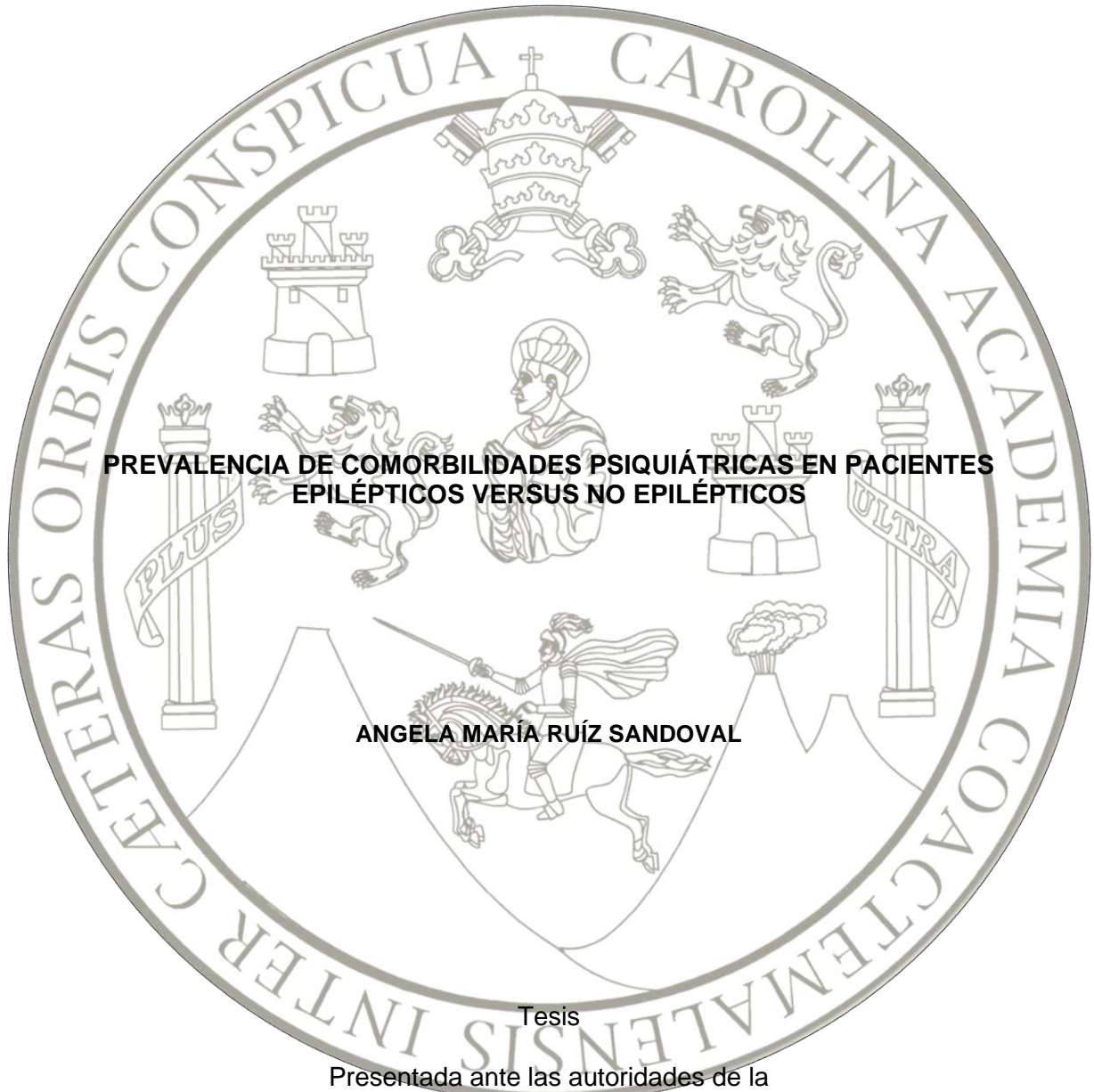


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**PREVALENCIA DE COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS EN PACIENTES
EPILÉPTICOS VERSUS NO EPILÉPTICOS**

ANGELA MARÍA RUÍZ SANDOVAL

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con especialidad en Psiquiatría
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con especialidad en Psiquiatría

Marzo 2020



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.01.072.2020

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): **Angela María Ruíz Sandoval**

Registro Académico No.: **200810057**

No. de CUI : **1887515130101**

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Psiquiatría**, el trabajo de TESIS **PREVALENCIA DE COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS EN PACIENTES EPILÉPTICOS VERSUS NO EPILÉPTICOS.**

Que fue asesorado por: **Dr. Walter Rinze Turtón, MSc.**

Y revisado por: **Dr. Jorge León Aldana, MSc.**

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **marzo 2020.**

Guatemala, 12 de febrero de 2020.



Dr. Rigoberto Velásquez Paz, MSc.

Director

* Escuela de Estudios de Postgrado



Dr. José Arnoldo Saenz Morales, MA.

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades

/rdjgs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Guatemala, 04 de febrero de 2020

Doctor

Edgar Vásquez Trujillo

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría

Hospital de Salud Mental "Dr. Carlos Federico Mora"

Respetable Doctor:

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta la doctora **Angela María Ruíz Sandoval** carné **200810057**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría, el cual se titula "**Prevalencia de Comorbilidades Psiquiátricas en Pacientes Epilépticos vs. No Epilépticos**".

Luego de la asesoría, hago constar que la Dra. Ruíz Sandoval, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Posgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

DR. WALTER W. RINZE TURTON
Médico Cirujano
PSIQUIATRA
C.C. 9727

Dr. Walter Rinze Turtón MSc.

Asesor de Tesis

Guatemala, 04 de febrero de 2020

Doctor

Edgar Vásquez Trujillo

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría

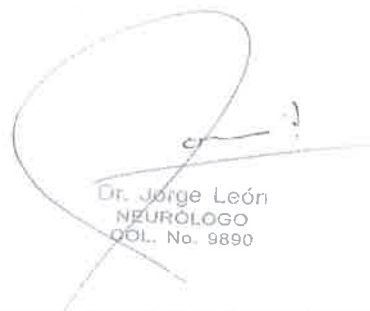
Hospital de Salud Mental "Dr. Carlos Federico Mora"

Respetable Doctor:

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta la doctora **Angela María Ruíz Sandoval** carné **200810057**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría, el cual se titula "**Prevalencia de Comorbilidades Psiquiátricas en Pacientes Epilépticos vs. No Epilépticos**".

Luego de la revisión, hago constar que la Dra. Ruíz Sandoval, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Posgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



Dr. Jorge León
NEURÓLOGO
OOL. No. 9890

Dr. Jorge León Aldana **MSc.**

Revisor de Tesis



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

A: **Dr. Edgar Rolando Vásquez Trujillo**
Docente Responsable
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría
Hospital Salud Mental

Fecha Recepción: 20 de octubre 2018

Fecha de dictamen: 26 de junio 2019

Asunto: Revisión de Informe Examen Privado

Angela María Ruíz Sandoval

"Prevalencia de comorbilidades psiquiátricas en pacientes epilépticos vs no epilépticos"

Sugerencias de la Revisión: **Autorizar examen privado.**

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dra. María Victoria Pimentel Moreno, MSc.
Unidad de Apoyo Técnico de Investigación de Tesis
Escuela de Estudios de Postgrado



Cc: Archivo

MVPM/karin

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi madre, Missia Ruíz Sandoval, por ser mi sostén, brindarme apoyo y amor incondicional.

Agradezco a mi familia por las risas, cariño y apoyo.

Agradezco a los catedráticos quienes dedicaron su tiempo, conocimientos y experiencias para mi formación como profesional.

ÍNDICE DE CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	2
2.1 Epilepsia.....	2
2.2 Epilepsia y trastornos psiquiátricos.....	3
2.3 Trastornos Afectivos.....	6
2.3.1 Trastorno Depresivo Mayor.....	6
2.3.2 Trastorno Afectivo Bipolar.....	7
2.4 Trastornos de Ansiedad.....	8
2.5 Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos Relacionados.....	9
2.5.1 Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC).....	10
2.6 Trauma y Otros Trastornos Relacionados Con Factores De Estrés.....	10
2.6.1 Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).....	10
2.7 Trastornos Por Uso De Sustancias y Trastornos Adictivos.....	11
2.8 Espectro De La Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos.....	11
2.9 Trastornos Alimenticios.....	13
2.10 Comorbilidades Psiquiátricas En Pacientes No Epilépticos Con Otras Condiciones Médicas.....	14
III. OBJETIVOS	16
3.1 Objetivo general.....	16
3.2 Objetivos Específicos.....	16
IV. MATERIAL Y MÉTODOS	17
4.1 Tipo de Estudio.....	17
4.2 Población y Muestra.....	17
4.3 Criterios de Inclusión.....	17
4.3 Criterios de Exclusión.....	18
4.4 Operacionalización De Variables.....	18
4.5 Procedimiento Para Recolección de Datos.....	21
4.6 Análisis de Datos.....	22
4.7 Alcances.....	22
4.8 Límites.....	22
4.9 Aspectos Éticos de la Investigación.....	23

4.10 Instrumento.....	24
V. RESULTADOS.....	25
VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	30
6.1. Conclusiones.....	34
6.2 Recomendaciones.....	35
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
VIII. ANEXOS.....	41
8.1 Anexo I: Instrumento de Investigación (M.I.N.I DSM IV).....	41
8.2 Anexo II: Consentimiento Informado.....	53
Permiso del Autor para Copiar el Trabajo	56

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1. Comorbilidades psiquiátricas en epilepsia: un análisis basado en la población..	4
Tabla No. 2. Prevalencia de Comorbilidades Psiquiátricas en Pacientes Epilépticos y No Epilépticos	25
Tabla No. 3. Prevalencia General de Comorbilidades Psiquiátricas en Pacientes Epilépticos y No Epilépticos.....	26
Tabla No 4. Prevalencia de Comorbilidades Psiquiátricas en Pacientes Epilépticos en relación a Edad y Género.....	27
Tabla No. 5. Prevalencia de Comorbilidades Psiquiátricas en Pacientes No Epilépticos en relación a Edad y Género.....	28
Tabla No. 6. Prevalencia de Comorbilidades Médicas Más Comunes en los Pacientes No Epilépticos	29

RESUMEN

Título: Prevalencia de Comorbilidades Psiquiátricas en Pacientes Epilépticos versus No Epilépticos, Hospital General San Juan de Dios.

Antecedentes: La epilepsia es un trastorno caracterizado por predisposición para generar ataques epilépticos y las consecuencias por las alteraciones biológicas, cognitivas, psicológicas y sociales.^{1,2} Aproximadamente 20 - 30 % de los pacientes con epilepsia presentan alteraciones psiquiátricas.³ Estas están mayormente asociadas a una pobre calidad de vida.^{3,13} Por su parte, la comorbilidad entre las condiciones médicas y psiquiátricas es más una regla que una excepción. Se ha determinado que entre el 30 y 70 % de los adultos con alguna enfermedad psiquiátrica padecen alguna condición médica; y el 29 % de los que padecen una condición médica, padecen una enfermedad psiquiátrica.⁶

En Guatemala, no existen estudios respecto a las comorbilidades entre estas patologías. Por tanto, esta investigación pretende indagar en dicha relación para realizar un diagnóstico temprano y brindar el tratamiento correspondiente.

Objetivos: Determinar la prevalencia de comorbilidades psiquiátricas del eje IA del DSM IV, en pacientes epilépticos comparados con pacientes no epilépticos, quienes presentan otras condiciones médicas.

Metodología: Se utilizó la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional M.I.N.I. Los pacientes elegibles cumplieron con la totalidad de los criterios de inclusión. El tamaño de la muestra se calculó en base a la población de pacientes epilépticos (2374), se obtuvo el total de 71 pacientes. La muestra de los pacientes no epilépticos fue igual al número previamente calculado.

Resultados: La prevalencia de las comorbilidades psiquiátricas evidenciada en los pacientes epilépticos es de 7 %, con predominio del sexo masculino, en las edades entre 14 a 34 años. La prevalencia de no epilépticos es de 4 %, con predominio en el sexo femenino y arriba de los 40 años. Las patologías médicas más prevalentes encontradas en los pacientes no epilépticos son Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Dislipidemias.

Palabras Clave: Prevalencia, comorbilidad, epilepsia.

I. INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad, en las primeras descripciones, la enfermedad epiléptica se asocia a alteraciones de conducta, del pensamiento y del humor. ¹ La Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) y la Oficina Internacional para la Epilepsia (IBE) definen la epilepsia como un trastorno caracterizado por predisposición duradera para generar ataques epilépticos y las consecuencias por las alteraciones biológicas, cognitivas, psicológicas y sociales de esta condición. ^{1,2}

Generalmente, el manejo psicofarmacológico de la epilepsia es enfocado al tratamiento de las crisis convulsivas y las comorbilidades psiquiátricas son a menudo subestimadas. Se ha estimado que entre 20 – 30 % de pacientes con epilepsia tienen alteraciones psiquiátricas. ³

Diversas publicaciones señalan mayor frecuencia de psicopatología y prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes epilépticos que en la población general. Las condiciones psiquiátricas más frecuentemente asociadas son la depresión, ansiedad y psicosis. ^{4,5}

Por su parte, la comorbilidad entre las condiciones médicas y psiquiátricas representa un serio problema de salud, siendo más una regla que una excepción. Se ha determinado que más del 68 % de los adultos con alguna enfermedad psiquiátrica padecían, al menos, una condición médica; y el 29 % de los que padecían una condición médica. Entre las enfermedades médicas mayormente asociada se encuentran están cardiopatías, cáncer, enfermedades respiratorias y metabólicas. ⁶

Este estudio buscó la prevalencia de comorbilidades psiquiátricas en pacientes epilépticos comparados con pacientes no epilépticos que presentan otras patologías médicas, utilizando la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (M.I.N.I.) del DSM IV y se encontró una mayor prevalencia de comorbilidades psiquiátricas en los pacientes epilépticos, siendo las principales patologías encontradas los trastornos del estado de ánimo y trastornos ansiosos; al igual que en los pacientes no epilépticos.

II. ANTECEDENTES

2.1 Epilepsia

La Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) definen la epilepsia como una: “afección crónica de etiología diversa caracterizada por crisis recurrentes, debidas a descargas excesivas de las neuronas cerebrales asociada a manifestaciones clínicas y paraclínicas”. ^{1,2}

Actualmente la epilepsia se considera como “una enfermedad del cerebro definida por cualquiera de las siguientes condiciones: 1. Al menos, dos convulsiones (no provocadas o reflejas) con una diferencia de 24 horas. 2. Una convulsión (no provocada o refleja) y la probabilidad de riesgo de una crisis similar (al menos de 60 %) después del apareamiento de dos crisis, entre los 10 años posteriores. 3. Diagnóstico de síndrome epiléptico. ⁷

2.1.1 Epidemiología

En Guatemala, la situación no es muy diferente al resto de países en desarrollo, existe una evidente carencia de un adecuado sistema de salud, baja cobertura, pobre registro de datos e investigación mínima. Hay pocos estudios que reflejen la incidencia y prevalencia de la epilepsia. La prevalencia de epilepsia fue reportada por Mendizábal y cols., en 1996, en 5.8 x cada 1000 habitantes, el estudio incluyó una población de 1882 pacientes, utilizando los criterios de la OMS para estudios epidemiológicos de las enfermedades neurológicas. ⁸

2.1.2 Cuadro clínico

Existen 3 grandes grupos de crisis epilépticas: ⁹

Crisis focales, crisis generalizadas y crisis de inicio desconocido. ⁹

2.1.3 Tratamiento

Existen tres mecanismos principales de la actuación de los fármacos anticonvulsivantes, sin embargo, cada fármaco actúa a diversos niveles: ¹⁰

- Aumento de la inhibición sináptica mediada por el GABA. Existen fármacos que disminuyen el metabolismo del GABA (ácido valproico (AVP), vigabatrina) y otros actúan sobre el receptor GABA_A (barbitúricos, benzodiazepinas (BZD), felbamato, topiramato). ¹⁰

- Inhibición de los canales de iones sodio. (hidantoinas, carbamazepina (CBZ), AVP, lamotrigina (LMT), felbamato, topiramato, zonisamida) y del calcio (fenobarbital (FNB). Algunos también actúan sobre los receptores del glutamato. ¹⁰
- Reducción o inhibición del flujo de calcio a través de los canales de calcio tipo T: AVP, etoxusimida, trimethadiona, zonisamida. ¹⁰

2.2 Epilepsia y trastornos psiquiátricos

Estudios han demostrado que pacientes con diagnóstico de epilepsia presentan una prevalencia consistentemente mayor de trastornos psiquiátricos en comparación con la población general. ¹¹

Se ha estimado que hasta el 50% de los pacientes epilépticos pueden presentar comorbilidades psiquiátricas. ¹²

La depresión y la ansiedad son los trastornos psiquiátricos más frecuentemente encontrados en pacientes con epilepsia, aproximadamente entre un 17.4 % y 22.8 %, respectivamente. ¹³

Los trastornos psiquiátricos comórbidos con epilepsia están mayormente asociados con una pobre calidad de vida, ideación suicida, peor manejo de las crisis convulsivas, desempleo, presencia de otras comorbilidades crónicas, persistencia de ser estigmatizados, etc. ¹⁴

A pesar de que existe evidencia respecto al impacto de la presencia de comorbilidades psiquiátricas en pacientes epilépticos, éstas son escasamente diagnosticadas y tratadas. ¹⁴

La comorbilidad psiquiátrica y la psicopatología se han asociado fuertemente a la epilepsia, sin embargo, aún es controversial el hecho de que el riesgo de presentar algún trastorno psiquiátrico sea mayor en pacientes con epilepsia. La evaluación de pacientes con epilepsia no suele incluir un perfil de personalidad ni incluye la búsqueda de este tipo de trastornos. ¹⁴

La discapacidad social y educacional que los pacientes con síndromes epilépticos pueden llegar a desarrollar aumenta el riesgo de desarrollar problemas de conducta y en las funciones cognitivas por lo que el diagnóstico temprano de cualquier trastorno psiquiátrico y su adecuado tratamiento tiene gran importancia para mejorar la calidad de vida de los pacientes con epilepsia en cualquier edad. ¹⁴

La incidencia de desórdenes neuroconductuales es mayor en pacientes con epilepsia que en la población general, aunque algunos autores argumentan que esta representación se debe a errores de muestreo o a un control inadecuado de grupos control. Algunos mecanismos descritos sobre la relación de la epilepsia y los desórdenes conductuales incluyen: ^{14,15}

Neuropatología común, predisposición genética, anomalías del desarrollo, efectos ictales neurofisiológicos, inhibición o hipometabolismo que rodea el foco epiléptico, epileptogénesis secundaria, alteración de receptores sensitivos, alteración endocrinológica secundaria, enfermedad psiquiátrica primaria independiente, consecuencia de tratamiento médico o quirúrgico y consecuencia de la carga psicosocial de la epilepsia. ¹⁴

Múltiples factores biológicos y psicosociales interactúan como factores para determinar el riesgo del desarrollo de psicosis o depresión en pacientes con epilepsia. ¹⁵

Se estima que 20-30 % de pacientes con epilepsia tienen algún trastorno psiquiátrico asociado. El riesgo de desarrollar psicosis en pacientes epilépticos es 6-12 veces mayor que la población general, con una prevalencia de 7-8 %. ¹⁴

En el 2007 Tellez-Zenteno, et all. encontraron los siguientes resultados en su estudio de casos y controles: ¹⁶

TABLA NO. 1

Trastorno psiquiátrico	Controles	Pacientes con epilepsia
Depresión mayor	10.7 %	17.4 %
Trastornos de ansiedad	11.2 %	22.8 %
Trastorno bipolar	19-6 %	34.2 %
Pensamiento suicida	13.3 %	25 %
Otros	20.7 %	35.5 %

Tellez- Zenteno JF, Patten SB, Jetté N, Williams J, Wiebe S. Psychiatric comorbidity in epilepsy: a population-based analysis. *Epilepsia*. 2007 Diciembre. 48(12):2336-44. [Medline]. ¹⁶

Otros estudios han demostrado que el 50 % de los pacientes con epilepsia desarrollan trastornos psiquiátricos, siendo los más comunes depresión, ansiedad y psicosis. Estos trastornos psiquiátricos pueden clasificarse, de acuerdo al tiempo de la convulsión en que aparecen, como ictal, peri-ictal o inter-ictal. ¹⁵

Múltiples factores de riesgo se ven asociados al aumento en el riesgo de desarrollar un trastorno psiquiátrico y estos a su vez pueden clasificarse como biológicos, psicosociales y iatrogénicos. ¹⁴

Los trastornos psiquiátricos desarrollados por pacientes epilépticos también pueden verse asociados al uso de drogas antiepilépticas e incluso a la cirugía utilizada como tratamiento para la epilepsia. Algunas drogas antiepilépticas pueden ocasionar problemas psiquiátricos, más comúnmente ansiedad, depresión y problemas de comportamiento o cognitivos, y en raros casos psicosis. ¹⁵

La mejoría en el control de las convulsiones se ha asociado a la emergencia de síntomas psiquiátricos. Este fenómeno se ha visto asociado con la mayoría de drogas antiepilépticas y es por ello que éstas se inician a dosis bajas y se van aumentando lentamente. El riesgo puede ser mayor en pacientes que están en tratamiento con politerapia, quienes súbitamente dejan de tener crisis, o en aquellos que tienen historia familiar de trastornos psiquiátricos. ¹¹

Se han reportado trastornos transitorios en el estado de ánimo en pacientes que han tenido cirugía del lóbulo temporal para el tratamiento de la epilepsia (alrededor del 25 %) en las primeras 6-12 semanas. Sin embargo, en algunos pacientes (10 %) los síntomas pueden persistir y requieren tratamiento psiquiátrico, sobre todo en el caso de la depresión. También existen reportes de psicosis interictal en pacientes post operados. Por ello es importante una evaluación psiquiátrica pre y post quirúrgica sea parte del manejo y protocolo de la cirugía para el tratamiento de la epilepsia. ¹¹

2.3 Trastornos Afectivos

2.3.1 Trastorno Depresivo Mayor

Se considera una de las principales causas a nivel mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga de morbilidad.¹⁷

Hace más de 2000 años, Hipócrates describió una relación bidireccional entre la presencia del trastorno depresivo mayor (TDM) y la epilepsia. Él dijo: “Melancólicos ordinariamente se convierten en epilépticos, y los epilépticos, melancólicos; lo que determina la preferencia, es la dirección que la enfermedad tome”.^{18, 19}

Varios estudios recientes han demostrado una mayor prevalencia de depresión en pacientes epilépticos que en los no epilépticos. En un estudio se estimó que aproximadamente un 33 % de los pacientes epilépticos presentan comorbilidad con trastorno depresivo mayor, similar a la prevalencia en aquellos pacientes epilépticos refractarios a tratamiento.^{19, 20}

2.3.1.1 Mecanismos patogénicos del Trastorno Depresivo Mayor en pacientes epilépticos

Varias regiones del cerebro se han asociado con la psicopatología del TDM en los pacientes epilépticos, incluyendo la región frontal, temporal y límbica, indicando que existe una reducción de volumen en estas. Otro estudio también demostró que los volúmenes de ambos hipocampos eran significativamente menores en los sujetos con antecedentes de episodios depresivos que en los controles normales.¹⁹

La actividad monoaminérgica, incluyendo la de serotonina, noradrenalina y dopamina se encontró disminuida tanto en cuadros de epilepsia como de depresión. Estudios con Tomografía de Emisión de Positrones (PET), el potencial de unión del receptor de serotonina (5HT) – 5HT1a se encuentra reducido en varias áreas del cerebro en pacientes deprimidos, tales como el área frontal, mesial temporal, corteza límbica y el rafe del mesencéfalo en pacientes con TDM. Algunos estudios como este, han demostrado que el potencial de unión del receptor 5HT1a también se encuentra disminuido en distintas regiones del cerebro en

pacientes con epilepsia de lóbulo temporal (ELT), hipocampo, amígdala, ínsula, núcleo del rafé y tálamo. Estas regiones se ha demostrado que se encuentran ipsilateral al foco epileptogénico y ocurre particularmente en este o en las áreas de propagación.¹⁹

La epilepsia crónica puede activar la señalización de Interleucina – 1b (IL-1b), lo cual puede inducir una hiperactividad del eje HPA con una consecuente regulación al alta de los autoreceptores 5HT1a en el rafé medial, resultando en una reducción de la transmisión serotoninérgica rafé – hipocampal. Este déficit serotoninérgico puede producir los síntomas depresivos en la ELT.^{19, 20}

2.3.2 Trastorno Afectivo Bipolar

El trastorno afectivo bipolar (TAB) es raramente encontrado en pacientes epilépticos. Aunque se sospecha que pueda ser secundario al efecto antimaníaco de los estabilizadores del ánimo/anticonvulsivantes. Sin embargo, la manía no es frecuentemente asociada con epilepsia antes del uso de los fármacos antiepilépticos.^{20, 21}

En un estudio realizado en Estados Unidos (EE. UU), haciendo uso del Cuestionario de Trastornos del Afecto (MDQ, por sus siglas en inglés), se encontró que el 12.2 % de pacientes epilépticos resultaron positivos para síntomas bipolares.²²

Esta información puede modificar las creencias anteriores respecto a la comorbilidad de TAB y epilepsia, y aumenta la incógnita respecto a si existe una relación entre estas patologías.²²

Entre las preguntas realizadas, se encuentra si realmente es un TAB o puede ser Trastorno Disfórico Interictal (TDI), que puede ser diagnosticado erróneamente con TAB. Así como los cambios que se pueden evidenciar en el periodo ictal y también se sospecha que pueden desarrollarse síntomas maníacos con el uso de medicamentos antiepilépticos.²²

También, se ha determinado que el suicidio está directamente relacionado con los síntomas bipolares en los pacientes epilépticos, con una mayor tasa de prevalencia en comparación a los no epilépticos.²²

2.3.2.1 Trastorno Afectivo Bipolar I (TAB I)

En términos generales, episodios de manía son más frecuentemente encontrados en la ELT que en otros tipos de epilepsia, y puede ocurrir en un periodo perictal. ²²

También se ha determinado que los síntomas bipolares difieren de los síntomas del TAB como tal. Episodios maníacos o mixtos severos, especialmente si presentan características psicóticas, pueden tener efectos negativos en la calidad de vida del paciente y su funcionalidad, ya sea parte de la sintomatología de la epilepsia, tal como el TDI o como un TAB puro. ²²

2.3.2.2 Trastorno Afectivo Bipolar II (TAB II)

Tanto la hipomanía y manía postictal parecen estar asociados con una edad más tardía de debut, descargas frontales del electroencefalograma y que el hemisferio derecho esté involucrado. Kanner y colaboradores, describieron síntomas maníacos/hipomaníacos en un 22 % de pacientes con epilepsia refractaria al tratamiento; en particular, 15 % reportaban taquipsiquia y un 9 % aumento de la energía. Estos síntomas fueron descritos de corta duración (aproximadamente 2 horas), pero en 6 % de los pacientes, los síntomas de hipomanía tuvieron una duración de 24 horas. ^{22, 23}

2.4 Trastornos de Ansiedad

Los trastornos de ansiedad son comunes en los pacientes con epilepsia, de 49 pacientes epilépticos, el 57% tenían altos niveles de ansiedad. La ansiedad en estos pacientes puede ser ictal, postictal o interictal. ¹¹

La depresión y la ansiedad son frecuentemente comórbidas, y en la práctica clínica es difícil evaluarlas, debido a la dificultad para evaluarlas por separado, ya que ambas presentan sintomatología afectiva negativa. ^{19, 20}

Los síntomas de ansiedad en epilépticos pueden ser resultados o ser exacerbados por reacciones psicológicas incluyendo respuesta a lo impredecible de las convulsiones y restricciones en actividades normales. Esto resulta en una autoestima baja, estigmatización y rechazo social. Según Goldstein y Harden, los eventos epilépticos pueden producir síntomas indistinguibles de aquellos de un trastorno de ansiedad primario.¹¹

El miedo y la ansiedad son frecuentemente asociados a convulsiones parciales simples. Torta y Keller estiman que el miedo ocurre como un aura en al menos 15% de los pacientes y en diversos estudios se demostró que el miedo es una de las emociones ictales más comunes.¹¹

2.4.1 Mecanismos patogénicos de ansiedad en pacientes epilépticos

La amígdala es esencial en la experiencia de miedo, ya que induce una respuesta autonómica y endocrinológica asociada. El hipocampo está asociado con la re-experimentación del miedo, y los síntomas de trastornos de ansiedad reflejan la activación del circuito del miedo involucrando estas estructuras. Mecanismos similares se encuentran en ambas patologías ya que estas involucran descargas eléctricas de corrientes excitatorias. También se considera que la corteza orbitofrontal, ínsula y el giro cingulado son también esenciales en el control central de la ansiedad.¹⁹

La inhibición del GABA es un importante factor en la psicopatología de la ansiedad. El receptor GABA_A juega un rol en el control del miedo.¹⁹

Se cree que la 5HT juega un papel crucial en los trastornos ansiosos. Un estudio determinó que el volumen de distribución del receptor 5HT_{1a} se encontraba reducido en pacientes que sufrían trastorno de pánico en el giro cingulado anterior y posterior, así como el rafé.¹⁹

La modulación de los canales de calcio también es importante en la patogénesis de la ansiedad. De los varios subtipos de canales de calcio, los canales de calcio de alto voltaje, específicamente los tipos N y P/Q, controlan la liberación de los neurotransmisores excitatorios en las sinapsis. La subunidad $\alpha_2\delta$ de los canales de calcio controla los disparadores anormales en epilepsia y ansiedad.¹⁹

2.5 Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos Relacionados

2.5.1 Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

Existe una larga y conocida relación entre el TOC y la epilepsia crónica. La literatura documenta que, al menos, un cuarto de los pacientes con ELT presentan rasgos de TOC, que pueden pasar desapercibido. Los rasgos tales como el orden, simetría, exactitud, lavado de manos y religiosidad ocurren más en pacientes con epilepsias con foco de lado derecho o izquierdo, que en aquellos con epilepsias generalizadas idiopáticas.^{24, 25}

Se sospecha que estos pacientes con ELT presentan la mayor prevalencia de comorbilidades psiquiátricas durante la vida (70 %), trastornos afectivos (49.3 %), depresión (27.4 %), y TOC (11.0 %). En otros estudios, hasta 40 % de los pacientes con epilepsia focal crónica presentan comorbilidades psiquiátricas, tal como en la epilepsia refractaria al tratamiento, evidenciando que hasta un cuarto de los pacientes presentan TOC.²⁵

Existe una posibilidad que la etiología y anatomía de la epilepsia juegan, al menos, una parte en la inducción o liberación de los comportamientos obsesivos compulsivos. A pesar de que la ELT es la mayor frecuentemente asociada con TOC (80 %), la epilepsia tónico clónico generalizada, raramente presentan TOC.²⁵

2.6 Trauma y Otros Trastornos Relacionados Con Factores De Estrés

2.6.1 Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)

Las tasas de TEPT, síntomas disociativos y antecedentes de abuso sexual se cree que se presentan mayormente en pacientes con crisis epilépticas no convulsivas que aquellas con crisis convulsivas. Un estudio con 34 pacientes reveló que los pacientes con crisis no convulsivas presentan estadísticamente una mayor prevalencia de TEPT y abuso sexual en la infancia. Aunque en las mujeres no se encontró diferencia en cuanto al tipo de crisis epiléptica.

26

2.7 Trastornos Por Uso De Sustancias y Trastornos Adictivos

En un estudio realizado en Noruega, se determinó que la proporción registrada del trastorno por uso de sustancias (alcohol o uso de drogas) en pacientes con epilepsia es de 8.61 % (2892/ 33571). Aunque se presentó una superposición entre estas dos condiciones, ya que el 25 % de las personas epilépticas que registraron abuso de alcohol también fueron registrados con abuso de drogas y el 33.47 % de las personas con epilepsia que presentaban abuso de drogas también fueron registrados con abuso de alcohol. ²⁷

La proporción total de del trastorno de abuso de alcohol fue de 5.47 % entre los pacientes epilépticos y 1.29 % entre los no epilépticos. Similarmente, la proporción total de los pacientes epilépticos con abuso de sustancias fue de 4.32 % y 1.22 % en pacientes no epilépticos. ²⁷

2.8 Espectro De La Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos

Vuilleumier y Jallon encontraron que 2-9% de los pacientes con epilepsia tienen algún trastorno psicótico. ^{14, 15}

Perez y Trimble reportaron que la mitad de los pacientes epilépticos con algún trastorno psicótico fueron diagnosticados con esquizofrenia. ²⁵

En un estudio, se determinó que la presencia de trastornos psicóticos en pacientes epilépticos fue de 3.75 % versus 1.31 % de los no epilépticos. ²⁸

La etiología y patogénesis de la psicosis en la epilepsia no se conocen, sin embargo, cambios neuroanatómicos se han observado en pacientes con psicosis. Se han considerado algunas variables relacionadas con el desarrollo de psicosis en pacientes con epilepsia: ¹⁴

- Historia familiar de psicosis: paciente con historia familiar de psicosis eran extremadamente susceptibles a desarrollar psicosis, por lo que parece haber un factor genético involucrado. ¹⁴
- Edad del desarrollo de la epilepsia: pacientes que desarrollaron tempranamente la epilepsia desarrollaron más frecuentemente un trastorno psicótico. ¹³
- Tipo de convulsiones: la existencia de convulsiones parciales complejas se relaciona con psicosis interictal. ¹⁴

También se ha determinado que existe una mayor proporción de pacientes diagnosticados con Esquizofrenia en los pacientes epilépticos comparados con la población no epilépticos (1.72 % vs 0.6 %).²⁹

Los trastornos psicóticos en pacientes con epilepsia son más frecuentes en adolescentes y la prevalencia puede llegar a 10-19% en esta población. Sin embargo, la mayoría de los individuos con epilepsia nunca desarrollan episodios psicóticos, lo cual lleva a la discusión sobre si existe relación entre ambos trastornos. Algunos sugieren que la relación entre epilepsia y psicosis no es específica y que la psicosis en pacientes epilépticos no ocurre como resultado de la actividad epiléptica por sí misma sino como una secuela indirecta del daño a parte vulnerables del cerebro.^{28, 29}

- Psicosis crónica interictal: La psicosis crónica interictal ocurre en 2-10% de los pacientes con epilepsia. Hay un riesgo de 2-2.5 de desarrollar esquizofrenia en pacientes con epilepsia. Historia de convulsiones febriles que progresaron a epilepsia se ha visto asociado al aumento en el riesgo de desarrollar esquizofrenia. Aún se ha encontrado asociación entre psicosis y epilepsia del ELT, en particular del lado izquierdo.²⁹
- Alucinaciones ictales: Las alucinaciones son manifestaciones comunes en algunos tipos de convulsiones focales, aunque raramente reflejan un estado psicótico real, ya que le paciente usualmente es capaz de distinguir lo irreal de tales percepciones. Estas alucinaciones suelen ser breves. Las alucinaciones ictales son usualmente reconocidas como precursores inmediatos de una convulsión claramente identificada y por tanto se describen como auras epilépticas.²⁹
- Episodio psicótico de la epilepsia: La psicosis breve o el episodio psicótico ocurren asociación con la epilepsia. Estos episodios se asemejan a una psicosis reactiva breve por el tiempo de duración. La psicosis ictal es una manifestación directa de una convulsión. Mientras que la psicosis postictal es un breve episodio psicótico que ocurre en el periodo de una semana después de una crisis.^{14, 29}
- Psicosis postictal: La psicosis postictal es más comúnmente vista en pacientes con epilepsia farmacorresistente y típicamente ocurre después de una crisis convulsiva o convulsiones parciales complejas. La psicosis suele ser caracterizada por paranoia o delirios de grandeza o religiosos.²⁹

La psicosis postictal es autolimitante siempre y cuando las convulsiones sean controladas, por lo que el tratamiento anticonvulsivo es necesario. Este tipo de psicosis es teóricamente prevenible si las convulsiones son controladas, sin embargo, es frecuentemente recurrente y algunos pacientes pueden llegar a desarrollar psicosis crónica interictal.^{14, 29}

- Psicosis asociada al tratamiento de la epilepsia: La psicosis inducida por drogas se debe sospechar si la psicosis ocurre después de adicionar una nueva droga y resuelve al cambiar el fármaco a pesar de no tener historia reciente de convulsiones. Algunas drogas se han visto mayormente asociadas a inducir psicosis. Vigabatrina, tiagabina, topiramato y levetiracetam, son drogas que frecuentemente se han visto asociadas.²⁹

También se han reportado casos de pacientes que han desarrollado psicosis luego de una cirugía como tratamiento para la epilepsia, aproximadamente en un 7 %. Sin embargo, también se ha visto que algunos pacientes con psicosis postictal mejoran significativamente después de la cirugía para epilepsia.²⁹

2.9 Trastornos Alimenticios

A comparación de otros trastornos psiquiátricos, los TA en epilepsia han sido escasamente estudiados. En un estudio realizado en mujeres embarazadas, se determinó que sí suelen coexistir TA en pacientes con epilepsia, determinándose que el Trastorno por Atracón solía ser el más frecuente, seguido por bulimia y el uso de laxantes, aunque se demostró que aumentaban previo al embarazo. También se determinó los trastornos de alimentación solían encontrarse con comorbilidades tales como ansiedad y depresión, trayendo complicaciones durante el embarazo y el parto.^{30, 31}

2.10 Comorbilidades Psiquiátricas En Pacientes No Epilépticos Con Otras Condiciones Médicas

Las comorbilidades entre condiciones médicas y psiquiátricas es más una regla que una excepción. Según un estudio realizado en Estados Unidos en el año 2003, se determinó que más del 68 % de los adultos con alguna enfermedad psiquiátrica padecían, al menos, una condición médica; y el 29 % de los que padecían una condición médica, tenían una comorbilidad psiquiátrica.⁶

La exposición a trauma temprano, estrés crónico, factores socioeconómicos y compartimientos de salud adversos están asociados con desórdenes mentales y físicos.³²

Las vías que causan la comorbilidad de los desórdenes físicos y mentales son complejas y bidireccionales. Las patologías médicas pueden llevar al desarrollo de una psiquiátrica, las condiciones mentales pueden poner a una persona en riesgo de tener un trastorno médico y, ambos pueden compartir muchos factores de riesgo.³²

Muchas condiciones médicas requieren que el paciente mantenga un régimen de auto cuidado para manejar síntomas y prevenir la progresión de la enfermedad. Sin embargo, algunas patologías psiquiátricas pueden obstaculizar esta evolución. Pacientes con severas patologías mentales suelen presentar un pobre apego al tratamiento médico y psicofarmacológico.³²

Por ejemplo, las condiciones que se acompañan de una alta carga de síntomas pueden llevar a depresión. De la misma manera, el trastorno depresivo mayor puede ser un factor de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares, que están caracterizadas por dolor o inflamación.³²

En un estudio presentado en EE.UU, se determinó que en los pacientes con enfermedades médicas crónicas había una posibilidad de casi tres veces más de padecer de depresión.³²

Así mismo, en un estudio realizado por la OMS en 60 países, se determinó que 9.3 % a 18 % de sujetos con un desorden físico, padecían depresión, mientras que solo un 3.2 % de los que no tenían una enfermedad física asociada, fueron diagnosticados con depresión. La hipertensión (78 %) y la depresión (13 %) fueron las comorbilidades médicas y psiquiátricas más prevalentes.³³

En un estudio realizado en Eslovenia, se determinó que varios desórdenes mentales han sido descritos en pacientes admitidos con diagnósticos psiquiátricos. Los siguientes son los más comúnmente encontrados: ³⁴

- Todos los diagnósticos psiquiátricos: celulitis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hepatopatías, diabetes, hipertensión, cardiopatías, epilepsia, hipotiroidismo.
- Trastornos afectivos: Diabetes, hipertiroidismo, obesidad, enfermedad cardiovascular, hipertensión, hipercolesterolemia. ³⁴
- Uso y abuso de sustancias: enfermedades pulmonares crónicas, asma, hepatitis C, hepatitis B, VIH, epilepsia, hipotiroidismo, hipertensión, enfermedades subcutáneas y dermatológicas, enfermedades parasitarias y digestivas, cardiopatías/ angina, cirrosis, gastritis, diabetes, traumas, envenenamientos accidentales. ³⁴

Cuando las condiciones médicas y psiquiátricas coexisten, la combinación está asociada a una alta carga de síntomas, deterioro funcional, disminución de la calidad de vida y aumento de costos sustanciales a nivel de salud. Así como, un alto riesgo elevado de mortalidad prematura. ³¹

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

- Determinar la prevalencia de comorbilidades psiquiátricas del eje 1a, según el manual de clasificación DSM IV, en pacientes epilépticos en comparación con aquellos no epilépticos, quienes presentan otras condiciones médicas.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar el trastorno psiquiátrico más prevalente en los pacientes epilépticos.
- Establecer el género de los pacientes epilépticos y no epilépticos que presentan mayor prevalencia de comorbilidades psiquiátricas.
- Establecer las edades más frecuentes de los pacientes epilépticos y no epilépticos que presentan comorbilidades psiquiátricas.
- Identificar las patologías médicas más comunes en los pacientes no epilépticos.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudio

Estudio descriptivo, transversal, comparativo.

4.2 Población y Muestra

Pacientes que asistan a la Consulta Externa de Neurología del Hospital General San Juan de Dios con diagnóstico de Epilepsia (G40), según el manual de clasificación DSM IV y pacientes que asistan a la Consulta Externa de Medicina Interna.

La muestra será por conveniencia. Se calculará con un intervalo de confianza del 95 %.

La muestra se calculará en base a la población de pacientes epilépticos, siendo de 2374, mediante la fórmula para cálculo de muestra con población finita.

1. Cálculo de muestra. El resultado de pacientes epilépticos es igual a 71 pacientes.
2. Se tomó una muestra igual de los pacientes no epilépticos.
3. Un total de 142 pacientes fueron entrevistados.

4.3 Criterios de Inclusión

En los pacientes *EPILÉPTICOS*, se tomaron en cuenta personas mayores de 13 años, que asisten a la Consulta Externa de Neurología del Hospital General San Juan de Dios con diagnóstico de epilepsia y que deseen ser parte del estudio.

En los pacientes *NO EPILÉPTICOS*, se incluyen personas mayores de 13 años, que asistan a la Consulta Externa de Medicina Interna del Hospital General San Juan de Dios y que deseen participar en el estudio.

Criterios de Exclusión

- Pacientes que no deseen participar en el estudio
- Diagnóstico de Discapacidad Intelectual
- Pacientes con uso de psicofármacos no anticonvulsivantes

4.4 Operacionalización De Variables

VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN	TIPO DE VARIABLE	MEDICIÓN DE MEDIDA	UNIDAD DE MEDIDA
Episodio depresivo mayor	Enfermedad mental la cual se caracteriza por un estado de ánimo invasivo y persistente acompañado de una baja autoestima y anhedonia	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí No
Episodio maníaco	Parte del trastorno afectivo bipolar tipo 1, caracterizado por un ánimo persistentemente expansivo, hiperactivo o irritable, asociado a pensamientos y comportamiento consecuentes a ese ánimo.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí No
Episodio hipomaníaco	Estado afectivo similar a la manía, sin embargo, en el episodio hipomaníaco los sujetos son plenamente funcionales y hay	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí No

	ausencia de síntomas psicóticos			
Trastorno de angustia	Es un trastorno de ansiedad caracterizada por repetidos ataques súbitos de terror en ausencia de estímulos externos que puedan desencadenarlos	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí No
Agorafobia	Es un trastorno de ansiedad que consiste en el miedo y la evitación a estar en lugares o situaciones de donde pueda ser difícil o embarazoso escapar	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí No
Trastorno de ansiedad social	Trastorno de ansiedad caracterizado por un miedo persistente a una o más situaciones sociales por temor a que resulten embarazosas.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí No
Trastorno obsesivo compulsivo	Trastorno caracterizado por pensamientos intrusivos, recurrentes y persistentes, que producen inquietud y temor y conductas repetidas llamadas compulsiones	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí No
	Trastorno mental que se caracteriza por la aparición de síntomas			

Trastorno de estrés postraumático	específicos tras la exposición a un acontecimiento estresante, extremadamente traumático, que involucra un daño físico o de naturaleza amenazadora para el individuo.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí No
Dependencia y abuso de sustancias	Aquella pauta del comportamiento en la que se prioriza el uso de una sustancia psicoactiva frente a otras consideradas antes como importantes, ya sea por su cantidad o frecuencia	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí No
Trastornos psicóticos	Desorden mental grave, con o sin un daño orgánico, caracterizado por un trastorno de personalidad, la pérdida de contacto con la realidad y que causa el empeoramiento del funcionamiento social normal	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí No
Anorexia	Trastorno alimenticio, caracterizado por rechazo de la comida por parte de la persona y el miedo obsesivo a	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí No

	engordar, que puede conducirle a un estado de inanición			
Bulimia	Trastorno alimenticio que se caracteriza por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos en un periodo corto de tiempo. Esto se une a una preocupación excesiva por el control del peso corporal, lo cual puede llevar a utilizar métodos para controlar el aumento de peso	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí No
Trastorno de ansiedad generalizada	Se caracteriza por un patrón de preocupación y ansiedad frecuente y persistente respecto de una variedad de acontecimientos o actividades durante un periodo, al menos, de seis meses	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí No

4.5 Procedimiento Para Recolección de Datos

Como primer paso, fue solicitada la autorización para poder llevar a cabo el llenado del instrumento para el presente estudio, por medio del consentimiento informado. Posteriormente, se procedió a realizar el cuestionario a las personas que accedieron a participar en el estudio.

4.6 Análisis de Datos

Se realizó una tabulación de los datos obtenidos mediante la entrevista M.I.N.I, los cuales fueron introducidos en el programa Microsoft Excel 2016 para la realización de tablas, fórmulas y gráficas para obtener la prevalencia.

Como consiguiente, se ejecutó la revisión e interpretación de los resultados tomando en cuenta las variables en el estudio a fin de brindar respuesta a los objetivos establecidos.

4.7 Alcances

El estudio conseguirá crear nuevo conocimiento científico respecto al tema de las comorbilidades psiquiátricas en pacientes con diagnóstico de epilepsia en Guatemala, con el fin de disminuir el subregistro y escaso tratamiento que se brinda a estas patologías en los pacientes epilépticos. Así como, poder brindar la atención necesaria requerida para estos pacientes con su tratamiento coadyuvante y proceso psicoterapéutico de ser requerido.

En caso de las patologías psiquiátricas encontradas tanto en el grupo de pacientes epilépticos y no epilépticos, se brindó un extenso plan educacional y se recomendó asistir a Consulta Externa del departamento de Psiquiatría, ya sea del Hospital General San Juan de Dios o el Hospital de Salud Mental “Dr. Carlos Federico Mora” para recibir el tratamiento correspondiente.

4.8 Límites

El estudio es de enfoque transversal por lo que se realizará una estimación de la prevalencia en un momento del tiempo específico, sin tomar en cuenta los casos incidentes de cada uno de estos trastornos.

Este estudio no toma en cuenta antecedentes del paciente o antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos a pesar de que la probabilidad de desarrollar alguno de estos trastornos tiene un importante factor hereditario. Tampoco toma en cuenta si el paciente se encontraba en alguna circunstancia de adversidad, duelo o conflicto en el momento de realizar la entrevista.

4.9 Aspectos Éticos de la Investigación

Tomando como objetivo principal el beneficio del paciente, este estudio será guiado por la declaración universal sobre bioética y derechos humanos según los siguientes artículos:

Artículo 1 — Dignidad humana y derechos humanos: Se habrá de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales. Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad.

Artículo 5 — Autonomía y responsabilidad individual: Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrá de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.

Artículo 8 — Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal: aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos.

Artículo 9 — Privacidad y confidencialidad: privacidad de las personas interesadas y la confidencialidad de la información que les atañe deberían respetarse. En la mayor medida posible, esa información no debería utilizarse o revelarse para fines distintos de los que determinaron su acopio o para los que se obtuvo el consentimiento, de conformidad con el derecho internacional, en particular el relativo a los derechos humanos.

4.10 Instrumento

Se utilizará como instrumento, la Entrevista Clínica Estructurada M.I.N.I (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional), la cual es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los diagnósticos principales del eje IA del DSM IV. Es una prueba que toma en cuenta 19 diagnósticos, incluyendo 18 del eje I, el módulo de riesgo suicida y uno del eje II (Trastorno antisocial de personalidad). Se encontró que existe un adecuado balance entre la sensibilidad y el valor predictivo positivo de la prueba y la validación fue llevada a cabo comparándolo con la Entrevista Clínica Estructurada para DSM IV (SCID por sus siglas en inglés) y la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI por sus siglas en inglés). El M.I.N.I se logró aplicar en un promedio de 15 minutos. En el apartado de datos generales, fue tomado en cuenta el sexo y edad del paciente para poder llegar a la resolución de los objetivos.

V. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos respecto a las comorbilidades psiquiátricas en pacientes epilépticos comparados con aquellos no epilépticos:

TABLA NO. 2

PREVALENCIA DE ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS EN PACIENTES EPILÉPTICOS Y NO EPILÉPTICOS				
CLASIFICACIÓN DSM - IV	EPILÉPTICOS (n = 71)		NO EPILÉPTICOS (n = 71)	
	Frecuencia (Fr)	Prevalencia (%)	Frecuencia (Fr)	Prevalencia (%)
Episodio Depresivo Actual	24	34	19	27
Episodio Depresivo Recidivante	17	24	7	10
Trastorno Distímico	11	15	4	6
Riesgo de Suicidio	22	31	18	25
Episodio hipomaniaco	24	34	10	14
Episodio maniaco	4	6	9	13
Trastorno de Angustia Actual	27	38	2	3
Trastorno de Angustia con Agorafobia Actual	15	21	4	6
Trastorno de Ansiedad Social	9	13	5	7
Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)	17	24	7	10
Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)	1	1	4	6
Abuso de Alcohol Actual	3	4	0	0
Dependencia de Alcohol Actual	0	0	0	0
Abuso de Sustancias Actual	0	0	0	0
Dependencia de Sustancias Actual	0	0	0	0
Trastorno Psicótico Actual	2	3	0	0
Trastorno Psicótico de Por Vida	7	10	2	3
Anorexia Nerviosa Actual	0	0	0	0
Bulimia Nerviosa Actual	3	4	3	4
Anorexia Nerviosa de Tipo Purgativo Actual	0	0	0	0
Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)	6	8	0	0

FUENTE: Cuestionario MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiatría Internacional).

Análisis: Del total de pacientes estudiados con diagnóstico de epilepsia las principales comorbilidades encontradas fueron el Trastorno de Angustia (38 %), Episodio Depresivo Actual (34 %), seguido del Episodio Hipomaniaco (34 %), Trastorno Obsesivo Compulsivo junto con Episodio Depresivo Recidivante (24 %).

A diferencia de los pacientes no epilépticos en los que las principales comorbilidades fueron Episodio Depresivo Actual (27 %), Episodio Hipomaniaco (14 %), Episodio Maníaco (13 %), Episodio Depresivo Recidivante (10 %) y el Trastorno Obsesivo Compulsivo (10 %).

Es importante hacer mención que se encontró más de una comorbilidad psiquiátrica en diversos pacientes.

TABLA NO. 3

FRECUENCIA DE COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS EN PACIENTES EPILÉPTICOS Y NO EPILÉPTICOS				
	SÍ PRESENTAN COMORBILIDAD		NO PRESENTAN COMORBILIDAD	
	Frecuencia (Fr)	Porcentaje (%)	Frecuencia (Fr)	Porcentaje (%)
Epilépticos	33	46	38	54
No Epilépticos	25	35	46	65

FUENTE: Cuestionario MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiatría Internacional).

Análisis: En base a la muestra evaluada, 33 de los pacientes epilépticos presentaron, al menos, una comorbilidad psiquiátrica; correspondiendo al 46 %. Por el otro lado, únicamente 25 de los pacientes no epilépticos presentaron alguna comorbilidad psiquiátrica, lo cual corresponde al 35 %.

TABLA NO. 4

PREVALENCIA DE COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS EN PACIENTES EPILÉPTICOS EN RELACIÓN A EDAD Y GÉNERO			
Grupo de Edad	Frecuencia de Pacientes (Fr) (n = 71)	Frecuencia de Pacientes con Comorbilidad (Fr) (n = 33)	Prevalencia de Pacientes con Comorbilidad (%) (n = 33)
14 – 24 años	12	3	9
25 – 34 años	12	8	24
35 – 44 años	22	12	36
45 – 54 años	20	7	21
Mayor de 55 años	5	3	9
Género			
Masculino	37	18	54
Femenino	34	15	46

FUENTE: Cuestionario MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiatría Internacional).

Análisis: Del total de los pacientes estudiados con diagnóstico de epilepsia, 37 pertenecen al género masculino. Dentro de estos, 18 pacientes presentan alguna comorbilidad psiquiátrica, lo cual corresponde al 54 % de prevalencia. En cuanto al género femenino, 15 de las 34 pacientes entrevistadas presentaron una enfermedad psiquiátrica asociada, correspondiendo a una prevalencia del 46 %.

Respecto al grupo de edad, quienes presentan una mayor prevalencia de comorbilidades psiquiátricas son el grupo de pacientes entre los 35 a 44 años de edad, con una prevalencia del 36 %. Seguido por los pacientes de 25 a 34 años con el 24 %. Y, en tercer lugar, se presentan los pacientes que se encuentran entre los 45 a los 54 años con el 21 % de prevalencia.

TABLA NO. 5

PREVALENCIA DE COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS EN PACIENTES NO EPILÉPTICOS EN RELACIÓN A EDAD Y GÉNERO			
Grupo de Edad	Frecuencia de Pacientes (Fr) (n = 71)	Frecuencia de Pacientes con Comorbilidad (Fr) (n = 25)	Prevalencia de Pacientes con Comorbilidad (%) (n = 25)
14 – 24 años	17	0	0
25 – 34 años	17	3	12
35 – 44 años	31	5	20
45 – 54 años	28	11	44
Mayor de 55 años	7	6	24
Género			
Masculino	19	8	32
Femenino	52	17	68

FUENTE: Cuestionario MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiatría Internacional).

Análisis: De los 25 pacientes no epilépticos que sí presentaron comorbilidad psiquiátrica, 18 de estos corresponden al género femenino, mostrando una prevalencia del 72 %. Por otra parte, 7 pacientes son de género masculino, lo cual determina una prevalencia del 28 %.

El grupo de edad que presenta una mayor prevalencia de comorbilidades psiquiátricas es el de los pacientes de 45 a 54 años, con el 44 %. Posteriormente, los mayores de 55 años, con una prevalencia del 24 %. Y, con la prevalencia del 20 %, se encuentra el grupo entre los 35 a 44 años.

TABLA NO. 6

PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS MÉDICAS MÁS COMUNES EN PACIENTES NO EPILÉPTICOS		
	Frecuencia (Fr)	Prevalencia (%)
Diabetes Mellitus	30	42
Hipertensión Arterial	18	25
Enfermedad Péptica	8	11
Dislipidemias	14	20
Pancitopenia a estudio	1	1

FUENTE: Cuestionario MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiatría Internacional).

Análisis: Las enfermedades médicas más frecuentes en los pacientes no epilépticos corresponden a una prevalencia del 42 % en los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus, el 25 % con Hipertensión Arterial, el 20 % correspondiente a Dislipidemias, el 11 % presentan enfermedad péptica y el 1% presentó Pancitopenia en estudio.

VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

La epilepsia es un desorden crónico caracterizado por alteración de la conciencia intermitente y estereotipada, así como del comportamiento emoción, función motora, o sensorial que es causada por una descarga neuronal cortical. Se cree que es la segunda condición neurológica más común después de la cefalea. ³⁵

Estudios han estimado que hasta el 50 % de los pacientes con epilepsia desarrollan desórdenes psiquiátricos, siendo los más comunes la depresión, ansiedad y alteraciones psicóticas. ¹²

I. Prevalencia de condiciones psiquiátricas en pacientes con epilepsia

En la *Encuesta de Salud de la Comunidad Canadiense* (CCHS por sus siglas en inglés), con una muestra de 36984, 256 recibieron diagnóstico de epilepsia, se encontró una prevalencia de cualquier trastorno psiquiátrico del 35.5 %, con predominio de episodio mixto ansioso depresivo (19.9 %), seguido de episodio depresivo mayor (17.4 %), y trastornos de ansiedad (12.8 %); con la prevalencia significativa del 25 % de ideación suicida. ¹⁶

En un estudio de Uttar Pradesh, India con una muestra de 100 pacientes diagnosticados con epilepsia, se estableció que el 45 % presenta una comorbilidad psiquiátrica, siendo las más prevalentes: depresión (13 %) y psicosis (10.4 %). ³⁶

El presente estudio determinó que el 46 % de los pacientes entrevistados presentaba alguna comorbilidad psiquiátrica; encontrando la mayor prevalencia en los cuadros siguientes: Trastorno de Angustia, seguido por Episodio Depresivo Actual al igual que el Episodio Hipomaniaco. Esto concuerda con los estudios anteriores en que los trastornos ansiosos y afectivos son aquellos más frecuentemente encontrados en pacientes con diagnóstico de epilepsia. Por otra parte, no se encontró una prevalencia significativa de psicosis, pudiéndose ver influido por el hecho de que los pacientes en crisis psicóticas no asisten ni tienen el seguimiento respectivo en ese centro asistencial.

Es de suma importancia mencionar que en diversos pacientes fue hallada más de una comorbilidad psiquiátrica.

II. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes no epilépticos

En la CCHS, se evidenció que la prevalencia de cualquier trastorno mental es del 20.7 % de por vida, particularmente con el trastorno depresivo mayor (3.9 %), continuado por trastorno de ansiedad social (3 %) y dependencia de alcohol (2 %). Así mismo, se demostró un menor riesgo suicida, en comparación a los pacientes epilépticos, con un 13.3 %. ¹⁶

El estudio de India, por su parte, expuso una prevalencia del 49 % de comorbilidades psiquiátricas en aquellos pacientes no epilépticos que presentaban una comorbilidad médica. ³⁶

En esta investigación, encontró 25 pacientes no epilépticos con alguna comorbilidad lo que corresponde al 35 %. Siendo las patologías psiquiátricas más comunes el Episodio Depresivo Actual, posteriormente el Episodio Hipomaniaco y Episodio Maníaco, nuevamente manifestando predominio en las comorbilidades de tipo afectivo. Se identificó una prevalencia levemente mayor respecto al Trastorno de Ansiedad Social, el cual representó el 7 % comparado con la CCHS.

Por otro lado, en este estudio no se hallaron casos de dependencia de alcohol; sin embargo, sí se encontró un 4 % de prevalencia en el abuso de alcohol. Esto podría interpretarse como una prevalencia equivalente respecto al consumo de esta sustancia.

PREVALENCIA DE ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS EN PACIENTES EPILÉPTICOS EN RELACIÓN A EDAD Y GÉNERO

En base a los resultados de la CCHS, al respecto de los *pacientes epilépticos*, se encontró una prevalencia en el género masculino (52 %). Así mismo, se presenta una proporción de edad estimada de la siguiente manera: 1 – 17 años, 22 %; 18 – 44 años, 28.7 %, 45 – 64 años, 28.6 %; 65 – 84 años, 17 % y mayores de 85 años representan el 3 % restante. ¹⁶

En resumen, se evidenció una prevalencia mayor en el género masculino y en el rango de edad entre los 18 a 64 años de edad. Mientras que esta investigación encontró mayor prevalencia, de igual manera, en el género masculino y en el grupo de pacientes entre los 24

a 44 años de edad. Es importante mencionar que, en ambos estudios, la prevalencia predominó en población joven.

En este estudio no fueron evaluados pacientes menores de 14 años ni se especifica el rango de edad en aquellos pacientes que se encontraban por arriba de la quinta década de vida; por lo cual no es posible comparar estos datos.

PREVALENCIA DE ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS EN PACIENTES NO EPILÉPTICOS EN RELACIÓN A EDAD Y GÉNERO

En referencia a los *pacientes no epilépticos*, presentándose otro estudio realizado en India, se concluyó que la comorbilidad médica en pacientes psiquiátricos es del 27 % en hombres comparado con el 22 % de mujeres, siendo la edad más frecuente de este tipo de comorbilidad se presenta en el grupo de 31 a 40 años (30.6 %), seguido por el grupo entre las edades de 18 a 30 y 41 a 50 años (24.5 %) y el grupo con menos prevalencia fue el de 51 – 64 años (20.4 %).³⁷

Debido a que la muestra fue por conveniencia en este estudio, se halló una prevalencia mayor de comorbilidades psiquiátricas en el género femenino (68 %) y en el rango de edad entre los 44 a 55 años, lo cual muestra una discordancia con el estudio anterior.

A pesar de que CCHS evidenció la menor prevalencia de comorbilidades en el grupo de edad entre los 51 a 64 años, se pudo observar que la prevalencia es similar comparado con el grupo de pacientes mayores de 55 años en este estudio.

COMORBILIDADES MÉDICAS MÁS FRECUENTES EN PACIENTES NO EPILÉPTICOS

En una investigación realizada por la OMS con una muestra de 245,400 pacientes de 60 países, se encuentra que el 9.3 % a 18 % de los pacientes con alguna condición física presentan depresión, comparado con el 3.2 % que no presentan alguna condición física, explicando que la hipertensión (78 %) y la depresión (13 %) son las comorbilidades médicas y psiquiátricas más prevalentes.³⁴

Al respecto, el segundo estudio de India fue hallado que la Diabetes Mellitus, hipotiroidismo e hipertensión son los trastornos médicos comórbidos más comunes con los pacientes psiquiátricos.³⁷

Durante la realización de esta investigación, se determinó que las condiciones médicas más comunes en los pacientes no epilépticos fueron Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Dislipidemias; lo que muestra concordancia con los estudios anteriores. Esto podría estar asociado a la alta prevalencia de enfermedades crónicas a nivel mundial.

6.1. Conclusiones

- Se determinó que el 46 % de los pacientes epilépticos presentaron, como mínimo, una comorbilidad psiquiátrica. Paralelo a esto, los pacientes no epilépticos revelaron un 35 % de comorbilidades psiquiátricas.
- Se identificó que la comorbilidad psiquiátrica más frecuente en los pacientes epilépticos es el Trastorno de Angustia.
- Los pacientes epilépticos con comorbilidades psiquiátricas presentan un predominio de género masculino. Por el contrario, los pacientes no epilépticos que presentaban comorbilidades psiquiátricas presentan una mayor prevalencia en las pacientes de género femenino.
- Los pacientes epilépticos con comorbilidades psiquiátricas muestran una mayor prevalencia en los pacientes entre los 35 y 44 años. En cambio, en los pacientes no epilépticos que presentan comorbilidades psiquiátricas, se estableció la mayor prevalencia en aquellos pacientes a partir de los 44 años de edad.
- Las patologías médicas más prevalentes encontradas en los pacientes no epilépticos son la Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Dislipidemias.

6.2 Recomendaciones

- Se recomienda brindar un abordaje multidisciplinario a los pacientes epilépticos para poder realizar una intervención adecuada en caso de presentar una comorbilidad psiquiátrica.
- Se recomienda talleres de conocimientos básicos al personal médico y paramédico para mejor reconocimiento y evaluación de sintomatología psiquiátrica.
- Se recomienda talleres de conocimientos y conceptos básicos para que los pacientes puedan tener un mejor reconocimiento de sintomatología psiquiátrica y qué acciones tomar en caso de presentarla.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tratamiento Farmacológico de las Epilepsias [Internet]. Ilae.org. 2014 [Citado el 27 de agosto de 2015]. Disponible en: <https://www.ilae.org/files/dmfile/TratamientoFarmacologico-ALADE.pdf>
2. Neurología. Atlas - Epilepsy Care in the World. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2005.
3. Vuilleumier P, Jallon P. Epilepsy and psychiatric disorders: epidemiological data [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 1998 [Citado el 26 de agosto 2016]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9773058>
4. Krauskopf V, de la Barra F. Trastornos Psiquiátricos en los pacientes con epilepsia. [Internet]. 2013 [Citado el 28 de mayo de 2018]. Disponible en: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/6%20noviembre/11-Dra.Krauskopf.pdf
5. Stefanello S, Marín-Léon L, Fernandes P, Li L, Botega N. Depression and anxiety in a community sample with epilepsy in Brazil. Archivos de Neuro-Psiquiatría. 2011;69(2b):342-348.
6. Druss B, Reisinger Walker E. Mental Disorders and Medical Comorbidity [Internet]. ResearchGate.net. 2011 [Citado el 15 de julio de 2018]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/51220912_Mental_Disorders_and_Medical_Comorbidity?enrichId=rgreq-cbe0a39503b2cc0892b7769f59369ce8-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdIOzUxMjIwOTY0OFTOjEYMDM3NTMyOTQzMtU1MkAxNDA1NzExMTIzNzUy&el=1_x_2&esc=publicationCoverPdf
7. Fisher R. An Overview of the 2017 ILAE Operational Classification of Seizure Types. Epilepsy & Behavior. 2017; 70:271-273.
8. Lara Girón J, Jerez Magaña A, Ramírez Samayoa O, Pérez Córdova J. Epilepsia, Enfoque Multidisciplinario. 2ª. Edición. Guatemala: Humana Edición; 2014.
9. Acevedo C, Papaziam O. Liga Chilena contra la Epilepsia [Internet]. Ligaepilepsia.cl. 2016 [Citado el 27 Agosto 2016]. Disponible en: <https://www.ligaepilepsia.cl/epilepsias/tipos-de-epilepsia>

10. Stagno S. Psychiatric Aspects of Epilepsy. En: The Treatment of Epilepsy. Baltimore: E. Wyllie Edition; 1997. p. 1131 - 1144.
11. Onuma T, Adachi N, Ishida S, Katou M, Uesugi S. Prevalence and annual incidence of psychosis in patients with epilepsy. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 1995;49(3):S267-S268.
12. Foong J. Psychiatric Disorders in Epilepsy. [Internet]. Epilepsysociety.org.uk. 2015 [Citado el 14 de julio de 2016]. Disponible en: <https://www.epilepsysociety.org.uk/sites/default/files/attachments/Chapter16Foonq2015.pdf>
13. Jobe P, Dailey J, Wernicke J. A Noradrenergic and Serotonergic Hypothesis of the Linkage Between Epilepsy and Affective Disorders. Critical Reviews in Neurobiology. 1999;13(4):317-356.
14. Kanner A. Psychosis of Epilepsy: A Neurologist's Perspective. Epilepsy & Behavior. 2000;1(4):219-227.
15. Torta R, Keller R. Behavioral, Psychotic, and Anxiety Disorders in Epilepsy: Etiology, Clinical Features, and Therapeutic Implications. Epilepsia. 1999;40(s10):s2-s20.
16. Tellez-Zenteno J, Patten S, Jetté N, Williams J, Wiebe S. Psychiatric Comorbidity in Epilepsy: A Population-Based Analysis. Epilepsia. 2007;48(12):2336-2344.
17. World Health Organization – La depresión. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2016.
18. National Institute of Mental Health (NIMH) » Anxiety Disorders [Internet]. Nimh.nih.gov. [Citado el 2 de agosto de 2016]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml>

19. Young-Kwon O, Park S. Depression and Anxiety in People with Epilepsy. [Internet]. Thejcn.com. 2014 [Citado el 24 de octubre de 2016] Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4198724/>
20. Puvvada S, Kommiseti S, Reddy A. Managing psychiatric illness in patients with epilepsy [Internet]. Mdedge.com. 2014 [Citado el 24 de octubre de 2016]. Disponible en:
<http://www.mdedge.com/currentpsychiatry/article/81949/neurology/managing-psychiatric-illness-patients-epilepsy>
21. Stahl S. Trastornos Afectivos. En: Stahl's Essential psychopharmacology, Neuroscientific Basis and Practical Application 4ª. Edición. Cambridge: Cambridge University Press; 2013.
22. Mula M, Schmitz B, Jauch R, Cavanna A, Cantello R, Monaco F et al. On the prevalence of bipolar disorder in epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2008;13(4):658-661.
23. García-Blanco A, Sierra P, Livianos L. Nosología, epidemiología y etiopatogenia del trastorno bipolar: Últimas aproximaciones. *Psiquiatría Biológica*. 2014;21(3):89-94.
24. Baldwin D, Anderson I, Nutt D, Allgulander C, Bandelow B, den Boer J et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: Revisión de las guías de la Asociación Británica de Psicofarmacología del 2005. *Journal of Psychopharmacology*. 2014;28(5):403-439.
25. Kaplan P. Obsessive–compulsive disorder in chronic epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2011;22(3):428-432.
26. Dikel T, Fennell E, Gilmore R. Posttraumatic stress disorder, dissociation, and sexual abuse history in epileptic and nonepileptic seizure patients. *Epilepsy & Behavior*. 2003;4(6):644-650.

27. Bakken I, Revdal E, Nesvåg R, Brenner E, Knudsen G, Surén P et al. Substance use disorders and psychotic disorders in epilepsy: A population-based registry study. *Epilepsy Research*. 2014;108(8):1435-1443.
28. Fenwick P. *Psychiatric disorder and epilepsy. Epilepsy*. 2ª. Edición. Londrés. Chapman and Hall; 1995
29. Schmitz B, Wolf P. Psychosis in epilepsy: frequency and risk factors. *Journal of Epilepsy*. 1995;8(4):295-305.
30. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Editorial Médica Panamericana; 2013.
31. Kolstad E, Gilhus N, Veiby G, Reiter S, Lossius M, Bjørk M. Epilepsy and eating disorders during pregnancy: Prevalence, complications and birth outcome. *Seizure*. 2015;28:81-84.
32. Ishikawa Y, Takeshima T, Mise J, Ishikawa S, Matsumura M. Physical symptoms in outpatients with psychiatric disorders consulting the general internal medicine division at a Japanese university hospital. *International Journal of General Medicine*. 2015;8:261 - 266.
33. Kang H, Kim S, Bae K, Kim S, Shin I, Yoon J et al. Comorbidity of Depression with Physical Disorders: Research and Clinical Implications. *Chonnam Medical Journal*. 2015;51(1):8 - 18.
34. Sprah L, Dernovšek M, Wahlbeck K, Haaramo P. Psychiatric readmissions and their association with physical comorbidity: a systematic literature review [Internet]. *Researchgate.net*. 2017 [Citado el 15 de julio de 2018]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/312052131_Psychiatric_readmissions_and_their_association_with_physical_comorbidity_A_systematic_literature_review
35. Jaiswal S, Kumar S, Sharma C, Kuchhal A, Jaiswal A. Psychiatric Comorbidities in Patients with Epilepsy: A Cross-sectional Study. *International Journal of Advanced and Integrated Medical Sciences*. 2017;2(1):24-28.

36. Patel R, Elmaadawi A, Mansuri Z, Kaur M, Shah K, Nasr S. Psychiatric Comorbidities and Outcomes in Epilepsy Patients: An Insight from a Nationwide Inpatient Analysis in the United States. *Cureus*. 2017;9(9).

37. Mathai P, Rao P, Rebello P, Safeekh A, Manuel C. Medical comorbidity in in-patients with psychiatric disorder. *Muller Journal of Medical Sciences and Research*. 2013;4(1):12 - 17.

VIII. ANEXOS

8.1 Anexo I: Instrumento de Investigación (M.I.N.I DSM IV)

A. Episodio depresivo mayor

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	1
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	2
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	NO	SÍ	

A3	En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:			
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	3
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	4
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SÍ	5
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ	6
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	8
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SÍ	9

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:

A4	a	¿En el transcurso de su vida, tuvo otros periodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	NO	SÍ	10
	b	¿Ha tenido alguna vez un periodo de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este periodo entre dos episodios depresivos?	NO	SÍ	11

NO	SÍ	11
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE		

B. Trastorno distímico

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORE ESTE MÓDULO

B1	¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	⇒ NO	SÍ	17
B2	¿Durante este tiempo, ha habido algún período de 2 meses o más, en el que se haya sentido bien?	NO	⇒ SÍ	18
B3	Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:			
a	¿Cambió su apetito notablemente?	NO	SÍ	19
b	¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	NO	SÍ	20
c	¿Se sintió cansado o sin energía?	NO	SÍ	21
d	¿Perdió la confianza en sí mismo?	NO	SÍ	22
e	¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	SÍ	23
f	¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	NO	SÍ	24
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3 ?	⇒ NO	SÍ	
B4	¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	⇒ NO	SÍ	25

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **B4**?

NO	SÍ
TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL	

C. Riesgo de suicidio

	Durante este último mes:		Puntos:
C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SÍ 1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SÍ 2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SÍ 6
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SÍ 10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SÍ 10
	A lo largo de su vida:		
C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SÍ 4

¿CODIFICÓ **SÍ** EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

NO	SÍ
RIESGO DE SUICIDIO	
1-5 puntos	Leve <input type="checkbox"/>
6-9 puntos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 puntos	Alto <input type="checkbox"/>

SI **SÍ**, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6) RODEAR CON UN CÍRCULO «SÍ» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO

D. Episodio (hipo)maníaco

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

D1	a	¿Alguna vez ha tenido un período de tiempo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía, o seguro de sí mismo, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere períodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol.)	NO	SÍ	1
<p>SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON «EXALTADO» O «EUFÓRICO», CLARIFIQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA: Lo que queremos decir con «exaltado o «eufórico» es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, en el que los pensamientos se aceleran, en el que se tienen muchas ideas, en el que aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.</p> <p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente «exaltado», «eufórico», o lleno de energía?	NO	SÍ	2
D2	a	¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas?	NO	SÍ	3
<p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente excesivamente irritable?	NO	SÍ	4
¿CODIFICÓ SÍ EN D1a O EN D2a?			⇒ NO	SÍ	

D3 SI D1b O D2b = SÍ: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL
SI D1b Y D2b = NO: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO

Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía, o irritable notó que:

a	¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante?	NO	SÍ	5	
b	¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SÍ	6	
c	¿Hablaba usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle?	NO	SÍ	7	
d	¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?	NO	SÍ	8	
e	¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?	NO	SÍ	9	
f	¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	NO	SÍ	10	
g	¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras, que ignoró los riesgos o consecuencias (p. ej., se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales indiscretas)?	NO	SÍ	11	
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3 (O 4 O MÁS RESPUESTAS SI D1a ES NO [EPISODIO PASADO] O SI D1b ES NO [EPISODIO ACTUAL])?			⇒ NO	SÍ	

¿CODIFICÓ NO EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO	SÍ
EPISODIO HIPOMANÍACO	
ACTUAL	<input type="checkbox"/>
PASADO	<input type="checkbox"/>

¿CODIFICÓ SÍ EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO	SÍ
EPISODIO MANÍACO	
ACTUAL	<input type="checkbox"/>
PASADO	<input type="checkbox"/>

E. Trastorno de angustia

(⇒ SIGNIFICA: RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN E5 Y PASAR DIRECTAMENTE A F1)

E1	a	¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?	⇒ NO	SÍ	1
	b	¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	⇒ NO	SÍ	2
E2		¿Alguna vez estas crisis o ataques o ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	NO	SÍ	3
E3		¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	NO	SÍ	4
E4		Durante la peor crisis que usted puede recordar:			
	a	¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?	NO	SÍ	5
	b	¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	NO	SÍ	6
	c	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SÍ	7
	d	¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?	NO	SÍ	8
	e	¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	NO	SÍ	9
	f	¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	NO	SÍ	10
	g	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?	NO	SÍ	11
	h	¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse?	NO	SÍ	12
	i	¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	NO	SÍ	13
	j	¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SÍ	14
	k	¿Tenía miedo de que se estuviera muriendo?	NO	SÍ	15
	l	¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?	NO	SÍ	16
	m	¿Tenía sofocaciones o escalofríos?	NO	SÍ	17
E5		¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4?	NO	SÍ	
			Trastorno de angustia de por vida		
E6		SI E5 = NO, ¿CODIFICÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4? SI E6 = SÍ, PASAR A F1.	NO	SÍ	
			Crisis actual con síntomas limitados		
E7		¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?	NO	SÍ	18
			Trastorno de angustia actual		

G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

G1	¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estén observando, de ser el centro de atención o temió una humillación? Incluyendo cosas como el hablar en público, comer en público o con otros, el escribir mientras alguien le mira o el estar en situaciones sociales.	⇒ NO	SÍ	1
G2	¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?	⇒ NO	SÍ	2
G3	¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre en ellas?	⇒ NO	SÍ	3
G4	¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia?	NO	SÍ	4

FOBIA SOCIAL
(trastorno de ansiedad social)
ACTUAL

H. Trastorno obsesivo-compulsivo

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, MARCAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

H1	¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas? (p. ej., la idea de estar sucio, contaminado o tener gérmenes, o miedo de contaminar a otros, o temor de hacerle daño a alguien sin querer, o temor que actuaría en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales; o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas)	NO ⇒ H4	SÍ	1
(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL JUEGO, ALCOHOL O ABUSO DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PUDIERA DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PUDIERA QUERER EVITARLA SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS)				
H2	¿Estos pensamientos volvían a su mente aun cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos?	NO ⇒ H4	SÍ	2
H3	¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior?	NO	SÍ	3
			obsesiones	
H4	¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como lavar o limpiar en exceso, contar y verificar las cosas una y otra vez o repetir, coleccionar, ordenar las cosas o realizar otros rituales supersticiosos?	NO	SÍ	4
			compulsiones	
¿CODIFICÓ SÍ EN H3 O EN H4?				
		⇒ NO	SÍ	
H5	¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?	⇒ NO	SÍ	5
H6	¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?	NO	SÍ	6

**TRASTORNO OBSESIVO/
COMPULSIVO**
ACTUAL

I. Estado por estrés postraumático (opcional)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

11	¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física? EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO DE REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATÁSTROFE NATURAL	⇒ NO	SÍ	1
12	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiosa (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vividas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	⇒ NO	SÍ	2
13	En el último mes:			
a	¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?	NO	SÍ	3
b	¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento?	NO	SÍ	4
c	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SÍ	5
d	¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO	SÍ	6
e	¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	NO	SÍ	7
f	¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO	SÍ	8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE 13?	⇒ NO	SÍ	
14	Durante el último mes:			
a	¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO	SÍ	11
d	¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	NO	SÍ	12
e	¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	NO	SÍ	13
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE 13?	⇒ NO	SÍ	
15	¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?			

NO	SÍ	14
ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ACTUAL		

J. Abuso y dependencia de alcohol

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

J1	¿En los últimos 12 meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un período de 3 horas en tres o más ocasiones?	NO	SÍ	1
----	---	----	----	---

J2 En los últimos 12 meses:

- | | | | | |
|---|--|----|----|---|
| a | ¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber? | NO | SÍ | 2 |
| b | ¿Cuando reducía la cantidad de alcohol, temblaban sus manos, sudaba, o se sentía agitado?
¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p. ej., temblores, sudoraciones o agitación)?
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA. | NO | SÍ | 3 |
| c | ¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado? | NO | SÍ | 4 |
| d | ¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado? | NO | SÍ | 5 |
| e | ¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos? | NO | SÍ | 6 |
| f | ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, debido a su consumo de alcohol? | NO | SÍ | 7 |
| g | ¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales? | NO | SÍ | 8 |

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?

NO	⇒ SÍ
DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL	

J3 En los últimos 12 meses:

- | | | | | |
|---|---|----|----|----|
| a | ¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado, o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa?
¿Esto le ocasionó algún problema?
CODIFIQUE SÍ SÓLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS. | NO | SÍ | 9 |
| b | ¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, por ejemplo conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una máquina, etc.)? | NO | SÍ | 10 |
| c | ¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo un arresto, perturbación del orden público? | NO | SÍ | 11 |
| d | ¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas? | NO | SÍ | 12 |

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?

NO	SÍ
ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL	

K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Ahora le voy a enseñar/leer una lista de sustancias ilícitas o medicinas.			
K1	a	¿En los últimos 12 meses, tomé alguna de estas sustancias, en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo?	⇒ NO SÍ

RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:

Estimulantes: anfetaminas, *speed*, cristal, dexedrina, ritalina, píldoras adelgazantes.
Cocaína: inhalada, intravenosa, crack, *speedball*.
Narcóticos: heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodan, Darvon.
Alucinógenos: LSD (ácido), mescalina, peyote, PCP (polvo de ángel, *peace pill*), *psilocybin*, STP, hongos, éxtasis, MDA, MDMA.
Inhalantes: pegamento, éter, óxido nítrico (*laughing gas*), *amyl* o *butyl nitrate* (*poppers*).
Marihuana: hachís, THC, pasto, hierba, mota, *reefer*.
Tranquilizantes: Qualude, Seconal («reds»), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halción, barbitúricos, «Miltown», Tranquimazin, Lexatin, Orfidal.
Otras sustancias: esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra sustancia?
 ESPECIFIQUE LA/S SUSTANCIA/S MÁS USADA/S: _____

b. SI EXISTE USO CONCURRENTE O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUÉ DROGA/CLASE DE DROGA VA A SER EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN:

SÓLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA.	<input type="checkbox"/>
SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA.	<input type="checkbox"/>
CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE. (FOTOCOPIAR K2 Y K3 SEGÚN SEA NECESARIO.)	<input type="checkbox"/>

K2	Considerando su uso de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:			
a	¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla?	NO	SÍ	1
b	¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudaciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor?	NO	SÍ	2
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA				
c	¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	3
d	¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero ha fracasado?	NO	SÍ	4
e	¿Los días que utilizaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas?	NO	SÍ	5
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas?	NO	SÍ	6
g	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?	NO	SÍ	7

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2?
 ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____

NO	⇒ SÍ
DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL	

Considerando su uso de (NOMBRE DE LA CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:

K3	a	¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema? (CODIFIQUE SI, SÓLO SI LE OCASIONÓ PROBLEMAS)	NO	SÍ	8
b	¿Ha estado intoxicado con (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (p. ej., conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, o utilizar una máquina, etc.)?	NO	SÍ	9	
c	¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público?	NO	SÍ	10	
d	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	11	

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3?
 ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____

NO	SÍ
ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL	

L. Trastornos psicóticos

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

PIDA UN EJEMPLO PARA CADA PREGUNTA CONTESTADA AFIRMATIVAMENTE. CODIFIQUE SÍ SOLAMENTE PARA AQUELLOS EJEMPLOS QUE MUESTRAN CLARAMENTE UNA DISTORSIÓN DEL PENSAMIENTO O DE LA PERCEPCIÓN O SI NO SON CULTURALMENTE APROPIADOS. ANTES DE CODIFICAR, INVESTIGUE SI LAS IDEAS DELIRANTES CALIFICAN COMO «EXTRAÑAS» O RARAS.

LAS IDEAS DELIRANTES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI: SON CLARAMENTE ABSURDAS, IMPROBABLES, INCOMPRESIBLES, Y NO PUEDEN DERIVARSE DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA.

LAS ALUCINACIONES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI: UNA VOZ HACE COMENTARIOS SOBRE LOS PENSAMIENTOS O LOS ACTOS DE LA PERSONA, O DOS O MÁS VOCES CONVERSAN ENTRE SÍ.

	Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.			EXTRAÑOS	
L1 a	¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espía, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño? NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO.	NO	SÍ	SÍ	1
b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ = 1.6	2
L2 a	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO	SÍ	SÍ	3
b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ = 1.6	4
L3 a	¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.	NO	SÍ	SÍ	5
b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ = 1.6	6
L4 a	¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO	SÍ	SÍ	7
b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ = 1.6	8
L5 a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. CODIFIQUE SÍ SÓLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUINA O DESTITUCIÓN, ETC.	NO	SÍ	SÍ	9
b	Si SÍ: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO	SÍ	SÍ	10
L6 a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces? LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SÍ A LO SIGUIENTE: Si SÍ: ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?	NO	SÍ	SÍ	11
b	Si SÍ: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SÍ	SÍ	12
L7 a	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.	NO	SÍ	SÍ	13
b	Si SÍ: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SÍ	SÍ	14
BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/a:					
L8 b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	NO	SÍ	SÍ	15
L9 b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?	NO	SÍ	SÍ	16
L10 b	¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGIA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)?	NO	SÍ	SÍ	17
L11	¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»?	NO	SÍ	TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL	
L12	¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»? VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO o ¿CODIFICÓ SÍ EN L11?	NO	SÍ	TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA	
L13 a	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL) o EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?	=	NO	SÍ	
b	SI CODIFICÓ SÍ EN L1Ea: Anteriormente me dijo que usted tuvo un periodo/s en el que se sintió (deprimido[a]/exaltado[a])/particularmente irritable. Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS SI DE L1b a L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los periodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?	NO	SÍ	TRASTORNO DEL ESTADO DE ANIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL	

M. Anorexia nerviosa

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

M1	a	¿Cuál es su estatura?	<input type="checkbox"/> pies	<input type="checkbox"/> pulgadas
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> cm
	b	¿En los últimos 3 meses, cuál ha sido su peso más bajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> libras
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> kg
	c	¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN)?	⇒ NO	SÍ

En los últimos 3 meses:

M2		¿A pesar de su bajo peso, evitaba engordar?	⇒ NO	SÍ	1
M3		¿A pesar de estar bajo peso, temía ganar peso o ponerse gordo/a?	⇒ NO	SÍ	2
M4	a	¿Se consideraba gordo, o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda?	NO	SÍ	3
	b	¿Influyó mucho su peso o su figura en la opinión que usted tenía de sí mismo?	NO	SÍ	4
	c	¿Pensaba usted que su bajo peso era normal o excesivo?	NO	SÍ	5
M5		¿CODIFICÓ SÍ EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE M4?	⇒ NO	SÍ	
M6		SÓLO PARA MUJERES: ¿En los últimos 3 meses, dejó de tener todos sus períodos menstruales, aunque debió tenerlos (cuando no estaba embarazada)?	⇒ NO	SÍ	6

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5 Y M6?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5?

NO	SÍ
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

TABLA UMBRAL DE ESTATURA/PESO MÍNIMO (estatura sin zapatos; peso sin ropa)

Mujer estatura/peso															
Pies/pulgadas	4,9	4,10	4,11	5,0	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	
Libras	84	85	86	87	89	92	94	97	99	102	104	107	110	112	
cm	144,8	147,3	149,9	152,4	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	
kg	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51	
Hombre estatura/peso															
Pies/pulgadas	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	5,11	6,0	6,1	6,2	6,3
Libras	105	106	108	110	111	113	115	116	118	120	122	125	127	130	133
cm	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	180,3	182,9	185,4	188,0	190,5
kg	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

N. Bulimia nerviosa

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

N1	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un período de 2 horas?	⇒ NO	SÍ	7
N2	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?	⇒ NO	SÍ	8
N3	¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?	⇒ NO	SÍ	9
N4	¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, practicar ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua) u otros medicamentos?	⇒ NO	SÍ	10
N5	¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo?	⇒ NO	SÍ	11
N6	¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?	NO ↓ Ir a N8	SÍ	
N7	¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____libras/kg)? (ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA EN EL PARÉNTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN A SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA.)	NO	SÍ	12

N8	¿CODIFICÓ SÍ EN N5 O CODIFICÓ NO EN N7 O SALTÓ A N8?	NO	SÍ	
		BULIMIA NERVIOSA ACTUAL		
	¿CODIFICÓ SÍ EN N7?	NO	SÍ	
		ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL		

O. Trastorno de ansiedad generalizada

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

O1	a	¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	⇒ NO	SÍ	1
	b	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	⇒ NO	SÍ	2
		CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.	NO	⇒ SÍ	3
O2		¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	⇒ NO	SÍ	4
O3		CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS. En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:			
	a	¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?	NO	SÍ	5
	b	¿Se sentía tenso?	NO	SÍ	6
	c	¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	NO	SÍ	7
	d	¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	NO	SÍ	8
	e	¿Se sentía irritable?	NO	SÍ	9
	f	¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?	NO	SÍ	10
		¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?			

NO SÍ

**TRASTORNO
DE ANSIEDAD
GENERALIZADA
ACTUAL**

8.2 Anexo II: Consentimiento Informado

TÍTULO DEL ESTUDIO: “Comorbilidades Psiquiátricas en Pacientes Epilépticos versus No Epilépticos”

INVESTIGADOR RESPONSABLE: Dra. Angela María Ruíz Sandoval

SEDE DONDE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO: Hospital General San Juan de Dios - Consulta Externa de Neurología y Medicina Interna

ESTABLECIMIENTO: Universidad de San Carlos de Guatemala

FACULTAD: Ciencias Médicas/ Escuela de Estudio de Posgrado/ Maestría en Psiquiatría
Usted tiene derecho a una copia de este formulario de consentimiento para pensar sobre su participación en este estudio para discutirlo con familiares o amigos antes de tomar una decisión.

INTRODUCCIÓN: Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación el cual pretende documentar los casos de trastornos psiquiátricos o enfermedades mentales en pacientes con diagnóstico de epilepsia, realizando una comparación con aquellos que no sean epilépticos que padezcan otras condiciones médicas

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: El propósito de la investigación es obtener datos epidemiológicos que determinen la prevalencia de presentar enfermedades psiquiátricas en pacientes epilépticos comparando con pacientes no epilépticos que asistan a la Consulta Externa de Neurología y Medicina Interna del Hospital General San Juan de Dios.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO: Se ha determinado que las patologías psiquiátricas son halladas frecuentemente en pacientes epilépticos, sin embargo, este tipo de enfermedades suele ser poco diagnosticadas y, por tanto, escasamente tratado siendo Guatemala unos de los principales países con subregistro de este tipo de casos.

OBJETIVO DEL ESTUDIO: Determinar el número de casos de pacientes epilépticos que presentan patologías psiquiátricas, tomando en cuenta la patología psiquiátrica más común.

PARTICIPANTES DEL ESTUDIO: Pacientes que asistan a la Consulta Externa de Medicina Interna y Neurología del Hospital General San Juan de Dios quienes no presenten discapacidad intelectual ni barrera lingüística.

PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO: El estudio se llevará a cabo mediante la realización de la Entrevista Clínica Neuropsiquiátrica Internacional del DSM IV en los participantes del estudio.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO: El beneficio principal del estudio es proveer nuevos conocimientos científicos y epidemiológicos para Guatemala, no se posee un beneficio en particular para los participantes del mismo.

RIESGOS DEL ESTUDIO: A juicio de los investigadores del estudio, su participación dentro de este no conlleva ningún tipo de riesgo físico, psicológico o legal o de ninguna otra clase de naturaleza.

TIEMPO: La evaluación se realizará en una sola ocasión, la duración de la entrevista es de aproximadamente 15 a 20 minutos.

COSTOS: Su participación en esta investigación no generará ningún costo económico para usted, su familia o allegados.

CONFIDENCIALIDAD Y ALMACENAMIENTO DE INFORMACIÓN: Toda la información recolectada durante la realización de este estudio será protegida, no se revelará ningún dato personal en la presentación del informe final de la misma.

VOLUNTARIEDAD: Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted puede decidir su participación en este proyecto, sin verse comprometida la atención que recibe por parte del Hospital General San Juan de Dios. Así como, tener la libertad de retirarse de dicho estudio en cualquier momento de considerarse conveniente. El retirarse no implica ninguna consecuencia para usted.

PREGUNTAS/ INFORMACIÓN: Si durante el transcurso de la investigación, surge información relevante para seguir participando en el estudio, el investigador se compromete a brindarle esta.

COMITÉ ÉTICO Y CIENTÍFICO: El Comité Ético y Científico de la Universidad de San Carlos de Guatemala al igual que el Comité del Hospital de Salud Mental y del Hospital General San Juan de Dios revisó y avaló la realización de este estudio. Dicho comité está constituido por un grupo de personas independientes del estudio que evalúa el cumplimiento de la normativa ética nacional e internacional para asegurar la protección de los derechos, la seguridad y bienestar de los seres humanos involucrados en la investigación.

DERECHOS DE LOS PARTICIPANTES: He leído, comprendido y discutido la información anterior con el investigador responsable del estudio y mis preguntas han sido respondidas de forma satisfactoria.

Mi participación en este estudio es voluntaria, podré renunciar a participar en cualquier momento, sin causa y responsabilidad alguna.

He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos y/o educativos. Acepto participar en este estudio de investigación.

Firma del participante

Fecha:

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede el permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: **“Prevalencia de comorbilidades psiquiátricas en pacientes epilépticos versus no epilépticos”** para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea de cualquier otro motivo diferente al que señala lo que conduzca a su producción o comercialización total o parcial.