factors potentially related to depression and quality of life in patients with epilepsy in North-West Greece. A case study was conducted in adult patients with epilepsy followed up at Ioannina University Hospital and in healthy controls. The patient health questionnaire (PHQ-9) was used to assess the severity of depression disease, the WHOQOL-BREF questionnaire for

estimating quality of life and the adverse event profile questionnaire (AEP) for evaluating the adverse effects of antiepileptic drugs (AEDs). The final results showed that patients with epilepsy in northwestern Greece had higher rates of depression and poorer quality of life compared to controls. Adverse effects of AEDs were related to depression."

<https://www.seizure-journal.com/action/showPdf?pii=S1059-1311%2818%2930788-X>

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

Establecer la frecuencia de presentación de depresión y el nivel de calidad de vida en pacientes adultos con diagnóstico de Epilepsia en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo

4.2 Objetivo Específicos

- Determinar la frecuencia de presentación de epilepsia en pacientes adultos con diagnóstico de epilepsia
- Identificar el nivel de depresión del paciente con diagnóstico de epilepsia.
- Identificar el nivel de calidad de vida de pacientes con diagnóstico de epilepsia.
- Establecer la relación entre grado de depresión y el nivel de calidad de vida, con el grado de control de la enfermedad epilepsia.

4.3 Hipótesis

Dado las características de bidireccionalidad entre depresión, calidad de vida y epilepsia se plantea que:

- Existe una relación entre el grado de depresión y el nivel de calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Epilepsia.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas

Se aplicará la técnica de cuestionario. Se entregará dos escalas validadas para depresión y calidad de vida respectivamente, los cuales son llenados por el paciente aproximadamente en 10 a 20 minutos, previa explicación, sin necesidad de ser monitorizado por el especialista. Previa firma de consentimiento informado y llenado de ficha de datos

Instrumentos

Se utilizará como instrumento dos escalas:

- Inventario de Depresión de Beck II (ANEXO 2)

Consta de 21 ítems en relación a síntomas emocionales, de comportamiento y somáticos durante las últimas 2 semanas. Toma 5-10 minutos realizarlo. Cada ítem puntúa 0-3. Según puntaje sumado final se clasifica en:

No depresión 0-13 puntos

Leve 14-19 puntos

Moderada 20-28 puntos

Grave 29-63 puntos

- Cuestionario de calidad de vida en epilepsia: QOLIE-10 (ANEXO 3)

Versión resumida del cuestionario QOLIE-31, que consta de 10 preguntas concisas, cuya puntuación es de 1 a 5, siendo el mayor puntaje en relación a una situación más desfavorable. Es la valoración en relación a las últimas 4 semanas. No requiere mediación por psicólogo.

Calidad de vida óptima: 10 puntos

A mayor puntaje: peor calidad de vida

Calidad de vida pésima: 50 puntos

Materiales

Por paciente evaluado:

1 Ficha de consentimiento informado

1 Ficha de datos

1 Inventario de Depresión de Beck II

Cuestionario de calidad de vida en epilepsia: QOLIE-10

2. Campo de verificación

Ubicación espacial

El estudio de investigación se realizará en el servicio de Neurología, durante la atención ambulatoria en laboratorio de Electroencefalografía y consulta externa de Neurología.

Ubicación temporal

El estudio se realizará en el periodo de: Setiembre a Diciembre 2020

Unidades de estudio

Pacientes adultos con diagnóstico definitivo de epilepsia en tratamiento que acudan para consulta o procedimiento de manera ambulatoria y quienes tengan autonomía para responder solos los cuestionarios.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico (según historia clínica) de epilepsia.
- Pacientes con edades entre 20 a 60 años.
- Pacientes de ambos sexos
- Que acudan a laboratorio de electroencefalografía para procedimiento ambulatorio.
- Pacientes que estén recibiendo tratamiento antiepiléptico.
- Que acuden a consultorio externo de Neurología
- Que acepte voluntariamente participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Paciente sin tratamiento antiepiléptico.
- Antecedente de retardo mental
- Antecedente de alcoholismo y abuso de drogas
- Pacientes con secuelas que generen discapacidad física o mental

3. Población

Un total de 120 pacientes para una población de 170 pacientes, con un nivel de confianza de 95%

4. Estrategia de recolección de datos

a) Organización

Se asistirá a laboratorio de electroencefalografía y consultorio externo para entregar los cuestionarios a los pacientes que cumplan criterios, los cuales se pueden corroborar en el sistema, revisando la programación diaria.

La recolección de datos será en 4 meses

Los instrumentos aplicados están validados

Una vez recolectados los datos se sistematizarán estadísticamente para el análisis, interpretación y conclusiones finales.

b) Recursos

Autor: Sandra Karina Arias Aranibar

Asesora: Dra. Agueda Muñoz del Carpio Toia.

Materiales: 1 consentimiento informado, 1 ficha de datos y 2 cuestionarios por paciente evaluado, lapiceros, laptop

Presupuesto: Autofinanciada por autor

c) Criterios para manejo de resultados

Para el análisis estadístico de las variables se usará Excel, y se realizarán tablas dinámicas

IV. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	2020								
	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
Redacción de proyecto	x								
Aprobación de proyecto de tesis		x							
Dictamen de comité de ética de investigación			x						
Ejecución de proyecto				x	x	x	x		
Recolección de datos							x	X	
Estructuración de resultados								X	
Informe final									x

V. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.

1. A practical clinical definition of epilepsy. Robert S. Fisher, Carlos Acevedo. Disponible en <https://www.ilae.org/files/ilaeGuideline/Definition2014.pdf>
2. International League Against Epilepsy: Epilepsy Diagnosis.org 2020. Disponible en <https://www.epilepsydiagnosis.org/epilepsy/epilepsy-classification-groupoverview.html>
3. A definition and classification of status epilepticus – Report of the ILAE Task Force on Classification of Status Epilepticus. Septiembre 2015. Eugen Trinka, Hannah Cock. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/epi.13121>
4. Organización Mundial de la Salud: Datos y cifras de Epilepsia 08/02/2018. Disponible en <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/epilepsy>.
5. Sudden unexpected death in epilepsy (SUDEP): what every neurologist should know. Shankar R, Donner EJ, McLean B, Nashef L, Tomson T. 2017. Disponible en https://www.jle.com/en/revues/epd/edocs/sudden_unexpected_death_in_epilepsy_sudep_what_every_neurologist_should_know_309045/article.phtml
6. BOTTO ALBERTO, ACUÑA JULIA, PABLO JIMÉNEZ JUAN. La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas 2014. Disponible en <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n10/art10.pdf>.
7. SIARAVAA ELEFThERIA, HYPHANTISB THOMAS, KATSANOSA ARISTEIDIS, MARKOULAA SOFIA. Depression and quality of life in patients with Epilepsy in Northwest Greece 2019. Disponible en <https://www.seizure-journal.com/action/showPdf?pii=S1059-1311%2818%2930788-X>
8. PEÑA CASANOVA J. Neurología de la conducta y Neuropsicología. Editorial Panamericana. España 2007.
9. PURVES, AGUSTINE, FITZPATRICK, HALL, LAMANTIA, WHITE. Neurociencia. Editorial Panamericana. España 2015.
10. VITERI M., CODINA S., COBALEDA J., LAHUERTA J., BARRIGA S., BARRERA M. D., MORALES. Validación de la versión española del cuestionario de calidad de vida en epilepsia QOLIE-10 2008. Disponible en https://sid.usal.es/idocs/F8/ART12103/validacion_version_espa%C3%B1ola.pdf
11. BIENENFIELD DAVID, MD. Screening Tests for Depression 2018. MedScape
12. ANDREA ISABEL ROBLES-ESPINOZA, BENJAMÍN RUBIO-JURADO, EDITH VANESSA DE LA ROSA-GALVÁN, ARNULFO HERNÁN NAVA-ZAVALA. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud 2016.
13. ELSY ARLENE PÉREZ-PADILLA, VÍCTOR MANUEL CERVANTES- RAMÍREZ, NAYELI ALEJANDRA HIJUELOS-GARCÍA, JUAN CARLOS PINEDA- CORTÉS, HUMBERTO SALGADO-BURGOS. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor 2017. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2017/bio172c.pdf>
14. MILUSKA FIORELLA TICSE AGUIRRE. “Características clínicas de depresión en pacientes diagnosticados de epilepsia en el hospital nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo de junio 2018 a junio 2019.”

15. MISSAEL GABRIEL ROQUE AFRAY “Relación entre depresión y calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas en un hospital de nivel I de Lima Este”. 2018.

16. ELEFThERIA SIARAVAA, THOMAS HYPHANTISB, ARISTEIDIS H. KATSANOSA, SYGKLITI- HENRIETTA PELIDOUA, ATHANASSIOS P. KYRITSISA, SOFIA MARKOULA. “Depression and quality of life in patients with epilepsy in northwest Greece”.2019



VI. ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Numero de ficha:

- a. Sexo: Masculino _____ Femenino _____
b. Edad: _____
c. Fecha de nacimiento: _____
d. Ocupación: _____

- e. Tiempo de diagnóstico de epilepsia: _____
f. Tipo de epilepsia:

Focal con compromiso de conciencia
Focal sin compromiso de conciencia:
Focal con generalización posterior:
Generalizada motora: _____
Generalizada no motora:
De inicio desconocido: _____

- g. Tratamiento:

Monoterapia: _____
Politerapia: _____
Refractaria: _____
FAES: _____

- h. Enfermedades crónicas: _____
i. Hábitos

Alcohol
Drogas
Tratamiento no antiepiléptico habitual

ANEXO 2

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II (8)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía

hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:



ANEXO 3

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN EPILEPSIA: QOLIE-10 (7)

Anexo 1	Cuestionario QOLIE-10 (Quality of Life in Epilepsy Inventory-10)														
	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca										
¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas... ¿Se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5										
	Nunca	Sólo alguna vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre										
¿Se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5										
	Ninguno	Pocos	Algunos	Muchos	Muchísimos										
¿Le ha causado su epilepsia o medicación antiepiléptica problemas para desplazarse?	1	2	3	4	5										
	Ninguno	Pocos	Algunos	Muchos	Muchísimos										
¿Durante las últimas 4 semanas cuántas veces ha tenido problemas relacionados con...															
¿Dificultades de memoria?	1	2	3	4	5										
¿Limitaciones en el trabajo?	1	2	3	4	5										
¿Limitaciones en su vida social?	1	2	3	4	5										
¿Efectos físicos de la medicación antiepiléptica?	1	2	3	4	5										
¿Efectos mentales de la medicación antiepiléptica?	1	2	3	4	5										
	Nada de miedo	No mucho miedo	Bastante miedo	Mucho miedo	Muchísimo miedo										
¿Le da miedo sufrir un ataque durante las próximas 4 semanas?	1	2	3	4	5										
¿Qué tal ha sido su calidad de vida durante las últimas 4 semanas? (es decir, ¿cómo le han ido las cosas?) (Rodee con un círculo un solo número)	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Muy bien; difícilmente hubiera podido irme mejor</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Bastante bien</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Bien y mal a partes iguales</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Bastante mal</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Muy mal; difícilmente hubiera podido irme peor</td> <td>5</td> </tr> </table>					Muy bien; difícilmente hubiera podido irme mejor	1	Bastante bien	2	Bien y mal a partes iguales	3	Bastante mal	4	Muy mal; difícilmente hubiera podido irme peor	5
Muy bien; difícilmente hubiera podido irme mejor	1														
Bastante bien	2														
Bien y mal a partes iguales	3														
Bastante mal	4														
Muy mal; difícilmente hubiera podido irme peor	5														
<p><small>Este cuestionario no puede utilizarse sin el permiso de la autora de la versión original. Joyce A. Cramer. Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine. E-mail: joyce.cramer@yale.edu</small></p>															

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento, se le invita a formar parte del trabajo de estudio: “DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS CON DIAGNOSTICO DE EPILEPSIA EN EL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO”.

Para su participación se le realizará una evaluación anónima, que incluirá: el llenado de ficha de datos personales y de dos cuestionarios que evalúan la calidad de vida y estados de depresión, los que puede resolver en 10 a 20 minutos.

Se guardará absoluta confidencialidad de los datos obtenidos y se mantendrá en anonimato a los participantes.

Yo....., he recibido suficiente información y he podido resolver mis dudas en cuanto al estudio. Comprendo que mi participación es voluntaria. Dando mi consentimiento para mi participación

Firma del participante

Huella digital Nombre

DNI