

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina, Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental.

SEDE: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

TITULO: Comorbilidad de los Trastornos Depresivos en Pacientes con Epilepsia que acuden al Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez.”

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA PRESENTA:

NOMBRE: Salgado Sifuentes Ernesto.

ASESORES:

Teórico: Miguel Villavicencio Casildo. Metodológico: Jesús Gutierrez Aguilar.

México, D.F. 25 de Febrero de 2005



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos:

**A Anayancy, a mis Padres y a
Mi Familia por el tiempo prestado.**

**A la Dra. Claudia Fouilloux, al Dr. Jesús Gutiérrez y
Al Dr. Miguel Villavicencio
Por su confianza**

A la Dra. Natascha Alcocer por Todo.

INDICE

1.- Introducción.....	3
2.- Planteamiento del problema.....	4
3.- Antecedentes Científicos.....	4
a) Historia	
b) Marco Teórico	
4.- Objetivos.....	5
5.- Justificación.....	7
6.- Hipótesis.....	23
7.- Material y Métodos.....	23
a) Universo de Trabajo	
b) Diseño del Estudio	
c) Criterios de Selección	
d) Variables del Estudio	
e) Definición e Indicadores de las variables	
f) Instrumentos de Selección	
g) Procedimientos	
h) Recursos	
8.- Resultados.....	35
9.- Análisis Estadístico.....	64
10.- Conclusiones.....	67
11.- Bibliografía.....	70

Comorbilidad de los Trastornos Depresivos en Pacientes con Epilepsia que acuden al Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

1. INTRODUCCIÓN.

A menudo el paciente con enfermedad neurológica presenta depresión, la enfermedad depresiva es la comorbilidad psiquiátrica más frecuente de la epilepsia; Sin embargo existen factores genéticos, endocrinos, metabólicos, farmacológicos e incluso sociales que agregados a las crisis epilépticas contribuyen a la presencia de elevadas tasas de trastornos depresivos en el paciente epiléptico; en comparación con las que se presentan en otras condiciones neurológicas crónicas.

Desafortunadamente, la comorbilidad depresiva de la epilepsia permanece en muchos casos sin ser diagnosticada. Se ha conseguido demostrar la presencia de depresión en pacientes con epilepsia al aplicárseles diversos instrumentos como el MMPI, BDI, y el SCID-I, siendo este último uno de los instrumentos clínicos más confiables que permiten identificar la existencia de problemas afectivos.

Se pretende confirmar la presencia de los trastornos depresivos así como determinar sus características, en una muestra de pacientes con epilepsia que acuden para su control y tratamiento a los servicios de consulta externa y de neurología del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuál es la frecuencia y la severidad de la comorbilidad depresiva en los pacientes con epilepsia, que acuden a la consulta externa y de neurología del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”?

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.

Historia

La epilepsia es tan antigua como el hombre. Se sabe de legislaciones acerca de pacientes epilépticos en el código de Hammurabi denominándose como *asantasubbu* ("mano del pecado") lo que refleja el paradigma médico dominante de ese periodo. En la antigua Grecia se le llamaba "*La Enfermedad Sagrada*", pues debido a la característica súbita e inesperada del fenómeno se creía que los dioses o demonios poseían el cuerpo del enfermo. Del griego deriva el término *epilambaneim* que significa "ser tomado desde arriba". Las convulsiones eran el ejemplo más claro de descontento divino, y el individuo que las sufría se suponía especialmente impío o pecador. Hipócrates, padre de la Medicina escribió "*Acerca de la Enfermedad Sagrada*", y cuatro siglos antes de nuestra era dijo que no era más sagrada que cualquier otra y que tenía su asiento en el cerebro. Especialmente reprobaba a sus colegas médicos y a la sociedad por el trato injusto a las personas epilépticas. En Roma se le llamó la "*Enfermedad Comicial*" pues el hecho de que alguno de los asistentes la presentara era una señal de suspender las elecciones o comicios. (16,68)

Sin embargo pese al paradigma hipocrático se volvió a la idea mágico- religiosa de la enfermedad y no hubo progresos en cuanto al conocimiento de la misma sino hasta el siglo pasado cuando las observaciones de Hughlings Jackson marcaron el inicio de una época nueva que continúa hasta nuestros días con avances crecientes. (72)

Desde la antigüedad se ha descrito una relación entre la depresión y la epilepsia. Hipócrates, por ejemplo, consideraba que la epilepsia y la melancolía estaban estrechamente relacionadas:

"Los melancólicos suelen convertirse en epilépticos y los epilépticos en melancólicos. Lo que determina la predominancia entre ambos estados es la dirección que tome la enfermedad. Si se centra en el cuerpo, epilepsia; si sobre

la inteligencia, melancolía". (41,80)

Temkin 1971 (80) cita a Areateus:

"Los epilépticos son lánguidos, poco vivaces, poco sociables y no están dispuestos a mantener una relación ni a relacionarse socialmente en ningún periodo de su vida. Padecen insomnio, sufren sueños horribles y pierden el apetito".

No hay duda de que Julio César padecía epilepsia, incluso se ha manifestado que también presentaba depresiones perictales, como el personaje Casca establece claramente en la obra de Shakespeare *La Tragedia de Julio César*.

*"...No se qué quieres decir con eso, pero estoy seguro de que César cayó...
une a eso que, antes de que cayera, cuando percibió que el pueblo estaba
feliz, rechazó la corona, me mostró su túnica abierta y me ofreció el cuello para
que se lo cortara..."* (acto I, escena II).

Esta asociación entre epilepsia y melancolía ha continuado intrigando a los observadores; autores más recientes como Barham (1907), Baugh (1908), Griesinger (1857), Jones (1912) y White (1900), estudiaron la melancolía y la consideraron específicamente relacionada con la epilepsia (1,15,75,80). En su texto de epilepsia, escrito en los comienzos del acercamiento científico hacia su tratamiento, Reynolds (1861) discutió la variedad de interacciones entre el estado mental y las convulsiones, refirió al trastorno emocional como una "causa" de la epilepsia, "*Depression of Spirits*" como el inmediato pródromo de los paroxismos epilépticos, así como la depresión y la timidez como síntomas interparoxísticos comunes particularmente en hombres, (2,15,44,50).

Más recientemente un número de autores ha documentado la naturaleza de la asociación entre la depresión y la epilepsia; como refiere Kanner (46), la disforia puede acarrear consecuencias graves, como el caso de un paciente que se cortó el cuello durante un estado depresivo ictal. Una de las características de este trastorno es que la alteración del estado del ánimo dura más de lo que es habitual para un aura o un automatismo postictal. Al menos cuatro autores han observado estados depresivos prolongados durante varios

tipos de estados epilépticos (Wiegartz (83); Indaco y Carrieri (41); Gilliam (32); incluido el *petit mal* (Trimble (81); Skuster y Sykes (76,79) y las crisis parciales (Blumberg (7), Scheepers (73). Otros investigadores también han descrito depresiones perictales (Robertson y Roth (68,71), Cummings (16); Devinsky (20), Duffy y Coffey (22); Ettinger y Gibson (25); Franco (30), de Graaf y cols (33), Harden y Goldstein (34,35) así como Hermann y cols (36).

La mayoría de los autores acepta que la depresión es vista más a menudo en la epilepsia mientras que el trastorno afectivo bipolar es raro. El significado de esta asociación, no obstante, depende de la población estudiada.

Marco Teórico

La epilepsia es básicamente un trastorno neurológico. No obstante, sus mecanismos etiopatogénicos, presentación clínica, diagnóstico y tratamiento se entrelazan con los de la psiquiatría, y por muchas razones sigue proporcionando nuevos conocimientos a las neurociencias; así como formidables retos a neurólogos, psiquiatras y otros profesionales de la salud. (1,3,4).

De acuerdo con la más reciente revisión de Harden 2002 (34), el concepto original de comorbilidad fue inicialmente propuesto por AR. Feinstein, quien la definió como "...la presencia de cualquier condición adicional coexistente con una particular enfermedad catalogada". En un paciente con hipertensión por ejemplo, la presencia de cualquier otra condición (e.g. diabetes, acné, enfermedad celiaca) podría ser considerada comorbida. Actualmente, el término comorbilidad es usado para describir *la presencia de una segunda condición que ocurre más comúnmente que por casualidad*, como es un infarto al miocardio en un paciente con hipertensión.

Gran parte de la literatura disponible actualmente en neurociencias reporta frecuencias de 25% a 50% para depresión entre grupos de pacientes tan diversos como los de Enfermedad Vasculosa Cerebral, enfermedad de Parkinson y Esclerosis Múltiple (4,16,30,68). Aunque la prevalencia en muestras de la comunidad puede ser más baja que en las poblaciones hospitalarias (12,15,22,52,68,69,70); la depresión parece ser el trastorno afectivo comórbido

más común entre los pacientes con enfermedad neurológica (15,21,25,33,34,35,42,43,69,75).

No sólo es la depresión un acompañante común de la enfermedad neurológica, sino que también se registra evidencia creciente de que la existencia de depresión tiene un impacto negativo significativo en la progresión de la enfermedad, la recuperación de la misma e incluso la sobrevivencia. (39,65,66,70,71,77,78)

Las enfermedades cerebrales conllevan un riesgo mayor de presentar un trastorno psiquiátrico y la epilepsia no es una excepción. Constituye el trastorno neurológico más frecuente y más grave en todo el mundo; más de 100 millones de personas en el mundo desarrollan epilepsia en algún momento de su vida y afecta a 40 millones en un momento dado (2,3,4,5,14,15). Es importante recordar que la epilepsia no es una entidad única sino un grupo de trastornos neurológicos crónicos. La comorbilidad psiquiátrica asociada a la epilepsia constituye un terreno importante para la investigación y la terapéutica en la psiquiatría y la neurología.

El concepto de qué es la epilepsia y cómo tratarla ha cambiado mucho con el paso del tiempo. En el concepto siempre cambiante a la epilepsia se le consideró como una enfermedad psiquiátrica en el siglo XIX, lo que sirvió para estigmatizar todavía más a las personas con epilepsia sin proporcionar ningún constructo teórico o práctico útil. (9,14,22,25,31,44,55).

La epilepsia puede acarrear profundas consecuencias psicológicas y patológicas, incluidas la muerte súbita, lesiones y secuelas psicosociales. Sin embargo, debido a que se le suele ocultar, la epilepsia ha sido una de las enfermedades más desatendidas de la historia, sobre todo a causa de la ignorancia, la superstición y los malentendidos (15,17). Se suele olvidar que la epilepsia es una enfermedad con muchas posibilidades terapéuticas: más del 70% de las personas con epilepsia responden al tratamiento médico. Sin embargo, tres cuartas partes de la población mundial con epilepsia continúan sin recibirlo; este problema es debido a consideraciones sociales y económicas. El estigma y la falta de educación acerca de qué significa la epilepsia para el individuo son factores que determinan la falta del tratamiento, tanto como los problemas económicos; lo que va en detrimento de la calidad de vida de los pacientes con epilepsia. (10,15,16,17,23,47,49)

Aunque la epilepsia afecta al 2% de la población mundial, la mayoría de estas personas hacen una vida casi normal. No obstante, en algunos pacientes las crisis recurrentes se asocian a alteraciones cognitivas persistentes de la personalidad o de las emociones. El estudio de la epilepsia y su comorbilidad psiquiátrica nos aporta una oportunidad única de ampliar el conocimiento acerca de la relación cerebro-conducta. Con toda razón se ha dicho que la epilepsia es una ventana al cerebro, pero también una ventana a la mente. De la misma manera que hace aproximadamente un siglo los precursores de la neurología establecieron el término "centros cerebrales" mediante la observación minuciosa de pacientes con lesiones en el hemisferio izquierdo (72); la epilepsia a su vez puede ampliar nuestro entendimiento de las conductas cognitivas y emocionales relacionando la anatomía del foco de las crisis convulsivas con la conducta manifiesta asociada a la crisis. En el momento de aparición de las alteraciones neuroconductuales en el periodo precrítico o poscrítico inmediatos, es más fácil aceptar que son manifestaciones conductuales directas de la alteración de los sistemas neurobiológicos implicados también en la génesis de la crisis (82). Por otra parte, cuando las alteraciones neuropsiquiátricas se dan en los periodos interictales (o intercríticos) es mucho más difícil determinar si están relacionados con la neurobiología del propio foco de la crisis o con otros factores, como son lesión cerebral subyacente, fármacos antiepilépticos o los efectos psicosociales de una enfermedad estigmatizante.

Las manifestaciones psiquiátricas pueden estar relacionadas o no con epilepsia a través de múltiples posibles mecanismos, entre los que se encuentran: a) neuropatología común (19,25,32,34,48,58,59); b) predisposición genética (10,25,37,47,50,54,67); c) alteraciones del neurodesarrollo (20,47,53,62); d) mecanismos relacionados con efectos ictales, o quizá subictales (8,11,51,58,61); e) inhibición o hipometabolismo alrededor del foco (6,24,26,29,55,82); f) epileptogénesis secundaria (47,48,64,66,82); g) alteración de la sensibilidad de receptores (6,11,26,40,84) h) cambios neuroquímicos o endocrinológicos secundarios (6,24,38,63,74,84). i) enfermedad psiquiátrica primaria no relacionada con epilepsia del sujeto (45,47,57). j) mecanismos accesorios de las consecuencias psicosociales de la epilepsia (2,9,20,34,36,47,57,71,77) o k) consecuencias del tratamiento médico o quirúrgico. (7,10,17,18,23,32,60,82)

Es indispensable, desde un punto de vista no meramente académico sino

también clínico, identificar la etiología de las alteraciones conductuales en un individuo con epilepsia y comorbilidad psiquiátrica. Esto es así tanto desde la perspectiva del paciente, quien a veces vacila al acudir a un centro de salud mental por temor a sufrir los efectos de un doble estigma (al recibir un diagnóstico de epilepsia y de trastorno psiquiátrico), como desde la perspectiva del tratamiento (9,10,11). No es exagerado afirmar la importancia de un planteamiento amplio y multidisciplinario en la evaluación y el tratamiento de personas con epilepsia y con comorbilidad psiquiátrica. La historia clínica, el examen neurológico y del estado mental, la neuroimagen, y la electroencefalografía (EEG) son indispensables para llegar al diagnóstico y la clasificación correctos de la epilepsia de un individuo que, a su vez, son clave para el tratamiento médico, quirúrgico y psiquiátrico. El EEG digital así como el mapeo cerebral desempeñan actualmente un papel particularmente útil en estas investigaciones. (12,13)

La Epilepsia es definida como la presentación crónica y recurrente de fenómenos paroxísticos desencadenados por descargas eléctricas anormales de neuronas o grupos de neuronas, de inicio súbito y generalmente autolimitadas. (OMS 1970)

Estos fenómenos paroxísticos son las crisis epilépticas (convulsiones o ictus), cuyas manifestaciones clínicas son tan variadas como funciones cerebrales existen. Con la finalidad de ordenar los conceptos, diversos autores han intentado diferentes clasificaciones, la mayoría basadas en dos grandes grupos: las crisis focales y las crisis generalizadas. La clasificación vigente en nuestros días fue creada en 1981 por el Comité de Clasificación y Terminología de la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) a partir de una clasificación publicada casi 90 años atrás (Cuadro 1).

Las crisis se revisaron mediante videos con registros electroencefalográficos (video-EEG) aportados por estudios multicéntricos y aunque fue emitida como una propuesta, es utilizada por la mayoría de los médicos en todo el mundo. Se tomaron como criterios de clasificación las manifestaciones clínicas y electroencefalográficas de las crisis epilépticas (tanto ictales como interictales).

Cuadro 1. Clasificación de las crisis epilépticas (<i>Liga Internacional contra la Epilepsia</i>) 1981.
--

1. Crisis parciales
 - A. Crisis parciales simples
 - B. Crisis parciales complejas
 - C. Crisis parciales secundariamente generalizadas

2. Crisis generalizadas (convulsivas o no convulsivas)
 - A. Crisis de ausencia
 - B. Crisis convulsivas tónico-clónicas
 - C. Tónicas
 - D. Clónicas
 - E. Mioclónicas
 - F. Crisis atónicas

3. Crisis epilépticas no clasificadas

En un inicio la clasificación de la epilepsia se basó en el concepto primario de distinguirlas en dos grandes grupos: las epilepsias parciales y las generalizadas. La Liga Internacional Contra la Epilepsia (ILAE) puso en práctica una clasificación de las epilepsias ya considerada por Jackson en 1874, la cual se dirigió a describir los síntomas iniciales y decidir cuál era de carácter orgánico y cuál era " *histérica* " primaria (80). Fue en 1969 cuando la ILAE publicó el cuadro de clasificación de las crisis epilépticas, recomendado por la Comisión de Clasificación y Terminología. Posteriormente en Bethesda (1975) los miembros de la Comisión se reunieron para considerar de manera particular las crisis parciales. En Berlín (1977) se trató de manera especial el tema de las crisis generalizadas y en 1979 en Bethesda se formó una Comisión para analizar las crisis de ausencia. Los resultados se publicaron en 1981 en la revista oficial de la ILAE. (72)

Sin embargo, a partir de esta publicación oficial se establecieron varias controversias alrededor de la misma; por ejemplo, la ILAE establece en su definición de epilepsia que "... para que una crisis epiléptica sea epilepsia, aquella tendrá que ser recurrente ", pero ¿qué es lo que pasa con las crisis únicas?, ¿qué es lo que pasa con el periodo entre la primera y la siguiente crisis? Esto no se consideraba, creaba muchas dudas y sobre todo problemas

en el ámbito epidemiológico, puesto que quedaban excluidas en los censos realizados. Por otra parte, también estaban en las mismas condiciones las crisis febriles y la epilepsia que se presenta después de un traumatismo craneoencefálico. Con base en lo anterior, en 1985 se propuso una clasificación que dividía a las crisis de acuerdo a su naturaleza o características de los ataques así como a su etiología, estableciéndose los términos de idiopático, criptogénico y sintomático. Se clasificaron los síndromes epilépticos cuyas características esenciales consideraban un tipo definido de crisis así como un patrón electroencefalográfico determinado y una edad de inicio (14,81).

Las crisis epilépticas tienen en común que se presentan repentinamente y duran un lapso breve, que fluctúa entre varios segundos y un par de minutos; suceden habitualmente de manera impredecible (crisis fortuitas) y permiten una recuperación del sujeto a su estado normal, ya sea de inmediato o después de unos minutos. A la fase de recuperación se le denomina periodo postictal, el cual consiste habitualmente en un estado confusional, a veces con automatismos o inquietud, seguido a su vez de somnolencia, adolorimiento general y cefalea. Este periodo postictal es más evidente después de ocurrida una crisis generalizada tónico-clónica, pero puede verse con menor duración e intensidad después de las crisis parciales complejas. (59)

La descripción de los fenómenos paroxísticos que corresponden a cada categoría se presenta a continuación:

Crisis parciales simples.

Las crisis parciales simples tienen en común que el paciente preserva la conciencia durante toda la crisis y es capaz de describirla. Este grupo tiene 4 categorías: las crisis de semiología motora, las de semiología sensitiva, las de semiología autonómica y las de semiología psíquica. La descarga que las produce está focalizada en un sitio de la corteza cerebral y la manifestación clínica depende de la función de ese sitio. (37)

Crisis parciales complejas.

Son aquellas que se originan en áreas corticales no específicas, presentan alteración de la conciencia y cursan con descargas eléctricas en las regiones

temporales o fronto-temporales. Son las más frecuentes en la consulta diaria y son de difícil control. Clínicamente se pueden manifestar exclusivamente con alteración de la conciencia por lo que pueden confundirse con las ausencias típicas llamadas antes "pequeño mal" pero clínicamente diferenciables. (32)

Las crisis parciales complejas se pueden iniciar como una crisis parcial simple seguida de un deterioro de la conciencia. Con frecuencia el paciente manifiesta una sensación epigástrica ascendente hacia la garganta y puede asociarse con parestesias en boca y labios con deglución involuntaria. En otras ocasiones hay sensaciones de irrealidad como despersonalización; otras veces el paciente tiene trastornos de memoria (sensación de lo *ya visto* o *ya vivido*) o bien trastornos afectivos como son episodios de ansiedad, miedo, depresión o sentimientos paranoides. Estas alteraciones habitualmente son seguidas de una desconexión del medio ambiente, falta de respuesta a estímulos (perdida de la conciencia) y aparecer luego automatismos motores primarios como por ejemplo: escupir, frotarse la ropa, tratar de desvestirse, caminar, etc. (32) Tanto las crisis parciales simples como complejas pueden evolucionar a convulsiones generalizadas.

Crisis generalizadas

Son aquellas en que hay inicialmente una alteración de la conciencia por la afección sincrónica de ambos hemisferios. El paciente generalmente no percibe aura. (35).

Las crisis de ausencia generalmente se ven en niños en edad escolar (4 a 12 años), son muy breves (5 a 15 seg.), el paciente pierde la conciencia, parpadea y puede haber algunos movimientos mioclónicos; la hiperventilación puede inducir estas crisis. En un tercio de los pacientes, al llegar a la adolescencia, pueden cambiar a crisis generalizadas tónico-clónicas. Es interesante destacar que el cerebro en desarrollo origina presentaciones polimorfos, incluso de los trastornos mentales comórbidos.

En las crisis generalizadas tónico-clónicas hay una fase inicial de tipo tónico de corta duración en la que el paciente emite sonidos guturales (grito), cianosis, midriasis y puede haber relajación de esfínteres. Después de la fase tónica viene la fase clónica en la que aparecen movimientos convulsivos

espasmódicos corporales.

Las crisis mioclónicas son contracciones súbitas generalizadas y breves, muy sensibles a estímulos luminosos y más frecuentemente vistas en enfermedades degenerativas del sistema nervioso y trastornos metabólicos. (14,15)

Las crisis atónicas se caracterizan por una pérdida súbita del tono muscular con caída al suelo y una alteración muy breve de la conciencia que le permite reaccionar casi inmediatamente al momento de caer.

En las crisis no clasificadas se incluyen los espasmos infantiles que generalmente ocurren en los primeros meses de la vida: hay flexión del cuello, tronco y extremidades (crisis salaam), son muy numerosas durante el día y provocan un deterioro neurológico progresivo.

Las epilepsias reflejas son aquellas en las cuales una crisis generalizada tónico-clónica o parcial compleja puede ser evocada por diferentes estímulos (epilepsia musicógena, de la lectura, escritura o aritmética). (14)

La ILAE ha establecido otras consideraciones divididas en ejes a través de los cuales podemos clasificar mejor a la epilepsia: (14,72)

Eje 1. Consiste en la descripción de la semiología ictal usando la terminología del glosario ya establecido. La descripción del evento ictal, sin referirse a la etiología, anatomía o sus mecanismos debe de ser extremadamente detallada, para propósitos clínicos o de investigación.

Eje 2. Se refiere al tipo o tipos de crisis epilépticas, la experiencia de los pacientes derivada de una lista aceptada de tipo de crisis que representan entidades diagnósticas con implicaciones etiológicas, terapéuticas y/o pronósticas. El grupo de trabajo de la ILAE ha creado una lista aceptada de tipos de crisis epilépticas incluyendo formas de estados epilépticos y factores precipitantes para crisis reflejas, la cual se describe en siguiente tabla:

Tabla 1 (14)

TIPOS DE CRISIS EPILÉPTICAS Y ESTIMULOS

PRECIPITANTES PARA CRISIS REFLEJAS

TIPOS DE CRISIS AUTOLIMITADAS	Crisis generalizadas
Crisis tónico-clónicas (incluye variaciones)	benignas con una fase clónica o mioclónica)
Crisis clónicas	Con manifestaciones tónicas.
Sin manifestaciones tónicas.	Crisis de ausencias típicas.
Crisis de ausencias atípicas.	Crisis de ausencias mioclónicas.
Crisis tónicas	Espasmos
Crisis mioclónicas	Mioclonía palpebral
Sin ausencia	Con ausencia
Crisis mioclónicas atónicas.	Mioclonus negativo
Crisis atónicas	Crisis reflejas en los síndromes epilépticos generalizados.
Crisis Focales	Crisis focales sensitivas
Con síntomas sensitivos elementales	(Ej. Crisis del lóbulo occipital y parietal).
Con síntomas sensitivos especiales	(Ej. Crisis de la unión temporo-parieto-occipital).
Crisis focales motoras	Con signos motores clónicos elementales.
Con crisis motoras clónicas asimétricas	(Ej. Crisis motoras suplementarias)
Con automatismos típicos (lóbulo temporal)	(Ej. Crisis mesiales del lóbulo temporal)
Con automatismos hiperquinéticos	Con mioclonus negativos focales
Con crisis motoras inhibitorias	Crisis gelásticas
Crisis hemiclónicas	Crisis secundariamente generalizadas
Epilepsias reflejas en síndromes epilépticos focales.	TIPOS DE CRISIS CONTINUAS
Estado epiléptico generalizado	Estado epiléptico tónico-clónico generalizado
Estado epiléptico clónico	Estado epiléptico de ausencias
Estado epiléptico tónico	Estado epiléptico mioclónico
Estado epiléptico focal	Epilepsia parcial continua de Kojevnikov
Aura continua	Estado epiléptico límbico (estatus psicomotor)
Estado hemiconvulsivo con hemiparesia	ESTÍMULOS PRECIPITANTES DE CRISIS REFLEJAS
Estímulos visuales	Luz parpadeante: con patrones de colores.
Otros estímulos visuales	Pensamiento
Música	Comer
Praxias	Somatosensoriales
Propioceptivos	Lectura
Agua caliente	Sobresalto
Crisis neonatales familiares benignas	Encefalopatía mioclónica temprana
Síndrome de Otahara	Crisis parciales migratorias de la infancia*
Síndrome de West	Epilepsia mioclónica benigna de la infancia

Eje 3. Se refiere al diagnóstico sindromático basado en la lista aceptada de los síndromes epilépticos (Tabla 2). Muchas veces un diagnóstico de un síndrome epiléptico no es posible, por lo que se recomienda una lista de síndromes epilépticos y condiciones con crisis epilépticas que no requieren de un diagnóstico de epilepsia. La tabla 2 también muestra síndromes que aún están en discusión y revisión por el grupo de trabajo de la ILAE basados en nuevas informaciones.

Tabla 2 (14)

Síndromes epilépticos y condiciones

relacionadas

Crisis infantiles familiares benignas	Crisis infantiles benignas (no familiares)
Síndrome de Dravet	Síndrome HH
Estado mioclónico en encefalopatías no progresivas*	Epilepsia benigna de la infancia con puntas cetro temporales
Epilepsia occipital benigna de la infancia de inicio temprano	(tipo Panayiotopoulos)
Epilepsia occipital de la infancia de inicio tardío	(tipo Gastaut)
Epilepsia con ausencias mioclónicas	Epilepsia con crisis mioclónico-astáticas
Síndrome de Lennox-Gastaut	Síndrome de Landau-Kleffner (SLK)
Epilepsia con punta y onda continuas durante el sueño	de ondas lentas.
Epilepsia de ausencia de la infancia	Epilepsia mioclónica progresiva
Epilepsias generalizadas idiopáticas con fenotipos variables	Epilepsia de ausencias juvenil
Epilepsia mioclónica juvenil solamente	Epilepsia con crisis tónico-clónicas generalizadas Epilepsias reflejas
Epilepsia fotosensible idiopática del lóbulo occipital	Otras epilepsias visuales sensitivas
Epilepsia primaria de la lectura	Epilepsia de sobresalto
Epilepsia nocturna autosómica dominante del lóbulo frontal	Epilepsias familiares del lóbulo temporal
Epilepsias generalizadas con crisis febriles plus*	Epilepsia focal familiar con focos variables*
Epilepsia focal sintomática (o probablemente sintomática)	Epilepsias limbicas
Epilepsia mesial del lóbulo temporal con	esclerosis hipocámpal
Epilepsia mesial del lóbulo temporal	definida por etiologías específicas
Otros tipos definidos por su localización	y etiología
Epilepsias neocorticales	Síndrome de Rasmussen
Otros tipos definidos por su localización y etiología	Condiciones con crisis epilépticas que no requieren un
diagnóstico de epilepsia	Crisis neonatales benignas
Crisis febriles	Crisis reflejas
Crisis por deprivación de alcohol	Crisis por drogas u otras químicamente inducidas.
Crisis postraumáticas inmediatas y tempranas	Crisis aisladas o grupos aislados de crisis
Crisis raramente repetitivas (oligoepilepsia)	*Síndromes en desarrollo

Eje 4. Especificar la etiología cuando sea desconocida, la etiología puede consistir en una enfermedad específica derivada de una clasificación de enfermedades frecuentemente asociadas con crisis epilépticas o síndromes epilépticos, un defecto genético o un sustrato patológico específico.

Por último, es opcional determinar el grado de discapacidad causado por la condición epiléptica utilizando la clasificación Internacional de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud ICIDH-2. (14)

De las manifestaciones psiquiátricas que pueden darse en personas con epilepsia, la depresión es el trastorno psiquiátrico grave más frecuente que afecta a este tipo de pacientes, de hecho es la causa de más de la mitad de los ingresos ambulatorios en los programas de epilepsia de los países desarrollados (14). Es decisivo realizar una evaluación completa del paciente a fin de determinar si su depresión está relacionada con: a) una reacción

psicológica al diagnóstico y a las limitaciones sociales y laborales asociadas, b) un fenómeno perictal, c) una depresión que coexiste con una psicosis interictal, d) un trastorno afectivo interictal primario o e) alteraciones del estado de ánimo inducidas por los fármacos antiepilépticos (AEs). (14,15); la causa de la depresión es un tópico obligado en todas las patologías neuropsiquiátricas, sin embargo permanece como un enigma. Se ha visto casi con certeza que la depresión (sea depresión mayor o menor), no es un fenómeno unitario y que los trastornos depresivos pueden tener diferentes etiologías tanto a través de la enfermedad epiléptica; como para cada tipo de epilepsia en sí misma.

Tal vez el problema fundamental para ser resuelto en el escrutinio de trastornos depresivos, es como diagnosticar depresión en una población de pacientes con otros trastornos potencialmente interactivos. Este problema involucra una variedad de cuestiones, como si un diagnóstico válido de depresión puede ser hecho convincentemente en una población con enfermedades médicas; donde los síntomas fundamentales para el diagnóstico de depresión (p, ej. trastornos del sueño o del apetito), pueden ser producidos por una enfermedad neurológica por sí misma independientemente del trastorno depresivo. Otra cuestión surge de si el método para valorar la depresión debe ser alterado radicalmente, debido a que algunos síntomas son inespecíficos, como se indicó previamente, mientras que otros pudieran ser enmascarados por la enfermedad neurológica, como son la negligencia o la negación para la enfermedad o la inhabilidad del paciente para expresar verbalmente los síntomas (p, ej. afasia no fluente) o alteraciones para la comprensión de la información. Dado el estado actual del conocimiento acerca de la depresión, estas cuestiones son difíciles de ser respondidas actualmente y las respuestas probablemente variarán con cada enfermedad neurológica. Los síntomas que son específicos para el diagnóstico de depresión en pacientes con enfermedad de Parkinson, por ejemplo, pueden ser diferentes de aquellos en pacientes con esclerosis múltiple. Sin embargo, este problema ha sido examinado en pacientes con EVC y enfermedad de Parkinson. (Starkstein y Robinson (68). Los resultados de esos estudios son descritos y sugieren que los síntomas de trastornos depresivos, aunque en ocasiones son inespecíficos; no son muy extendidos en los pacientes con enfermedad neurológica aguda y que los síntomas de la enfermedad neurológica no parecen interferir frecuentemente con los síntomas típicos de la depresión.

Los trastornos depresivos asociados con enfermedad neurológica pueden situarse en alguna de cuatro diferentes categorías diagnósticas: Depresión mayor, Distimia (denominada por algunos como depresión menor), el Trastorno de adaptación con síntomas depresivos y el Trastorno afectivo debido a condición médica (afectivo orgánico de la CIE-10). El diagnóstico de trastorno depresivo mayor usando el DSM-IV-TR requiere la existencia de cinco de nueve posibles síntomas, incluyendo afecto depresivo, pérdida de interés y/o anhedonia; continuamente presentes por un periodo de al menos dos semanas, continuando por arriba de un periodo de dos años sin remisión, por más de dos meses de duración.

Aunque tanto la depresión mayor como la distimia, excluyen depresiones que se considere que pudieran estar relacionadas etiológicamente a un factor orgánico; numerosos estudios conducidos por Starkstein (68), Robertson (69), Kanner (50), y Jalava (42); han demostrado la importancia de distinguir esos dos tipos de trastornos depresivos. Mas aún, algunos investigadores (Kanner (48), Katon (52), Robinson (68), Schwartz (75), Stephen (78); sugieren modificaciones para las subsecuentes clasificaciones del DSM, que podrían eliminar la distinción de los criterios diagnósticos entre un trastorno depresivo que es asociado con una neuropatología conocida (denominándose depresión secundaria), y una que no es asociada con un trastorno neuropatológico subyacente (denominándose depresión primaria).

Aunque se presume que la depresión primaria finalmente pudiera tener una etiología basada en algún trastorno neuropatológico; aún no se conoce la naturaleza exacta o localización de esta específica anormalidad cerebral. (52,63,68)

Muchos han argumentado que la distinción entre depresión mayor y distimia es importante, debido a que estudios previos conducidos en pacientes con EVC y esclerosis múltiple han demostrado que la depresión mayor (pero no la distimia) se asocia con lo siguiente:

- 1.- Lesiones del lóbulo frontal izquierdo o de los ganglios basales izquierdos (Starkstein y cols . (68).
- 2.- La falla para la supresión del cortisol sérico a las 24 horas siguientes de la administración de dexametasona. (63)

- 3.- Un deterioro cognitivo global asociado con trastornos afectivos (como es la pseudo demencia por depresión. (69)
3. Una depresión no tratada con duración entre seis meses y un año con subsecuente remisión espontánea. (76)

Aunque depresión mayor y trastorno distímico han sido diagnósticos tradicionalmente aplicados a pacientes sin una neuropatología conocida, estos criterios diagnósticos también definen los trastornos depresivos que parecen ser aplicables en los pacientes con enfermedad neurológica. (78)

El tercer posible diagnóstico de depresión aplicable a los pacientes con enfermedad neurológica, es el trastorno de adaptación con síntomas depresivos. El trastorno de adaptación con síntomas depresivos requiere que el afecto depresivo, tristeza o sentimientos de desesperanza se presenten como una reacción a un estresor identificable que ha ocurrido no más allá de los tres meses previos. Los síntomas depresivos son acompañados también por un deterioro en cualquier actividad ocupacional o social y en las relaciones sociales, o la existencia de síntomas que marcadamente son excesivos de lo que podría esperarse para dicho estresor. Los síntomas depresivos tampoco no pueden ser síntomas de un largo patrón de sobre-reacción a estrés. (56)

La última entidad diagnóstica apropiada para los pacientes con enfermedad neurológica, y la única que clínicamente ha sido usada más frecuentemente es el trastorno afectivo orgánico (o secundario a condición médica). El diagnóstico de trastorno afectivo orgánico requiere la existencia de un trastorno del afecto asociado con un factor orgánico específico que se considera está relacionado etiológicamente al trastorno del afecto. Las causas orgánicas pueden cubrir el rango desde agentes farmacológicos como la reserpina, trastornos endocrinos como el hipotiroidismo; y hasta enfermedades estructurales del cerebro como son un EVC o trauma. La falla en la especificidad de síndrome en estas dos últimas entidades diagnósticas, sin embargo; hacen que el síndrome sea apropiado para casi cualquier paciente con un evento agudo como un EVC o trauma, que tuviera cualquier episodio depresivo, tristeza o sentimientos de desesperanza respecto a la severidad del padecimiento; la presencia o ausencia de otros síntomas depresivos o la duración del trastorno depresivo como tal. (68)

En resumen, aunque existen cuatro posibles categorías diagnósticas para el diagnóstico de depresión en pacientes con enfermedad neurológica, la mayoría de los investigadores que tratan con estos trastornos depresivos ha encontrado que la especificidad del diagnóstico de depresión mayor *frente a* distimia se valida por las diferencias en los correlatos clínicos de estos diagnósticos.

La validación de entidades diagnósticas en psiquiatría así como en otros campos de la medicina es un proceso que aún continúa, requiriendo numerosos estudios y finalizará sólo cuando las diferencias en la etiología de los trastornos sean identificadas.

De acuerdo con la Clasificación de trastornos psiquiátricos comórbidos en la epilepsia se encuentran dos grandes tipos de afectaciones del estado del ánimo: a) perictales, que se relacionan con el ictus (o crisis) y b) interictales, en los que las alteraciones son crónicas y no están directamente relacionadas con la descarga ictal. Entre los estados del ánimo asociados a la epilepsia se incluyen la euforia, la manía y la hipomanía, la risa y el llanto interictales y la depresión, que puede ser perictal e interictal; ésta última es el síndrome más prevalente y clínicamente significativo en las personas con epilepsia. (1)

Obviamente el tratamiento del paciente varía enormemente según la etiología de la depresión, este tratamiento será más eficaz partiendo de un equipo multidisciplinario; neuropsicólogos, psiquiatras, neurólogos, farmacólogos, trabajadores sociales y terapeutas familiares desempeñan funciones importantes en la atención a ésta población. Uno de los objetivos principales del equipo multidisciplinario es facilitar la comunicación entre los profesionales que atienden a un paciente determinado. El neurólogo, por ejemplo, debe tener en cuenta los posibles efectos adversos del tratamiento con AE y no debería tratar las crisis de manera aislada, sin tener en cuenta los aspectos conductuales, cognitivos u otros aspectos relativos a la calidad de vida que pueden ser igualmente importantes para el paciente (16,17). Asimismo, el psiquiatra que trata a ésta población no debe hacerlo de manera aislada, debido a que muchos psicofármacos pueden disminuir el umbral de crisis convulsivas y/o interactuar con los AEs del paciente. La selección de tratamiento psiquiátrico debe contemplar la epilepsia del paciente, así como la etiología de la manifestación psiquiátrica. (18,19)

Situación de los Instrumentos Diagnósticos.

Un sistema de diagnóstico es un mecanismo cuyo objeto es clasificar o categorizar a las personas que sufren de un trastorno particular, según el tipo y la gravedad de los problemas o síntomas asociados con el trastorno. Dicho mecanismo se usa para distinguir entre una población heterogénea de pacientes, con el propósito de lograr una mejor comprensión de los cuadros o circunstancias en que se encuentran los pacientes, para poder mejorar la comunicación entre los profesionales respecto a las características de estos grupos y formular tratamientos apropiados para ellos.

Las entrevistas estructuradas se han desarrollado para aumentar la fiabilidad diagnóstica a través de la estandarización del proceso de evaluación, y para aumentar la validez diagnóstica mediante la facilitación de la aplicación de los criterios diagnósticos y la indagación sistemática de síntomas que de otra forma podrían pasar desapercibidos.

Estas mediciones diagnósticas también sirven de apoyo para establecer criterios de inclusión o exclusión, indicar la derivación de pacientes a tratamientos específicos (p. ej., hospitalización o ambulatorio) o vigilar la evolución de los pacientes durante todo el tratamiento y el período de seguimiento, Este tipo de cuestionarios tienen limitaciones, pero permiten un primer acercamiento a grandes grupos de población.

Aunque la mayoría de los estudios están de acuerdo en que la depresión interictal es un fenómeno habitual, existen dos investigaciones que sugieren que entre las personas con epilepsia no se encuentran excesivas tasas de depresión. Sykes y McConnell (79) realizaron el primero de estos estudios. Utilizaron el inventario de depresión de Zung (Zung Depresión Inventory) y el Crown Crisp Experiential Index para comparar un grupo de pacientes con epilepsia con otro grupo que presentaba síncope y otro grupo control que presentaba enfermedades crónicas no neurológicas. Los resultados de su estudio sugieren que no existe una excesiva presencia de depresión en los pacientes epilépticos. Fiordelli y cols. (27) realizaron la segunda investigación. Utilizaron la *Clinical Interview Schedule* para comparar 100 pacientes epilépticos de inteligencia normal con 100 sujetos control agrupados por edad que fueron sometidos a cirugía menor ambulatoria en el mismo hospital. En 19

pacientes epilépticos y 15 sujetos del grupo control se identificaron trastornos psiquiátricos; la ansiedad y la depresión fueron los diagnósticos predominantes en ambos grupos. Dado que las diferencias no fueron estadísticamente significativas, se concluyó que no debería considerarse que los pacientes epilépticos con un funcionamiento neuropsicológico normal presentaban mayor riesgo de sufrir alteraciones psiquiátricas que la población no neurológica (Fiordelli y cols., 1993). Sin embargo, la mayoría de los estudios están de acuerdo en que existe una relación entre la depresión y la epilepsia.

Entre las varias investigaciones basadas en la experiencia clínica que apuntan a la depresión como un síntoma o un trastorno común en los pacientes adultos con epilepsia destacan los estudios de Kanner, 2001; y cols., Kohler 1990; Lambert 1999; Magaudda y cols., 1997; Mendez, 1993; Hermann y Wyler, 1989; Morrel, 2003; Nilsson, 1997; Paradiso y Blumer, 2001). Perini y cols. (1996) y Robinson 1993 y Robertson 1997 que constatan que los pacientes con epilepsia son particularmente propensos a la depresión.

Muchos estudios que utilizan el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*, MMPI) (Dikmen y Herman 1983 (21)) indican que la depresión es más común en las personas con epilepsia (Robertson 1994, (70), Morrel 2003; Kanner y cols (2004). Sin embargo Jones y Bell realizaron un estudio de 4 años empleando la SCID-I para el DSM obteniendo resultados que demuestran una alta prevalencia de trastornos depresivos en una población de 1500 pacientes con epilepsia (42), lo que contradice marcadamente los estudios previos de Fiordelli (1993). Ettinger y su grupo (25) obtuvieron cifras que fluctuaban entre una prevalencia de 25% y hasta 60% en una colaboración de distintos Institutos Neurológicos, respecto al empleo del Beck Depresión Inventory (BDI) las cifras son menos consistentes; reportando Berkhoff y Briellman (5) 1998 prevalencias de 30%, Derry y McLachlan (18) 1998, con cifras de 45%, y Jalava (42) 1996 agrupa cifras en 50%. La prevalencia de síntomas depresivos varía en las diferentes poblaciones y se estima que puede presentarse del 15% al 60% en pacientes con Epilepsia (2,3,4); según el método y la población estudiada.

El instrumento utilizado influye en forma importante en la estimación de la prevalencia de Trastorno Depresivo Mayor (TDM) en pacientes con epilepsia. Se ha observado una amplia variación en las prevalencias de TDM

identificados. Los estudios realizados con entrevistas clínicas semiestructuradas informan prevalencias relativamente bajas, mientras que los cuestionarios e inventarios psicológicos muestran prevalencias significativamente mayores. Es evidente la incapacidad de algunos instrumentos de diferenciar síntomas como fatiga, somnolencia y disfunción laboral como una manifestación del TDM o de la epilepsia. (43). En la actualidad, las entrevistas estructuradas basadas en el DSM-IV son las mejores herramientas, el patrón de oro, para el diagnóstico de un TDM. (10,43,46,68,)

En el campo de la neuropsiquiatría la Entrevista Clínica Estructurada del DSM-IV (SCID-I) es un instrumento diagnóstico muy conocido y ampliamente validado en nuestro país (ECED-I) (13); se usa extensamente para determinar criterios de ingreso a estudios y para la toma de decisiones acerca de la clase o las clases de tratamiento que podrían ser más útiles para hacer frente a los problemas diagnósticos relacionados.

El instrumento editado en español se adapta bien y es amigable con el estilo habitual de entrevistar de cualquier psiquiatra. Conviene enfatizar su carácter clínico, que debe ser usado por expertos y que su objetivo es formular diagnósticos de acuerdo con los criterios del DSM-IV. De todo lo anterior se desprende que la SCID-I es una medición general útil para la planificación de programas, en cuanto permite identificar a quienes podrían necesitar un tratamiento más agresivo por medio de sus diagramas de flujo y el manejo de los criterios de gravedad, cronicidad y sensibilidad para la recopilación de información. (Anexo I).

3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

3.1. Objetivo General

Determinar la frecuencia y severidad de los trastornos depresivos comórbidos con enfermedad epiléptica; en los pacientes que asisten por este padecimiento a los servicios de consulta externa y neurología del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

3.2 Objetivos Específicos.

3.2.1 Determinar la presencia de trastornos depresivos comórbidos con epilepsia en la población estudiada.

3.2.2 Categorizar los trastornos depresivos identificados.

3.2.3 Evaluar la gravedad de los trastornos depresivos en los pacientes estudiados.

3.2.4 Conocer las características sociodemográficas de la población estudiada.

4. JUSTIFICACION.

Entre los muchos problemas aún por considerarse en el paciente epiléptico se encuentra la oportuna identificación de la comorbilidad psiquiátrica. Su

evaluación y diagnóstico deben constituir aspectos prioritarios a atender para el ejercicio integral de la psiquiatría y conciernen a neurólogos y otros profesionales de la salud. Las razones de esta preocupación involucran tanto la prevalencia de trastornos depresivos en estos pacientes; así como el reconocimiento creciente del impacto de la depresión en la calidad de vida y en los resultados del tratamiento a largo plazo en el paciente epiléptico; sobresaliendo las probables consecuencias (en ocasiones fatales), que acarrearán la negligencia en su diagnóstico y tratamiento.

Se destaca la importancia de la comorbilidad depresiva debido a su elevada frecuencia y a la ausencia de su diagnóstico. La identificación clínica de la comorbilidad psiquiátrica puede realizarse evaluando adecuadamente al paciente mediante la aplicación de la historia clínica psiquiátrica; y complementando o confirmando la información obtenida con el empleo de instrumentos diagnósticos. Es relevante y trascendente el conocimiento, evaluación y el diagnóstico de la comorbilidad depresiva en el paciente epiléptico; con objeto de pronosticar y atender las potenciales complicaciones que ésta conlleva.

6. HIPÓTESIS.

6.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO (H1).

Partiendo de la observación clínica, se presentan comorbidamente trastornos depresivos en los pacientes con epilepsia, que acuden para su control en el hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

6.2 HIPÓTESIS NULA (H0).

Partiendo de la observación clínica, no se presentan trastornos depresivos comórbidos en los pacientes con epilepsia, que acuden para su control en el hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

7. MATERIAL Y METODOS.

Universo de Trabajo.

Se estudiarán pacientes adultos con epilepsia atendidos en los servicios de neurología y consulta externa del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" en el periodo comprendido entre mayo de 2003 y noviembre de 2004.

Diseño del Estudio.

Por el objetivo: Descriptivo y observacional.

Por el periodo del estudio: Prospectivo.

Por el seguimiento: Transversal, abierto.

Por la asignación de la maniobra: Escrutinio.

Por el tipo de población: Homodémico.

Tamaño de la muestra. Obtenido a través de:
$$n = \frac{z\alpha^2 pq}{d^2}$$

$P/\alpha = 0.10$

Prevalencia= 2%

Potencia= 90%

Margen de error= 0.02

Total de la muestra= 132 pacientes adultos con epilepsia.

Criterios de selección.

a) Criterios de inclusión.

- 1.- Edades comprendidas entre los 18 y 60 años.
- 2.- Ambos sexos.

- 3.- Diagnóstico de epilepsia de cualquier tipo emitido por la consulta de Neurología.
- 4.- Acudir de manera periódica a control y seguimiento al servicio de Consulta externa del hospital.
- 5.- Consentimiento para la participación en el estudio.

b) Criterios de exclusión.

- 1.- Que de acuerdo al registro clínico presenten comorbilidad médica motivo de sesgo (enfermedad tiroidea, síndromes metabólicos, Padecimientos oncológicos, enfermedades genéticas).
- 2.- Patología primaria del sistema nervioso central motivo de sesgo: Demencia, enfermedad motora (enf de Parkinson, corea de Hungtinton), tumores del Sistema Nervioso, enf Neurodegenerativa), secuelas de EVC y traumatismo.
- 3.- Pacientes dentro de las 4 semanas inmediatas a puerperio posparto o Posaborto.
- 4.- Que presenten signos clínicos de toxicidad por psicofármacos. (Incluidos fármacos antiepilépticos).
- 5.- Antecedente de eventos estresantes de la vida en los 3 meses previos a la aplicación del instrumento diagnóstico.
- 6.- Dependencia a sustancias psicoactivas.
- 7.- Con impedimento cognitivo para la aplicación del instrumento.

Variables del Estudio.

a) Dependiente: Cuantitativa: **Depresión**, trastorno del afecto.

b) Independiente: Cuantitativa: **Epilepsia**, trastorno de la actividad cerebral.

Nominal: Sexo.

Dimensional, numérica, discreta: Edad.

Nominal: Escolaridad.

Nominal: Ocupación.
Nominal: Lugar de origen.
Nominal: Estado civil.
Nominal: Religión.

Definición de Variables:

Depresión.- Definida como la baja general de la afectividad, se le describe como acompañante de un amplio grupo de trastornos psiquiátricos en los que el afecto triste y las alteraciones vegetativas y psicomotoras dominan el cuadro clínico. En general se la considera en síndromes más bien que enfermedades discretas; consistentes en grupos de signos y síntomas sostenidos por periodos de semanas a meses, que representan una marcada desviación del modo de funcionamiento habitual de una persona y que tienden a recurrir a menudo en forma periódica o cíclica. Como trastorno del afecto se sobrepone considerablemente con los trastornos de ansiedad, que pueden ocurrir durante un episodio de depresión o pueden ser precursores del trastorno depresivo.

Esto sugiere que al menos algunos trastornos depresivos comparten una común diátesis con algunos trastornos de ansiedad, además de los trastornos bipolares. Adicionalmente la depresión es particularmente susceptible de ser complicada por el uso de alcohol, estimulantes o ambos. En muchos casos el alcohol o el abuso de sustancias representan un intento de auto-tratamiento del trastorno depresivo. Finalmente, las enfermedades médicas, tanto sistémicas como cerebrales, ocurren en asociación con los trastornos depresivos con una frecuencia mayor de la esperada sólo por casualidad; así como la depresión posparto.

El término *Afecto* suele hacer referencia a la manifestación externa y cambiante del tono emocional de una persona, mientras que *estado de ánimo* significa una orientación emocional más duradera que influye en la psicología de la persona (American Psychiatric Association, 1984). Sin embargo, el cambio de *trastornos afectivos* a *trastornos del estado de ánimo* en los DSM no significa una reconceptualización de lo que implican principalmente estos trastornos

(disregulación del estado de ánimo o disregulación afectiva); los dos términos suelen emplearse de manera indistinta en el DSM-IV-TR.

El DSM-IV-TR distingue entre episodios y trastornos del estado de ánimo. Un episodio es un período que dura al menos 2 semanas, durante las cuales hay suficientes síntomas que cumplen criterios completos para el trastorno. Los pacientes con o sin antecedentes de manía presentan un episodio depresivo mayor si cumplen estos criterios, pero el *trastorno depresivo mayor* hace referencia a uno o más episodios de depresión mayor en ausencia de manía o hipomanía (depresión unipolar). Un episodio depresivo mayor puede modificarse por los especificadores adicionales para describir la gravedad/psicosis/remisión actual o del episodio más reciente (leve, moderado, grave, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, remisión total, además de especificaciones por cronicidad y tipos de síntomas (síntomas melancólicos, síntomas atípicos y síntomas catatónicos).

Indicadores de la variable Depresión.

Criterios DSM-IV-TR para el episodio depresivo mayor:

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser: (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer. Nota: No incluye los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- 1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).
- 2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día

(según refiere el propio sujeto u observan los demás).

- 3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
- 4) insomnio o hipersomnia casi cada día.
- 5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
- 6) fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- 7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autoreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
- 8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
- 9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS PARA LA DEPRESIÓN DSM-IV-TR

CATEGORÍAS DIAGNOSTICAS	CRITERIOS*	DURACIÓN
-------------------------	------------	----------

Distimia	>2 síntomas depresivos, incluyendo ánimo depresivo.(2)	≥ 2 años.
Depresión mayor	≥ 5 síntomas depresivos, incluyendo ánimo depresivo o anhedonia (1)	≥ 2 semanas.
Depresión leve	Pocos (de cualquiera) síntomas en exceso, de aquellos requeridos para el diagnóstico, mínimo daño en el funcionamiento	
Moderada	Más síntomas y de mayor intensidad de los síntomas depresivos, daño moderado en el funcionamiento	
Grave	Marcada intensidad y perseverancia de los síntomas depresivos; daño sustancial en el funcionamiento	

*Criterios del DSM-IV-TR incluye criterios de distimia, no debe haber habido ningún episodio depresivo mayor en los dos primeros años de la alteración.

(1) Síntomas depresivos, incluye ánimo deprimido, anhedonia, cambios en el peso; problemas de sueño, problemas psicomotores, pérdida de energía, culpa excesiva; baja de concentración e ideación suicida.

(2) Síntomas distimicos: incluye ánimo deprimido, hiporexia o hiperfagia, problemas de sueño, adinamia; baja autoestima, baja concentración y desesperanza.

Para los propósitos del estudio se agruparon los Tipos de Depresión como sigue:

(Codificación del DSM-IV-TR)

EPISODIOS DEPRESIVOS.

- 296.2 depresión mayor,
- 296.21 depresión mayor, episodio único, leve
- 296.22 depresión mayor, episodio único moderado

- 296.23 depresión mayor episodio único grave c/psicóticos.
- 296.24 depresión mayor, episodio grave sin /psicóticos
- 296.25 depresión mayor, episodio único en remisión parcial
- 296.26 depresión mayor, episodio único, remisión.
- 296.2a depresión mayor, episodio único crónico
- 296.2b depresión mayor, episodio único c/sint catatónicos
- 296.2c depresión mayor, episodio único c/sint melancólicos
- 296.2c depresión mayor, episodio único c/sint atípicos

TRASTORNOS DEPRESIVOS RECURRENTES

- 296.3 depresión mayor recurrente.
- 296.31 depresión mayor recurrente leve.
- 296.32 depresión mayor recidivante moderada
- 296.33 depresión mayor, recidivante grave con síntomas psicóticos
- 296.34 depresión mayor recurrente grave sin síntomas psicóticos
- 296.35 depresión mayor recurrente en remisión parcial.
- 296.36 depresión mayor recurrente en remisión completa
- 296.3a depresión mayor recurrente crónica
- 296.3b depresión mayor recurrente, con síntomas catatónicos
- 296.3c depresión mayor recurrente con síntomas melancólicos
- 296.3d depresión mayor recurrente con síntomas atípicos
- 296.3f depresión mayor recurrente con recuperación interepisódica.
- 296.3g depresión mayor recurrente sin recuperación interepisódica.
- 296.3h depresión mayor recurrente con patrón estacional

- 300.4 DISTIMIA.

Epilepsia.-

Presentación crónica y recurrente de fenómenos paroxísticos desencadenados por descargas eléctricas anormales de neuronas o grupos de neuronas, de inicio súbito y generalmente autolimitadas. (ILAE 1981)

Para los propósitos del estudio, se emplearán cinco categorías diagnósticas de epilepsia:

- 1 Epilepsia criptogénica / epilepsia mioclónica astática.

- 2 Crisis de ausencia (incluye ausencias típicas y atípicas)
- 3 Crisis parciales simples
- 4 Crisis parciales complejas (que incluye tipos fronto-temporal, temporal, frontal y otras)
- 5 Crisis generalizadas tónico clónicas.

Variables demográficas:

Estado civil.

- | | |
|--------------|---------------|
| 1 Soltero | 4 unión libre |
| 2 casado | 5 viudo |
| 3 divorciado | |

Por lugar de residencia:

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| 1 Aguascalientes | 2 Baja California Norte. |
| 3 Baja California Sur | 4 Campeche |
| 5 Chihuahua | 6 Chiapas |
| 7 Coahuila | 8 Colima |
| 9 Distrito Federal. | 10 Durango |
| 11 Guerrero | 12 Guanajuato |
| 13 Hidalgo | 14 Jalisco |
| 15 Edo. de México | 16 Michoacán |
| 17 Morelos | 18 Nayarit |
| 19 Nuevo León | 20 Oaxaca |
| 21 Puebla | 22 Querétaro |
| 23 Quintana Roo | 24 Sinaloa |
| 25 San Luís Potosí | 26 Sonora |
| 27 Tabasco | 28 Tamaulipas |
| 29 Tlaxcala | 30 Veracruz |

31 Yucatán

32 Zacatecas

Escolaridad

Ocupación

1	Sin escolaridad	1	subempleado
2	Primaria incompleta	2	empleado
3	Primaria Completa	3	obrero
4	Secundaria	4	técnico
5	Bachillerato	5	pensionado
6	Carrera Técnica	6	campesino
7	Licenciatura	7	hogar
8	Postgrado	8	desempleado

Religión:

- 0 ninguna
- 1 católica
- 2 cristiana
- 3 evangélica
- 4 mormona
- 5 otras.

Instrumento de evaluación. SCID-I NP (ECED 1, 0. NP)

Descripción:

La Entrevista Clínica Estructurada del DSM-IV (SCID-I) es un instrumento diagnóstico muy conocido y ampliamente validado en nuestro país (ECED-I); (13) se usa extensamente para determinar criterios de ingreso a estudios y

para la toma de decisiones acerca de la clase o las clases de tratamiento que podrían ser más útiles para hacer frente a los problemas diagnósticos relacionados. En el Anexo1 del Protocolo de Investigación se encuentran detallados sus características, criterios diagnósticos y normas para su realización.

Procedimientos:

El investigador principal solicitó la aprobación del comité de ética del Hospital Psiquiátrico HPFBA para la realización del estudio, posteriormente se entrevistó con los jefes de los Servicios de Neurología y Consulta Externa para solicitar los registros de la consulta diaria y se proporcionó esta información al archivo clínico para obtener el expediente individual de cada paciente; se insertó un formato para invitación a los pacientes en su expediente individual. Así mismo se proporcionó una libreta al personal del control de citas con objeto de reiterar esta invitación a cada paciente, proporcionando los horarios en que el investigador estaría disponible en el consultorio autorizado para la entrevista.

Se informó a cada paciente de los propósitos del estudio y se obtuvo su consentimiento informado escrito (Anexo 3 del Protocolo). De los pacientes se obtuvieron sus datos sociodemográficos para el formato de captura (ver Anexo 2 del Protocolo) y se procedió a realizar la entrevista clínica estructurada del instrumento SCID-I, (ECED-I) concentrando en formato tabular de Excel los resultados respectivos y codificando sus datos demográficos y para cada paciente el resultado del diagnóstico derivado del instrumento.

Para el procesamiento de la información se emplearon las herramientas propias de la estadística descriptiva; así como comparación de medias para el tamaño de la población muestra por medio de pruebas de Chi cuadrada de Pearson. Para ello se empleó el programa de estadística SPSS versión 12.0 para Windows. Los resultados se presentaron a los asesores teórico y metodológico para su discusión y análisis subsecuente, así como el formato para su presentación.

Recursos Materiales:

Formatos para concentrado de datos.

Formatos para consentimiento informado.

Una versión del ECED-I (SCID-I) para aplicación.

Equipo de cómputo.

Software para Windows, Excel y SPSS ver 12.

Los recursos fueron cubiertos por el investigador.

Recursos humanos:

Un residente investigador del 4º grado de especialidad.

Un asesor teórico.

Un asesor metodológico.

Resultados

El objetivo de esta investigación fue determinar la frecuencia y severidad de los trastornos depresivos comórbidos en el paciente con epilepsia, así como identificar algunas características clínico epidemiológicas de la población que acudió a la consulta del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en el periodo de un año.

A todos los individuos de la muestra se les realizaron entrevistas estructuradas para conocer las variables demográficas, los antecedentes médicos y de la conducta personal y familiar; los síntomas actuales y eventos vitales. En la mayoría de los casos se contrastó la información con la fuente familiar y para realizar el diagnóstico nosológico se consideraron las calificaciones correspondientes al eje I del DSM-IV obtenidos a través de la entrevista clínica estructurada del SCID-I. Los diagnósticos y características de la epilepsia fueron los emitidos por la consulta externa del servicio de neurología.

Para el análisis de los datos se emplearon estadísticas descriptivas: media aritmética, desviación estándar, razón y porcentajes. Así como prueba de Chi cuadrada Y en la realización de estas operaciones se utilizó el paquete estadístico SPSS 12.0 para Windows.

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO.

Estadísticas por sexo.

Sexo

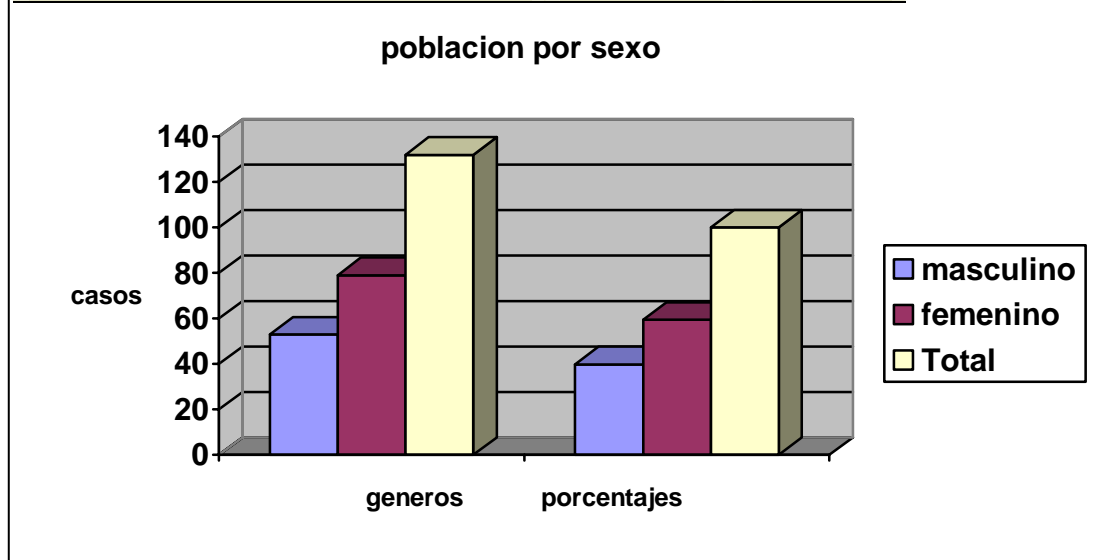
N	132
Moda	2 *

Se reunieron para estudio a 132 pacientes con epilepsia, de los cuáles la mayoría estuvieron constituidos por mujeres: 79 casos (59.4%) y 53 pacientes del sexo masculino (39.8%) ver tabla 1.

Edades.	Frecuencia	Porcentaje	% válido	Porcentaje acumulado
18	5	3.8	3.8	3.8
20	4	3.0	3.0	6.8

Tabla 1.

Masculino		53	39.8
Femenino *		79	59.4
Total		132	100.0



Estadísticas por edad:

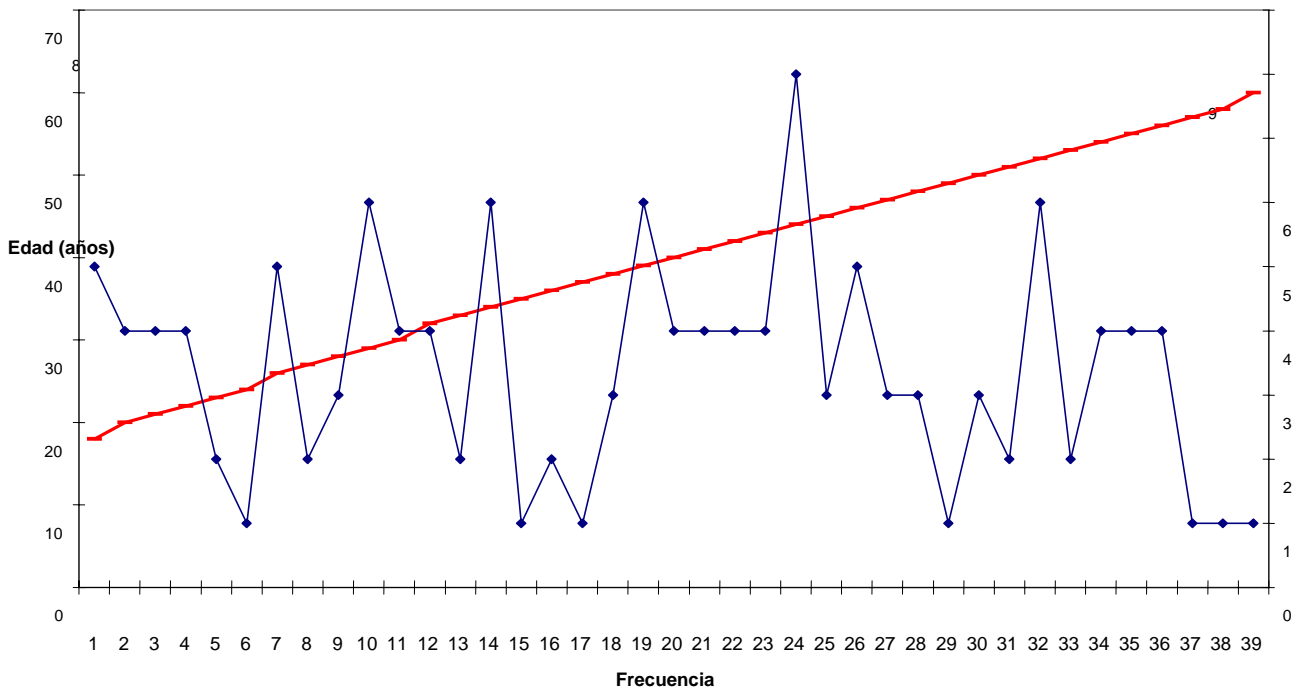
Edad

N	132
Promedio	38.52
Mediana	40.00
Moda	44
Desviación estándar.	11.444
Rango mínimo	18
Rango máximo.	60

En la población de la muestra la edad promedio fue de 38.5 años, con un rango mínimo de edad de 18 y el máximo de 60 años. La desviación estándar fue de 11.4 años. La mediana fue de 40 años y la moda (edad más frecuentemente reportada) fue de 44 años.

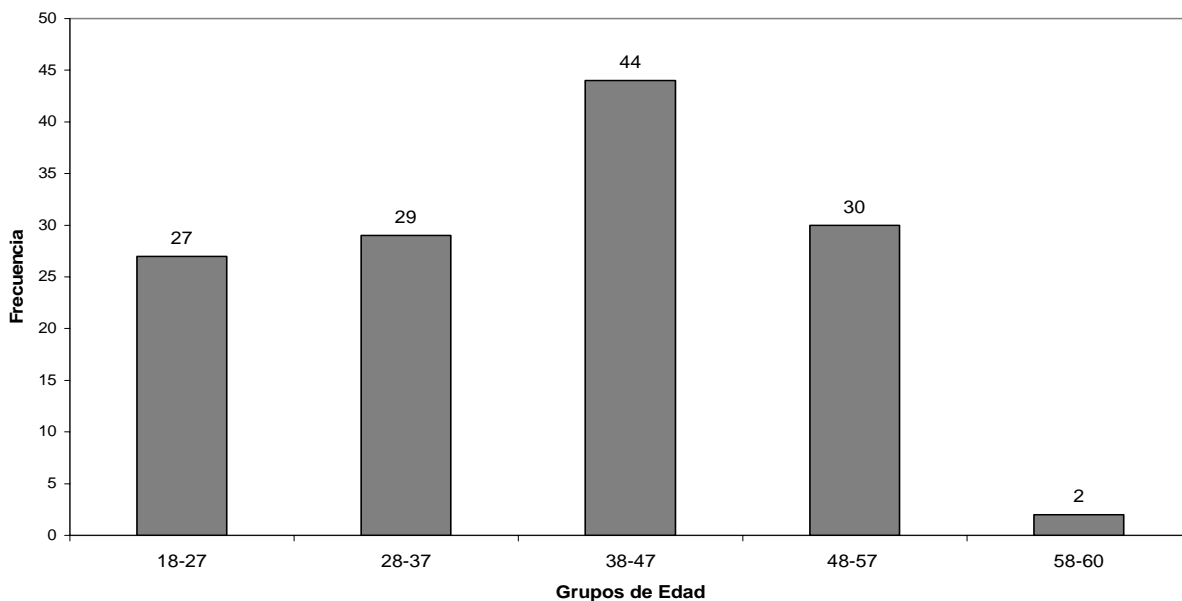
21	4	3.0	3.0	9.8
22	4	3.0	3.0	12.9
23	2	1.5	1.5	14.4
24	1	.8	.8	15.2
26	5	3.8	3.8	18.9
27	2	1.5	1.5	20.5
28	3	2.3	2.3	22.7
29	6	4.5	4.5	27.3
30	4	3.0	3.0	30.3
32	4	3.0	3.0	33.3
33	2	1.5	1.5	34.8
34	6	4.5	4.5	39.4
35	1	.8	.8	40.2
36	2	1.5	1.5	41.7
37	1	.8	.8	42.4
38	3	2.3	2.3	44.7
39	6	4.5	4.5	49.2
40	4	3.0	3.0	52.3
41	4	3.0	3.0	55.3
42	4	3.0	3.0	58.3
43	4	3.0	3.0	61.4
44	8	6.0	6.1	67.4
45	3	2.3	2.3	69.7
46	5	3.8	3.8	73.5
47	3	2.3	2.3	75.8
48	3	2.3	2.3	78.0
49	1	.8	.8	78.8
50	3	2.3	2.3	81.1
51	2	1.5	1.5	82.6
52	6	4.5	4.5	87.1
53	2	1.5	1.5	88.6
54	4	3.0	3.0	91.7
55	4	3.0	3.0	94.7
56	4	3.0	3.0	97.7
57	1	.8	.8	98.5
58	1	.8	.8	99.2
60	1	.8	.8	100.0
Total	132	100.0	100.0	

Frecuencias para Edad en la Población



Significativamente los pacientes mas frecuentemente captados de la muestra, fueron del grupo de 38 a 47 años de edad. Este grupo es de los más productivos en términos laborales y familiares. Los restantes grupos fueron similares en cantidad, con excepción de los pacientes de mayor edad (grupo de 58 a 60 años).

Grupos de Edad por Años



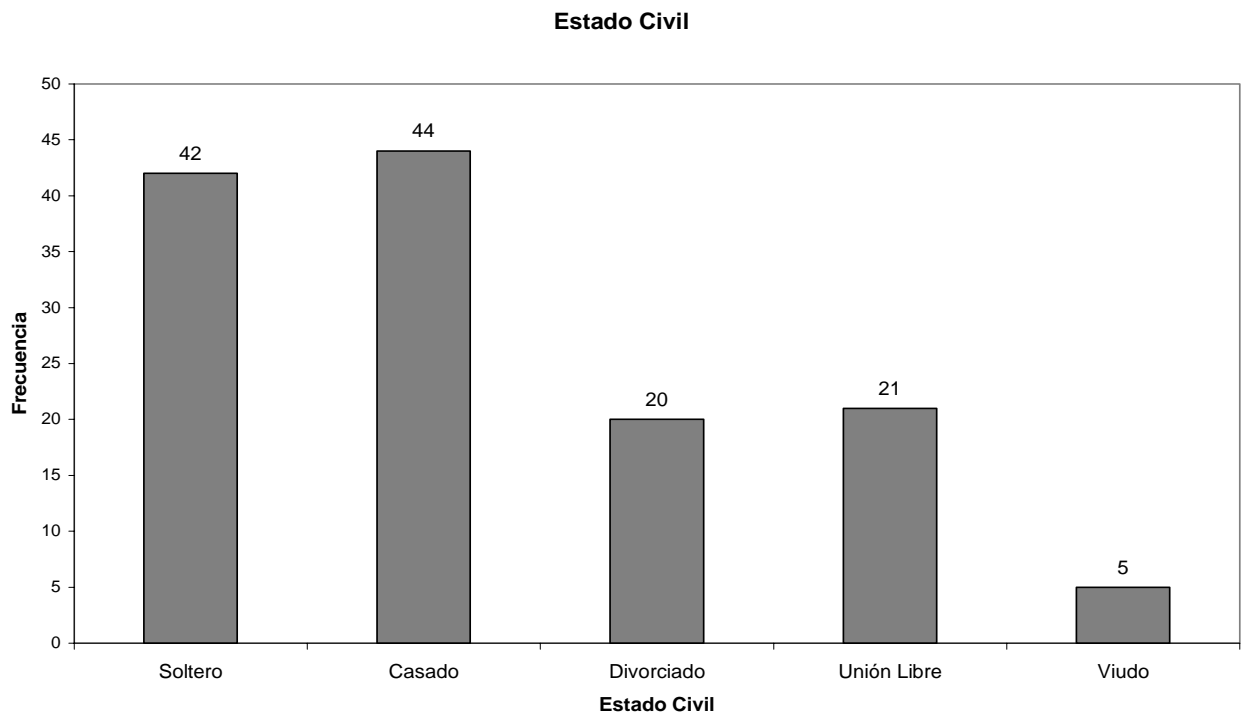
Estadísticas por estado civil:

Estado civil

N	132
Moda.	2 *

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	% válido	% acumulado
Solteros	42	31.6	31.8	31.8
Casados *	44	33.1	33.3	65.2
Divorciados	20	15.0	15.2	80.3
Unión Libre	21	15.8	15.9	96.2
Viudos	5	3.8	3.8	100.0
Total	132	100.0	100.0	

De la población estudiada el mayor componente fue el constituido por los pacientes casados 44 (33.3% de los casos), y por quienes viven en Unión libre 21 (15.8%); para agrupar entonces 65 pacientes (48.9%) que reportaron tener pareja en comparación con el grupo de solteros (31.6%), divorciados (15%) y viudos (5). Estos últimos apenas representaron el 3.8% del total de la muestra.



Estadísticas por Residencia.

Lugar de residencia

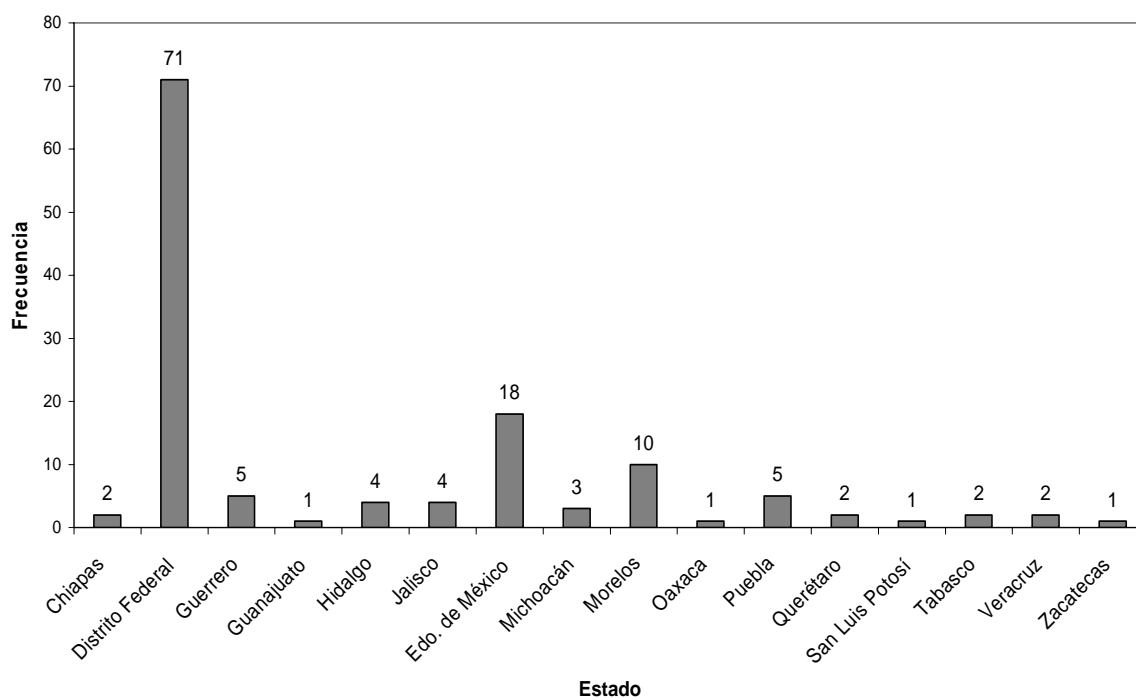
N	132
Moda	9 *

El mayor numero de pacientes fue el proveniente del Distrito Federal con 71 casos (53.45), le siguieron los provenientes del estado de México con 18 pacientes (13.55) y en tercer lugar el estado de Morelos con 10 casos (7.5%). Entre estos grupos de pacientes acumularon el 74.5% de los casos. Los pacientes de otros lugares de residencias tuvieron escasa representación para esta variable y en conjunto los resultados constituyen un sesgo debido a la situación geográfica del Hospital. Estos datos son congruentes con los reportados por la institución para la procedencia de sus usuarios.

Lugar de residencia

Lugar	Frecuencia	Porcentaje	% válido	% acumulado
Chiapas	2	1.5	1.5	1.5
Distrito Federal *	71	53.4	53.8	55.3
Guerrero	5	3.8	3.8	59.1
Guanajuato	1	.8	.8	59.8
Hidalgo	4	3.0	3.0	62.9
Jalisco	4	3.0	3.0	65.9
Estado de México	18	13.5	13.6	79.5
Michoacán	3	2.3	2.3	81.8
Morelos	10	7.5	7.6	89.4
Oaxaca	1	.8	.8	90.2
Puebla	5	3.8	3.8	93.9
Querétaro	2	1.5	1.5	95.5
San Luís Potosí	1	.8	.8	96.2
Tabasco	2	1.5	1.5	97.7
Veracruz	2	1.5	1.5	99.2
Zacatecas	1	.8	.8	100.0
Total	132	100.0	100.0	

Lugar de Residencia



Estadísticas de escolaridad

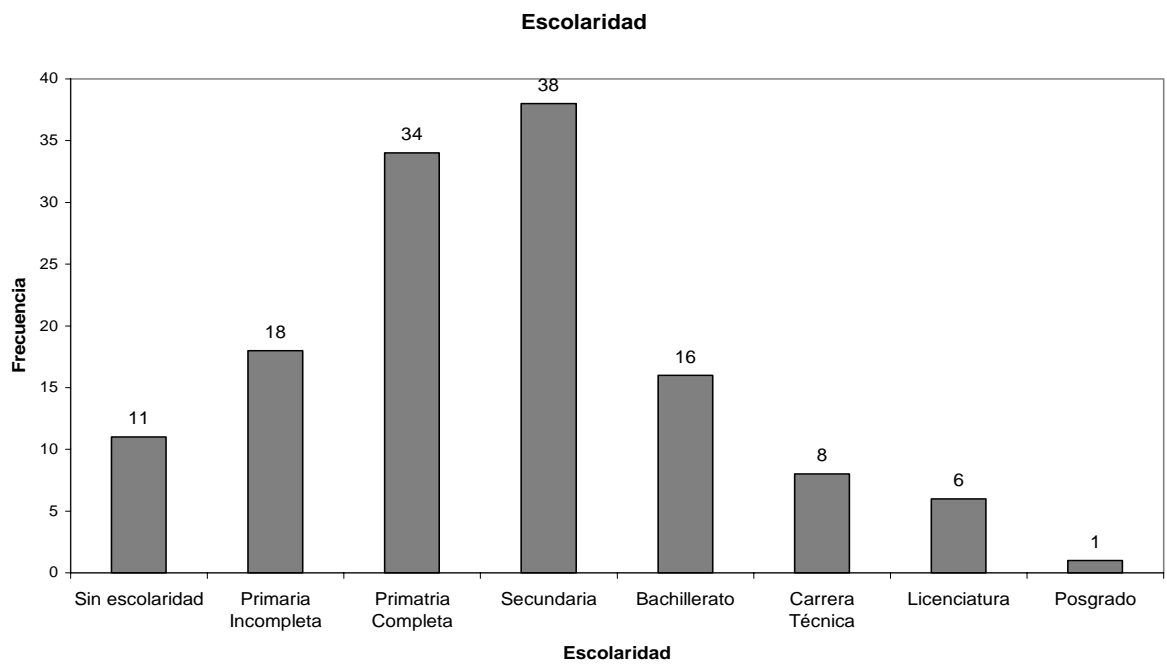
Escolaridad

N	132
Promedio	3.63
Mediana	4 *
Moda	4 *
Desviación estándar.	1.525

En lo referente a la escolaridad, se advierte que apenas predominan los estudios de secundaria en la población de estudio (38 casos 28.6%), en relación con los pacientes que reportaron estudios de primaria (34 casos 25.6%). Llama la atención que los pacientes sin escolaridad solamente constituyeron 11 casos (8.3%) del total. En comparación del volumen total de la muestra 7 pacientes tenían estudios superiores de Licenciatura y postgrado. Esto puede constituir un reflejo de los sitios de procedencia de la población; en su mayoría con domicilios en la zona urbana más que en poblaciones rurales.

Escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje	% válido	% acumulado
Sin Escolaridad.	11	8.3	8.3	8.3
Primaria inc.	18	13.5	13.6	22.0
Primaria comp.	34	25.6	25.8	47.7
Secundaria. *	38	28.6	28.8	76.5
Bachillerato.	16	12.0	12.1	88.6
Carrera Técnica.	8	6.0	6.1	94.7
Licenciatura.	6	4.5	4.5	99.2
Postgrado.	1	.8	.8	100.0
Total	132	100.0	100.0	



Estadísticas por Ocupación.

Ocupación

N	132
Mediana	7.00
Moda	7
Desviación estándar.	2.668

Como se consideró previamente, al predominar la población de sexo femenino en la muestra, con rangos de edades entre los 30 y 40 años, no fue inesperado que la ocupación principal fuera la de ama de casa, con 42 (31.6 %) del total. Los desempleados y los escasamente empleados constituyeron un 21.1% y 15% respectivamente de la muestra. Lo que deja escasamente productiva, (en términos económicos), a un total de 67.7% acumulado; si contamos a quienes se desempeñan en labores hogareñas – (escasa o nulamente remuneradas). Los empleados apenas constituyeron un 11.3%, obreros no calificados y técnicos suman 14.3% acumulado, y los agricultores solamente 3.8%. Estos datos entran en íntima correlación económica con el acceso a tratamientos médicos y su grado de cumplimiento.

Ocupación

	Frecuencia	Porcentaje	% válido	% acumulado
Subempleado	20	15.0	15.2	15.2
Empleado	15	11.3	11.4	26.5
Obrero n/calif.	12	9.0	9.1	35.6
Técnico	7	5.3	5.3	40.9
Pensionado	3	2.3	2.3	43.2
Campesino	5	3.8	3.8	47.0
Hogar	42	31.6	31.8	78.8
Desempleado	28	21.1	21.2	100.0
Total	132	100.0	100.0	

Religión

N	132
Mediana	1.00
Moda	1

La distribución por religión fue para la católica 103 (77.4 %), La cristiana 13 (9.8 %), evangélica 3 (2.3 %), mormona 1 (0.8 %), otra religión 4 (3.0 %) y de ninguna religión fue de 8 (6.0 %). La moda y la mediana fueron de 1.00 (77.4%) que corresponde a la religión católica.

Religión

	Frecuencia	Porcentaje	% válido	% acumulado
Ninguna	8	6.0	6.1	6.1
Católica	103	77.4	78.0	84.1
Cristiana	13	9.8	9.8	93.9
Evangélica	3	2.3	2.3	96.2
Mormona	1	.8	.8	97.0
Otras	4	3.0	3.0	100.0
Total	132	100.0	100.0	

EPILEPSIA

Distribución de los tipos de Epilepsia.

Epilepsia

N	132
Mediana	3.00
Moda	3

La distribución obtenida para los tipos de Epilepsia reportados en el estudio fue la siguiente:

Epilepsia

	Frecuencia	Porcentaje	% válido	% acumulado
Ep. Criptogénica, mioclónica ast.	18	13.5	13.6	13.6
Crisis de ausencia	5	3.8	3.8	17.4
Crisis parciales simples	50	37.6	37.9	55.3
Crisis parciales complejas	37	27.8	28.0	83.3
Crisis Generalizadas.	22	16.5	16.7	100.0
	132	100.0	100.0	

La frecuencia de los tipos reportados de crisis convulsivas, es similar con los datos más frecuentemente reportados para este padecimiento. Sobresalen las crisis parciales que en su forma simple (50 casos_ 37.6 %) o compleja (37 casos_ 27.8 % de la muestra), en general son de los más frecuentemente reportados en amplias series de casos y en conjunto sumados los tipos simples y complejos constituyen en esta muestra un total de 87 casos (65.4 %).

Las crisis generalizadas, que por lo general constituyen los tipos más evidentes en la clínica, únicamente constituyeron 16.5 % de los pacientes (22 casos), así como la epilepsias criptogénicas y mioclónicas que constituyeron 13.5 % de la totalidad de la muestra. Como puede esperarse, los tipos menos comunes de crisis en el adulto; constituyen las crisis de ausencia, cuya mayor frecuencia se observa en la infancia y adolescencia, aunque pueden observarse todavía en los adultos jóvenes y constituyeron 3.8 % del total de casos del estudio.

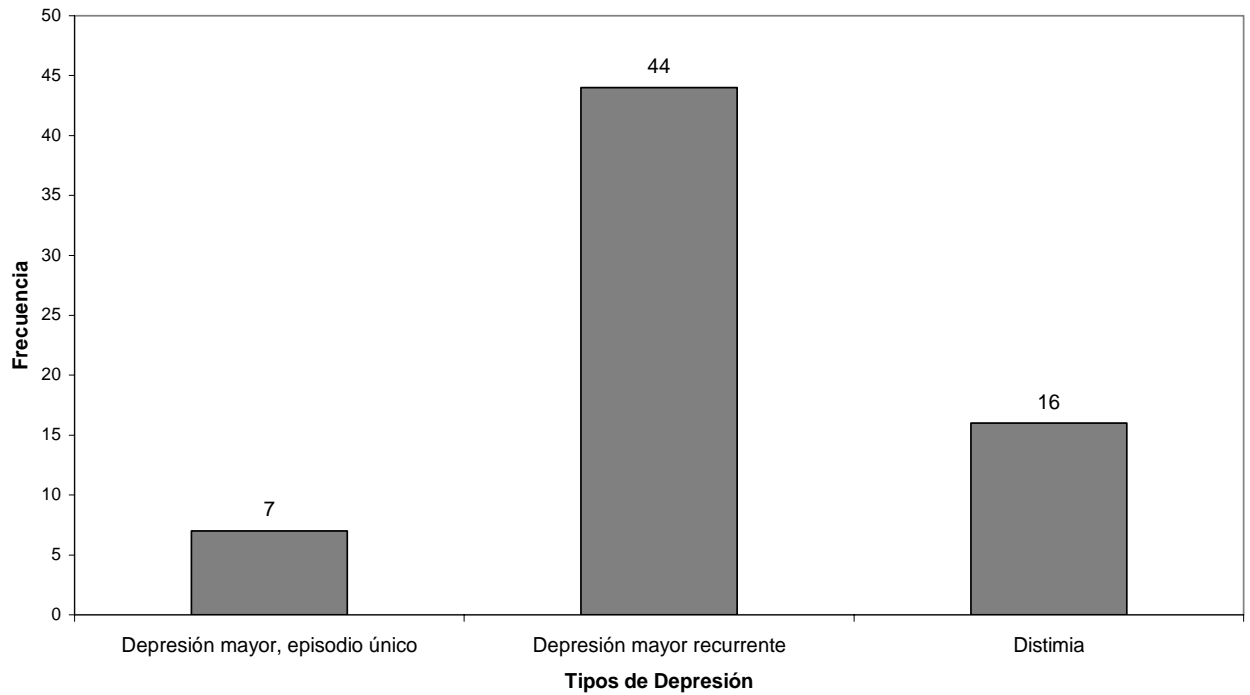
DEPRESIÓN

De acuerdo a los diagnósticos reportados en el SCID-I, la frecuencia reportada

para los trastornos depresivos fue del 51%, es decir en 67 de los 132 casos del estudio. La frecuencia reportada es congruente con las cifras de los estudios internacionales (15 – 60 %). La distimia fue el mayor trastorno reportado con 16 casos (12.0 %), ligeramente por encima de los trastornos depresivos recurrentes (atípicos), con 14 casos (10.6 %). Si se agrupan los diversos subtipos, obtenemos que los episodios depresivos constituyeron 7 casos (5.30 %) de la muestra, la depresión mayor recidivante con 21 casos (15.9 %) y la depresión mayor recurrente con 23 casos (17.4 %) de la muestra. Considerados así, sugieren que en los pacientes epilépticos del estudio, los instrumentos diagnósticos reportaron un predominio de formas crónicas y recurrentes de la depresión, sobre las formas episódicas. Los hallazgos anteriores tienen correlación estrecha con la conocida actividad metabólica descrita en los focos epileptógenos cuyo estado de mantenimiento tiende a la cronicidad y es el rasgo distintivo de la epilepsia.

Depresión	Frecuencia	Porcentaje	% válido	% acumulado
Depresión mayor ep. moderado	1	.8	.8	1.5
Depresión mayor ep. grave c sint/psic	1	.8	.8	2.3
Depresión mayor ep. grave s sint/psic	2	1.5	1.5	3.8
Depresión mayor ep. único crónico	2	1.5	1.5	5.3
Depresión mayor ep. único c sint catat.	1	.8	.8	6.0
Depresión mayor recidivante	1	.8	.8	6.8
Depresión mayor recid leve	3	2.3	2.3	9.0
Depresión mayor recid moderada	6	4.5	4.5	13.5
Depresión mayor recid grave c sint/psic	1	.8	.8	14.3
Depresión mayor recid grave s sint/psic	4	3.0	3.0	17.3
Depresión mayor recid remisión parc	5	3.8	3.8	21.1
Depresión mayor recid remisión total	1	.8	.8	21.8
Depresión mayor recurrente crónica	1	.8	.8	22.6
Depresión mayor recurrente c sint/catat	1	.8	.8	23.3
Depresión mayor recurrente c sint/mel	7	5.3	5.3	28.6
Depresión mayor recurrente c sint/atips	14	10.6	10.6	39.1.
Distimia	16	12.0	12.0	51.1
Total	67	51 %	51.0 %	51 %

Depresión en Epilepsia



Otros Diagnósticos Psiquiátricos Reportados:

Respecto a los diagnósticos distintos a los trastornos depresivos, se obtuvieron de acuerdo a las entrevistas estandarizadas para el SCID-I, resultados para trastornos psicóticos (debidos a enfermedad médica) en 18 casos (13.5 %), trastorno de personalidad debido a enfermedad médica en 13 casos (9.8 %), trastornos de ansiedad de diversos tipos: Ansiedad generalizada sin agorafobia en 8 casos (6.0 %), Ansiedad generalizada con agorafobia en 2 casos (1.5 %) que en conjunto constituyeron 10 casos (7.5 %). El trastorno de angustia en 2 casos (1.5 %). En orden decreciente se obtuvieron 6 casos de trastorno explosivo intermitente (4.5 %), trastorno de somatización en 5 casos (3.8 %).

Los trastornos cognitivos secundarios a epilepsia constituyeron 4 casos (3.0 %), los casos de Demencia (debida a enfermedad médica) fueron 2.3 % de la muestra (3 pacientes).

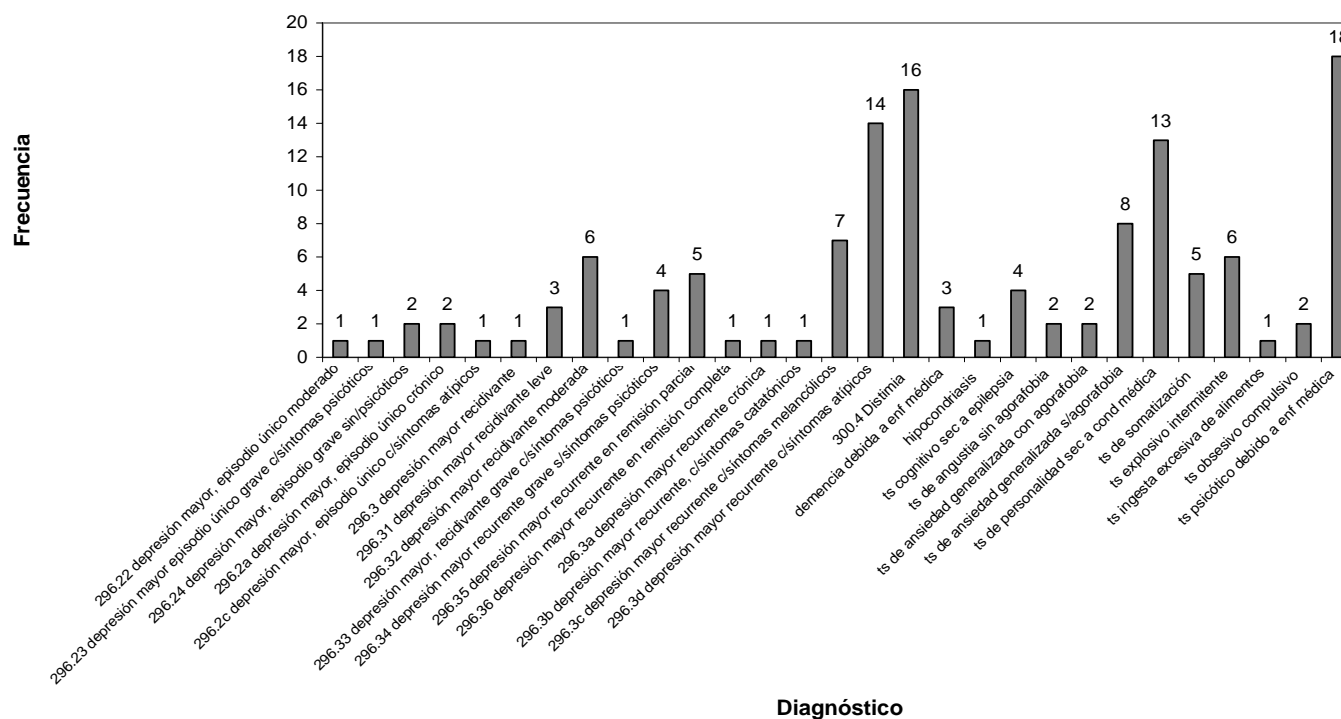
Diagnóstico	frecuencia	porcentaje	% válido	% acum.
-------------	------------	------------	----------	---------

Demencia debida a enf medica	3	2.3	2.3	53.4
Hipocondriasis	1	.8	.8	54.1
Ts cognitivo sec a epilepsia	4	3.0	3.0	57.1
Ts de angustia sin agorafobia	2	1.5	1.5	58.6
Ts de ansiedad generalizada con agorafobia	2	1.5	1.5	60.2
Ts de ansiedad generalizada sin agorafobia	8	6.0	6.0	66.2
Ts de personalidad sec a cond medica	13	9.8	9.8	75.9
Ts de somatizacion	5	3.8	3.8	79.7
Ts explosivo intermitente	6	4.5	4.5	84.2
Ts ingesta excesiva de alimentos	1	.8	.8	85.0
Ts obsesivo compulsivo	2	1.5	1.5	86.5
Ts psicotico debido a enf medica	18	13.5	13.5	100.0
total	65	49.24 %	49.24 %	100.0 %

Finalmente de las siguientes entidades clínicas se obtuvieron: 2 casos de trastorno obsesivo compulsivo, 1 caso de hipocondriasis y 1 caso de trastorno de ingesta excesiva de alimentos.

Sobresalen de entre estos trastornos los de psicosis debidos a enfermedad médica, que son las categorías definidas por el sistema nosológico del DSM-IV para cubrir los casos asociados a la epilepsia entre otras condiciones. Los trastornos de personalidad agrupados como debidos a enfermedad médica se consideran en la misma situación que las categorías precedentes.

Diagnóstico SCID-1 para DSM-IV



Análisis de Correlación de las Variables con Depresión:

Correlación entre Depresión y Epilepsia:

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Depresión * Epilepsia	67	100.0%	0	.0%	67	100.0%

Tabla de contingencia Depresión * Epilepsia

		Epilepsia					Total
		Epilepsia criptogénica/ epilepsia mioclónica estática	Crisis de ausencia	Crisis parciales complejas	Crisis generalizadas tónico clónicas	5	
Depresión	Depresión mayor, episodio único	1	1	3	2	0	7
	Depresión mayor, recurrente	4	0	21	9	10	44
	Distimia	3	2	6	3	2	16
Total		8	3	30	14	12	67

Pruebas de Chi-cuadrada de Pearson: Depresión y Epilepsia

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9.329(a)	8	.315
Razón de verosimilitud	11.145	8	.194
Asociación lineal por lineal	.215	1	.643
N de casos válidos	67		

a 10 casillas (66.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .31.

Correlación entre Depresión y Sexo.

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Depresión * Sexo	67	100.0%	0	.0%	67	100.0%

Tabla de contingencia Depresión * Sexo

	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	

Depresión	Depresión mayor, episodio único	1	6	7
	Depresión mayor, recurrente	15	29	44
	Distimia	3	13	16
Total		19	48	67

Pruebas de Chi-cuadrada de Pearson: Depresión y Sexo

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.121(a)	2	.346
Razón de verosimilitud	2.257	2	.324
Asociación lineal por lineal	.068	1	.794
N de casos válidos	67		

a 2 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.99.

Correlación entre Depresión y Edad

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Depresión * Edad	67	100.0%	0	.0%	67	100.0%

Tabla de contingencia Depresión * Edad

Recuento

	Edad	Total

		18-27	28-37	38-47	48-57	
Depresión	Depresión mayor, episodio único	4	2	1	0	7
	Depresión mayor, recurrente	3	6	19	16	44
	Distimia	7	1	6	2	16
Total		14	9	26	18	67

Pruebas de Chi-cuadrada de Pearson: Depresión y Edad

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20.280(a)	6	.002
Razón de verosimilitud	21.620	6	.001
Asociación lineal por lineal	.008	1	.930
N de casos válidos	67		

a 7 casillas (58.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .94.

Correlación de Depresión y Estado Civil

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Depresión * Estado Civil	67	100.0%	0	.0%	67	100.0%

Tabla de contingencia Depresión * Estado Civil

Recuento

	Estado Civil	Total

		Soltero	Casado	Divorciado	Unión Libre	Viudo	
Depresión	Depresión mayor, episodio único	4	0	1	2	0	7
	Depresión mayor, recurrente	7	21	6	6	4	44
	Distimia	6	4	3	3	0	16
Total		17	25	10	11	4	67

Pruebas de Chi-cuadrada de Pearson: Depresión y Estado Civil.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12.995(a)	8	.112
Razón de verosimilitud	16.129	8	.041
Asociación lineal por lineal	.083	1	.773
N de casos válidos	67		

a. 10 casillas (66.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .42.

Correlación de Depresión y Lugar de Residencia.

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Depresión * Residencia	67	100.0%	0	.0%	67	100.0%

Tabla de contingencia Depresión * Residencia

		Residencia						
		Chiapas	D.F.	Guerrero	Hidalgo	Jalisco	Edo. de México	Michoacán
Depresión	Depresión mayor, episodio único	0	3	0	1	1	2	2

Depresión mayor, recurrente	1	23	2	2	0	3	3
Distimia	1	8	1	0	0	4	4
Total	2	34	3	3	1	9	9

Tabla de contingencia Depresión * Residencia

Recuento

		Residencia							Total
		Morelos	Puebla	Querétaro	San Luís Potosí	Tabasco	Veracruz	Zacatecas	
Depresión	Depresión mayor, episodio único	0	0	0	0	0	0	0	7
	Depresión mayor, recurrente	3	1	1	1	1	1	1	44
	Distimia	1	0	0	1	0	0	0	16
Total		4	4	1	1	2	1	1	67

Pruebas de Chi-cuadrada de Pearson: Depresión y Lugar de Residencia

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22.435(a)	26	.665
Razón de verosimilitud	21.980	26	.690
Asociación lineal por lineal	.020	1	.888
N de casos válidos	67		

a 39 casillas (92.9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .10.

Correlación de Depresión y Grado de Escolaridad.

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Depresión *	67	100.0%	0	.0%	67	100.0%

Escolaridad						
-------------	--	--	--	--	--	--

Tabla de contingencia Depresión * Escolaridad

Recuento

		Escolaridad				
		Sin escolaridad	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria	Bachillerato
Depresión	Depresión mayor, episodio único	1	1	1	3	1
	Depresión mayor, recurrente	2	2	16	12	5
	Distimia	1	5	2	3	2
Total		4	8	19	18	8

Tabla de contingencia Depresión * Escolaridad

Recuento

		Escolaridad			Total
		Carrera técnica	Licenciatura	Posgrado	
Depresión	Depresión mayor, episodio único	0	0	0	7
	Depresión mayor, recurrente	3	0	0	44
	Distimia	2	1	1	16
Total		5	4	1	67

Pruebas de Chi-cuadrada de Pearson: Depresión y Escolaridad

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18.388(a)	14	.190
Razón de verosimilitud	18.973	14	.166
Asociación lineal por lineal	.056	1	.813

N de casos válidos	67		
--------------------	----	--	--

a 20 casillas (83.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es .10.

Correlación de Depresión y Ocupación Laboral.

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Depresión * Ocupación	67	100.0%	0	.0%	67	100.0%

Tabla de contingencia Depresión * Ocupación

Recuento

		Ocupación				
		Subempleado	Empleado	Obrero	Técnico	Pensionado
Depresión	Depresión mayor, episodio único	1	0	1	0	0
	Depresión mayor, recurrente	5	5	5	5	1
	Distimia	2	4	0	0	1
Total		8	9	6	5	2

Tabla de contingencia Depresión * Ocupación Laboral

Recuento

		Ocupación			Total
		Campesino	Hogar	Desempleado	
Depresión	Depresión mayor, episodio único	0	2	3	7
	Depresión mayor, recurrente	3	19	1	44

	Distimia	0	5	4	16
Total		3	26	8	67

Pruebas de Chi-cuadrada de Pearson: Depresión y Ocupación Laboral

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21.674(a)	14	.086
Razón de verosimilitud	25.251	14	.032
Asociación lineal por lineal	.212	1	.645
N de casos válidos	67		

a 19 casillas (79.2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .21.

Correlación de Depresión y Religión.

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Depresión * Religión	67	100.0%	0	.0%	67	100.0%

Tabla de contingencia Depresión * Religión

Recuento

		Religión					Total
		Ninguna	Católica	Cristiana	Evangélica	Otras	
Depresión	Depresión mayor, episodio único	0	5	1	1	0	7
	Depresión mayor, recurrente	0	38	2	2	2	44
	Distimia	1	11	4	0	0	16
Total		1	54	7	3	2	67

Pruebas de Chi-cuadrada de Pearson: Depresión y Religión

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11.796(a)	8	.161
Razón de verosimilitud	11.750	8	.163
Asociación lineal por lineal	.475	1	.491
N de casos válidos	67		

a 12 casillas (80.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .10.

Estadísticos Descriptivos

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	132	18	60	38.52	11.444
N válido (según lista)	132				

Tablas de contingencia

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Sexo * Epilepsia	132	100 %	0	.0%	132	100.0%

Tabla de contingencia Sexo * Epilepsia

		Epilepsia					Total	
		1	2	3	4	5		
Sexo	1	Recuento	6	2	14	19	12	53
		% de Epilepsia	33.3%	40.0%	28.0%	51.4%	54.5%	40.2%
	2	Recuento	12	3	36	18	10	79
		% de Epilepsia	66.7%	60.0%	72.0%	48.6%	45.5%	59.8%
Total		Recuento	18	5	50	37	22	132
		% de Epilepsia	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.249(a)	4	.123
Razón de verosimilitud	7.314	4	.120
Asociación lineal por lineal	3.642	1	.056
N de casos válidos	132		

a 2 casillas (20.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.01.

Tablas de contingencia

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Sexo * Epilepsia	132	100.0%	0	.0%	132	100.0%

Tabla de contingencia Sexo * Epilepsia

	Epilepsia	Total

		1	2	3	4	5	
Sexo 1	Recuento	6	2	14	19	12	53
	% del total	4.5%	1.5%	10.6%	14.4%	9.1%	40.2%
2	Recuento	12	3	36	18	10	79
	% del total	9.1%	2.3%	27.3%	13.6%	7.6%	59.8%
Total	Recuento	18	5	50	37	22	132
	% del total	13.6%	3.8%	37.9%	28.0%	16.7%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.249(a)	4	.123
Razón de verosimilitud	7.314	4	.120
Asociación lineal por lineal	3.642	1	.056
N de casos válidos	132		

a 2 casillas (20.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.01.

ANOVA de un factor

Descriptivos

Edad

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inf	Límite sup		
1	18	30.67	13.061	3.078	24.17	37.16	18	55
2	5	22.80	3.271	1.463	18.74	26.86	20	28
3	50	41.34	9.371	1.325	38.68	44.00	22	60
4	37	39.51	10.997	1.808	35.85	43.18	21	57
5	22	40.41	11.338	2.417	35.38	45.44	18	58
Total	132	38.52	11.444	.996	36.54	40.49	18	60

ANOVA

Edad

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	2858.388	4	714.597	6.347	.000
Intra-grupos	14298.581	127	112.587		
Total	17156.970	131			

Prueba T

Estadísticos de grupo

	Epilepsia	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Edad	1	18	30.67	13.061	3.078
	2	5	22.80	3.271	1.463

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia
Edad	Se han asumido varianzas iguales	5.955	.024	1.315	21	.203	7.867	5.984
	No se han asumido varianzas iguales			2.308	20.995	.031	7.867	3.408

Estadísticos de grupo

	Epilepsia	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Edad	1	18	30.67	13.061	3.078
	3	50	41.34	9.371	1.325

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia
Edad	Se han asumido varianzas iguales	3.713	.058	-3.717	66	.0008	-10.673	2.872
	No se han asumido varianzas iguales			-3.185	23.604	.004	-10.673	3.352

Estadísticos de grupo

	Epilepsia	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Edad	1	18	30.67	13.061	3.078
	4	37	39.51	10.997	1.808

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia
Edad	Se han	.342	.561	-2.632	53	.011	-8.847	3.36

asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales								
				-2.478	29.112	.019	-8.847	3.57

Análisis de Correlación de las Variables con el índice de Depresión
Resumen de Conclusiones

	Variable	Chi Cuadrada	Valor p	Significancia
1	Epilepsia	9.32	0.315	
2	Sexo	2.12	0.346	
3	Edad	20.28	0.002	***
4	Estado Civil	12.99	0.112	
5	Lugar de Residencia	22.43	0.665	
6	Escolaridad	18.38	0.190	
7	Ocupación laboral	21.67	0.086	
8	Religión	11.79	0.161	

Análisis Estadístico de Resultados:

El objetivo del estudio fue determinar la presencia de trastornos depresivos en pacientes con epilepsia que acudieron al estudio. Se estudiaron 132 pacientes quienes experimentaban al menos uno de los 5 tipos de epilepsia diagnosticados de manera independiente por el servicio de neurología de HPFBA. Se realizó en todos los pacientes la evaluación diagnóstica a través de las entrevistas clínicas estructuradas del SCID-I para el eje I del DSM-IV.

En su descripción, la población de 132 pacientes estuvo compuesta en su mayoría por mujeres (79 casos _ 59.54 %) y en el caso de los hombres 53 pacientes (39.8 %), con rangos de edades comprendidos entre los 18 y 60 años; los que se agrupó en 5 grupos etéreos con rangos de 18-27, 28-37, 38-47, 48-57 y 57 años en adelante, predominando el grupo de 38 a 49 años (promedio de 38.5 años), con pareja o matrimonio en 49.2 % de los casos y residentes del Distrito Federal en 53.4 % de los casos. Su principal grado de

escolaridad fue de secundaria y la actividad principal las labores del hogar y la religión predominante (78 %) fue la católica.

Los principales tipos de epilepsia identificados fueron las crisis parciales simples en 50 casos (37.6 %), las crisis complejas en 37 casos (27.8 %), que agrupadas como síndrome constituyeron 87 casos (65.4 %), seguidas por las crisis generalizadas en 22 casos (16.5 %), Las epilepsias criptogénicas en 18 pacientes (13.5 %) y las crisis de ausencia con 5 casos (3.8 %). En cuanto a la variable de estudio se obtuvieron diagnósticos de depresión en 67 casos (51 %), cifra en concordancia con los estudios internacionales. El análisis de correlación de Depresión con epilepsia reporta 7 casos de Depresión mayor episódica (5.30 %) para todos los tipos de epilepsia, 44 pacientes para depresión mayor recurrente (33.33%) y 16 pacientes con distimia (12.12%) en todos los tipos de crisis. En total con 67 casos válidos de depresión en epilepsia. Con una Chi cuadrada de 9.329 con un valor de p de 0.315 (no significativo).

El análisis de correlación de depresión en el paciente epiléptico con la variable demográfica sexo fue en mujeres de 48 casos de depresión distribuidos en 29 de depresión mayor recurrente, 13 de distimia y 6 de depresión mayor episódica, que constituyeron 71.64% de los casos. En hombres se reportaron en total 19 casos de depresión distribuidos en 15 casos de depresión mayor recurrente, 3 casos de distimia y 1 caso de depresión mayor episódica. En total constituyeron 28.35% de los casos. Con una Chi cuadrada de Pearson de 2.121 y una p de 0.346 para los 67 casos válidos el que se consideró no significativo para esta asociación. Es necesario recordar que la población estuvo en su mayoría constituida por mujeres.

El análisis de correlación de Depresión en epilepsia con la variable demográfica edad fue la siguiente: para el grupo de 18-27 años se reportan 14 casos de depresión 20.89% de los 67 casos válidos (distribuidos en 7 de distimia, 4 de depresión mayor episódica y 3 de depresión mayor recurrente); para el grupo de pacientes de 28-37 años se reportaron 9 casos de depresión 13.43% de 67 casos válidos (distribuidos en 6 casos de depresión mayor recurrente, 2 casos de depresión mayor episódica y 1 caso de distimia). El grupo más importante fue el de 38-47 años de edad, con 26 casos de depresión: 38.80% de 67 casos válidos, (distribuidos en 19 casos de depresión mayor recurrente, 6 casos de distimia y 1 caso de depresión mayor episódica). Y le sigue el grupo de 48-57

años con 18 casos que representaron el 26.86% de los 67 casos válidos. Y se distribuyeron en 16 casos de depresión mayor recurrente, y 2 casos de distimia). No se reportaron episodios de depresión en pacientes epilépticos del grupo de 58-60 años de este estudio. Se obtuvo una Chi-cuadrada de 20.280, con un grado de libertad de 6 y una p de 0.002 que se considera estadísticamente significativa. Realizando una prueba de Levene de muestras independientes para verificar igualdad de varianzas se obtuvieron para el grupo de edades de 38-47 años (que reportó el mayor número de casos de depresión) una t de -3.717 con un grado de libertad de 66 y una p de .0008 (bilateral), que se considera altamente significativa para este grupo. Los restantes grupos etareos no reportaron un patrón de significancia estadística.

El análisis de correlación estadística de depresión en el paciente epiléptico con la variable sociodemográfica estado civil para los 67 casos válidos de depresión fue en orden de importancia de 25 casos en casados 31.34% (distribuidos en 21 de depresión mayor recurrente, y 4 de distimia), 17 casos de depresión en solteros 25.37% (distribuidos en 7 casos de depresión mayor recurrente, 6 casos de distimia y 4 de depresión mayor episódica); El grupo de pacientes divorciados con depresión estuvo constituido por un total de 10 casos – 14.92 % (distribuidos en 6 casos de depresión mayor recurrente, 3 casos de distimia y 1 caso de depresión episódica). Los pacientes en unión libre con depresión en epilepsia fueron un total de 11 casos (6 casos de depresión recurrente, 3 casos de distimia y 2 casos de depresión mayor episódica), Finalmente los pacientes viudos estuvieron constituidos por 4 casos de depresión mayor recurrente. Sin embargo en las pruebas de correlación estadística se obtuvieron una Chi cuadrada de Pearson de 12.995, con un grado de libertad de 8 y una p de 0.112 que no se considera significativa en términos estadísticos.

El análisis de correlación de depresión en pacientes epilépticos con la variable sociodemográfica lugar de residencia reportó 34 pacientes con depresión provenientes del Distrito Federal - 50.74% de los 67 casos válidos, 9 casos para pacientes provenientes del Estado de México, así como para Michoacán, (13.43% de cada estado), 4 casos para cada uno de los estados de Morelos y Puebla (5.97% para cada estado); 3 casos para cada uno de los estados de Guerrero e Hidalgo (4.47% para cada estado), 2 casos para cada uno de los estados de Chiapas y Tabasco (2.98 %) y 1 caso para cada uno de los estados de Jalisco, Querétaro, San Luís Potosí y Veracruz (1.49% para cada estado).

Con una Chi cuadrada de Pearson de 22.435 con una p de 0.665 que se considera no significativa.

El análisis de correlación de depresión en el paciente epiléptico con la variable sociodemográfica escolaridad fue el siguiente en orden de importancia: para los pacientes con primaria completa se reportaron 19 casos de depresión: 28.35% de los 67 casos válidos, para los pacientes con escolaridad de secundaria se obtuvieron 18 casos (26.86% de 67 casos válidos), para los pacientes con primaria incompleta y bachillerato se obtuvieron 8 casos para cada grado (11.94% para cada uno), Los pacientes con carrera técnica registraron 5 casos (7.46%) y los pacientes sin escolaridad y licenciatura obtuvieron cada uno 4 casos (5.97%). Con una Chi cuadrada de 18.38 con un valor de p de 0.190 considerado no significativo.

El análisis de correlación de depresión en pacientes con epilepsia con la variable Ocupación laboral fue: en amas de casa se reportaron 26 casos: 38.80% de los 67 casos válidos, en empleados con 9 casos: 13.43% del total válido, para desempleados y subempleados se obtuvieron 8 casos para cada situación laboral, que representa 11.94% del total válido para cada situación. Para Técnicos y obreros se obtienen 5 casos, para campesinos 3 casos y pensionados 2 casos. Con una Chi cuadrada de 21.67 y una p de 0.86 considerada como no significativa.

El análisis de correlación de depresión en el paciente epiléptico con la variable religión se encontraron en la religión católica 54 casos (80.59% de los 67 casos válidos), 7 pacientes deprimidos con religión cristiana (10.44%), 3 casos para la religión evangélica (4.47%), para otras religiones 2.98% y sin religión 1 caso (1.49%). Con una Chi cuadrada de Pearson de 11.796 y una p de 0.161 considerada no significativa.

Conclusiones.

En la población estudiada 67 casos reunieron criterios para trastornos depresivos diversos. De acuerdo con los resultados obtenidos con la codificación del DSM-IV; se obtuvieron con mayor frecuencia trastornos depresivos crónicos como la distimia y las formas recurrentes y recidivantes de depresión mayor a diferencia de las formas episódicas de Depresión. La mayoría de los pacientes acudían con regularidad a sus consultas y se descartaron aquellos pacientes que tuvieran efectos psicosociales inmediatos que fueran motivo de sesgo para el diagnóstico, así como cualquier otra comorbilidad médica que ocasionara sesgo en el estudio.

De las mujeres con epilepsia que desarrollaron depresión, se reportó que la mayoría se encontraban viviendo con pareja o matrimonio en el momento de realizarse la entrevista diagnóstica, lo que quizá sugeriría que el estado civil no proporciona un efecto protector ante el trastorno afectivo y pareciera reforzar la epilepsia como causa neurobiológica más probable de la depresión.

Como se evidenció con el análisis de correlación de medias con Chi cuadrada de Pearson, ninguna de las variables relacionadas con el lugar de residencia, estado civil, religión y ocupación se encontró que tuviera correlación con los resultados obtenidos en los pacientes a pesar del hecho de incluir una muestra grande de pacientes con epilepsia nuestros resultados muestran que el poder de la muestra aparentemente disminuye al diversificarse entre los diversos tipos y formas de presentación nosológicas.

Sin embargo en las correlaciones de los pacientes epilépticos deprimidos con su grupo atareo resultó mas que casual una relación para el grupo de edad comprendido entre los 38 a 47 años de edad, que interesantemente estaba constituido en su mayoría por mujeres, con una media de 39.5 años, agregando el evento de que la mayor parte de todos los pacientes deprimidos fuesen mujeres (48 de los 67 casos) y con predominio de focos epilépticos parciales y frecuencias mas importantes para la depresión de formas clínicas recurrentes y crónicas (distimia). Lo anterior permite sugerir la necesidad de más estudios que aclaren los correlatos neurobiológicos subyacentes a esta observación. Habida cuenta de que hasta la actualidad no se han documentado

a fondo otros estudios exclusivamente de mujeres con epilepsia y en estas edades.

El comportamiento de los trastornos depresivos depende y está influido por el tipo de diagnóstico, la persistencia y la severidad de los síntomas, la sensibilidad y la percepción de conflictos y síntomas, así como de características sociodemográficas, factores de personalidad, ganancia secundaria en el rol de enfermo y las formas de afrontamiento ante las circunstancias vitales, sin embargo; tal pareciera que en el paciente epiléptico los principales diagnósticos psicopatológicos se obtienen en los pacientes con las formas parciales y menos llamativas de la epilepsia, independientemente de sus circunstancias psicosociales.

La frecuencia de presentación de los diferentes cuadros depresivos en el paciente con epilepsia se considera la más alta dentro de los trastornos neurológicos. Las características demográficas asociadas a los síndromes depresivos que más frecuentemente se señalan en diferentes estudios son el sexo y la edad. La mayoría de los autores señalan que la razón de personas afectadas por género es de 2 mujeres por cada hombre, lo cual ha sido corroborado en esta muestra. Esto se ha explicado por la mayor tendencia de las mujeres a buscar ayuda médica, menor soporte social en algunos países y a sesgos de selección en los estudios poblacionales. Sin embargo, la mujer está sometida a mayor nivel de estrés psicosocial, dado por la sobrecarga de trabajo (centro laboral y el hogar), crianza de los hijos, prejuicios sociales e influencias hormonales y corticales que las vuelven más proclives al trastorno depresivo además de la comorbilidad depresiva que por sí misma conlleva la epilepsia en sí misma.

El predominio del síndrome depresivo en la edad media de la vida ha sido señalado en otros estudios, y está determinado por la contribución del estrés psicosocial que afecta a este grupo poblacional, el cual se encuentra en su plena edad productiva y con responsabilidades familiares. Con relación al estado conyugal la frecuencia de depresión varía de acuerdo con el sexo; las mujeres solteras parecen menos susceptibles a la depresión que las casadas; situación inversa ocurre en el caso de los hombres.

Las variables sociodemográficas del estudio coinciden con lo reportado en la literatura, con un predominio de las personas en la edad media de la vida, del sexo femenino y que tenían pareja. Los diagnósticos nosológicos más

frecuentes fueron el Trastorno depresivo recurrente, la distimia y el trastorno depresivo mayor. Esta comorbilidad menoscaba mucho más el funcionamiento global del paciente, genera más discapacidad, y deteriora en forma marcada la calidad de vida del paciente. La evaluación y el tratamiento integral, biopsicosocial, de estos pacientes se reflejarán en un mejor pronóstico y una mejor calidad de vida.

Dentro de las limitaciones de este estudio se encuentra_ a pesar del tamaño de la muestra_; La dispersión de su poder estadístico entre los diversos subtipos de epilepsia y su comorbilidad depresiva, además de que los grupos evaluados tuvieron un sesgo debido a sus condiciones de sexo, y los componentes demográficos significativamente diferentes. Para fines estadísticos, el SCID-I fue capaz de marcar diferencias en las puntuaciones de sujetos epilépticos con depresión y sin ella; esto confirma que es un instrumento con adecuada validez interna, y el hecho de incrementar el tamaño de la muestra tendría como beneficio remarcar las diferencias y reducir las desviaciones estadísticas de cada grupo.

Bibliografía

1. Andermann LF. Epilepsy in Developing Countries. *Transcultural Psychiatric Research Review* 32:351-54; 1995.
2. Annegers JF, Dubinsky S, Coan SP, et al. The incidence of epilepsy and unprovoked seizures in multiethnic, urban health maintenance organizations. *Epilepsia*. 40:502-06; 1999.
3. Annegers JF. The Epidemiology of Epilepsy. En: Wyllie E. (ed) *The Treatment of Epilepsy Principles and Practice*. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins. 10:131-138; 2001.
4. Bergen DC, Silberberg D. Nervous System Disorders: A Global Epidemic. *Archives of Neurology*. 59(7):1194-1196; 2002.
5. Berkhoff M, Briellman RS, Radanov BP. Developmental background and outcome in patients with nonepileptic versus epileptic seizures: a controlled study. *Epilepsia*. 39(5):463-9. 1998
6. Blum DE, Ehsan T, et al. Bilateral temporal hypometabolism in epilepsy. *Epilepsia*. 39(6):651-659. 1998.
7. Blumberg HP, Kanwal GS, Relkin N, Mattis S, Viederman M. Psychiatric complications in a patient with complex partial seizures. *Am J Psychiatry* 153(3):404-5. 1996
8. Blumer, D, Montouris G, Hermann B. Psychiatric morbidity in seizure patients on a neurodiagnostic monitoring unit. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci Fall* 7(4):445-56. 1995.
9. Boylan LS, Flint LA, et al. Depression but not seizure frequency predicts quality of life in treatment-resistant epilepsy. *Neurology*. 62:258-61. 2004.
10. Broek MV, Beghi E. Morbidity in patients with Epilepsy: Type and complications: An European cohort study. *Epilepsia*. 45(1):71-76.2004.
11. Brown K, Attarian HP, Fessler A, et al. Depression is associated with 18-fluorodeoxy-glucose-positron emission tomography abnormalities in a large epilepsy outpatient sample. *Epilepsia*. 43(7)suppl:119-120. 2002.
12. Cameron O. Guidelines for diagnosis and treatment of depression in patients with medical illness. *J Clin Psychiatry*. 51:7-49. 1990.
13. Castaño MA, Valencia-Flores M, trad. *Entrevista clínica estructurada Para DSM-IV Trastornos del Eje I – Edición para No Pacientes (ECED-I/NP)*. México: Facultad de Psicología, UNAM, 2000.

14. Commission on Epidemiology and prognosis. International League Against Epilepsy. Guidelines for epidemiologic studies on epilepsy. *Epilepsia.* ;34:592-596. 1993.
15. Corona VT. Las enfermedades neurológicas I. Su dimensión y repercusión social. *Gac Méd. Méx.* vol138(6)534-536. 2002.
16. Cummings J. Trimble M. *Neuropsychiatry and Behavioral Neurology.* Washington. American Psychiatry Press. Pag. 4818. 1995.
17. Deckers CL. Hekster YA. et al. Adverse effects in epilepsy therapy. Wait and see or go for it?. *Acta Neurol Scand.* 95(4):248-52. 1997.
18. Derry PA. McLachlan RS. Pereira S. Depression in the year after Epilepsy surgery:Relation to preoperative depression and seizure outcome. *Epilepsia.* 39(6)Suppl:188-196. 1998.
19. Derry PA. Rose, KJ. Et al. Moderators of the Effect of Preoperative Emotional Adjustment on Postoperative Depression After Surgery for temporal Lobe Epilepsy. *Epilepsia.* 41(2):177-185. 2000.
20. Devinsky O. Therapy for Neurobehavioral Disorders in Epilepsy. *Epilepsia.* 45(2)suppl:34-40. 2004.
21. Dikmen S, Hermann BP, et al. Validity of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) to psychopathology in patients with epilepsy. *J Nerv Ment Dis.* 171:114-122. 1983.
22. Duffy JD. Coffey CE. Secondary mood disorders in patients with neurological disease. *Current Opinion in Psychiatry.* 8(1):61-63. 1995.
23. Duncan S. Blacklaw J. et al. Antiepileptic drug therapy and sexual Function in men with epilepsy. *Epilepsia.* 40(2):197-204. 1999.
24. Ende GR, Laxer, KD, Knowlton RC, et al. Temporal lobe epilepsy: bilateral hippocampal metabolite changes revealed at proton MR spectroscopic imaging. *Radiology* 202:809-817. 1997.
25. Ettinger A. Gibson P. Cramer J. Et al. Prevalence of Depression in persons with Epilepsy, and associated finding from the impact project. *Epilepsia.* 43(suppl):7-12. 2002.
26. Eun YJ, Eun KL, Woo ST,et al. Unitemporal vs bitemporal Hypometabolism in mesial temporal lobe epilepsy. *Arch Neurol.* 61:1074-1078. 2004.
27. Fiordelli E, Beghi E, Bogliun G, Crespi V. Epilepsy and psychiatric disturbance. A cross sectional study. *Br J Psychiatry* 163:446-50. 1993.
28. First MB. Spitzer RL. *SCID-I Guía del Usuario para la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV.* Paidos.12-90.2004.
29. Francine Ch, Semah F, Bouilleret et al. Metabolic changes and electro-clinical

- patterns in mesio-temporal lobe epilepsy: a correlative study. *Brain*. 127:164-174. 2003.
30. Franco-Bronson K. The management of treatment-resistant depression in the medically ill. *BMJ*.19(2):329; 1996.
 31. García-Pedroza F. La epilepsia como problema de salud pública. En: *Epilepsia. Aspectos neurobiológicos, médicos y sociales*. En: Feria-Velasco A, Martínez D, Rubio-Donnadieu F, eds. México: Trillas. 16:402-14. 1997.
 32. Gilliam, FM. Optimizing epilepsy management: Seizure control, reduction, tolerability, and co-morbidities. *Neurology*. 58(5)Suppl:S1-S23. 2002.
 33. de Graaf EH. Kuyk J. Siffels MC. *Epilepsy and Psychopathology*. *Epilepsia*. 37(4)suppl:13-14. 1996.
 34. Harden CL. The co-morbidity of depression and epilepsy: Epidemiology, etiology, and treatment. *Neurology*. 59(6) Suppl.4:S48-S55. 2002.
 35. Harden CL. Goldstein MA. Mood Disorders in Patients with Epilepsy: Epidemiology and Management. *CNS Drugs*. 16(5):291-302. 2002.
 36. Hermann BP, Seiderberg M, Bell B. Psychiatric comorbidity in chronic epilepsy: identification, consequences and treatment of major depression. *Epilepsia* 41 (Suppl 2):531-41. 2000.
 37. Herranz JL. Suggestions regarding new classification of epileptic seizures. *Rev Neurol* 26:598-600. 1998.
 38. Herzog AG. Psychoneuroendocrine Aspects of Temporolimbic Epilepsy. Part I *Psychosomatics* 40(2):95-101. 1999.
 39. Hesdorffer DC. Hauser WA. Annegers, JF. Major Depression Is a Risk Factor for Seizures in Older Adults. *Annals of Neurology*. 47(2):246-249. 2000.
 40. Hoffman RE. Cavus I. Slow Transcranial Magnetic Stimulation, Long-Term Depotentialization, and Brain Hyperexcitability Disorders. *American Journal of Psychiatry*. 159(7):1093-1102. 2002.
 41. Indaco A, Carrieri PB, Nappi C, et al. Interictal depression epilepsy. *Epilepsy Res*. 12:45-50. 1992.
 42. Jalava M, Sillanpaa M. Concurrent illnesses in adults with childhood-onset epilepsy: a population-based 35-year follow-up study. *Epilepsia* 37 (12): 1996 1155-63.
 43. Jones, Jana E. Bell, Brian. The incidence of DSM-IV Diagnoses over a 4 year interval: A prospective Investigation. *Epilepsia* vol 44,suppl9 pag 299 october 2003.
 44. Kale R. Bringing epilepsy out of the shadows. (editorial). *BMJ* 315:2-3. 1997.
 45. Kanemoto K, Tsuji T, Kawasaki J. Reexamination of interictal psychoses based

- on DSM-IV psychosis classification and international epilepsy classification. *Epilepsia* 42(1):98-103. 2001.
46. Kanner, AM. Recognition of the various Expressions of Anxiety, Psychosis and Aggression in Epilepsy. *Epilepsia* 45(suppl2):22-27. 2004.
 47. Kanner, AM. Balabanov A. Depression and epilepsy: How closely related are they? *Neurology*. 58(5) Suppl:S27-S39. 2002.
 48. Kanner AM, Barry J. Depression and psychotic disorders associated with epilepsy—are they unique?. *Epilepsy Behav.* 2:170-186. 2001.
 49. Kanner AM, Palac S. Depression in epilepsy: a common but often unrecognized comorbid malady. *Epilepsy Behav.* 1:37-51. 2000.
 50. Kanner AM, Rivas Nieto JC. Depressive disorders in epilepsy. *Neurology*. 53 (suppl2):s26-32. 1999.
 51. Kanner AM, Stagno S, Kotagal P, et al. Postictal psychiatric events during prolonged video-electroencephalographic monitoring studies. *Arch Neurol* 53:258-263. 1996.
 52. Katon W. Sullivan M. Depression and Chronic Medical Illness. *J Clin Psychiatry*. 51(6):3-7. 1990.
 53. Kohler Ch. Norstrand, JA. Baltuch G. Depression in Temporal Lobe Epilepsy Before Epilepsy Surgery. *Epilepsia*. 40(3):336-340. 1999.
 54. Lambert MV, Robertson NM. Depression in epilepsy: etiology, phenomenology and treatment. *Epilepsia*. 40(suppl10):s21-47. 1999.
 55. Le Minh ThT. Rausch R. Perceptions of discrimination by minority patients with Epilepsy and psychosocial functioning. *Epilepsia* 39(6)suppl:224-225. 1998.
 56. López-Ibor Aliño J. Valdés Miyar M. (Eds) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado. 4a ed. versión española del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR.* Publicado por la American Psychiatric Association. Washington. editorial Masson 2001.
 57. Magaudda A. Meduri M. Gallitto G. The Psychopathology of Depression in Epilepsy. *Epilepsia*. 38(3)Suppl:228. 1997.
 58. Marchanda R, Schaefer B, McLachlan RS. Interictal psychiatric morbidity and focus of epilepsy in treatment refractory patients admitted to an epilepsy unit. *Am J Psychiatry*. 149:1096-8. 1992.
 59. Marchanda R, Schaefer B, McLachlan RS. Relationship of site of seizure focus to psychiatric morbidity. *J Epilepsy* 8:23-28. 1995.
 60. Meador KJ. Cognitive effects of epilepsy and antiepileptic medications. En: Wyllie E. (ed) *The Treatment of Epilepsy Principles and Practice.* Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins. 88:1215-1226. 2001.

61. Mendez MF, Doss RC, Taylor JL, Salguero P. Depression in epilepsy. Relationship to seizures and anticonvulsant therapy. *J Nerv Ment Dis.* 181(7): 444-47. 1993.
62. Morrell AB. Prompt diagnosis and treatment of depression in patients with epilepsy essential for patient well-being. *Drugs & Therapy Perspectives.* 19(1):7-10. 2003.
63. Nemeroff ChB, Guttman DA. Neuroendocrinological Research in Psychiatry. En: López-Ibor JJ, Sartorius N. (eds). *Psychiatry as a neuroscience.* New York NY. John Wiley & Sons, 5:91-124. 2002.
64. Nilsson L, Tomson T, Farahmand BY, et al. Cause-specific mortality in epilepsy. A cohort study of more than 9000 patients once hospitalized for epilepsy. *Epilepsia* 38:1062-68. 1997.
65. Paradiso H, Blumer D. Impact of depressed mood on neuropsychological status in temporal lobe epilepsy. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry.* 70(2):180-185. 2001.
66. Paradiso H, Hermann BP, Blumer D, Davies K. Impact of depressed mood on neuropsychological status epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 12:10-18. 2001.
67. Perini GI, Tosin C, Carraro C, Bernasconi G. Interictal mood and personality disorders in temporal lobe epilepsy and juvenile mioclonic epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 61(6):601-605. 1996.
68. Robinson Robert G. Diagnosis of depression in neurologic disease. En: Starkstein Sergio E., Robinson R. (eds). *Depression in Neurologic Disease.* Maryland, The Johns Hopkins University Press. 1:1-12. 1993.
69. Robertson MM, Depression and neurological disorders. En: Robertson MM, Katona CLE, eds. *Depression and physical illness.* Chichester: John Wyley, 305-340. 1997.
70. Robertson MM, Channon S, Baker J. Depressive symptomatology in a general hospital sample of outpatients with temporal lobe epilepsy: a controlled study. *Epilepsia.* 35:771-777. 1994.
71. Roth DL, Goode KT, et al. Physical exercise, stressful life experience, and depression in adults with epilepsy. *Epilepsia.* 35:633-637. 1994.
72. Rubio-Donnadieu F. Aspectos generales y clasificación de la epilepsia. En: *Epilepsia. Aspectos neurobiológicos médicos y sociales.* En: Feria-Velasco A, Martinez D, Rubio-Donnadieu F, eds. México: Trillas, 1:1-24. 1997.
73. Scheepers Mark A, Kerr MB. Epilepsy and behavior. *Current Opinion in Neurology.* 16(2):183-187. 2003.

74. Schmitz EB, Moriarty J, Costa DC, et al. Psychiatric profiles and patterns of cerebral blood flow in focal epilepsy: interactions between depression, obsessiveness, and perfusion related to the laterality of the epilepsy. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 62(5):458-463. 1997.
75. Schwartz JM, Marsh L. The psychiatric perspectives of epilepsy. *Psychosomatics Washington*. 41(vol1):31-38. 2000.
76. Skuster D, Digre K, Corbett J. Neurologic conditions presenting as psychiatric disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 15(2):311. 1992.
77. Stefansson B, Olafsson E, Hauser A. Psychiatric morbidity in epilepsy: a case controlled study of adults receiving disability benefits. *J Neurol Neurosurg Psych* 64(2):238-41. 1998.
78. Stephen McDaniel J., Brown F, Cole S. Assessment of Depression and Grief Reactions in the Medically ill. En: Stoudemire A, Fogel B, (eds). *Psychiatric Care of the Medical Patient*. Second Edition. New York, Oxford University Press 11:149-64. 2000.
79. Sykes, C, McConnell, H. Relationships of Depression and Epilepsy. *Epilepsia*. 38(3)suppl:83;1997.
80. Temkin O. *The falling sickness: a history of epilepsy from the Greeks to the beginnings of modern neurology*. Baltimore: Johns Hopkins Press, 2nd ed. 2:65-112;1971.
81. Trimble MR. Epilepsia and Behavior. *Epilepsia Res*. 10:71-79;1991.
82. Trimble MR. The end of the seizure can be the beginning of the problem. (ed). *Neurology* 62:683; 2004.
83. Wiegartz P, Seidenberg M, Woodard, A, et al. Co-morbid psychiatric disorder in chronic epilepsy: Recognition and etiology of depression. *Neurology*. Suppl(2) 53(5):S3-S8; 1999.
84. William HT, DeCarli, Gaillard WD. Total cerebral volume is reduced in patients with localization-related Epilepsy and a History of complex febrile Seizures. *Arch. Neurol*. 60:250-252; 2003