



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO.



FACULTAD DE MEDICINA.

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO.  
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA.

CENTRO MEDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”  
I.S.S.S.T.E.

“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON  
EPILEPSIA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL CENTRO  
MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE I.S.S.S.T.E.”

TESIS DE POSTGRADO.

PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD  
DE  
NEUROLOGIA.

PRESENTA:  
DRA. LETICIA SALINAS VASQUEZ.

DIRECTOR DE TESIS:  
DR NOEL ISAIAS PLASCENCIA ALVAREZ.

MEXICO D.F.                      2011.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

Dra. Aura Erazo Valle  
Subdirectora de Enseñanza e investigación de “ CMN 20 de Noviembre ”

Dra. Lilia Núñez Orozco  
Profesor titular Jefe de Servicio de Neurología del “ CMN 20 de Noviembre”

Dr. Noel Isaias Plascencia Álvarez  
Asesor de tesis, Médico adscrito del servicio de Neurología del “ CMN 20 de Noviembre”

Dra. Leticia Salinas Vásquez  
Autor de tesis

**No de registro:  
493.2010**

## Agradecimientos

A Dios y la Virgen por acompañarme siempre en mi camino.

A mis Padres por su amor y su apoyo incondicional

A mi abuelita por su amor y cariño

A mi esposo por su amor incondicional

A mi hija por existir

A la Dra. Lilia Núñez Orozco por ser nuestra maestra

Al Dr. Plascencia por contar con él siempre que lo necesité

A los pacientes que siempre estuvieron dispuestos a colaborar conmigo.

Índice	
Introducción.	6
Justificación	8
Objetivo general	8
Objetivo específico	8
Criterios de inclusión	8
Criterios de exclusión	8
Definición de variables	9
Programa de trabajo	10
Métodos	10
Análisis estadístico	10
Conclusiones	18
Discusión	18
Hoja de escala de Hamilton para depresión.	19
Hoja de consentimiento informado	22
Bibliografía	24

## Introducción

La organización Mundial de la Salud (OMS) y la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) definen a la epilepsia como la presentación crónica y recurrente de fenómenos paroxísticos ocasionados por descargas de neuronas cerebrales de forma desordenada y excesiva, que produce manifestaciones clínicas y para clínicas diversas y tiene causas variadas. Se estima que una de cada 100 personas padece de epilepsia; en 2008 la OMS informó que la epilepsia es un trastorno neurológico crónico, que afecta aproximadamente a 50 millones de personas de todas las edades en el mundo y alrededor de tres cuartas partes de los afectados residen en países en desarrollo y no reciben tratamiento adecuado(6). Muchos de los pacientes que viven en el tercer mundo no reciben el tratamiento adecuado, estando en descontrol de sus crisis. Aproximadamente un 30 ciento de estas personas no responde a los fármacos antiepilépticos, considerándose que su epilepsia es refractaria.

Para que la epilepsia se pueda clasificar como refractaria debe de cumplir los siguientes criterios: los pacientes con epilepsia deben recibir por lo menos dos anticonvulsivantes en dosis adecuadas y por un tiempo suficiente sin que se yugulen las crisis, los niveles séricos de los medicamentos antiepilépticos deben de haber llegado al límite superior de lo considerado como terapéutico, el paciente debe de tener efectos colaterales que interfieran con sus actividades cotidianas, el diagnóstico de epilepsia debe ser correcto, que haya recibido el tratamiento adecuado para el tipo de epilepsia que presenta, que no cuente con factores precipitantes para desencadenar crisis epilépticas, Esta situación tiene una repercusión importante en la calidad de vida, ya que el paciente y su familia pueden ser víctimas de la estigmatización y discriminación en muchas partes del mundo. (1)

Esta estigmatización y discriminación que los pacientes con epilepsia refractaria presentan puede repercutir en la salud mental de estos pacientes llevándolos a una depresión grave.

La depresión es una alteración mental común que puede ocurrir de forma crónica. Alrededor de 850,000 personas con depresión han perdido la vida cada año; la depresión actualmente ocupa el cuarto lugar entre las enfermedades discapacitantes. Se ha estimado que para 2020 la depresión se proyecte como la segunda causa de enfermedades que alteren la calidad de vida de los pacientes. (2)

Los pacientes que cursan con una depresión mayor se caracterizan por presentar sintomatología mayor de dos semanas con cuatro de los siguientes síntomas: anhedonia, culpa, alteración en la concentración, síntomas neurovegetativos, pérdida o ganancia de peso, ideas suicidas, hipersomnia, agitación psicomotora, retardo en el pensamiento, fatiga (5), humor depresivo, pérdida del interés y el disfrute por las cosas que anteriormente eran placenteras; disminución de la vitalidad que lleva a una reducción del nivel de actividad y un cansancio exagerado que aparece tras un esfuerzo mínimo, disminución de la concentración y la atención, pérdida de la autoconfianza, sentimientos de inferioridad, ideas de culpa e inutilidad, pérdida del apetito, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas o de autoagresión. (6)

La prevalencia de depresión se sitúa entre el 6 y 30% de los pacientes que presentan epilepsia en control y en los pacientes que presentan epilepsia refractaria la prevalencia es de 50%. (13)

La relación entre depresión y epilepsia se ha descrito desde la antigüedad: en el *Hippocratic corpus* se hace referencia a la mutua influencia entre ambos padecimientos (2), acompañándose de cambios cognitivos y del comportamiento. Existen pocos trabajos publicados sobre la depresión en los pacientes con epilepsia, ya que muy posiblemente esté subdiagnosticada y por consiguiente no es tratada en forma oportuna.

Los pacientes con epilepsia describen alteraciones neuropsicológicas (sensación subjetiva y casi siempre transitoria de pérdida de memoria, cambios de carácter) que pueden conducir a un diagnóstico erróneo de depresión.(3)

Más del 50% de los pacientes con epilepsia pueden presentar trastornos de comportamiento (2). Los factores responsables de la depresión en la epilepsia son poco claros, pero se pueden señalar algunos (8):

La depresión es más frecuente en algunas epilepsias como las crisis focales complejas y cuando se afecta el circuito límbico (9). La frecuencia de depresión en este tipo de epilepsia es más alta que en las generalizadas. (10)

La depresión es más frecuente en epilepsias con focos temporales izquierdos, en crisis focales complejas que se originan en el hemisferio izquierdo, crisis de aparición tardía, o las del lóbulo frontal izquierdo. (6)

Además fármacos como el fenobarbital, la vigabatrina y la primidona producen depresión así como los factores psicosociales como el estigma de la epilepsia, disminución en la sexualidad, temor a la teratogénesis y la restricción para determinadas actividades, repercuten importantemente en la presentación de la depresión.(11)

La depresión se presenta en forma distinta en pacientes de mayor edad con epilepsia que en aquellos sin epilepsia.(7)

La refractariedad de la epilepsia del lóbulo temporal está asociada importantemente a depresión estimándose una prevalencia del 30% al 70%, con una importante repercusión en la calidad de vida.(12).

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica. Su versión original constaba de 21 ítems posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva (13)

La población epiléptica que atendemos en el servicio de Neurología cumple con criterios de refractariedad y dada la información de la literatura consideramos que existe una alta frecuencia de depresión en este grupo de pacientes.

## **Justificación**

El conocer la frecuencia de depresión en el paciente con epilepsia nos permitirá establecer medidas que nos permitan tratar este problema de manera oportuna y de esta forma mejora su calidad de vida

## **Hipótesis**

Los pacientes con epilepsia refractaria del Servicio de Neurología del CMN 20 de Noviembre tienen una frecuencia de depresión igual o mayor al 50%

## **Objetivos**

Objetivo general

Establecer la frecuencia de la depresión en la población epiléptica que se atiende en el servicio de Neurología del CMN 20 de Noviembre.

Objetivos específicos

- 1.- Identificar la severidad de la depresión en los pacientes con epilepsia del servicio de neurología de acuerdo con los criterios de la escala de Hamilton
- 2.- Establecer si existe diferencias entre hombres y mujeres en la frecuencia de depresión

## **Diseño del tamaño de la muestra**

Se evaluaron 288 pacientes con diagnóstico de epilepsia de la consulta externa del Servicio de Neurología del “CMN 20 de Noviembre” de los cuales solo 152 cumplieron con los criterios de inclusión.

## **Definición de las unidades de observación**

Se evaluaron 288 pacientes de la consulta externa del servicio de Neurología del Centro Medico Nacional “ 20 de Noviembre” con diagnóstico de epilepsia en el periodo comprendido del 1° de julio de 2009 a 1° julio de 2010.

## **Criterios de inclusión:**

Pacientes de ambos géneros mayores de 14 años que tengan diagnóstico comprobado de epilepsia refractaria

## **Criterios de exclusión:**

No tener epilepsia  
Menores de 14 años  
Que no acepte participar en el estudio  
Que no pueda contestar la encuesta

**Definición de variables y unidades de medida:**

Variable discreta: Una variable discreta es aquella que toma valores aislados, es decir no admite valores intermedios entre dos valores específicos.

Variable cuantitativa: Una variable cuantitativa es la que se expresa mediante un número, por tanto se pueden realizar operaciones aritméticas con ella.

Variable cualitativa nominal: Una variable cualitativa nominal presenta modalidades no numéricas que no admiten un criterio de orden.

Edad: (variable discreta y cuantitativa)

Sexo: (variable discreta y cuantitativa)

Tiempo de evolución de la epilepsia (variable discreta y cuantitativa)

Tipo de crisis (variable discreta y cuantitativa)

Número de crisis por mes (variable discreta y cuantitativa)

Puntaje en la Escala de Hamilton (variable discreta y cuantitativa) (Anexo 1)

Materiales y métodos

Se analizaron 150 pacientes con epilepsia de la consulta externa del Servicio de Neurología del CMN 20 de Noviembre, desde el 1º de julio de 2009 a 1º julio de 2010.

Los pacientes firmaron una carta de consentimiento informado, (anexo 2) antes de ser incluidos en el estudio y posteriormente se les aplicó la escala de Hamilton.

Se registró el puntaje que obtuvieron en la escala de Hamilton aplicada y se determinó su grado de depresión, el sexo del paciente, edad, diagnóstico y grado de control de sus crisis

El cronograma de actividades que se realizó fue el siguiente:

Mes	Julio 09	Ago 09	Septiembre 09	Octubre 09	Noviembre 09	Diciembre 09	Enero 2010	Febrero 2010	Marzo 2010	Abril 2010	Mayo 2010	Junio 2010	Julio 2010
Actividad													
Recopilación de pacientes	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆
Vaciado de la información													
Elaboración de gráficas.													☆
Elaboración de tesis													☆

El análisis estadístico que se empleó en los resultados de los pacientes fue el siguiente:

Estadística descriptiva

Medidas de tendencia central: media, mediana y moda.

Medidas de dispersión:

Rango y desviación estándar

Medidas de posición

Graficas:

Barras, circulares, dispersión, comparación de promedios

Estadística inferencial:

Análisis de varianza de un factor

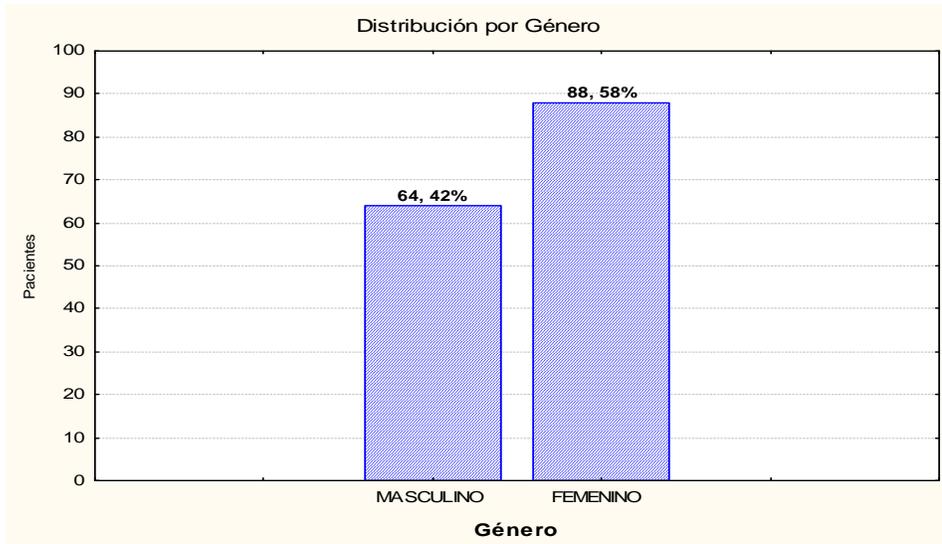
Pruebas de independencia Xi cuadrada

Coefficientes de correlación de Pearson

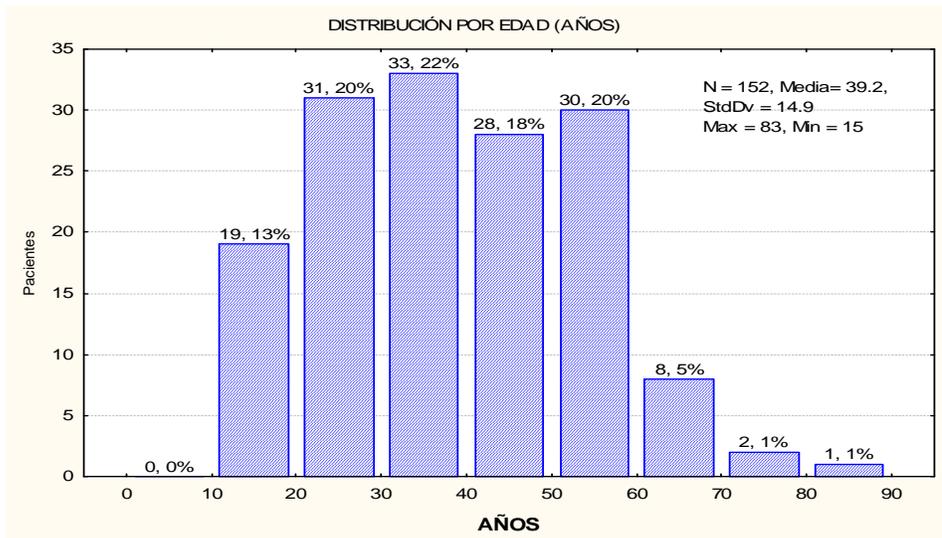
Método de la binomial exacta para intervalos de confianza del 95% de la proporción

El software estadístico fue STATISTICA 7.0, EPIINFO 6.04

Se trata de un estudio transversal, prospectivo y descriptivo, en donde se incluyeron 152 pacientes, 64 (42%) fueron hombres y 88 (58%) fueron mujeres. La edad de los pacientes osciló entre 15 y 83 años manejando una edad promedio de 39.2 +- 14.9 años. (gráfica 1 y 2)



Gráfica 1. Composición de la muestra según género de los pacientes



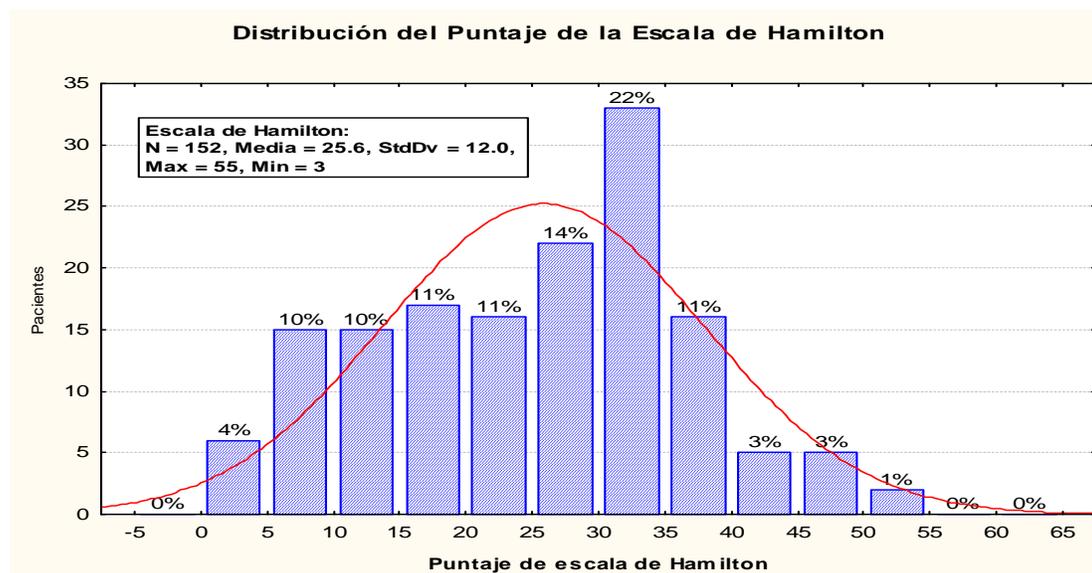
Gráfica 2. Composición de la muestra según edad (años) de los pacientes

Se clasificaron a los pacientes por el tipo de epilepsia, y la distribución de los pacientes Siendo la epilepsia de lóbulo temporal la más frecuente representándose con un porcentaje del 48% (73p), las epilepsia generalizada presentó un porcentaje de 29.6% (46p), la epilepsia parietal y los pacientes que presentaron síndrome de Lennox Gastaut, 6.6% (10p), el resto de la población presentó un porcentaje menor al 3.3% en cuanto a trastorno depresivo.

Tabla 1. Distribución por Tipo de Epilepsia

Tipo de Crisis	Frecuencia	Porcentaje
EPILEPSIA DEL LOBULO TEMPORAL	73	48.0
EPILEPSIA GENERALIZADA	48	31.6
EPILEPSIA DEL LOBULO PARIETAL	10	6.6
SX LENNOX GASTAUT	10	6.6
EPILEPSIA DE LOBULO FRONTAL	5	3.3
SX ANGELMAN	3	2.0
EPILEPSIA MIOCLONICA	3	2.0
<b>Total</b>	<b>152</b>	<b>100.0</b>

Al medir la depresión en la población de epilepsia de los pacientes del CMN 20 de Noviembre aplicando la escala de depresión de Hamilton, encontrando que la puntuación en la muestra total osciló entre 3 y 55 puntos con media y desviación estándar de 25.6 +-12 puntos. (grafica 3)



Gráfica 3. Composición de la muestra de pacientes, según el puntaje alcanzado en la escala de Hamilton.

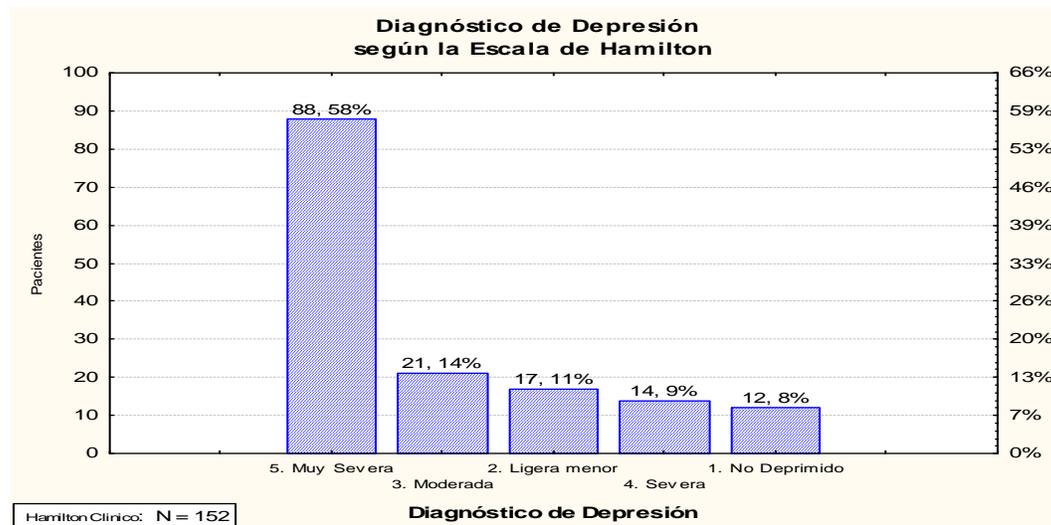
Para juzgar la severidad de la depresión con la que cursaron los pacientes se aplicaron los puntos de cohorte señalados en la siguiente tabla

Puntos de corte para la severidad de la Depresión según la escala de Hamilton

Tabla 2.

Puntos	Severidad
0 a 7	No deprimido
8 a 13	Depresión ligera menor
14 a 18	Depresión moderada
19 a 22	Depresión severa
23 o más	Depresión muy severa

La clasificación de acuerdo con los puntos de corte, mostró que 88 pacientes (58%) cursaron con depresión muy severa, siguiéndole 21 pacientes (14%) que tenían depresión moderada, 17 (11%) tuvieron depresión ligeramente menor, 14 (9%) tuvieron depresión severa y sólo 12 (8%) no reflejaron depresión por la escala de Hamilton. (grafica 4)



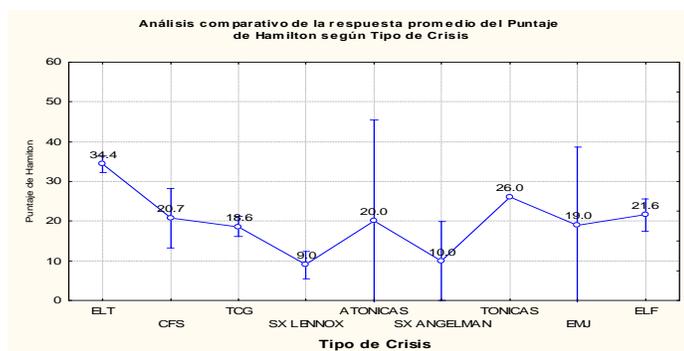
Grafica 4: composición de la muestra de pacientes según el nivel de severidad de depresión de acuerdo con los parámetros de la escala de Hamilton.

La correlación entre los diversos niveles de severidad de depresión y el tipo de crisis epiléptica se presenta en la tabla 3.

En esta tabla destaca la CPC (ELT) con 73 (48%) pacientes, encontrándose que 66 (90.41%) de los pacientes estaban en la categoría de depresión muy severa, el resto de los pacientes (7) se distribuyó en los niveles de severa (4) moderada (0) ligera o menor (2), sin depresión (1),

En orden de frecuencia el siguiente tipo de crisis correspondió a crisis tónico clónicas, con 45 pacientes (15.91%), 14 de los pacientes se ubicaron en depresión muy severa, 7 (50%) en el nivel severo, 12 (57.14%) en el nivel de depresión moderada, y 6 (35.29%) en el nivel de depresión ligera y sin depresión. Los restantes casos se detallan en la tabla 3. (anexo 3). El análisis estadístico aplicado a esta población reveló asociación marcadamente significativa (Xi-cuadrada =106.57, p- 0.00001)

Se estudió la respuesta promedio del puntaje de Hamilton según el tipo de crisis, análisis comparativo que se muestra en la gráfica 5



Gráfica 5: Análisis comparativo de la respuesta promedio del puntaje de Hamilton según tipo de crisis.

Tabla 3. Correlación del tipo de crisis y nivel de severidad de la depresión						
Tipo de Crisis	Hamilton Clínico 5 Muy Severa	Hamilton Clínico 4 Severa	Hamilton Clínico 3 Moderada	Hamilton Clínico 2 Ligera menor	Hamilton Clínico 1 No Deprimido	Total
EPILEPSIA DE LOBULO TEMPORAL(CPC)	66	1	0	2	1	73
Porcentaje dentro de la Severidad de Depresion	75.00%	28.57%	0.00%	11.76%	8.33%	48.0
Porcentaje dentro del Tipo de Crisis	90.41%	5.40%	0.00%	2.74%	1.37%	
CFS	1	0	3	3	0	10
Porcentaje dentro de la Severidad de Depresion	4.55%	0.00%	14.29%	17.65%	0.00%	6.6
Porcentaje dentro del Tipo de Crisis	40.00%	0.00%	30.00%	30.00%	0.00%	
ICG	11	7	12	6	6	46
Porcentaje dentro de la Severidad de Depresion	15.91%	50.00%	57.14%	35.29%	50.00%	29.6
Porcentaje dentro del Tipo de Crisis	31.11%	15.56%	26.67%	13.33%	13.33%	
SX LENNOX GASTAUTI (crisis vanadas)	0	0	2	1	1	10
Porcentaje dentro de la Severidad de Depresion	0.00%	0.00%	9.52%	23.53%	33.33%	6.6
Porcentaje dentro del Tipo de Crisis	0.00%	0.00%	20.00%	40.00%	40.00%	
CRISIS ATONICAS	0	1	1	0	0	2
Porcentaje dentro de la Severidad de Depresion	0.00%	7.14%	4.76%	0.00%	0.00%	1.3
Porcentaje dentro del Tipo de Crisis	0.00%	50.00%	50.00%	0.00%	0.00%	
SX ANGELMAN (crisis mioclonicas y atonicas)	0	0	1	1	1	3
Porcentaje dentro de la Severidad de Depresion	0.00%	0.00%	4.76%	5.88%	8.33%	2.0
Porcentaje dentro del Tipo de Crisis	0.00%	0.00%	33.33%	33.33%	33.33%	
CRISIS TONICAS	1	0	0	0	0	1
Porcentaje dentro de la Severidad de Depresion	1.14%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.7
Porcentaje dentro del Tipo de Crisis	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	
EPILEPSIA MIOCLONICA JUVENIL (crisis mioclonicas)	1	0	1	1	0	3
Porcentaje dentro de la Severidad de Depresion	1.14%	0.00%	4.76%	5.88%	0.00%	2.0
Porcentaje dentro del Tipo de Crisis	33.33%	0.00%	33.33%	33.33%	0.00%	
EPILEPSIA DE LOBULO FRONTAL (CPC)	2	2	1	0	0	5
Porcentaje dentro de la Severidad de Depresion	2.27%	14.29%	4.76%	0.00%	0.00%	3.3
Porcentaje dentro del Tipo de Crisis	40.00%	40.00%	20.00%	0.00%	0.00%	
Todos	111	14	21	17	12	157
	57.9	9.2	13.8	11.2	7.9	100.0
		Chi-square	df	p		
Pearson Chi-square	106.5722	df=32	p= .00000	p < 0.00001		
M-L Chi-square	113.8033	df=32	p= .00000			

Se muestra la existencia de diferencias estadísticamente significativas (ANOVA,  $F=21.1139$ ,  $p<0.000001$  en las tablas 4<sup>a</sup> y 4b)

Tabla 4a. Análisis comparativo de la respuesta promedio del Puntaje de Hamilton según el tipo de Crisis. Jerarquizado por la frecuencia del tipo de crisis

Tipo de Crisis	N	Media	Desv. Est.	Mínimo	P10	P25	Mediana (P50)	P75	P90	Máximo	F	p
CPC DE LOBULO TEMPORAL	73	34.4	8.8	6.0	25.0	32.0	35.0	38.0	45.0	55.0	21.11390	$p < 0.000001$
TCC	45	18.6	8.3	3.0	6.0	13.0	18.0	26.0	30.0	33.0		
CFS	10	20.7	10.5	8.0	9.5	13.0	16.5	31.0	35.5	39.0		
CRISIS VARIADAS (SX LENNOX GASTAUT)	10	9.0	1.8	3.0	3.5	5.0	9.0	12.0	16.0	18.0		
CPC DE LOBULO FRONTAL	5	21.6	3.3	16.0	16.0	22.0	22.0	24.0	24.0	24.0		
CRISIS ATONICAS Y MIOCLONICAS DEL SX ANGELMAN	3	10.0	4.0	6.0	6.0	6.0	10.0	14.0	14.0	14.0		
CRISIS MIOCLONICAS DE LA EPILEPSIA MIOCLONICA JUVENIL	3	19.0	7.9	13.0	13.0	13.0	16.0	28.0	28.0	28.0		
CRISIS ATONICAS	2	20.0	2.8	18.0	18.0	18.0	20.0	22.0	22.0	22.0		
CRISIS TONICAS	1	26.0	0.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0		
Todos	152	25.7	12.0	3.0	10.0	16.0	28.0	35.0	39.0	55.0		

Tabla 4b. Análisis comparativo de la respuesta promedio del Puntaje de Hamilton según el tipo de Crisis. Jerarquizado por la magnitud de la respuesta promedio de Hamilton

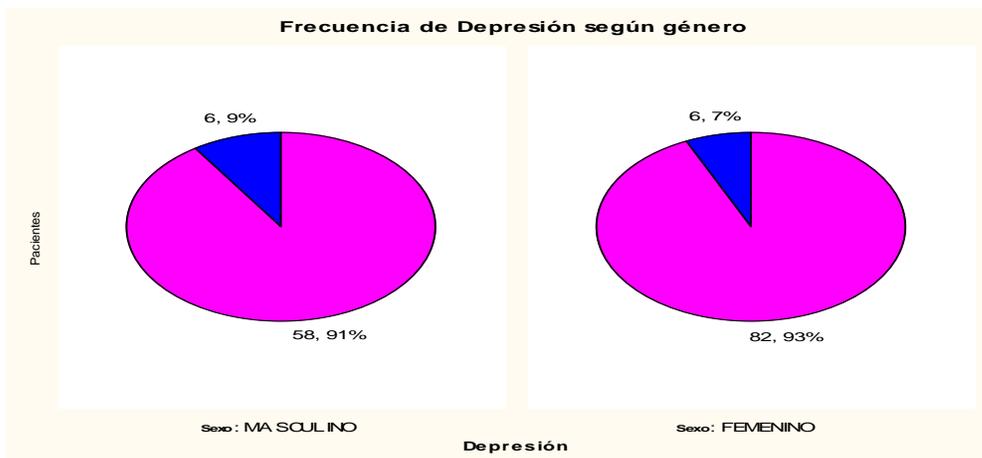
Tipo de Crisis	N	Media	Desv. Est.	Mínimo	P10	P25	Mediana (P50)	P75	P90	Máximo	F	p
CPC DE LOBULO TEMPORAL	73	34.4	8.8	6.0	25.0	32.0	35.0	38.0	45.0	55.0	21.11390	$p < 0.000001$
CRISIS TONICAS	1	26.0	0.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0		
CPC DE LOBULO FRONTAL	5	21.6	3.3	16.0	16.0	22.0	22.0	24.0	24.0	24.0		
CFS	10	20.7	10.5	8.0	9.5	13.0	16.5	31.0	35.5	39.0		
CRISIS ATONICAS	2	20.0	2.8	18.0	18.0	18.0	20.0	22.0	22.0	22.0		
CRISIS MIOCLONICAS DE LA EPILEPSIA MIOCLONICA JUVENIL	3	19.0	7.9	13.0	13.0	13.0	16.0	28.0	28.0	28.0		
TCC	45	18.6	8.3	3.0	6.0	13.0	18.0	26.0	30.0	33.0		
CRISIS MIOCLONICAS Y ATONICAS DEL SX ANGELMAN	3	10.0	4.0	6.0	6.0	6.0	10.0	14.0	14.0	14.0		
CRISIS VARIADAS DEL SX LENNOX GASTAUT	10	9.0	1.8	3.0	3.5	5.0	9.0	12.0	16.0	18.0		
Todos	152	25.7	12.0	3.0	10.0	16.0	28.0	35.0	39.0	55.0		

Sin considerar el nivel de severidad que la escala de Hamilton se vio que de asigno a 140 pacientes epilépticos del CMN 20 de Noviembre del servicio de neurología (92%), presentaron depresión y que solo 12 de los pacientes con epilepsia del servicio de neurología del CMN 20 de Noviembre (8%), no tenían depresión.

Se calculó al intervalo de confianza para la frecuencia positiva de depresión siguiendo el método de la binomial exacta , encontrándose que a nivel población de tipo epiléptico del CMN 20 de Noviembre es de 86.62 % a 95.86%.

Se correlaciono la depresión en el genero , encontrando que en los hombres 58(91%) eran positivos para cursar con depresión, y 82 (93%) para las mujeres.

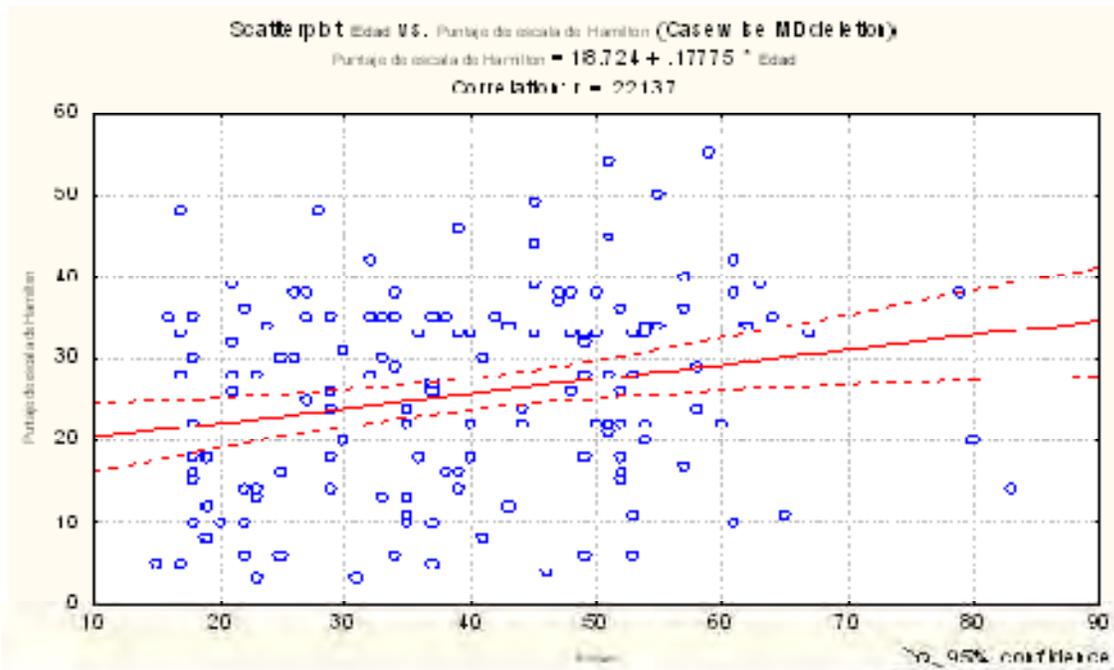
El análisis estadístico basado en la prueba de independencia Xi cuadrada (Xi cuadrada= 0.3331, p= 0.5638) no demostró diferencia significativa (gráfica 6)



Statistic		Statistics: sexo(2) x Dx Depre(2) (Depresión Neurología.sta)		
	Chi-square	df	p	
<b>Pearson Chi-square</b>	.3331169	df=1	p=.56383	
M-L Chi-square	.3292994	df=1	p=.56607	
Yates Chi-square	.0742830	df=1	p=.78520	
Fisher exact, one-tailed			p=.38827	
two-tailed			p=.56116	
McNemar Chi-square (A/D)	40.64063	df=1	p=.00000	
(B/C)	63.92046	df=1	p=.00000	

La edad presentó una correlación positiva con el puntaje es decir, en la medida en que la edad fue aumentando, el puntaje fue creciendo.

Esta relación fue establecida calculando el coeficiente de correlación de Pearson,  $r=.2214$ , siendo estadísticamente significativo ( $p=0.006$ ) (grafica 7)



Correlations (Depresión Neurología sta)	
Marked correlations are significant at $p < .05000$	
N=152 (Casewise deletion of missing data)	
Variable	Puntaje de escala de Hamilton
Edad	$r = .2214$
	$p = .006$

### Conclusiones:

Se encontró que los pacientes con epilepsia tenían un grado alto de depresión, siendo mayor en los que tienen epilepsia de lóbulo temporal, sin embargo llamo la atención que en cuanto al sexo no hubo una gran diferencia estadísticamente.

Igualmente se observó que conforme los pacientes tienen mayor edad tienen una propensión a tener mayor depresión comparada con los pacientes más jóvenes.

### Discusión

Los pacientes que tienen epilepsia son frecuentemente afectados por comorbilidades psiquiátricas, en una proporción de uno por cada tres pacientes; dentro de las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes encontramos las siguientes: depresión, ansiedad y psicosis, siendo la depresión una de las más frecuentes encontrada en este tipo de población. Se ha reportado en varios estudios que su porcentaje alcanza hasta el 50 %, repercutiendo invariablemente sobre su propia enfermedad y su calidad de vida.

La depresión es reconocida de forma insuficiente ya que muchos de los pacientes con epilepsia minimizan sus síntomas psiquiátricos o llegan a pensar que la depresión es consecuencia de su enfermedad o parte de su adaptación, por lo que muchas veces pasa inadvertido el diagnóstico, teniendo repercusiones importantes en su vida.

El presente estudio se realizó para poder detectar en la población de los pacientes con epilepsia del CMN 20 de Noviembre si presentaban depresión y con qué frecuencia. Se encontró que el 88% de los pacientes cursaba con depresión severa de acuerdo a la escala de Hamilton; la depresión fue más frecuente en pacientes con Epilepsia de lóbulo temporal lo cual concuerda con lo reportado en la literatura.

Los factores que pueden contribuir a un porcentaje tan elevado son:

edad, sexo y factores culturales. En cuanto a la edad, los resultados de los pacientes mostraron una elevación del puntaje proporcional a la misma. Consideramos que esto se explica porque conforme la edad avanza se presentan más problemas personales, laborales y de otra índole y estos factores pueden favorecer la presencia de la depresión. Es de importancia hacer notar que nuestro Hospital es un centro de referencia y que la población mayoritaria de pacientes epilépticos se compone de pacientes que no han tenido buena respuesta a los fármacos antiepilépticos, que es uno de los puntos más importantes que se ha correlacionado con alto índice de depresión, por lo que será necesario probablemente en un futuro realizar el estudio en otros centros hospitalarios del ISSSTE en donde podamos comparar nuestra población con aquella que no tienen refractariedad al tratamiento, para poder determinar el porcentaje real de depresión en los pacientes con epilepsia de nuestra institución.

Anexo 1

Escala de Hamilton

Evalúa la severidad de la depresión en el ámbito psiquiátrico y uno de los más utilizados en la investigación psicofarmacológica.

Se centra en los componentes somáticos y comportamentales de la depresión.

<b>Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)</b>	0
Ausente	1
Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	2
Estas sensaciones las relata espontáneamente -	3
Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	4
Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea a	0
<b>Sentimientos de culpa</b>	1
Ausente -	2
Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente -	3
Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones -	4
Siente que la enfermedad actual es un castigo -	0
Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	1
	2
<b>Suicidio</b>	3
Ausente -	4
Le parece que la vida no vale la pena ser vivida -	
Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir -	0
	1
Ideas de suicidio o amenazas -	2
Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	
<b>Insomnio precoz</b>	0
No tiene dificultad	1
Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	2
Dificultad para dormir cada noche	
<b>Insomnio intermedio</b>	0
No hay dificultad	1
Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	2
Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	
<b>Insomnio tardío</b>	0
No hay dificultad	1
Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	2
No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	3
<b>Trabajo y actividades</b>	4
No hay dificultad -	
Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos) -	
Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación) -Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o	0
	1

disminución de la productividad –	2
Dejó de trabajar por la presente enfermedad, solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	3
	4
<b>Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)</b>	
Palabra y pensamiento normales -	0
Ligero retraso en el habla -	1
Evidente retraso en el habla -	2
Dificultad para expresarse	3
Incapacidad para expresarse	4
<b>Agitación psicomotora</b>	
Ninguna -	1
Juega con sus dedos -	2
Juega con sus manos, cabello, etc. -	3
No puede quedarse quieto ni permanecer sentado -	4
Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	
<b>Ansiedad psíquica</b>	
No hay dificultad -	
Tensión subjetiva e irritabilidad -	
Preocupación por pequeñas cosas -	0
Actitud aprensiva en la expresión o en el habla –	1
Expresa sus temores sin que le pregunten	2
<b>Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)</b>	3
	4
Ausente -	0
Ligera -	1
Moderada -	2
Severa -	3
Incapacitante	4
<b>Síntomas somáticos gastrointestinales</b>	
Ninguno -	0
Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen.	1
Sensación de pesadez en el abdomen -	2
Dificultad en comer si no se le insiste.	
Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	
<b>Síntomas somáticos generales</b>	0
Ninguno -	1
Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza.	2
Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.	
Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	0
<b>Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)</b>	1
	2
Ausente	3
Débil	
Grave	0
<b>Hipocondría</b>	1
Ausente	2

Preocupado de si mismo (corporalmente)	
Preocupado por su salud	0
Se lamenta constantemente, solicita ayuda	1
<b>Pérdida de peso</b>	2
Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	
Pérdida de más de 500 gr. en una semana	3
Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	
<b>Introspección (insight)</b>	
Se da cuenta que está deprimido y enfermo	
Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	
No se da cuenta que está enfermo	

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE  
INVESTIGACIÓN MÉDICA**

**Título del protocolo:** “Frecuencia de depresión y su relación con la refractariedad al tratamiento en pacientes con epilepsia en el servicio de Neurología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE

Investigador principal: \_\_Dra. Leticia Salinas Vásquez

Sede donde se realizará el estudio: \_\_\_\_”Hospital CMN 20 de Noviembre “

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado.

Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

**OBJETIVO DEL ESTUDIO**

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivos determinar la frecuencia de depresión en pacientes con epilepsia de difícil control

**BENEFICIOS DEL ESTUDIO**

En estudios realizados anteriormente por otros investigadores se ha observado que los pacientes con epilepsia de difícil control tienen una frecuencia elevada de depresión. En nuestro país no hay estudios que nos ayuden a saber cuál es la frecuencia de depresión en las personas que padecen epilepsia de difícil control y este trabajo nos ayudará a tener un mejor conocimiento de este problema

**PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO**

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, sus hábitos, sus antecedentes médicos, se empleará una escala para determinar si presenta depresión llamada Escala de Hamilton e igualmente se empleará una escala de calidad de vida llamada escala de calidad de vida10, Este estudio consta de: contestar la escala de Hamilton y la escala de calidad de vida

**ACLARACIONES**

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, y su decisión será respetada.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

Firma y nombre del paciente

Firma y nombre del testigo

**Protocolo:**

Ciudad de México, Distrito Federal, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de año dos mil \_\_\_\_\_.

Firma y nombre del paciente

---

Firma y nombre

---

Nombre y firma

---

Testigo

---

Testigo

---

Nombre y firma del Investigador o persona designada que obtuvo el consentimiento  
Dr. Leticia Salinas Vásquez.- Investigadora. Teléfono 52-00-50-03 Ext. 4292

## **BIBLIOGRAFIA**

- 1-World Health Organization. *Atlas: epilepsy care in the world*. Geneva: WHO; 2008.
- 2- Lewis AJ. Melancholia: a historical review. *J Ment Sci* 1934; 80: 142
- 3.- Mauri-Llerda JA, Pascual-Millán LF, Tejero-Juste C, Iñiguez C, Escalza-Cortina I, Morales-Asín F. Alteraciones neuropsicológicas en la epilepsia. *Rev Neurol* 2001;32:77-82.
- 4- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- 5.- Andres M. Kanner, MD. Depression and Epilepsy: A New Perspective on Two Closely Related Disorders *Epilepsy Currents*, Vol. 6, No. 5 (September/October) 2006 pp. 141–146 Blackwell Publishing, Inc.
- 6.- Dra Lilia Nuñez, Noel Plascencia, Jorge Malagón, Epilepsia una perspectiva clínica, ed:Prado, pag: 495-948.
- 7- Dra. Inés Lackington. Comorbilidad Psiquiátrica en Epilepsia y su Tratamiento *Revista Chilena de Epilepsia* Año 7, N° 1, Junio de 2006 pag:34-41
- 8.-Martínez-Pérez B, González-Goizueta E, Mauri-Llerda JA. Depresión y epilepsia. *Rev Neurol* 2002;35:580-86.
- 9.- Indaco A, Carrieri PB, Nappi C, Gentile S, Striano S. Interictal depression in epilepsy. *Epilepsy Res* 1992;12:45-50.
- 10- Kanner AM, Balabanov A. Depression and epilepsy: how closely related are they? *Neurology* 2002;58 (Suppl5):S27-39.
- 11.-Kanner AM, Balabanov A. Depression and epilepsy: how closely related are they? *Neurology* 2002;58 (Suppl5):S27-39.
- 12- Briellmann, et al, Major depression in temporal lobe epilepsy with hippocampal sclerosis: clinical and imaging correlates *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007;78:1226–1230. doi: 10.1136/jnnp.2006.104521
- 13-Ramos-Brieva, J.C, A, Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1986(14): p.324-334.