

T
610
EN59A
EJ 1

Enríquez Vallejo, Angela María
Maya Marcillo, Gabriel Esteban
Maya Ortega, Laura Sarai

Ansiedad, Depresión y Estrés en pacientes con diagnóstico de epilepsia que acuden a control por consulta externa en el Hospital Universitario Departamental de Nariño entre Abril a Diciembre del 2023

-2023 / Enríquez Vallejo Angela María, Maya Marcillo Gabriel Esteban, Maya Ortega Laura Sarai. Asesoría: Dra. Ana Isabel Vallejo, Dra. Catalina Vallejo

-San Juan de Pasto: Fundación Universitaria San Martín, 2023

Trabajo de grado (médico general) Fundación Universitaria San Martín.

Programa de Medicina

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRÉS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO
DE EPILEPSIA QUE ACUDEN A CONTROL POR CONSULTA EXTERNA EN EL
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ENTRE ABRIL A
DICIEMBRE DEL 2023

ENRIQUEZ VALLEJO ANGELA MARIA

MAYA MARCILLO GABRIEL ESTEBAN

MAYA ORTEGA LAURA SARAI

PROYECTO DE GRADO PARA RECIBIR EL TITULO DE MEDICO GENERAL

FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN

FACULTAD DE MEDICINA

PASTO

2023

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRÉS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO
DE EPILEPSIA QUE ACUDEN A CONTROL POR CONSULTA EXTERNA EN EL
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ENTRE ABRIL A
DICIEMBRE DEL 2023

ENRIQUEZ VALLEJO ANGELA MARIA

MAYA MARCILLO GABRIEL ESTEBAN

MAYA ORTEGA LAURA SARAI

ASESOR METODOLOGICO: DRA. ANA ISABEL VALLEJO

ASESOR CIENTIFICO: DRA. CATALINA VALLEJO

FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN

FACULTA DE MEDICINA

NEUROLOGIA

PASTO

2023

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

San Juan de Pasto, Octubre 2024

DEDICATORIA

La presente investigación está dirigida principalmente a Dios, el cual me brindo la fortaleza en cada uno de los momentos en el desarrollo de este proyecto, enseñándome a ser resiliente ante las dificultades.

Agradezco a mis padres Liliana Patricia Vallejo y Wilson Harvey Enríquez quienes han estado conmigo guiando cada paso que doy enseñándome los valores más fundamentales, los cuales empleé en el desarrollo de esta investigación.

A Laura Maya y Gabriel Maya quienes me brindaron la oportunidad de trabajar en este proyecto con amor, paciencia y compañerismo en todo el proceso de nuestra investigación, compartiendo diferentes momentos que agradezco profundamente.

ANGELA MARIA ENRIQUEZ VALLEJO

DEDICATORIA

Dedico esta investigación principalmente a Dios por permitirme la vida, la salud y la sabiduría necesaria para superar cada una de mis metas y hacer de mis sueños una realidad

A mis padres, Nora Marcillo y Wilson Maya, quienes siempre me han brindado su apoyo y me han impulsado a cada día superarme, esquivar los deslices y levantarme de las caídas

A mi abuela, Rosa Villota de Marcillo, quien fue pieza fundamental durante este proceso, la cual me inculco los principios y valores de los cuales hice uso para el desarrollo adecuado y humanizado necesario en esta investigación.

A Laura Maya y Angela Enríquez quienes me brindaron su amistad y con amor y paciencia me colaboraron en todo el proceso de nuestra investigación además de compartirme sus experiencias y conocimientos, compartiendo muchos momentos de felicidad, alegría y entusiasmo.

GABRIEL ESTEBAN MAYA MARCILLO

DEDICATORIA

Dedico este proyecto primeramente a Dios, por darme vida, salud y sabiduría, por llenarme de fuerza y entendimiento para poder cumplir mis metas hasta este momento y poder proyectarme a futuro.

A mis padres, Mario Andres Maya y Lilibian Patricia Ortega, por apoyar cada una de mis decisiones y siempre darme un sabio consejo, impulsarme cada día a ser mejor y enseñarme a superar cada prueba, por enseñarme que todo en la vida es posible si hay interés, ganas y esfuerzo

A mis compañeros Gabriel Maya y Angela Enríquez, ya que por su interés, dedicación y sobre todo su responsabilidad es posible la realización de la investigación, por brindarme su amistad y apoyo

LAURA SARAI MAYA ORTEGA

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios quien fue el pilar fundamental en nuestro proceso desde nuestro comienzo como investigadores hasta el final de este proyecto donde nos inculco el deseo de convertirnos en visionarios en pro de mejorar la calidad de vida los pacientes con un trato digno y humanizado.

Agradecemos a nuestros docentes y asesores quienes compartieron con nosotros parte de su conocimiento y experiencia para encaminarnos hacia el logro de nuestros objetivos, además de brindarnos su tiempo y dedicación de inicio a fin de nuestra investigacion.

Finalmente agradecemos a nuestra docente Ana Isabel Vallejo quien nos brindó todo su apoyo y siempre nos guio sobre un camino intentado realizar el proyecto bajo los mejores lineamientos posibles

IDENTIFICACION DE LOS ESTUDIANTES

INVESTIGADOR 1

Angela María Enríquez Vallejo
Celular:3168850629
Correo:angelaenriquez065@gmail.
com
ORCID: 0009-0005-7810-0102

INVESTIGADOR 2

Gabriel Esteban Maya Marcillo
Celular: 3043475841
Correo:
gabrielesteban.mayamarcillo@gmail.com
ORCID: 0009-0009-1919-5008

INVESTIGADOR 3

Laura Sarai Maya Ortega
Celular: 3183130382
Correo:
laurasarai.maya1503@gmail.com
ORCID:
0009-0000-7367-1102

IDENTIFICACION DE AUTORES

COAUTOR CIENTIFICO

Angela Catalina Vallejo Cajigas
Medica especialista en Neurología

Correo:

catalinavallejocajigas@gmail.com

COAUTOR METODOLOGICO

Ana Isabel Vallejo Narváez
Docente investigador

Correo:

ana.vallejo@sanmartin.edu.co

LINEA DE INVESTIGACION

El presente proyecto pertenece a la línea de epidemiología general

El presente proyecto hace parte del macroproyecto “Caracterización epidemiológica y clínica de los pacientes con epilepsia atendidos en el hospital universitario departamental de Nariño 2016 a 2020”

Proyecto registrado en semillero de investigación SEIFUSM 2023-2024

GLOSARIO

EPILEPSIA: entidad patológica cerebral caracterizada por episodios repetitivos secundario a descargas neuronales bruscas, incontroladas y excesivas (1).

ANSIEDAD: sentimiento de pánico, prejuicios y amenazas que no incapacitan la calidad de vida del paciente (4).

TRASTORNO DE ANSIEDAD: tipo de ansiedad persistente que incapacita la calidad de vida del paciente (4).

DEPRESION: episodios depresivos de menor intensidad a comparación del trastorno depresivo que esta presente en trastornos neurológicos y psicológicos (6).

TRASTORNO DEPRESIVO: trastorno afectivo que se manifiesta por la presencia de síntomas que perduran por más de 2 semanas, donde se genera cambios en los hábitos diarios, pensamientos y se acompañan de ánimo bajo (7).

ESTRÉS: respuesta corporal a una noxa psicológica, física o emocional que genera cambios sobre el comportamiento de la persona y puede desencadenar un trastorno mental cuando la respuesta es desregulada (20).

CONVULSION: manifestación clínica secundaria a descargas neuronales anormales, no controladas, desorganizadas y excesivas (5).

CONVULSION GENERALIZADA: tipo de convulsión que afecta todo el cuerpo (5).

CONVULSION FOCAL: tipo de convulsión que afecta una zona limitada del cerebro (5).

NOTA DE RESPONSABILIDAD

Las opiniones expresadas en esta investigación son responsabilidad de los autores y no comprometen a la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTIN

TABLA DE CONTENIDO

| | | |
|-------------|--|-----------|
| I. | DEFINICION DEL PROBLEMA | 3 |
| 1.1 | FORMULACION PREGUNTA DE INVESTIGACION | 5 |
| II. | JUSTIFICACION | 6 |
| III. | MARCO DE REFERENCIA | 8 |
| 3.1 | MARCO DE ANTECEDENTES | 8 |
| 3.2 | MARCO TEORICO | 9 |
| 3.3 | MARCO DEMOGRAFICO | 24 |
| 3.4 | MARCO LEGAL | 24 |
| IV. | OBJETIVOS | 27 |
| 4.1 | OBJETIVO GENERAL | 27 |
| 4.2 | OBJETIVOS ESPECIFICOS | 27 |
| V. | METODOLOGIA | 28 |
| 5.1 | DEFINICION DE ESTUDIO | 28 |
| 5.2 | AREA DE ESTUDIO | 28 |
| 5.3 | POBLACION DE ESTUDIO | 29 |
| 5.4 | DISEÑO MUESTRAL Y TAMAÑO DE MUESTRA | 29 |
| 5.5 | CRITERIOS DE SELECCIÓN | 29 |
| 5.5.1 | Criterios de inclusión: | 29 |
| 5.5.2 | Criterios de exclusión: | 30 |
| 5.6 | FUENTES DE RECOLECCION | 30 |
| 5.6.1 | Fuentes primarias | 30 |
| 5.6.2 | Fuentes secundarias | 30 |
| 5.7 | CONTROL DE ERRORES Y SESGOS | 31 |
| 5.8 | TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION | 31 |
| 5.8.1 | Instrumentos de recolección | 32 |
| 5.8.2 | Definición de variables | 32 |
| 5.8.3 | Técnicas de recolección | 47 |
| 5.9 | PROCESAMIENTO Y ANALISIS ESTADISTICO DE DATOS | 48 |
| VI. | CONSIDERACIONES ETICAS | 50 |

| | | |
|--------------|-----------------------------------|-----------|
| VII. | RESULTADOS | 52 |
| VIII. | DISCUSIÓN | 74 |
| IX. | CONCLUSIONES | 79 |
| X. | RECOMENDACIONES | 81 |
| XI. | FORTALEZAS Y LIMITACIONES | 82 |
| 11.1 | FORTALEZAS | 82 |
| 11.2 | LIMITACIONES | 82 |
| XII. | REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 83 |
| XIII. | ANEXOS | 90 |

LISTA DE TABLAS

| | |
|--|----|
| <i>Tabla # 1 Definición de variables objetivo N°1 Describir sociodemográficamente y clínicamente los pacientes con epilepsia</i> | 32 |
| <i>Tabla # 2 Definición variables objetivo N°2 Identificar circunstancias del entorno familiar, social, laboral y sentimental que desencadenan la ansiedad, depresión y estrés</i> | 34 |
| <i>Tabla # 3 Definición de variables objetivo N°3 Medir el estado de ansiedad, depresión y estrés en los pacientes con epilepsia</i> | 36 |
| <i>Tabla # 4 Definición de variables objetivo N°4 Establecer la relación entre las variables sociales, demográficas y clínicas según la ausencia o presencia de ansiedad, depresión y estrés</i> | 37 |
| <i>Tabla # 5 Tipificación de variables</i> | 37 |
| <i>Tabla # 6 Distribución de variables sociodemográficas.</i> | 54 |
| <i>Tabla # 7 Distribución clínica del paciente.</i> | 56 |
| <i>Tabla # 8 Distribución según entorno familiar del paciente</i> | 57 |
| <i>Tabla # 9 Análisis bivariado, variables relacionadas con ansiedad.</i> | 65 |
| <i>Tabla # 10 Análisis bivariado, variables relacionadas con depresión.</i> | 67 |
| <i>Tabla # 11 Análisis bivariado, variables relacionadas con estrés.</i> | 69 |
| <i>Tabla # 12 Análisis bivariado, variables relacionadas con DASS</i> | 71 |

LISTA DE GRÁFICAS

| | |
|--|-----------|
| <i>Grafica # 1 Distribución social de los pacientes</i> | <u>53</u> |
| <i>Grafica # 2 Edad de diagnóstico.</i> | <u>55</u> |
| <i>Grafica # 3 Distribución según entorno social del paciente</i> | <u>58</u> |
| <i>Grafica # 4 Distribución según entorno laboral del paciente</i> | <u>59</u> |
| <i>Grafica # 5 Distribución según entorno sentimental del paciente</i> | <u>60</u> |
| <i>Grafica # 6 Puntaje de ansiedad, depresión y estrés.</i> | <u>61</u> |
| <i>Grafica # 7 Nivel de depresión.</i> | <u>62</u> |
| <i>Grafica # 8 Nivel de ansiedad.</i> | <u>63</u> |
| <i>Grafica # 9 Nivel de estrés.</i> | <u>64</u> |

LISTA DE ILUSTRACIONES

| | |
|--|----|
| <i>Ilustración # 1 Etiología de crisis epilépticas según curso de vida</i> _____ | 13 |
| <i>Ilustración # 2 Mecanismos potenciales para realizar descargas paroxísticas</i> _____ | 16 |
| <i>Ilustración # 3 Síntomas depresivos comunes al trastorno depresivo mayor y el trastorno disfórico interdictal. Modificado de Kanner</i> _____ | 21 |
| <i>Ilustración # 4 Prisma</i> _____ | 52 |

LISTA DE ANEXOS

| | |
|--|----|
| Anexo # 1 Marco teorico | 90 |
| Anexo # 2 Consentimiento informado | 91 |
| Anexo # 3 Aval institucional | 94 |
| Anexo # 4 Tabla variables relacionadas con la ansiedad, depresión y estrés | 95 |
| Anexo # 5 Publicación 7º Encuentro Nacional de Semilleros de Investigación en Ciencias de la Salud. ENSI 2023 | 96 |
| Anexo # 6 Artículo científico | 97 |

RESUMEN

La epilepsia es un trastorno neurológico, que afecta el sistema nervioso central produciendo una estimulación anormal en la actividad cerebral. Un estudio realizado por la ILAE menciona que el 25% de los pacientes con epilepsia sufren algún trastorno en su salud mental, definiendo que la localización del daño neural puede coadyuvar a la aparición más temprana de estas alteraciones mentales, donde los lóbulos frontal y temporal, son las zonas que más se relacionan con la ansiedad, depresión y estrés (5), siendo esencial abordar estudios que relacionen la presencia de estos trastornos mentales en este tipo de enfermedades neurológicas que finalmente afectan el estilo de vida, declinación clínica, además de alteraciones en los ámbitos familiares, sociales, laborales y sentimentales.

Por este motivo, la presente investigación determinó la presencia de ansiedad, depresión y estrés en los pacientes con diagnóstico de epilepsia que acudieron a control por consulta externa en el Hospital Departamental de Nariño entre abril a diciembre del 2023, encontrando que hay otras variables que se relacionan con la historia natural de la enfermedad y su gravedad como la frecuencia de crisis, la dificultad en la comunicación familiar, el apoyo social donde su presencia se explicó como un efecto protector para no padecer de ansiedad, o donde el pensamiento de tener alguna limitación, sea física o psicológica aumenta en hasta 2.2 a 2.6 veces el riesgo de padecer depresión o ansiedad patológica respectivamente.

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se estudia algunos trastornos mentales en los pacientes epilépticos, entendiendo a la epilepsia no únicamente como un trastorno neurológico que se caracteriza por la presencia de crisis convulsivas, sino como una de las enfermedades neurológicas más frecuentes y que aún sigue siendo estigmatizada por la sociedad y personal de salud, más aún cuando se desea evaluar la salud mental en un paciente neurológicamente afectado (1). La ansiedad, depresión y estrés (DASS) son ejemplos de los trastornos mentales que están presentes en la mayoría de las personas pero que por la falta de concientización siempre pasan desapercibidas o son menospreciadas así cuando éstas pueden ser una de las principales causales que intervienen dentro del curso natural de la enfermedad.

Para analizar esta problemática, además de conocer que la presencia de algún trastorno mental aumenta en 7 veces el riesgo de padecer crisis convulsivas frecuentes (4), nace el interés de estudiar la relación de estos trastornos mentales con la epilepsia como una enfermedad multifactorial, donde se comenzara dando algunos fundamentos teóricos y evidencia científica relacionados a los trastornos mentales y la epilepsia definiendo la necesidad de estudios sobre esta población, posteriormente se define los objetivos y la metodología utilizada que llevo a encontrar los hallazgos definidos en el capítulo de resultados, a los cuales finalmente se los relacionó con la evidencia científica mediante un dialogo entre lo expuesto y lo encontrado.

I. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la epilepsia como una de las enfermedades cerebrales crónicas multifactoriales no transmisibles; esta es una enfermedad considerada como una de las más comunes dentro de las patologías neurológicas y que se sigue presentándose en la actualidad, pues se estima que aproximadamente el 1% de la población mundial a fecha de 2024 (8 mil millones de habitantes) son pacientes con diagnóstico de epilepsia sin importar género ni edades (1). Por su parte, en Colombia se encontraron aproximadamente más de 700.000 pacientes con epilepsia en un reporte realizado entre 2015-2019 teniendo como población, 50 millones de habitantes, aludiendo que la mayoría de los pacientes se encuentra en las zonas que más habitantes tiene, liderando las localidades de Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca respectivamente (2). Es así como la epilepsia actualmente se encuentra por toda la nación, incluyendo al departamento de Nariño donde también se reportó 390 pacientes con epilepsia durante el periodo comprendido entre 2005-2018, cifra que se espera continuar en aumento (3).

Esta enfermedad ha estado presente hace mucho tiempo y los pocos estudios realizados en esta población han hecho que actualmente se continúe con algunos estigmas sociales que afectan la calidad de vida de estos pacientes. Esto hace que de inicio, la población e incluso algunos integrantes de la rama de la salud desconozcan cuando un paciente cursa realmente con epilepsia, por lo tanto, es importante conocer cuando una persona tiene epilepsia o solamente está cursando

con un episodio convulsivo, considerando que algunas personas pueden tener algún episodio convulsivo a lo largo de su vida sin que este sea secundario, de un diagnóstico de epilepsia, es así como se entiende que la epilepsia puede definirse por la presencia de al menos dos crisis convulsivas sin algún agente que lo provoque (1).

La dificultad de definir correctamente la epilepsia hace que pocas veces se tenga en cuenta el fondo de las crisis convulsivas, o aquellos parámetros que llevan a que un paciente tenga más crisis o menos que los demás. De todos los causales, un grupo importante son aquellos que intervienen sobre la salud mental de los pacientes, por ejemplo, la ansiedad, depresión y el estrés, convirtiéndose estos en los principales detonantes de las crisis epilépticas y aquellos que aumentan al menos 7 veces el riesgo de crisis recurrentes (4). Lo anterior explica que si se da un manejo adecuado y oportuno, la mayoría de los pacientes con epilepsia no deberían presentar crisis convulsivas, pero el tratamiento subóptimo que se le da a la epilepsia comienza desde el hecho de no tener en cuenta las características de la salud mental, respaldándose lo anterior en un estudio realizado por la International League Against Epilepsy quienes definen que al menos un 25% de pacientes padecen algún trastorno en su salud mental que deben ser tratados de manera integral junto al tratamiento convencional que se le da para la epilepsia. Adicionalmente, se ha definido que la localización del daño neural puede coadyuvar a la aparición más temprana de estas alteraciones mentales, siendo el lóbulo frontal y temporal, las zonas que más se relacionan con la ansiedad, depresión y estrés. Es entonces que se pretende clasificar la epilepsia bajo tres parámetros principales, según el tipo de crisis (de inicio focal, de inicio generalizado o idiopática), según el tipo de epilepsia (focal, generalizada, focal

y generalizada o desconocida) o ya como un síndrome de epilepsia en donde se revisa la crisis convulsiva, los resultados del electroencefalograma e imágenes que comparten características entre sí (5).

Debido a lo anterior, no se puede dejar a un lado la DASS como trastornos ajenos a la epilepsia, pues su característica patognomónica, las crisis convulsivas, pueden verse únicamente forjadas por situaciones que alteren la salud mental del paciente, esto lleva a entender que aún hay falta de conocimiento del personal de salud, lo que se resume en un tratamiento subóptimo de los pacientes, con ello se determina la necesidad de desarrollar esta investigación en el departamento de Nariño estudiando los pacientes de uno de sus principales hospitales, Hospital Universitario Departamental de Nariño.

1.1 FORMULACION PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es el nivel de ansiedad, depresión y estrés en pacientes con diagnóstico de epilepsia que acuden a control por consulta externa en el hospital departamental de Nariño durante el periodo de Abril a Diciembre del 2023?

II. JUSTIFICACION

Teniendo en cuenta que la labor del médico es siempre buscar el bienestar del paciente, se logra identificar que es necesario otorgarles un manejo oportuno, eficaz pero sobre todo integral, todo ello comienza con realizar un adecuado diagnostico incluyendo todos los parámetros que la historia natural de la enfermedad define así como también estudiando posibles agravantes que intervengan en el curso natural del mismo. La epilepsia según la OMS es una enfermedad crónica que puede aparecer a cualquier edad (sobre todo en menores de 50 años) pero que su progresión depende de la gravedad de su sintomatología secundaria a la duración de la misma, a las medidas terapéuticas instauradas y la existencia o no de factores que intervengan en su desarrollo natural, ejemplo de ello las alteraciones de la salud mental (ansiedad, depresión y estrés), lo que hace necesario incrementar la importancia que el médico tratante le da a estas al momento de dar su impresión diagnostica, no solamente como una comorbilidad más sino como determinantes que influyen sobre la enfermedad o que la pueden empeorar.

Los trastornos mentales como la depresión, la ansiedad o el estrés, no solo son mal definidos por la sociedad sino que también se les resta importancia por parte de miembros de la línea de neurología en el momento de la consulta, profesando que la epilepsia solo obedece a ser un trastorno cerebral y así dejando olvidado interrogar estos parámetros si previamente el paciente no lo comenta.

Actualmente, la ansiedad, depresión y estrés han estado en aumento independiente de las comorbilidades con las que cuente el paciente, sin embargo, en aquellos epilépticos cuya imagen se encuentra aún estigmatizada, estas alteraciones se encuentran aún más en aumento, teniendo pensamientos de inferioridad e incluso siendo víctimas de rechazo en algunas situaciones. Es por ello que la presente investigación intenta generar concientización en la sociedad así como también en el personal de salud para que estos trastornos sean vigilados con mayor cautela en estos pacientes y así permitirles un mejor pronóstico y calidad de vida, así mismo se busca enriquecer y actualizar el conocimiento de estos parámetros para que pueda ser usada en próximas investigaciones a beneficio de los pacientes.

III. MARCO DE REFERENCIA

3.1 MARCO DE ANTECEDENTES

Teniendo en cuenta lo expuesto por **Zapata A. Barco y Martínez D.** la ansiedad, la depresión y el estrés son entidades que comparten una estrecha relación con la epilepsia, siendo la depresión y la ansiedad respectivamente los trastornos mentales más comunes en estos pacientes, dando a entender que es posible que exista una relación bidireccional por compartir mecanismos fisiopatológicos similares (6). De igual manera se tiene en cuenta lo mencionado por **Paredes E. Aragón R. Ruiz G. Jorge G.** quienes definen que existen algunos desencadenantes para la ansiedad, la depresión y el estrés, que también se comparten en el desarrollo de la epilepsia, tal como el tipo de epilepsia donde se relaciona con la epilepsia del lóbulo temporal mesial y su manejo instaurado, o la edad de aparición donde se aumenta el riesgo al haber padecido crisis convulsiva en minoría de edad (7). A su vez, **Toro J, Suller A, Herrera M, Bottan J, Burneo J.** adicionan que la aparición de trastornos mentales también se puede ver asociados al sitio de lesión citando la epilepsia del lóbulo temporal como aquel tipo de epilepsia focal con la que la mayoría de pacientes padecen, siendo la misma zona que se ve involucrada para la aparición de ansiedad o depresión (8).

Aun así, los trastornos mentales siguen siendo subdiagnosticados en los pacientes con epilepsia y no son tomados como desencadenantes de crisis

convulsivas, respaldado lo anterior por un estudio de la **International League Against Epilepsy** quienes identificaron que las crisis convulsivas en su mayoría cuando son recurrentes se presentan en aquellos pacientes quienes realmente tiene algún trastorno mental y que en su manejo no fueron tomados en cuenta por más de la mitad de los epileptólogos que los atendieron (4). Adicional a lo anterior, la epilepsia al ser una enfermedad que actualmente continua siendo estigmatizada por parte de la sociedad y algunos miembros de la salud, no permite que el paciente goce en su totalidad de una vida mentalmente saludable padeciendo múltiples experiencias negativas por parte de terceros, es por ello que se recomienda que dentro de la búsqueda de un tratamiento oportuno y adecuado también se involucre la educación y comprensión de la enfermedad por parte de la sociedad ante situaciones complejas que acompañan a la enfermedad sin prejuicios o demás estigmas sociales.

En consecuencia de lo mencionado, la depresión como comorbilidad y la epilepsia son entidades que tienen una estrecha relación y están presentes en los colombianos con una alta tasa de casos presentes lo que obliga a estudiar la asociación depresión, ansiedad, estrés-epilepsia, de tal forma que para un manejo adecuado de la enfermedad y una buena calidad de vida es necesario tener en cuenta los factores cerebrales así como también los factores psicosociales de los pacientes.

3.2 MARCO TEORICO

Según la ILAE, la epilepsia es una condición patológica cerebral multifactorial y con diferentes presentaciones electroclínicas que genera la aparición de múltiples crisis convulsivas, por ello es importante conocer los criterios para definir la epilepsia teniendo en cuenta que debe cumplir con al menos uno de los siguientes apartados,

“presentar al menos dos crisis no provocadas o reflejas en 48 horas con un intervalo de tiempo de 24 horas entre ellas, la aparición de una crisis no provocada con la posibilidad que durante los siguientes 10 años aparezcan más crisis después de un diagnóstico de un síndrome epiléptico o dos crisis no provocadas”(9).

A nivel general se establecen 3 niveles asignados al diagnóstico de la epilepsia, basándose en la clasificación de la Liga Internacional de Epilepsia 2017 se resaltan los siguientes: los tipos de convulsiones, el tipo de epilepsia y cuando ya se define netamente el síndrome de la epilepsia, cabe aclarar que la etiología de cada uno de ellos es diferente por lo tanto su tratamiento no será el mismo y serán tratados con diferentes fármacos. Por lo tanto, se define el síndrome epiléptico como “un grupo que se caracteriza por tener rasgos clínicos y electroencefalográficos, respaldado por causales específicas ya sea en el ámbito genético, estructural, inmunitario, metabólicos e infecciosos” (10). La última actualización de la clasificación del síndrome epiléptico define la epilepsia según dos características importantes, primero el grupo etario, teniendo en cuenta la edad en la que aparece la enfermedad y segundo el tipo de crisis que genere, por consiguiente resaltando el grupo etario puesto que tiene un rango de edad de inicio variable se clasifica como, desde el nacimiento llamada “síndrome epiléptico de inicio neonatal y del lactante”, al crecer “de inicio de la infancia”, en cualquier edad “inicio de edad variable” al igual que al no tener un foco causal claro “idiopáticas generalizadas”. Por otro lado resaltado el tipo de crisis se encuentra otra clasificación organizada en crisis generalizadas, focales, o focales y generalizadas, además se documenta otras entidades individuales

otorgados a aquellos síndromes con encefalopatía epiléptica o del desarrollo (EED) y síndrome con deterioro neurológico progresivo (11)

Por tal motivo cabe aclarar cada una de las clasificaciones antes nombradas, puesto que es importante entender su definición y características más importantes, comenzando con el síndrome epiléptico de inicio neonatal, es llamado así ya que se presenta al inicio de la vida con etiologías claramente identificables, siendo la presencia de convulsiones repetitivas la principal ya que en estos recién nacidos, en el cerebro específicamente en la corteza cerebral se genera la sinapsis excitatoria que provoca las convulsiones, así como también en esta parte están ubicadas diferentes estructuras límbicas encargadas de regular gran parte de las emociones, memoria y aprendizaje, por lo tanto es de vital importancia su diagnóstico rápido y un tratamiento oportuno siendo este específico a la resolución de la etiología, aclarando que es una emergencia neurológica ya que, su afección se centra en el ámbito neurológico afectando diferentes sistemas entre ellos el conductual o autonómico y el sistema motor, de este modo es importante reconocer a tiempo este síndrome dado que el no reconocimiento temprano genera una mayor tasa de mortalidad en los neonatos, de igual manera el síndrome epiléptico de inicio neonatal se subclasifica en convulsiones neonatales benignas, epilepsia neonatal benigna familiar, encefalopatía epiléptica infantil precoz (síndrome de Ohtahara), y encefalopatía epiléptica mioclónica precoz (12)

De igual importancia en las epilepsias infantiles se clasifica según la edad de presentación en inicio temprano y tardío, normalmente estas se relacionan con el sueño a lo que se llaman síntomas ictales y su causa no es clara. Cuando se habla

de la epilepsia de inicio temprano se caracteriza por presentarse antes de los cinco años, con episodios convulsivos no muy frecuentes, pero cuando se genera la crisis duran 30 minutos, este tipo de epilepsias como se lo mencionó antes alteran el sueño y entre otros síntomas se han encontrado que pueden tener alteración del estado de conciencia, torsión cefálica y desviación ocular, Por otra parte las de inicio tardío se presentan entre los siete a nueve años y a diferencia de la temprana la frecuencia de aparición de las crisis son mayores pero con una duración menor a 30 minutos y su clínica es similar con alteración de la movilidad ocular pero tiene la presencia de amaurosis. Hasta ahora en este grupo etario se han encontrado otros tipos de epilepsia como son el síndrome de Lennox-Gastaut, el síndrome de Landau Kleffner, el síndrome de Doose, la epilepsia de ausencias infantiles y la epilepsia de ausencias mioclónicas (12)

Por consiguiente, hay que conocer al grupo de pacientes de inicio de edad variable puesto que es el más común de todos, es importante ya que se puede presentar a cualquier edad y produce crisis mioclónicas con posterior aparición de crisis tonico-clónicas y por lo general al realizarle el EEG pueden observarse descargas generalizadas de punta-onda a 3-4 Hz (12)

Actualmente gran parte de las causas que generan la epilepsia en algunos pacientes son desconocidas, por ende, se ha intentado agrupar las diferentes etiologías de las crisis epilépticas que se conocen y son más frecuentes dependiendo la edad y cursos de vida (Ilustración 1) (13).

De este modo los factores etiológicos más frecuentes que generan descargas excesivas del área cortical se los clasifica en diferentes grupos, los isquémicos y

hemorrágicos como (accidentes isquémicos transitorios (AIT)” o los accidentes cerebro vasculares (ACV)), los traumáticos como (los traumas craneoencefálicos), infecciosos (abscesos, meningitis, encefalitis, VIH/SIDA), congénitos (anomalías cerebrales congénitas, vasos sanguíneos cerebrales anormales y otras enfermedades que destruyen el tejido cerebral), genéticos (el Alzheimer, trastornos metabólicos) y/o tumores cerebrales(14).

| Ilustración # 1 Etiología de crisis epilépticas según curso de vida | |
|--|--|
| Curso de vida | Etiología más frecuente |
| Neonatos (<1 mes) | Hipoxia perinatal e isquemia Hemorragia intracraneal y traumatismo Infección aguda del SNC Trastornos metabólicos (hipoglucemia, hipocalcemia, hipomagnesemia y deficiencia de piridoxina) Abstinencia de drogas Trastorno del desarrollo Trastornos genéticos |
| Lactante y niños (>1 mes y <12 años) | Convulsiones febriles Trastornos genéticos (metabólicos, degenerativos y síndromes de epilepsia primaria) Infecciones del SNC Trastorno del desarrollo Traumatismos Idiopáticas |

| | |
|--|--|
| Adolescentes (12 a 18 años) | Traumatismo Trastornos genéticos Infecciones Tumores cerebrales Uso de drogas Idiopáticas |
| Adultos jóvenes (18 a 35 años) | Traumatismo Abstinencia de alcohol Consumo de drogas Tumor cerebral Idiopáticas |
| Adultos mayores (>35 años) | Enfermedades cerebrovasculares Tumor cerebral Abstinencia de alcohol Trastornos metabólicos (uremia, insuficiencia hepática, alteraciones electrolíticas e hipoglucemia) Enfermedad de Alzheimer y otras enfermedades degenerativas del SNC Idiopáticas |
| Nota: SNC, sistema nervioso central | |

Tomado de: Harrison. Principios de medicina interna (2022, McGraw-Hill)

Fisiopatológicamente, es importante definir que según Harrison explica la epilepsia como una actividad neurológica anormal desorganizada que cuenta con crisis focales, estas crisis se generan inicialmente en zonas principales que son

restringidas de la corteza cerebral que continúan propagándose hacia diferentes regiones cercanas a esta. Cabe aclarar que cada convulsión tiene una manera de comportarse diferente para ello con ayuda de un electroencefalograma se puede distinguir la marca distintiva a lo que se conoce como “espiga” electrográfica, se la conoce así gracias a la producción de hipersincronizaciones en la corteza cerebral dado a que se genera una activación de grandes cantidades de neuronas excitatorias locales. Fisiológicamente estas descargas son producidas a partir de un intercambio de electrolitos que ayudan a mantener las diferencias entre las cargas y un equilibrio en las concentraciones a través de las membranas celulares, esta es conocida como bomba sodio, potasio y calcio, es importante ya que ocurre una despolarización continua y prolongada de la membrana neuronal, permitiendo la entrada del calcio que se encuentra en el espacio extracelular (Ca^{2+}), abriendo los canales de sodio (Na^{+}) dependientes de voltaje y su respectiva entrada produciendo los potenciales de acción repetitivos, posterior a la despolarización los receptores ya sea del ácido gamma aminobutírico (GABA, gamma aminobutyric acid) o por los canales del potasio (K^{+}) van a ser aquellos que regulan la producción de un potencial de hiperpolarización según el tipo de célula que estén activando (15).

Eventualmente como se lo menciono anteriormente las descargas sincronizadas de una gran cantidad de neuronas van a generar que en el EEG se produzca una espiga. Se dice según estudios que cuando se da la diseminación de la convulsión se lentifica finalizando con la hiperpolarización intacta. Con la activación suficiente de neuronas se atraen a más neuronas circundantes a través de mecanismos sinápticos y no sinápticos conocidos como: 1) Elevación del potasio K^{+}

extracelular, generando que debilite la hiperpolarización y despolarizando a las neuronas concomitantes; 2) Acumulación de Ca²⁺ en las terminales presinápticas, liberando los neurotransmisores, y 3) Activación dada por la despolarización del subtipo N-metil-D-aspartato (NMDA) de los receptores excitadores de aminoácidos, provocando un mayor ingreso de Ca²⁺ activando las neuronas, y por ultimo 4) Interacciones efápticas provocando cambios en la osmolaridad y edema celular. En conjunto cuando se reclutan una gran cantidad de neuronas van a generar la propagación de la convulsión hacia las áreas vecinas ya sean con conexiones corticales locales y lejanas como el cuerpo calloso (15)

| Ilustración # 2 Mecanismos potenciales para realizar descargas paroxísticas | |
|--|--|
| Intrínsecos | <ul style="list-style-type: none"> - Cambios en la conductancia de los canales iónicos - Respuestas características de los receptores de la membrana - Amortiguamiento del citoplasma - Sistema de segundos mensajeros - Expresión proteica por transcripción, traducción y modificación postraduccional de los genes |
| Extrínsecos | <ul style="list-style-type: none"> - Cambios en la cantidad o el tipo de neurotransmisores de la sinapsis - Modulación de los receptores por iones extracelulares y otras moléculas - Propiedades temporales y espaciales del flujo sináptico y no sináptico |

Tomado de: Harrison. Principios de medicina interna (2022, McGraw-Hill)

Por otro lado, es importante conocer que hay sustancias que alteran la estimulación y activación neuronal por ende van hacer las causantes de las crisis o no, entre ellas se conocen: la ingestión accidental de ácido domoico, que es una biotoxina marina conocida bioquímicamente como un análogo del glutamato (el principal neurotransmisor excitador a nivel cerebral), esta biotoxina produce convulsiones intensas ya que activa directamente los receptores de los aminoácidos excitadores en todo el SNC, la penicilina es otra sustancia encargada de reducir el umbral convulsivo de los paciente y en modelos experimentales es conocida como un potente convulsivo ya que, se encarga de disminuir la inhibición al antagonizar los efectos del GABA y de su receptor. Entre otros mecanismos básicos que pueden ser desencadenantes de convulsiones, se encuentra la privación de sueño, la fiebre, en caso de la abstinencia del alcohol, la hipoxia e infecciones (15).

Es importante comprender que hoy en día los diferentes conocimientos e investigaciones que hay sobre los mecanismos responsables de iniciar una convulsión y permitir la propagación de las crisis generalizadas ya sean (tónico-clónicas, mioclónicas y atónicas) son limitadas y básicas puesto que, el cerebro sus conexiones y sus funciones de determinados sistemas todavía son desconocidas. Sin embargo, las investigaciones del origen de las descargas generalizadas de espiga y las ondas de crisis de ausencia son actuales y por ende se conoce un poco más, cuando se nombran las descargas generalizadas la mayor parte de los estudios las relacionan con los ritmos oscilatorios llevando a una interrelación en el tálamo entre los receptores GABA-B, los canales de calcio Ca^{+2} del tipo T y los canales de potasio K^{+} .

farmacológicamente es importante dado que hay estudios actuales que indican que al modular los receptores y canales generan crisis de ausencia y hay la teoría que pueden ser de etiología genética (15).

Entendiendo lo anterior se destaca que el principal signo y síntoma de esta patología es el episodio convulsivo, puesto que las convulsiones son la clave para el diagnóstico y es de vital importancia conocer sus características ya que su desarrollo es diferente según donde este ubicado el área afectada cerebral, cuando se habla del cerebro se abarca gran parte de los procesos fisiológicos humanos ya que este es el órgano que los controla y por ende los síntomas que acompañan se relacionan con la memoria, aprendizaje y motricidad, dentro de los síntomas más importantes que acompañan al episodio convulsivo son la confusión temporal, pérdida del conocimiento, episodios de ausencia, rigidez muscular, movimientos espasmódicos incontrolables de extremidades inferiores y superiores, y otros síntomas psicológicos muy importantes como son la ansiedad, miedo y/o depresión. Sin embargo, no hay que olvidar que la sintomatología varía según el área afectada y que las crisis epilépticas pueden ser convulsivas o no convulsivas, entendiendo a las convulsivas como aquellas donde hay movimiento (por ejemplo, crisis tonicoclónicas generalizadas o crisis parciales motoras) y que son causadas por descargas neuronales anormales y descontroladas en la sustancia gris que interrumpen transitoriamente la función cefálica normal, y diferenciándose de las no convulsivas al no generar movimientos (por ejemplo, crisis de ausencia o de componente psíquico) pero al igual que la anterior también se deben a descargas anormales (15)

En diversos estudios actualizados se ha confirmado que hay una estrecha relación y prevalencia entre las diferentes psicopatologías con mayor dominio los trastornos psiquiátricos entre ellos la depresión, estrés y ansiedad, en relación con los pacientes diagnosticados con epilepsia, ya que interfieren tanto en el desarrollo, la evolución y el manejo de la enfermedad, siendo la depresión el trastorno psiquiátrico más frecuente donde se estima que tiene una prevalencia entre un 20% en pacientes con epilepsia del lóbulo temporal, seguida por los trastornos de ansiedad y estrés (15).

Los trastornos mentales, entre ellos uno de los más comunes que es la depresión puede estar presente en los pacientes con diagnóstico de epilepsia, dado que pueden estar acompañados de síntomas de aislamiento, dificultades en el ámbito social, sentimental, familiar y en el trabajo, así como el riesgo de tener pensamientos suicidas, autolesiones o netamente el suicidio. La prevalencia de vida de depresión en epilepsia se ha estimado entre un 6 y un 30% en estudios poblacionales y hasta el 50% en centros médicos de alta complejidad 1-3. Además, gracias a estudios realizados se conoce que ha tenido un impacto negativo en la calidad de vida, la depresión es un predictor de peor respuesta a los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos por lo tanto es de peor pronóstico. Hoy en día, varios estudios reconocen que la presencia de depresión en pacientes con epilepsia presenta 10 veces más riesgo de cometer suicidio en comparación con la población general, por ende, se declara tener una actividad bidireccional a partir de mecanismos etiopatogénicos comunes. Por lo tanto, se ha llegado a la conclusión de que la epilepsia también podría considerarse un facilitador para el desarrollo de depresión. Pese a que la alta prevalencia de la depresión entre los pacientes epilépticos, sin embargo, los clínicos

siguen identificando escasamente este trastorno mental puesto que no ha tenido relevancia hasta ahora (6).

Según Yang Y, Wang JZ la depresión vista desde un enfoque fisiopatológico en la epilepsia, es explicada mediante la formación hipocampal que está conectada estructuralmente con la amígdala, este núcleo tiene una estrecha relación anatómica y también funcional con distintas regiones del sistema límbico, que en conjunto, es la encargada de procesar y modular las emociones (16).

Los pacientes con diagnóstico de epilepsia que tiene afectado el lóbulo temporal mesial son las personas que padecen más los síntomas de depresión, debido al volumen reducido anatómicamente de la amígdala, lo que da a entender que la desregulación de la amígdala y sus conexiones con las otras estructuras límbicas se relaciona estrechamente con los síntomas de depresión en la epilepsia del lóbulo temporal mesial (17).

Por lo general cuando hay una desregulación en el eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal se describe como el modelo fisiopatológico en la depresión unipolar, esencialmente en aquellos pacientes que han sido expuestos factores estresantes, siendo este un factor predisponente de la enfermedad (16).

Ilustración # 3 Síntomas depresivos comunes al trastorno depresivo mayor y el trastorno disfórico interdical. Modificado de Kanner



Tomado de: Zapata A, Restrepo M, Restrepo D. Depresión en personas con epilepsia. ¿Cuál es la conexión?

Por consiguiente, el segundo trastorno mental propuesto es la ansiedad, ya que es uno de los trastornos que agobian también a los pacientes con epilepsia, cabe aclarar que se asocia al punto de vista que tenga el paciente con respecto a su patología y sus experiencias a lo largo del desarrollo de la enfermedad y como lo enfrenta (18).

Es de suma importancia resaltar que las personas que padecen de epilepsia experimentan un comportamiento de tipo discriminativo por parte de la comunidad, debido a que la manera de vivir y enfrentar las diferentes situaciones de las personas con diagnóstico de epilepsia es muy diferente al estilo de vida que se engloba como lo normal, esto se debe a que las crisis convulsivas pueden aparecer en cualquier momento del día y el tiempo antes de la crisis no es suficiente para lograr pedir ayuda o por lo menos llegar a un lugar donde se sientan seguros, por lo tanto sus cuidados

deben ser específicos, y en la mayoría de casos tener un acompañante en la mayor parte del tiempo afecta de forma importante la calidad de vida del paciente, pues en muchas ocasiones su estado emocional y conductual afectados en los ámbitos sociales, familiares, sentimentales y en la parte cognitiva pueden dar origen a que se genere un episodio convulsivo (19). Cuando se habla de un trastorno de ansiedad ya diagnosticado, afecta al paciente ya que da paso a que tienda a tratar de minimizar su sintomatología por temor a la discriminación.

La OMS define la ansiedad como un estado desagradable causado por varios sentimientos que surgen de manera espontánea, entre ellos se resalta el miedo, el temor y la inquietud frente a una situación donde se mira desafiado, intimidado o en peligro (20), la ansiedad se clasifica de diferentes maneras, dentro de la primera encontramos 4 niveles: la Ansiedad leve (se genera por diferentes situaciones tensas de la vida cotidiana, por lo cual la persona se va a encontrar siempre en alerta ante cualquier cosa), Ansiedad moderada (son personas que se enfocan solamente en las preocupaciones, bloqueando algunas áreas de su vida generando que todo en su entorno parezca difícil de superar pero lo importante es que puede reconducirse si se esfuerza), Ansiedad grave (las personas que se encuentran en este nivel son aquellas que el centro de todos sus pensamientos son las preocupaciones, produciendo una reducción significativa del campo perceptivo, generando la no solución de problemas debido a que sienten dentro de ellos que la situación sobrepasa su capacidad de respuesta ante los problemas y no son capaces de salir de ahí, al encontrarse bajo esa situación estas personas comienzan a sentir angustia, la cual se define como aquel temor, miedo y terror, produciendo que no sea capaz de realizar las diferentes

actividades diarias, cambiando y desorientando su personalidad permaneciendo agotado todo el tiempo y que no tenga ánimo de experimentar)(21).

De la misma manera la ILAE (International League Against Epilepsy) explica que es fundamental establecer la relación que hay entre la ansiedad y la epilepsia, por lo tanto la clasifico en 3 tipos: 1) Trastorno de ansiedad intersticial: esta ocurre cuando el paciente tiene una crisis convulsiva en un medio social, es también llamada como la ansiedad social presentado agorafobia, que se define como el miedo de encontrarse ya sea en situaciones o lugares donde se sientan agobiados, estén en medio de mucha gente, no encuentren la salida y no puedan recibir ayuda.

Según el DSM-V se define a la ansiedad social como aquel miedo que sienten de manera excesiva que se presenta ante situaciones sociales donde la persona queda expuesta, ya que se refieren textualmente los pacientes que “Tener una crisis epiléptica en público es una de las experiencias más terribles que les ha sucedido,” debido a que “No saben qué hacer, como reaccionar o cómo actuar. La mayoría de las personas no saben cómo ayudar por ende se alejan corriendo o miran de lejos y tienen lástima.” Segundo tipo, que sea secundaria a la toma de medicación anticonvulsiva. Tercer tipo, la ansiedad periictal, esta es muy llamativa debido a que el paciente presenta síntomas de ansiedad 3 días antes a la crisis, presenta ansiedad durante el episodio convulsivo y cinco días posterior a la crisis generando una alarma en el paciente (4).

Por último, cabe resaltar un estudio realizado por Manuela Ochoa-Urrea, residente de Neurología en el Hospital Militar Central de Bogotá, Colombia, ella realizo un estudio con una muestra de 70 adultos que tienen un diagnóstico confirmado de

epilepsia las edades oscilaban entre 18 a 74 años, donde concluyo que el 38% de los pacientes involucrados presentaron agorafobia y el 29% tenían trastorno de ansiedad socia, confirmando que la gran mayoría de los pacientes, sienten que no son capaces de tener el suficiente dominio para poder así controlar la enfermedad (22).

3.3 MARCO DEMOGRAFICO

La presente investigación se realizó en el Hospital Universitario Departamental de Nariño de la ciudad de Pasto, de donde se obtuvo la muestra dada por la base de datos del hospital compartiendo la información de aquellos pacientes que acuden a control por el servicio de neurología, a quienes se les realizo una encuesta que comprende todas las variables incluyendo las preguntas realizadas por la encuesta DASS-21.

En la presente investigación se va a realizar en el Hospital Universitario Departamental de Nariño de la Ciudad de Pasto, es aquí donde nos vamos a encontrar con pacientes que han sido diagnosticados con Epilepsia, además de que esta institución facilitará la base de datos de la cual se va a hacer uso para realizar la aplicación de diferentes instrumentos que nos llevará a enfocar como estos pacientes sufren de ansiedad, depresión y estrés.

3.4 MARCO LEGAL

Mediante la ley 1414 de 2010 se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia donde se garantiza la protección integral y atención adecuada de los pacientes, prohibiendo cualquier forma de discriminación por parte de personas naturales o jurídicas, incluyendo prevenir y erradicar actos

discriminatorios en cualquier contexto, que afecten negativamente a individuos que padecen dicha patología. Para ello tendrán como principios: universalidad, solidaridad, dignidad, igualdad, integración (23).

El Gobierno Nacional podrá establecer estrategias de cooperación internacional, para facilitar el logro de los fines de la presente ley, para tal fin, se podrá contar con el apoyo y asistencia técnica de la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE), la Liga Colombiana contra la Epilepsia, la Fundación para Rehabilitación de las Personas con Epilepsia (FIRE), la Academia Nacional de Medicina, las Asociaciones de Neurología, Neurocirugía y Neuropediatría (23).

El Ministerio de la Protección Social exigirá a todos los entes e instituciones de salud del país, la implementación de programas integrales de protección a las personas con epilepsia (23).

El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar (23).

Los derechos y deberes de las personas con epilepsia son: derecho a la vida, a la igualdad, a la dignidad Humana y a la Salud (23).

La ley menciona el derecho al trabajo; La epilepsia no será considerada impedimento para la postulación, el ingreso y desempeño laboral, deportivo o escolar en condiciones dignas y justas (23).

El Gobierno Nacional velara porque las personas con epilepsia se integren y puedan participar en las actividades culturales, deportivas y recreativas, en condiciones de igualdad y que, a través del Ministerio de la Protección Social, se asegurara la adecuada formación y capacitación de todo el personal que participa en el suministro de servicios y programas a las personas con epilepsia (23).

En caso de violación de las normas que se mencionan en la ley, las autoridades impondrán las sanciones pertinentes, por daños originados a la salud física y psicológica de la persona que padece epilepsia y de sus familiares (23).

IV. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de ansiedad, depresión y estrés en pacientes con diagnóstico de epilepsia que acuden a control por consulta externa en el hospital departamental de Nariño durante el periodo de Abril a Diciembre del 2023

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir sociodemográficamente y clínicamente los pacientes con epilepsia
2. Identificar circunstancias del entorno familiar, social, laboral y sentimental que desencadena la ansiedad, depresión y estrés
3. Medir el estado de ansiedad, depresión y estrés en los pacientes con epilepsia
4. Establecer la relación entre las variables sociales, demográficas y clínicas según la ausencia o presencia de ansiedad, depresión y estrés

V. METODOLOGIA

5.1 DEFINICION DE ESTUDIO

La presente investigación se realizó a través de un enfoque cuantitativo de tipo observacional descriptivo y corte transversal. Lo anterior, ya que se buscó la caracterización de los pacientes con epilepsia enfocándose en la presencia de alteraciones en la salud mental, tales como ansiedad, depresión y estrés, dando respuesta a la pregunta formulada sin necesidad de intervenir directamente sobre el curso natural de la enfermedad, teniendo en cuenta que la información recolectada se logró mediante la realización de entrevistas y encuestas basadas principalmente en la escala DASS-21 de donde se usó factores estadísticos y así se logró definir la presencia de estas alteraciones en la epilepsia, además se evaluó como estos trastornos intervienen en la salud social o familiar y como estos afectan el bienestar del paciente y su entorno. De igual manera, la investigación fue de tipo descriptivo ya que además de evaluar la presencia de estos trastornos en los pacientes con epilepsia, también se describió la interacción de estos según su género, edad, nivel educativo, estado civil, orientación sexual y situación laboral.

5.2 AREA DE ESTUDIO

Neurología y Psicología

5.3 POBLACION DE ESTUDIO

Universo: Pacientes con diagnóstico de epilepsia

Población: Pacientes con diagnóstico de epilepsia en el Hospital Universitario Departamental de Nariño

Muestra: Pacientes que acudieron a control por el servicio de consulta externa diagnosticados y atendidos con epilepsia en el Hospital Universitario Departamental de Nariño durante el periodo de Abril a Diciembre del 2023

5.4 DISEÑO MUESTRAL Y TAMAÑO DE MUESTRA

Se declara que tiene un diseño muestral a conveniencia, y el tamaño dependió de los pacientes que se programaron para consulta externa

5.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN

5.5.1 Criterios de inclusión:

Se incluyeron pacientes que cuenten con al menos uno de los siguientes criterios

- Pacientes diagnosticados con epilepsia
- Mujeres y hombres con diagnóstico de epilepsia
- Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de epilepsia
- Pacientes que acudan a control por consulta externa del Hospital Universitario Departamental de Nariño
- Pacientes con diagnostico confirmado y registrado en la base de datos

5.5.2 Criterios de exclusión:

Se excluyo de esta investigacion aquellos pacientes que cuenten con uno o más de los siguientes criterios

- Pacientes que no acepten la realización de la encuesta DASS-21
- Pacientes que cuenten con comorbilidades psiquiátricas graves no controladas como: esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, trastorno obsesivo-compulsivo
- Pacientes que no sean atendidos por el Hospital Universitario Departamental de Nariño
- Pacientes embarazadas
- Pacientes con diagnóstico de epilepsia en los servicios de urgencia u hospitalización

5.6 FUENTES DE RECOLECCION

5.6.1 Fuentes primarias

El proyecto utilizó como fuente primaria, la realización de la encuesta DASS 21 con la cual se logró identificar que pacientes con diagnóstico de epilepsia son los que también presentaron depresión, ansiedad y/o estrés, además de la realización de una encuesta telefónica que englobó las demás variables y permitió dar cumplimiento a los objetivos de la presente investigación

5.6.2 Fuentes secundarias

El proyecto tomó como fuentes secundarias, las historias clínicas de los pacientes que acudieron a consulta por neurología en el servicio de consulta externa en el Hospital Universitario Departamental de Nariño

5.7 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS

En la presente investigación se encontró 2 tipos de sesgos principalmente, el sesgo de selección y el sesgo de información.

Sesgo de selección, el cual al hacer énfasis en la adecuada elección de los pacientes quienes son la muestra de investigación en el presente proyecto, se controló por la realización de una adecuada selección e individualización teniendo en cuenta y aplicando los criterios de elegibilidad a los pacientes que asistieron a control por neurología en consulta externa del Hospital Universitario Departamental de Nariño.

Sesgos de información, el cual se basa en la calidad de la información que se obtuvo de las historias clínicas y bases de datos del Hospital Universitario Departamental de Nariño, puesto que en algunas ocasiones las historias pueden estar mal redactadas o incompletas; este se logró manejar asesorándose de que los datos obtenidos en las historias clínicas estén completos, su información sea veraz y verificando con las bases de datos propia de los investigadores, además se aseguró de que el tiempo para la recolección de datos y la realización del formulario creado por los autores fuese el suficiente basándose en la realización de pruebas piloto. Además, se encontró errores propios del investigador al momento del diligenciamiento, controlado al asesorarse que la obtención de la información se hizo de manera ordenada, atenta, con dedicación y comprensión, así como también asegurando de que la digitalización de la información sea la correcta

5.8 TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION

5.8.1 Instrumentos de recolección

En la presente investigación se aplicó una entrevista telefónica a los pacientes que arrojó la base de datos y que cumplieron con los criterios de elegibilidad, entrevista realizada por parte los investigadores donde se formularon las preguntas que dieron respuesta a los objetivos planteados, estas preguntas fueron de tipo cerrado, basándose en la búsqueda de características comunes de los pacientes con epilepsia como la presencia de crisis epilépticas o episodios convulsivos, los exacerbantes de la misma, así como también si presentaron o no alguna afección en la salud mental principalmente ansiedad, depresión y estrés, logrando dar respuesta a la pregunta de investigación y definiendo como esta afecta en la calidad de vida del paciente

Además se hizo uso de la encuesta DASS 21, test validado, el cual determina el nivel de ansiedad, depresión y estrés, bajo la formulación de 21 preguntas donde se cuestiona situaciones que pudieron haber ocurrido o no durante la última semana, en el caso donde la respuesta fue afirmativa se complementó preguntando su frecuencia con la finalidad de determinar su gravedad y categorizando los pacientes según el resultado obtenido (24).

5.8.2 Definición de variables

| <i>Tabla # 1 Definición de variables objetivo N°1 Describir sociodemográficamente y clínicamente los pacientes con epilepsia</i> | |
|---|--|
| Variabes Sociodemográficas | 1. Fecha de atención 2. Nombre completo |

| | |
|--------------------|--|
| | <ol style="list-style-type: none"> 3. Tipo de identificación <ol style="list-style-type: none"> a. Cedula de ciudadanía b. Cedula de extranjería c. Pasaporte 4. Número de identificación 5. Fecha de nacimiento 6. Edad 7. Genero 8. Lugar de procedencia 9. Lugar de residencia 10. Nivel socioeconómico 11. Régimen de afiliación <ol style="list-style-type: none"> a. Contributivo b. Subsidiado c. Especial d. Excepción e. No asegurado 12. Nombre de EPS |
| Variables clínicas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Edad de diagnóstico de epilepsia 2. Hábitos toxicológicos <ol style="list-style-type: none"> a. Consumo de sustancias psicoactivas b. Consumo de alcohol |

| | |
|--|---|
| | <p>c. Consumo de cigarrillo</p> <p>3. Frecuencia de crisis en el último mes</p> <p>4. Numero de medicamentos que usa para la epilepsia</p> <p>5. Nombre de medicamentos que usa para la epilepsia</p> |
|--|---|

Tabla # 2 Definición variables objetivo N°2 Identificar circunstancias del entorno familiar, social, laboral y sentimental que desencadenan la ansiedad, depresión y estrés

| | |
|------------------|--|
| Entorno familiar | <ul style="list-style-type: none"> - Dificultad en la comunicación familiar - Apoyo familiar - Quien de sus familiares le da apoyo ante situaciones difíciles - Importancia de su opinión para la toma de decisiones - Respuesta del núcleo familiar al diagnóstico de epilepsia - Antecedentes familiares de ansiedad, depresión y estrés - Sobrecarga por tareas asignadas - Manifestaciones de cariño |
|------------------|--|

| | |
|---------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Vergüenza de su pensamiento o sentimientos frente a su familia |
| Entorno social | <ul style="list-style-type: none"> - Apoyo social (amigo, vecino, externo a familia) ante situaciones difíciles - Miedo de sufrir una crisis durante actividades sociales - Rechazo de la sociedad |
| Entorno laboral | <ul style="list-style-type: none"> - Trabajo estable - Rechazo de trabajo por su condición de salud - Coordinación de personal o personas a cargo - Relación laboral - Limitaciones físicas o psicológicas |
| Entorno sentimental | <ul style="list-style-type: none"> - Tiene pareja - Frecuencia de problemas con su pareja - Apoyo de pareja ante situaciones difíciles - Dialogo con su pareja - Búsqueda de soluciones con su pareja |

Tabla # 3 Definición de variables objetivo N°3 Medir el estado de ansiedad, depresión y estrés en los pacientes con epilepsia

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1) Me ha costado mucho descargar la tensión | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2) Me di cuenta de que tenía la boca seca | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3) No podía sentir ningún sentimiento positivo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4) Se me hizo difícil respirar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5) Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6) Reaccione exageradamente en ciertas situaciones | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7) Sentí que mis manos temblaban | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8) He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9) Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10) He sentido que no había nada que me ilusionara | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11) Me he sentido inquieto | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12) Se me hizo difícil relajarme | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13) Me sentí triste y deprimido | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14) No tolere nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15) Sentí que estaba al punto de pánico | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16) No me pude entusiasmar por nada | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 17) Sentí que valía muy poco como persona | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18) He tendido a sentirme enfadado con facilidad | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19) Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20) Tuve miedo sin razón | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21) Sentí que la vida no tenía ningún sentido | 0 | 1 | 2 | 3 |

Tabla # 4 Definición de variables objetivo N°4 Establecer la relación entre las variables sociales, demográficas y clínicas según la ausencia o presencia de ansiedad, depresión y estrés

| | |
|------------------------|---|
| Variable dependiente | Presencia o ausencia de ansiedad, depresión y estrés |
| Variable independiente | <ul style="list-style-type: none"> - Variables sociodemográficas - Variables clínicas - Variables del entorno familiar - Variables del entorno social - Variables del entorno laboral - Variables del entorno sentimental |

Tabla # 5 Tipificación de variables

| Variable | Definición | Tipo de variable | Escala de medición |
|-------------------|--|------------------|--------------------|
| Fecha de atención | Tiempo de ingreso definido por el día, | Cuantitativa | Discreta |

| | | | |
|--------------------------|--|--------------|----------|
| | el mes y el año en el que acude a consulta externa por neurología | | |
| Nombre completo | Palabra o conjunto de palabras con las que se designan y se distinguen los seres vivos | Cualitativa | Nominal |
| Tipo de identificación | Documento oficial o credencial que permite identificar a una persona | Cualitativa | Nominal |
| Número de identificación | Código de seguridad para verificar la identidad de una persona | Cuantitativa | Discreta |
| Fecha de nacimiento | El año en que nació la persona, incluye también el día y el mes | Cuantitativa | Discreta |

| | | | |
|----------------------|--|--------------|----------|
| Edad | Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento | Cuantitativa | Discreta |
| Genero | Conjunto de personas que tienen características generales comunes | Cualitativa | Nominal |
| Lugar de procedencia | Lugar de que procede alguien o algo | Cualitativa | Nominal |
| Lugar de residencia | Municipio, entidad o país donde reside una persona | Cualitativa | Nominal |
| Nivel socioeconómico | Medida total económica y sociológica que combina la preparación laboral de una persona | Cuantitativa | Discreta |

| | | | |
|----------------------------------|--|--------------|----------|
| Régimen de afiliación | Conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud | Cualitativa | Nominal |
| Nombre de EPS | La Entidad Promotora de Salud es la encargada de promover la afiliación al sistema de seguridad social | Cualitativa | Nominal |
| Edad de diagnóstico de epilepsia | Edad en la que el paciente fue diagnosticado con epilepsia dada por un profesional de salud | Cuantitativa | Discreta |
| Hábitos toxicológicos | Consumo frecuente de | Cualitativa | Nominal |

| | | | |
|---|---|--------------|----------|
| | alguna sustancia dañina para la salud | | |
| Frecuencia de crisis en el último mes | Indagación de la presencia de crisis epilépticas en el último mes que pueden asociarse a una falta de mejoría clínica | Cuantitativa | Discreta |
| Numero de medicamentos que toma para la epilepsia | Hace referencia a la cantidad de medicamentos prescritos por el medico | Cuantitativa | Discreta |
| Nombre de medicamentos que toma para la epilepsia | Hace referencia al medicamento exacto que toma el paciente | Cualitativa | Nominal |
| Dificultad en la comunicación familiar | Indagar al paciente si tiene algún problema en cuanto a la | Cualitativa | Nominal |

| | | | |
|--|--|-------------|---------|
| | comunicación con sus familiares | | |
| Apoyo familiar | Indagar al paciente si frente a situaciones de dificultad cuentan con algún familiar en quien apoyarse | Cualitativa | Nominal |
| Quien de sus familiares le da apoyo ante situaciones difíciles | Preguntar el parentesco del familiar que le otorga ayuda cuando lo necesita | Cualitativa | Nominal |
| Importancia de su opinión para la toma de decisiones | Preguntar si sus pensamientos u opinión es tomada en cuenta frente a la toma de decisiones de su familia | Cualitativa | Nominal |
| Respuesta del núcleo familiar al | Preguntar cómo fue la reacción de sus familiares al | Cualitativa | Ordinal |

| | | | |
|--|--|-------------|---------|
| diagnóstico de epilepsia | notificarles acerca del diagnóstico de epilepsia | | |
| Antecedentes familiares de ansiedad, depresión y estrés | Preguntar si hay algún familiar que tenga antecedentes de ansiedad, depresión y estrés | Cualitativa | Nominal |
| Sobrecarga por tareas asignadas | Preguntar si existe sobrecarga acerca de alguna tarea que se le imponga en su familia | Cualitativa | Nominal |
| Manifestaciones de cariño | Preguntar si existen muestras de cariño por parte de su familia | Cualitativa | Nominal |
| Vergüenza de su pensamiento o sentimientos frente a su familia | Indagar si cuando quiere el paciente compartir con sus familiares algún pensamiento o | Cualitativa | Nominal |

| | | | |
|--|---|-------------|---------|
| | sentimiento tiene vergüenza de hacerlo | | |
| Apoyo social (amigo, vecino, externo a familia) ante situaciones difíciles | Preguntar si a parte de sus familiares cuenta con ayuda de algun amigo o persona externa a su familia | Cualitativa | Nominal |
| Miedo de sufrir una crisis durante actividades sociales | Indagar si existe miedo a tener alguna crisis de su enfermedad cuando se encuentre en el ambito o en alguna actividad social | Cualitativa | Nominal |
| Rechazo de la sociedad | Preguntar si ha sentido ser rechazado por algún miembro o grupo social | Cualitativa | Nominal |

| | | | |
|--|--|-------------|---------|
| Trabajo estable | Preguntar si tiene trabajo estable o no | Cualitativa | Nominal |
| Rechazo de trabajo por su condición de salud | Preguntar si por parte de algún compañero de trabajo siente algún tipo de rechazo | Cualitativa | Nominal |
| Coordinación de personal o personas a cargo | Preguntar si existe algún personal que tiene a su cargo que pueda generarle sobrecarga | Cualitativa | Nominal |
| Relación laboral | Preguntar cómo es la relación que lleva con sus compañeros de trabajo | Cualitativa | Ordinal |
| Limitaciones físicas o psicológicas | Preguntar si existe algún tipo de limitación que | Cualitativa | Nominal |

| | | | |
|--|--|-------------|---------|
| | dificulte la realización de sus actividades laborales | | |
| Tiene pareja | Preguntar si tiene pareja | Cualitativa | Nominal |
| Frecuencia de problemas con su pareja | Indagar que tan a menudo se presentan problemas con su pareja | Cualitativa | Ordinal |
| Apoyo de pareja ante situaciones difíciles | Preguntar si cuenta con el apoyo de su pareja cuando el paciente lo necesita | Cualitativa | Nominal |
| Dialogo con su pareja | Preguntar como es el tipo de comunicación que tiene con su pareja | Cualitativa | Ordinal |
| Búsqueda de soluciones con su pareja | Indagar como es la búsqueda de soluciones a | Cualitativa | Nominal |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | situaciones problemáticas con su pareja | | |
|--|---|--|--|

5.8.3 Técnicas de recolección

Los investigadores obtuvieron el aval académico y ético el día 15 de Junio del año 2023 por parte de la universidad y de la institución beneficiaria, quien previamente conoció la formulación de este proyecto a través de las asesorías científicas, posteriormente se dio lugar a la solicitud de la base de datos de los pacientes que asistieron a controles por neurología en el servicio de consulta externa del Hospital Universitario Departamental de Nariño durante el periodo de Abril a Diciembre del 2023. Una vez se identificaron los pacientes y se les aplicó los criterios de elegibilidad, y bajo el visto bueno dado por la neuróloga se concertó las fechas y horarios para la realización de las llamadas telefónicas donde se les aplicó la encuesta DASS-21 además de interrogar las variables faltantes de la historia clínica a los pacientes que asisten a control previo firma de consentimiento informado, con esto se obtuvo la información de la cual se hizo uso para dar respuesta al problema de investigación.

Una vez se culminó la totalidad de las llamadas y se les aplico los instrumentos a los pacientes, esta información se vació en una base de datos elaborada por los investigadores y se procedió a dar lectura de las historias clínicas para completar la información faltante.

Con la base de datos diligenciada finalmente se realizó el proceso de la depuración de esta base de datos, con el fin de verificar la aplicación de los 5 criterios de calidad (coherencia, pertinencia, completitud, consistencia, validez).

5.9 PROCESAMIENTO Y ANALISIS ESTADISTICO DE DATOS

Para dar cumplimiento a los objetivos 1,2 y 3 que cuenta con variables cuantitativas y cualitativas se usó un modelo estadístico univariado, donde a las variables cualitativas se les realizó cálculo de frecuencia absoluta y relativa y se las represento en tablas y gráficas, mientras que a las variables cuantitativas a parte del cálculo de las frecuencias, también se les realizó medidas de tendencia central, medidas de dispersión, medidas de forma y medidas de concentración por medio de una curva de Lorenz, posterior a ello, se realizó pruebas de normalidad con los test de Kolmogorov y Smirnov, entendiendo que el test de Kolmogorov se realizara si los datos son menores a 80 y el test de Smirnov se realizara si los datos son mayores a 80, si hay normalidad en los datos se realizara cálculo de promedio, desviación estándar y cálculo de mínimos y máximos, mientras que si no hay normalidad se realizara cálculo de mediana y percentiles

Para dar cumplimiento al último objetivo donde estudia la relación entre variables, se hizo uso de un modelo bivariado, donde se tomó como variable dependiente la presencia o ausencia de la DASS, y las variables independientes fueron las sociodemográficas, las clínicas, y los entornos familiares, sentimentales, sociales y laborales. Con esto las variables politómicas se convirtieron en dicotómicas, para ello se realizó tablas de frecuencia absolutas y relativas relacionando las variables dependientes con las independientes formando una tabla 2x2 (de

contingencia), se utilizó la prueba de Fisher si alguno de los datos es menor a 5, de lo contrario se utilizó la prueba de Pearson si son mayores de 5, con lo anterior se definió el valor de P haciendo referencia a la significancia estadística el cual debe ser menor a 0.05 para establecer que existe relación entre la variable dependiente e independiente, finalmente también se calculó los OR.

VI. CONSIDERACIONES ETICAS

Teniendo en cuenta la resolución 8430 de 1993, basándonos en el artículo 11 donde se clasifica en las categorías de riesgo (A,B y C), perteneciendo el presente estudio a la categoría B, por ende se trata de una investigación con riesgo mínimo, dado que es un estudio que empleara técnicas y métodos de investigación tanto prácticos como documentales, haciendo uso de historias clínicas, entrevistas y cuestionarios de carácter presencial aplicados a los pacientes con diagnostico confirmado de epilepsia que acuden al servicio de consulta externa. para ello hay que tener presente que una vez los participantes sean sometidos a la interrogación, observación y medición de variables sin importar su alcance, hace que el paciente ya tenga un riesgo establecido y por ende la existencia de este no se puede descartar en su totalidad (25).

Según el artículo 4, se declara que la presente investigación contribuye en la salud a diferentes escenarios, entre ellos “al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos” ya que por medio de esta se intentara definir cuáles son los desencadenantes de las crisis epilépticas identificándolas para así tener un conocimiento de su importancia en el desarrollo de la enfermedad. De igual manera contribuye “al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social”, así como también “al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud”, lo anterior ya que la investigación tiene como objetivo la identificación de circunstancias del entorno

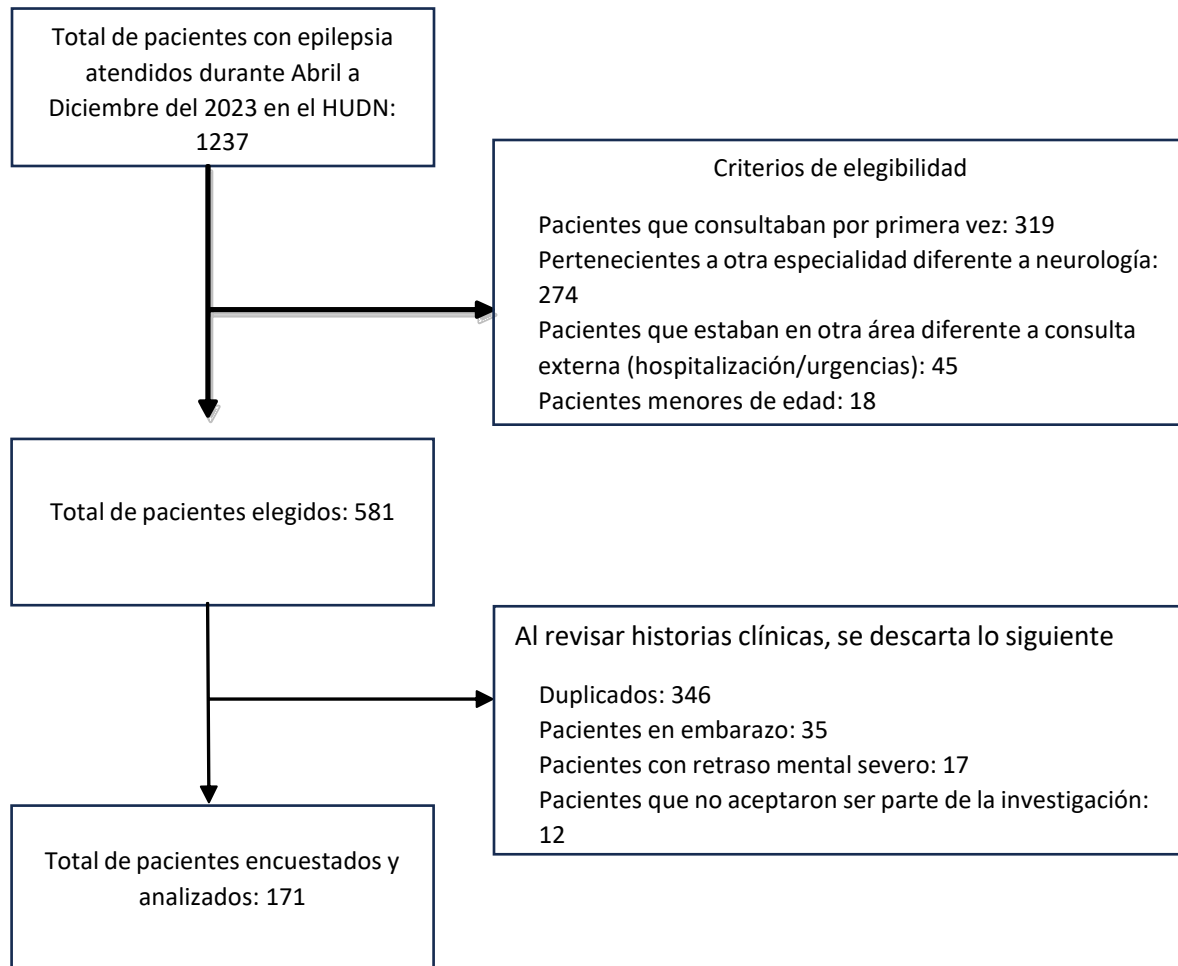
(familiar, social, laboral, sentimental) en el desarrollo de la enfermedad, promoviendo una ampliación del conocimiento acerca de su etiología y su importancia en la historia natural (25).

Obedeciendo al artículo 6 el cual define que la investigación realizada en seres humanos “se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios”, entre ellos, “Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen”, además “ se deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución” por ende la presente investigación cuenta con el cumplimiento del valor del respeto, libertad, honestidad, justicia, igualdad, verdad, lealtad, transparencia, tolerancia, compromiso, integridad y beneficencia, de igual manera se asegurara que la presente investigación sea realizada por personal idóneo que cuente con el conocimiento y experiencia cuidando la integridad del paciente, siempre y cuando se cuente con los recursos humanos y materiales necesarios garantizando así el bienestar del sujeto de investigación. Lo anterior realizándose una vez se contó con la autorización de la institución y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución, así como también con la firma del consentimiento informado y autorización misma del paciente por parte del paciente y posterior a esto previa firma del consentimiento Informado (25).

Como ultimo parámetro tenemos el consentimiento informado que se encuentra en los anexos presentados

VII. RESULTADOS

Ilustración # 4 Prisma



En la presente investigación se obtuvo una población de 1237 pacientes con diagnóstico de epilepsia que fueron atendidos en el Hospital Universitario Departamental de Nariño durante el periodo de Abril a Diciembre del 2023, de los cuales se excluyeron por criterios de elegibilidad quedando 171 pacientes a quienes

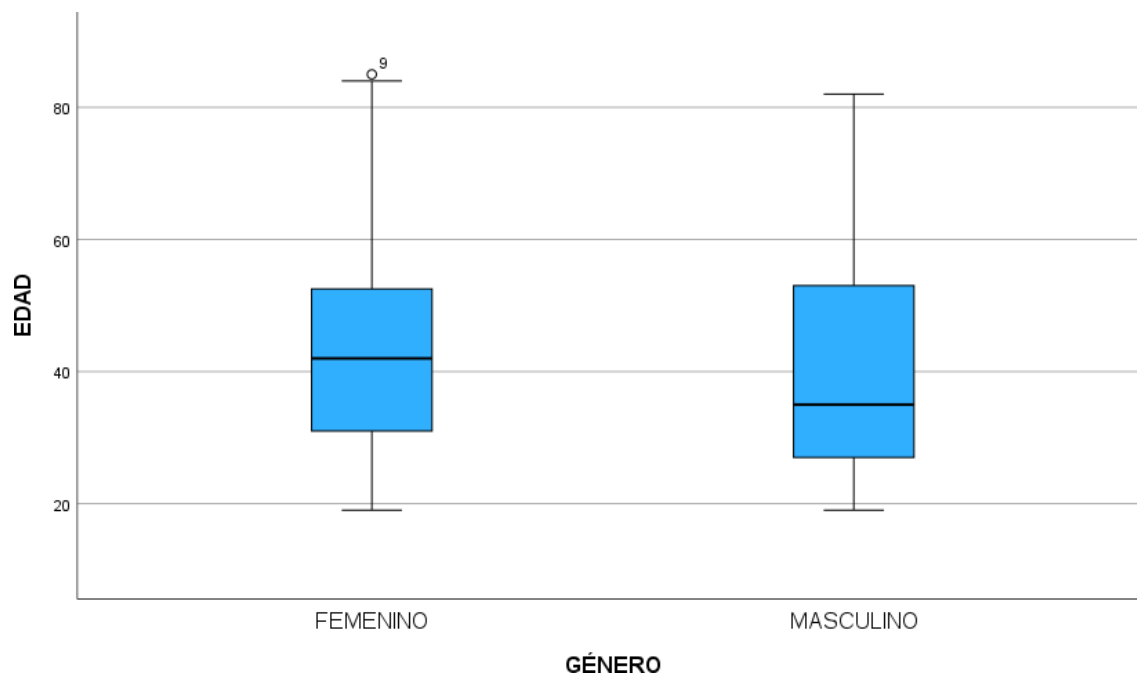
se les realizo el respectivo estudio y aplicación de instrumentos previa firma de consentimiento informado

Objetivo #1. *Describir sociodemográficamente y clínicamente los pacientes con epilepsia.*

- **Aspectos demográficos y sociales**

El presente estudio contó con una muestra de 171 pacientes diagnosticados con epilepsia atendidos por consulta externa en el HUDN durante el periodo de Abril a Diciembre del 2023, de los cuales el 51.5% son mujeres y el 48.5% hombres (relación 1:1)

Grafica # 1 Distribución social de los pacientes



N: 171

Fuente: Propia de la investigación

De acuerdo con la edad de los pacientes la mediana fue de 40 años (RIC 28:53), al observar la edad por sexo, la mediana de las mujeres fue de 42 años (RIC 30:52) mientras que en los hombres, la mediana fue de 35 años (RIC 27:53). Así el ciclo de vida adultez concentra el 41.5%, adultez madura 25.1%, juventud 18.7% y finalmente la vejez con 14.6%

Tabla # 6 Distribución de variables sociodemográficas.

| Variable | n | % |
|------------------------------------|------------|------------|
| Población | 171 | 100 |
| Etnia | | |
| Ninguno | 158 | 92,40 |
| Algún tipo de etnia | 13 | 7,60 |
| Departamento de procedencia | | |
| Nariño | 160 | 93,57 |
| Putumayo | 6 | 3,51 |
| Cundinamarca | 2 | 1,17 |
| Santander | 1 | 0,58 |
| Cordada | 1 | 0,58 |
| Cuaca | 1 | 0,58 |
| Nivel socioeconómico | | |
| Estrato 1 | 101 | 59,06 |
| Estrato 2 | 65 | 38,01 |
| Estrato 3 | 3 | 1,75 |
| Estrato 4 | 2 | 1,17 |
| Régimen de afiliación | | |
| Financiado por estado | 113 | 66,08 |
| Financiado por el cotizante | 58 | 33,92 |
| Nivel educativo | | |
| Ninguno | 4 | 2,34 |
| Primaria | 53 | 31 |
| Secundaria | 94 | 54,97 |
| Técnico | 13 | 7,60 |
| Profesional | 7 | 4,09 |

N: 171

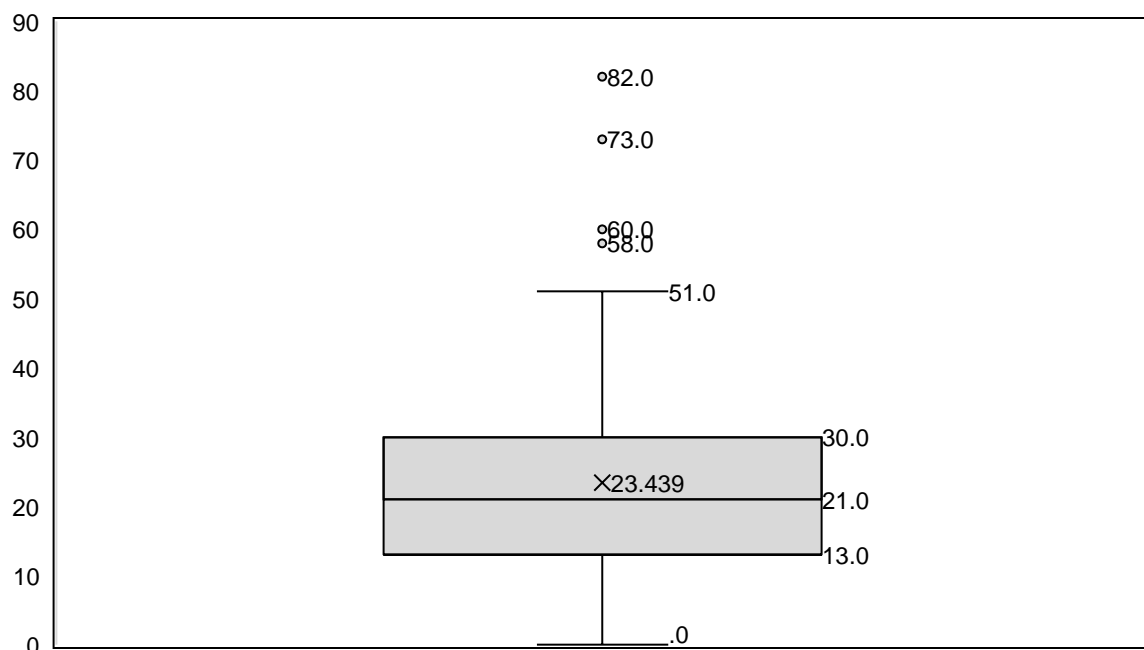
Fuente: Propia de la investigación

Demográficamente, la mayoría de los pacientes no son pertenecientes a una etnia, sin embargo, los pueblos indígenas representan el 76.97% de aquellos que si

cuentan con una etnia a comparación del 23.02% conformado por los afrocolombianos. Adicional a lo anterior, el departamento que conto con más pacientes atendidos fue Nariño, siendo San Juan de Pasto, el municipio que contó con más de la mitad de dichos pacientes (52%) seguido de los municipios de Leiva (4,7%), Cumbal y San Lorenzo, ambos con 2,9% del total de pacientes; de estos, el 66,08% pertenecen a un régimen subsidiado por el estado y el restante (33,92%) pertenece a un fondo privado, donde Emssanar es la principal empresa aseguradora (39,77%) seguida de Nueva EPS (27,49%) y Asmet Salud (11,70%). Finalmente, la mayoría de la población cuenta con un nivel educativo entre primaria y secundaria, de los cuales el 10,53% no termino la primaria y el 20,47% si la completo, mientras que el 11,7% no completo la secundaria y el 43,27% si la culmino.

- **Aspectos clínicos**

Grafica # 2 Edad de diagnóstico.



N: 171

Fuente: Propia de la investigación.

Con respecto a la edad de diagnóstico, se obtuvo una desviación estándar de 14,07 donde la mínima edad encontrada fueron 0 años y la máxima 82 años, dando una media de 23,54 años y una mediana de 21 años

Tabla # 7 Distribución clínica del paciente.

| Variable | n | % |
|--|------------|------------|
| Población | 171 | 100 |
| Hábitos toxicológicos | | |
| No | 162 | 94,74 |
| Si | 9 | 5,26 |
| Frecuencia de crisis en el último mes | | |
| 0 | 96 | 56,14 |
| 1-2 | 56 | 32,75 |
| 3 o más crisis | 19 | 11,11 |
| Numero de medicamentos que toma para la epilepsia | | |
| No polifarmacia | 139 | 81,28 |
| Polifarmacia | 32 | 18,71 |

N:171

Fuente: Propia de la investigación.

Clínicamente estos pacientes demostraron que para el manejo de sus crisis convulsivas utilizaban diferentes medicamentos, la mayoría utilizaban monofármacos (44,44%) y otros usaban terapia dual (35,67%) o ya eran considerados como polifarmacia. Dentro de los medicamentos más utilizados se encuentra levetiracetam en más de la mitad de los pacientes (59,65%) ya sea como monofármaco o combinado, seguido de ácido valproico (38,60%) y carbamazepina (18,63%) respectivamente. Adicional a lo anterior, los pacientes entienden que para un adecuado manejo de su patología es necesario evitar el consumo de sustancias tóxicas, sin embargo, una minoría de ellos eran consumidores de bebidas alcohólicas

(4,09%) o consumidores de tabaco (1,17%) pero no se encontraron pacientes consumidores de sustancias psicoactivas.

Objetivo 2. Identificar circunstancias del entorno familiar, social, laboral y sentimental que desencadena la ansiedad, depresión y estrés.

- Entorno familiar

Tabla # 8 Distribución según entorno familiar del paciente

| Variable | n | % |
|---|------------|------------|
| Población | 171 | 100 |
| Apoyo familiar | | |
| No | 13 | 7,60 |
| Si | 158 | 92,40 |
| Dificultad en la comunicación familiar | | |
| No | 151 | 88,30 |
| Si | 20 | 11,7 |
| Vergüenza de su pensamiento o sentimientos frente a su familia o autoaislamiento | | |
| No | 118 | 69 |
| Si | 53 | 31 |

N: 171

Fuente: Propia de la investigación.

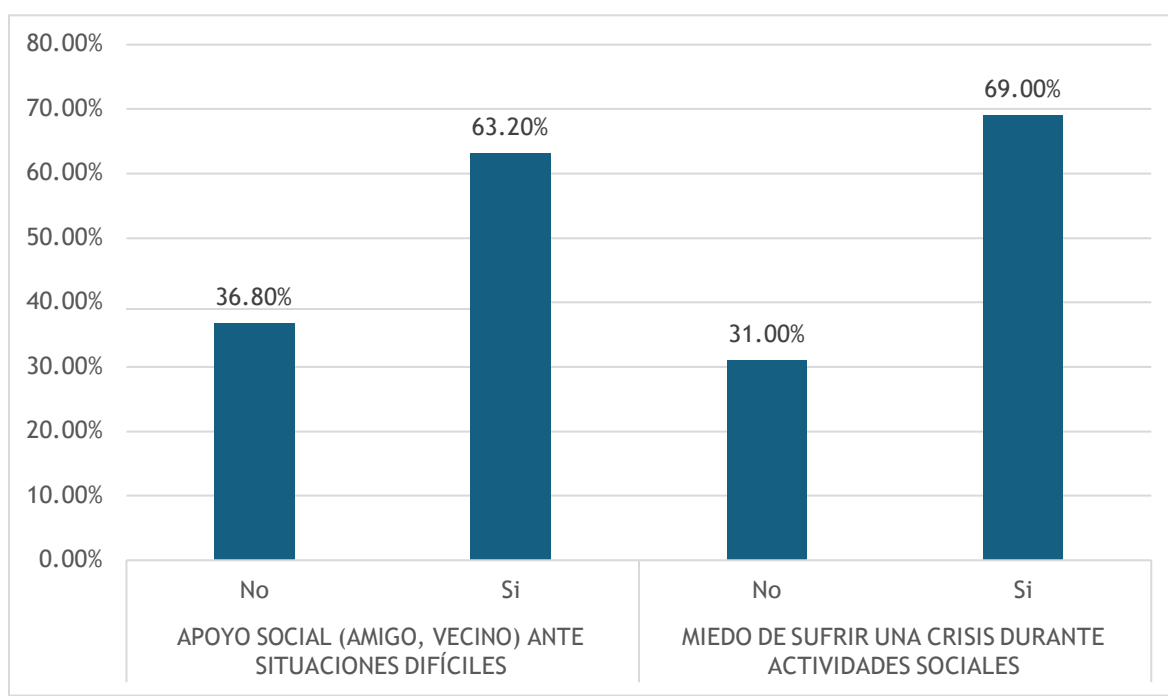
En relación con el entorno familiar, la mayor proporción de los perciben que la familia apoya sus necesidades expresadas en un 92.40%, sin embargo el 11,7% tiene dificultad en los canales de comunicación y llama la atención que el 31% expresa pensamientos de autoaislamiento o vergüenza.

Complementando lo anterior, se encontró que el apoyo familiar se concentra en la relación padres e hijos (73,7%), seguido de abuelos, nietos o hermanos (15,8%) y en menor proporción (4,7%) fue el apoyo de tíos, sobrinos, bisabuelos o bisnietos.

En torno a la respuesta de la familia al diagnóstico de epilepsia, se encontró que la mayor proporción (78,9%) obtuvieron una respuesta satisfactoria de su núcleo familiar ante su diagnóstico, sin embargo también se encontró respuestas regulares (16,4%) e incluso malas (4,7%) por sus familiares.

- **Entorno Social**

Grafica # 3 Distribución según entorno social del paciente



N: 171

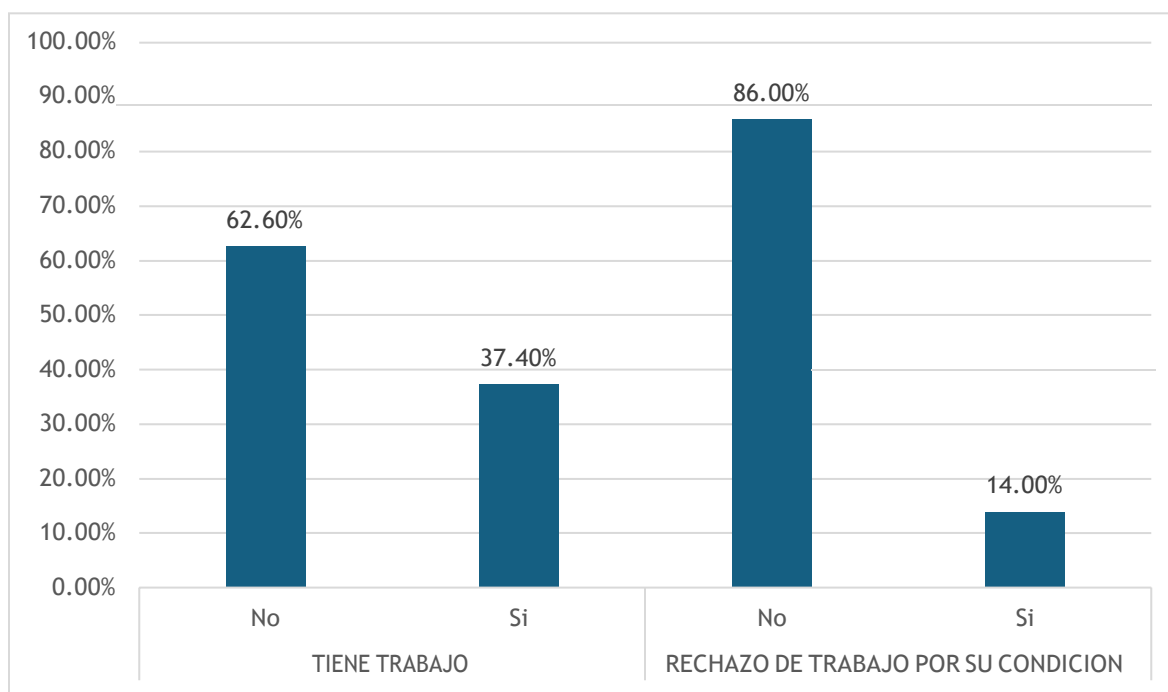
Fuente: Propia de la investigación.

La grafica anterior muestra dos variables relacionadas con el entorno social, en el cual la mayoría de los participantes si reciben apoyo de amigos o vecinos ante situaciones difíciles; si bien, la mayoría de los pacientes cuentan con acompañamiento en el ámbito social, se evidencia que el miedo de sufrir una crisis durante actividades sociales es prevalente, esto sugiere que en relación al apoyo social puede tener un

efecto protector contra el miedo a sufrir una crisis, pero no es el único factor que influye en este miedo. De igual manera se destaca que la mayoría de las personas (81,90%) no sienten rechazo de la sociedad, sin embargo, una minoría significativa (18,10%) sí siente rechazo, esto sugiere que la oposición de la sociedad puede contribuir ligeramente al miedo a sufrir una crisis, pero no es el único factor que influye en este pánico.

- **Entorno laboral**

Grafica # 4 Distribución según entorno laboral del paciente



N: 171

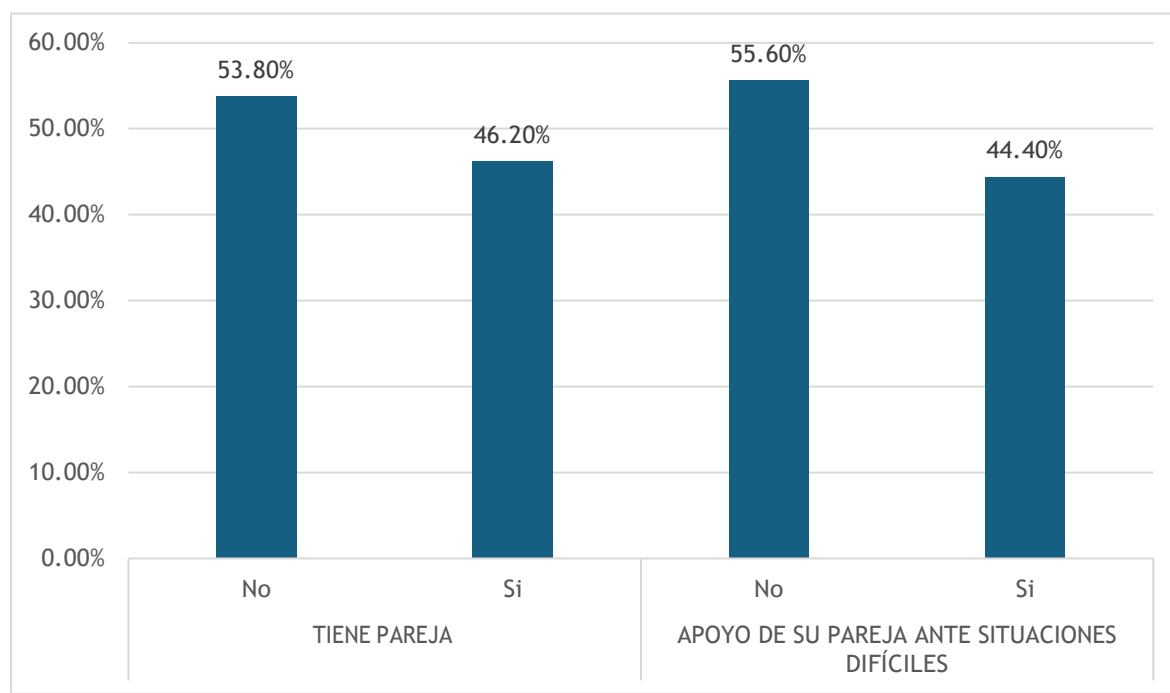
Fuente: Propia de la investigación.

La tabla anterior, hace alusión al entorno laboral de la población encuestada, donde es evidente que la mayoría de los pacientes se encuentran sin empleo. no obstante, también se indago sobre limitaciones físicas o psicológicas, donde la

mayoría de las personas (54,4%) no cuentan con aquellas limitaciones, sin embargo, es pertinente recalcar que el 45,6% si cuentan con limitaciones físicas o psicológicas, hecho que relaciona que la condición de los pacientes puede ser un obstáculo al conseguir empleo, pero no es el único factor que influye en este resultado.

- **Entorno sentimental**

Grafica # 5 Distribución según entorno sentimental del paciente



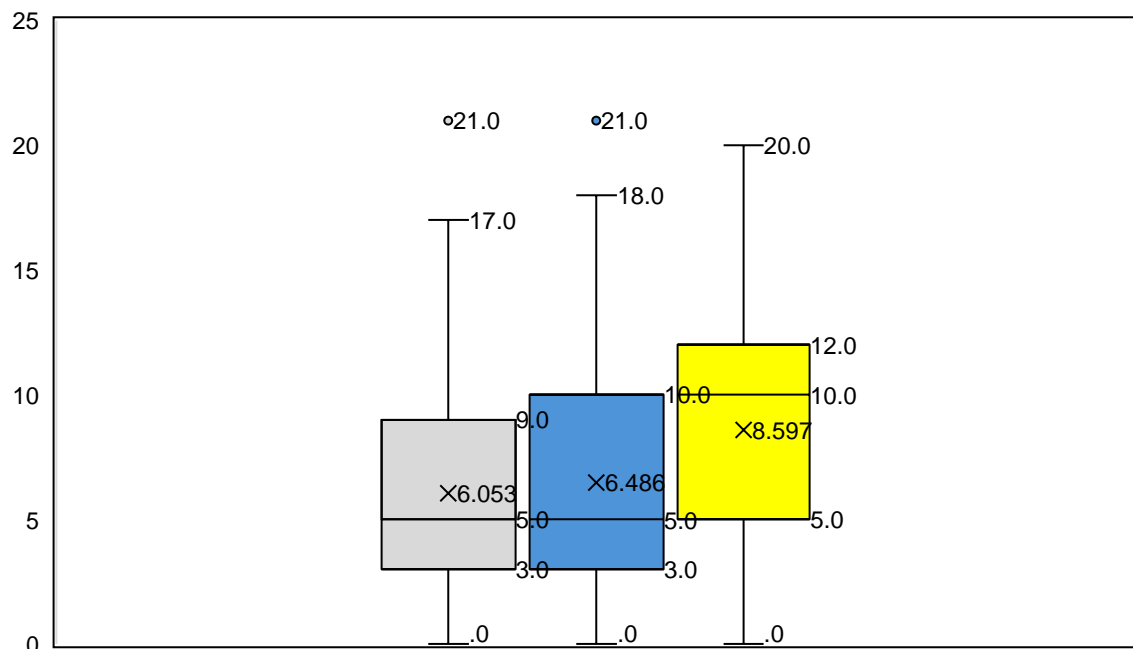
N:171

Fuente: Propia de la investigación.

Continuando con el ambiente que rodea a una persona, se indago también sobre el entorno sentimental, donde se evidencia que el 46,2% mantiene una relación amorosa o refiere tener pareja, de esta proporción de pacientes, el 29,11% refiere presentar problemas o conflictos con su pareja medianamente frecuentes y el 7,59% de forma frecuente, resaltando que el 63% restante no son frecuentes los problemas con su pareja.

Objetivo 3. Medir el estado de ansiedad, depresión y estrés en los pacientes con epilepsia.

Grafica # 6 Puntaje de ansiedad, depresión y estrés.

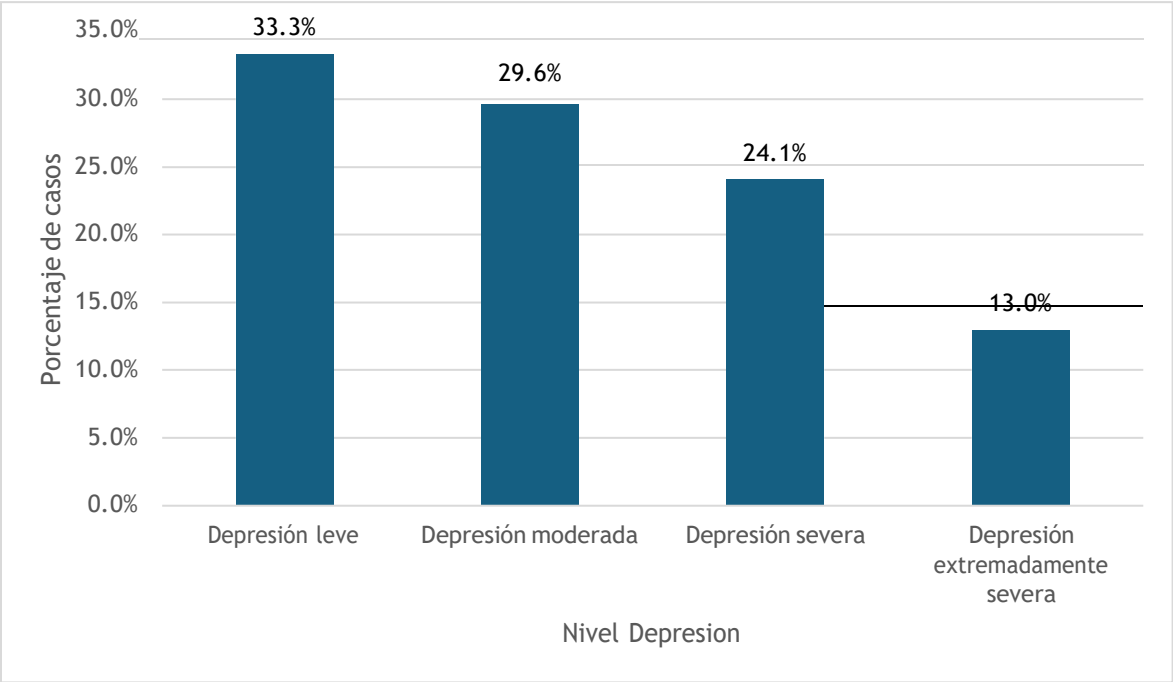


N: 171

Fuente: Propia de la investigación.

Según la escala DASS-21, se encontró que de los 171 paciente, el 82,4% tuvieron algún trastorno mental como depresión, ansiedad o estrés independientemente del nivel conseguido y tan solo 30/171 pacientes no tuvieron ninguno de estos trastornos. Sin embargo, de aquellos pacientes que salieron positivos para la escala DASS-21, la mayor proporción (53,9%) tuvieron depresión, ansiedad y estrés de forma conjunta, mientras que el 26,2% tuvieron dos de los tres trastornos y finalmente solo el 19,8% obtuvo un puntaje para uno de los trastornos.

Grafica # 7 Nivel de depresión.

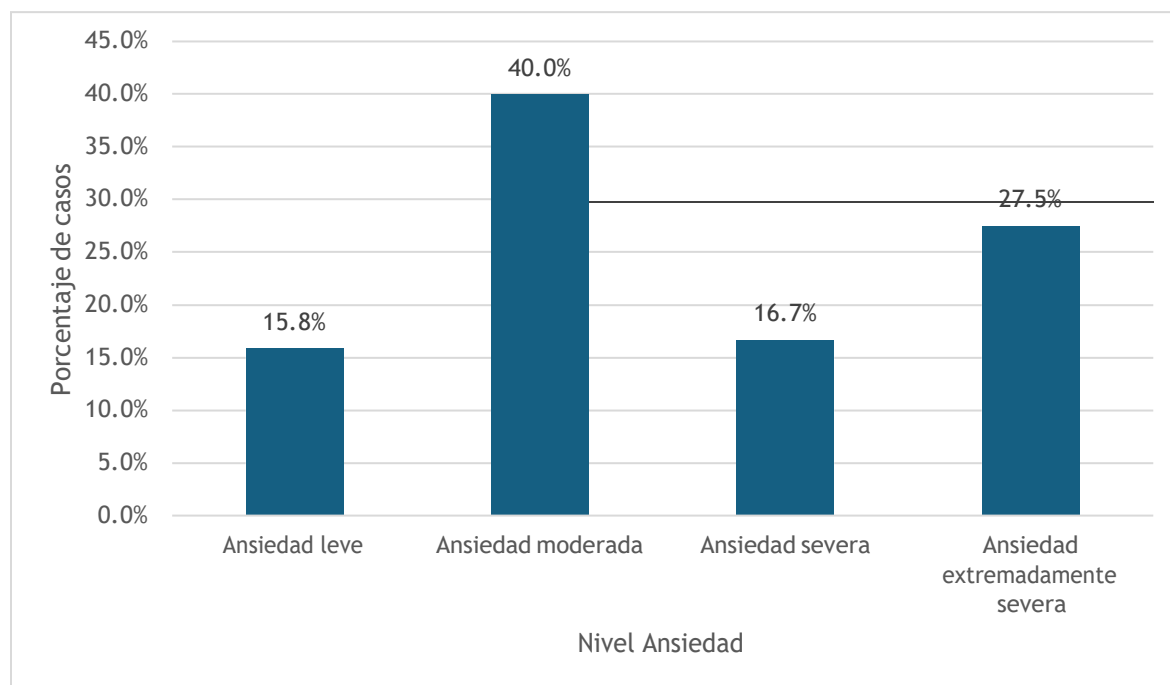


N: 171

Fuente: Propia de la investigación.

Con respecto a la depresión, se observó que de los 171 pacientes, 108 pacientes (63,15%) tuvieron algún nivel de depresión, sin embargo, 63/171 pacientes no se consideran patológica dado que los criterios para depresión según escala DASS-21 son insuficientes. De aquellos que si tuvieron una condición patológica, la depresión leve fue el nivel más frecuente (36/108) de los casos, aunque existieron casos con depresión extremadamente severa (14/108).

Grafica # 8 Nivel de ansiedad.

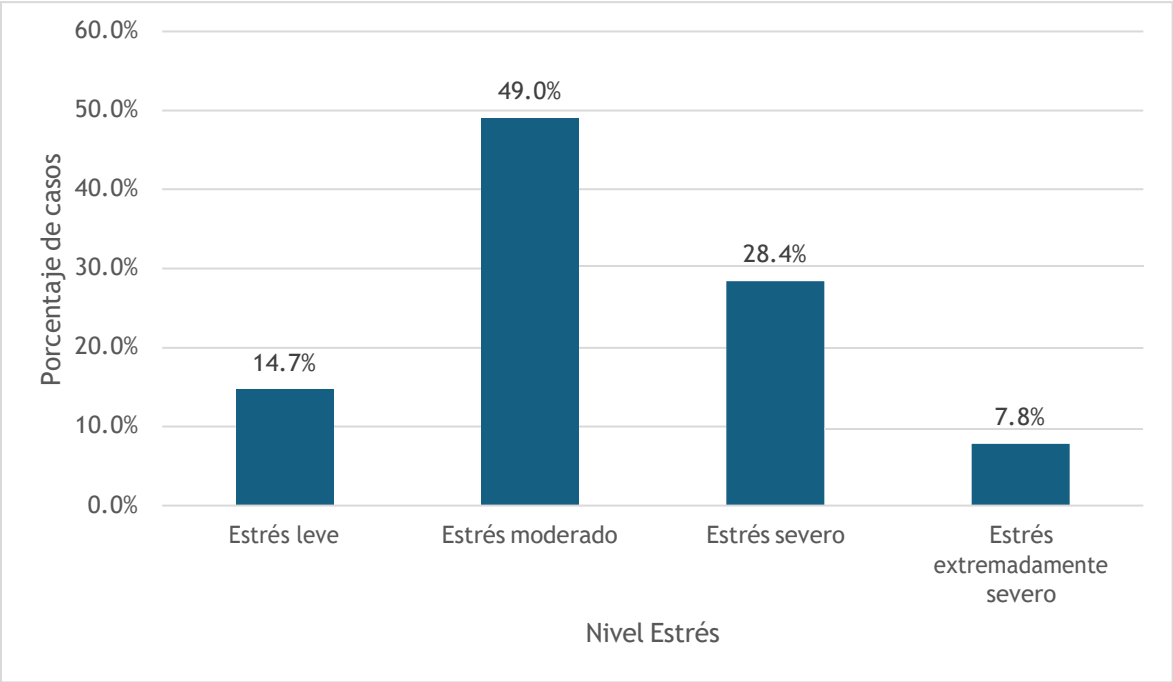


N: 171

Fuente: Propia de la investigación.

Con respecto a la ansiedad, se observó que de los 171 pacientes, 120 pacientes (70,17%) tuvieron algún nivel de ansiedad, sin embargo, 51/171 pacientes no se consideran patológica dado que los criterios para ansiedad según escala DASS-21 son insuficientes. De aquellos que si tuvieron una condición patológica, la ansiedad moderada fue el nivel más frecuente (48/120) de los casos, aunque existieron casos con ansiedad leve (19/120).

Grafica # 9 Nivel de estrés.



N: 171

Fuente: Propia de la investigación.

Con respecto al estrés, se observó que de los 171 pacientes, 102 pacientes (59,64%) tuvieron algún nivel de estrés, sin embargo, 69/171 pacientes no se consideran patológica dado que los criterios para estrés según escala DASS-21 son insuficientes. De aquellos que si tuvieron una condición patológica, el estrés moderado fue el nivel más frecuente (50/102) de los casos, aunque existieron casos con estrés extremadamente severo (8/102).

Objetivo 4. Establecer la relación entre las variables sociales, demográficas y clínicas según la ausencia o presencia de ansiedad, depresión y estrés.

Tabla # 9 Análisis bivariado, variables relacionadas con ansiedad.

| Variable | Ansiedad (No) (n: 51; 29,8%) | | Ansiedad (Si) (n: 120; 70,2%) | | Total (n: 171; 100%) | | Valor P* | Riesgo IC |
|--|---------------------------------|------|----------------------------------|------|-------------------------|------|------------------|-----------------------------------|
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Edad | | | | | | | | |
| Juventud | 9 | 17,6 | 23 | 19,2 | 32 | 18,7 | 0,969 | N/A |
| Adulthood | 34 | 66,7 | 80 | 66,7 | 114 | 66,7 | | |
| Vejez | 8 | 15,7 | 17 | 14,2 | 25 | 14,6 | | |
| Sexo | | | | | | | | |
| Femenino | 23 | 45,1 | 65 | 54,2 | 88 | 51,5 | 0,317 | N/A |
| Masculino | 28 | 54,9 | 55 | 45,8 | 83 | 48,5 | | |
| Etnia | | | | | | | | |
| Afrocolombiano | 1 | 2,0 | 2 | 1,7 | 3 | 1,8 | 0,677 | N/A |
| Ninguno | 46 | 90,2 | 112 | 93,3 | 158 | 92,4 | | |
| Pueblos indígenas | 4 | 7,8 | 6 | 5,0 | 10 | 5,8 | | |
| Víctima del conflicto armado | | | | | | | | |
| No | 40 | 78,4 | 91 | 75,8 | 131 | 76,6 | 0,844 | 1,159 (0,527 – 2,547) |
| Si | 11 | 21,6 | 29 | 24,2 | 40 | 23,4 | | |
| Nivel socioeconómico | | | | | | | | |
| Estrato 1 | 33 | 64,7 | 68 | 56,7 | 101 | 59,1 | 0,626 | N/A |
| Estrato 2 | 18 | 35,3 | 47 | 39,2 | 65 | 38,0 | | |
| Estrato 3 | 0 | 0,0 | 3 | 2,5 | 3 | 1,8 | | |
| Estrato 4 | 0 | 0,0 | 2 | 1,7 | 2 | 1,2 | | |
| Régimen de afiliación | | | | | | | | |
| Contributivo | 13 | 25,5 | 26 | 21,7 | 39 | 22,8 | 0,272 | N/A |
| Especial | 3 | 5,9 | 1 | 0,8 | 4 | 2,3 | | |
| Excepción | 3 | 5,9 | 12 | 10,0 | 15 | 8,8 | | |
| No asegurado | 0 | 0,0 | 2 | 1,7 | 2 | 1,2 | | |
| Subsidiado | 32 | 62,7 | 79 | 65,8 | 111 | 64,9 | | |
| Hábitos tóxicos | | | | | | | | |
| Consumo de alcohol | 3 | 5,9 | 4 | 3,3 | 7 | 4,1 | 0,364 | N/A |
| Consumo de tabaco | 1 | 2,0 | 1 | 0,8 | 2 | 1,2 | | |
| Ninguno | 47 | 92,2 | 115 | 95,8 | 162 | 94,7 | | |
| Frecuencia de crisis en el último mes | | | | | | | | |
| 0 | 40 | 78,4 | 56 | 48,3 | 96 | 57,5 | <0,001 | N/A |
| 1 | 5 | 9,8 | 31 | 26,7 | 36 | 21,0 | | |
| 2 | 0 | 0,0 | 20 | 17,2 | 20 | 12,0 | | |
| 3 | 1 | 2,0 | 7 | 6,0 | 8 | 4,8 | | |
| 4 | 5 | 9,8 | 2 | 1,7 | 7 | 4,2 | | |
| Medicamentos que toma para la Epilepsia | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2,0 | 1 | 0,8 | 2 | 1,2 | 0,420 | N/A |
| 1 | 21 | 41,2 | 55 | 45,8 | 76 | 44,4 | | |
| 2 | 21 | 41,2 | 40 | 33,3 | 61 | 35,7 | | |
| 3 | 8 | 15,7 | 18 | 15,0 | 26 | 15,2 | | |
| 4 | 0 | 0,0 | 6 | 5,0 | 6 | 3,5 | | |
| Dificultad en la comunicación familiar | | | | | | | | |
| No | 49 | 96,1 | 102 | 85,0 | 151 | 88,3 | 0,029 | 4,324 (0,965 – 19,378) |
| Si | 2 | 3,9 | 18 | 15,0 | 20 | 11,7 | | |
| Apoyo familiar | | | | | | | | |
| No | 2 | 3,9 | 11 | 9,2 | 13 | 7,6 | 0,196 | 0,404 (0,086 – 1,894) |
| Si | 49 | 96,1 | 109 | 90,8 | 158 | 92,4 | | |
| Antecedentes familiares de DASS | | | | | | | | |
| No | 35 | 68,6 | 67 | 55,8 | 102 | 59,6 | 0,081 | 1,730 (0,866 – 3,459) |
| Si | 16 | 31,4 | 53 | 44,2 | 69 | 40,4 | | |
| Sobrecargas por tareas asignadas | | | | | | | | |
| No | 43 | 84,3 | 99 | 82,5 | 142 | 83,0 | 0,482 | 1,140 (0,468 – 2,775) |
| Si | 8 | 15,7 | 21 | 17,5 | 29 | 17,0 | | |
| Manifestaciones de cariño | | | | | | | 0,415 | 0,761 |

| | | | | | | | | |
|--|----|------|-----|------|-----|------|--------------|------------------|
| No | 5 | 9,8 | 15 | 12,5 | 20 | 11,7 | | (0,261 – 2,218) |
| Si | 46 | 90,2 | 105 | 87,5 | 151 | 88,3 | | |
| Vergüenza de su pensamiento o sentimiento frente a su familia o autoaislamiento | | | | | | | | 2,290 |
| No | 41 | 80,4 | 77 | 64,2 | 118 | 69,0 | 0,025 | (1,044 – 5,022) |
| Si | 10 | 19,6 | 43 | 35,8 | 53 | 31,0 | | |
| Apoyo social | | | | | | | | 0,416 |
| No | 12 | 23,5 | 51 | 42,5 | 63 | 36,8 | 0,013 | (0,198 – 0,874) |
| Si | 39 | 76,5 | 69 | 57,5 | 108 | 63,2 | | |
| Medio a sufrir una crisis durante actividades sociales | | | | | | | | 1,502 |
| No | 19 | 37,3 | 34 | 28,3 | 53 | 31,0 | 0,165 | (0,751 – 3,002) |
| Si | 32 | 62,7 | 86 | 71,7 | 118 | 69,0 | | |
| Rechazo de la sociedad | | | | | | | | 1,974 |
| No | 45 | 88,2 | 95 | 79,2 | 140 | 81,9 | 0,115 | (0,756 – 5,150) |
| Si | 6 | 11,8 | 25 | 20,8 | 31 | 18,1 | | |
| Tiene trabajo | | | | | | | | 0,632 |
| No | 28 | 54,9 | 79 | 65,8 | 107 | 62,6 | 0,120 | (0,324 – 1,233) |
| Si | 23 | 45,1 | 41 | 34,2 | 64 | 37,4 | | |
| Rechazo de trabajo por su condición | | | | | | | | 0,667 |
| No | 42 | 82,4 | 105 | 87,5 | 147 | 86,0 | 0,255 | (0,271 – 1,641) |
| Si | 9 | 17,6 | 15 | 12,5 | 24 | 14,0 | | |
| Coordinación de personal o personas a cargo | | | | | | | | 2,472 |
| No | 49 | 96,1 | 109 | 90,8 | 158 | 92,4 | 0,196 | (0,528 – 11,578) |
| Si | 2 | 3,9 | 11 | 9,2 | 13 | 7,6 | | |
| Limitaciones físicas o psicológicas | | | | | | | | 2,653 |
| No | 36 | 70,6 | 57 | 47,5 | 93 | 54,4 | 0,004 | (1,316 – 5,346) |
| Si | 15 | 29,4 | 63 | 52,5 | 78 | 45,6 | | |
| Tiene pareja | | | | | | | | 0,952 |
| No | 27 | 52,9 | 65 | 54,2 | 92 | 53,8 | 0,508 | (0,494 – 1,836) |
| Si | 24 | 47,1 | 55 | 45,8 | 79 | 46,2 | | |
| Apoyo de pareja ante situaciones difíciles | | | | | | | | 0,963 |
| No | 28 | 54,9 | 67 | 55,8 | 95 | 55,6 | 0,521 | (0,498 – 1,861) |
| Si | 23 | 45,1 | 53 | 44,2 | 76 | 44,4 | | |

N: 171

Fuente: Propia de la investigación.

Al establecer la relación de las variables independientes con la presencia de ansiedad, se logra establecer que la frecuencia de crisis en el último mes mantiene una relación estadísticamente significativa con la presencia de ansiedad con un valor de P inferior a 0,05, al igual que la dificultad en la comunicación familiar, vergüenza de su pensamiento o sentimiento frente a su familiar o autoaislamiento, apoyo social, limitaciones físicas o psicológicas. Es decir que la presencia de ansiedad está relacionada con tener sí o no dificultad en la comunicación familiar al tener un valor de P de 0.029 sin embargo no hay consistencia con la plausibilidad biológica ni en sus intervalos de confianza, el tener vergüenza de su pensamiento o sentimiento frente a su familia o autoaislarse tiene relación con la ansiedad con valor de P de 0.025, sin embargo no hay consistencia en la plausibilidad biológica, a comparación del

presentar limitaciones físicas o psicológicas donde se deduce que la presencia de alguna de estas tiene una probabilidad 2,6 veces mayor de tener ansiedad de aquellos que no tienen ningún tipo de limitación, adicional a la presencia de apoyo social donde existe 0.41 veces la probabilidad de padecer ansiedad.

Tabla # 10 Análisis bivariado, variables relacionadas con depresión.

| Variable | Depresión (No) (n: 63; 36,8%) | | Depresión (Si) (n: 108; 63,2%) | | Total (n: 171; 100%) | | Valor P* | Riesgo IC |
|--|----------------------------------|------|-----------------------------------|------|-------------------------|------|----------|----------------------------|
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Edad | | | | | | | | |
| Juventud | 10 | 15,9 | 22 | 20,4 | 32 | 18,7 | 0,225 | N/A |
| Adulthood | 40 | 63,5 | 74 | 68,5 | 114 | 66,7 | | |
| Vejez | 13 | 20,6 | 12 | 11,1 | 25 | 14,6 | | |
| Sexo | | | | | | | | |
| Femenino | 31 | 49,2 | 57 | 52,8 | 88 | 51,5 | 0,385 | 0,867 (0,465 – 1,614) |
| Masculino | 32 | 50,8 | 51 | 47,2 | 83 | 48,5 | | |
| Etnia | | | | | | | | |
| Afrocolombiano | 1 | 1,6 | 2 | 1,9 | 3 | 1,8 | 0,778 | N/A |
| Ninguno | 57 | 90,5 | 101 | 93,5 | 158 | 92,4 | | |
| Pueblos indígenas | 5 | 7,9 | 5 | 4,6 | 10 | 5,8 | | |
| Víctima del conflicto armado | | | | | | | | |
| No | 47 | 74,6 | 84 | 77,8 | 131 | 76,6 | 0,385 | 0,839 (0,406 – 1,735) |
| Si | 16 | 25,4 | 24 | 22,2 | 40 | 23,4 | | |
| Nivel socioeconómico | | | | | | | | |
| Estrato 1 | 37 | 58,7 | 64 | 59,3 | 101 | 59,1 | 1,000 | N/A |
| Estrato 2 | 24 | 38,1 | 41 | 38,0 | 65 | 38,0 | | |
| Estrato 3 | 1 | 1,6 | 2 | 1,9 | 3 | 1,8 | | |
| Estrato 4 | 1 | 1,6 | 1 | 0,9 | 2 | 1,2 | | |
| Régimen de afiliación | | | | | | | | |
| Contributivo | 15 | 23,8 | 24 | 22,2 | 39 | 22,8 | 0,430 | N/A |
| Especial | 3 | 4,8 | 1 | 0,9 | 4 | 2,3 | | |
| Excepción | 4 | 6,3 | 11 | 10,2 | 15 | 8,8 | | |
| No asegurado | 0 | 0 | 2 | 1,9 | 2 | 1,2 | | |
| Subsidiado | 41 | 65,1 | 70 | 64,8 | 111 | 64,9 | | |
| Hábitos tóxicos | | | | | | | | |
| Consumo de alcohol | 3 | 4,8 | 4 | 3,7 | 7 | 4,1 | 0,863 | N/A |
| Consumo de tabaco | 1 | 1,6 | 1 | 0,9 | 2 | 1,2 | | |
| Ninguno | 59 | 93,7 | 103 | 95,4 | 162 | 94,7 | | |
| Frecuencia de crisis en el último mes | | | | | | | | |
| 0 | 45 | 72,6 | 51 | 48,6 | 96 | 57,5 | 0,015 | N/A |
| 1 | 10 | 16,1 | 26 | 24,8 | 36 | 21,1 | | |
| 2 | 6 | 9,7 | 14 | 13,3 | 20 | 12,0 | | |
| 3 | 0 | 0 | 8 | 7,6 | 8 | 4,8 | | |
| 4 | 1 | 1,6 | 6 | 5,7 | 7 | 4,2 | | |
| Medicamentos que toma para la Epilepsia | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 1,6 | 1 | 0,9 | 2 | 1,2 | 0,313 | N/A |
| 1 | 30 | 47,6 | 46 | 42,6 | 76 | 44,4 | | |
| 2 | 24 | 38,1 | 37 | 34,3 | 61 | 35,7 | | |
| 3 | 8 | 12,7 | 18 | 16,7 | 26 | 15,2 | | |
| 4 | 0 | 0 | 6 | 5,6 | 6 | 3,5 | | |
| Dificultad en la comunicación familiar | | | | | | | | |
| No | 62 | 98,4 | 89 | 82,4 | 151 | 88,3 | <0,001 | 13,236 (1,726 – 101,47) |
| Si | 1 | 1,6 | 19 | 17,6 | 20 | 11,7 | | |
| Apoyo familiar | | | | | | | | |
| No | 2 | 3,2 | 11 | 10,2 | 13 | 7,6 | 0,081 | 0,289 (0,062 – 1,349) |
| Si | 61 | 96,8 | 97 | 89,8 | 158 | 92,4 | | |
| Antecedentes familiares de DASS | | | | | | | | |
| No | 39 | 61,9 | 63 | 58,3 | 102 | 59,6 | 0,384 | 1,161 |

| | | | | | | | | |
|--|----|------|----|------|-----|------|-------|-----------------|
| Si | 24 | 38,1 | 45 | 41,7 | 69 | 40,4 | | (0,614 – 2,193) |
| Sobrecargas por tareas asignadas | | | | | | | | |
| No | 51 | 81,0 | 91 | 84,3 | 142 | 83,0 | 0,361 | 0,794 |
| Si | 12 | 19,0 | 17 | 15,7 | 29 | 17,0 | | (0,352 – 1,793) |
| Manifestaciones de cariño | | | | | | | | |
| No | 4 | 6,3 | 16 | 14,8 | 20 | 11,7 | 0,075 | 0,390 |
| Si | 59 | 93,7 | 92 | 85,2 | 151 | 88,3 | | (0,124 – 1,223) |
| Vergüenza de su pensamiento o sentimiento frente a su familia o autoaislamiento | | | | | | | | |
| No | 48 | 76,2 | 70 | 64,8 | 118 | 69,0 | 0,083 | 1,737 |
| Si | 15 | 23,8 | 38 | 35,2 | 53 | 31,0 | | (0,861 – 3,503) |
| Apoyo social | | | | | | | | |
| No | 19 | 30,2 | 44 | 40,7 | 63 | 36,8 | 0,111 | 0,628 |
| Si | 44 | 69,8 | 64 | 59,3 | 108 | 63,2 | | (0,324 – 1,216) |
| Medio a sufrir una crisis durante actividades sociales | | | | | | | | |
| No | 27 | 42,9 | 26 | 24,1 | 53 | 31,0 | 0,009 | 2,365 |
| Si | 36 | 57,1 | 82 | 75,9 | 118 | 69,0 | | (1,215 – 4,604) |
| Rechazo de la sociedad | | | | | | | | |
| No | 57 | 90,5 | 83 | 76,9 | 140 | 81,9 | 0,019 | 2,861 |
| Si | 6 | 9,5 | 25 | 23,1 | 31 | 18,1 | | (1,104 – 7,419) |
| Tiene trabajo | | | | | | | | |
| No | 41 | 65,1 | 66 | 61,1 | 107 | 62,6 | 0,363 | 1,186 |
| Si | 22 | 34,9 | 42 | 38,9 | 64 | 37,4 | | (0,621 – 2,264) |
| Rechazo de trabajo por su condición | | | | | | | | |
| No | 53 | 84,1 | 94 | 87,0 | 147 | 86,0 | 0,377 | 0,789 |
| Si | 10 | 15,9 | 14 | 13,0 | 24 | 14,0 | | (0,328 – 1,900) |
| Coordinación de personal o personas a cargo | | | | | | | | |
| No | 60 | 95,2 | 98 | 90,7 | 158 | 92,4 | 0,224 | 2,041 |
| Si | 3 | 4,8 | 10 | 9,3 | 13 | 7,6 | | (0,540 – 7,713) |
| Limitaciones físicas o psicológicas | | | | | | | | |
| No | 42 | 66,7 | 51 | 47,2 | 93 | 54,4 | 0,010 | 2,235 |
| Si | 21 | 33,3 | 57 | 52,8 | 78 | 45,6 | | (1,172 – 4,264) |
| Tiene pareja | | | | | | | | |
| No | 32 | 50,8 | 60 | 55,6 | 92 | 53,8 | 0,328 | 0,826 |
| Si | 31 | 49,2 | 48 | 44,4 | 79 | 46,2 | | (0,443 – 1,540) |
| Apoyo de pareja ante situaciones difíciles | | | | | | | | |
| No | 33 | 52,4 | 62 | 57,4 | 95 | 55,6 | 0,316 | 0,816 |
| Si | 30 | 47,6 | 46 | 42,6 | 76 | 44,4 | | (0,437 – 1,524) |

N: 171

Fuente: Propia de la investigación.

Al establecer la relación de las variables independientes con la presencia de depresión, se logra establecer que la frecuencia de crisis en el último mes mantiene una relación estadísticamente significativa con la presencia de depresión con un valor de P inferior a 0,05, al igual que la dificultad en la comunicación familiar, miedo de sufrir una crisis durante actividades sociales, rechazo de la sociedad, limitaciones físicas o psicológicas. Es decir que la presencia de depresión está relacionada con tener sí o no dificultad en la comunicación familiar al tener un valor de $P < 0.001$ sin

embargo no hay consistencia con la plausibilidad biología ni en sus intervalos de confianza, el tener miedo de sufrir una crisis durante actividades sociales tiene 2.3 veces mayor probabilidad de tener depresión y aunque la depresión tiene relación con el rechazo de la sociedad no tiene consistencia en la plausibilidad biológica, contrario a lo ocurrido con las limitaciones físicas o psicológicas, donde al igual que con lo sucedido con la ansiedad, estas tienen una probabilidad 2,2 veces mayor de generar depresión.

Tabla # 11 Análisis bivariado, variables relacionadas con estrés.

| Variable | Estrés (No) (n: 69; 40,4%) | | Estrés (Si) (n: 102; 59,6%) | | Total (n: 171; 100%) | | Valor P* | Riesgo IC |
|--|-------------------------------|------|--------------------------------|------|-------------------------|------|----------|--------------------------|
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Edad | | | | | | | | |
| Juventud | 10 | 14,5 | 22 | 21,6 | 32 | 18,7 | 0,521 | N/A |
| Adultez | 48 | 69,6 | 66 | 64,7 | 114 | 66,7 | | |
| Vejez | 11 | 15,9 | 14 | 13,7 | 25 | 14,6 | | |
| Sexo | | | | | | | | |
| Femenino | 34 | 49,3 | 54 | 52,9 | 88 | 51,5 | 0,376 | 0,863 (0,468 – 1,592) |
| Masculino | 35 | 50,7 | 48 | 47,1 | 83 | 48,5 | | |
| Etnia | | | | | | | | |
| Afrocolombiano | 1 | 1,4 | 2 | 2,0 | 3 | 1,8 | 0,795 | N/A |
| Ninguno | 63 | 91,3 | 95 | 93,1 | 158 | 92,4 | | |
| Pueblos indígenas | 5 | 7,2 | 5 | 4,9 | 10 | 5,8 | | |
| Víctima del conflicto armado | | | | | | | | |
| No | 47 | 68,1 | 84 | 82,4 | 131 | 76,6 | 0,025 | 0,458 (0,223 – 0,939) |
| Si | 22 | 31,9 | 18 | 17,6 | 40 | 23,4 | | |
| Nivel socioeconómico | | | | | | | | |
| Estrato 1 | 42 | 60,9 | 59 | 57,8 | 101 | 59,1 | 0,791 | N/A |
| Estrato 2 | 24 | 34,8 | 41 | 40,2 | 65 | 38,0 | | |
| Estrato 3 | 2 | 2,9 | 1 | 1,0 | 3 | 1,8 | | |
| Estrato 4 | 1 | 1,4 | 1 | 1,0 | 2 | 1,2 | | |
| Régimen de afiliación | | | | | | | | |
| Contributivo | 14 | 20,3 | 25 | 24,5 | 39 | 22,8 | 0,747 | N/A |
| Especial | 2 | 2,9 | 2 | 2,0 | 4 | 2,3 | | |
| Excepción | 4 | 5,8 | 11 | 10,8 | 15 | 8,8 | | |
| No asegurado | 1 | 1,4 | 1 | 1,0 | 2 | 1,2 | | |
| Subsidiado | 48 | 69,6 | 63 | 61,8 | 111 | 64,9 | | |
| Hábitos tóxicos | | | | | | | | |
| Consumo de alcohol | 2 | 2,9 | 5 | 4,9 | 7 | 4,1 | 0,528 | N/A |
| Consumo de tabaco | 0 | 0 | 2 | 2,0 | 2 | 1,2 | | |
| Ninguno | 67 | 97,1 | 95 | 93,1 | 162 | 94,7 | | |
| Frecuencia de crisis en el último mes | | | | | | | | |
| 0 | 53 | 79,1 | 43 | 43,0 | 96 | 57,5 | <0,001 | N/A |
| 1 | 9 | 13,4 | 27 | 27,0 | 36 | 21,0 | | |
| 2 | 1 | 1,5 | 19 | 19,0 | 20 | 12,0 | | |
| 3 | 0 | 0 | 8 | 8,0 | 8 | 4,8 | | |
| 4 | 4 | 6,0 | 3 | 3,0 | 7 | 4,2 | | |
| Medicamentos que toma para la Epilepsia | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 1,4 | 1 | 1,0 | 2 | 1,2 | 0,117 | N/A |
| 1 | 36 | 52,2 | 40 | 39,2 | 76 | 44,4 | | |
| 2 | 24 | 34,8 | 37 | 36,3 | 61 | 35,7 | | |

| | | | | | | | | |
|---|----|------|----|------|-----|------|--------|----------------------------|
| 3 | 8 | 11,6 | 18 | 17,6 | 26 | 15,2 | | |
| 4 | 0 | 0 | 6 | 5,9 | 6 | 3,5 | | |
| <i>Dificultad en la comunicación familiar</i> | | | | | | | | |
| No | 68 | 98,6 | 83 | 81,4 | 151 | 88,3 | <0,001 | 15,566 (2,032 – 119,26) |
| Si | 1 | 1,4 | 19 | 18,6 | 20 | 11,7 | | |
| <i>Apoyo familiar</i> | | | | | | | | |
| No | 1 | 1,4 | 12 | 11,8 | 13 | 7,6 | 0,010 | 0,110 (0,014 – 0,869) |
| Si | 68 | 98,6 | 90 | 88,2 | 158 | 92,4 | | |
| <i>Antecedentes familiares de DASS</i> | | | | | | | | |
| No | 48 | 69,6 | 54 | 52,9 | 102 | 59,6 | 0,021 | 2,032 (1,068 – 3,867) |
| Si | 21 | 30,4 | 48 | 47,1 | 69 | 40,4 | | |
| <i>Sobrecargas por tareas asignadas</i> | | | | | | | | |
| No | 65 | 94,2 | 77 | 75,5 | 142 | 83,0 | <0,001 | 5,276 (1,746 – 15,944) |
| Si | 4 | 5,8 | 25 | 24,5 | 29 | 17,0 | | |
| <i>Manifestaciones de cariño</i> | | | | | | | | |
| No | 2 | 2,9 | 18 | 17,6 | 20 | 11,7 | 0,002 | 0,139 (0,031 – 0,622) |
| Si | 67 | 97,1 | 84 | 82,4 | 151 | 88,3 | | |
| <i>Vergüenza de su pensamiento o sentimiento frente a su familia o autoaislamiento</i> | | | | | | | | |
| No | 52 | 75,4 | 66 | 64,7 | 118 | 69,0 | 0,94 | 1,668 (0,844 – 3,299) |
| Si | 17 | 24,6 | 36 | 35,3 | 53 | 31,0 | | |
| <i>Apoyo social</i> | | | | | | | | |
| No | 23 | 33,3 | 40 | 39,2 | 63 | 36,8 | 0,268 | 0,775 (0,409 – 1,469) |
| Si | 46 | 66,7 | 62 | 60,8 | 108 | 63,2 | | |
| <i>Medio a sufrir una crisis durante actividades sociales</i> | | | | | | | | |
| No | 30 | 43,5 | 23 | 22,5 | 53 | 31,0 | 0,003 | 2,642 (1,359 – 5,137) |
| Si | 39 | 56,5 | 79 | 77,5 | 118 | 69,0 | | |
| <i>Rechazo de la sociedad</i> | | | | | | | | |
| No | 60 | 87,0 | 80 | 78,4 | 140 | 81,9 | 0,111 | 0,721 (0,384 – 1,351) |
| Si | 9 | 13,0 | 22 | 21,6 | 31 | 18,1 | | |
| <i>Tiene trabajo</i> | | | | | | | | |
| No | 40 | 58,0 | 67 | 65,7 | 107 | 62,6 | 0,194 | 1,833 (0,788 – 4,267) |
| Si | 29 | 42,0 | 35 | 34,3 | 64 | 37,4 | | |
| <i>Rechazo de trabajo por su condición</i> | | | | | | | | |
| No | 62 | 89,9 | 85 | 83,3 | 147 | 86,0 | 0,164 | 1,771 (0,693 – 4,531) |
| Si | 7 | 10,1 | 17 | 16,7 | 24 | 14,0 | | |
| <i>Coordinación de personal o personas a cargo</i> | | | | | | | | |
| No | 63 | 91,3 | 95 | 93,1 | 158 | 92,4 | 0,435 | 0,774 (0,248 – 2,409) |
| Si | 6 | 8,7 | 7 | 6,9 | 13 | 7,6 | | |
| <i>Limitaciones físicas o psicológicas</i> | | | | | | | | |
| No | 43 | 62,3 | 50 | 49,0 | 93 | 54,4 | 0,059 | 1,720 (0,923 – 3,206) |
| Si | 26 | 37,7 | 52 | 51,0 | 78 | 45,6 | | |
| <i>Tiene pareja</i> | | | | | | | | |
| No | 38 | 55,1 | 54 | 52,9 | 92 | 53,8 | 0,453 | 1,090 (0,590 – 2,012) |
| Si | 31 | 44,9 | 48 | 47,1 | 79 | 46,2 | | |
| <i>Apoyo de pareja ante situaciones difíciles</i> | | | | | | | | |
| No | 38 | 55,1 | 57 | 55,9 | 95 | 55,6 | 0,520 | 0,968 (0,523 – 1,789) |
| Si | 31 | 44,9 | 45 | 44,1 | 76 | 44,4 | | |

N: 171

Fuente: Propia de la investigación.

Al establecer la relación de las variables independientes con la presencia de estrés, se logra establecer que ser o no ser víctima del conflicto armado, mantiene una relación estadísticamente significativa con la presencia de estrés con un valor de P inferior a 0,05, al igual que, la frecuencia de crisis en el último mes, la dificultad en

la comunicación familiar, el apoyo familiar, antecedentes familiares de DASS, sobrecarga por tareas asignadas, manifestaciones de cariño, miedo de sufrir una crisis durante actividades sociales, limitaciones físicas o psicológicas. Es decir que la presencia de estrés está relacionada con ser o no ser víctima del conflicto armado al tener un valor de P de 0.025 sin embargo no hay consistencia con la plausibilidad biológica, el tener dificultad en la comunicación familiar tiene relación estadística con el estrés, sin embargo no hay consistencia en la plausibilidad biológica y sus intervalos de confianza, el apoyo familiar tiene relación con el estrés sin embargo no hay consistencia en la plausibilidad biológica, el antecedente familiar de DASS tiene relación con el estrés al igual que lo ocurrido con la sobrecarga de tareas, sin embargo no hay consistencia en sus intervalos de confianza y la plausibilidad biológica, las manifestaciones de cariño al igual que el pensamiento de tener alguna limitación física o psicológica se relacionan con el estrés pero no hay consistencia con la plausibilidad biológica ni en sus rangos de confianza, contrario a lo ocurrido con el miedo de sufrir una crisis durante alguna actividad social el cual aumenta en 2.6 veces el riesgo de generar un estrés patológico.

Tabla # 12 Análisis bivariado, variables relacionadas con DASS

| Variable | Presencia de DASS (No) (n: 30; 17,5%) | | Presencia de DASS (Si) (n: 141; 82,5%) | | Total (n: 171; 100%) | | Valor P* | Riesgo IC |
|-------------------------------------|--|------|---|------|-------------------------|------|--------------|------------------------|
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Edad | | | | | | | | |
| Juventud | 7 | 23,3 | 25 | 17,7 | 32 | 18,7 | 0,725 | N/A |
| Adultez | 18 | 60 | 96 | 68,1 | 114 | 66,7 | | |
| Vejez | 5 | 16,7 | 20 | 14,2 | 25 | 14,6 | | |
| Sexo | | | | | | | | 1,042 |
| Femenino | 14 | 46,7 | 74 | 52,5 | 88 | 51,5 | 0,688 | (0,907 – 1,197) |
| Masculino | 16 | 53,3 | 67 | 47,5 | 83 | 48,5 | | |
| Etnia | | | | | | | | |
| Afrocolombiano | 1 | 3,3 | 2 | 1,4 | 3 | 1,8 | 0,262 | N/A |
| Ninguno | 26 | 86,7 | 132 | 93,6 | 158 | 92,4 | | |
| Pueblos indígenas | 3 | 10 | 7 | 5 | 10 | 5,8 | | |
| Víctima del conflicto armado | | | | | | | 0,477 | 1,083 |

| | | | | | | | | |
|--|----|------|-----|------|-----|------|-------|-------------------|
| No | 21 | 70 | 110 | 78 | 131 | 76,6 | | (0,902 – |
| Si | 9 | 30 | 31 | 22 | 40 | 23,4 | | 1,301) |
| Nivel socioeconómico | | | | | | | | |
| Estrato 1 | 18 | 60 | 83 | 58,9 | 101 | 59,1 | | |
| Estrato 2 | 12 | 40 | 53 | 37,6 | 65 | 38,0 | 1,000 | N/A |
| Estrato 3 | 0 | 0 | 3 | 2,1 | 3 | 1,8 | | |
| Estrato 4 | 0 | 0 | 2 | 1,4 | 2 | 1,2 | | |
| Régimen de afiliación | | | | | | | | |
| Contributivo | 8 | 26,7 | 31 | 22 | 39 | 22,8 | | |
| Especial | 2 | 6,7 | 2 | 1,4 | 4 | 2,3 | | |
| Excepción | 1 | 3,3 | 14 | 9,9 | 15 | 8,8 | 0,327 | N/A |
| No asegurado | 0 | 0 | 2 | 1,4 | 2 | 1,2 | | |
| Subsidiado | 19 | 63,3 | 92 | 65,2 | 111 | 64,9 | | |
| Hábitos tóxicos | | | | | | | | |
| Consumo de alcohol | 2 | 6,7 | 5 | 3,5 | 7 | 4,1 | | |
| Consumo de tabaco | 0 | 0 | 2 | 1,4 | 2 | 1,2 | 0,734 | N/A |
| Ninguno | 28 | 93,3 | 134 | 95 | 162 | 94,7 | | |
| Frecuencia de crisis en el último mes | | | | | | | | |
| 0 | 27 | 90 | 69 | 50,4 | 96 | 57,5 | | |
| 1 | 3 | 10 | 33 | 24,1 | 36 | 21,6 | | |
| 2 | 0 | 0 | 20 | 14,6 | 20 | 12,0 | 0,002 | N/A |
| 3 | 0 | 0 | 8 | 5,8 | 8 | 4,8 | | |
| 4 | 0 | 0 | 7 | 5,1 | 7 | 4,2 | | |
| Medicamentos que toma para la Epilepsia | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 3,3 | 1 | 0,7 | 2 | 1,2 | | |
| 1 | 14 | 46,7 | 62 | 44 | 76 | 47,7 | 0,563 | N/A |
| 2 | 10 | 33,3 | 51 | 36,2 | 61 | 35,7 | | |
| 3 | 5 | 16,7 | 21 | 14,9 | 26 | 15,2 | | |
| 4 | 0 | 0 | 6 | 4,3 | 6 | 3,5 | | |
| Dificultad en la comunicación familiar | | | | | | | | |
| No | 30 | 100 | 121 | 85,8 | 151 | 88,3 | 0,026 | 0,801 (0,740 – |
| Si | 0 | 0 | 20 | 14,2 | 20 | 11,7 | | 0,868) |
| Apoyo familiar | | | | | | | | |
| No | 0 | 0 | 13 | 9,2 | 13 | 7,6 | 0,128 | 1,234 (1,145 – |
| Si | 30 | 100 | 128 | 90,8 | 158 | 92,4 | | 1,331) |
| Antecedentes familiares de DASS | | | | | | | | |
| No | 18 | 60 | 84 | 59,6 | 102 | 59,6 | 1,000 | 0,997 (0,866 – |
| Si | 12 | 40 | 57 | 40,4 | 69 | 40,4 | | 1,147) |
| Sobrecargas por tareas asignadas | | | | | | | | |
| No | 28 | 93,3 | 114 | 80,9 | 142 | 83,0 | 0,114 | 0,862 (0,758 – |
| Si | 2 | 6,7 | 27 | 19,1 | 29 | 17,0 | | 0,980) |
| Manifestaciones de cariño | | | | | | | | |
| No | 0 | 0 | 20 | 14,2 | 20 | 11,7 | 0,026 | 1,248 (1,153 – |
| Si | 30 | 100 | 121 | 85,8 | 151 | 88,3 | | 1,351) |
| Vergüenza de su pensamiento o sentimiento frente a su familia o autoaislamiento | | | | | | | | |
| No | 26 | 86,7 | 92 | 65,2 | 118 | 69,0 | 0,028 | 0,843 (0,746 – |
| Si | 4 | 13,3 | 49 | 34,8 | 53 | 31,0 | | 0,954) |
| Apoyo social | | | | | | | | |
| No | 5 | 16,7 | 58 | 41,1 | 63 | 36,8 | 0,111 | 1,198 (1,056 – |
| Si | 25 | 83,3 | 83 | 58,9 | 108 | 63,2 | | 1,359) |
| Medio a sufrir una crisis durante actividades sociales | | | | | | | | |
| No | 11 | 36,7 | 42 | 29,8 | 53 | 31,0 | 0,516 | 0,945 (0,806 – |
| Si | 19 | 63,3 | 99 | 70,2 | 118 | 69,0 | | 1,107) |
| Rechazo de la sociedad | | | | | | | | |
| No | 29 | 96,7 | 111 | 78,7 | 140 | 81,9 | 0,018 | 0,819 (0,737 – |
| Si | 1 | 3,3 | 30 | 21,3 | 31 | 18,1 | | 0,911) |
| Tiene trabajo | | | | | | | | |
| No | 18 | 60 | 89 | 63,1 | 107 | 62,6 | | 1,024 |
| Si | 12 | 40 | 52 | 36,9 | 64 | 37,4 | 0,836 | (0,885 – |
| Rechazo de trabajo por su condición | | | | | | | | |
| No | 27 | 90 | 120 | 85,1 | 147 | 86,0 | 0,772 | 0,933 (0,787 – |
| Si | 3 | 10 | 21 | 14,9 | 24 | 14,0 | | 1,105) |
| Coordinación de personal o personas a cargo | | | | | | | | |
| No | 29 | 96,7 | 129 | 91,5 | 158 | 92,4 | 0,469 | 0,884 |

| | | | | | | | | |
|---|----|-----|----|------|----|------|--------------|-----------------|
| Si | 1 | 3,3 | 12 | 8,5 | 13 | 7,6 | | (0,744 – 1,052) |
| Limitaciones físicas o psicológicas | | | | | | | | |
| No | 21 | 70 | 72 | 51,1 | 93 | 54,4 | 0,070 | 0,875 |
| Si | 9 | 30 | 69 | 48,9 | 78 | 45,6 | | (0,764 – 1,003) |
| Tiene pareja | | | | | | | | |
| No | 15 | 50 | 77 | 54,6 | 92 | 53,8 | 0,690 | 1,033 |
| Si | 15 | 50 | 64 | 45,4 | 79 | 46,2 | | (0,898 – 1,188) |
| Apoyo de pareja ante situaciones difíciles | | | | | | | | |
| No | 15 | 50 | 80 | 56,7 | 95 | 55,6 | 0,547 | 1,049 |
| Si | 15 | 50 | 61 | 43,3 | 76 | 44,4 | | (0,911 – 1,209) |

N: 171

Fuente: Propia de la investigación.

Al relacionar las variables independientes con la presencia de DASS se logra establecer que la frecuencia de crisis en el último mes mantiene una relación estadísticamente significativa con la presencia de DASS con un valor de P inferior a 0.05, al igual que, la dificultad en la comunicación familiar, las manifestaciones de cariño, vergüenza de su pensamiento o sentimiento frente a su familia o autoaislamiento, rechazo de la sociedad, y limitaciones físicas o psicológicas, sin embargo no se evidenció consistencia en la plausibilidad biológica ni en sus intervalos de confianza.

VIII. DISCUSIÓN

El pensamiento de que crisis es igual a epilepsia llevo a que en el 2021, la ILAE defina epilepsia cuando se ha cumplido con al menos uno de los siguientes apartados, “presentar al menos dos crisis no provocadas o reflejas en 48 horas con un intervalo de tiempo de 24 horas entre ellas, la aparición de una crisis no provocada con la posibilidad que durante los siguientes 10 años aparezcan más crisis después de un diagnóstico de un síndrome epiléptico o dos crisis no provocadas” (9), además de entender que si bien las crisis son el principal signo por el cual acuden los pacientes hay otras manifestaciones dependiendo de la zona de alteración que se genere. Por ello, respondiendo a que la epilepsia es multifactorial, es necesario estudiar más al fondo otras causales como son los trastornos alusivos a la salud mental como ansiedad, depresión y estrés, que según estudio realizado por la ILAE estas alteraciones están presentes en al menos el 25% de los pacientes, y que puede aumentar el riesgo de crisis recurrentes en hasta 7 veces a comparación de la demás población e incluso tener riesgo 10 veces mayor de suicidio si se trata de un paciente epiléptico con depresión (6), lo que coincide con la presente investigación donde se evidenció que la presencia de crisis frecuentes en pacientes con depresión presenta un riesgo 2.8 veces mayor en los pacientes objeto de estudio, con ello se determinó la necesidad de explorar la presencia de ansiedad, depresión y estrés con variables directas e indirectas que posiblemente pueden explicar la falta de concientización y

reconocimiento de la importancia de la salud mental sobre el curso natural de la enfermedad para permitir un tratamiento integral y oportuno.

Este estudio en pacientes nariñenses encontró que sociodemográficamente hay una mayor proporción de mujeres (51,5%) en comparación con los hombres (48,5%) y que la edad mantiene una mediana de 40 años (min. 19 años - máx. 85 años). Con respecto a estos datos, se resalta la investigación de la organización Ápice Epilepsia donde si bien la mayor proporción se concentró en los hombres, la relación hombre-mujer es 1:1 siendo similar a lo encontrado (26).

Además según el estudio de Maritan, B. Favaretto, G. Tarifa, B. se encontró una edad media de 42 años con rango intercuartil entre 27 y 57 años ((27), similar a lo expuesto en la presente investigación y que se refuerza con el estudio realizado por Tedrus, G. Leandro, V y Etchegaray, A. quienes mencionan que la edad media fue de 49 años con rango intercuartil entre 32 y 66 años, con lo cual se evidencia que la tendencia es similar a pesar de ser una población diversa (28).

Con respecto a las circunstancias del entorno familiar, social, laboral y sentimental se resalta que la mayor proporción de los pacientes (69%) presentaban miedo de sufrir una crisis epiléptica durante alguna actividad social lo cual se reafirma con lo encontrado en el estudio de Kim H, Lee J, Park H, et al. donde se menciona que el estigma social acerca de la epilepsia (32,9%) es desencadenante de estrés, ansiedad y depresión en los pacientes (29).

Adicional a lo anterior en la presente investigación se encontró que los pacientes no tenían pareja actual (53,8%) al igual que lo encontrado por Maritan, B.

Favaretto, G. Tarifa, B. donde menciona que el 59,25% de los pacientes tenían un estado civil soltero, lo que sugiere que el ámbito sentimental influía directamente sobre la salud mental y emocional de los pacientes, siendo la adecuada comunicación y conexiones amorosas positivas un factor protector para una adecuada salud mental (27).

Sumado a lo anterior, se encontró que la mayor proporción de los pacientes (82.4%) padecían de algún trastorno mental ya patológico, donde la ansiedad era el trastorno mas frecuente (70.17%) seguido de la depresión y el estrés, hallazgo compartido por Qin S, Yang Z, Guan Z, et al. quienes mencionan que el 43% de sus pacientes objeto de estudio tenían ansiedad como trastorno mas frecuente seguido del estrés y depresión respectivamente (30), confirmando asi lo encontrado por Lee SA, Jeon JY, No SK, Park H, Kim OJ, Kwon JH, et al. quienes mencionan que la ansiedad y depresión son las comorbilidades mas frecuentes en la epilepsia utilizando otras escalas como la Escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria (HADS) (29), sin embargo se resalta la investigación de Shadid, A. M., Alsaber, N., Aldawish, R. et al. quienes a diferencia del presente estudio definen que hubo una mayor prevalencia en los síntomas depresivos que en los síntomas de ansiedad (31).

El estrés estuvo presente en el 59.6% de la población objeto de estudio de la presente investigación como uno de los trastornos más frecuentes que podía estar o no acompañado de ansiedad y/o depresión, lo cual es confirmado por Aguilar, J. Bono, E. García, A. Tormos-Pons, P. et al. quienes mencionan que el estrés esta presente en los pacientes con epilepsia en diferentes fenotipos y esto define una alteración

significativa en el desempeño cognitivo y la calidad de vida del paciente cuando se realiza un manejo inadecuado del mismo (32).

Finalmente, al relacionar la presencia o ausencia de ansiedad, depresión y estrés con las variables sociodemográficas y clínicas, así como también con los diferentes entornos del paciente se encontró que las mujeres tienen una mayor prevalencia (52.5%) en la presencia de algún trastorno mental a comparación con los hombres, hallazgo compartido por Lee SA, Jeon JY, No SK, Park H, Kim OJ, Kwon JH, quienes definen que las comorbilidades más frecuentes se presentaron en mayor proporción en las mujeres (44.7%) siendo la de hombres una prevalencia menor (42.6%) mediante la escala HADS (29). De igual manera, la presencia de algún trastorno mental de manera conjunta o separada interviene directamente sobre la aparición de crisis frecuentes lo que es avalado por la ILAE quien define que la epilepsia al ser un trastorno multifactorial puede desencadenar consecuencias neurológicas, cognitivas, sociales y psicológicas que afectan sobre la calidad de vida de los pacientes, con lo cual se resalta la necesidad de determinar y estudiar los desencadenantes de estas crisis sin olvidar las alteraciones de la salud mental.

Se concluye que los trastornos mentales son uno de los pilares fundamentales en la salud de un paciente e interviene en cada uno de los entornos que los rodean, sobre todo en aquel paciente donde su estado neurológico se encuentra afectado, la necesidad de estudiar más a fondo esta entidad patológica hace un llamado a los miembros de salud y demás sociedad a entender que la salud mental es tan importante como la salud física y que situaciones en específico como la necesidad de

apoyo social puede generar muchos beneficios así como también el perjuicio de la dependencia emocional.

IX. CONCLUSIONES

- Teniendo en cuenta que la epilepsia no discrimina entre edad y género, en este estudio se encontró que hubo una relación 1:1 entre hombres y mujeres, con edades mínimas desde los 19 años y edad máxima de 85 años, afectando a cualquier ciclo vital pero sobre todo en la adultez.
- La epilepsia puede aparecer a cualquier edad, en este estudio se encontró que la edad mínima de aparición fue de 0 años y la edad máxima fue de 82 años.
- El entorno familiar resulta esencial en los pacientes con epilepsia encontrando que su principal red de apoyo proviene de padres o hijos, quienes manifiestan que a pesar de que la epilepsia es una enfermedad crónica han obtenido una respuesta satisfactoria desde el momento en que los diagnosticaron.
- El apoyo social dado por vecinos y/o amigos es otra red de apoyo en los pacientes con epilepsia sin embargo no excluye que el 69% de los pacientes continúan con miedos de sufrir algunas crisis durante alguna actividad social, encontrando estadísticas significativas ante la relación apoyo social y DASS principalmente por la dependencia emocional.
- La salud mental resulta importante en la vida del hombre, aun mas en los pacientes con epilepsia, donde con este estudio se encontró que el 82,4% tuvieron algún trastorno mental, y que mas de la mitad de ellos tenían los tres trastornos estudiados (ansiedad, estrés y depresión) de forma conjunta.

- Con respecto a los trastornos mentales, se encontró que la ansiedad (120/171) era el principal trastorno seguido de depresión (108/171) y estrés (102/171) respectivamente.
- El pensamiento de tener alguna limitación ya sea física o psicológica aumenta el riesgo en 2.6 veces el padecer de ansiedad patológica y 2.2 veces el riesgo de padecer depresión patológica.
- A pesar de que la epilepsia es un trastorno neurológico crónico aun sigue siendo estigmatizada por la sociedad donde existe el miedo de sufrir crisis durante alguna actividad social lo que aumenta el riesgo en 2.6 veces el padecer de un estrés patológico.

X. RECOMENDACIONES

Se recomienda aumentar el tamaño de muestra para futuras investigaciones para poder abarcar mayormente a esta población y entidad patológica, entendiendo a la salud mental como uno de los posibles desencadenantes principales de las crisis convulsivas y realizando conciencia sobre los profesionales en salud acerca de la importancia de la misma, que según lo manifestado por los pacientes no se les tiene en cuenta aspectos de su salud mental al momento de sus controles.

Además se recomienda hacer una historia clínica más completa del paciente donde se tenga en cuenta también los aspectos de la calidad de vida de los pacientes y su salud mental, con la finalidad de hacer un estudio mas completo acerca de esta enfermedad e incrementar el conocimiento que se tiene de la misma, así como también concientizar a los profesionales de salud de la importancia de una adecuada salud mental sobre el curso natural de las diferentes entidades patológicas.

XI. FORTALEZAS Y LIMITACIONES

11.1 FORTALEZAS

- Es un estudio que cuenta con población con limitados antecedentes de investigación
- Es un estudio que abarca la interacción entre dos patologías y como estas intervienen en el curso natural de la enfermedad
- Es un estudio donde el tamaño de muestra es pequeño lo que permite hacer un análisis más específico centrado en la población.
- Es un estudio que permite la elaboración de nuevas investigaciones a partir de los resultados obtenidos
- Es un estudio que sirve como referencia para permitir una nueva visión de la epilepsia y conocer como los diferentes entornos intervienen sobre ella

11.2 LIMITACIONES

- Falta de investigaciones sobre este grupo poblacional y demográfico
- Dificultad en la comunicación asertiva con los pacientes al momento de realizar la encuesta DASS-21 por la extensión de la misma
- El uso de historias clínicas como método de recolección de datos puede verse sesgado por la mala digitalización o falta de información en las mismas, lo que afecta la calidad del proyecto.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. World Health Organization. Epilepsy [Internet]. 2022 [citado 2 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>
2. Ministerio de Salud y Protección Social. 25 por ciento de los casos de epilepsia son prevenibles. 8 de febrero de 2021 [citado 7 de febrero de 2021]; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/25-por-ciento-de-los-casos-de-epilepsia-son-prevenibles.aspx>
3. Instituto Departamental de Salud de Nariño. Análisis de la situación de salud del departamento de Nariño con el modelo de los determinantes sociales. enero de 2021 [citado 2 de diciembre de 2022]; Disponible en: <http://idsn.gov.co/site/web2/images/documentos/epidemiologia/asis/Departamental%20Nario%20ASIS%202020.pdf>
4. Volkens N, Ballesta D. Abordar la ansiedad en personas con epilepsia: el poder del neurólogo. Epigraph [Internet]. 2022 [citado 13 de abril de 2023];24. Disponible en: <https://www.ilae.org/journals/epigraph/epigraph-vol-24-issue-1-winter-2022/abordar-la-ansiedad-en-personas-con-epilepsia-el-poder-del-neur-logo>
5. Scheffer IE, Berkovic S, Capovilla G, Connolly MB, French J, Guilhoto L, et al. ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. Epilepsia [Internet]. 1 de abril de 2020 [citado 2 de diciembre de 2023];58(4):512-21. Disponible en:

<https://www.ilae.org/files/ilaeGuideline/ClassificationEpilepsies-Scheffer2017-Spanish.pdf>

6. Zapata Barco AM, Restrepo-Martínez M, Restrepo D. Depresión en personas con epilepsia. ¿Cuál es la conexión? Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. enero de 2020 [citado 9 de febrero de 2023];49(1):53-61. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-depresion-personas-con-epilepsia-cual-S0034745017301397>
7. Paredes Aragón E, Ruiz Garcia R, Burneo JG. Depresión en pacientes con epilepsia. Conceptos fisiopatológicos, clínicos y estrategias terapéuticas. Rev Neurol [Internet]. 2023 [citado 15 de febrero de 2023];76(04):137. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36782349/>
8. Toro Pérez JE, Suller Martí A, Herrera Aramburu M, Bottan J, Burneo JG. Epilepsia del lóbulo temporal plus: revisión. Rev Neurol [Internet]. 16 de septiembre de 2020 [citado 15 de marzo de 2023];71(06):225. Disponible en: <https://neurologia.com/articulo/2020339/esp>
9. Reséndiz-Aparicio JC, Pérez-García JC, Olivas-Peña E, García-Cuevas E, Roque-Villavicencio YL, Hernández-Hernández M, et al. Guía clínica. Definición y clasificación de la epilepsia. Revista Mexicana de Neurociencia [Internet]. 7 de febrero de 2020 [citado 9 de abril de 2023];20(2). Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmn/v20n2/1665-5044-rmn-20-2-7.pdf>

10. Wirrell E, Tinuper P, Perucca E, Moshé SL. Introduction to the epilepsy syndrome papers. *Epilepsia* [Internet]. 3 de junio de 2022 [citado 9 de abril de 2023];63(6):1330-2. Disponible en:
<https://www.ilae.org/files/dmfile/epilepsy-syndromes-introduction.pdf>
11. Hirsch E, French J, Scheffer IE, Bogacz A, Moshé SL, Tinuper P, et al. Definición de ILAE de los síndromes de epilepsia generalizada idiopática: Declaración de posición del Grupo de Trabajo de ILAE sobre Nosología y Definiciones [Internet]. Vol. 18, Stephane Auvin. 2022 nov [citado 9 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.ilae.org/files/dmfile/epilepsias-generalizadas-idiopaticas-es-pdf.pdf>
12. Cancho Candela R, Andrés De Álvaro M. Epilepsia: clasificación, definiciones, diagnóstico Síndromes epilépticos según la edad [Internet]. 2020 [citado 9 de abril de 2024]. Disponible en:
https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2020/xxiv07/03/n7-375-382_RamonCancho.pdf
13. Adamolekun B. MSD. 2022 [citado 9 de abril de 2023]. Trastornos convulsivos. Disponible en:
<https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/trastornos-convulsivos/trastornos-convulsivos>
14. *Epilepsia* [Internet]. 2022 [citado 9 de abril de 2023]. Disponible en:
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000694.htm>

15. Loscalzo J, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson JL. Harrison. Principios de Medicina Interna, 21e. 21ª ed. McGrawHill; 2022. 1796 p. [citado el 21 de noviembre de 2024].
16. Yang Y, Wang JZ. From Structure to Behavior in Basolateral Amygdala-Hippocampus Circuits. *Front Neural Circuits* [Internet]. 31 de octubre de 2020 [citado 23 de febrero de 2024];11. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/neural-circuits/articles/10.3389/fncir.2017.00086/full>
17. Briellmann RS, Hopwood MJ, Jackson GD. Major depression in temporal lobe epilepsy with hippocampal sclerosis: clinical and imaging correlates. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* [Internet]. 26 de enero de 2021 [citado 14 de agosto de 2023];78(11). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2117607/>
18. Vania KP, Flora DLBM. Trastornos psiquiátricos en los pacientes con epilepsia. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 1 de noviembre de 2022 [citado 9 de abril de 2023];24(6):979-85. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-trastornos-psiquiatricos-los-pacientes-con-S0716864013702529>
19. Vázquez-Gómez L. Comportamiento de los trastornos neuropsiquiátricos en pacientes con epilepsia. *Acta Médica del Centro* [Internet]. 2 de junio de 2022 [citado 9 de abril de 2023];16. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amdc/v16n2/2709-7927-amdc-16-02-230.pdf>

20. World Health Organization. La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos. World Health Organization [Internet]. 17 de junio de 2022 [citado 11 de febrero de 2024]; Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>
21. Navarra S. SaludNavarra. 2023 [citado 9 de abril de 2024]. Tipos trastornos ansiedad. Disponible en: http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Mi+enfermedad/Trastornos+de+ansiedad/Introduccion/Tipos+trastornos+ansiedad/
22. ILAE. Más que crisis: en personas con epilepsia, la ansiedad social afecta la calidad de vida. Epigraph [Internet]. 2021 [citado 14 de junio de 2023];21. Disponible en: <https://www.ilae.org/journals/epigraph/epigraph-vol-21-issue-1-winter-2019/m-s-que-crisis-en-personas-con-epilepsia-la-ansiedad-social-afecta-la-calidad-de-vida#:~:text=En%202015%20un%20estudio%20canadiense,pensaran%20si%20presenciaban%20una%20crisis.>
23. Congreso de Colombia. LEY 1414 DE 2010. 11 de noviembre de 2010 [citado 26 de diciembre de 2022]; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGU/B/ley-1414-2010.pdf>

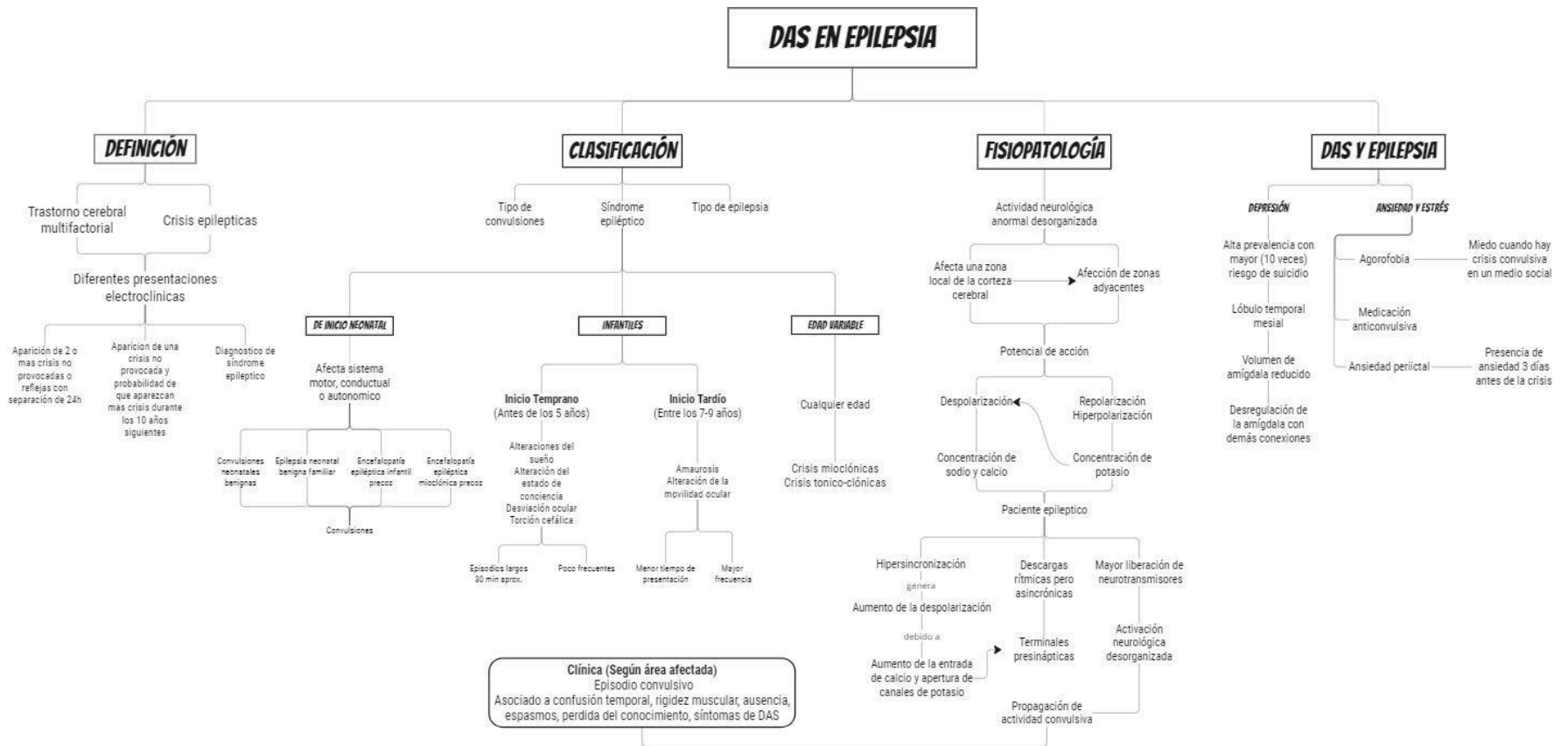
24. Galan Puse K, Pinto Gonzales A. Evidencias Psicométricas de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) en adultos emergentes de Lima Metropolitana y Callao [Internet]. [Lima]: Universidad César Vallejo; 2021 [citado 18 de abril de 2024]. Disponible en:
<https://core.ac.uk/download/pdf/483437026.pdf>
25. La cual se establecen las normas científicas P, la investigación en salud. T y. AP. RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993 [Internet]. Gov.co. [citado el 21 de noviembre de 2024]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>
26. Spinelli M. Estudio Sociológico de Investigación Sobre Epilepsia. Ápice epilepsia [Internet]. 2022 [citado 29 de junio de 2024]; Disponible en:
<https://www.apiceepilepsia.org/la-epilepsia-y-el-estilo-de-vida/estudio-de-investigacion-sobre-epilepsia/>
27. Maritan BS, Favaretto G, Tarifa B, de Faria FM, Antônio LF, Ricci MF, et al. Clinical and sociodemographic characteristics of patients with epilepsy attended at a regional reference psychiatric emergency unit. *Epilepsy Res* [Internet]. julio de 2024 [citado 29 de julio de 2024];203:107369. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38701645/>
28. Tedrus GMAS, Leandro-Merhi VA, Etchegaray A, Randi YM. Family support in adults with epilepsy. *Arq Neuropsiquiatr* [Internet]. 30 de noviembre de 2023 [citado 29 de junio de 2024];81(11):956-60. Disponible en:

<https://www.arquivosdeneuropsiquiatria.org/article/family-support-in-adults-with-epilepsy/>



29. Lee SA, Jeon JY, No SK, Park H, Kim OJ, Kwon JH, et al. Factors contributing to anxiety and depressive symptoms in adults with new-onset epilepsy. *Epilepsy & Behavior* [Internet]. noviembre de 2021 [citado 29 de junio de 2024];88:325-31. Disponible en:
[https://www.epilepsybehavior.com/article/S1525-5050\(18\)30588-2/abstract](https://www.epilepsybehavior.com/article/S1525-5050(18)30588-2/abstract)
30. Qin SK, Yang ZX, Guan ZW, Zhang JH, Ping X, Lu Y, et al. Exploring the association between epilepsy and depression: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 2022 [citado 29 de junio de 2024];17(12):e0278907. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9754200/>
31. Shadid AM, Alsaber N, Aldawish RA, Humaid HM, AlMubarak F, Alazwari LS, et al. Depression and anxiety among patients with epilepsy: A cross-sectional study from Riyadh, Saudi Arabia. *J Family Med Prim Care* [Internet]. febrero de 2024 [citado 29 de junio de 2024];13(2):549-55. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11006070/>
32. Catalán-Aguilar J, González-Bono E, Lozano-García A, Tormos-Pons P, Hampel KG, Villanueva V, et al. Stress phenotypes in epilepsy: impact on cognitive functioning and quality of life. *Front Psychol* [Internet]. 2023;14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1100101>

XIII. ANEXOS

Anexo # 1 Marco teorico



Anexo # 2 Consentimiento informado

| | | | | |
|---|---|-----------|-------------------------|---|
|  | <p>CRITERIOS PARA ELABORACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> | CÓDIGO: | FECHA DE ELABORACIÓN: |  |
| | | FRGDI-021 | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: | |
| | | VERSIÓN: | | |
| | | | | |

La presente investigación se hará cargo por estudiantes de la Fundación Universitaria San Martín, sede Pasto, bajo la dirección de docentes especialistas en el tema e investigación. Este documento servirá de base para la aplicación de una escala de medición de Ansiedad, Depresión y Estrés en los pacientes con diagnóstico clínico de epilepsia que asistan por consulta externa al Hospital Universitario Departamental de Nariño, toda vez que esta sea necesaria para la solución al problema de investigación.

En la presente investigación se dará uso del cuestionario DASS21 que consta de 21 preguntas cuyo procedimiento se basa en la sumatoria de las puntuaciones de los ítems que evalúan síntomas emocionales con el fin de identificar la existencia de depresión, ansiedad y estrés en pacientes diagnosticados con epilepsia y que asistan a control por consulta externa en el Hospital Universitario departamental de Nariño durante el periodo del Julio a Agosto del 2023, con el objetivo de detectar a tiempo la presencia de aquellos detonantes de crisis epilépticas que potencialmente pueden intervenir en el curso natural de la enfermedad y calidad de vida en los pacientes a

tratar, toda vez que se intente realizar un manejo multidisciplinario y especializado lo más temprano posible para así evitar complicaciones anexas.

Cabe aclarar que la participación en la investigación, así como el diligenciamiento de este consentimiento, es totalmente voluntaria y se somete a su decisión, misma que de ser positiva nos permite la realización completa de la encuesta y así determinar los estados emocionales de Ansiedad, Depresión y Estrés, además de resaltar que sus resultados serán tomados con fines académicos, es decir, se respetara el derecho a la confidencialidad y por ende no afectara a la atención prestada por la institución; su realización tomara como máximo 25 minutos de su tiempo.

De igual manera, se aclara que, de existir alguna duda sobre el proyecto, usted está en su derecho en realizarla en cualquier momento durante la participación, así como también dar a conocer su postura frente a un posible retiro voluntario o la no participación del mismo.

Una vez leído y entendido este consentimiento, yo _____ con tipo de identificación C.C _____, declaro que se me ha permitido la oportunidad de preguntar y se me han contestado satisfactoriamente las preguntas, por ello acepto en participar en el estudio de investigación titulado “caracterización de depresión, ansiedad y estrés en pacientes diagnosticados con epilepsia”, además recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

FIRMA PARTICIPANTE

FIRMA TESTIGO 1

FIRMA TESTIGO 2

FIRMA DE LOS INVESTIGADORES

| | | | |
|---|--------------------|--------------------|--|
| Realizado por: LAURA SARAI MAYA ORTEGA, GABRIEL ESTEBAN MAYA MARCILLO, ANGELA MARIA ENRIQUEZ VALLEJO. | — Revisado por: | — Aprobado por: | |
|---|--------------------|--------------------|--|

| Versión | Fecha | Cambios |
|---------|-------|---------|
| | | |

Anexo # 3 Aval institucional



¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!

San Juan de Pasto,

Magister
LUIS EDUARDO GONZALES MARTINEZ
Coordinador Investigación - Programa de Medicina
Fundación Universitaria San Martín

ASUNTO: Respuesta a solicitud aprobación Proyecto de Investigación de tipo académico. Radicado No 9449

Respetado Doctor (a) (s)

Una vez revisada su petición, referente a proyectos académicos informa que una vez revisado y contando con aval previo por parte del comité de investigación de la FUSM, se emite, concepto favorable desde lo metodológico al proyecto "Ansiedad, depresión y estrés en pacientes con diagnóstico de epilepsia atendidos en consulta externa en el hospital universitario departamental de Nariño entre julio a noviembre del 2023",

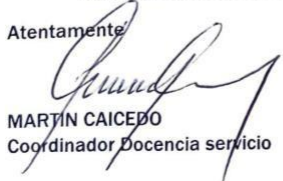
Por lo anterior se solicita entregar a la oficina de Docencia e Investigación del HUDN los siguientes documentos todos Originales, sin firmas digitales:

50. Formato de confidencialidad el cual debe firmarse por investigadores y asesores
51. Entregar en físico formato de consentimiento informado (si aplica)
52. Cronograma de ejecución con fechas exactas para recolección de información, indispensable para la reserva de la biblioteca donde realizará la actividad.
53. Constancia que certifique que el proyecto es netamente académico y posee los permisos de ejecución bajo la resolución 8430 de 1993 sobre consideraciones éticas, emitido por la coordinación de investigación de la Universidad.
54. Constancia que certifique que la información extraída de historias clínicas o datos de los pacientes del HUDN, solo se utilizará en la presente investigación y no tendrá otros fines a los declarados en el proyecto académico, la cual se entregara al finalizar el proyecto.
55. Certificación del Asesor científico del HUDN, que acepte acompañarlos en el proceso de recolección y finalización del proyecto. Si ya tienen asignado adjuntar el certificado
56. Si es necesario contar con registro de pacientes para revisión de historia clínica, se debe adjuntar un oficio donde se especifique la información requerida y un correo donde se envíe la información (correo asesor metodológico, coordinador de investigación y estudiante)

Es pertinente resaltar que una vez se termine con la investigación se tenga en cuenta lo siguiente:

- Entrega formal de los resultados expuestos en el trabajo final, donde se incluye información del HUDN
- Evaluación en conjunto con docencia e investigación los Potenciales métodos de divulgación del producto y los reconocimientos del mismo al HUDN
- Los asesores científicos del HUDN gestionar su inclusión al grupo de investigación en salud HOSDENAR del Hospital Universitario Departamental de Nariño.

Atentamente


MARTÍN CAICEDO
Coordinador Docencia servicio

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño
Commutador 7333400 * Fax 7333408 y 7333409
www.hosdenar.gov.co *mail: hudn@hosdenar.gov.co



Anexo # 4 Tabla variables relacionadas con la ansiedad, depresión y estrés

| DASS 21 | (0) No me ha ocurrido | (1) Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo | (2) Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo | (3) Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo | Media (DS) |
|--|--------------------------|---|---|--|------------------|
| ANSIEDAD | | | | | |
| Me di cuenta que tenía la boca seca | 71 (41,52%) | 47 (27,48%) | 34 (19,88%) | 19 (11,11%) | 42,75 (22,03) |
| Se me hizo difícil respirar | 87 (50,87%) | 54 (31,57%) | 26 (15,20%) | 4 (2,33%) | 42,75 (35,90) |
| Sentí que mis manos temblaban | 56 (33,33%) | 55 (32,16%) | 43 (25,14%) | 17 (9,94%) | 42,75 (18,15) |
| Está preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo | 63 (36,84%) | 60 (35,08%) | 32 (18,71%) | 16 (9,35%) | 42,75 (22,64) |
| Sentí que esta al punto de pánico | 78 (45,61%) | 60 (35,08%) | 28 (16,37%) | 5 (2,92%) | 42,75 (32,57) |
| Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico | 100 (58,47%) | 35 (20,46%) | 25 (14,61%) | 11 (6,43%) | 42,75 (39,41) |
| Tuve miedo sin razón | 75 (43,85%) | 62 (36,25%) | 30 (17,54%) | 4 (2,33%) | 42,75 (32,01) |
| DEPRESIÓN | | | | | |
| No podía sentir ningún sentimiento positivo | 50 (29,24%) | 79 (46,20%) | 34 (19,88%) | 8 (4,68%) | 42,75 (29,72) |
| Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas | 51 (29,82%) | 73 (42,69%) | 35 (20,47%) | 12 (7,02%) | 42,75 (25,74) |
| He sentido que no había nada que me ilusionara | 69 (40,35%) | 58 (33,92%) | 39 (22,81%) | 5 (2,92%) | 42,75 (28,05) |
| Me sentí triste y deprimido | 33 (19,30%) | 58 (33,92%) | 59 (34,50%) | 21 (12,28%) | 42,75 (18,83) |
| No me pude entusiasmar por nada | 58 (33,92%) | 69 (40,35%) | 36 (21,05%) | 8 (4,68%) | 42,75 (26,92) |
| Sentí que valía muy poco como persona | 94 (54,97%) | 43 (25,15%) | 28 (16,37%) | 6 (3,51%) | 42,75 (37,39) |
| Sentí que la vida no tenía ningún sentido | 112 (65,50%) | 33 (19,30%) | 22 (12,87%) | 4 (2,34%) | 42,75 (47,68) |
| ESTRÉS | | | | | |
| Me ha costado mucho descargar la tensión | 27 (15,79%) | 61 (35,67%) | 32 (18,71%) | 18 (10,53%) | 42,75 (23,72) |
| Reaccione exageradamente en ciertas situaciones | 54 (31,58%) | 53 (30,99%) | 44 (25,73%) | 20 (11,70%) | 42,75 (15,81) |
| He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía | 38 (22,22%) | 47 (27,49%) | 66 (38,60%) | 20 (11,70%) | 42,75 (19,13) |
| Me he sentido inquieto | 55 (32,16%) | 67 (39,18%) | 39 (22,81%) | 10 (5,85%) | 42,75 (24,66) |
| Se me hizo difícil relajarme | 28 (16,37%) | 56 (32,75%) | 66 (38,60%) | 21 (12,28%) | 42,75 (21,65) |
| No tolere nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo | 66 (38,60%) | 69 (40,35%) | 26 (15,20%) | 10 (5,85%) | 42,75 (29,34) |
| He tendido a sentirme enfadado con facilidad | 44 (25,73%) | 58 (33,92%) | 53 (30,99%) | 16 (9,36%) | 42,75 (18,75) |

N: 171

Fuente: Propia de la investigación.

Anexo # 5 Publicación 7º Encuentro Nacional de Semilleros de Investigación en Ciencias de la Salud. ENSI 2023

IRP 454 Póster Oral

Ansiedad, depresión y estrés en pacientes con diagnóstico de epilepsia atendidos en HUDN. 2023

Anxiety, depression, and stress in patients with a diagnosis of epilepsy seen at HUDN. 2023

Autores:

Laura Sarai Maya Ortega^a, Gabriel Esteban Maya Marcollo^a,
Ángela María Enriquez Vallejo^a, Ana Isabel Vallejo N^a

Filiación Institucional

^a Estudiante Investigador, programa de medicina, semillero SEIFUSM, Fundación Universitaria San Martín

^b Docente Investigador, programa de medicina, semillero SEIFUSM, Fundación Universitaria San Martín

Correo de correspondencia

ana.vallejo@sanmartin.edu.co

Resumen:

Introducción: se define la epilepsia como una de las enfermedades cerebrales crónicas multifactoriales no transmisibles presente a cualquier edad y género. Se han realizado pocos estudios donde se da a entender que esta también afecta a la calidad de vida del paciente, pues aproximadamente el 25% de ellos presentan alguna psicopatología como ansiedad, depresión y estrés, los cuales pueden ser los mayores detonantes de las crisis epilépticas, aun así, los médicos suelen tomar como algo ajeno estos trastornos y por ende su tratamiento es subóptimo, sin tener presente que esta puede manifestarse desde síntomas leves a graves siendo esta última generada comúnmente por las psicopatologías. **Objetivo:** determinar el nivel de ansiedad, depresión y estrés en pacientes con diagnóstico de epilepsia atendidos en consulta externa en el hospital departamental de Nariño durante el periodo de julio a noviembre del 2023. **Metodología:** investigación con paradigma mixto de tipo observacional descriptivo transversal, se incluirá pacientes hombres o mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de epilepsia que asistan a consulta externa, excluyendo aquellos que cuenten con comorbilidades psiquiátricas graves, embarazo, que sean atendidos en otra área del hospital o que no acepten la realización de la encuesta DASS-21. Las fuentes de recolección son primarias para la encuesta DASS-21 y el formulario semiestructurado creado por los investigadores y secundaria para la revisión de historias clínicas. **Resultados:** epilepsia como discapacidad, pacientes con alteración de la memoria, miedo al rechazo, familia como red de apoyo principal, miedo a sufrir una crisis, deterioro de funciones superiores. **Discusión:** las psicopatologías en la epilepsia generan limitaciones propias y externas al paciente afectando su calidad de vida y entornos, Estudios realizados afirman que el paciente con ansiedad o depresión tienen 7 veces más riesgo de crisis recurrentes, afectando así la calidad de vida y pronóstico de las personas con epilepsia.

Palabras clave: epilepsia, ansiedad, depresión, estrés, psicopatologías.

Anexo # 6 Artículo científico

Epilepsia y salud mental: Midiendo el nivel de ansiedad, depresión y estrés. Un estudio transversal **Epilepsy and mental health: measuring the level of anxiety, depression, and stress. A cross-sectional study**

ENRIQUEZ VALLEJO ANGELA MARIA – MAYA MARCILLO GABRIEL ESTEBAN –
MAYA ORTEGA LAURA SARAI

Resumen

La epilepsia es un trastorno neurológico no transmisible con alta prevalencia en el mundo, en donde se ha encontrado que los pacientes experimentan un impacto negativo en su calidad de vida, afectando así sus diferentes entornos (familiar, social, laboral, sentimental). Por lo tanto, se ha encontrado una estrecha relación con algunos trastornos mentales en especial la Ansiedad, depresión y estrés; el presente artículo determina y mide el nivel de DASS en pacientes con diagnóstico de epilepsia identificando las circunstancias de cada uno de sus entornos encontrando así relación entre ellas que pueden interferir con el desarrollo y evolución de la enfermedad base, siendo este un estudio observacional, descriptivo de corte transversal.

Palabras clave: Epilepsia, Calidad de vida, DASS, Entornos.

Abstract

Epilepsy is a non-transmissible neurological disorder with high prevalence in the world, where it has been found that patients experience a negative impact on their quality of life, thus affecting their different environments (family, social, work, sentimental). Therefore, a close relationship has been found with some mental disorders, especially anxiety, depression and stress; the present article determines and measures the level of DASS in patients diagnosed with epilepsy, identifying the circumstances of each of their environments, thus finding a relationship between them that may interfere with the development and evolution of the base disease, being this an observational, descriptive, cross-sectional study.

Introducción

De acuerdo con la OMS define la epilepsia como una de las enfermedades cerebrales crónicas multifactoriales no transmisibles presentes en aproximadamente 50 millones de personas siendo este un problema de salud pública (1), en donde el diagnóstico aparte de tener un impacto clínico también repercute en la vida cotidiana afectando negativamente la calidad de vida del paciente y su entorno convirtiéndose adicionalmente en una enfermedad neuropsiquiátrica; No obstante, una revisión sistemática reciente encontró que la información e investigaciones referentes a la salud mental y la epilepsia son mínimas. Sin embargo, se resalta una investigación realizada por la ILAE donde se menciona que el 25% de los pacientes con epilepsia sufren algún trastorno en su salud mental, agregando a lo anterior otras investigaciones indican que la presencia de algún trastorno mental en pacientes epilépticos aumenta 7 veces más el riesgo de padecer crisis convulsivas a repetición (2), influyendo negativamente en el control de la crisis siendo este el primer objetivo al inicio del tratamiento, afectando así la adherencia al tratamiento y consecuentemente el control de las crisis. Además, es importante resaltar los trastornos involucrados con mayor frecuencia en los pacientes epilépticos los cuales son “la depresión, ansiedad y estrés”. Por tal motivo, se considera importante investigar de una manera integral lo que conlleva la epilepsia, no solo la presencia de las convulsiones y sus consecuencias, sino que también evaluar de manera global, teniendo en cuenta lo clínico, pero de igual manera aspectos sociodemográficos, evaluando su entorno familiar, social, laboral y sentimental. Por lo que, mediante un estudio observacional descriptivo de corte transversal donde se utilizó la encuesta DASS-21 junto con la revisión de la historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de epilepsia en una población determinada, donde se logró determinar y medir el nivel de depresión, ansiedad y estrés (DASS), logrando describir desde una perspectiva socio demográfica y clínicamente a los pacientes, adicional a esto, se identificó qué circunstancias en los entornos biopsicosociales intervienen más en esta población estableciendo si hay o no una relación entre las variables y el DASS.

Metodología

La presente investigación se realizó a través de un enfoque cuantitativo, de tipo observacional

descriptivo y corte transversal, teniendo en cuenta a los pacientes epilépticos de un hospital en la ciudad San Juan de Pasto, que acuden a control por consulta externa y su diagnóstico este confirmado y registrado en la base de datos del hospital, excluyendo así, aquellos pacientes pertenecientes a otra áreas del hospital, que cuenten con comorbilidades psiquiátricas graves, embarazadas y aquellos que no decidieron hacer parte del estudio obteniendo así una muestra a conveniencia de 171 pacientes a quienes se revisó sus historias clínicas y previa firma de consentimiento informado se les realizó llamadas telefónicas para la realización de la encuesta DASS-21 y demás variables para dar respuesta a los objetivos, finalmente esta información se vació en una base de datos, misma que fue depurada para verificar la aplicación de los 5 criterios de calidad (coherencia, pertinencia, completitud, consistencia, validez).

Con ello, se planteó como objetivo general el determinar el nivel de ansiedad, depresión y estrés en el paciente epiléptico, además de describirlos socio demográficamente y clínicamente, identificar circunstancias del entorno familiar, social, laboral y sentimental, para ello, se realizó un modelo estadístico univariado donde a las variables cualitativas se les realizó cálculo de frecuencias absolutas y relativas, y a las variables cuantitativas se les realizó cálculo de medidas de tendencia central, medidas de dispersión, medidas de forma, medidas de concentración y pruebas de normalidad con los test de Kolmogorov y Smirnov. Finalmente se planteó la relación entre variables dependientes e independientes realizando un modelo bivariado convirtiendo las variables poltómicas en variables dicotómicas y se les aplicó prueba de Fisher y Pearson para referenciar su significancia estadística.

Resultados

De la muestra de 171 pacientes, se encontró un leve predominio de mujeres (51.5%) sobre hombres (48.5%), concentrándose sobre todo en la adultez, con mediana de edad de 40 años (RIC 28:53). Demográficamente, la mayor proporción de la población objeto de estudio se concentró en el departamento de Nariño, municipio San Juan de Pasto (52%), perteneciendo sobre todo a un régimen de salud subsidiado por el estado (66.08%) con suscripciones en su gran mayoría a la EPS Emssanar como la principal empresa aseguradora.

Clínicamente se encontró que la edad de diagnóstico de epilepsia estuvo entre los 0 años y los 82 años, mediana de 21 años, los cuales demostraron que para el manejo de su enfermedad utilizaban sobre todo monoterapias y terapias duales (80.11%) haciendo uso de levetiracetam (59.5) en más de la mitad de los pacientes, seguido de ácido valproico (38.6%) y carbamazepina respectivamente (18.63%), con lo cual determinaban un adecuado manejo de su enfermedad si se evitaba el consumo de sustancias psicoactivas u otros tóxicos.

En relación con los entornos se encontró que el 92.4% tienen apoyo de sus familiares, lo que lo convierte en la principal red de apoyo sobre todo el proveniente de padres e hijos en el 73.7% de los casos, sin embargo existen en menor proporción (11.7%) dificultades en los canales de comunicación familiar y pensamientos de autoaislamiento o vergüenza (31%).

Socialmente, el 63.2% reciben apoyo de amigos o vecinos ante situaciones difíciles, sin embargo aun existe miedo de sufrir una crisis durante alguna actividad social (69%) o de sentir rechazo por la sociedad (81.9%) lo que sugiere que el estigma social aún se encuentra presente sobre estos pacientes y que puede ser un factor que influye sobre el curso natural de la misma.

En cuanto a su entorno laboral se encontró que el 62.3% de los pacientes no tienen trabajo actualmente y que en mayor proporción (54.4%) se encuentra el pensamiento de tener limitaciones físicas o psicológicas que les impiden satisfacer sus requerimientos laborales, convirtiéndose en obstáculos para conseguir empleo.

Sentimentalmente, el 53.8% de los pacientes no tienen alguna relación amorosa actualmente, sin embargo de aquellos que si tienen pareja se evidencio que el 29.1% tienen conflictos amorosos medianamente frecuentes.

Según la escala DASS-21 se evidencio que el 82.4% tienen algún trastorno en su salud mental como depresión, ansiedad o estrés, de ellos el 53.9% manifestaron sufrir de los tres trastornos de forma conjunta, 26.2% tuvieron dos de los tres trastornos y únicamente el 19.8% tuvieron algún trastorno pero de forma aislada. De esto, se evidencio que la ansiedad fue el trastorno mental más frecuente afectando 120/171 pacientes (70.17%) categorizando sobre todo como nivel de ansiedad moderada, seguido de depresión afectando 108/171 (63.15%) pacientes que obtuvieron en su mayor proporción un nivel leve, y

finalmente el estrés afectando 102/171 pacientes (59.64%) obteniendo en su gran mayoría un nivel moderado.

Al relacionar la variable dependiente, presencia o ausencia de ansiedad depresión y estrés, con variables independientes se encontró que el existir pensamientos de limitaciones físicas o psicológicas aumenta el riesgo en 2.2 veces para generar depresión y 2.6 veces para generar ansiedad, al igual que el miedo de sufrir una crisis durante alguna actividad social que aumenta el riesgo en 2.3 veces el generar depresión y 2.6 veces el generar estrés patológico.

Discusión y conclusiones

Al hacer un dialogo con la evidencia científica actual se evidencio que el paciente epiléptico con depresión tiene 2.8 veces más riesgo de crisis recurrentes, similar a lo expuesto por la ILAE en el 2020 quienes mencionan que incluso este riesgo se puede ver aumentado en hasta 7 veces e incluso generar mayor riesgo de intento suicida (2).

Sociodemográficamente, se encontró que existe un leve predominio por parte de las mujeres sobre los hombres, afirmando lo expuesto por la organización Ápice Epilepsia quienes mencionan que se encontró una relación 1:1 en cuanto al género (3). Así mismo, se menciona que la edad fue de 40 años afectando principalmente a la adultez, confirmando lo expuesto por Maritan, B. Favaretto, G. Tarifa, B. quienes encontraron que la edad mediana fue de 42 años en su estudio (4) similar a lo encontrado por Tedrus, G. Leandro, V y Etchegaray, A. quienes encontraron una edad mediana de 49 años (5).

Además en la presente investigación se encontró que el 69% de los pacientes presentaban miedo de sufrir una crisis durante alguna actividad social, lo que reafirma lo expuesto por Kim H, Lee J, Park H, et al. quienes mencionan que el estigma social es el responsable del 32.9% de los desencadenantes de estrés, depresión y ansiedad (6). En el entorno sentimental el 53.8% no tuvieron pareja amorosa similar a lo expuesto por Maritan, B. Favaretto, G. Tarifa, B. quienes mencionan que el 59.25% eran solteros y concluyeron que la adecuada comunicación y conexiones amorosas positivas eran factores protectores para una adecuada salud mental (4).

Finalmente, en cuanto a salud mental, se encontró que el 82.4% de los pacientes tuvieron algún trastorno mental según la escala DASS-21, donde la ansiedad fue el trastorno más frecuente,

seguido de depresión y estrés respectivamente, lo que es afirmado por Qin S, Yang Z, Guan Z, et al. (7) quienes mencionan que el 43% de sus pacientes tuvieron ansiedad como trastorno mas frecuente, hallazgo compartido por Lee SA, Jeon JY, No SK, Park H, Kim OJ, Kwon JH, et al. quienes mencionan que a pesar de usar otra herramienta como es la Escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria (HADS) también se encontró que las principales comorbilidades en estos pacientes era la ansiedad y la depresión (6), sin embargo, se resalta la investigación de Shadid, A. M., Alsaber, N., Aldawish, R. et al. quienes a diferencia de lo anterior menciona una mayor prevalencia de los síntomas depresivos (8).

El estrés estuvo presente el 59.6% de los pacientes objeto de estudio, lo que afirma lo expuesto por Aguilar, J. Bono, E. García, A. Tormos-Pons, P. et al. quienes mencionan que el estrés si está presente en los pacientes con epilepsia pero con diferentes fenotipos que de igual manera afectan significativamente sobre el desempeño cognitivo y la calidad de vida del paciente (9).

Lo anterior da a entender que los trastornos mentales están presentes en el paciente epiléptico y puede convertirse en uno de los principales determinantes sobre el curso de la enfermedad sumándose cada vez mas a factores externos, con lo cual se hace un llamado a los miembros de salud y sociedad en general a entender la importancia de la salud mental y la existencia de factores externos que no se tienen en cuenta rutinariamente durante la consulta pero que generan desbalances sobre las enfermedades.

En conclusión, la epilepsia y la salud mental no distinguen entre razas, edades o géneros, y esta puede presentarse por igual, sin embargo, existen otros factores determinantes como es el entorno familiar que a pesar de estar presente en la mayoría de los casos aun se perciben pensamientos de vergüenza o autoaislamiento, también existe el apoyo social, aun así, perdura el miedo de sufrir alguna crisis durante alguna actividad social dada por el estigma social. Los trastornos mentales estuvieron presentes, predominando ansiedad, seguido de depresión y estrés, que al sumarse con demás factores potencian el riesgo de padecer dichos trastornos que afectan directamente sobre el curso natural de la enfermedad y la aparición de trastornos mentales en este.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. Epilepsy [Internet]. 2022 [citado 2 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>
2. Zapata Barco AM, Restrepo-Martínez M, Restrepo D. Depresión en personas con epilepsia. ¿Cuál es la conexión? Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. enero de 2020 [citado 9 de febrero de 2023];49(1):53-61. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-depresion-personas-con-epilepsia-cual-S0034745017301397>
3. Spinelli M. Estudio Sociológico de Investigación Sobre Epilepsia. Ápice epilepsia [Internet]. 2022 [citado 29 de junio de 2024]; Disponible en: <https://www.apiceepilepsia.org/la-epilepsia-y-el-estilo-de-vida/estudio-de-investigacion-sobre-epilepsia/>
4. Maritan BS, Favaretto G, Tarifa B, de Faria FM, Antônio LF, Ricci MF, et al. Clinical and sociodemographic characteristics of patients with epilepsy attended at a regional reference psychiatric emergency unit. Epilepsy Res [Internet]. julio de 2024 [citado 29 de julio de 2024];203:107369. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38701645/>
5. Tedrus GMAS, Leandro-Merhi VA, Etchegaray A, Randi YM. Family support in adults with epilepsy. Arq Neuropsiquiatr [Internet]. 30 de noviembre de 2023 [citado 29 de junio de 2024];81(11):956-60. Disponible en: <https://www.arquivosdeneuropsiquiatria.org/article/family-support-in-adults-with-epilepsy/>
6. Lee SA, Jeon JY, No SK, Park H, Kim OJ, Kwon JH, et al. Factors contributing to anxiety and depressive symptoms in adults with new-onset epilepsy. Epilepsy & Behavior [Internet]. noviembre de 2021 [citado 29 de junio de 2024];88:325-31. Disponible en: [https://www.epilepsybehavior.com/article/S1525-5050\(18\)30588-2/abstract](https://www.epilepsybehavior.com/article/S1525-5050(18)30588-2/abstract)

7. Qin SK, Yang ZX, Guan ZW, Zhang JH, Ping X, Lu Y, et al. Exploring the association between epilepsy and depression: A systematic review and meta-analysis. PLoS One [Internet]. 2022 [citado 29 de junio de 2024];17(12):e0278907. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9754200/>
8. Shadid AM, Alsaber N, Aldawish RA, Humaid HM, AlMubarak F, Alazwari LS, et al. Depression and anxiety among patients with epilepsy: A cross-sectional study from Riyadh, Saudi Arabia. J Family Med Prim Care [Internet]. febrero de 2024 [citado 29 de junio de 2024];13(2):549-55. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11006070/>
9. Catalán-Aguilar J, González-Bono E, Lozano-García A, Tormos-Pons P, Hampel KG, Villanueva V, et al. Stress phenotypes in epilepsy: impact on cognitive functioning and quality of life. Front Psychol [Internet]. 2023;14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1100101>