

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE MEDICINA



“PREVALENCIA E IMPACTO DE SÍNTOMAS AFECTIVOS SOBRE LA
CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA SALUD EN PACIENTES CON
EPILEPSIA”

Por

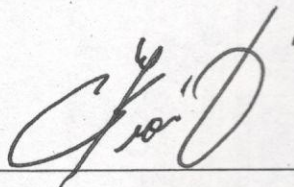
DRA. MARIANA HOYOS DE LA GARZA

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

FEBRERO, 2018

**“PREVALENCIA E IMPACTO DE SÍNTOMAS AFECTIVOS SOBRE LA
CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA SALUD EN PACIENTES CON
EPILEPSIA”**

Aprobación de la tesis:



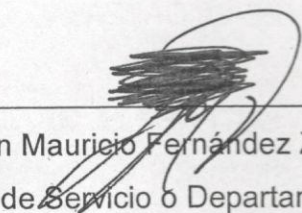
Dr. Rolando E. de León Luévano
Director de la tesis



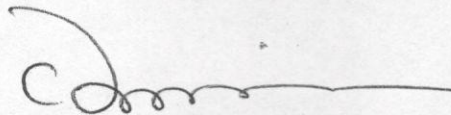
Dr. Alfredo B. Cuellar Barboza
Coordinador de Enseñanza



Dr. Erasmo Saucedo Uribe
Coordinador de Investigación



Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano
Jefe de Servicio o Departamento



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE MEDICINA



“PREVALENCIA E IMPACTO DE SÍNTOMAS AFECTIVOS SOBRE LA
CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA SALUD EN PACIENTES CON
EPILEPSIA”

Por

DRA. MARIANA HOYOS DE LA GARZA

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

FEBRERO, 2018

**“PREVALENCIA E IMPACTO DE SÍNTOMAS AFECTIVOS SOBRE LA
CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA SALUD EN PACIENTES CON
EPILEPSIA”**

Aprobación de la tesis:

Dr. Rolando E. de León Luévano
Director de la tesis

Dr. Alfredo B. Cuellar Barboza
Coordinador de Enseñanza

Dr. Erasmo Saucedo Uribe
Coordinador de Investigación

Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano
Jefe de Servicio o Departamento

Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

DEDICATORIA

De manera especial a mi esposo, que me acompaña e impulsa con mucho amor y que antes que yo, él me sabe capaz.

A mis padres, por su apoyo incondicional en sus diferentes y particulares maneras, con porras, abrazos y sobremesa. A mis hermanos, por enseñarme a competir y reír.

A mis amigas, que sin el balance que aportan a mi vida, nada sería posible. La felicidad y seguridad que me dan es mi motivación.

Y por último las que me guiaron y enseñaron a lograrlo gozando, mi Levedad.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco, sinceramente, al Dr. Rolando de León, por su dedicación y enseñanza como mi tutor y profesor desde el inicio de mi residencia. También le doy gracias al Dr. Carlos R. Cámara Lemarroy, mi co-director de tesis, por todo su apoyo, destreza y guía en este proceso de investigación. A el Dr. Cesar E. Luna Gurrola y la Lic. Lucero Sáenz Ibarra, por su paciencia y motivación, les agradezco.

A todos mis maestros que estuvieron involucrados en mi entrenamiento como especialista estos cuatro años; gracias por su aliento, tiempo y orientación.

Especialmente agradezco a mis pacientes, quienes pusieron su confianza en mí y juntos crecimos. Gracias.

TABLA DE CONTENIDO

| | Página |
|---------------------------------|---------------|
| Capítulo I | |
| 1. RESUMEN..... | 7 |
| Capítulo II | |
| 2.INTRODUCCIÓN..... | 8 |
| Capítulo III | |
| 3. HIPÓTESIS..... | 10 |
| Capítulo IV | |
| 4. OBJETIVOS..... | 11 |
| Capítulo V | |
| 5. MATERIAL Y MÉTODOS..... | 12 |
| Capítulo VI | |
| 6. RESULTADOS..... | 16 |
| Capítulo VII | |
| 7. DISCUSIÓN..... | 20 |
| Capítulo VIII | |
| 8. CONCLUSIÓN..... | 21 |
| Capítulo IX | |
| 9. ANEXOS..... | 22 |
| Capítulo X | |
| 10. BIBLIOGRAFÍA..... | 35 |
| Capítulo XI | |
| 11. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO..... | 37 |

ÍNDICE DE TABLAS

| Tabla | Página |
|---|---------------|
| 1. Datos demográficos..... | 16 |
| 2. Resultados en instrumentos aplicados. | 17 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| Figura | Página |
|---|---------------|
| 1. Gráfica de resultados en calidad de sueño entre grupos..... | 17 |
| 2. Gráfica de resultados de síntomas depresivos entre grupos..... | 18 |
| 3. Gráfica de resultados de síntomas ansiosos entre grupos..... | 19 |

CAPÍTULO I

RESUMEN

La epilepsia se ha asociado con otras enfermedades psiquiátricas, como depresión y ansiedad, alteraciones cognitivas y alteraciones en el sueño. Estas comorbilidades son poco reconocidas y rara vez tratadas en pacientes epilépticos, y tienen un impacto negativo en la calidad de vida. El objetivo del estudio es determinar la prevalencia de síntomas afectivos en pacientes con epilepsia (PCE) y compararlos con un grupo control sano. Se reclutaron pacientes con diagnóstico de epilepsia de la consulta externa de neurología del Hospital Universitario José E. González. Se investigaron 64 casos de pacientes con epilepsia y 64 controles sanos equiparables en edad y sexo.

Los resultados obtenidos fueron para prevalencia; depresión 21.9%, 16.6% y para ansiedad 14.1%, 1.6% en PCE y sanos respectivamente ($p < 0.0001$ en todos los casos).

Estos hallazgos demuestran la importancia de realizar el diagnóstico oportuno, y llevar hacia el tratamiento integral de la sintomatología psiquiátrica en pacientes con epilepsia, ya que es evidente el impacto negativo en la calidad de vida.

CAPÍTULO II

INTRODUCCIÓN

La epilepsia es una enfermedad crónica de un impacto epidemiológico importante en nuestro país y el mundo. Se estima que la prevalencia de la epilepsia es cercana a 10-20 casos por cada 1,000 habitantes (García Pedroza 2010), aunque hay variaciones entre grupos de edad, tipos de población y el país estudiado. La epilepsia es una enfermedad compleja, que lejos de afectar solamente el estado neurológico del paciente, tiene un impacto negativo sobre aspectos bio-psico-sociales diversos. Algunas alteraciones afectivas o cognitivas que suelen acompañar a la epilepsia a veces tienen impactos negativos mayores sobre la calidad de vida que la tasa de crisis convulsivas misma (Beghi, 2016). Por lo tanto, estas comorbilidades requieren de mayor atención y estudio.

La epilepsia además se ha asociado con otras enfermedades psiquiátricas/funcionales, como depresión, alteraciones cognitivas, alteraciones en el sueño y migraña. Estas comorbilidades son poco reconocida y rara vez tratadas en pacientes epilépticos, y pueden afectar el riesgo de suicidio, el reporte de eventos adversos asociada a medicamentos y la calidad de vida (Taylor, Sander, Taylor y Baker, 2011)

La epilepsia y el sueño son compañeros de cama, y se sabe que un gran porcentaje de pacientes con epilepsia tienen trastornos del sueño. El mecanismo es multifactorial. El insomnio y la somnolencia diurna son más frecuentes en pacientes epilépticos que en la población sana, y pueden causar depresión y ansiedad (Gigg-Dramberger 2014). Estas alteraciones pueden ser tanto causa como consecuencia de descontrol epiléptico, y la cronobiología de la epilepsia es un área intensa de investigación actualmente. Más del 15% de los pacientes epilépticos tienen mala higiene

del sueño, y esto se asocia a una peor calidad de vida, siendo más severa en pacientes jóvenes (Beghi, 2016).

La ansiedad y la depresión también son muy frecuentes en pacientes epilépticos. Se cree que puede haber alteraciones afectivas (depresión y ansiedad) en 30-50% de todos los pacientes epilépticos en algún momento en su vida, haciendo de estas una de las más comunes comorbilidades. Además de tener una alta incidencia de depresión, los pacientes epilépticos deprimidos tienen más alteraciones del sueño en comparación con los no deprimidos (Derry y Duncan, 2013). La severidad de la depresión es tal en algunos casos de pacientes epilépticos que se ha encontrado ideación suicida en hasta 13% de los pacientes (Kanner, Schachter y Barry, 2012; Kwon y Park, 2014). Los factores que contribuyen a las altas tasas de ansiedad en pacientes epilépticos incluyen pobre estado de salud en general, preocupación por convulsiones y efectos medicamentosos (Lopez-Gómez, Espinola, Ramírez-Bermudez, Martínez-Juarez y Sosa, 2008). La ansiedad también contribuye a alteraciones en el sueño y en la calidad de vida.

La epilepsia no es la única enfermedad neurológica que se asocia a comorbilidades psiquiátricas/funcionales como la ansiedad, depresión y alteraciones del sueño. La migraña, la enfermedad cerebrovascular y las enfermedades neurodegenerativas también tienen esa característica. Sin embargo, el estudio de la relación entre estas comorbilidades con la calidad de vida en la epilepsia es importante, para guiar el manejo multidisciplinario de estos pacientes. En este estudio se propone estudiar la prevalencia y el impacto de síntomas depresivos, ansiosos y del sueño sobre la calidad de vida en pacientes con epilepsia.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

Hipótesis

H1. Tendrá una mayor prevalencia de síntomas afectivos en pacientes epilépticos en comparación con un grupo control sano y estos se correlacionaran con una peor calidad de vida asociada a la salud.

H0. No se identificará una diferencia en síntomas afectivos en pacientes epilépticos en comparación con un grupo control sano y estos no se correlacionaran con una peor calidad de vida asociada a la salud.

CAPÍTULO IV

OBJETIVOS

1. Determinar la prevalencia de síntomas afectivos (depresión y ansiedad) en pacientes con epilepsia y compararlos con un grupo control sano, por medio de escalas auto aplicables ya validadas.

2. Determinar el impacto de los síntomas afectivos sobre la calidad de vida asociada a la salud en pacientes epilépticos.

3. Determinar la prevalencia e impacto de índices auto-reportados de sueño en pacientes epilépticos.

CAPÍTULO V

MATERIAL Y MÉTODOS

Enfoque de investigación

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo por medio de instrumentos de evaluación psicológica con resultados numéricos para analizar estadísticamente. Con dicho enfoque se realizó una descripción de la realidad a estudiar y una concepción objetiva de las variables involucradas.

Diseño de investigación

Estudio observacional, transversal, prospectivo, analítico comparativo por medio de escalas auto aplicables, inventarios de Beck para depresión y ansiedad, índice de calidad de sueño de Pittsburg e índice de calidad de vida en epilepsia.

Población y muestra

Pacientes epilépticos reclutados de la consulta externa de neurología del Hospital Universitario "José E. González". Voluntarios sanos, pareados por edad y sexo, obtenidos de familiares de pacientes que acuden a la consulta externa de neurología, como grupo control.

Muestreo. En un estudio de escalas. La variable continua es la calificación en la escala. Esperando coeficiente de correlación de 0.7 (más de 0.5 es bueno) entre las escalas, con un alfa de 0.05 y un beta (poder) de 0.2, el tamaño de muestra de 85 pacientes. Considerando una pérdida de 10%, se espera reclutar un total de 100 pacientes.

Los criterios de inclusión para la muestra son los siguientes:

1. Casos identificados con el diagnóstico de cualquier tipo de epilepsia.

2. Con estudios completos incluyendo electroencefalograma, estudio de imagen cerebral (tomografía o resonancia magnética).
3. Mayores de 18 años.
4. Sin comorbilidades neoplásicas.
5. Sin un diagnóstico psiquiátrico previo de cualquier tipo.
6. Sin uso de psicofármacos en el últimos 12 meses.
7. Uso actual de drogas o alguna toxicomanía.

Los criterios de exclusión para la muestra son los siguientes:

1. Pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión
2. Que no puedan llenar las encuestas requeridas (limitación cognitiva, limitación funcional, secuelas neurológicas graves).
3. Origen de epilepsia una causa lesión masiva del encéfalo.

Instrumentos y técnicas de medición

Datos demográficos. Al inicio de la evaluación se solicitaran al paciente datos demográficos como: edad, estado civil, estatus laborales y escolaridad.

Inventario de Depresión de Beck. Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) de Beck, Steer y Brown, para evaluar la intensidad de los síntomas depresivos. Se trata de un cuestionario auto aplicado de 21 ítems que se puntúan sobre una escala Likert de 4 opciones (0 a 3); la puntuación total varía de 0 a 63. Los puntos de corte utilizados para graduar la intensidad de los síntomas depresivos son los siguientes: 0-13 puntos: no depresión; 14-19 puntos: depresión leve; 20-28 puntos: depresión moderada, y 29-63 puntos: depresión severa (Beck, Steer y Brown, 1996; Sanz, Perdigón y Vazquez, 2003).

Inventario de Ansiedad de Beck. Inventario de Ansiedad de Beck-II (BDI-II) de Beck, para evaluar la intensidad de los síntomas de ansiedad. Se trata de un cuestionario auto aplicado de 21 ítems que se puntúan sobre una escala Likert de 4 opciones (0 a 3); la puntuación total varía de 0 a 63 (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988; Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001).

Escala de calidad de vida en la epilepsia (QOLIE-10). El cuestionario QOLIE-10 puede proporcionar información muy importante al profesional de la salud en lo que concierne a las demandas y preocupaciones del paciente con epilepsia y al mismo tiempo es un método rápido y sencillo para evaluar su calidad de vida. Este cuestionario fue diseñado a partir del QOLIE-31. Consta de 10 ítems y se divide en dimensiones generales y específicas agrupadas en tres factores en su versión original: «Efectos de la epilepsia» (memoria, efectos físicos y mentales de la medicación), «Salud mental» (energía, depresión, calidad de vida general) y «Funcionamiento social» (preocupación por las crisis, trabajo, conducción, limitaciones sociales). El período de tiempo al que se refieren las preguntas es «durante las pasadas 4 semanas». La calificación se convierte matemáticamente a una escala 0-100 donde calificaciones más altas indican mejor calidad de vida (Barriga, Barrera y Morales, 2008).

Índice de calidad de sueño de Pittsburgh. El índice de calidad del sueño de Pittsburgh (Pittsburgh sleep quality index - PSQI), versión española, proporciona una puntuación global de la calidad del dormir y puntuaciones parciales en 7 distintos componentes. La puntuación global tiene un rango de 0 a 21 y un puntaje mayor a 5 indica que el encuestado tiene mala calidad del sueño, por lo que es calificado como mal durmiente (Jiménez-Genchi et al, 2008; Sierra, Guillen-Serrano y Santos-Iglesias, 2008).

Consideraciones éticas

La investigación será de forma confidencial y anónima, solo se utilizarán los datos que se proporcionen en la evaluación. En caso de que se requiera del uso de datos para efectos de publicación en investigación se buscará la autorización escrita de los participantes o se adaptará para continuar preservando su confidencialidad.

Los pacientes quienes sus escalas muestran que presentan síntomas psiquiátricos leves a moderados fueron dirigidos al Departamento

de Psiquiatría para una consulta de valoración y seguimiento por parte de los médicos especialistas. En caso de que los síntomas manifestados en las escalas sean severos; el paciente será canalizado al área de Shock Trauma donde será evaluado por el médico psiquiatra de guardia; con el objetivo de obtener una valoración más profunda y el mejor tratamiento a la brevedad.

Plan de análisis de datos

Se creó una base de datos utilizando el software Microsoft Office Excel. Asimismo, se realizó los análisis estadísticos a través del software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS v21.0), a partir de comparación de medias por medio de la prueba t y la Chi-cuadrada, además de correlacionar los resultados en las escalas por medio del coeficiente de Pearson, se tomó una $p < 0.05$ para comprobar la significancia de los datos.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

Se recolectaron los datos relacionados a las características de la población, la siguiente tabla se observan las frecuencias y porcentajes. Con una mayor presencia de murejes en la población sana, de solteros, sin actividad laboral y con escolaridad entre primaria, secundaria y preparatoria.

Tabla 1. Datos demográficos

| Variable | Frecuencia | Porcentaje | Media | Desviación estándar |
|-----------------|-------------------|-------------------|--------------|----------------------------|
| Edad | - | - | 34.14 | 12.73 |
| Epilepsia | | | | |
| Femeninas | 28 | 43.8 | - | - |
| Masculinos | 28 | 43.8 | - | - |
| Sin datos | 8 | 12.5 | - | - |
| Sanos | | | | |
| Femeninas | 44 | 68.8 | - | - |
| Masculinos | 20 | 31.3 | - | - |
| Estado Civil | | | | |
| Soltero | 28 | 43.8 | - | - |
| Casado | 16 | 25.0 | - | - |
| Unión libre | 7 | 10.9 | - | - |
| Divorciado | 2 | 3.1 | - | - |
| Viudo | 1 | 1.6 | - | - |
| Sin datos | 10 | 15.6 | - | - |
| Estatus laboral | | | - | - |
| Si | 17 | 26.6 | - | - |
| No | 37 | 57.8 | - | - |
| Sin datos | 10 | 15.6 | - | - |
| Escolaridad | | | - | - |
| Primaria | 13 | 20.3 | - | - |
| Secundaria | 22 | 34.4 | - | - |
| Preparatoria | 12 | 18.8 | - | - |
| Técnica | 2 | 3.1 | - | - |
| Licenciatura | 3 | 4.7 | - | - |
| Analfabeta | 2 | 3.1 | - | - |
| Sin datos | 10 | 15.6 | - | - |

La tabla de resultados en instrumentos aplicados (Ver tabla 2), a partir de una prueba-*t*, se reportaron diferencias significativas entre la población de pacientes con epilepsia y pacientes sanos en calidad de vida reportada y síntomas depresivos. Con mayor calidad de vida en pacientes (M=87.98) y menos síntomas depresivos reportados (M=6.77) en pacientes sanos, en comparación con el grupo con epilepsia con menor calidad de vida (M=22.84; $p<0.0001$) y mayor síntomas depresivos reportados (M_E=11.72; $p<0.0001$).

Tabla 2. Resultados en instrumentos aplicados.

| Grupo | | Media | Desviación estándar | P |
|----------------------|-----------|--------------|----------------------------|----------|
| Calidad de vida | EPILEPSIA | 22.84 | 8.134 | <0.0001 |
| | SANOS | 87.98 | 11.183 | |
| Calidad en suelo | EPILEPSIA | 4.80 | 4.448 | 0.353 |
| | SANOS | 4.70 | 2.985 | |
| Síntomas depresivos | EPILEPSIA | 11.72 | 9.154 | <0.0001 |
| | SANOS | 6.77 | 6.599 | |
| Síntomas de ansiedad | EPILEPSIA | 9.98 | 12.014 | 0.390 |
| | SANOS | 5.86 | 5.729 | |

A partir de un análisis de Chi cuadrada, se compara el número de frecuencias entre pacientes sanos y con epilepsia en los diferentes inventarios aplicados, según el cuadro clínico que manifestaran.

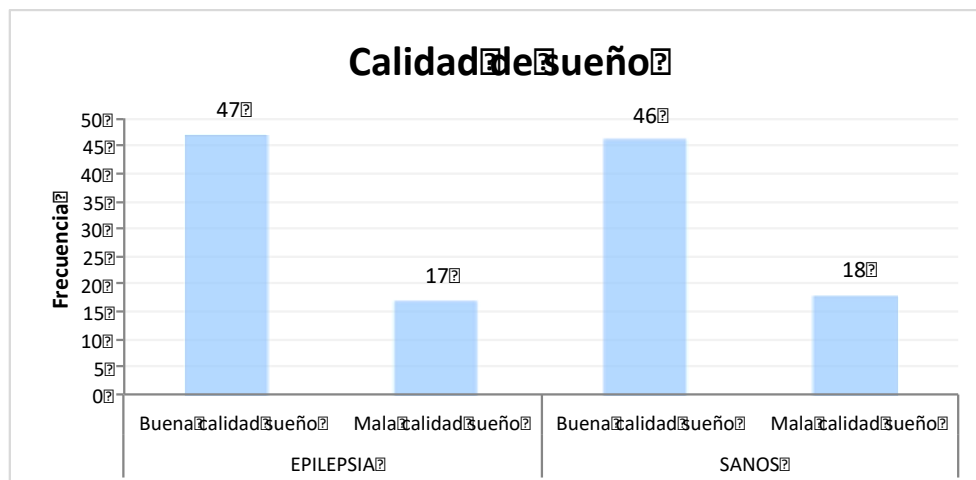


Figura 1. Gráfica de resultados en calidad de sueño entre grupos.

La Figura 1 ilustra la uniformidad con la que se comportan los datos referentes a la calidad del sueño, sin haber diferencias entre el grupo sano y con epilepsia. Además de que los resultados generales, reportan una correlación negativa entre la calidad de vida de los pacientes y los síntomas de epilepsia. Lo que refiere que a mayor sintomatología neurológica, menor es la calidad de vida reportada ($r=-0.86$; $p<0.0001$). Específicamente, en pacientes que reportaban polifarmacia.

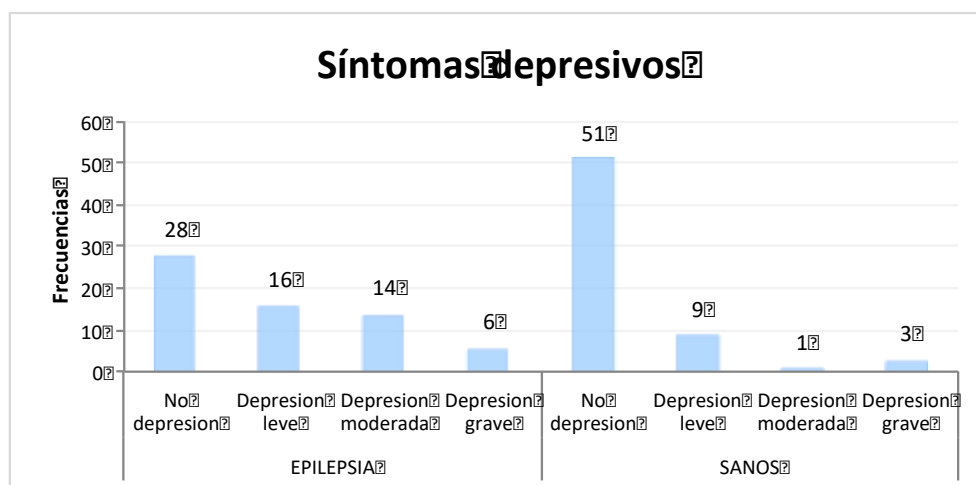


Figura 2. Gráfica de resultados de síntomas depresivos entre grupos.

En la Figura 2, se observa que en pacientes sanos (79.9%), se reportan significativamente más pacientes “Sin depresión” que en el grupo

experimental (43.8%), $p < 0.001$ diferencia significativa entre la “depression moderada” 21.9% vs 1.6% $p < 0.0001$. Así mismo, se reporta una correlación positiva entre el total de depresión reportado y síntomas de epilepsia ($r = 0.319$; $p < 0.0001$)

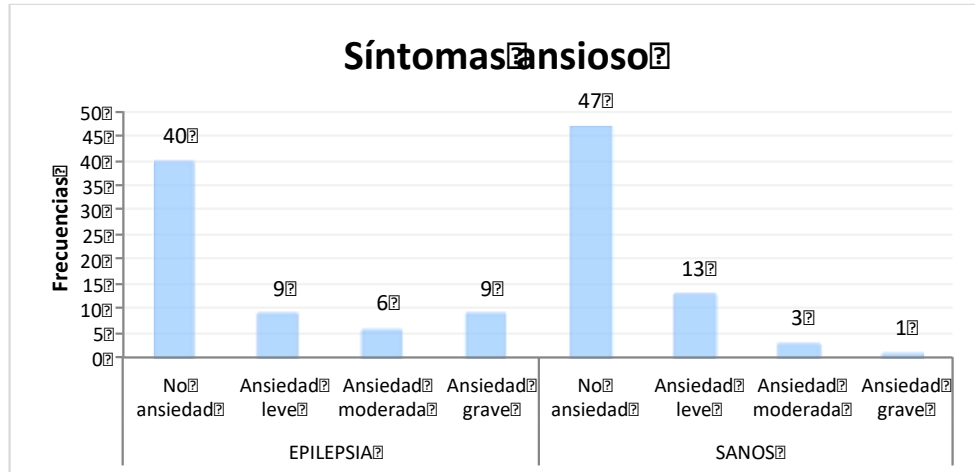


Figura 3. Gráfica de resultados de síntomas ansiosos entre grupos.

En la Figura 3, se observa que en pacientes sanos (1.6%), se reportan significativamente menos pacientes con “Ansiedad grave” que en el grupo experimental (14.1%), $p < 0.001$.

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN

En el estudio se observaron mayor prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en pacientes con epilepsia en comparación con los pacientes sanos. Lo cual coincide con lo que mencionan Kanner, Schachter y Barry (2012) y Kwon y Park (2014), sobre cómo la depresión y ansiedad son las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes en pacientes con epilepsia. En el estudio se reporta una prevalencia de 56.3% de pacientes epilépticos con depresión y 37.6% con ansiedad, lo cual coincide con datos reportados por Lopez-Gómez, Espinola, Ramírez-Bermudez, Martínez-Juarez y Sosa (2008).

Por otra parte, no se encontraron datos referentes al sueño como insomnio o pobre calidad en el dormir. Esto pareciera ser un fenómeno más complejo de estudiar, ya que se asocia más a estados de somnolencia durante el día como comentan Derry y Duncan (2013).

Se encontraron correlaciones positivas entre síntomas depresivos y ansiosos, con una pobre calidad de vida en pacientes con epilepsia, como mencionaban Taylor, Sander, Taylor y Baker (2011) y Kanner, Schachter y Barry (2012). Por otra parte, no se encontraron datos demográficos asociados a la calidad de vida, estudios sugerían que el género (Alanis-Guevara et al, 2005), el empleo (Hagg et al, 2010) y la edad (Alonso-Vanegas et al, 2013).

El factor más determinante sobre una calidad de vida pobre, fue el uso de polifarmacia, como se había previamente reportado por Kwan et al (2009), Hagg et al (2010) y Park et al (2010), aunque continua como un tema controversial.

CAPÍTULO VIII

CONCLUSIÓN

En conclusión, los pacientes con epilepsia reportan mayores síntomas depresivos y ansioso a comparación de personas sanas. La presencia de estos síntomas, junto con problemas en el sueño y un uso significativo de polifarmacia, pareciera tener un impacto negativo en la calidad de vida de dichos pacientes. Una buena atención del padecimiento neurológico, parte de identificar a tiempo las comorbilidades psiquiátricas previamente mencionadas, establecer su intervención como prioridad para el tratamiento del paciente. De ser posible, analizar y reducir el número de fármacos, a lo más indispensable para mejorar la calidad de vida del paciente.

CAPÍTULO IX

ANEXOS

A. Inventario de Depresión de Beck.

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

1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mi.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

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

10. Llanto

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

11. Agitación

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

12. Pérdida de Interés

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

13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso

1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.

2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1a. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3a. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

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

18. Cambios en el Apetito

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

19. Dificultad de Concentración

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

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

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

- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

B. Inventario de Ansiedad de Beck.

| INSTRUCCIONES. A continuación hay una serie de afirmaciones, se le pide las lea con atención y conteste que tan de acuerdo esta a cada una de ellas. | En Absoluto | Levemente | Moderadamente | Severamente |
|--|-------------|-----------|---------------|-------------|
| 1. Torpe o entumecido | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Acalorado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Con temblor en las piernas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Incapaz de relajarse | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Con temblor a que ocurra lo peor. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Mareado, o que se le va la cabeza. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Inestable. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Atemorizado o asustado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Nervioso. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Con sensación de bloqueo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Con temblores en las manos. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Inquieto, inseguro. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Con miedo a perder el control. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Con sensación de ahogo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Con temor a morir. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Con miedo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Con problemas digestivos. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Con desvanecimientos. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Con rubor facial. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Con sudores, fríos o calientes. | 0 | 1 | 2 | 3 |

C. Escala de calidad de vida en la epilepsia (QOLIE-10).

1. ¿Cuántas veces durante la últimas 4 semanas se sintió lleno de vitalidad?

Siempre Casi siempre Algunas veces Solo alguna vez Nunca

2. ¿Cuántas veces durante la últimas 4 semanas se sintió desanimado y triste?

Siempre Casi siempre Algunas veces Solo alguna vez Nunca

3. ¿Cuántas veces durante la últimas 4 semanas le ha causado su epilepsia o medicación antiepiléptica problemas para desplazarse?

Muchísimos Muchos Algunos Pocos Ninguno

¿Durante las últimas cuatro semanas ha tenido problemas relacionados con....

4. ¿Dificultades de memoria?

Muchísimos Muchos Algunos Pocos Ninguno

5. ¿Limitaciones en el trabajo?

Muchísimos Muchos Algunos Pocos Ninguno

6. ¿Limitaciones en la vida social?

Muchísimos Muchos Algunos Pocos Ninguno

7. ¿Efectos físicos de la medicación antiepiléptica?

Muchísimos Muchos Algunos Pocos Ninguno

8. ¿Efectos mentales de la medicación antiepiléptica?

Muchísimos Muchos Algunos Pocos Ninguno

9. ¿Le da miedo sufrir un ataque durante las próximas cuatro semanas?

Muchísimo miedo Mucho miedo Bastante miedo No mucho miedo Nada de miedo

10. ¿Qué tal ha sido su calidad de vida durante las últimas cuatro semanas?

1 Muy bien; difícilmente hubiera podido irme mejor.

2 Bastante bien

3 Bien y mal en partes iguales

4 Bastante mal

5. Muy mal; difícilmente hubiera podido irme peor.

D. Índice de calidad de sueño de Pittsburg.

INSTRUCCIONES: Las siguientes cuestiones hacen referencia a tus **hábitos de sueño sólo durante el último mes**. Tus respuestas deben **reflejar fielmente lo ocurrido la mayoría de días y noches del último mes**. Por favor contesta a todas las preguntas.

1. Durante el último mes, ¿a qué hora solías acostarte por la noche?

HORA HABITUAL DE ACOSTARSE: _____

2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo (en minutos) te ha costado quedarte dormido después de acostarte por las noches?

NUMERO DE MINUTOS PARA CONCILIAR EL SUEÑO: _____

3. Durante el último mes, ¿a qué hora te has levantado habitualmente por la mañana?

HORA HABITUAL DE LEVANTARSE: _____

4. Durante el último mes, ¿cuántas horas de sueño real has mantenido por las noches? (puede ser diferente del numero de horas que estuviste acostado)

HORAS DE SUEÑO POR NOCHE: _____

Para cada una de las cuestiones siguientes, selecciona la respuesta más adecuada a tu situación. Por favor contesta todas las preguntas de detrás de la página.

5. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia has tenido un sueño alterado a consecuencia de....?

(a) no poder conciliar el sueño después de 30 minutos de intentarlo:

No me ha ocurrido Menos de una vez Una o dos veces a Tres o más veces

durante el último mes a la semana la semana a la semana

(b) despertarse en mitad de la noche o de madrugada:

No me ha ocurrido durante el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana

(c) tener que ir al baño:

No me ha ocurrido durante el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana

(d) no poder respirar adecuadamente:

No me ha ocurrido durante el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana

(e) tos o ronquidos:

No me ha ocurrido durante el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana

(f) sensación de frío:

No me ha ocurrido durante el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana

(g) sensación de calor:

| | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| No me ha ocurrido durante el último mes | Menos de una vez a la semana | Una o dos veces a la semana | Tres o más veces a la semana |
|---|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|

(h) pesadillas:

| | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| No me ha ocurrido durante el último mes | Menos de una vez a la semana | Una o dos veces a la semana | Tres o más veces a la semana |
|---|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|

(i) sentir dolor:

| | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| No me ha ocurrido durante el último mes | Menos de una vez a la semana | Una o dos veces a la semana | Tres o más veces a la semana |
|---|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|

(j) otra causa(s), describir: _____

¿Con qué frecuencia ha tenido un sueño alterado a consecuencia de este problema?

| | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| No me ha ocurrido durante el último mes | Menos de una vez a la semana | Una o dos veces a la semana | Tres o más veces a la semana |
|---|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|

6. Durante el último mes, ¿cómo calificarías, en general, la calidad de tu sueño?

| | | | |
|-----------|----------------|---------------|----------|
| Muy buena | Bastante buena | Bastante mala | Muy mala |
|-----------|----------------|---------------|----------|

7. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia tuviste que tomar medicinas (prescritas o automedicadas) para poder dormir?

| | | | |
|-------------------|------------------|-------------------|------------------|
| No me ha ocurrido | Menos de una vez | Una o dos veces a | Tres o más veces |
|-------------------|------------------|-------------------|------------------|

durante el último mes a la semana la semana a la semana

8. Durante el último mes ¿con qué frecuencia tuviste dificultad para mantenerte despierto mientras conducías, comías o desarrollabas alguna actividad social?

No me ha ocurrido durante el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana

9. Durante el último mes ¿cómo de problemático ha resultado para ti el mantener el entusiasmo por hacer las cosas?

No ha resultado problemático en absoluto Sólo ligeramente problemático Moderadamente problemático Muy problemático

10. ¿Tiene pareja o compañero/a de habitación?

No tengo pareja ni compañero/a de habitación Si tengo pero duermo en otra habitación Si tengo, pero duermo en la misma habitación y distinta cama Si tengo y duermo en la misma cama.

Si tienes pareja o compañero/a de habitación con el que duermes, con qué frecuencia, durante el último mes, te ha dicho que has tenido...

(a) ronquido fuertes

| | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| No me ha ocurrido durante el último mes | Menos de una vez a la semana | Una o dos veces a la semana | Tres o más veces a la semana |
|---|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|

(b) largas pausas entre las respiraciones mientras dormía

| | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| No me ha ocurrido durante el último mes | Menos de una vez a la semana | Una o dos veces a la semana | Tres o más veces a la semana |
|---|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|

(c) temblor o sacudidas de las piernas mientras dormía

| | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| No me ha ocurrido durante el último mes | Menos de una vez a la semana | Una o dos veces a la semana | Tres o más veces a la semana |
|---|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|

(d) episodios de desorientación o confusión durante el sueño

| | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| No me ha ocurrido durante el último mes | Menos de una vez a la semana | Una o dos veces a la semana | Tres o más veces a la semana |
|---|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|

(e) otro tipo de trastorno mientras dormía, por favor descríbelo:_____

| | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| No me ha ocurrido durante el último mes | Menos de una vez a la semana | Una o dos veces a la semana | Tres o más veces a la semana |
|---|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|

CAPÍTULO X

BIBLIOGRAFÍA

- Alanis-Guevara I, Peña E, Corona T, López-Ayala T, López-Meza E, López-Gómez M (2005) Sleep disturbances, socioeconomic status, and seizure control as main predictors of quality of life in epilepsy. *Epilepsy Behav* 7:481–485
- Alonso-Vanegas MA, Cisneros-Franco JM, Castillo-Montoya C, Martínez-Rosas AR, Gómez-Pérez ME, Rubio-Donnadieu F (2013) Self-reported quality of life in pharmaco-resistant temporal lobe epilepsy: correlation with clinical variables and memory evaluation. *Epileptic Disord.* 15:263–271
- Barriga J, Barrera S, Morales MD (2008) Validación de la versión española del cuestionario de calidad de vida en epilepsia QOLIE-10. *Neurología* 23:157–167
- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA (1988) An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psych* 56:893–897
- Beck AT, Steer RA, Brown GK (1996) Beck Depression Inventory: second edition manual. The Psychological Corporation, San Antonio, TX
- Beghi E (2016) Addressing the burden of epilepsy: many unmet needs. *Pharmacol Res* 107:79–84
- Derry CP, Duncan S (2013) Sleep and epilepsy. *Epilepsy Behav* 26: 394–404
- García-Pedroza F, Millán R, Peñaloza Y (2010) Epidemiología clínica de la epilepsia. *Rev Mex Neuroci* 11:82–102
- Grigg-Damberger MM, Ralls F (2014) Sleep disorders in adults with epilepsy: past, present, and future directions. *Curr Opin Pulm Med* 20:542–549
- Haag A, Strzelczyk A, Bauer S, Kühne S, Hamer HM, Rosenow F (2010) Quality of

life and employment status are correlated with antiepileptic monotherapy versus polytherapy and not with use of Bnewer[^] versus Bclassic[^] drugs: results of the Bcompliant 2006[^] survey in 907 patients. *Epilepsy Behav* 19:618–622

Jiménez-Genchi A, Monteverde-Maldonado E, Nenclares- Portocarrero A, Esquivel-Adame G, de la Vega-Pacheco A (2008) Reliability and factorial analysis of the Spanish version of the Pittsburgh Sleep Quality Index among psychiatric patients. *Gac Med Mex* 144:491–496

Kanner AM, Schachter SC, Barry JJ et al (2012) Depression and epilepsy: epidemiologic and neurobiologic perspectives that may explain their high comorbid occurrence. *Epilepsy Behav* 24:156–168

Kwan P, Yu E, Leung H, Leon T, Mychaskiw MA (2009) Association of subjective anxiety, depression, and sleep disturbance with quality-of-life ratings in adults with epilepsy. *Epilepsia* 50:1059–1066

Kwon OY, Park SP (2014) Depression and anxiety in people with epilepsy. *J Clin Neurol* 10:175–188

López-Gómez M, Espinola M, Ramirez-Bermudez J, Martinez- Juarez IE, Sosa AL (2008) Clinical presentation of anxiety among patients with epilepsy. *Neuropsychiatr Dis Treat* 4:1235–1239

Park SP, Song HS, Hwang YH, Lee HW, Suh CK, Kwon SH (2010). Differential effects of seizure control and affective symptoms on quality of life in people with epilepsy *Epilepsy Behav* 2010 18:455–459

Robles R, Varela R, Jurado S, Páez F (2001) Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Rev Mex de Psicología* 8:211–217

Sanz J, Perdigón AL, Vázquez C (2003) Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población

general Clín Salud 14:249–280

Sierra JC, Guillén-Serrano V, Santos-Iglesias P (2008) Insomnia Severity Index: algunos indicadores acerca de su fiabilidad y validez en una muestra de personas mayores. Rev Neurol 47: 566–570

CAPÍTULO XI

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Mariana Hoyos de la Garza

Candidata para el Grado de Especialidad en Psiquiatría General

Tesis: “PREVALENCIA E IMPACTO DE SÍNTOMAS AFECTIVOS SOBRE LA CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA SALUD EN PACIENTES CON EPILEPSIA”

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud

Biografía

Nació en Monterrey, Nuevo León el doce de febrero de 1988, es hija de Ernesto Hoyos Pescador y Ana Guadalupe de la Garza Cadena, hermana de Ernesto y David, y esposa de Rubén Deschamps Guerra.

Egresó de la carrera de Médico General de la Facultad de Medicina de la Universidad de Monterrey en diciembre 2011, realizó el internado de pregrado a lo largo del 2012 en el Hospital General de Zona IMSS No. 33, posteriormente el Servicio Social durante el 2013. Cursó la especialidad en Psiquiatría General en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la Universidad Autónoma de Nuevo León de marzo del 2014 a febrero del 2018.