



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 87
CIUDAD ACUÑA COAHUILA**

ESTUDIO DE ANALISIS DE EPILEPSIA Y DEPRESION EN LA FAMILIA

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. ZACARÍAS SANTOS GÓMEZ

CIUDAD ACUÑA, COAHUILA

2011



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.

**ESTUDIO DE ANALISIS DE EPILEPSIA Y DEPRESION EN
LA FAMILIA**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. ZACARÍAS SANTOS GÓMEZ

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDRÓZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

ESTUDIO DE ANALISIS DE EPILEPSIA Y DEPRESION EN LA FAMILIA

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. ZACARÍAS SANTOS GÓMEZ

AUTORIZACIONES

**DR. OSCAR DEL RIO ORTIZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES.
UMF 81 IMSS
CIUDAD ACUÑA COAHUILA**

**DRA. ANGELICA MARIA IBARRA HERNANDEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN EN SALUD
UMF 81 IMSS
CIUDAD ACUÑA COAHUILA**

**DR. JOSE ARTURO CAMPOS QUIÑONES
DIRECTOR MEDICO UMF 87 IMSS
CIUDAD ACUÑA COAHUILA**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 508

FECHA **30/12/2009**

Estimado zacarias santos gomez

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle que, el protocolo de investigación en salud presentado por usted, cuyo título es:

EPILEPSIA COMO CAUSA DE DEPRESIÓN EN LA FAMILIA

fue sometido a consideración del Comité Local de Investigación en Salud, quien de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores consideraron que cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética médica y de investigación vigentes, por lo que el dictamen emitido fue de: **A U T O R I Z A D O**.

Habiéndose asignado el siguiente número de registro institucional

No. de Registro
R-2009-508-4

Atentamente

Dr(a). Ernesto Mata Castillo
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud Núm 508

INDICE

Dictamen de autorización.....	4
Índice.....	5
Resumen.....	6
Título.....	7
Antecedente Científico.....	8
Marco Teórico.....	12
Planteamiento del Problema.....	15
Justificación.....	16
Objetivo General.....	17
Hipótesis.....	17
Metodología.....	17
Criterio de inclusión.....	17
Criterio de exclusión.....	17
Variable conceptual.....	17
Variable operacional.....	18
Fuente de resultados.....	18
Plan de análisis estadísticos.....	18
Consideraciones éticas.....	19
Recursos humanos.....	19
Materiales.....	19
Financiamiento del proyecto.....	20
Resultados.....	22
Gráficas.....	24
Discusión.....	29
Conclusión.....	30
Referencias.....	31
Anexos.....	33
Consentimiento informado.....	34
Cronograma.....	35
Test de Beck de la depresión.....	36
Hoja de recolección de datos.....	40

RESUMEN

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre epilepsia y depresión en el entorno del sistema familiar del paciente epiléptico.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó un estudio de investigación descriptivo, observacional, prospectivo y transversal de prevalencia tipo encuesta en familiares de pacientes epilépticos en la Unidad de Medicina Familiar no. 87 del Instituto Mexicano del Seguro Social de ciudad Acuña Coahuila, para saber si la epilepsia causa depresión en los miembros de la familia del paciente.

La población de estudio abarcó a 30 familiares de pacientes epilépticos que reunieron criterios para diagnóstico de epilepsia de acuerdo a la clasificación de LICE 1981 (Liga internacional contra la epilepsia 1981) que acudieron a consulta a la unidad de Medicina Familiar no. 87, durante el periodo de enero a junio del 2009.

Para la recolección de datos se acudió al departamento de Archivo de la unidad no. 87 del Instituto Mexicano del Seguro Social para detectar los pacientes epilépticos que acudieron a consulta durante ese periodo, posteriormente se procedió a realizar una lista de los pacientes identificados y se citó a sus familiares que vivían con el paciente y se aplicó a cada uno de ellos (siguiendo criterios de inclusión) el cuestionario de Beck para depresión y se procedió a la suma de cada uno de los puntos obteniéndose un puntaje total individual y clasificándose sin depresión, con depresión leve, con depresión moderada, con depresión severa.

De la población total estudiada que fueron 30 familiares, 19 (63.33%) no se encontró depresión, y en 11 (36.66%) se encontró depresión; de estos 11 familiares con depresión en 9 (81.81%) se encontró depresión leve, en 1(9.09%) depresión moderada y en 1 (9.09) depresión severa. Observándose del total de familiares con depresión, mayor porcentaje de depresión leve con un 81.81%, seguidos de la depresión moderada con un 9.09% y depresión severa con un 9.09%.

Del total de la población estudiada en 7 (23.33%) familiares del sexo femenino y 4 (13.33%) del sexo masculino se encontró depresión, del total de familiares deprimidos que fueron 11, 7 (63.63%) pertenecen al sexo femenino y 4 (36.36%) al sexo masculino, observándose mayor porcentaje de casos de depresión en el sexo femenino con un 63% en comparación con el masculino que fue de 36.6%.

Palabras clave: epilepsia, depresión

TITULO

**ESTUDIO DE ANALISIS DE EPILEPSIA Y DEPRESION EN
LA FAMILIA**

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El término epilepsia deriva de la palabra griega “epilambaneim” que significa “estar vencido” o “atrapado”, ser “atacado” o “tomado por sorpresa”, y “agarrar o atacar”, y convulsión del latín “convulsio”. No hubo progresos en cuanto al conocimiento de la misma sino hasta el siglo XIX cuando las observaciones de Hughlings Jackson en la comprensión y categorización de la epilepsia, quien publicó cientos de artículos sobre el tema, describió la epilepsia jacksoniana, diferenció a la epilepsia de los accesos de origen emotivo (histeria) e inició la tarea de clasificar las epilepsias que marcaron el inicio de una época nueva que continúa hasta nuestros días, los avances en el estudio de la epilepsia se dan a una velocidad nunca vista, merced a los nuevos medios de investigación, explorando los mecanismos neuroquímicos, genéticos, metabólicos y estructurales que la generan, lo que brinda mejores posibilidades terapéuticas. Dentro de estos avances cabe mencionar, de manera especial, los logrados en el registro de las imágenes cerebrales iniciando una verdadera revolución la introducción de la Tomografía Computarizada que permitió visualizar la estructura cerebral de una manera nunca antes lograda. Ello permitió ver lesiones que antes sólo podrían ser observadas en autopsias de pacientes con crisis convulsivas, tales como: tumores, malformaciones, sangrados intracraneales, enfermedades degenerativas, etc. Posteriormente, con el advenimiento de la Resonancia Magnética se pudo observar al cerebro de manera mucho más exacta y precisa, tal como si se dibujara en un papel en blanco y escala de grises, llevando a conocer mucho más íntimamente las estructuras del sistema nervioso. Nuevos avances en los medios auxiliares de diagnóstico, recientemente logrados, tales con la Tomografía por Emisión de Positrones (PEAT), la Tomografía por Emisión de Fotón Único (SPECT) y la Resonancia Magnética Funcional (fRMN) nos permiten valorar no solo las estructuras cerebrales sino también su funcionalidad y papel desarrollado en la compleja actividad del sistema nervioso. (1, 2, 3, 4, 5)

La epilepsia es un padecimiento con características biopsicosociales, donde la ciencia con contenido biológico y la ciencia con contenido social, se expresan en forma total sin olvidar el aspecto psicológico del paciente y su entorno familiar y social. Afecta al 1.8 % de la población infantil a nivel mundial, la prevalencia en América Latina se estima entre el 2.7 al 8 por 1000 habitantes, en Estados Unidos 2 millones de personas padecen epilepsia y cada año 100,000 nuevos casos son diagnosticados, en México es superior al 1.2 %, sin embargo no hay suficiente información para todo el país, para unos autores llega a ser hasta el 18%; en las escuelas, se estima que el 1.8% de los niños padece alguna forma de epilepsia que pasa inadvertida o son tratados erróneamente. (6)

La epilepsia ocasiona una serie de repercusiones a nivel biológico, psicológico y social tanto al paciente como a su familia, la epilepsia en un niño trastorna inevitablemente las relaciones normales de la familia, la irrupción de ésta enfermedad provoca una situación estresante al interior de la familia que pone a prueba sus capacidades y tolerancia a la tensión, la pareja puede pasar a ser el subsistema más deteriorado por la aparición de la enfermedad pueden aparecer síntomas psíquicos o somáticos funcionales en los padres, los estados depresivos en las madres son muy comunes. (7)

Los términos «manía» y «melancolía», se originaron en la antigüedad y han ido tomando una serie variada de significados distintos a lo largo de los siglos. A principios del siglo diecinueve, el término melancolía se hizo más específico ya que reflejaba un afecto triste. A mediados del siglo diecinueve se definió mejor la palabra «depresión», que describía la situación emocional asociada con un estado de ánimo bajo. Poco después, los términos depresión y melancolía fueron usados de forma indistinta y finalmente la melancolía representó un subtipo grave y endógeno de la depresión. Es importante recalcar que tanto en el DSM-I como en el DSM-II, cualquier enfermedad caracterizada exclusivamente por la

presencia de episodios depresivos recurrentes se diagnosticaba como maníaco-depresiva. Doce años después, en el año 1980, el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) incorporó el concepto de Leonhard de trastornos monopolares (unipolares) y bipolares, por lo cual se pudo dividir los trastornos afectivos mayores en trastornos bipolares (mixtos, maníacos y depresivos) y depresión mayor (episodios únicos y recurrentes). Sólo siete años después, apareció la revisión del DSM-III (DSM-III-R; American Psychiatric Association, 1987). En el DSM-III-R, los trastornos afectivos del DSM-III pasaron a denominarse trastornos del estado de ánimo. El estado de ánimo se definió como «una emoción prolongada que colorea el estado físico general» (American Psychiatric Association, 1987, p. 213). El afecto se ha definido como «la manifestación externa de los sentimientos, tono o estado de humor de una persona» (American Psychiatric Association, 1984, p. 3). Dejando de un lado la semántica, los trastornos del estado de ánimo y los trastornos afectivos son prácticamente la misma cosa, y, hablando en términos prácticos, ambos términos se usan indistintamente. La categoría diagnóstica de los trastornos bipolares actualmente incluye el trastorno bipolar, mixto, maníaco o depresivo; la ciclotimia y el trastorno bipolar no especificado (NE). Los trastornos depresivos incluyen la depresión mayor, episódica única y recurrente; la distimia (que se denomina de forma alternativa «neurosis depresiva» en deferencia a los psicoanalistas) y el trastorno depresivo NE. La clasificación de los trastornos del estado de ánimo se ha ampliado según su gravedad, la presencia o ausencia de características psicóticas, del patrón estacional y, en el caso de la depresión mayor, según la ausencia o presencia de melancolía. En el año 1994 se sofisticó aún más la clasificación diagnóstica gracias a la aparición del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). El DSM IV aún se refiere a los trastornos del estado de ánimo, pero con ciertas modificaciones sobre el DSM-III-R. Actualmente la depresión mayor se conoce como trastorno depresivo mayor. La distimia se ha convertido en el trastorno distímico, y su denominación alternativa, «neurosis depresiva», ha sido eliminada. Los trastornos depresivos NE incluyen el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo menor y el trastorno depresivo breve recurrente, cada uno de los cuales por separado no genera una categoría, así como la depresión postpsicótica de la esquizofrenia. La depresión es un término con un significado que varía desde bajadas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distinto a la normalidad. El duelo, o la aflicción, comparte las características del síndrome depresivo, pero suele ser menos penetrante y de una duración más limitada. debido a que los pacientes pueden presentarse predominantemente con manifestaciones somáticas mientras minimizan o niegan los componentes del estado de ánimo y cognitivos. La depresión es un trastorno potencialmente letal: aproximadamente el 15% de los individuos con un trastorno afectivo primario se suicidan. Aproximadamente el 50% de las personas que se suicidan presentaban un diagnóstico primario de depresión (Barklage, 1991). Pacientes deprimidos son las crisis de angustia, la ansiedad psíquica, la pérdida importante del interés y del placer (es decir, anhedonía), la dificultad para concentrarse, el abuso de sustancias y el insomnio importante (Fawcett y col., 1990). Los factores de riesgo a largo plazo (entre 1 y 5 años después de la entrevista) son la desesperación, la ideación suicida y los intentos anteriores de suicidio. También existen pruebas de que la depresión comórbida aumenta la probabilidad de muerte por otras patologías orgánicas como las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. De acuerdo con el Medical Outcome Study, la depresión posee un mayor impacto adverso en los individuos que otras patologías orgánicas como la hipertensión, diabetes, artritis y enfermedades pulmonares, medido mediante las dimensiones de funcionamiento físico,

funcionamiento del rol, funcionamiento social, número de días encamado a causa de una mala salud, percepción de la salud y dolor corporal (Wells y col., 1989). El impacto económico de la depresión incluye los costes del tratamiento (es decir, costes directos) y los costes producidos por una pérdida de productividad debida a la enfermedad o a la muerte (es decir, costes indirectos). Basándose en los datos económicos del año 1980, el coste económico anual de la depresión en los Estados Unidos se estimó que fue de 16.300 millones de dólares (Stoudemire y col., 1986). Más recientemente, la estimación ha aumentado a 43.700 millones de dólares (12.400 millones de dólares en costes directos, 7.500 millones de dólares en costes por mortalidad y 23.800 millones de dólares en costes por morbilidad) (Greenberg y col., 1993). (8).

Actualmente en Estados Unidos la pérdida de productividad que depende directamente de la depresión se ha estimado en 44 millones de dólares al año. (9)

Las cifras de morbilidad de la depresión mayor que aparecen en las distintas revisiones son muy variables, a pesar de que la gran mayoría de las llevadas cabo recientemente siguen los criterios diagnósticos del DSM.III. Uno de los estudios mas completos realizados a 38 000 individuos en la población general de 10 países distintos (EE.UU., Canadá, Puerto Rico, Francia, Alemania occidental, Italia, Líbano, Taiwán, Corea y Nueva Zelanda. Aparece una variación entre el 1.5 % en Taiwán y el 19.0% en Beirut de prevalencia-vida, y la prevalencia anual se sitúa entre el 0.8% de Taiwán y el 5.8% de Nueva Zelanda. En Edmonton (Canadá) la prevalencia-vida global fue del 8.6% y años 6 meses y al año fueron, respectivamente del 3.2y 4.6 %. Según estudios revisados en EE.UU. existen cifras de prevalencia en la población general muy diferentes entre sí. La diferencia encontradas entre los estudios NCS y ECA pueden deberse principalmente a los distintos instrumentos de evaluación empleados por la posible existencia de falsos positivos, ya que en la CIDI constan tres preguntas sobre depresión mayor, mientras que en la DIS solo se encuentra una. Una segunda posibilidad es la distancia temporal entre la realización de los dos estudios. Otra posible diferencia depende del tamaño de la muestra, que es mayor en investigación del estudio NCS para este trastorno. En Europa también aparecen comparativamente cifras con un amplio margen de variabilidad. En España, en concreto, se observa el 6% de casos de depresión mayor según los criterios SAM-III. En el global Borden of Disease Study realizado por la Organización Mundial de la Salud, la depresión mayor unipolar se colocó en el cuarto lugar en el porcentaje de años de vida ajustados a la incapacidad, y se calculó que pasará al segundo lugar en el año 2020.

El informe Mundial sobre la Salud de 2001 refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres, la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8 y 9.5% respectivamente. (10)

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) estimó que 8.4% de la población ha sufrido, según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV por sus siglas en inglés) un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una mediana de edad de inicio de 24 años. (18) En México un estudio llevado a cabo como parte de la Encuesta Nacional de Adicciones en 1988, en el cual se incluyó una sección para investigar la prevalencia de trastornos mentales en personas de entre 18 y 65 años de edad. Uno de los principales hallazgos fue que 34 % de la población estudiada presentó uno o más de síntomas de depresión durante el mes anterior al estudio. El 13% de la población presentó sintomatología severa con importantes variaciones de acuerdo con el

sexo del entrevistado y 17% en las mujeres. La prevalencia de depresión varió ampliamente entre las 32 entidades federativas del país. En el caso de los hombres, las cifras más elevadas corresponden a Jalisco, Veracruz y Tabasco con 5, 4.6 y 4.5% respectivamente; las entidades con porcentajes más bajos son Nayarit y Nuevo León con cifras menores a 1. En las mujeres la prevalencia más alta corresponden a Hidalgo, con 9.9%, Jalisco, con 8.2%, y el Estado de México, con 8.1%, mientras que las más bajas son las observadas en Sonora con 2.8% y Campeche, con 2.9%. (11)

Factores sociodemográficos. La mayor prevalencia de depresión mayor se observa en mujeres convirtiendo al sexo femenino un factor indiscutible. Las tasas de prevalencia son mayores en las mujeres en cualquier grupo de edad. La influencia del sexo varía con la edad, presentando mayor riesgo las mujeres entre los 18 y 44 años frente a las mayores de 65 años. Otro factor considerable es la raza, los individuos de raza blanca tienen una tendencia ligeramente mayor que los de raza negra a padecer depresión mayor. La prevalencia en los hispanos es todavía mayor con mayor comorbilidad. Otras características de mayor riesgo a padecer depresión mayor: separados, viudos, divorciados, nivel educativo bajo, zonas rurales o grandes áreas metropolitanas y amas de casa, como factor de riesgo para la depresión mayor cabe destacar la depresión subclínica.

MARCO TEORICO

Epilepsia: es un trastorno en el que una persona tiene convulsiones recurrentes debido a un proceso crónico subyacente o como 2 o más convulsiones no provocados. Desencadenados por descargas eléctricas anormales en el cerebro.

En 1973 la liga internacional contra la epilepsia y la OMS definieron la epilepsia como “una afección crónica de etiología diversa caracterizada por crisis recurrentes originadas por descargas excesivas de un grupo neuronal hiperexcitable y que se asocia con diferentes manifestaciones clínicas”. (12)

Convulsión: fenómeno paroxístico producido por descargas anormales en el encéfalo, excesivas e hipsincrónicas de un grupo de neuronas del sistema nervioso central, en el que hay un trastorno transitorio de la función cerebral, que se caracteriza por crisis paroxísticas de despolarización de las neuronas y descargas electroencefalográficas recidivantes como puntas focales o complejos punta-onda difusos bilaterales de 1.5 a 6 Hz. Clínicamente con alteraciones o pérdida de la conciencia y los sentidos y aparición de fenómenos motores involuntarios, sensoriales, autónomos o de la conducta (psíquicos). (13, 14)

Depresión: designa la sensación de desaliento o desinterés que se experimenta normalmente ante una situación desfavorable o estrés claramente identificable asociado con una constelación de signos y síntomas; en la cual el estado anímico del paciente fluctúa en el curso del día, se manifiesta con disminución grave del estado de ánimo, tristeza, anhedonia o pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar de las cosas y de las actividades que antes importaban al individuo y pérdida de la vitalidad o energía. Además, hay síntomas acompañantes tanto en el área cognoscitiva, como en la vegetativa, como la incapacidad para concentrarse, ideas autodevaluativas de culpa o de muerte; pensamientos suicidas, pérdida del apetito, del peso o de la libido insomnio y fatiga. (15,16)

Actualmente se desconocen las causas del trastorno depresivo mayor y del trastorno bipolar, Se han realizado grandes esfuerzos para integrar múltiples perspectivas en entidades cohesivas que soporten la afirmación de que «cada individuo posee un patrón genético, evolutivo, ambiental, social, personal y fisiológico que le predispone o le protege frente a la depresión en cualquier momento de su vida». Aunque las teorías son abundantes, el apoyo científico que pueda convertirlas en hechos avanza con lentitud. Los estudios con gemelos, adoptados y familiares establecen una predisposición genética hacia el trastorno depresivo mayor y hacia el trastorno bipolar. Estos hallazgos sugieren que existe una relación genética entre el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar, y que estos trastornos, más que ser independientes, comparten una predisposición genética común. La naturaleza hereditaria de los trastornos mayores del estado de ánimo indica la necesidad del asesoramiento genético. De acuerdo con Gershon (1990), Hasta la fecha no ha sido posible identificar un modo específico de transmisión genética de los trastornos del estado de ánimo. La liberación del factor liberador de corticotropina (CRF) por parte del hipotálamo está parcialmente regulada por neurotransmisores como la 5-HT, noradrenalina, acetilcolina y el ácido gamma-aminobutírico (GABA). La CRF, a su vez, estimula la liberación hipofisaria de corticotropina (ACTH), lo cual produce un aumento de la producción suprarrenal de cortisol. Se ha observado que en la depresión mayor existe una hipersecreción de

cortisol, cantidad de neuropéptidos existentes en el sistema nervioso central son incontables. Se ha observado que estos péptidos de pocos aminoácidos poseen funciones neurotransmisoras y neuromoduladoras, así como que coexisten con los neurotransmisores más tradicionales. Las investigaciones que intentan relacionar los neuropéptidos con los trastornos del estado de ánimo está aún en su infancia, pero cada vez se centran más las investigaciones en sustancias como la colecistoquinina, la somatostatina, el péptido intestinal vasoactivo, vasopresina, oxitocina, las endorfinas, encefalinas y neurotensina (Goodwin y Jamison, 1990). Finalmente, tanto la CRF como la TSH son mediadores entre los neuropéptidos y el sistema neuroendocrino.

Los trastornos del estado de ánimo se caracterizan por deterioro de la regulación del estado de ánimo, del comportamiento y la afectividad. Se clasifican en; 1. trastornos depresivos. 2. trastornos bipolares. 3. depresión asociada a una enfermedad medica o ha abuso de alcohol o de otras sustancias.

Las características clínicas de la depresión desembocan en cuatro grandes categorías: 1. Estado de ánimo (afecto): triste, melancólico, infeliz, hundido, vacío, preocupado, irritable. 2. Cognición: pérdida de interés, dificultades en la concentración, baja autoestima, pensamientos negativos, indecisión, culpa, ideas suicidas, alucinaciones, delirio. 3. Conducta: retraso o agitación psicomotriz, llantos, abstinencia social, dependencia, suicidio. 4. Somático (físico): trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia), fatiga, aumento o disminución del apetito, pérdida o aumento de peso, dolor, molestias gastrointestinales, disminución de la líbido.

La epilepsia ocasiona una serie de repercusiones a nivel biológico, psicológico y social tanto al paciente como a su familia, la epilepsia en un niño trastorna inevitablemente las relaciones normales de la familia, la irrupción de ésta enfermedad provoca una situación estresante al interior de la familia que pone a prueba sus capacidades y tolerancia a la tensión, la pareja puede pasar a ser el subsistema más deteriorado por la aparición de la enfermedad pueden aparecer síntomas psíquicos o somáticos funcionales en los padres, los estados depresivos en las madres son muy comunes.

Todos los padres, esposo(a), familiares, pasan épocas de sufrimiento y sentimiento de culpa. Se preguntan ¿por qué yo?, o ¿por qué nosotros? y se dicen a sí mismos que ese no es el tipo de vida que esperaban. Un padre describe el momento en el que te das cuenta que tu hijo(a), esposo(a), sufre una severa discapacidad como un luto muy largo, y muchos pasan por fases de conmoción, negación, pena, aceptación, etc. Enfrentarse a ello se hace todavía más agotador a causa de la falta de sueño y el cansancio.

La epilepsia, como padecimiento crónico por definición, ocasiona una reacción de duelo ante la pérdida de la salud en el paciente y su familia. La elaboración del duelo pasa por varias etapas: negación, enojo, depresión y aceptación. Durante la etapa de la negación es típico ver que el epiléptico y/o la familia (sobre todo ésta si se trata de un niño), no quiere aceptar el diagnóstico y habla de que su paciente padece convulsiones "pero no es epilepsia" o piensa que es otro tipo de fenómeno, por lo cual peregrina en busca de otras opiniones esperando escuchar la que descarta la epilepsia. Al no suceder esto y encontrar a todos los médicos de acuerdo con el diagnóstico, viene la etapa del enojo, en la que alguien tiene la culpa de la enfermedad, ya sea uno de los cónyuges si se trata de un niño epiléptico, la divinidad en la que creen, etc. En esta etapa se presenta bastante irritabilidad que crea muchas dificultades de trato interpersonal. Al tener que enfrentar la realidad sobreviene la depresión: ¿por qué me tocó a mí? se preguntan los pacientes, se entristecen y dejan de encontrarle sentido a la vida, por tanto no desean mejorar sus condiciones y no se apegan al tratamiento. Estas etapas pueden sucederse nuevamente o intercambiarse y en el mejor de los casos, dar paso a la aceptación de la enfermedad, a aprender a vivir con ella y a

controlarla. El enfrentar un padecimiento crónico crea bastante ansiedad: angustia por lo impredecible en la presentación de cada nueva crisis, vergüenza ante las burlas de los demás, miedo a lastimarse durante una crisis, aprensión por los posibles efectos colaterales del tratamiento. Si bien esta ansiedad se considera un factor adverso para el control de la epilepsia, no hay hasta ahora una manera objetiva de evaluar su influencia. Sin embargo, es indispensable reducirla lo más posible, por el control de la epilepsia y la salud mental del sujeto epiléptico. (17)

El cuestionario de Beck evalúa el grado de depresión que puede tener una persona. Se compone de 21 items o grupos de frases, dentro de cada grupo se escoge una sola respuesta y a cada frase le corresponde una puntuación, se suma la puntuación total, la interpretación es de la siguiente manera en base al puntaje obtenido: 5-9 se consideran altibajos normales, 10-18 depresión entre leve y moderada, 19-29 entre moderada y severa, y 30-63 se considera depresión severa. (18)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La epilepsia afecta al 1.8 % de la población infantil a nivel mundial, la prevalencia en América Latina se estima entre el 2.7 al 8 por 1000 habitantes, en Estados Unidos 2 millones de personas padecen epilepsia y cada año 100,000 nuevos casos son diagnosticados.

La epilepsia en México es superior al 1.2 %, sin embargo no hay suficiente información para todo el país, para unos autores llega a ser hasta el 18%; en las escuelas, se estima que el 1.8% de los niños padece alguna forma de epilepsia que pasa inadvertida o son tratados erróneamente y ocasiona una serie de repercusiones a nivel biológico, psicológico y social tanto al paciente como a su familia quienes manifiestan diversas reacciones ante la pérdida de salud de uno de sus miembros. Planteando problemas especiales tanto para quien la padece como para las personas íntimamente relacionadas con ella. El impacto de la epilepsia en una familia determinada depende parcialmente del tipo y frecuencia de la crisis, pero incluso la epilepsia bien controlada en que la persona apenas si tiene algún ataque puede ser igualmente destructiva, con la ansiedad de expectación ante nueva crisis, con el desvanecimiento de ciertas esperanzas y la incapacidad para afrontar la enfermedad principalmente en los padres. Cónyuge y familia.

El informe Mundial sobre la Salud de 2001 refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres, la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8 y 9.5% respectivamente.

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) estimó que 8.4% de la población ha sufrido un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una mediana de edad de inicio de 24 años. (19)

En Coahuila y en la ciudad de Acuña no se reportan en la literatura ningunas cifras al respecto

En mi consulta diaria como Médico Familiar he observado que existe una relación muy frecuente entre la epilepsia y la depresión en alguno o en todos los miembros de la familia del mismo

¿Cuál es la relación entre epilepsia y depresión en los familiares del paciente epiléptico?

JUSTIFICACION

Estudios demuestran que los países en desarrollo tienen tasas de prevalencia de epilepsia que por lo menos duplican las de los países industrializados.

Al igual que ocurre con las cifras de prevalencia, se observan grandes diferencias entre los dos grupos de países: mientras que las naciones industrializadas describen tasas de incidencia de 20 a 70/100.000, las regiones en desarrollo tienen tasas por lo general superiores a 70/100.000

A pesar de tener en cuenta las diferencias metodológicas o las variadas definiciones, las tasas siguen siendo altas en América Latina y el Caribe, en general, en los países en desarrollo. En Canadá se reporta una prevalencia de 5,6 por 1000 en el año 2001, Italia 3.1 por 1000 en el 2005. Japón 5.3 por 1000 en el 2006, Estados Unidos 5.7 por 1000 en 1995, Rusia 2.2-4.4 por 1000 en el 2003, y Reino Unido 4.0 en el año 2000; en los países en desarrollo como Argentina 3.7 por 1000 en 1989, Ecuador 7.1 por 1000 en 1983, Cuba 7.5 por 1000 en 1980, Colombia 13.2 por 1000 en 1991, Ecuador 14.3 por 1000 en 1984, México 42.2 por 1000 en 1976. (20)

La epilepsia afecta al 1.8 % de la población infantil a nivel mundial, la prevalencia en América Latina se estima entre el 2.7 al 8 por 1000 habitantes, en Estados Unidos 2 millones de personas padecen epilepsia y cada año 100,000 nuevos casos son diagnosticados.

La epilepsia en México es superior al 1.2 %, sin embargo no hay suficiente información para todo el país, para unos autores llega a ser hasta el 18%; en las escuelas, se estima que el 1.8% de los niños padece alguna forma de epilepsia que pasa inadvertida o son tratados erróneamente.

El informe Mundial sobre la Salud de 2001 refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres, la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8 y 9.5% respectivamente.

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) estimó que 8.4% de la población ha sufrido un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una mediana de edad de inicio de 24 años.

En Coahuila en un estudio realizado el sexo masculino reportó tendencias depresivas en un 35.5% y el sexo femenino 35.71%. (21)

En la ciudad de Acuña no se reportan en la literatura ninguna cifras al respecto

Las personas con trastornos depresivos se deterioran notablemente desde el punto de vista mental, emocional y social;

En la población de Acuña aunque se sabe que las familias provienen de diferentes estados y patrones culturales, la epilepsia produce cambios en la salud familiar de pacientes enfermos y nos dedicamos únicamente a tratar al paciente y nos olvidamos de tratar las alteraciones familiares (discrepancia), en una enfermedad crónica como lo es la epilepsia, los integrantes de la familia viven en constantes estados de ansiedad ante la expectación de nueva crisis y depresión según lo he observado en la consulta (magnitud), esto causa que al presentarse una crisis la familia cae en angustia, ansiedad y depresión surgiendo una serie de cambios familiares, tanto en lo psicológico, social y laboral-económico, lo que se acentúa cuando su control no es adecuado y las crisis son frecuentes (posible origen)

Se pretende analizar en este estudio si existe depresión en los Familiares del paciente epiléptico, para poder canalizar para terapia oportuna y apoyo social a los padres y familia que han pasado o están pasando una etapa depresiva y no la han superado, para dar una mejor calidad de vida a los padres, la familia y sobre todo mejor atención en la calidad de vida del paciente epiléptico (vulnerabilidad y alternativas de solución)

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL Determinar la relación entre epilepsia y depresión en el entorno del sistema familiar del paciente epiléptico.

METODOLOGIA.

Material y Métodos. Se realizó un estudio de investigación descriptivo, observacional, prospectivo y transversal de prevalencia tipo encuesta en familiares de pacientes epilépticos en la Unidad de Medicina Familiar no. 87 del Instituto Mexicano del Seguro Social de ciudad Acuña Coahuila, para saber si la epilepsia causa depresión en los miembros de la Familia del paciente.

La población de estudio abarcó a 30 familiares de pacientes epilépticos que reunieron criterios para diagnóstico de epilepsia de acuerdo a la clasificación de LICE 1981 (Liga internacional contra la epilepsia 1981) que acudieron a consulta a la unidad de Medicina Familiar no. 87, durante el periodo de enero a junio del 2009.

Para la recolección de datos se acudió al departamento de Archivo de la unidad no. 87 Instituto Mexicano del Seguro para detectar los pacientes epilépticos que acudieron a consulta durante ese periodo, posteriormente se procedió a realizar una lista de los pacientes identificados y se citó a sus familiares que vivían con el paciente y se aplicó a cada uno de ellos (siguiendo criterios de inclusión) el cuestionario de Beck para depresión y se procedió a la suma de cada uno de los puntos obteniéndose un puntaje total individual y clasificándose sin depresión, con depresión leve, con depresión moderada, con depresión severa.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Se incluyeron todos los familiares de pacientes con epilepsia, que por lo menos hayan vivido 6 meses bajo el mismo techo.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Se excluyeron los familiares que viven cerca o en el mismo terreno pero que no viven bajo el mismo techo.

Se excluyeron los familiares que tenían alguna enfermedad previa como hipertensión esencial, diabetes mellitus, cardiopatías, problemas oncológicos, o trastornos mentales previos.

VARIABLES. Son variables en estudio.

DEFINICION CONCEPTUAL

Depresión. Designa la sensación de desaliento o desinterés que se experimenta normalmente ante una situación desfavorable o estrés claramente identificable asociado con una constelación de signos y síntomas; en la cual el estado anímico del paciente fluctúa en el curso del día, se manifiesta con disminución grave del estado de ánimo, tristeza, anhedonia o pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar de las cosas y de las actividades que antes importaban al individuo y pérdida de la vitalidad o energía.

DEFINICION OPERACIONAL

Depresión en familiares de pacientes con epilepsia en los cuales presentan convulsiones recurrentes o 2 o más convulsiones no provocados.

DEFINICION CONCEPTUAL

Epilepsia. Es un trastorno en el que una persona tiene convulsiones recurrentes debido a un proceso crónico subyacente o como 2 o más convulsiones no provocados. Desencadenados por descargas eléctricas anormales en el cerebro.

DEFINICION OPERACIONAL

Pacientes adscritos al consultorio 5 vespertino de la Unidad de Medicina Familiar No 87 del Instituto Mexicano del seguro con diagnóstico de epilepsia, casos crónicos y nuevos casos diagnosticados con o sin tratamiento actualmente.

FUENTE DE INFORMACION. Expediente clínico y paciente o familiares

PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO.

La hoja de recolección de datos incluyó: paciente, sexo, edad, parentesco, escolaridad, estatus socioeconómico, religión, actividad laboral y si pertenece a algún grupo social de apoyo.

En este estudio se utilizó el test de Beck de depresión.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

$$\text{Muestra } n = \frac{2\alpha^2 (pq)}{d^2}$$

$$n = \frac{2 (1.28)^2 (1-0.30)}{0.05}$$

$$n = \frac{2 (1.96) (0.30) (1-.30)}{0.05}$$

$$n = \frac{2 (3.84) (30) (.70)}{0.05}$$

$$n = \frac{7.68 (0.21)}{0.05}$$

$$n = \frac{1.61}{0.05}$$

$$n = 32$$

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El investigador garantiza que este estudio se llevará a cabo en plena conformidad con los principios de la “Declaración de Helsinki” (y sus enmiendas en Tokio, Venecia, Hong Kong y Sudáfrica) y en apego a la legislación y reglamentación de la Ley General de salud en materia de Investigación para la Salud, lo que brinda mayor protección a los sujetos del estudio. El estudio seguirá estrictamente los principios de la Directriz tripartita del ICH titulada “Recomendaciones para Buenas Prácticas Clínicas” (enero 1997). Este protocolo será sometido al Comité Local de Investigación No. 508 del Hospital General de Zona No. 11 de Piedras Negras, Coahuila del Instituto Mexicano del Seguro Social

RECURSOS HUMANOS:

Medico familiar, Asistente Médica, Personal de Archivo

RECURSOS MATERIALES:

Computadora personal, hojas de máquina, plumas

FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO:

Este proyecto será financiado con mis propios recursos.

RECURSOS FINANCIEROS

Nombre del Investigador responsable		
Santos	Gómez	Zacarías
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre
Nombre del Investigador(es) asociado(s)		
Del Rio	Ortiz	Dr.Oscar
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre

Título del protocolo de Investigación

Epilepsia como causa de depresión en la familia

Presupuesto por tipo de gasto			
Gasto corriente			
	Gasto	Justificación	Monto
1	Artículos, materiales y útiles diversos	Papelería, hojas de maquina, lápices, plumas, borradores, carpetas, grapadora, USB.	1,500
2	Impresora	Copias de la encuesta	1,500
3	Cartucho para impresora	Negros y color	3,000
4	Viáticos	Alimentación, transporte,	5,000
5	Difusión	Transporte, inscripción a eventos, envío a revista médica	5,000
		Subtotal de gasto corriente	5,000
Gasto de Inversión			
			16,000

PRODUCTOS ESPERADOS

Síntesis ejecutiva ()
Tesis de grado (x)
Modelo para reproducir ()

Aporte a la teoría actual ()

Diagnóstico situacional ()

Otros: _____

RESULTADOS:

La población total estudiada de familiares del paciente epiléptico fueron 30; de los cuales 17 (56.66 %) fueron del sexo femenino y 13 (43.33 %) fueron del sexo masculino. Observándose mayor porcentaje del sexo femenino. Ver gráfica 1.

De la población total estudiada que fueron 30 familiares, 19 (63.33%) no se encontró depresión, y en 11 (36.66%) se encontró depresión; de estos 11 familiares con depresión en 9 (81.81%) se encontró depresión leve, en 1(9.09%) depresión moderada y en 1 (9.09%) depresión severa. Ver gráfica 2.

Del total de pacientes en cuanto al sexo se encontró que 10 (33.33%) familiares del sexo femenino y 9 (30%) familiares del sexo masculino no reportaron depresión; en 7 (23.33%) familiares del sexo femenino y 4 (13.33%) del sexo masculino se encontró depresión, del total de familiares deprimidos que fueron 11, 7 (63.63%) pertenecen al sexo femenino y 4 (36.36%) al sexo masculino. Ver gráfica 3.

Del total de familiares deprimidos que fueron 11, se realizó agrupación por grupo de edad de 5 años y por sexo. Observándose depresión en 1 (9.09%) masculino en el grupo de 15-20, 1 (9.09%) femenino en el grupo de 26 a 30 años, 7 (63.63%) en el grupo de 31 a 35 años de estos 7, 5 (45.45%) fueron del sexo femenino y 2 (18.18) del sexo masculino, 2 (18.18%) en el grupo de 56 a 60 años del cual 1 (9.09%) fue del sexo femenino y 1 (9.09%) del sexo masculino. La mayor frecuencia de casos de depresión para ambos sexos se observó en el grupo de edad de 31 a 35 años encontrándose un porcentaje para ese grupo de edad de 71.42% en el sexo femenino y 28.57% en el sexo masculino, pero en el grupo de edad de 56 a 60 aunque la frecuencia fue menor comparada al grupo de 31 a 35 años, el porcentaje de depresión se igualaron en proporción en el 50% para ambos sexos aunque fueron solo 2 casos. Ver Gráfica 4.

En cuanto al parentesco del total de la población se encontró 1(3.33%) abuela sin depresión, 8(26.66%) padres y 2(6.66%) tuvieron depresión, de 10(33.33%) madres 5(16.66%) tuvieron depresión, 2(6.66%) hermanos sin depresión, 5(16.66%) hijos(as) 2(6.66%) tuvieron depresión, 3(10%) esposo(a) y 2(6.66%) tuvieron depresión y 1(3.33%) nuera sin depresión; en cuanto al porcentaje de depresión por grupos de parentesco se observó lo siguiente en la abuela no se encontró depresión, de 8 padres en total, en 2(25%) se encontró depresión, de 10 madres en 5(50%) se encontró depresión, en los hermanos no hubo depresión, de 5 hijos en 2(40%) se encontró depresión, de 3 esposos(as) en 2(66.66%) se encontró depresión, observándose mayor porcentaje de depresión cuando son esposos(as) con un 66 %, seguidos de las madres con un 50%, hijos con un 40% y padres con un 25%, en abuela, hermano y nuera no se pudieron valorar. Ver gráfica 5.

De los 30 familiares en cuanto al grado de escolaridad, 2(6.66%) estudiaron primaria y no tuvieron depresión y 3(10%) tuvieron depresión, 15(50.0%) secundaria sin depresión y 7(23.33%) tuvieron depresión, 1(3.33%) con preparatoria sin depresión y 1(3.33%) tuvo depresión, 1(3.33%) con carrera profesional en ese grupo no hubo depresión. En cuanto al porcentaje de depresión de cada grupo de escolaridad se encontró que de los 5 de primaria en 3(60%) se encontró depresión, de los 22 con secundaria en 7(31.81%) se encontró depresión, con preparatoria fueron 2 y en 1(50%) se encontró depresión y en el que tuvo carrera profesional no se encontró depresión; observándose que aunque fueron más casos de depresión en el grupo que tuvo secundaria, el porcentaje de depresión por grupo de escolaridad fue mayor en los de primaria con 60%, seguido por los de preparatoria con un 50% y en tercer lugar los de secundaria con un 31.81%. Ver gráfica 6.

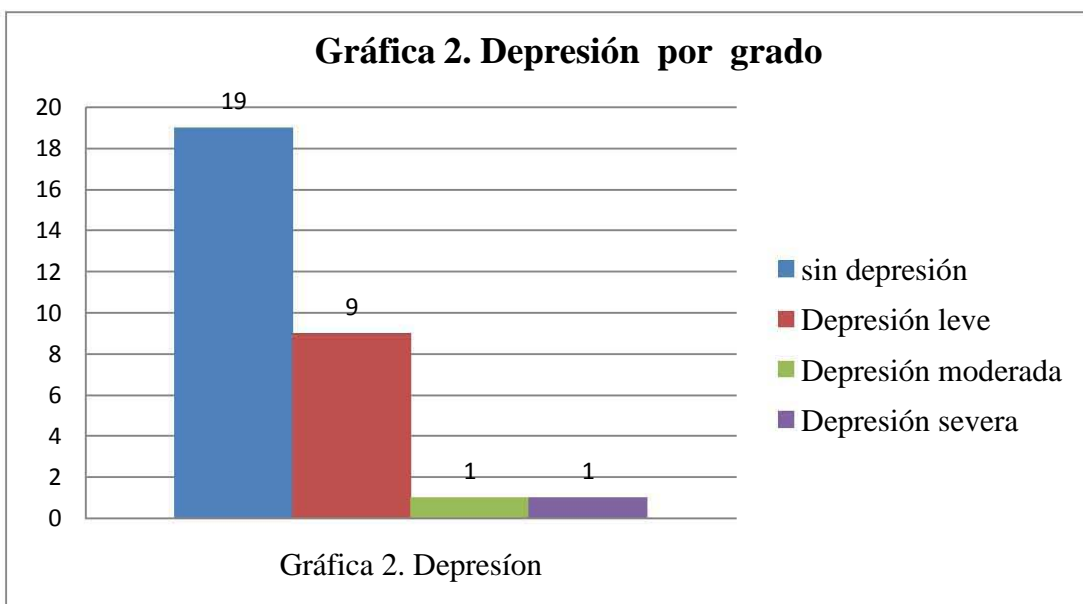
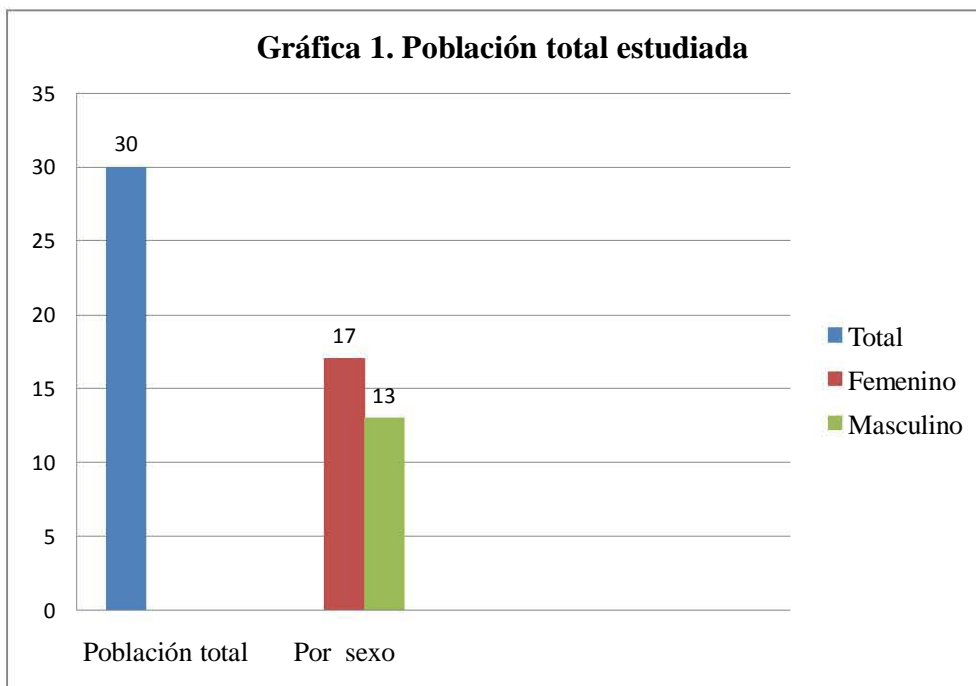
Del total de casos 28(93.33% pertenecieron al estrato socioeconómico bajo y de estos en 18(60%) se reportaron sin depresión y en 10(10.0%) si se encontró depresión y en el medio 1(3.33%) se reporto sin depresión y 1(3.33%) con depresión, en el alto no se pudo valorar; en cuanto al porcentaje por grupo socioeconómico en el bajo se encontró depresión en el 55.55% y en el medio 50%, observándose el mayor porcentaje en el estrato socioeconómico bajo. Ver gráfica 7.

Se encontró que 29(96,66%) familiares pertenecen a religión católica, en 18(60%) no se encontró depresión y 11(36.66%) presentaron depresión y 1(3.33%) familiar pertenece a otra religión; en el grupo de religión católica el porcentaje de depresión fue de 37.93% y en otra religión no se encontró depresión, observándose el mayor porcentaje en el grupo religioso católico con un 37.93%. Ver gráfica 8.

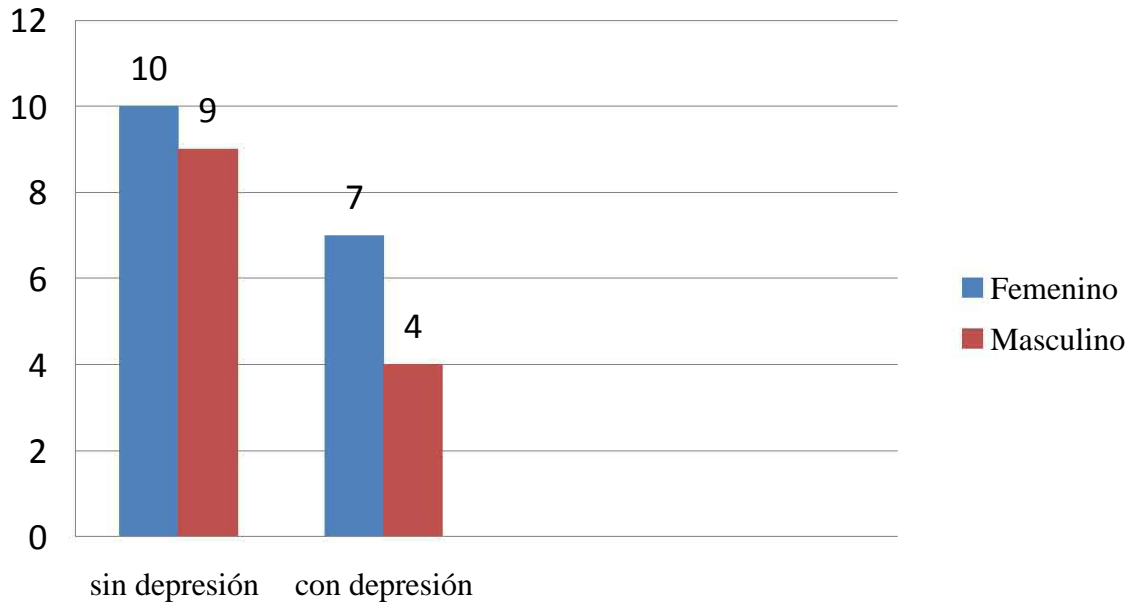
En cuanto a la actividad laboral, 9(30.0%) fueron ama de casa de estos en 6(20%) se reportaron sin depresión y en 3(10.0%) con depresión, 16(53.33%) fueron obreros 10(33.33%) sin depresión y 6(20.0%) con depresión, 1(3.33%) con otra profesión (1 cajera), 1(3.33%) profesional sin depresión y 3(10.0%) estudiantes 2(6.66%)sin depresión y 1(3.33%) con depresión; el porcentaje por grupo de actividad laboral, en ama de casa fue de 33.33%, obreros fue de 37.5%, en otro fue de 100 por ciento, en estudiante de 33,33%, en el grupo de profesional no se pudo valorar no se presento depresión, observándose mayor depresión en el grupo de otra actividad seguidos por el grupo de obreros y ama de casa y estudiantes. Ver gráfica 9.

Del total de familiares que fueron 30, el 100% no pertenecen a grupo social de apoyo y en este grupo 19(63.33%) no tuvieron depresión y 11(36.66%) tuvieron depresión, siendo un 36.66 % de los familiares deprimidos que no cuentan con grupo social de apoyo. Ver gráfica 10

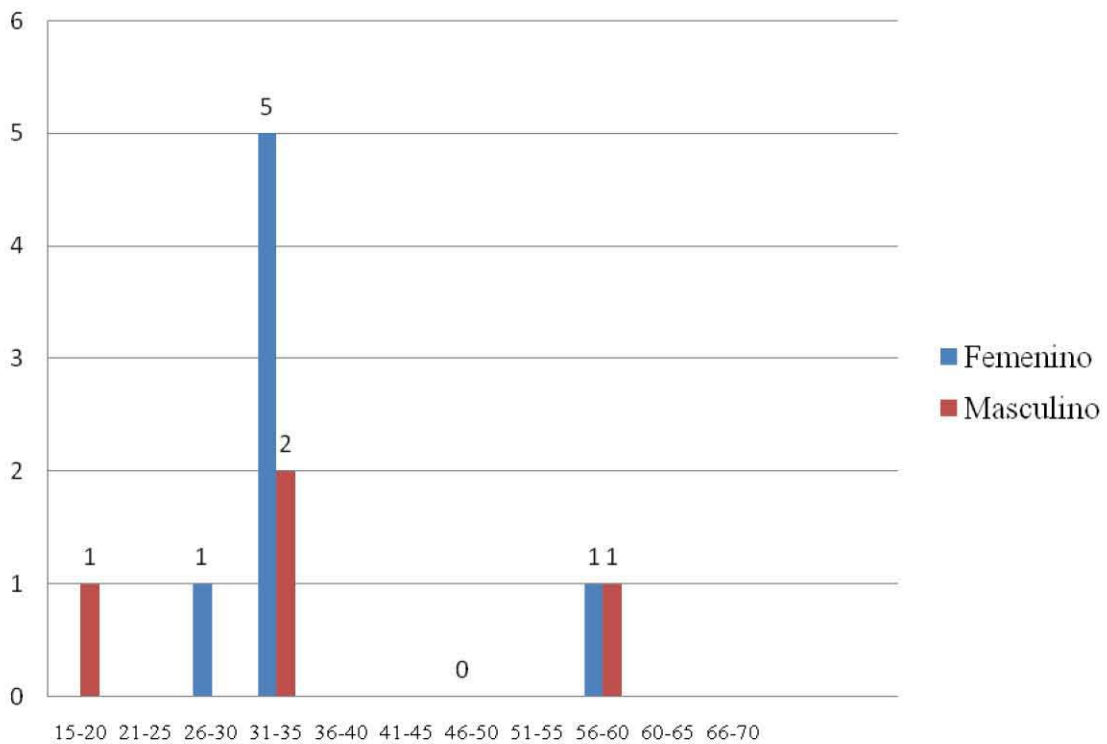
GRÁFICAS



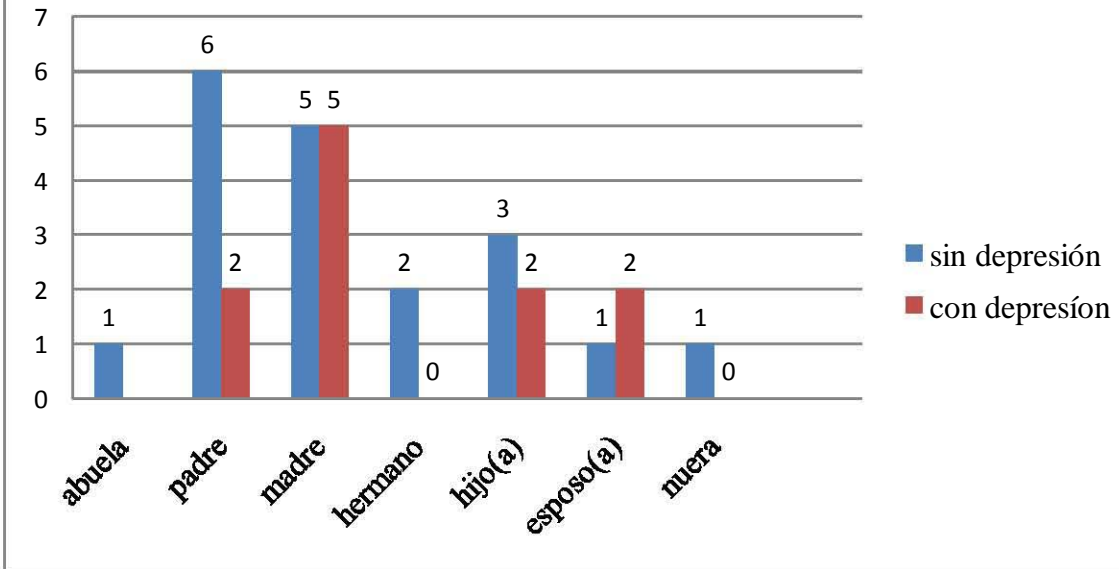
Gráfica 3. Depresión por sexo.



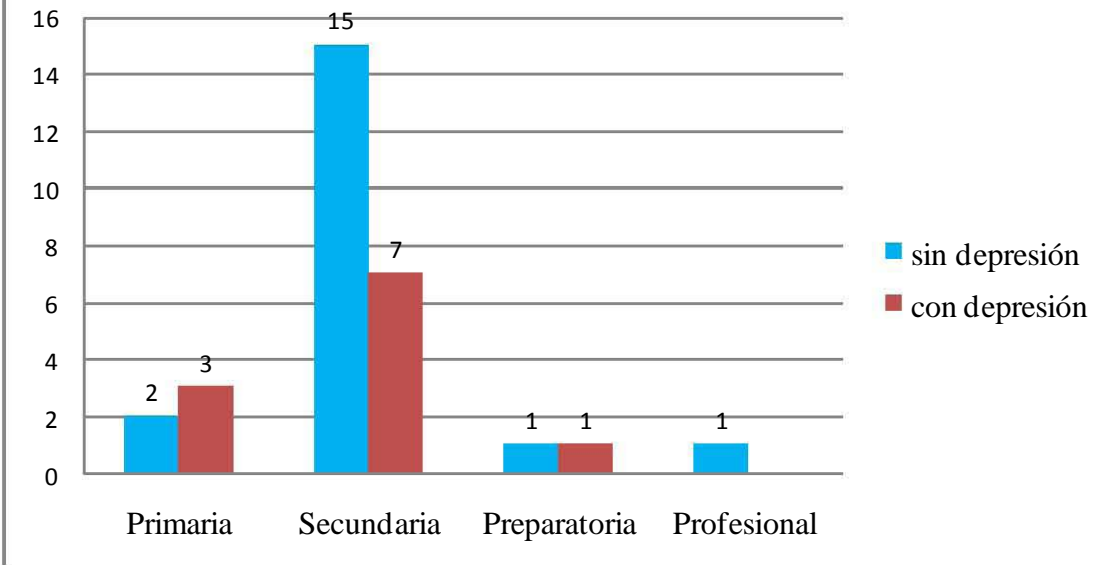
Gráfica 4. Depresión por grupo de edad y sexo



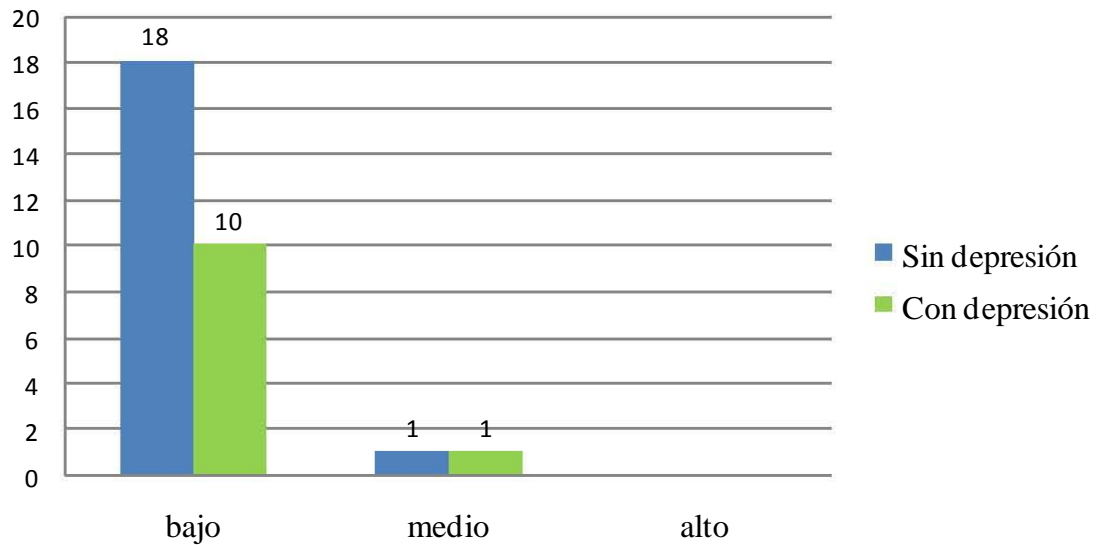
Gráfica 5. Clasificación por parentesco



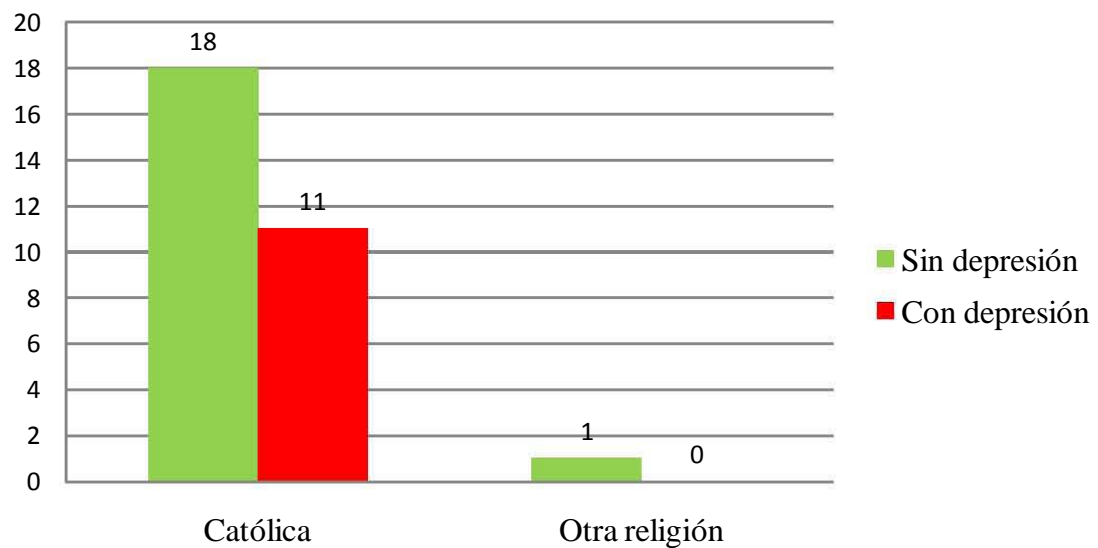
Gráfica 6. Depresión y grado de escolaridad



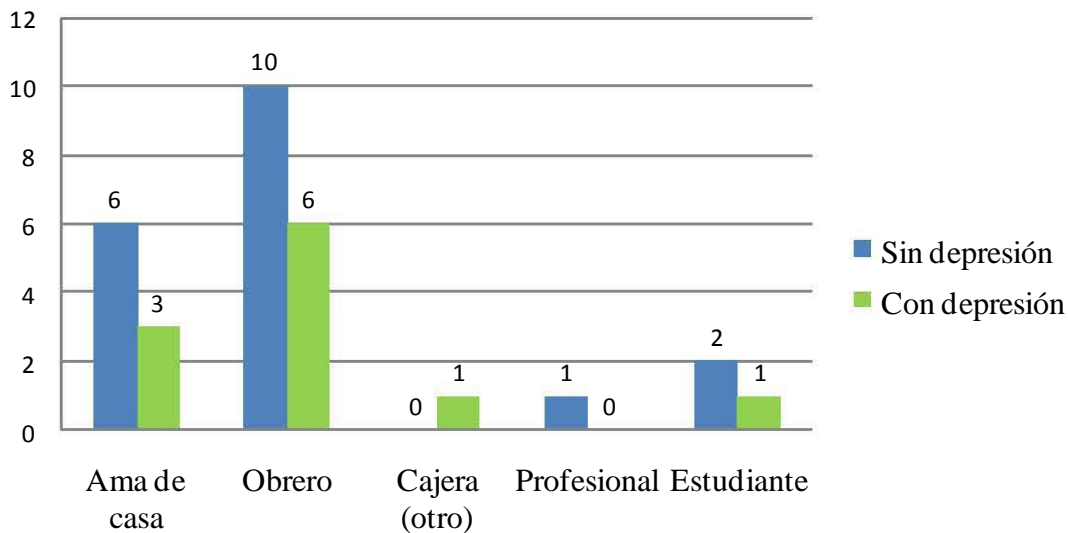
Gráfica 7. Depresión y estrato socioeconómico



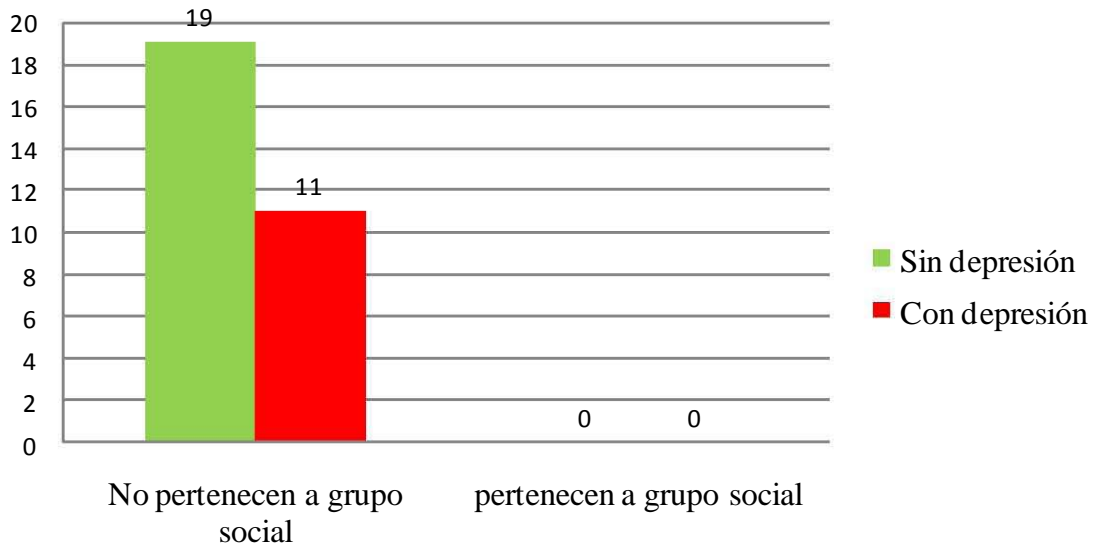
Gráfica 8. Depresión y religión



Gráfica 9. Depresión y actividad laboral



Gráfica 10. Depresión y grupo social de apoyo



DISCUSIÓN

En la población estudiada predominó el sexo femenino, observándose mayor porcentaje del sexo femenino que fue de 56.66% en relación al sexo masculino que fue de 43.33%. y se descubrió la prevalencia de algún grado de depresión en el 36.66 % de la población estudiada, Observándose del total de familiares con depresión en 7 (23.33%) familiares del sexo femenino y 4 (13.33%) del sexo masculino se encontró depresión, encontrándose mayor porcentaje de depresión leve con un 81.81%, seguidos de la depresión moderada con un 9.09% y depresión severa con un 9.09%. También se observó comparándose el género, el mayor porcentaje de casos de depresión fue en el sexo femenino con un 63% en comparación con el masculino que fue el 36.36 %, Observándose el mayor predominio por grupos de edad el sexo femenino con (63.63%) en el grupo de 31 a 35 años.

En este estudio se encontró depresión en el 36.66 % de la población estudiada, muy similar a los hallazgos del 34 % reportados en la literatura en la Encuesta nacional de adicciones de 1988 realizadas en México.

Boschetti-Fentanes B, comenta en su artículo “La depresión y su manejo en el ámbito de la Medicina Familiar”, en cuanto al género se calcula que se presenta en 8-12% de los varones y 20 al 26% en las mujeres, observándose como una constante la proporción de dos mujeres por un varón. Nosotros encontramos, en el género femenino un 23.33% y en el género masculino un 13.33 %, cifras muy similares a las reportadas en la literatura. (22) La psicóloga Ana María Alarcón Molina menciona en su “artículo impacto de la epilepsia en la familia”. Los estados depresivos en las madres son muy comunes. Nosotros encontramos que las madres 5(16.66%) tuvieron depresión, y los padres solo 2(6.66%) tuvieron depresión.

CONCLUSIÓN.

Se concluye que en la Unidad de Medicina Familiar no. 87 del Instituto Mexicano del Seguro Social, la depresión afecta a familiares de pacientes epilépticos en un 36.66 % de la población estudiada, observándose predominio en el género femenino con 23.33% y afecta en un 13.33 % al género masculino, y afecta en mayor porcentaje a las madres en un 23.33% en relación con el padre con un 13.33%, afecta más en la etapa productiva predominando en el grupo de edad de 31 a 35 años, por lo que la depresión en ésta etapa de la vida productiva disminuye tanto las capacidades individuales, como la de los familiares de pacientes epilépticos; afectando de forma negativa en la salud personal y familiar, afectando de esta manera a la familia, ya que la mujer actualmente participa activamente en el ingreso familiar, afectando también en forma negativa en el cuidado del paciente epiléptico; por la disminución en la calidad del cuidado del mismo.

Por lo que se sugiere en la atención del paciente epiléptico se le dé una orientación familiar viéndose integralmente a él y a toda su familia y no como hasta ahora se ha hecho de verlo y tratarlo solamente a él, se debe elaborar un estudio de familia, para una mejor atención integral, buscando en forma intencionada la presencia de depresión con aplicación de cuestionario de depresión y cuando se encuentre ésta debe ser tratada en forma oportuna para mejorar la calidad de vida de la familia y de esta forma mejorar también la atención y cuidado del paciente epiléptico en forma integral.

REFERENCIAS

1. Humes HD, DuPont HL, Gardner LB, et al. Seizures and epilepsies. In: Kelley's Textbook of Internal Medicine. 4th Ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2000; 10 (444) 2959-2972
2. Gaona VA. Historia de la epilepsia. Documento electrónico en Internet. Fecha de consulta: 13 octubre 2008. Disponible en: <http://www.neuropediatria.com.py/book/Epilepsia/Historia.htm>
3. Garcia A. Historia de la epilepsia. Todo sobre epilepsia.com. Documento electrónico en Internet. Fecha de consulta: 10 octubre 2008. Disponible en: <http://www.todosobreepilepsia.com/xar/index>
4. Nuñez O. Trastornos Psicológicos y Psiquiátricos. ¿Qué es la Epilepsia? Epilepsia hoy. Documento electrónico en Internet. Fecha de consulta: 10 octubre 2008. Disponible en: <http://www.epilepsiahoy.com/medicos.html>
5. Harrison. Epilepsia. En Principios de medicina interna de Harrison. 16^a Edic. Ed. McGraw-Hill. 2005; 238: 2052-2609.
6. Serrano Martín J. Aspectos epidemiológicos de la epilepsia en un Hospital General de Segundo Nivel. Plasticidad y Restauración Neurológica. 2004; 3: 1-2
7. Alarcón AM. Impacto de la epilepsia en la familia. Revista chilena de Epilepsia. 2004; 5, 1: 46-52
8. Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. Trastornos del estado de ánimo. Tratado de Psiquiatría. The American Psychiatric press. 2^a. Edic. Ed Ancora. 1996; 13: 491-522
9. Harrison. Trastornos del estado de ánimo. En Principios de medicina interna de Harrison. 16^a. Edic. Ed. McGraw-Hill. 2005; 371: 2811-2816.
10. Bousoño M, Fernández JM, González M, Bobes J. Manifestaciones clínicas de los trastornos depresivos. Trastornos de Ansiedad y Trastornos depresivos en Atención Primaria. 1^a. Edic. Ed. MASSON. 2003; 7: 93-103.
11. Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública Mex. 2005; 47 (1): 4-11.
12. Rangel RA. Epilepsia. Programa de Actualización Continua para Médicos Generales. PAC de neurología parte D libro 3. documento en Internet. Consultado 10 agosto 2008. disponible en Internet. E:\Nueva carpeta\neurologia\neuro textos español\PAC Neuro\index.htm Pág. 31-36.

13. Tierney LM. Stephen JM. Maxine AP. Epilepsia. Diagnostico clínico y tratamiento. 41ª Edic. Ed. Manual moderno. 2006; 24: 854.
14. Hay WW. Hayward AR. Levin MJ. Sondheimer JM. Trastornos convulsivos (Epilepsia). Diagnóstico y tratamiento pediátrico. 12ª. Edic. Ed. Manual Moderno. 2001; 22: 665-678.
15. Ramiro M. Halabe J. Lifshitz A. López J. El internista. Medicina Interna para Médicos Internistas. Convulsiones. 2ª. Edic. ed. McGraw-Hill. 2002; 165: 767-776.
16. Behrman RE. Kliegman RM. Jenson HB. Epilepsia. Nelson. Tratado de pediatría. 17ª. Edic. Ed. Elsevier. 2006; 586: 1993-2009.
17. Muñoz P. Desarrollo psicosocial del niño con epilepsia. Revista chilena de epilepsia. 2004; 5 (1): 53-59
17. Rozados R. Inventario de Beck de depresión. Documento disponible en Internet. http://www.depresion.psicomag.com/test_beck.php
19. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Zambrano-Ruiz J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. Salud Pública Mex. 2004; 46: 417-424.
20. Carrizosa Moog J. Prevalencia, incidencia y brecha terapéutica en la epilepsia. Iaitrea. 2007; 20 (3): 282-296
21. Petrzelová de Serrano J. los niños desamparados y el maltrato infantil infancia y privación. Episteme. 2005; 2 (6)
22. Boschetti Fentanes B. La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina Familiar. Archivos en Medicina Familiar. 2004; 6 (3): 61-63.

ANEXOS

Lugar y Fecha: CD. ACUNA., COAHUILA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El investigador es el responsable de obtener el consentimiento informado de cada sujeto que participe en el estudio, después de haber explicado correctamente los objetivos, métodos, y peligros potenciales del mismo. Explicará a los pacientes que son totalmente libres de negarse a participar en el estudio o abandonarlo en cualquier momento y por cualquier motivo. Si el sujeto no sabe leer, un testigo imparcial debe estar presente durante toda la plática relativa al consentimiento informado. Una vez que el sujeto haya otorgado su consentimiento oral para participar en el estudio, la firma del testigo en la carta de consentimiento informado certificará que la información contenida en el consentimiento se explicó y entendió perfectamente. El investigador también explicará a los sujetos que están totalmente libres de negarse a participar en el estudio y pueden abandonarlo en cualquier momento y por cualquier motivo. La carta de consentimiento informado será llenada correctamente. Si surgen nuevos datos sobre la seguridad que modifiquen significativamente los riesgos y beneficios se revisarán el documento del consentimiento informado y se actualizará si es necesario. A todos los sujetos del estudio se les entregará una copia de la carta de consentimiento y de las actualizaciones que se realicen para seguir participando en el estudio.

Se anexa carta de consentimiento informado.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA

Por medio de la presente autorizo que mí:
nombre _____

Participo en el protocolo de investigación titulado : Epilepsia como causa de depresión en la familia

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC No.508

El objetivo del estudio es: Evaluar si la epilepsia causa depresión en los integrantes del sistema familiar del paciente

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: el cuestionario de Beck para detectar si existe depresión y se me hará posteriormente una valoración.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: ningún riesgo.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente. El investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del Instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo

Nombre y firma de ambos padres o tutores o del representante legal

Nombre, firma y matrícula del investigador responsables

Dra. Zacarías Santos Gómez

Números telefónicos a los cuales se puede comunicar en caso de emergencia, y/o dudas y preguntas relacionadas con el estudio:

8778888653, 8771061580

Testigos 1 _____ 2 _____

C R O N O G R A M A

PROGRAMADO

ACTIVIDADES

REALIZADO

E F M A M J J A S O N D

E F M A M J J A S O N

2009			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Elaboración de protocolo			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2010	x												Autorización por el comité local														
		x	x	x	x	x							Recolección de la información														
								x					Elaboración de la información														
									x	x			Análisis e interpretación de resultados														
											x		difusión														
												x	publicación														

TEST DE BECK DE LA DEPRESION

1)

No me siento triste.

Me siento triste.

Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.

Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

2)

No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.

Me siento desanimado con respecto al futuro.

Siento que no puedo esperar nada del futuro.

Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3)

No me siento fracasado.

Siento que he fracasado más que la persona normal.

Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.

Siento que como persona soy un fracaso completo.

4)

Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes .

No disfruto de las cosas como solía hacerlo.

Ya nada me satisface realmente.

Todo me aburre o me desagrada.

5)

No siento ninguna culpa particular.

Me siento culpable buena parte del tiempo.

Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

Me siento culpable todo el tiempo.

6)

No siento que esté siendo castigado.

Siento que puedo estar siendo castigado.

Espero ser castigado.

Siento que estoy siendo castigado.

7)

No me siento decepcionado en mí mismo.

Estoy decepcionado conmigo.

Estoy harto de mi mismo.

Me odio a mi mismo.

8)

No me siento peor que otros.

Me critico por mis debilidades o errores.

Me culpo todo el tiempo por mis faltas.

Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

9)

No tengo ninguna idea de matarme.

Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.

Me gustaría matarme.

Me mataría si tuviera la oportunidad.

10)

No lloro más de lo habitual.

Lloro más que antes.

Ahora lloro todo el tiempo.

Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.

11)

No me irrito más ahora que antes.

Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.

Me siento irritado todo el tiempo.

No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

12)

No he perdido interés en otras personas.

Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.

He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.

He perdido todo interés en los demás.

13)

Tomo decisiones como siempre.

Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.

Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.

Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14)

No creo que me vea peor que antes.

Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).

Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a)..

Creo que me veo horrible.

15)

Puedo trabajar tan bien como antes.

Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.

Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.

No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16)

Puedo dormir tan bien como antes.

No duermo tan bien como antes.

Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.

Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme

17)

No me canso más de lo habitual.

Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.

Me canso al hacer cualquier cosa.

Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18)

Mi apetito no ha variado.

Mi apetito no es tan bueno como antes.

Mi apetito es mucho peor que antes.

Ya no tengo nada de apetito.

19)

Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.

He perdido más de 2 kilos.

He perdido más de 4 kilos.

He perdido más de 6 kilos.

20)

No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.

Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estomago o constipación.

Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21)

No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.

Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.

Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.

He perdido por completo mi interés por el sexo

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

PACIENTE	Sexo	Edad	Parentesco	Escolaridad	Estatus social	Religión	Actividad Laboral	Asociación a grupo social
1	F	70	abuela	primaria	bajo	católica	ama de casa	no
2	F	35	madre	secundaria	medio	católica	cajera	no
3	M	33	padre	profesional	medio	católica	ingeniero	no
4	F	26	hija	primaria	bajo	católica	obrero	no
5	F	23	nuera	secundaria	bajo	católica	obrero	no
6	M	33	hijo	secundaria	bajo	católica	obrero	no
7	M	32	hijo	secundaria	bajo	católica	obrero	no
8	F	60	madre	primaria	bajo	católica	ama de casa	no
9	M	32	esposo	secundaria	bajo	católica	obrero	no
10	F	33	madre	secundaria	bajo	católica	obrero	no
11	M	35	padre	secundaria	bajo	católica	obrero	no
12	M	18	hermano	secundaria	bajo	católica	obrero	no
13	F	31	esposa	secundaria	bajo	católica	ama de casa	no
14	M	19	hijo	preparatoria	bajo	católica	estudiante	no
15	M	32	padre	secundaria	bajo	católica	obrero	no
16	M	19	hijo	secundaria	bajo	católica	estudiante	no
17	F	28	madre	secundaria	bajo	católica	ama de casa	no
18	M	35	padre	secundaria	bajo	católica	obrero	no
19	F	33	madre	secundaria	bajo	católica	ama de casa	no
20	F	34	madre	secundaria	bajo	católica	obrero	no
21	M	36	padre	secundaria	bajo	católica	obrero	no
22	M	37	padre	secundaria	bajo	católica	obrero	no
23	F	34	madre	secundaria	bajo	católica	ama de casa	no
24	F	33	esposa	secundaria	bajo	católica	ama de casa	no
25	F	56	madre	primaria	bajo	católica	ama de casa	no
26	M	58	padre	primaria	bajo	católica	obrero	no
27	F	40	padre	secundaria	bajo	católica	obrero	no
28	F	36	madre	secundaria	bajo	católica	ama de casa	no
29	F	30	madre	secundaria	bajo	católica	obrero	no
30	F	32	hermana	preparatoria	bajo	católica	estudiante	no



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 508

FECHA **30/12/2009**

Estimado zacarias santos gomez

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle que, el protocolo de investigación en salud presentado por usted, cuyo título es:

EPILEPSIA COMO CAUSA DE DEPRESIÓN EN LA FAMILIA

fue sometido a consideración del Comité Local de Investigación en Salud, quien de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores consideraron que cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética médica y de investigación vigentes, por lo que el dictamen emitido fue de: **A U T O R I Z A D O**.

Habiéndose asignado el siguiente número de registro institucional

No. de Registro
R-2009-508-4

Atentamente

Dr(a). Ernesto Mata Castillo
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud Núm 508