

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



**Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con epilepsia del Hospital
Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo durante enero-marzo 2020**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTOR

Edith Carmela Carrillo Gonzalez

ASESOR

Cesar Roberto Carpio Chaname

<https://orcid.org/0000-0001-9515-777X>

Chiclayo, 2023

**Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con epilepsia del
Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo durante enero-
marzo 2020**

PRESENTADA POR

Edith Carmela Carrillo Gonzalez

A la Facultad de Medicina de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el título de

MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR

Henry Ricardo Villarreal Trujillo

PRESIDENTE

Javier Alejandro Quiñones Chapoñan

SECRETARIO

Cesar Roberto Carpio Chaname

VOCAL

Dedicatoria

A mis progenitores Martin y Rosa por haberme forjado como la persona que soy; sus consejos, oraciones y apoyo en todo momento han sido el principal motivo para mi constante

desarrollo profesional.

A mi tía Lourdes, quien siempre me brindó su apoyo incondicional en esta etapa de mi vida a pesar del tiempo y la distancia; ha sido y es mi modelo profesional y humano a seguir.

A mis maestros, asesor y profesional de la salud que supieron orientarme para obtener estos resultados en este trabajo de investigación y además contribuyeron con sus enseñanzas durante el pregrado.

Agradecimientos

A Dios, sin Él nada hubiera sido posible, mi fortaleza espiritual constante en mi trayectoria universitaria, la columna vertebral en mi vida.

A mi familia, por su paciencia y compromiso con mi formación académica, mi sostén en los momentos difíciles, mis mejores aliados.

A mis docentes y aquellas personas que, de una u otra forma, han apoyado en el desarrollo de esta investigación.

Eternamente agradecida.

INFORME DE ORIGINALIDAD

20%

INDICE DE SIMILITUD

21%

FUENTES DE INTERNET

14%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

hdl.handle.net

Fuente de Internet

3%

2

docplayer.es

Fuente de Internet

2%

3

tesis.usat.edu.pe

Fuente de Internet

2%

4

1library.co

Fuente de Internet

2%

5

www.insm.gob.pe

Fuente de Internet

1%

6

repository.urosario.edu.co

Fuente de Internet

1%

7

Sánchez Hernández Héctor Daniel.
"Construcción de sistemas de significados en
torno a la experiencia de vivir con epilepsia",
TESIUNAM, 2017

Publicación

1%

8

repositorio.usmp.edu.pe

Fuente de Internet

1%

Índice

Resumen	6
Abstract	7
Introducción.....	8
Revisión de literatura.....	8
Materiales y métodos	16
Resultados y discusión	16
Conclusiones	21
Recomendaciones	21
Referencias.....	22
Anexos	26

Resumen

Introducción: La epilepsia, considerada una de las principales y más frecuentes enfermedades neurológicas crónicas no transmisibles, aumenta el riesgo de desarrollo de problemas psiquiátricos como la depresión y desórdenes de ansiedad, entre los más frecuentes y mejor estudiados, los cuales son infradiagnosticados e infratratados en la práctica médica, reduciendo la calidad de vida y alterando el seguimiento y adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes. **Objetivos:** Estimar la frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con epilepsia atendidos en consultorio externo del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA) durante enero-marzo 2020. **Metodología:** El estudio realizado fue de enfoque cuantitativo, de diseño observacional, descriptivo y transversal. Se estimó la frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con epilepsia aplicando los Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck a una muestra de 159 personas previamente diagnosticados con epilepsia en el HNAAA (271 población). **Resultados y conclusión:** La frecuencia de depresión en la muestra fue del 44%, leve en un 31%, y la de ansiedad fue del 71%, moderada – severa en un 24% en una proporción de uno de cada cuatro pacientes. Las mujeres de la muestra padecieron depresión un 21% más que los varones, y un 7% más de ansiedad, es decir, más depresión y ansiedad que los varones. La dependencia entre el puntaje de ansiedad y depresión podía ser descrita en 36%. La asociación entre la edad del paciente y la depresión fue débil ($r = 0,18$), al igual que la asociación entre la edad del paciente con la ansiedad ($r=0,12$).

Palabras clave: Depresión, Ansiedad, Epilepsia (Fuente: DeCS-BIREME)

Abstract

Introduction: Epilepsy, considered one of the main and most frequent non-transmissible chronic neurological disease, increases the risk of developing psychiatric problems such as depression and anxiety disorders, among the most frequent and best studied, which are underdiagnosed and undertreated in medical practice, reducing the quality of life and altering the follow-up and adherence to the pharmacological treatment of patients. **Objectives:** To estimate the frequency of depression and anxiety in patients with epilepsy treated in an outpatient clinic of the Almanzor Aguinaga Asenjo National Hospital (AAANH) during January-March 2020. **Methodology:** a quantitative, observational, cross-sectional descriptive study was conducted; in which the frequency of depression and anxiety in patients with epilepsy was estimated by applying the Beck's inventories of depression and anxiety to a sample of 159 people previously diagnosed with epilepsy in the AAANH (271 population). **Results and conclusion:** The frequency of depression in the sample was 44%, mild in 31%, and that of anxiety was 71%, moderate-severe 24%, in a proportion of one of every four patient. The women in the sample suffered from depression 21% more than men, and 7% more from anxiety, that is, more depression and anxiety than men. The dependence between the anxiety and depression scores could be described as 36%. The association between patient age and depression was weak ($r=0.18$), as was the association between patient age and anxiety ($r=0.12$).

Keywords: Depression, Anxiety, Epilepsy (Source: MeSH-NLM).

Introducción

La epilepsia es considerada como una de las principales enfermedades neuronales crónicas no transmisibles y muchas veces caracterizada por la presencia o no de la alteración a nivel de la conciencia, sistema motor, sensorial, autonómica y psíquica como resultado de una descarga neuronal excesiva y/o sincrónica que altera súbita y transitoriamente el funcionamiento cerebral¹.

Según el reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la epilepsia es muy frecuente, dentro de los trastornos neurológicos ya que afecta a unos 50 millones de personas en el globo, es decir, variando entre 4 y 10 casos de epilepsia por 1000 personas hasta entre 7 y 15 por 1000 personas en países de mediano y bajos ingresos, donde alrededor del 80% de personas con epilepsia viven en estos países², sin diferencias de sexo, raza y estado socioeconómico que limiten su presentación³. En Perú, la prevalencia en la región de Lima es de 8.1%⁴.

En la práctica médica se ha determinado la existencia de un aumento de riesgo en el desarrollo de problemas psiquiátricos en 20-40% en pacientes con epilepsia donde son incluidas la depresión, desórdenes de ansiedad (desórdenes de pánico, ansiedad generalizada y estrés postraumático), psicosis, desórdenes obsesivos-compulsivos, déficit de atención y desórdenes de la personalidad, agresión y suicidio. Hoy en día la depresión y la ansiedad son considerados como los problemas psiquiátricos mayormente frecuentes que se presentan en pacientes con epilepsia con el 20-30% para la depresión y con el 10-25% para la ansiedad comparado con la población general^{5,6}, dejando secuelas adversas en estos pacientes con una frecuencia de 50 a 60%. Los problemas psiquiátricos ya descritos son infradiagnosticados e infratratados⁷, existiendo una relación bidireccional con la epilepsia, cuya consecuencia se ve reflejada con la mala respuesta al tratamiento farmacológico⁸.

La depresión y ansiedad en epilepsia están muy asociadas con la reducción de la calidad de vida, alterando la habilidad de seguir y adherirse al tratamiento farmacológico, lo cual produce interferencia en el manejo, desarrollo y evolución de la epilepsia, e inclusive pudiendo terminar en suicidio⁹⁻¹².

El vínculo entre depresión y suicidio está documentado, siendo un grave problema de salud pública¹³. Ha sido establecido que el riesgo del comportamiento suicida en este tipo de pacientes es mayor comparado con la población general¹⁴, con tasas de 5 a 25 veces mayores¹⁵. Así mismo la ansiedad puede estar asociada con pensamientos suicidas e intentos de suicidio¹⁶. Por tanto, la depresión y ansiedad cumplen un rol importante en las causas de mortalidad prematura en pacientes con diagnóstico de epilepsia¹⁷.

El Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo es un Hospital de alta complejidad y desde 1982 existe el servicio de neurología, donde se atienden aproximadamente 100 pacientes al mes, entre ellos pacientes con epilepsia con probable depresión y la ansiedad, cuyos efectos pueden tener un impacto negativo en la calidad de vida del paciente, implicando la no adherencia al tratamiento y aumento de riesgo en la tasa de suicidio y por no haberse explorado la salud mental de los pacientes con epilepsia en la consulta externa de Neurología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA), en este estudio se propuso estimar la frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con epilepsia atendidos en consultorio externo del HNAAA durante enero – marzo 2020 y para conseguirlo se buscó: caracterizar a los pacientes con epilepsia por edad, sexo, comorbilidad, número y tipo de fármacos antiepilépticos; describir la frecuencia y severidad de depresión y de ansiedad; y explorar la potencial asociación de depresión y ansiedad.

Revisión de literatura

A. Antecedentes del problema:

Chacón, V y cols. en el 2007, en un estudio descriptivo buscaron medir la prevalencia de la depresión en pacientes con epilepsia, que consultaron dos centros terciarios en abril de 2004 (Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle –HDPUV- y la Liga Contra la Epilepsia, en Cali -LCE). Luego de aplicar el Inventario de Depresión de Beck obtuvo una prevalencia del 59% para depresión mientras que la gravedad de los síntomas en la mayoría de los pacientes, fue entre leve y moderada (46%); y de acuerdo a la escala de evaluación para la depresión de Hamilton (HRSD), resultó que el 58% de los pacientes estaban deprimidos, de los cuales un 21% resultaron tener una depresión entre grave y muy grave¹⁸.

Todorova K y Arnaoudova M en el 2010, en un estudio descriptivo, se propusieron evaluar la frecuencia y algunos aspectos de la fenomenología del trastorno depresivo interictal en una muestra al azar de pacientes adultos con epilepsia idiopática usando la Escala de calificación de la depresión de Hamilton (HAM-D17). Los resultados mostraron que el trastorno depresivo afectó al 28,3% de todos los pacientes evaluados. Los puntajes de HAM-D-17 definieron a las depresiones como leves: 80% de todos los pacientes, moderados: 17% y graves: 3% ¹⁹.

Hamed S y cols. en el 2012, en un estudio de casos controles, se propusieron determinar la prevalencia y los riesgos de suicidio en un grupo de pacientes con epilepsia donde

fueron utilizados: el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (4ª edición), el Inventario de depresión de Beck (2ª edición) (BDI-II), la Escala de clasificación de ansiedad de Hamilton (HAM-A), la Escala obsesiva de Yale-Brown (Y-BOCS) y las pruebas de la Escala de calificación revisada del cuestionario de personalidad de Eysenck para el diagnóstico y evaluación de la gravedad de los síntomas psiquiátricos donde fue reportado el suicidio en el 35% de los pacientes con epilepsia (comparado con el 9% de pacientes sin epilepsia), de los cuales el 80%, el 72.86%, el 55.71% y el 52.9% tenían depresión, ansiedad, obsesión y agresión, respectivamente²⁰.

Balibey H y cols. en el 2013, en un estudio de casos y controles, se plantearon determinar la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes epilépticos y la correlación entre la duración de la enfermedad y la frecuencia de convulsiones. Después de aplicar el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Beck en 41 pacientes obtuvieron altas frecuencias de ansiedad (26.8 %; $p = 0,003$), y de depresión (34, 14 %; $p = 0,001$) en pacientes con epilepsia respecto al grupo control. También reportaron no significancia estadística en la frecuencia de ansiedad y depresión entre el grupo de pacientes con epilepsia del lóbulo temporal (TLE) y extra-epilepsia del lóbulo temporal (ETLE) ($p = 0,280$, $p = 0,089$, respectivamente). Sin embargo, en el grupo TLE encontraron una correlación con un nivel medio de significancia entre la frecuencia de convulsiones y las puntuaciones del Inventario de Ansiedad y de depresión de Beck ($r = 0,521$, $p = 0,068$; $r = 0,615$, $p = 0,025$ para cada caso)²¹.

Bosak, M y cols. en el año 2015, en un estudio de cohorte, plantearon evaluar la frecuencia de síntomas depresivos y diferentes subtipos de trastornos depresivos en pacientes con epilepsia y su asociación con el tipo de epilepsia. Después de aplicar el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en 289 pacientes, resultó que el 41.9 % (121) tuvieron puntuaciones BDI-II anormales (> 11), sugerente de trastorno depresivo; sin embargo, se diagnosticaron en 73 pacientes (60.3%) que constituye el 25.3 % del total. Además, no se hallaron diferencias en la prevalencia de la depresión ($p = 0.141$) y los subtipos de depresión en pacientes con ciertos tipos de epilepsia ($p = 0.188$)²².

B. Bases Teórico - Científicas:

B.1 Epilepsia:

La epilepsia es una enfermedad determinada como un problema de salud común y principal que puede seguir un curso crónico y necesitar tratamiento a largo plazo. La función y la calidad de vida de los pacientes se ven significativamente afectados por la

epilepsia. Los trastornos psiquiátricos se asocian frecuentemente con esta, lo que compromete aún más la función y la calidad de vida, además de elevar la carga de la atención. Lo más desafortunado en este contexto es el reconocimiento de trastornos psiquiátricos; los más frecuentemente visto en estos pacientes son depresión, alteraciones de la ansiedad (pánico, ansiedad generalizada y estrés postraumático) y los problemas a nivel cognitivo^{5,7}.

Como factores de riesgo para la depresión en personas con epilepsia están considerados: la discapacidad relacionada con la epilepsia, el desempleo y la restricción de actividades, el apoyo social deficiente y un estigma percibido en relación con el diagnóstico y la discriminación; además la falta de control en sus vidas como consecuencia del patrón aleatorio de sus crisis, la falta de soporte combinado con la necesidad de los cambios de estilo de vida por los cuales tienen que pasar, a fin de maximizar las precauciones debido a las crisis. Generalmente, la depresión en pacientes con epilepsia, se debe a varios factores que ocurren simultáneamente, por ejemplo, tenemos a los iatrogénicos, las drogas antiepilépticas pero que producen síntomas psiquiátricos como: el fenobarbital que produce depresión y además comportamiento suicida; la primidona, la vigabatrina, el felbamato, y el topiramato, que también pueden llegar a producir frecuentemente síntomas depresivos, mientras que la carbamazepina y el ácido valproico, lo pueden hacer en menor grado^{5,7}.

B.2 Depresión:

La depresión es clasificada como interictal, preictal, ictal o postictal (incluyendo hasta 120 horas luego de la crisis) pero depende del momento cuando se presentan los síntomas depresivos²³.

1. **Depresión interictal.**- es la más frecuente de todas las clases de depresión y ocurre en los períodos libres de crisis. Clínicamente corresponde en su mayor forma al de una

depresión atípica con síntomas que se aproximan a una distimia, con un curso intermitente caracterizado por períodos libres de síntomas depresivos, así tenemos a anhedonia, irritabilidad, ansiedad, labilidad emocional, episodios de llanto, baja tolerancia a la frustración, alteración del sueño y pérdida del apetito.

2. **Depresión preictal.**- En esta clase de depresión, los síntomas son presentados como una disforia apareciendo en horas o incluso uno o dos días antes de la crisis (no correspondiendo a un componente parcial simple).
3. **Depresión ictal.**- Esta clase de depresión es un componente parcial simple, de corta duración y limitado a la crisis, presentándose con cambios en el estado del ánimo y además con síntomas como sensación de falta de energía, sentimientos de culpa o comportamientos suicidas.
4. **Depresión postictal** .- Es un tipo de depresión cuyos síntomas son los más frecuentes en pacientes con epilepsia refractaria y puede presentarse minutos después hasta pocos días luego de la crisis. Algunas veces dentro del cuadro depresivo se manifiestan comportamientos con tendencias suicidas con más frecuencia en pacientes con historia clínica de patología psiquiátrica asociada.

No existe una prueba que haya sido catalogada como la mejor en la evaluación síntomas depresivos en pacientes con epilepsia, sin embargo, en diferentes estudios los cuestionarios de autoreporte más utilizados y efectivos son el inventario para depresión BDI-2 (Beck depression inventory II), y el CES-D (Center for epidemiological study of depression).

B.3 Ansiedad:

La ansiedad puede desarrollarse como consecuencia de vivir con una afección médica crónica, impredecible y difícil de tratar. Los factores potenciales incluyen el estigma de la enfermedad, el temor a nuevas convulsiones, el miedo a una lesión significativa o incluso

la muerte (es decir, muerte súbita e inexplicable en pacientes con epilepsia), miedo a las secuelas a largo plazo de la epilepsia (es decir, deterioro de la memoria, efectos adversos de la terapia antiepiléptica), pérdida de relaciones, restricción o independencia y pérdida de ingresos. Muchos autores han sugerido clasificar distintos síndromes de ansiedad según la relación temporal con la actividad ictal²⁴.

1. **Ansiedad preictal.**- síntomas prodrómicos antes del inicio de la actividad convulsiva. Los síntomas de temor y ansiedad pueden ocurrir desde varios minutos hasta 3 días antes de una convulsión parcial compleja.
2. **Ansiedad ictal.**- ocurre en forma de un aura de convulsión parcial simple que se origina en el lóbulo temporal, más comúnmente en la región mesial pero también vistos en la región lateral. Los síntomas pueden ir desde una sensación de miedo, pánico o inquietud, hasta agitación extrema o incluso inmovilidad, a menudo acompañada de una mirada de horror.
3. **Ansiedad ectálica.**- puede asociarse con alucinaciones visuales, automatismos oroalimentarios, y características autonómicas como palidez, piloerección, midriasis y taquicardia.
4. **Ansiedad postictal,** - se manifiesta como síntomas de ansiedad tras una convulsión.
5. **Ansiedad interictal.**-síntomas de ansiedad separado y distinto de las convulsiones considerado como la forma más común de ansiedad en pacientes con crisis epiléptica, con estudios que reportan una ocurrencia de hasta el 66% en estos pacientes. Manifestaciones sintomáticas puede ser amplio, pero el miedo parece ser el más síntoma comúnmente reportado. Esta forma de ansiedad es probable que esté más influenciado por factores psicosociales.

C. Definición de términos relacionados al tema:

- ✓ **Epilepsia:** según la OMS la define como enfermedad cerebral crónica caracterizada por convulsiones recurrentes, cortos episodios de movimiento involuntario los cuales pueden afectar a una parte del cuerpo (convulsiones parciales) o a todo el cuerpo (convulsiones generalizadas) y que algunas veces están acompañadas con pérdida de la consciencia²⁵.
- ✓ **Características epidemiológicas:** son aquellas características propias o distintivas del paciente.

Sexo: condición fenotípica que distingue masculino de femenino.

Edad: Es el tiempo cronológico que transcurre desde el nacimiento hasta el año actual.

Grado de instrucción: nivel educativo alcanzado por la persona.

Comorbilidades: enfermedades coexistentes en una persona

- ✓ **Depresión:** según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) la define como un trastorno donde el paciente presenta un bajo estado de ánimo, reducción de la energía y de las actividades, cansancio sobre todo tras un esfuerzo mínimo. Además, puede estar acompañado de síntomas somáticos como: pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, despertar precoz, pérdida de apetito y de peso y disminución de la libido²⁷.
- ✓ **Ansiedad:** según el CIE-10 la define como una enfermedad donde el paciente presenta constante nerviosismo, temblores, tensión muscular, sudoración, aturdimiento, palpitaciones, mareos frente a acontecimientos o problemas de la vida diaria²⁶.

Materiales y métodos

El estudio fue de enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo transversal. La población estuvo constituida por pacientes adultos con diagnóstico de epilepsia, atendidos en los consultorios de Neurología de HNAAA de enero a marzo 2020, con edades mayores de 18 años y con prescripción médica antiepiléptica, fueron excluidos los pacientes con presencia de enfermedad física y mental discapacitante (insuficiencia renal crónica terminal en Hemodiálisis o Diálisis peritoneal, insuficiencia cardiaca congestiva grado III-IV, ceguera, demencia, esquizofrenia, enfermedad de Parkinson, secuelas de accidente cerebrovascular, depresión y ansiedad diagnosticada) y pacientes con idioma diferente al español. El muestreo realizado fue no probabilístico consecutivo, en la que se escogieron los individuos de la muestra según las circunstancias de mayor facilidad o estuvieron disponibles en el momento dado hasta que se completó el número de pacientes necesarios para completar el tamaño de muestra deseado, para ello, a partir de 271 personas previamente diagnosticada con epilepsia,

fue calculado un tamaño muestral de 159 pacientes usando el programa estadístico EPIDAT 3.1 con un nivel de confianza al 95%, precisión absoluta del 5% y una frecuencia esperada del 54%¹⁶.

Los pacientes que desearon participar en el estudio y acudieron al consultorio externo de neurología, fueron evaluados por un neurólogo, completaron una ficha con sus datos básicos, y luego respondieron los Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck³⁵. Considerando la puntuación para los niveles de depresión: de 0-9 (sin depresión); de 10-16 (Leve); de 17 – 29 (moderada) y 30 – 63 (severa) mientras que para ansiedad: de 0 – 7 (Sin ansiedad), de 8 – 18 (leve), de 19 – 29 (moderada) y de 30 – 63 (severa). Todos los datos obtenidos fueron codificados y registrados en una base de datos en Microsoft Excel 2013 y luego analizados usando el programa estadístico SPSS versión 25.

En el análisis univariado, fueron calculadas las frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, y el promedio y la desviación estándar para las variables cuantitativas, cuando el coeficiente de variación fue menor al 30%. Para el análisis bivariado, en las variables cuantitativas fue utilizada la prueba T-student, y para la asociación de variables cualitativas fue empleada la prueba estadística Chi-cuadrado. Además, fueron calculadas las razones de prevalencia (RP), según diversos factores.

Para la recolección de datos, en primer lugar, se entregó una solicitud al Gerente de la Red Asistencial de Lambayeque para la evaluación y aprobación de protocolo de nuestra investigación por parte del Comité de Investigación y el Comité Institucional de Ética en Investigación; y así obtener la autorización respectiva de la Gerencia (Anexo 03), luego de la recepción de la constancia de haber sido revisado (Anexo 04) fue recibida la carta y constancia del presidente del centro de investigación del “Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo”-Red Asistencial Lambayeque-EsSalud, donde finalmente fue autorizada la ejecución del proyecto de investigación (Anexo 05 y 06).

Durante los meses de enero a marzo, tres días a la semana por la mañana y la tarde, se acudió a los consultorios de Neurología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, para explicar el propósito del proyecto a los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y luego que ellos aceptaran de manera libre y voluntaria se les hizo firmar el consentimiento informado (Anexo 07) y posterior a eso, llenaron los cuestionarios de Beck de Depresión y

Ansiedad³⁶ (Anexo 08 y 09), finalizando con el agradecimiento por su participación y entregándoles un díptico a cada uno de ellos (Anexo 11).

A los pacientes que no desearon participar del estudio, únicamente se les entregó un díptico con información relevante sobre el tema a investigar.

Posteriormente fue recogida toda la información de los cuestionarios en una ficha de recolección de datos (Anexo 10) y finalmente organizada en el programa de Microsoft Excel 2013 tal como se detalló párrafos anteriores.

Para garantizar los aspectos éticos, el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, y por el Comité de Ética y Comité de Investigación del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo y antes de aplicar los cuestionarios de Beck sobre depresión y ansiedad en los pacientes con diagnóstico de epilepsia, atendidos en los consultorios de Neurología del hospital fueron tomados en cuenta los criterios éticos según el Informe o Declaración de Belmont, respetando el principio autonomía, en la que cada paciente se tomó la libertad de decidir en participar o no en el estudio; al respeto del principio de beneficencia, en la que se garantizó brindar la información y los resultados de manera personal sin causar perjuicio alguno y el respeto al principio de justicia, en la que la muestra fue tratada con igualdad, sin discriminación ni preferencias, ni etnia, raza, edad o nivel socioeconómico.

En el análisis de dicha información, no se consideró la identidad de los pacientes. Cada paciente recibió una hoja informativa, donde se le explicó el procedimiento de nuestro proyecto y se le preguntó si deseaba participar en él. Siendo la respuesta afirmativa, procedieron a resolver el cuestionario que permitió analizar los parámetros a evaluar.

Además, quedó prohibido insistir, manipular o insinuar un cambio en la decisión de los pacientes. Dicha investigación fue autofinanciada.

Resultados y discusión

En este estudio la muestra estuvo constituida por 175 pacientes, con promedio de edad de 48.7 años (DE 16,7 años), con diagnóstico de epilepsia en cualquiera de sus formas clínicas atendidos en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, con prescripción actual de medicamentos antiepilépticos. El 36% presentó alguna comorbilidad, y solamente dos personas presentaron dos comorbilidades (1,2%), que fueron enfermedad neoplásica y reumatológica, y dos enfermedades neurológicas, respectivamente. Sobre el número de antiepilépticos, se encontró que el 55% recibía solo un antiepiléptico, 41% dos, y el 6%

recibía la combinación tres antiepilépticos; el 3% de los pacientes recibía coadyuvantes y el 10% recibía otro tipo de medicamentos (Anexo 1 y 2).

En este estudio la frecuencia de la depresión y ansiedad entre pacientes diagnosticados con epilepsia fue de 44 % (IC 95%: 37% - 52%) y de 71 % (IC95%: 64% - 78%), respectivamente. Estos resultados son consistentes con los reportados en el año 2020 en Haryana, al norte de India, donde la frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con epilepsia fueron de 60 % y 70 % respectivamente considerando la correlación entre las comorbilidades psiquiátricas y su perfil demográfico y clínico²⁷, datos mucho más elevados que los reportados por Stefanello y cols. cuyas frecuencias fueron de 24.4 % y 39.4% respectivamente¹⁶ y por Takele y Adamu cuyas frecuencias fueron también menores, de 43 % de depresión y 47.8 % de ansiedad²⁸, esto es debido a que, los pacientes con epilepsia sufren, al igual que la población general, de trastornos psiquiátricos obedeciendo a un conjunto de factores multietiológico²⁹ de tipo biológico (sexo y comorbilidad), psicosocial (grado de instrucción) y medicamentoso (antiepilépticos) como los evaluados en este estudio.

Hubo diferencia significativa entre la depresión y sexo del paciente y entre la ansiedad y el número de antiepilépticos recetados, donde las mujeres de la muestra padecieron depresión un 21% más que los varones, y un 7% más de ansiedad, mientras que los pacientes que recibían más de un antiepiléptico, tuvieron 10% más ansiedad que aquellos que recibían más de un antiepiléptico (tabla 1).

Tabla 1. Depresión y ansiedad según diversos factores.

Variable	Depresión				Ansiedad			
	Sí	No	RP [#]	p*	Sí	No	RP [#]	p*
Sexo								
Mujer(n=98)	52	46	1,63	0,049	73	25	1,10	0,430
Varón(n=77)	25	52			52	25		
Número antiepilépticos								
> Uno (n=78)	36	42	1,09	0,540	60	18	1,15	0,029
Uno (n=97)	41	56			65	32		
Otros medicamentos								
Sí	10	7	1,39	0,007	15	2	1,27	0,002
No	67	91			110	48		
Grado de instrucción								
Iltrado, primaria o secundaria	56	45	1,95	0,015	78	23	1,22	0,001
Superior	21	53			47	27		
Recibe coadyuvantes								
Sí	4	1	1,86	<0,001	4	1	1,13	0,493
No	73	97			121	49		

[#]Razón de prevalencia *Valor p – Xi cuadrado. Coadyuvantes: alprazolam o clonazepam.

Se encontró que la diferencia entre el promedio de edad de los pacientes ansiosos (49,9 años) y la edad de los no ansiosos (45,7 años) en la muestra, no fue significativa ($p = 0,130$); lo mismo aconteció con los pacientes depresivos ($x = 50,9$ años), y no depresivos (47,0 años), valor p de 0,125.

Los pacientes a quienes se les prescribió más de un antiepiléptico presentaron 1,10 veces más probabilidad de padecer ansiedad que aquellos que recibieron solamente un antiepiléptico. Se encontró asociación entre depresión y el consumo de coadyuvantes ($p < 0,001$): aquellos que recibían coadyuvantes tenían 1.86 veces más probabilidad de padecer depresión que un paciente sin depresión y 1,13 veces más probabilidad de sufrir de ansiedad, que un paciente sin ansiedad (Tabla 1).

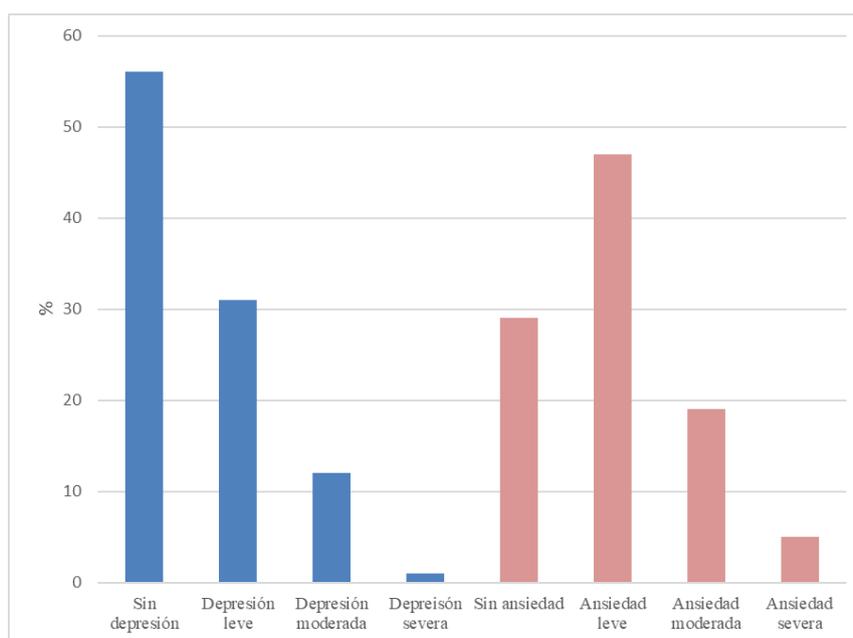
Los que consumían otros medicamentos presentaron 16,4% más depresión y 18,6% más ansiedad que aquellos que no consumían otros medicamentos. La asociación entre el grado de instrucción y la ansiedad y la depresión fue significativa. Aquellos que tenían educación superior tuvieron 27% menos depresión, y 13,7% menos ansiedad que aquellos que no tenían educación superior. Respecto a las probabilidades, los que no tenían educación superior tuvieron 1,95 veces más probabilidad de padecer de depresión y 1,2 veces más probabilidad de padecer ansiedad en comparación con aquellos que tenían educación superior (tabla 1).

La depresión y la ansiedad se presentan con mayor frecuencia en mujeres que en varones epilépticos, frecuencias 21% y 7% mayores, respectivamente. Una mayor frecuencia de depresión en mujeres epilépticas también fue reportada en otros estudios^{30,31}; sin embargo, en términos generales, la relación de dependencia entre el sexo y la ansiedad y la depresión en pacientes epilépticos es aún contradictoria. En un estudio realizado en el departamento de neurología de un hospital de Berlín, se encontró asociación entre las variables sexo y la presencia de depresión en pacientes diagnosticados con epilepsia, siendo las mujeres las más afectadas; sin embargo, la diferencia no fue significativa para las variables ansiedad y sexo³¹. Igualmente, en un estudio realizado en 216 pobladores con crisis epiléptica de diferentes municipios de La Habana (Cuba), del total de mujeres, el 80% presentó depresión, mientras que del total de varones solo el 59% presentó dicha condición³¹. Lo opuesto se reportó en un estudio realizado en pacientes epilépticos de la ciudad de Campinas (Brasil), donde no se encontró asociación entre el sexo y la depresión, pero sí entre esta y la presencia de ansiedad, siendo los varones los más afectados, presentando 58,4% de ansiedad en comparación de 41,6% para las mujeres¹⁶. Las diferencias de relación de dependencia entre el sexo y la ansiedad y depresión en los diversos estudios podrían deberse al uso de diferentes

herramientas o métodos de evaluación, al tamaño y características de la muestra de áreas geográficas, tipos de epilepsias y efectos del tratamiento y la cultura de las personas en estudio incluyendo la estigmatización por parte de la sociedad que entran en desesperación y frustración por su condición y perspectivas futuras^{29,30,32}.

El grado de depresión y ansiedad fue leve en el 31 % y 47 % de pacientes con epilepsia respectivamente, frecuencias mayores a las obtenidos por otros investigadores, depresión leve entre 17% - 23,4%, y ansiedad leve 28%.^{16,30}. Sin embargo, uno de cada cuatro pacientes presentó ansiedad moderada – severa. Otros reportaron cifras mayores, como el estudio observacional, explicativo y de cohorte retrospectivo realizado a 216 pacientes adultos con crisis epiléptica en La Habana, donde se encontró que una tercera parte de los pacientes tuvieron ansiedad de forma severa. (Gráfico 1).

Gráfico 1. Nivel de Ansiedad y depresión entre pacientes con epilepsia



*n = 175. * Para cada categoría n = 175 pacientes*

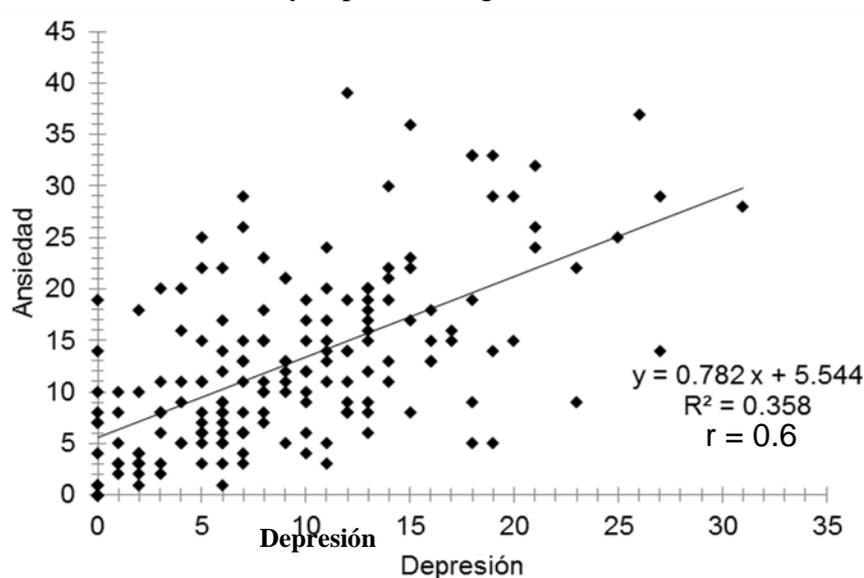
Además, se explicó que variables biológicas de la crisis epiléptica (edad de inicio, el tiempo de duración, el número y el tipo de crisis) podrían haber influido en la presentación de estos trastornos psiquiátricos³⁰, destacando en ansiedad. En vista de ello, recomendamos realizar un abordaje integral del paciente con epilepsia que acuda a consultorio externo de neurología.

En cuanto a los pacientes que recibían más de un antiepiléptico, en este estudio, el 4% padecía más depresión y el 10 % más ansiedad que aquellos que recibían solo un antiepiléptico. Esto está relacionado con lo manifestado por Ho, PH y Cols., establecen que, el uso de los fármacos antiepilépticos contribuye al inicio de trastornos del estado anímico en personas con epilepsia y que deberían ser considerados al momento de seleccionar uno de ellos en el tratamiento de un paciente con epilepsia especialmente con riesgo de elevado de depresión (ejemplo: mujeres, pacientes con epilepsia resistentes a fármacos y pacientes con epilepsia lóbulo temporal), sin embargo, los fármacos antiepilépticos tienen efectos antidepressivos y ansiolíticos, pero desafortunadamente, en la práctica médica, esto es variablemente significativo, pues los efectos de los antiepilépticos no pueden ser explicados completamente³³.

La relación entre los puntajes de depresión y ansiedad se ajusta parcialmente a una ecuación lineal, con coeficiente de determinación del 36%, pero una asociación débil con la edad del paciente y otros factores comórbidos (3.2 y 1.3 % respectivamente), los cuales son consistentes con lo señalado por Ho, PH y Cols. cuya asociación fue de 17-32 % entre depresión y ansiedad en pacientes con epilepsia³³. Así mismo Bender y colaboradores manifiestan que es de interés importante para la práctica médica, poder reconocer los factores de riesgos relacionados con los síntomas neuroconductuales en los pacientes con epilepsia, con la finalidad de disminuir sus efectos y mejorar su calidad de vida, debido a que la comorbilidad psiquiátrica en pacientes que sufren de epilepsia es frecuente y de causa multifactorial³⁴.

Cuando se compararon los puntajes de ansiedad y depresión en los pacientes, se encontró que la dependencia entre estas variables podía ser descrita por una ecuación lineal (gráfico 2), y que el 36% de las variaciones observadas en la ansiedad podían ser explicadas por las variaciones de la depresión ($R^2 = 0,36$). La asociación lineal entre la edad del paciente y la depresión fue débil ($r = 0,18$; $R^2 = 3,2\%$), al igual que la asociación con la ansiedad ($r = 0,12$; $R^2 = 1,3\%$).

Gráfico 2. Correlación y regresión lineal entre el puntaje de ansiedad y depresión, según las Escalas de Beck.



Conclusiones

- Se estimó la frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con epilepsia, siendo 44% y 71% respectivamente, en el HNAAA durante enero-marzo 2020.
- La frecuencia de depresión leve fue del 31% en pacientes con epilepsia.
- La frecuencia de ansiedad leve fue del 47% y moderada severa en 24% en pacientes con epilepsia.
- Las mujeres de la muestra padecieron depresión un 21% más que los varones, y un 7% más de ansiedad; en cuanto a los pacientes que recibían más de un antiepiléptico, el 10 % presentó más ansiedad que aquellos que recibían solamente un antiepiléptico.
- Respecto de los puntajes de ansiedad y depresión en los pacientes, se encontró que la dependencia entre estas variables podía ser descrita en un 36%. La asociación entre la edad del paciente y la depresión fue débil ($r = 0,18$; $R^2 = 3,2\%$), al igual que la asociación entre la edad del paciente con la ansiedad ($r=0,12$; ; $R^2 = 1,3\%$).

Recomendaciones

- ❖ Considerando que la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con epilepsia fue del 44 % y de 71 %, se recomienda realizar el tamizaje de depresión y ansiedad desde los consultorios de neurología y si el caso lo amerita derivar al área de psiquiatría con el fin de alcanzar el manejo integral de cada paciente.
- ❖ En futuras investigaciones, se sugiere incluir variables como etiología, edad de

inicio, tipo y número de crisis epiléptica al mes para ampliar el panorama y comprender mejor la presencia de ansiedad y depresión en pacientes con epilepsia.

- ❖ Realizar estudios analíticos sobre la relación entre sexo y depresión y ansiedad, a fin de contribuir a un mejor entendimiento de la relación de dependencia entre estas variables.

Referencias

1. Ministerio de Salud Perú. Guía Práctica Clínica de Epilepsia, Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas, Dirección de Salud Mental [Internet]. 2015 [Citado 10 Mayo 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2YoGTCi>
2. Megiddo I, Colson A, Chisholm D, Dua T, Nandi A, Laxminarayan R. Health and economic benefits of public financing of epilepsy treatment in India: An agent-based simulation model. *Epilepsia* [Internet]. 2016 [cited 2019 Apr 27]; 57(3):464–74. Available from: <https://bit.ly/2Wd1N6Q>
3. Ticse M. Características clínicas de depresión en pacientes diagnosticados de epilepsia en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo de junio 2018 a junio 2019 [Segunda especialidad en Neurología]. Universidad Católica Santa María; 2018; 43.
4. Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA [Internet]. 2018 [cited 13 April 2019]; 68. Disponible en: <https://bit.ly/2PDssXP>
5. Burneo J., Mayor L., Quijano C. *Psiquiatría y Epilepsia*. Rev. de Neuro-Psiquiat. 2005; 68 (1-2): 83-92.
6. Hamed SA, Metwaly NAH, Hassan MM, Mohamed KA, Ahmad MAR, Soliman AAM, Elsaied ARM. Depression in adults with epilepsy: Relationship to psychobiological variables. *World J Neurol*[Internet]. 2012[cited 2023 Apr 08]; 2 (1): 1-10[DOI: 10.5316/wjn.v2.i1.1].
7. Kumar Kar S, Tekkalaki B, Mohapatra S, Saha R. Mental Health Perspectives of Epilepsy: Focus on Anxiety Disorders. *April 2015 Delhi Psychiatry J Delhi Psychiatry J*. 2015;18(181):7–15.
8. Kanner AM. Do psychiatric comorbidities have a negative impact on the course and treatment of seizure disorders? *Curr Opin Neurol*. 2013; 26 (2): 208-13.
9. Arauz CJ. Análisis de la relación entre la epilepsia y los trastornos psiquiátricos [Especialidad en psiquiatría]. Universidad de Costa Rica; 2014;125.
10. Taylor R, Sander J, Taylor R, Baker G. Predictors of health-related quality of life and costs in adults with epilepsy: A systematic review. *Epilepsy*. 2011;52 (12):2168-80.
11. Gilliam FG, Santos J, Vahle V. Depression in Epilepsy: Ignoring Clinical Expression of Neuronal Network Dysfunction? *Epilepsia* 2004;45(s2):28-33.

12. Krauskopf V. Trastornos Psiquiátricos en los Pacientes con Epilepsia. *Rev. Med. Clin. Condes.* 2013;24(6):979–85.
13. Organización Mundial de la Salud. Suicidio [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 27]. Disponible en: <https://bit.ly/2trJUV0>
14. Britton JW, Shih JJ. Antiepileptic drugs and suicidality. *Drug Healthc Patient Saf* [Internet]. 2010 [cited 2019 Apr 27];2: 181–9. Available from: <https://bit.ly/2INFHVn>
15. Gilliam F, Kanner AM. Treatment of depressive disorders in epilepsy patients. *Epilepsy Behav.* 2002;3(5):2-9.
16. Stefanello S, Marín-León L, Fernandes P, Li LM, Botega NJ. Depression and anxiety in a community sample with epilepsy in Brazil. *Arg Neuropsiquiatr.* [Internet] 2011[citado 2023 Apr 07]; 69 (2B): 342-8. doi: 10.1590/s0004-282x2011000300015. PMID: 21625763.
17. Thurman D, Hesdorffer D, French J. Sudden unexpected death in epilepsy: assessing the public health burden. *Epilepsia.* 2014;55: 1479-85.
18. Chacón, V; Muñoz C X, Rivas, J C; Miranda C A. Estudio descriptivo de la prevalencia de depresión en pacientes con epilepsia que consultan el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle (HPUV) y la Liga contra la Epilepsia (LCE) en Cali, Colombia. *rev.colomb.psiquiatr.* [Internet]. 2007 Mar [cited 2023 Apr 09]; 36(1): 31-40. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502007000100004&lng=en.
19. Todorova K, Arnaudova M. Depressive disorders in epilepsy. *Journal of IMAB.* [Internet] 2010[cited 2023 Apr 09];(3):57-60. DOI: 10.5272/jimab.1632010-57.
20. Hamed SA, Elserogy YB, Abdou MA, Abdellah MM. Risk of suicidality in adult patients with epilepsy. *World J of Psychiatry.* 2012 Apr 22;2(2):33-42. doi: 10.5498/wjp.v2.i2.33. PMID: 24175166; PMCID: PMC3782174.
21. Balibey H, Yasar H, Tekeli H, Bayar N. Frequency of anxiety and depression in epileptic patients. *Klin Psikofarmakol Bul.* [Internet] 2015[cited 2023 Apr 09]; 25(2):136–140. Available from: <https://doi.org/10.5455/bcp.20130429122553>
22. Bosak M, Dudek D, Siwek M, Szczudlik A. Subtypes of interictal depressive disorders according to ICD-10 in patients with epilepsy. *Neurol Neurochir Pol* [Internet]. 2015[cited 2023 Apr 09]; 49(2):90–4. doi: 10.1016/j.pjnns.2015.01.008. Epub 2015 Jan 31. PMID: 25890922.
23. Mayor LC, Dávila J, Quijano CA. Depresión y epilepsia. *Acta Neurol Colomb.* 2006;22:278—282.
Disponible en:
http://www.acnweb.org/acta/2006_22_3_278.pdf
24. Kwon OY, Park SP. Depression and anxiety in people with epilepsy. *J Clin Neurol.* [Internet] 2014 Jul[cited 2023 Apr 09];10(3):175-88. doi: 10.3988/jcn.2014.10.3.175. Epub 2014 Jul 3. Erratum in: *J Clin Neurol.* 2014 Oct;10(4):375. PMID: 25045369; PMCID: PMC4101093.

25. OMS. Epilepsia [Internet]. 2023[cited 10 April 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>
26. Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10 [Internet]. 2000 [cited 2019 Jun 12]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
27. Dabla S, Juneja H, Singh P, Bala K. Depression, anxiety and suicidal ideation/behaviour among persons with epilepsy: Common but underestimated comorbidities in Haryana, North India. *Neurology Asia*. 2020; 25(1): 7 – 12.
- Available from:
[http://www.neurology-asia.org/articles/neuroasia-2020-25\(1\)-007.pdf](http://www.neurology-asia.org/articles/neuroasia-2020-25(1)-007.pdf)
28. Takele T, Adamu B. Prevalence and Factors Associated to Depression and Anxiety among People with Epilepsy on Follow up at Hospitals in West Shewa Zone, Oromia Regional State, Central Ethiopia: Institutional Based Cross- Sectional Study. *J Psychiatry Ment Health*. [Internet] 2018[citado 2023 Apr 07]; 3(1): 1-7. DOI:10.16966/2474-7769.124.
29. Gonzales, S.; Quintana, J.; Fabelo, J.; Iglesias, S.; Gonzales, E. Gonzales, C. Depresión en grupo de pacientes con epilepsias focales. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana*.2007; 4(2):1-12.
Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-499392>
30. Gonzales PS, Llanes BY, Oliva HI, Valenti AJ. Principales trastornos psiquiátricos y psicosociales en pacientes adultos con epilepsia residentes en La Habana. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana*. 2015; 12(1).
Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2015/hph151d.pdf>
31. Gaus V, Kiep H, Holtkamp M, Burkert S, Kendel F. Gender differences in depression, but not in anxiety in people with epilepsy. *Seizure*. [Internet] 2015 Nov[citado 2023 Apr 09]; 32: 37–42. doi: 10.1016/j.seizure.2015.07.012. Epub 2015Jul 29. PMID: 26552559.
32. Guerrero D, Infante Y, Palacios-Espinosa X. Epilepsia: Personalidad, Depresión, Atención y Memoria. *Repert.med.cir*. 2008; 17(3) 155-166.
33. Ho PH, Leung WCY, Leung IYH, Chan RSK. Factors associated with depression in people with epilepsy: a retrospective case-control analysis. *Hong Kong Med J*. [Internet] 2020 Aug [citado 2023 Apr 09]; 26(4):311-317. doi: 10.12809/hkmj198310. Epub 2020 Jul 2. PMID: 32611830.
34. Bender del Busto J, Hernández L, Rodríguez L, Menéndez K. Trastornos psiquiátricos asociados a las epilepsias. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 2016; 15(6):890-905. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-845246>
35. Oh H, Park K, Yoon S, Kim Y, Lee SH, Choi YY, Choi KH. Clinical Utility of Beck Anxiety Inventory in Clinical and Nonclinical Korean Samples. *Front Psychiatry*. [Internet] 2018 Dec 4[cited 2023 Apr 12];9:666. doi: 10.3389/fpsy.2018.00666. PMID: 30564158; PMCID: PMC6288426.

36. Vacca M, Fernandes M, Spanetta M, Placidi F, Izzi F, Lombardo C, Mercuri NB, Liguori C. Depressive symptoms in patients with epilepsy and clinically associated features in a single tertiary center. *Neurol Sci.* [Internet] 2022 Mar [cited 2023 Apr 12];43(3):1965-1974. doi: 10.1007/s10072-021-05589-1. Epub 2021 Sep 15. PMID: 34528181; PMCID: PMC8860796.
37. Sanz, J.; García, MP; Fortún, M. El "Inventario de ansiedad, de Beck" (BAI): propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Psicol. Conduct* [Internet]; 2012 sept. – dic., 20(3):563-583. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-11338>

Anexos

Anexo N° 01:

Tabla . Distribución de los pacientes según variables sociodemográficas y comorbilidades.

Variable	n	%
Sexo		
Femenino	98	56
Grado de instrucción		
Ninguna	3	2
Primaria	12	7
Secundaria	86	49
Superior	74	42
Comorbilidades		
Enfermedad neurológica	23	13
Enfermedad cardiovascular	14	8
Enfermedad neoplásica	10	6
Enfermedad reumatológica	4	2

n = 175 pacientes

Anexo N° 02:

Tabla . Distribución de los pacientes según tratamiento con antiepilépticos y estado depresivo o ansioso.

Variable	n	%
Antiepilépticos*		
Ácido valproico	110	63
Lamotrigina	64	36
Carbamazepina	41	23
Levetiracetam	21	12
Fenitoína	14	8
Fenobarbital	5	3
Topiramato	4	2
Depresión		
Ninguna	98	56
Leve	55	31
Moderado	21	12
Severo	1	1
Ansiedad		
Ninguna	50	29
Leve	83	47
Moderado	33	19
Severo	9	5

*n = 175. * Para cada categoría n = 175 pacientes*

Anexo N° 03:

CLASE	AREA	AÑO	CORRELATIVO
NIT	1298	2019	13205

IETSU
INSTITUTO
DE EVALUACIÓN
DE SERVICIOS
DE SALUD

ANEXO 7

MODELO DE SOLICITUD PARA EVALUACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Chiclayo, 01 de octubre del 2019.

Señor
Dr. Mario Cosmópolis Samané
Gerente de la Red Asistencial de Lambayeque
Presente. -

Gerencia de la Red Asistencial de Lambayeque "Juan Diego Valle" - IETSI
SECRETARÍA TÉCNICA
 03 OCT 2019
 Hora: 8:31
 Reg. Recibido

Asunto : Solicitud de evaluación y aprobación de protocolo de investigación

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a su vez solicitarle la evaluación y aprobación del Protocolo de investigación denominado "Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con epilepsia del Hospital Nacional Almonzor Aquino Azenjo durante Enero-Marzo 2020"

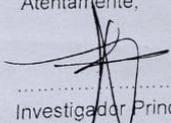
....., por parte del Comité de Investigación y el Comité Institucional de Ética en Investigación, así como la autorización respectiva de la Gerencia.

Se trata de un estudio tipo (observacional/ensayo clínico), cuyo investigador principal pertenece a la (detallar Institución y área) estudio tipo transversal analítico, enfoque cuantitativo, diseño observacional; USAT - facultad de Medicina.

El proyecto se llevará a cabo en el Departamento/Servicio de Neurología del Hospital Nacional Almonzor Aquino Azenjo de la Red Asistencial Lambayeque.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para renovar los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,


Investigador Principal
DNI: 75161699

DIRECTIVA N° 04 - IETSI-ESSALUD-2016 Lima, 2016. "DIRECTIVA QUE ESTABLECE LOS LINEAMIENTOS PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN EN ESSALUD"

Anexo N° 04:


EsSalud
COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
 HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO
 RED ASISTENCIAL DE LAMBAYEQUE

CARTA N° 63 - CIEI-GRALA."JAV"-ESSALUD-2019
 Chiclayo, 28 de Noviembre del 2019 NIT: 1298 – 2019 – 13205

Señor
DR. CARLOS CERRON RIVERA
 Coordinador del Centro de investigación – Red Asistencial de Lambayeque
 Presente.-

ASUNTO: CONSTANCIA DE REVISIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

REFER Carta N° 315-CENT-INVEST-GRALA."JAV".ESSALUD.2019
 Solicitud S/N de Investigador Principal

La presente es para saludarlo cordialmente y en atención a documento de la referencia hago de su conocimiento que se realizó una revisión expedita del proyecto de investigación, emitiendo **CONSTANCIA DE REVISIÓN N° 40-CIEI-GRALA."JAV".ESSALUD.2019**, dado que cumple con los requisitos contempladas en **Directiva N° 03-IETSI-ESSALUD-2019, V01: "DIRECTIVA QUE REGULA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACION EN SALUD"** del proyecto de investigación:

- **Título:** "FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON EPILEPSIA DEL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO DURANTE ENERO-MARZO 2020"
- **Autor(es):** BACH. EDITH CARMELA CARRILLO GONZALES
- **Asesor (es)**
 - DR JUAN ALBERTO LEGUIA CERNA
 - DR JOSE ALEX CABREJO BRAVO
- **Institución:** UNIVERSIDAD CATOLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
- **Facultad:** MEDICINA HUMANA
- **CONDICIÓN:** Aprobado

Cabe indicar que, con el objetivo de promover una conducta responsable en investigación, la Oficina de Regulación y Gestión de la Investigación en Salud del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI) – EsSalud, está coordinando con todas las Redes de EsSalud para el envío de los proyectos y realizar el análisis de todos los protocolos en el software antiplagio con el que cuenta Essalud (Plagscan),

Al realizar el análisis del software antiplagio, informan que luego de excluir palabras de uso común y otros, se detectaron los siguientes porcentajes de **coincidencia textual** con otras fuentes, con **4.8% de coincidencia**. Se anexa reporte

Lo que informo a usted para su conocimiento y fines que el caso amerite.

Atentamente.
 CDV/cva
 c.c. archivo


Dr. Cristian Díaz Vélez
 PRESIDENTE
 COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

 RAL
 JUAN AITA VALLE

ciei.lambayeque@essalud.gob.pe Plaza de la Seguridad Social S/N
 Chiclayo - Lambayeque - Perú
 Telef. (074) 481120 – Anexo 3507
 (074) 221555

Anexo N° 05:

UNIVERSIDAD
COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO
RED ASISTENCIAL DE LAMBAYEQUE

CONSTANCIA DE REVISIÓN DE
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

N° 40

Referencia: Carta N° 315-CENT-INVEST-GRALA."JAV".ESSALUD.2019
Solicitud S/N de Investigador Principal

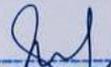
NIT: 1298 – 2019 - 13205

Mediante la presente se hace constar que el proyecto de investigación Titulado "FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON EPILEPSIA DEL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO DURANTE ENERO-MARZO 2020" presentado por BACH. EDITH CARMELA CARRILLO GONZALES de la UNIVERSIDAD CATOLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO – FACULTAD DE MEDICINA HUMANA ha sido REVISADO por este Comité, dado que cumple con requisitos contemplados en Directiva N° 03-IETSI-ESSALUD-2019, V01: "DIRECTIVA QUE REGULA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACION EN SALUD"

Se expide la presente para fines pertinentes.

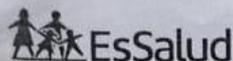
Chiclayo, 28 de Noviembre del 2019

CDV/cva


Dr. Christian Diaz Vélez
PRESIDENTE
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
 RAL
JUAN AITÁ VALLE

ciei.lambayeque@essalud.gob.pe

Plaza de la Seguridad Social S/N
Chiclayo.- Lambayeque – Perú
Telef. (074) 481120 – Anexo 3507
(074) 221555

Anexo N° 06:

CENTRO DE INVESTIGACIÓN
HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO
RED ASISTENCIAL DE LAMBAYEQUE

CONSTANCIA N° 94

EL PRESIDENTE DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO – RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE – ESSALUD, deja constancia

NIT: 1298 – 2019 – 13205

Que, la Gerencia de la Red Asistencial Lambayeque, autoriza la ejecución del Proyecto de Investigación que se detalla; el mismo que fue revisado y aprobado por el Comité de Investigación y el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Red Asistencial Lambayeque "Juan Aita Valle" – EsSalud, de acuerdo con la **Directiva N° 03-IETSI-ESSALUD-2019, V01: "DIRECTIVA QUE REGULA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACION EN SALUD"**.

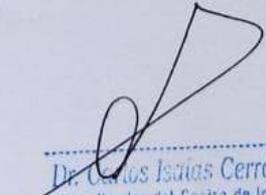
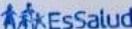
TITULO	"FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON EPILEPSIA DEL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO DURANTE ENERO-MARZO 2020"
AUTOR (ES)	• BACH. EDITH CARMELA CARRILLO GONZALES
ASESOR (ES)	• DR JUAN ALBERTO LEGUIA CERNA • DR JOSE ALEX CABREJO BRAVO
INSTITUCIÓN	UNIVERSIDAD CATOLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD	MEDICINA HUMANA
MOTIVO DE LA INVESTIGACION	OPTAR TITULO DE MEDICO CIRUJANO
AREA DE INVESTIGACIÓN	SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO DE LA RED ASISTENCIAL DE LAMBAYEQUE
HORARIO	A determinar
PERIODO	Del 11 de Diciembre 2019 al 11 de Marzo del 2020

Así mismo, la autora del mencionado Proyecto alcanzará al Área de Biblioteca – Red Asistencial Lambayeque, un ejemplar de la Tesis presentada.

Se expide la presente, para fines convenientes, ante las instancias correspondientes.

Chiclayo, 11 de Diciembre del 2019

CCR/cva


Dr. Carlos Isaias Cerrón Rivera
Coordinador del Centro de Investigación
Hospital Nac. Almanzor Aguinaga Asenjo - RAL


Anexo N° 07:**Consentimiento Informado: Participación en un estudio de investigación**

Instituciones: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo

Investigadora: Carrillo González Edith Carmela

Título: Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con epilepsia en Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo durante enero-marzo 2020

Usted está siendo invitado para participar en este estudio de investigación desarrollado por investigadores de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, pero antes de que decida positiva o negativamente su participación, exponemos cada uno de los siguientes apartados contemplados en este documento denominado como Consentimiento Informado para su conocimiento y comprensión. Ante cualquier pregunta podrá consultar con absoluta libertad y confianza a los responsables de esta investigación para ayudarle a despejar sus dudas. Una vez que haya comprendido la finalidad del estudio y de haber tomado la decisión de participar en este estudio, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

Procedimientos:

Una vez que acepte participar, deberá responder a los cuestionarios: Inventario de Depresión de Beck, el cual mide, en los pacientes participantes, la ausencia o presencia de depresión, siendo éste último determinado en niveles leve, moderada o severa. Luego, a partir de las historias clínicas, continuaremos con la toma de datos correspondientes a otras variables tales como edad, sexo, nivel de instrucción, estado laboral, temporalidad de diagnóstico de epilepsia, el tipo de crisis y los medicamentos prescritos para la epilepsia y además comorbilidad.

Riesgos:

Según los procedimientos descritos anteriormente usted no presentará riesgos ni consecuencias que afecten su salud física.

Beneficios:

Con la información que se obtenga se informará al servicio de neurología acerca de los resultados y se tomarán las medidas correspondientes. Asimismo, será informado de manera personal y confidencial siempre y cuando usted lo autorice. Además, se le brindará un dístico informativo describiendo las características de depresión y ansiedad en estos pacientes.

Costos e incentivos

Usted no deberá realizar pago ni recibir incentivo económico alguno por su participación en este estudio.

Confidencialidad:

Su información en la investigación o datos personales será guardada de acuerdo a códigos establecidos por la (los) investigadora(es), y si los resultados son publicados no presentarán ninguna información que permita la identificación de las personas participantes en este estudio de investigación, ni serán mostrados, sin su consentimiento, a personas que no pertenezcan al estudio.

Uso futuro de la información obtenida:

La información será eliminada luego del procesamiento de la base de datos creada.

Sus resultados, obtenidos de los inventarios, serán usados para estimar la frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con epilepsia que acuden y son atendidos en el servicio de consulta externa del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

Derechos:

Ante la decisión afirmativa de su participación en el estudio, puede tomar la decisión de retirarse en cualquier momento, o de su decisión negativa en participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Ante cualquier duda adicional, podrá preguntar al (los) responsable(s) de la investigación.

CONSENTIMIENTO

Acepto de forma voluntaria mi participación en este estudio, comprendiendo las cosas que me pudieran pasar en el proyecto, y a la vez, entendiendo mi decisión negativa en participar y de retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante

Nombre:

Fecha

Investigador

Nombre: Edith Carrillo González

Correo Electrónico:

edithcarrillo1998@gmail.com

Fecha

Anexo N° 08:**INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)**

Edad:.....

Sexo:.....Profesión:.....Fecha:.....

INSTRUCCIONES: A continuación, se presentan un cuestionario, donde hay grupos de 4 afirmaciones. En cada grupo, elija UNA afirmación, que describa mejor como se ha sentido en la ÚLTIMA SEMANA incluyendo hoy.

<p>1. Tristeza</p> <p>No me siento triste. ()</p> <p>Me siento triste. ()</p> <p>Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello. ()</p> <p>Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo. ()</p>	<p>2. Pesimismo</p> <p>No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro. ()</p> <p>Me siento desanimado con respecto al futuro. ()</p> <p>Siento que no puedo esperar nada del futuro. ()</p> <p>Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar. ()</p>
<p>3. Fracaso</p> <p>No me siento fracasado. ()</p> <p>Siento que he fracasado más que la persona normal. ()</p> <p>Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos. ()</p> <p>Siento que como persona soy un fracaso completo. ()</p>	<p>4. Pérdida de placer</p> <p>Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes. ()</p> <p>No disfruto de las cosas como solía hacerlo. ()</p> <p>Ya nada me satisface realmente. ()</p> <p>Todo me aburre o me desagrada. ()</p>
<p>5. Sentimiento de culpa</p> <p>No siento ninguna culpa particular. ()</p> <p>Me siento culpable buena parte del tiempo. ()</p> <p>Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. ()</p> <p>Me siento culpable todo el tiempo. ()</p>	<p>6. Sentimiento de castigo</p> <p>No siento que esté siendo castigado. ()</p> <p>Siento que puedo estar siendo castigado. ()</p> <p>Espero ser castigado. ()</p> <p>Siento que estoy siendo castigado. ()</p>
<p>7. Disconformidad con uno mismo</p> <p>No me siento decepcionado en mí mismo. ()</p>	<p>8. Autocrítica</p> <p>No me siento peor que otros. ()</p> <p>Me critico por mis debilidades o errores. ()</p>

<p>Estoy decepcionado conmigo. ()</p> <p>Estoy harto de mí mismo. ()</p> <p>Me odio a mí mismo. ()</p>	<p>Me culpo todo el tiempo por mis faltas. ()</p> <p>Me culpo por todas las cosas malas que suceden. ()</p>
<p>9. Pensamientos o deseos suicidas</p> <p>No tengo ninguna idea de matarme. ()</p> <p>Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo. ()</p> <p>Me gustaría matarme. ()</p> <p>Me mataría si tuviera la oportunidad. ()</p>	<p>10. Llanto</p> <p>No lloro más de lo habitual. ()</p> <p>Lloro más que antes. ()</p> <p>Ahora lloro todo el tiempo. ()</p> <p>Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca, aunque quisiera. ()</p>
<p>11. Agitación</p> <p>No me irrito más ahora que antes. ()</p> <p>Me enoja o irrito más fácilmente ahora que antes. ()</p> <p>Me siento irritado todo el tiempo. ()</p> <p>No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme. ()</p>	<p>12. Pérdida de interés</p> <p>No he perdido interés en otras personas. ()</p> <p>Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar. ()</p> <p>He perdido la mayor parte de mi interés en los demás. ()</p> <p>He perdido todo interés en los demás. ()</p>
<p>13. Indecisión</p> <p>Tomo decisiones como siempre. ()</p> <p>Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes. ()</p> <p>Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones. ()</p> <p>Ya no puedo tomar ninguna decisión. ()</p>	<p>14. Desvaloración</p> <p>No creo que me vea peor que antes. ()</p> <p>Me preocupa que esté pareciendo avejentado(a) o inatractivo(a). ()</p> <p>Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo(a). ()</p> <p>Creo que me veo horrible. ()</p>
<p>15. Pérdida de energía</p> <p>Puedo trabajar tan bien como antes. ()</p> <p>Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo. ()</p> <p>Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa. ()</p> <p>No puedo hacer ningún tipo de trabajo. ()</p>	<p>16. Cambios en los hábitos de sueño</p> <p>Puedo dormir tan bien como antes. ()</p> <p>No duermo tan bien como antes. ()</p> <p>Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir. ()</p> <p>Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme. ()</p>

<p>17. Cansancio o fatiga</p> <p>No me canso más de lo habitual. ()</p> <p>Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme. ()</p> <p>Me canso al hacer cualquier cosa. ()</p> <p>Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa. ()</p>	<p>18. Cambios en el apetito</p> <p>Mi apetito no ha variado. ()</p> <p>Mi apetito no es tan bueno como antes. ()</p> <p>Mi apetito es mucho peor que antes. ()</p> <p>Ya no tengo nada de apetito. ()</p>
<p>19. Pérdida de peso</p> <p>Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo. ()</p> <p>He perdido más de 2 kilos. ()</p> <p>He perdido más de 4 kilos. ()</p> <p>He perdido más de 6 kilos. ()</p>	<p>20. Preocupación por la salud o estado físico</p> <p>No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual. ()</p> <p>Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación (estreñido). ()</p> <p>Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa. ()</p> <p>Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más. ()</p>
<p>21. Pérdida de interés en el sexo</p> <p>No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo. ()</p> <p>Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar. ()</p> <p>Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora. ()</p> <p>He perdido por completo mi interés por el sexo. ()</p>	

Características y Baremación del instrumento³⁶⁻³⁸:

El Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), es un cuestionario autoadministrado utilizado para medir los aspectos afectivos, cognitivos, motivacionales y aspectos fisiológicos de la depresión tanto en el ámbito de investigación como clínico.

El BDI-II consta de 21 preguntas calificadas en una Escala Likert de 4 puntos de 0 a 3 (Validación: Puntaje de corte de 18 con 85% de sensibilidad, 88.1 % de especificidad y un AUC/área bajo la curva de 92.8% demostrando una alta utilidad clínica).

Puntuación Nivel de depresión

0-9..... Sin depresión.
10-16.....Leve depresión.
17-29..... Moderada depresión.
30-63..... Severa depresión.

Cada ítem corresponde a una puntuación de 0 a 3, teniendo que la puntuación 0 a primera alternativa, 1 a segunda alternativa, 2 a tercera alternativa y la puntuación 3 a la cuarta alternativa.

La puntuación total es la suma de las de todos los ítems. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

Anexo N° 9:**INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK**

Edad:.....Sexo:.....Profesión:.....Fecha:.....

INSTRUCCIONES: A continuación, se presentan un cuestionario, donde hay 21 afirmaciones.

En cada pregunta, elija UNA afirmación, que describa mejor como se ha sentido en la ÚLTIMA SEMANA incluyendo hoy.

1. Torpe o entumecido (no puede hacer las cosas bien) Nada () Leve () Moderado () Severo ()	2. Acalorado (con mucho calor sin razón alguno) Nada () Leve () Moderado () Severo ()
3. Con temblor en las piernas. Nada () Leve () Moderado () Severo ()	4. Incapaz de relajarse (tenso, nervioso, sin poder tranquilizarse) Nada () Leve () Moderado () Severo ()
5. Con temor a que ocurra lo peor. Nada () Leve () Moderado () Severo ()	6. Mareado, o que se le va la cabeza Nada () Leve () Moderado () Severo ()
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados Nada () Leve () Moderado () Severo ()	8. Inestable (no siente que está bien, con respecto al ánimo) Nada () Leve () Moderado () Severo ()
9. Atemorizado o asustado Nada () Leve () Moderado () Severo ()	10. Nervioso Nada () Leve () Moderado () Severo ()

11. Con sensación de bloqueo (con la mente en blanco) Nada () Leve () Moderado () Severo ()	12. Con temblores en las manos Nada () Leve () Moderado () Severo ()
13. Inquieto, inseguro Nada () Leve () Moderado () Severo ()	14. Con miedo a perder el control Nada () Leve () Moderado () Severo ()
15. Con sensación de ahogo Nada () Leve () Moderado () Severo ()	16. Con temor a morir Nada () Leve () Moderado () Severo ()
17. Con miedo Nada () Leve () Moderado () Severo ()	18. Con problemas digestivos (como dolor de estómago, diarrea o gases sin razón) Nada () Leve () Moderado () Severo ()
19. Con desvanecimientos (como si se fuera a desmayar) Nada () Leve () Moderado () Severo ()	20. Con rubor facial (con la cara roja) Nada () Leve () Moderado () Severo ()
21. Con sudores, fríos o calientes Nada () Leve () Moderado () Severo ()	

Características y Baremación del instrumento^{36,38}:

El Inventario de Ansiedad de Beck es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, inicialmente desarrollado para diferenciar entre ansiedad y depresión.

El cuestionario consta de 21 preguntas en una escala de Likert de 4 puntos de 0 (en absoluto) a 3 (severamente), proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63 (Validación de informes: consistencia interna con α de Cronbach=0.90-0.93 y test-retest de confiabilidad aceptable=0.84). Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

- 00–07 – Normal
- 08-18 - Leve ansiedad
- 19–29 – Moderada ansiedad.
- 30-63 – Severa ansiedad.

Cada ítem corresponde a puntuaciones de 0 a 3, donde la puntuación 0 es a "en absoluto", 1 es a "levemente, no me molesta mucho", 2 es a "moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo" y la puntuación 3 es a "severamente, casi no podía soportarlo".

La puntuación total es la suma de las de todos los ítems. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

Anexo N° 10:**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS****TESIS: “FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON
EPILEPSIA EN HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO
DURANTE ENERO-MARZO 2020”**

1) N° de ficha: _____

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS:

2) Número de historia clínica: _____

3) Sexo:

a.- Masculino () b.- Femenino ()

4) Edad: _____

5) Grado de instrucción:

- a. Ninguna: ()
- b. Primaria: ()
- c. Secundaria: ()
- d. Superior: ()

6) Comorbilidades:

- a. Diabetes: ()
- b. Hipertensión arterial: ()
- c. Enfermedad Renal Crónica no Terminal: ()
- d. Otros: _____

7) Fármacos prescritos

- a. Ácido Valproico
- b. Carbamacepina
- c. Lamotrigina
- d. Fenitoína
- e. Otros: _____

Anexo N° 11:

Facultad de Medicina.

Escuela de Medicina Humana.

“Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con epilepsia del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo durante Enero- Marzo 2020”

Alumna:

Edith Carmela Carrillo González

2020

¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN?

Es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, alteración del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Además, dificulta el desempeño en el estudio o trabajo y la capacidad para afrontar la vida diaria.

¿QUÉ ES LA ANSIEDAD?

Es un trastorno mental caracterizado por preocupación constante, cansancio, irritabilidad y problemas de concentración y conciliar el sueño. También se puede presentar con pulsaciones elevadas, sudoración excesiva, tensión muscular, temblores y mareos.

¿QUIÉNES PUEDEN ENFERMAR DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD?

Puede afectar a varones y mujeres en cualquier edad o condición social.



¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DEPRESIÓN?



¿QUÉ HACER CUANDO ESTÉ DEPRIMIDO Y/O ANSIOSO?

Acepte lo que sienta, le puede pasar a cualquiera, el algo muy común y no es su culpa (aunque así lo sienta o piense). Pida ayuda a un especialista!!!

¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS ANSIEDAD?

LA ANSIEDAD PUEDE MANIFESTARSE ASÍ:

