



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO

PRESENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y CALIDAD DE
VIDA EN EPILEPSIA
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE PERIODO 2020-2021

PRESENTADO POR

ELIZABETH MERY POMAJUICA ALANIA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
NEUROLOGÍA

ASESOR

JOEL CHRISTIAN ROQUE HENRIQUEZ

LIMA – PERÚ

2022



CC BY-NC-SA

Reconocimiento – No comercial – Compartir igual

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSGRADO

**PRESENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y CALIDAD DE
VIDA EN EPILEPSIA**

HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE PERIODO 2020-2021

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR

EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN NEUROLOGÍA

PRESENTADO POR

ELIZABETH MERY POMAJUICA ALANIA

ASESOR

MGTR. JOEL CHRISTIAN ROQUE HENRIQUEZ

LIMA, PERÚ

2022

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción de la situación problemática	
1	
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Objetivos	2
1.3.1 General	2
1.3.2 Específicos	3
1.4 Justificación	3
1.4.1 Importancia	3
1.4.2 Viabilidad y factibilidad	3
1.5 Limitaciones	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1 Antecedentes	5
2.2 Bases teóricas	13
2.3 Definición de términos básicos	25
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	26
3.1 Hipótesis	26
3.2 Variables y su definición operacional	26
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	28
4.1 Diseño metodológico	28
4.2 Diseño muestral	28
4.3 Técnicas de recolección de datos	29
4.4 Procesamiento y análisis de datos	30
4.5 Aspectos éticos	31
CRONOGRAMA	32
PRESUPUESTO	33
FUENTES DE INFORMACIÓN	34
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumentos de recolección de datos	

3. Consentimiento informado

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

La Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona que los trastornos psiquiátricos siguen incrementándose con fundamentales consecuencias en la salud, notables impactos sociales y económicos en todas las poblaciones. La asistencia médica no ha respondido adecuadamente a las enfermedades mentales, por lo cual, la disparidad entre la ausencia de terapia y su oferta es enorme a nivel mundial (1).

En América Latina, los desórdenes mentales y neurológicos son motivo principal de morbilidad, invalidez e incrementan el riesgo de sufrir otras patologías y dificultades de salud. La depresión continúa siendo el más principal entre los desórdenes mentales, es más frecuente en damas que en varones, en segundo lugar está la ansiedad y luego la psicosis (2).

En el Perú, los trastornos neuropsiquiátricos constituyen el 17.5 % del total de las patologías. El trastorno mental más frecuente es la depresión unipolar. Las dificultades de salud mental de particularidad psicosocial severos, los cambios de comportamiento graves y las enfermedades mentales son causantes principal de la dolencia, invalidez y mala calidad de vida de la gente, dañando a la comunidad en su conjunto (3).

Las personas con epilepsia poseen superior riesgo de sufrir desórdenes psiquiátricos siendo afectados 1 de cada 3 y se deben a componentes biológicos y psicosociales. Además, puede mostrar manifestaciones psiquiátricas de manera reiterada, previo, durante y post una crisis epiléptica o como efecto de la terapia con fármacos antiepilépticos y cirugía (4).

Es muy importante identificar los desórdenes psiquiátricos en la primera evaluación de las personas con epilepsia de nueva aparición, porque pueden

influir en la evolución y la terapia de las crisis epilépticas. Un trastorno vigente de depresión y ansiedad es un predictor de baja calidad de vida (5).

Las limitaciones para un adecuado diagnóstico y terapéutica de los desórdenes psiquiátricos son multifactoriales. Si se continua con estas deficiencias en la práctica médica, las evaluaciones de los pacientes con epilepsia, seguirán siendo incompletas y con el riesgo de manifestaciones psiquiátricos no tratados adecuadamente que causarán un mal nivel de vida y un deficiente control de convulsiones (4,5).

El Perú tiene escasez de estudios de investigación que relacione los trastornos psiquiátricos y el nivel de vida en personas con epilepsia. En los últimos 5 años no se realizaron investigaciones que sigan la misma línea de investigación del presente estudio a nivel de las diversas universidades del país.

En el Hospital Hipólito Unanue, se han desarrollado varias investigaciones sobre los trastornos psiquiátricos y epilepsia, pero estudios que analicen la presencia de la comorbilidad psiquiátrica y el nivel de vida en personas con epilepsia, no se han reportado hasta el momento, según se pudo constatar en los archivos del área de docencia del hospital. Por lo cual existe la necesidad de brindar información estadística actualizada, que ayude al entendimiento de la comorbilidad psiquiátrica y el nivel de vida en pacientes con epilepsia.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre la presencia de trastornos psiquiátricos y la calidad de vida en los pacientes con epilepsia del Hospital Hipólito Unanue durante el periodo 2020- 2021?

1.3 Objetivos

1.3.1 General

Determinar la relación entre la presencia de trastornos psiquiátricos y la calidad de vida en los pacientes con epilepsia del Hospital Hipólito Unanue durante el periodo 2020- 2021.

1.3.2 Específicos

Conocer los principales desordenes psiquiátricos en personas con epilepsia.

Describir las características epidemiológicas de los pacientes con epilepsia y comorbilidad psiquiátrica.

Conocer los componentes clínicos de la epilepsia en personas con trastornos psiquiátricos.

Identificar el nivel de vida en los pacientes con epilepsia.

1.4 Justificación

1.4.1 Importancia

Los resultados de este estudio beneficiaran a todos los sistemas de salud públicas y privadas. Al establecer información estadística de la investigación se logrará que el personal de salud realice una atención integral, estarán más informados y alertas al llevar a cabo el historial médico del paciente en consultorio y en hospitalización, con el fin de conseguir un diagnóstico y una terapia oportuna de las comorbilidades psiquiátricas, para lograr optimizar el nivel de vida del paciente y controlar las crisis epilépticas.

Este trabajo servirá para futuros estudios con más población o diseños más complicados como caso control. El artículo estará en la biblioteca de la universidad al alcance de los estudiantes. Además, apoyara a desarrollar medidas para identificar y tratar enfermedades mentales y así lograr integrar a los pacientes en la sociedad a nivel educativo, emocional y social.

1.4.2 Viabilidad y factibilidad

El estudio es viable debido a que tiene la autorización del director del Hospital Hipólito Unanue, del jefe de neurología y del área de docencia, quienes están dispuestos a colaborar y proporcionar toda la información como datos estadísticos, historias clínicas y registros. El investigador tiene el conocimiento del tema y el tiempo requerido para el desarrollo del trabajo.

Es factible porque se tiene los medios financieros para proveer el costo de las impresiones, copias y el traslado de los investigadores al lugar del estudio, respecto a los materiales se tiene una computadora, impresora, internet y materiales de escritorio. Además, se tendrá el apoyo de los residentes de neurología de 1er, 2do y 3er año durante el proceso de la investigación.

1.5 Limitaciones

En la investigación se tendrá inconvenientes en obtener el historial médico, debido a que el hospital no cuenta con un adecuado archivo de historias clínicas. No conseguiremos información completa del paciente y de la patología debido a que en la hoja de atención se obvia muchos datos. También es importante resaltar la falta de sinceridad de parte de los pacientes al rellenar el cuestionario QOLIE-10 alterando los resultados. Para superar las limitaciones se realizará lo siguiente: el responsable de archivo de historias clínicas lograra ubicar todos los historiales médicos solicitados para el estudio, la información que falta será completado cuando el paciente firme el consentimiento informado, se explicara a los pacientes la importancia de la sinceridad al rellenar el cuestionario.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Tsigebrhan R et al., en 2021, publicaron un artículo con la finalidad de cuantificar la relación entre la comorbilidad de los desórdenes psiquiátricos, el nivel de vida y el desempeño en pacientes con epilepsia de Etiopía. Se realizó evaluaciones médicas para diagnosticar trastornos psiquiátricos, se utilizó el QOLIE-10 para medir el nivel de vida, el WHODAS-2 para evaluar la deficiencia funcional. Se halló que la comorbilidad de los desórdenes mentales se vinculó con un bajo nivel de vida y mayor invalidez. El nivel socioeconómico, mayor repetición de convulsiones y la ayuda social se relacionó de manera autónoma con un menor nivel de vida. Las conclusiones del artículo fueron que la comorbilidad psiquiátrica se involucró con un menor nivel de vida y desmejora, aparte del control de las crisis epilépticas. Se necesita brindar una atención psicológico completo para optimizar el efecto social y medico de los pacientes con epilepsia (6).

Scévola L et al., en 2021, difundieron una investigación con el fin de examinar y confrontar las características psiquiátricas y el nivel de vida en personas con trastornos paroxísticos no epilépticos y epilepsia refractaria en la población de Argentina. Se utilizaron los siguientes instrumentos: Diagnóstico psiquiátrico según SCID I y II, evaluación global de la funcionalidad, cuestionario nivel de vida versión corta e inventario de depresión de Beck. Se encontró que el desorden de somatización y el historial de trauma se relacionaron con crisis psicógenas no epilépticas. Además, el vínculo negativo entre la severidad de la depresión y el nivel de vida. Se concluyó que encontraron más trastornos psiquiátricos con mal nivel de vida en personas con trastorno paroxístico no epiléptico en confrontación

con epilepsia refractaria. No obstante, la depresión la influyó desfavorablemente el nivel de vida en los dos grupos (7).

Basaran S y Tas H dieron a conocer, en el 2021, un estudio con la intención de indagar la asociación entre los caracteres emocionales, ansiedad, depresión, particularidades de la epilepsia y nivel de vida en personas con epilepsia del lóbulo temporal y epilepsia extratemporal. Usaron el cuestionario TEMPS-A, la encuesta de salud abreviado y el inventario de Beck de ansiedad y depresión. Se identificó que las manifestaciones depresivas, ansiedad, el carácter triste y colérico, la repetición de las convulsiones fueron indicadores importantes del nivel de vida en epilepsia del lóbulo temporal. Las personas con epilepsia extratemporal con manifestaciones depresivas, caracteres emocionales y farmacoterapia poseían un nivel de vida bajo. Concluyeron que los desórdenes psiquiátricos, caracteres emocionales y los componentes médicos podrían pronosticar el empeoramiento del nivel de vida en personas con epilepsia del lóbulo temporal y epilepsia extratemporal (8).

Avanda K y Sulvman D hicieron público, en 2020, un trabajo con la finalidad de establecer los componentes sociodemográficos y médicos que pronostican un bajo nivel de vida en personas con epilepsia en Nigeria. Colaboraron con el estudio 74 personas, usaron la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional y el Cuestionario de Calidad de Vida abreviado de la OMS para evaluar los trastornos mentales y el nivel de vida. Se halló comorbilidad psiquiátrica en 44,6% de los entrevistados, la existencia de desórdenes psiquiátricos predijo un menor nivel de vida. También, el prolongado tiempo de epilepsia anticipó a una calificación menor en el punto beneplácito con la salud. Las conclusiones fueron que la incidencia de desórdenes psiquiátricos, el mayor tiempo de la epilepsia y el ser solo anticiparon un deficiente nivel de vida (9).

Souza G, Limongi J y Roveroni J difundieron, en 2020, un estudio con el propósito de averiguar la relación entre el Nivel de adaptación psicosocial, el nivel de vida, Inventario de depresión y los componentes médicos de personas con epilepsia en Brasil. Se detectó asociación entre la resiliencia, depresión y el desempeño

en el mini mental. El estudio concluyó que las características médicas, cognitivas y electroencefalográficas se asociaron con el nivel de adaptación psicosocial. Las manifestaciones depresivas se relacionaron desfavorablemente con la resiliencia. Las personas con más nivel de adaptación psicosocial tienen un alto nivel de vida (10).

Siarava E et al., en el 2019, dieron a conocer una investigación con la meta de confrontar la depresión y el nivel de vida entre personas con epilepsia y la población saludable de Grecia. Se usaron los siguientes instrumentos: el PHQ-9 para calcular la severidad de la depresión, WHOQOL-BREF para medir el nivel de vida y el formato de reacción adversa. Participaron 70 personas con epilepsia y 70 personas saludables. La evaluación PHQ-9 fue superior en personas con epilepsia que en la población saludable. Los epilépticos tienen un nivel de vida inferior que los controles. El estudio concluyó que las personas con epilepsia poseen índices superiores de depresión y un nivel de vida bajo en confrontación con la población. Las reacciones adversas de los medicamentos antiepilépticos se asociaron con la depresión (11).

Silva B et al., en el 2019, dieron a conocer una investigación en Lisboa- Portugal, con el propósito de evaluar la correlación entre el deficiente nivel de vida y los componentes sociodemográficos relacionados con la epilepsia y las comorbilidades psiquiátricas. Con este fin, buscaron pacientes adultos con epilepsia focal resistente a los medicamentos que estaban considerando la cirugía de epilepsia. En sus resultados, hallaron que los pacientes con epilepsia padecen comorbilidades psiquiátricas y de modo importante están relacionados con un deficiente nivel de vida, las mujeres son el segundo factor definitivo. Las variables sociodemográficas de la epilepsia no tienen nada que ver con el mal nivel de vida. La investigación determinó que la epilepsia focal farmacorresistente, las mujeres y los pacientes con comorbilidades psiquiátricas son los únicos causantes relacionados de manera importante con la mala calidad de vida (12).

Taskiran E et al., publicaron en el 2019 un artículo en Turquía, con la finalidad de investigar la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con epilepsia focal y el efecto del estado emotivo en el nivel de vida. El estudio incluyó a 105 pacientes con epilepsia focal mayores de 18 años. Según la presencia de síntomas afectivos y el control de las crisis, los pacientes se dividieron en cuatro grupos. Utilizaron el Inventario de depresión y ansiedad de Beck y el Cuestionario de calidad de vida en pacientes con epilepsia (QOLIE-31) para comprobar las manifestaciones afectivas y el nivel de vida del paciente. La investigación concluyó que los síntomas afectivos ocasionan un efecto perjudicial en la calidad de vida de los pacientes con epilepsia focal. Es importante que los médicos deben conocer las consecuencias graves de los trastornos psiquiátricos en estos pacientes y la terapia necesita un manejo integral (13).

Cámara C et al., en 2017, hicieron público un estudio en México, la meta del estudio fue identificar la prevalencia y el efecto de las manifestaciones afectivos en el nivel de vida de las personas con epilepsia. Efectuaron un trabajo observacional transversal, participaron 73 personas con epilepsia, los controles fueron conformados por edad y género. Utilizaron el QOLIE-10 con el fin de calcular el nivel de vida, también usaron las herramientas para evaluar ansiedad, depresión, insomnio y calidad del sueño. El resultado del estudio fue que los pacientes con epilepsia muestran más manifestaciones de ansiedad y depresión a una velocidad impresionante. La existencia de manifestaciones depresivas junto con desordenes del sueño y de modo importante la politerapia con medicamentos antiepilépticos, aparenta poseer un efecto perjudicial en el nivel de vida, superior al control de las convulsiones a corta duración (14).

Kuladée S y et al., en 2019, publicaron un artículo, con el propósito de identificar la incidencia de la comorbilidad psiquiátrica en personas con epilepsia en Tailandia, incorporadas las probables variables que lograrían estar relacionados con los desórdenes psiquiátricos. Colaboraron en el estudio 170 personas con epilepsia, los cuales fueron examinados para descartar desórdenes psiquiátricos utilizando la guía MDS-4. Se encontró que el 25,3% tenían 1 o varios desordenes

psiquiátricos. La prevalencia de depresión fue superior, seguida de Psicosis, desorden bipolar, ansiedad y desorden obsesivo compulsivo. Las anomalías del EEG en el lóbulo temporal son predictor importante de poseer desórdenes psiquiátricos. El artículo concluyó que la prevalencia de desórdenes psiquiátricos fue superior en las personas con epilepsia en comparación con la población (15).

Avalos J et al., en 2019, dieron a conocer un estudio en Argentina, con el propósito de estudiar ansiedad y depresión en pacientes con epilepsia y convulsiones no epilépticas psicógenas, así como determinar el efecto en el nivel de vida. Emplearon los siguientes instrumentos: Cuestionario de calidad de vida en epilepsia, escala hospitalaria de ansiedad y depresión. Además, se anotaron datos médicos y suplementarios. Las crisis psicógenas no epilépticas tienen un score superior en ansiedad y depresión, además de menor nivel de vida en confrontación con personas epilépticas. La investigación llegó a la conclusión que las crisis no epilépticas poseen un efecto importante en el nivel de vida que las convulsiones, lo cual podría estar afectado por trastornos psiquiátricos (16).

Snoeijsen F et al., en 2019, dieron a conocer un artículo, con la finalidad de estudiar si las particularidades de la epilepsia y la discapacidad intelectual están relacionadas con la depresión, ansiedad y el nivel de vida. Se utilizaron formularios estandarizados para calcular la depresión, ansiedad y el nivel de vida. Las particularidades de la epilepsia y la incapacidad intelectual se obtuvieron del historial médico y de las herramientas psicométricas. Se hallaron altos porcentajes de manifestaciones psiquiátricas. La ansiedad se relacionó de modo importante con una clase de epilepsia focal y las diferencias en el dominio de la incapacidad intelectual, pero se asoció adversamente con la repetición de las crisis epilépticas, la carga de medicamentos antiepilépticos y estabilizadores del ánimo. El nivel de vida fue pésimo en personas con varios tipos de crisis epilépticas y desacierto en la dominación de la incapacidad intelectual. Concluyeron que la ansiedad y el nivel de vida se relacionan con las particularidades de la epilepsia, lo cual no se consiguió corroborar para las

manifestaciones de depresión en personas con epilepsia y discapacidad intelectual pese a su elevada prevalencia (17).

Serafim A et al., en 2018, publicaron un trabajo en Brasil, el propósito fue analizar las particularidades psicológicas y desordenes psiquiátricos en pacientes con diagnóstico dual de epilepsia del lóbulo temporal farmacorresistente y esclerosis temporal mesial con trastorno paroxístico no epiléptico. Participaron 47 personas, de los cuales 25 fueron mujeres, quienes tenían una posibilidad considerablemente superior de poseer precedente de terapia psiquiátrica anterior, historial familiar de epilepsia y trastorno psiquiátricos. Además, manifestaron un comienzo temprano y mayor duración de crisis psicógenas no epilépticas en confrontación con los varones. La comorbilidad psiquiátrica más común fue la depresión mayor (51%). Las mujeres manifestaron más diagnósticos psiquiátricos como depresión y desorden de estrés postraumático. Concluyeron que hay desigualdades de género importantes en características psiquiátricas, médicos y sociodemográficos en un conjunto de personas con epilepsia del lóbulo temporal refractaria y esclerosis temporal mesial con trastornos paroxísticos no epilépticos, al igual que en la calidad de vida, manifestaciones de ansiedad y depresión (18).

Liu Z et al., en 2017, difundieron un trabajo en China, con la finalidad de precisar si había diferencias en la incidencia y las causas que influyen en la ansiedad y la depresión entre varones y damas con epilepsia en el noroeste de China. Se incluyó como población de estudio 158 personas (65 mujeres y 93 varones), se llenaron formularios como la Escala de ansiedad y depresión, utilizaron QOLIE-31 e Inventario de calidad del sueño de Pittsburgh. El estudio determinó que no se hallaron desigualdades de género para el predominio de ansiedad y depresión en personas con epilepsia. No obstante, las causas de los trastornos psiquiátricos fueron distintos entre varones y damas. Los varones con ansiedad poseen más posibilidad de ser afectado por la calidad del sueño, en tanto que las manifestaciones de ansiedad en las damas están vinculadas con la repetición de las convulsiones. El estudio concluyó que la prevalencia de ansiedad y depresión

fue semejante para varones y damas, pero las causas que influyen en la ansiedad y depresión discreparon entre los géneros: los varones con epilepsia se afectaban por desórdenes psicosociales y las damas por la epilepsia en sí (19).

Ehrlich T et al., en el 2019, hicieron público un estudio con el fin de averiguar la colaboración de la depresión, memoria verbal y el funcionamiento ejecutivo al nivel de vida, en 52 personas con epilepsia del lóbulo temporal farmacorresistente. Se usó el formulario QOLIE-31 para evaluar el nivel de vida y el Inventario de depresión de Beck-II. Entre las variables clínicas, únicamente la cantidad de medicamentos antiepilépticos colaboro a la calificación QOLIE. Según lo previsto, la severidad de las manifestaciones depresivos es el predictor más importante de la calificación general de QOLIE, lo cual muestra el 43,4% de la diferencia en la calidad de vida. La memoria verbal no apoyo a la evaluación del QOLIE. Por el contrario, el funcionamiento ejecutivo se convirtió en un esencial predictor de la calidad de vida. El resultado del estudio recomienda que una asociación de causas clínicos, emocionales y cognitivos afectará en el nivel de vida de las personas con epilepsia del lóbulo temporal (20).

Palacios E et al., en Colombia llevaron a cabo una investigación descriptivo y transversal, la meta fue detallar circunstancias que repercuten en el nivel de vida de las personas con epilepsia, para lo cual emplearon el cuestionario QOLIE-10, en el estudio participaron 157 pacientes. De acuerdo con la categorización del QOLIE-10, el 43,3% de las personas manifestaron deficiente calidad de vida. Además, la frecuencia ictal también influyó en el nivel de vida. La investigación concluyo que las personas con epilepsia no tienen excelente calidad de vida, a pesar de que reciben un solo fármaco y controlan las crisis epilépticas (21).

Hoyos M, en 2018, difundió un trabajo observacional, transversal y prospectivo, la finalidad fue precisar el predominio de manifestaciones afectivos en personas con epilepsia y confrontar con personas sanas de México. El estudio estuvo conformado por 64 epilépticos y 64 personas sanas con la misma edad y género. Los resultados mostraron la relevancia de ejecutar el diagnóstico adecuado y

guiar hacia la terapia total de las manifestaciones psiquiátricas en personas con epilepsia, porque es certero el efecto perjudicial en la calidad de vida. El trabajo concluyó que las personas con epilepsia obtuvieron mayores manifestaciones depresivos y de ansiedad en confrontación con gente sana. La existencia de estas manifestaciones unido con la dificultad para dormir y la utilización de varios fármacos, tienen una repercusión perjudicial en el nivel de vida. Por lo cual es fundamental identificar los trastornos psiquiátricos y tratarlo oportunamente. Si es factible, disminuir el número de medicamentos a lo más necesario a fin de incrementar el nivel vida del paciente (22).

Gutiérrez A, en 2018, emitió un trabajo en Guayaquil, con el propósito de precisar la prevalencia de desórdenes psiquiátricos en personas con epilepsia y de esta manera saber la probable asociación y progreso referente a su comorbilidad psiquiátrica. Se efectuó un trabajo de clase descriptivo, transversal y retrospectivo en 70 personas con epilepsia. La recopilación de la información se ejecutó mediante una ficha médica anticipadamente hecha, en el cual se registró los datos importantes para su siguiente estudio. Se halló 46 (66%) personas con epilepsia relacionados a desórdenes psiquiátricos. La mediana de la edad era de 41 a 60 años, quienes salieron más perjudicados, conjuntamente con los mayores de 60 años. Se percibió la predominancia de las mujeres con el 55,7% en comparación con los varones 44,3%. La psicosis epiléptica fue el primordial desorden psiquiátrico con el 59%. Todos los pacientes examinados presentaron manifestaciones ictales y el 43% mostró manifestaciones postictales. El estudio concluyó que existe una asociación de comorbilidad psiquiátrica en pacientes con epilepsia y es más frecuente en mujeres. Además el trastorno psiquiátrico de mayor prevalencia fue la psicosis epiléptica (23).

Acevedo C y Pinchi W publicaron, en el 2019, un estudio en el Perú, con la finalidad de establecer la relación entre la gravedad de la epilepsia y el nivel de vida. En el trabajo participaron 35 personas mayores de 18 años. Se utilizó la encuesta QOLIE-31 para identificar la calidad de vida y un formato de

recopilación de datos. La investigación descubrió que el 71,42% tenían un tiempo de la patología inferior a diez años. Predominaron con un 40% las crisis epilépticas mínimas de 1 por mes y 1 por seis meses. La mediana total del nivel de vida es de 55, cuando se examinó individualmente el 71,42% manifestó un deficiente nivel de vida. La gravedad de la epilepsia en sus variables como: repetición de convulsiones, duración de la patología y el uso de varios fármacos intervienen perjudicialmente en el nivel de vida, encontrando datos estadísticos importantes para la frecuencia de convulsiones. El estudio concluyó que la gravedad de la epilepsia en su variable repetición de convulsiones afecta desfavorablemente en el nivel de vida del paciente (24).

Palma D publicó, en 2017, un trabajo en Ecuador, el propósito fue precisar la prevalencia de epilepsia en pacientes psiquiátricos tratados de manera ambulatoria. Investigación de tipo narrativo, observacional y transversal. Se recogió la información en una ficha de recopilación de datos, del historial médico de las personas diagnosticados de epilepsia que fueron atendidos de manera ambulatoria en el servicio de Psiquiatría. Se evaluaron un total de 535 personas, las mujeres fueron superior en el estudio con un 57,74%. El desorden psiquiátrico más común fue la ansiedad generalizada con 230 pacientes. Llegaron a la conclusión que la ansiedad generalizada es el trastorno psiquiátrico más usual en la epilepsia (25).

2.2 Bases teóricas

Transtornos psiquiátricos en personas con epilepsia

Introducción

Los desórdenes psiquiátricos son muy frecuentes en pacientes con epilepsia y pueden presentarse de manera sutil y moderada que resultan inmediatamente de una crisis epiléptica (desórdenes psiquiátricos periictales o postictales) o

producirse de forma separado en el entorno de epilepsia (desórdenes psiquiátricos interictales) (26).

Trastornos psiquiátricos

Las personas con epilepsia afrontan dificultades para acceder a una atención por psiquiatría por múltiples factores (27). La depresión y la ansiedad son también sintomatología clínica de la crisis epiléptica, además consigue relacionarse con déficits cognitivos en algunas personas (28). Aun cuando se ha comprobado que la depresión es más frecuente en la epilepsia, frecuentemente no acceden a la terapia antidepresivo debido a que varios de los medicamentos reducen el umbral de la crisis epiléptica (29).

Factores asociados entre la epilepsia y los trastornos psiquiátricos

Los desórdenes mentales están infradiagnosticados en las personas con esta patología, los factores son múltiples (30).

Frecuencia de los desórdenes psiquiátricos en las personas con epilepsia

El 20 a 30% de las personas con epilepsia tienen comorbilidad psiquiátrica, siendo los más frecuentes la ansiedad, depresión y psicosis (30).

Depresión en la epilepsia

Introducción

El trastorno psiquiátrico más usual en la epilepsia es la depresión. Tiene una asociación bidireccional, complicada y procesos patogénicos frecuentes. La depresión es un indicador de mala reacción a los medicamentos antiepilépticos, terapia quirúrgica y peor calidad de vida (31).

Epidemiología

La depresión como antecedente aumenta el peligro de comienzo de la epilepsia. En el entorno de una conexión bilateral entre ambas patologías, no solo las personas con epilepsia poseen el riesgo de adquirir depresión, sino también

tienen el riesgo cuatro a siete veces de padecer epilepsia. La amenaza suicida es diez veces superior a la población (31).

Etiología

Aspectos Neurobiológicos, alteraciones de los neurotransmisores, disturbios Inmunológicos, factores genéticos (32).

Aspectos clínicos

De acuerdo con la DMS-5 un evento depresivo mayor se establece como un ánimo depresivo con una disminución del apetito, dificultad para dormir, cansancio, agitación, sensación de culpa, dificultad para enfocarse, pensamientos recurrentes de fallecimiento o intento de suicidio y con un tiempo no menor de dos semanas. Otra opción diagnóstica es la Escala NDDI-E, tiene 6 interrogantes que pueden responderse inferior a 3 minutos, cuando se obtiene más de 15 puntos sugiere depresión mayor (31).

Manifestaciones afectivas en asociación con las convulsiones

Las manifestaciones transitorias de depresión en asociación con las convulsiones se presentan de la siguiente manera: preictales, ictales y postictales. Cuando no hay asociación con las convulsiones ictal, se llaman interictales.

Preictales

La depresión podría suceder como eventos prodrómicos, se presentan horas o días previos a la convulsión y con regularidad las manifestaciones se reducen con el comienzo de la convulsión (31).

Ictales

Las manifestaciones depresivas podrían ser eventos ictales y por lo tanto son una crisis focal simple. Por eso con regularidad pasa desapercibido y se explica cómo manifestaciones afectivas no asociados con una crisis epiléptica (31).

Postictales

Se han mencionado manifestaciones depresivas de tiempo variable después de una convulsión. Es inusual hallar eventos depresivos postictales apartados, la mayor parte de ellos igualmente padecen episodios depresivos interictales (31).

Interictales

Los eventos depresivos interictales son más predominantes que los eventos en asociación directa con la convulsión. El 25-50% de estos eventos depresivos no completan los parámetros diagnósticos habituales y se agregan de particularidades distintas (31).

Tratamiento de la depresión en la epilepsia

Las guías psiquiátricas recomiendan un patrón de atención paulatina para la terapia de la depresión. La evaluación por el psiquiatra es fundamental en hechos de depresión mayor con manifestaciones psicóticas, idea suicida activa y después de la falla de 2 medicamentos de primera línea (33).

Optimizando el control de las convulsiones

El efecto de la terapia óptimo para las personas con epilepsia es conseguir una ausencia absoluta y sostenida de crisis epilépticas a través de la terapéutica farmacológica o la cirugía. El antecedente de depresión predice la falla quirúrgica en finalizar las crisis epilépticas y efectos del estado de humor (33).

Tolerabilidad de la terapia con medicamentos antiepilépticos.

En cambio, la lamotrigina y oxcarbazepina tienen efectos estabilizadores del estado de humor y psicotrópicos. La observación minuciosa de los efectos secundarios, particularmente del estado de humor mientras se titula un nuevo medicamento, es importante para la precaución del suicidio y la depresión (33).

Control de las convulsiones y la tolerabilidad de medicamentos

La continuidad de las crisis epilépticas únicamente tiende a tener una relación frágil con el ánimo y el nivel de vida, no obstante, se han confirmado relaciones entre la constancia de las crisis epilépticas y la amenaza de padecer depresión mayor (33).

Psicoterapia

Nuevas investigaciones han encontrado evidencia de que la psicoterapia debe tenerse en cuenta como tratamiento de 1ra línea en pacientes seleccionados. La terapia cognitivo conductual logra ayudar a la precaución de eventos depresivos mayores y predisposiciones suicidas en personas con epilepsia, también logran un incremento notable en el nivel de vida y un excelente manejo de crisis epilépticas (33).

Sugerencias clínicas

Conforme a las sugerencias, si no existe nada de contradicciones como interacción farmacológica, reacciones en la salud reproductiva y ósea, los ISRS como: sertralina, fluoxetina, citalopram y los IRSN como: duloxetina y venlafaxina constituyen los medicamentos de 1ra línea. Las normas psiquiátricas acuerdan un estricto seguimiento de las personas que toman terapia con medicamentos antidepresivos, principalmente durante la titulación o el retiro. En consecuencia, es recomendable vigilar los efectos secundarios y el impacto en las crisis epilépticas y el estado de ánimo (33).

Trastorno de ansiedad en epilepsia

Introducción

A lo largo de muchísimo tiempo se ha determinado que los trastornos de ansiedad es la 2da patología psiquiátrica más común después de la depresión, sin embargo, en la epilepsia son más predominantes que la depresión (34).

Prevalencia

Los desórdenes de ansiedad son muy frecuentes en los pacientes con epilepsia que en la población. En una investigación hallaron que las personas sin epilepsia tenían una incidencia de 11,2% para algún desorden de ansiedad en confrontación con el 22,8% en pacientes con epilepsia (35).

Clínica

Los desórdenes psiquiátricos se agrupan en peri-ictales o interictales, en asociación con su presentación transitorio a las crisis epilépticas. La sintomatología de ansiedad peri-ictal son 3 clases: preictal, ictal y postictal. La sintomatología de ansiedad interictal suceden aparte de las crisis epilépticas y los trastornos de ansiedad podrían presentarse durante este tiempo (34).

Manifestaciones de ansiedad periictal

Preictal

Las manifestaciones de ansiedad preictal suceden horas o días previos a una crisis epiléptica, en efecto, algunos enfermos o sus parientes logran presagiar la próxima llegada de crisis por medio de este desorden emotivo típico (34).

Ictal

Las manifestaciones de la ansiedad durante la fase ictal logran llamarse “miedo ictal” y podrían ser complicado de diferenciar de una crisis de pánico común. La fobia o el temor ictal conforma la clase más común de crisis focales simples, se muestran especialmente con manifestaciones psiquiátricos y pertenece al 60% de todas las auras psiquiátricas. Si es ictal (originada por una descarga epiléptica en el interior del sistema límbico), la ansiedad sucederá de forma paroxística y con estereotipo que permanecerá de segundos a minutos y logra progresar a una crisis focal con pérdida de la conciencia parcialmente (34).

Postictal

La sintomatología de ansiedad son las manifestaciones emotivas más común en la fase postictal (72 horas post a una crisis epiléptica o conjunto de crisis). Se producen comúnmente entre las 6 a 24 horas posterior a la recuperación de una crisis epiléptica. La ansiedad postictal logra mostrarse como: miedo, angustia, agorafobia o síntomas obsesivos, además se asocia de otras manifestaciones disfóricas como la tristeza (34).

Desordenes de ansiedad interictal

La ansiedad interictal no son explicado en las categorías psiquiátricas tradicional. Además, son deficientemente mencionados por la ILAE, en consecuencia, plantearemos una nueva categorización de desórdenes de ansiedad interictal en personas con epilepsia. El acertado diagnóstico es básico para optimizar la terapéutica y el nivel de vida. Recomendamos diferenciar entre: 1) Ansiedad adelantado de crisis epiléptica. 2) Miedo a las crisis epilépticas. 3) Miedo social convulsiva. 4) Desorden de fobia convulsivo: es un desorden de miedo determinado relacionado con la agorafobia (34).

Diagnóstico

Aun no se tiene aprobado ninguna herramienta de tamizaje para la identificación de ansiedad en pacientes con epilepsia. La particularidad entre las manifestaciones psiquiátricos periictales e interictales dispone repercusiones importantes en el pronóstico y terapéutica. Es fundamental averiguar acerca de estos eventos, debido a que no se logran descubrir por medio de test o formularios (35).

Tratamiento

Hay insuficientes investigaciones de la terapia de ansiedad en personas con epilepsia. Por esta razón, hasta el momento, se utilizará las normas terapéuticas generales.

Psicoterapia

Se ha comprobado que la terapéutica cognitivo-conductual alivia la ansiedad en personas con epilepsia. Todavía no se ha debatido si un manejo con una guía tradicional es apropiado o debería elaborarse un proyecto propio para los pacientes con epilepsia y ansiedad (35).

Evidencia fuera de la epilepsia

La terapéutica farmacológica de la ansiedad se fundamenta actualmente en 4 categorías de medicamentos: antidepresivos, benzodiacepinas, fármacos

antiepilépticos y otros medicamentos. Los ISRS es la terapéutica de 1ra prioridad para todos los desórdenes de ansiedad, porque son efectivos en la terapia a breve como a prolongado tiempo y frecuentemente son bien aceptados. Los IRNS como: duloxetina y venlafaxina son efectivos en la terapia de la ansiedad generalizada. Los antidepresivos tricíclicos (ATC) son eficaces en algunos desordenes de ansiedad, como el TOC y se utilizara solo en personas que no mejoraron o no resistieron a los ISRS y IRNS, por las reacciones adversas y la probabilidad de interacciones medicamentosas. Los benzodicepinas son ansiolíticos bastante renombrados y su eficiencia se ha confirmado en el ataque de miedo y ansiedad generalizada, aunque tienen restricciones como: somnolencia, dificultad intelectual, tolerabilidad y adicción. Los antipsicóticos solo pueden utilizarse para potenciar a los ISRS en TOC, la quetiapina se usa para la terapia de la ansiedad generalizada (36).

Psicosis en epilepsia

Introducción

Los desórdenes psicóticos es la comorbilidad psiquiátrica poco frecuente pero severo en la epilepsia. Se presenta esporádicamente, posterior a una crisis epiléptica, o con regularidad luego de varias crisis, podría ocurrir un episodio de trastorno mental que persiste por algunos días (31). La psicosis es un conjunto de manifestaciones, presentan síntomas positivos: alteración de la mente, delirios y alucinaciones; síntomas negativos: falta de interés o iniciativa, retraimiento social y apatía (38).

Epidemiología

La asociación entre la epilepsia y los desórdenes psicóticos es muy complicada. Varios artículos manifestaron que los pacientes con esquizofrenia poseen un peligro 2 o 3 veces superior de producir epilepsia, con un promedio de incidencia de 7 x 1000 individuos al año. Las causas de esta asociación bilateral son múltiples. (37).

Factores de riesgo

Son los siguientes: a) Antecedente familiar de psicosis, b) Edad de comienzo de la epilepsia, c) Clase de convulsiones, las crisis focales complejas están asociados con psicosis interictal, d) Intelecto, las personas con un grado de limitación en el funcionamiento mental propenden a progresar síntomas psicóticos (30).

Manifestaciones psicóticas en epilepsia

Psicosis Periictal

Las manifestaciones psicóticas se han organizado conforme a la asociación transitoria con la crisis epiléptica. Dentro de las psicosis periictales, las preictales son talvez las poco frecuentes y menos entendidas.

Preictal

La psicosis preictal se muestra con una diversidad de manifestaciones impreciso en las horas anterior a una crisis epiléptica. Estas manifestaciones comprenden vivencias de desrealización y despersonalización, razonamiento forzado, déjà vu, jamais vu, angustia, alegría y alucinaciones. Esta sintomatología normalmente acaba con la crisis epiléptica (37).

Ictal

Habitualmente se manifiestan con una extensa escala de manifestaciones perceptibles, conducta, cognoscitivos y emotivos, frecuentemente en asociación con automatismos característicos del lóbulo temporal. Los fármacos antipsicóticos no es apropiado (37).

Postictal

Son iniciados por un conjunto de crisis tónico clónico parciales o bilaterales y se identifican por particularidades clínicas muy distintivos. La psicopatía de las psicosis postictales es polimorfa, la gran parte de las personas muestran una fase de ánimo anormal puede ser depresión, maniaco y alucinación paranoico. Las manifestaciones psicóticas acostumbran a disminuir espontáneamente en días o

semanas, sin exigencia de terapia antipsicótico largo, se receta fundamentalmente para disminuir la letalidad y morbilidad. Aunque, 1 de cada 4 casos, la psicosis postictal tiene la posibilidad de avanzar a una psicosis permanente (37).

Psicosis interictal

No tiene una evidente asociación transitoria con las convulsiones y es poco común que las psicosis periictales. La predicción a periodo prolongado de la psicosis interictal parece ser superior a la esquizofrenia con menor internamiento a periodo prolongado y esto tal vez corresponda a que las manifestaciones psicóticas disminuyen con el tiempo y la singularidad del empeoramiento de la personalidad (37).

Diagnóstico

Las normas para el diagnóstico del MDS-5 son como mínimo 2 manifestaciones importantes que permanecen un mes y una reducción en el desempeño social, individual y profesional por el tiempo de sintomatología. Las particularidades esenciales de la esquizofrenia son manifestaciones positivas (alucinaciones, desórdenes mentales y delirios) y manifestaciones negativas (indiferencia y alejamiento social), los desvaríos son de carácter inactiva y las alucinaciones son auditivas en 3ra persona (38).

Terapéutica

Tratamiento agudo para la psicosis de la epilepsia

La finalidad fundamental contiene procesos de cuidado (sedación y antipsicóticos) y procedimiento profiláctico (terapia del origen de las manifestaciones x ej. Crisis epilépticas) (38).

Tratamiento inmediato

La primera etapa en la conducción de una persona con psicosis postictal o interictal es la inducción a una inmediata calma. La selección del fármaco y la vía de administración depende fuertemente de la condición de la persona. No

obstante, en personas con manifestaciones psicóticas, se recomienda usar un antipsicótico poco tiempo, solo o unido a benzodicepina. Por ej. Si una persona que colabora con manifestaciones psicóticas, un fármaco antipsicótico en tableta podría ser adecuado. Por el contrario, las personas que no colaboran, benzodicepina en primer lugar, sin embargo, no hay certeza de que son más efectivos. Se recomienda el Lorazepam o el Diazepam porque son beneficiosos en esta situación y podrían unirse con antipsicóticos como Haloperidol. En el tratamiento de la psicosis postictal puede utilizarse fármacos antipsicóticos con o sin benzodicepinas por poco tiempo, no más de tres meses. Pero si las manifestaciones no remiten en esta fase, es probable que requieran una terapia prolongado, como sucede en la psicosis interictal (38).

Tratamiento prolongado de la psicosis de la epilepsia

Cerca del 95% de las personas con psicosis postictal poseen una remisión total de las manifestaciones en 1 mes y la sintomatología perduran una media de nueve a diez días. Por esta razón, mayormente los pacientes necesitan no más de tres meses de terapia. La sintomatología que persisten varios meses o la psicosis interictal podrían necesitar la continuidad a prolongado tiempo de los fármacos antipsicóticos con una supervisión minuciosa por neuropsiquiatría o psiquiatría de vinculo (38).

Interacciones de medicamentos antipsicóticos en personas con epilepsia

Determinados fármacos antiepilépticos inductores de enzimas podrían incrementar el aclaramiento de los psicotrópicos biotransformados en el hígado, incluso los antipsicóticos de 1ra generación como: clorpromazina y haloperidol; los antipsicóticos atípicos como: clozapina, olanzapina, risperidona y quetiapina. En cambio, el ácido valproico reduce el aclaramiento de los antipsicóticos. La carbamazepina disminuye los niveles plasmáticos del total de antipsicótico. Cualquier interacción deben tratarse de manera personal (39).

Calidad de vida en personas con epilepsia

Introducción

Según la OMS el nivel de vida es una idea de gran alcance afectado de forma complicada por el estado físico, psíquico, grado de autonomía, interacción social, convicción individual y su asociación con las particularidades relevantes del ambiente de un individuo. Estas medidas comprenden 3 zonas importantes: 1) La salud física (frecuencia, severidad de las crisis, efectos secundarios de los fármacos), 2) Psíquico (depresión, ansiedad, salud afectiva), 3) La salud social de las personas (vida social, grado de autonomía, estigma, vínculo con parientes y amistades) (40).

Cuestionario QOLIE-31

El impacto de la epilepsia en el nivel de vida del paciente logra ser importante, causado por las fuertes consecuencias sociales, físicas y psicológicas, contrario de la epilepsia y su terapia. El QOLIE-31 (derivado del QOLIE-89) consta de 31 capítulos, es un instrumento realizado para medir la calidad de vida en las personas con epilepsia, que lanza una calificación de 0 a 100 que interpreta la satisfacción general de un paciente, incluso el impacto cognitivo y social (41).

Cuestionario resumido QOLIE-10

El QOLIE-10 es un interrogatorio de 10 temas, breve de más fácil aplicación clínica procedente del QOLIE-31, mostrando algunas particularidades psicométricas similares al interrogatorio de procedencia, también se halla aprobado al castellano. La disposición de la herramienta resulta importantísima, especialmente en países donde la asistencia médica cuenta con elevada afluencia de personas.

El QOLIE-10 posee una enorme capacidad porque su manera resumida, logra apreciar las similares zonas que el formato amplio en mucho menos tiempo, para finalizar la prueba y contar los resultados. El examen logra facilitar información fundamental al personal sanitario con asociación a las necesidades e inquietudes del paciente, a la vez es una manera rápida y simple para calcular el nivel de vida. Estas versiones son muy aprobadas por la persona debido a su sencillo

manejo, del mismo modo también por el personal sanitario, se asocian correctamente con las versiones auténticas. El QOLIE-10 presento una relación moderada-alta con el formulario autentico QOLIE-31, por lo cual se tiene una erramienta viable y autorizado para calcular el nivel de vida en los pacientes con epilepsia (42).

2.3 Definición de términos básicos

Crisis focales: Se genera debido a una actividad eléctrica que se mantiene en un área circunscrita del encéfalo (43).

Crisis generalizadas: Son crisis epilépticas que daña el nivel de conciencia y altera la actividad eléctrica en la totalidad o casi todo el encéfalo (43).

Anhedonia: Deficiencia para sentir placer, la falta de agrado en prácticamente todos los quehaceres (33).

Interictal: La etapa interictal es la fase entre convulsiones (31).

Ictal: La fase ictal es la crisis epiléptica como tal (34).

Postictal: Es la etapa rápidamente post convulsión en donde el encéfalo se repone (37).

Antiepilépticos: Medicamentos encargados a tratar, evitar o impedir las convulsiones. Los antiepilépticos logran controlar adecuadamente las crisis epilépticas en alrededor del 50 - 80% de las personas con epilepsia, pero las reacciones adversas son comunes (44).

Antidepresivos: Fármacos usados para manejar los desórdenes depresivos, que podrían presentarse a modo de uno o varios sucesos durante la existencia, distintos desordenes psicológicos, trastornos del comportamiento alimentario y deficiencia en el dominio de los impulsos (33).

Antipsicóticos: Medicamentos que frecuentemente se utilizan para la terapia de la psicosis. Se prescribe particularmente en pacientes con esquizofrenia para cesar las alucinaciones y en desordenes bipolares para manejar sucesos maníacos con o sin manifestaciones psicóticos (37).

Psicoterapia: Terapia psicológica que fomenta el cumplimiento de la transformación de la conducta, bienestar físico y psíquico, el confort del cónyuge o de los familiares (35).

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

Existe una relación significativa entre la presencia de trastornos psiquiátricos y la calidad de vida en los pacientes con epilepsia del Hospital Hipólito Unanue durante el periodo 2020-2021.

3.2 Variables y su definición operacional

Variable	Definición	Tipo por naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medios de verificación
Edad	Tiempo de existencia desde su nacimiento, hasta la actualidad.	Cuantitativa	Edad	De razón	> 18 años	DNI
Genero	Identidad sexual de los seres vivos.	Cualitativa	Sexo	Nominal	Masculino: 1 Femenino: 2	Historia Clínica
Estado civil	Condición de una persona si tiene o no pareja y su situación legal.	Cualitativa	Soltero, casado, viudo, divorciado	Nominal	Soltero: 1 Casado: 2 Divorciado: 3 Viudo: 4 Conviviente: 5	Historia Clínica
Grado de instrucción	Nivel de educación.	Cualitativa	Estudios	Ordinal	Analfabeto : 1 Primaria : 2 Secundaria : 3 Superior: 4 Estudios incompletos: 5	Historia clínica
Antecedentes patológicos	Antecedentes patológicos	Cualitativa		Nominal	ACV : 1 Infección del SNC: 2 TEC: 3 HTA, DM, Enf. cardiaca: 4 Otros: 5	Historia clínica
Antecedentes familiares con epilepsia	Antecedentes familiares	Cualitativa	Familiares con epilepsia	Nominal	Abuelos: 1 Padres: 2 Hermanos: 3	Historia clínica

					Tíos y primos: 4 Ninguno: 5	
Tiempo de enfermedad de la epilepsia	Tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad.	Cualitativa	Años	De razón	> 1 año	Historia clínica
Crisis epilépticas por mes	Frecuencia de crisis epilépticas en una persona.	Cualitativa	Crisis epilépticas	Ordinal	Uno por mes: 1 > Dos por mes: 2 > Cinco por mes: 3 > Diez por mes: 4	Historia clínica
Fármacos antiepilépticos	Medicamentos que controlan las crisis epilépticas.	Cualitativa	Medicamentos	Nominal	Primera línea: 1 Segunda línea: 2 Tercera línea: 3 Politerapia: 4	Historia clínica
Trastornos psiquiátricos	Enfermedades mentales.	Cualitativa	Enfermedades psiquiátricas	Nominal	Depresión: 1 Trastorno de ansiedad: 2 Psicosis: 3 Trastorno Mixto: 4 Otros: 5	Historia Clínica
Fármacos para trastornos psiquiátricos	Tratamiento para enfermedades psiquiátricas.	Cualitativa	Fármacos	Nominal	Antidepresivos: 1 Ansiolíticos: 2 Antipsicóticos: 3 Estabilizadores humor: 4 Politerapia: 5	Historia clínica
Calidad de vida	Tener buenas condiciones de vida.	Cualitativa	Bienestar físico y social	Nominal	Bienestar físico: 1 Bienestar psicológico: 2 Bienestar social: 3	Encuesta

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

Según la intervención del investigador: Observacional.

Según el alcance: Analítico.

Según el número de mediciones de las variables de estudio: Transversal.

Según el momento de la recolección de datos: Retrospectivo.

4.2 Diseño muestral

Población universo

Pacientes con epilepsia y comorbilidad psiquiátrico.

Población de estudio

Pacientes con epilepsia y comorbilidad psiquiátrico atendidos en consulta externa y telemedicina del servicio de Neurología del Hospital Hipólito Unanue durante el periodo 2020- 2021.

Criterios de elegibilidad

De inclusión

- Pacientes con diagnóstico de epilepsia en cualquiera de sus formas clínicas por un mínimo de seis meses.
- Comorbilidad psiquiátrico de cualquier tipo por un mínimo de 6 meses.
- Con estudios de Electroencefalograma, tomografía cerebral y/o resonancia magnética.
- Mayores de 18 años.
- Con antecedentes de DM, HTA, Enfermedad cardiaca, dislipidemia.
- Enfermedades neurológicas con secuelas leves y moderadas.

De Exclusión

- Comorbilidad neoplásica.
- Enfermedades neurológicas con secuelas graves (discapacidad física, retraso mental severo, deterioro cognitivo mayor)
- Gestantes y puérperas.
- Enfermedades psiquiátricas severas.

Tamaño de la muestra

Se evaluará a toda la población de estudio: 200 pacientes con epilepsia y comorbilidad psiquiátrica atendidos en consulta externa y telemedicina del servicio de Neurología del Hospital Hipólito Unanue durante el periodo Enero del 2020 a diciembre del 2021.

Muestreo o selección de la muestra

No se requiere de una, dado que la muestra es censal.

4.3 Técnicas de recolección de datos

A todos los pacientes con diagnóstico de epilepsia y comorbilidad psiquiátrica que fueron atendidos en el consultorio de Neurología, se les aplicó el Cuestionario QOILE-10. Además, firmaron un consentimiento informado autorizando la participación en el estudio.

Posteriormente se usará un formato de recopilación de datos para el padrón de la información de las personas con epilepsia y trastornos psiquiátricos atendidos en el servicio de neurología. La información será recopilada de las historias clínicas que serán entregadas por el área de archivo.

Instrumentos de recolección y medición de variables

En primer lugar, se aplicó el Cuestionario QOILE-10 a todos los pacientes con diagnóstico de epilepsia y trastorno psiquiátrico evaluados en el servicio de Neurología de manera presencial o por Telemedicina. El formulario QOILE-10

contiene 10 temas y se distribuye en aspectos comunes y particulares reunidos en 3 elementos: consecuencias de la epilepsia, salud mental y actividad social. La etapa de duración al que se indican las interrogantes está dentro de las últimas cuatro semanas. La puntuación del cuestionario es de 0-100, en el que los puntajes más altos indican mejor nivel de vida. Además, todos los participantes de la investigación firmaron un consentimiento informado, autorizando la colaboración en el estudio. Donde se detallará la confidencialidad de la información que brindará el paciente.

En segundo lugar, se elaborará un formato de recopilación de datos con todas las variables que se utilizaran en el estudio, información que será recogida del historial médico de las personas con diagnóstico de epilepsia y comorbilidad psiquiátrica que fueron atendidos por consultorio externo y telemedicina del servicio de neurología del Hospital Hipólito Unanue desde enero del 2020 a diciembre del 2021.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Desarrollaremos un estudio analítico donde determinaremos la relación entre la presencia de la comorbilidad psiquiátrica y el nivel de vida en epilepsia. Además, identificaremos los principales trastornos psiquiátricos en estos pacientes. También, se describirá las variables epidemiológicas de los pacientes con epilepsia como: edad, sexo, estado civil y grado de instrucción. En las variables del perfil clínico de la epilepsia revisaremos: antecedentes familiares, tiempo de diagnóstico, medicamentos antiepilépticos, frecuencia de convulsiones, comorbilidad psiquiátrica y tratamiento de los trastornos psiquiátricos.

Se creará un registro usando Microsoft Office Excel, lo cual será sometido a un procedimiento estadístico para la evaluación de elementos esenciales, utilizando el programa SPSS v 26. Las pruebas estadísticas a utilizar serán: Chi cuadrado, T de Student y análisis multivariado a fin de otorgar relevancia a los resultados obtenidos.

4.5 Aspectos éticos

Los pacientes que participarán en el estudio firmarán un consentimiento informado autorizando su colaboración. El director del Hospital Hipólito Unanue, el jefe del servicio de neurología y el área de docencia permitirán realizar el trabajo. Además, el estudio será aprobado por el Comité de Ética de la Universidad San Martín de Porras.

La información recaudada será usada únicamente como objeto de estudio, guardando el debido respeto, la confidencialidad de los resultados y el anonimato de las personas que participaran en la investigación.

CRONOGRAMA

PASOS	2022									
	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Redacción final del proyecto de investigación	X	X								
Aprobación del proyecto de investigación			X	X						
Recolección de datos					X	X				
Procesamiento y análisis de datos							X	X		
Elaboración del informe									X	
Correcciones del trabajo de investigación									X	
Aprobación del trabajo de investigación										X
Publicación del artículo científico										X

PRESUPUESTO

Para la ejecución del actual estudio, será necesario los siguientes bienes:

Concepto	Monto estimado (soles)
Artículos de escritorio	300.00
Obtención de varias publicaciones	400.00
Internet	400.00
Impresiones	300.00
Logística	500.00
Traslados y otros	300.00
Total	2 200.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Mundial de la Salud. Salud Mental [Internet]. 2019. Available from: <https://consaludmental.org/tag/oms/>
2. Organización Panamericana de la salud. La salud mental en la Región de las Américas [Internet]. 2013. Available from: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=1270>.
3. Ministerio de Salud. Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental Perú 2018. 2018;1–28.
4. Mula M, Kanner AM, Jette N SJ. Psychiatric comorbidities in people with epilepsy. *Neurclinpract*. 2020. p. 1–30.
5. Kanner AM. Psychiatric comorbidities in new onset epilepsy: Should they be always investigated. *Seizure* [Internet]. 2017;49:79–82. Available in: <http://dx.doi.org/10.1016/j.seizure.2017.04.007>
6. Tsigebrhan R, Fekadu A, Medhin G, Newton C, Martin P, Hanlon C. Comorbid mental disorders and quality of life of people with epilepsy attending primary health care clinics in rural Ethiopia. *Plos One*. [Internet] 2021; 16 (1): 1-14. Available in: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238137>
7. Scevola L et al. Psychiatric disorders, depression and quality of life in patients with psychogenic non-epileptic seizures and drug resistant epilepsy living in Argentina. *Seizure* [Internet] 2021 (92): 1764-181. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2021.09.004>
8. Basaran S, Tas H. Predictive factors of quality of life in temporal and extratemporal lobe epilepsy: association with affective temperament profiles and psychiatric comorbidities. *Arq Neuropsiquiatr*. [Internet] 2021; 79 (9).799-807. Available in: <https://doi.org/10.1590/0004-282X-ANP-2020-0437>
9. Ayanda K, Sulyman D. Determinants of quality of life in adults living with

- epilepsy. *Ann Afr Med.* [Internet] 2020;19(3):164-169. Available in: https://doi.org/10.4103/aam.aam_20_18
10. Souza G, Limongi J, Roveroni J. Resilience, quality of life, and clinical aspects of patients with epilepsy. *Epilepsy Behav.*[Internet] 2020; 103 (parte A):106398. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.06.041>
 11. Siarava E, Hyphantis T, Katsanos A, Henrietta S, Kyritsis A, Markoula S. Depression and quality of life in patients with epilepsy in Northwest Greece. *Seizure.* [Internet] 2019 ;66:93-98. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2019.02.012>
 12. Silva B, Canas-Simião H, Cordeiro S, Velosa A, Oliveira-Maia AJ, Barahona-Corrêa JB. Determinants of quality of life in patients with drug-resistant focal epilepsy. *Epilepsy Behav* [Internet]. 2019;100:1–5. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.106525>
 13. Taskiran E, Matur Z, Gül G, Bebek N, Baykan B, Gökyigit A GC. The Impact of Affective State on Quality of Life in Focal Epilepsy in Turkey. *J Neurosci Rural Pract.* 2019;10(2):267–72.
 14. Camara-lemarroy CR, Hoyos M, Ibarra-yruegas BE, Díaz-torres MA, León R De. Affective symptoms and determinants of health-related quality of life in Mexican people with epilepsy. *Neurol Sci.* 2017;0(0):1–6.
 15. Kuladee S, Prachason T, Srisopit P, Trakulchang D, Boongird A, Wisajan P, et al. Prevalence of psychiatric disorders in Thai patients with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2019;90:20–4.
 16. Avalos JC, Silva BA, Tevés Echazu MF, Rosso B, Besocke AG, del Carmen Garcia M. Quality of life in patients with epilepsy or psychogenic nonepileptic seizures and the contribution of psychiatric comorbidities. *Epilepsy Behav.* 2020;112:107447.
 17. Snoeijen-Schouwenaars FM, van Ool JS, Tan IY, Aldenkamp AP, Schelhaas HJ, Hendriksen JGM. Mood, anxiety, and perceived quality of

- life in adults with epilepsy and intellectual disability. *Acta Neurol Scand.* 2019;139(6):1–23.
18. de Barros ACS, Furlan AER, Marques LHN, de Araújo Filho GM. Gender differences in prevalence of psychiatric disorders, levels of alexithymia, and coping strategies in patients with refractory mesial temporal epilepsy and comorbid psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav.* 2018;82:1–5.
 19. Liu Z, Yin R, Fan Z, Fan H, Wu H, Shen B, et al. Gender Differences in Associated and Predictive Factors of Anxiety and Depression in People With Epilepsy. *Front Psychiatry.* 2020;11(July):1–9.
 20. Ehrlich T, Reyes A, Paul BM, Uttarwar V, Hartman S, Mathur K, et al. Beyond depression: The impact of executive functioning on quality of life in patients with temporal lobe epilepsy. *Epilepsy Res.* 2019;149(October 2018):30–6.
 21. Palacios E, Vicuña M, Pulido AC, Vergara J paul. Calidad de vida en pacientes con epilepsia que son atendidos en el departamento de neurología del Hospital San José de Bogotá. *Acta Neurológica Colomb.* 2015;31(3):235–9.
 22. Hoyos de la Garza M. Prevalencia e impacto de síntomas afectivos sobre la calidad de vida asociado a la salud en pacientes con epilepsia. 2018.
 23. Gutierrez Florez AV. Relación entre epilepsia y trastornos psiquiátricos en adultos del Instituto de Neurociencias de Guayaquil periodo 2011-2016. 2018.
 24. Acevedo Orellano C, Pinchi Ramírez W. Severidad de la epilepsia y calidad de vida de los pacientes del Hospital “Eleazar Guzmán Barrón” Nuevo Chimbote ,Enero - Diciembre 2016. *Cienc y Technol.* 2019;15(4):181–91.
 25. Palma Moscoso D. Pacientes epilépticos en el servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Guayaquil periodo 2014 - 2015. Tesis Pregrado. 2017.

26. Josephson CB, Jetté N. Psychiatric comorbidities in epilepsy. *Int Rev Psychiatry*. 2017;29(5):1–16.
27. Lopez MR, Schachter SC, Kanner AM. Psychiatric comorbidities go unrecognized in patients with epilepsy: “You see what you know.” *Epilepsy Behav*. 2019;98(xxxx):1–4.
28. Bermeo-Ovalle A. Psychiatric comorbidities go untreated in patients with epilepsy: Ignorance or denial? *Epilepsy Behav*. 2018;98(xxxx):1–3.
29. Fumanal Doménech A, Grau López L, Broto J, Jiménez M, Chies Pérez E, Fagundez Garzón O, et al. ¿Influye los trastornos del ánimo en el control de crisis de pacientes con epilepsia? *Rev Cient la Soc Española Enferm Neurol*. 2020;53(xx):34–40.
30. Bender del Busto J, Hernandez Toledo L, Rodríguez Mutuberría L, Menendez Imamura K. Trastornos psiquiátricos asociados a las epilepsias. *Rev Habanera Ciencias Medicas*. 2016;15(6):890–905.
31. Zapata Barco AM, Restrepo-Martínez M, Restrepo D. Depresión en personas con epilepsia. ¿Cuál es la conexión? *Rev Colomb Psiquiatr*. 2017;xxx(xx):53–61.
32. Błaszczyk B, Czuczwar SJ. Epilepsy coexisting with depression. *Pharmacol Reports*. 2016;68(5):1084–92.
33. Elger CE, Johnston SA, Hoppe C. Diagnosing and treating depression in epilepsy. *Seizure*. 2017;44:184–93.
34. Hingray C, McGonigal A, Kotwas I, Micoulaud-Franchi JA. The Relationship Between Epilepsy and Anxiety Disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21(40):1–13.
35. Brandt C, Mula M. Anxiety disorders in people with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2016;59:87–91.
36. Mula M. Pharmacological treatment of anxiety disorders in adults with

- epilepsy. *Expert Opin Pharmacother*. 2018;19(17):1–29.
37. Agrawal N, Mula M. Treatment of psychoses in patients with epilepsy: an update. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2019 Jan 10;9:1–10.
 38. Maguire M, Singh J, Marson A. Epilepsy and psychosis: A practical approach. *Pract Neurol*. 2017;0:1–9.
 39. de Toffol B, Trimble M, Hesdorffer DC, Taylor L, Sachdev P, Clancy M, et al. Pharmacotherapy in patients with epilepsy and psychosis. *Epilepsy Behav*. 2018;88:54–60.
 40. Yogarajah M, Mula M. Social cognition, psychiatric comorbidities, and quality of life in adults with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2019;100(xxxx):3–5.
 41. Saadi A, Patenaude B, Mateen FJ. Quality of life in epilepsy—31 inventory (QOLIE-31) scores: A global comparison. *Epilepsy Behav*. 2016;65:13–7.
 42. L.A. Barranco-Camargo, E. Usta-Agamez, J. López-García, S. Jurado-López, C. Zabala-Caraballo ER-C. Validez y fiabilidad del instrumento para evaluación de calidad de vida relacionada con la salud en epilepsia QOLIE-10 en pacientes adultos con epilepsia refractaria en un centro neurológico colombiano. *Rev Neurol*. 2019;69:473–80.
 43. Lopez F, Villanueva V, Falip M. Manual de Práctica Clínica en Epilepsia. Recomendaciones diagnóstico-terapéuticas. Madrid: De SEN; 2019.
 44. Reséndiz et al., Guías clínicas del Programa Prioritario de Epilepsia del Sector Salud, México. *Rev Mex Neuroci* [internet] 2019; 20(2).1-77. disponible en: www.revmexneurociencia.com

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Pregunta de investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
<p>¿Cuál es la relación entre la presencia de trastornos psiquiátricos y la calidad de vida en los pacientes con epilepsia del Hospital Hipólito Unanue durante el periodo 2020-2021?</p>	<p>General Determinar la relación entre la presencia de trastornos psiquiátricos y la calidad de vida en los pacientes con epilepsia del Hospital Hipólito Unanue durante el periodo 2020-2021.</p> <p>Específicos</p> <p>Conocer los principales desordenes psiquiátricos en personas con epilepsia.</p> <p>Describir las características epidemiológicas de los pacientes con epilepsia y comorbilidad psiquiátrica.</p> <p>Conocer los componentes clínicos de la epilepsia en personas con trastornos psiquiátricos.</p> <p>Identificar el nivel de vida en los pacientes con epilepsia.</p>	<p>Existe una relación significativa entre la presencia de trastornos psiquiátricos y la calidad de vida en los pacientes con epilepsia del Hospital Hipólito Unanue durante el periodo 2020-2021.</p>	<p>observacional, analítico, transversal y retrospectivo.</p>	<p>Población de Estudio</p> <p>Pacientes con epilepsia y comorbilidad psiquiátrica atendidos en consulta externa y telemedicina del servicio de Neurología del Hospital Hipólito Unanue durante el periodo 2020-2021.</p> <p>Procesamiento de datos</p> <p>Desarrollaremos un estudio analítico donde determinaremos la relación entre la presencia de la comorbilidad psiquiátrica y el nivel de vida en epilepsia. Además, identificaremos los principales trastornos psiquiátricos en estos pacientes. También, se describirá las variables epidemiológicas de los pacientes con epilepsia como: edad, sexo, estado civil y grado de instrucción. En las variables del perfil clínico de la epilepsia revisaremos: antecedentes</p>	<p>Ficha de recolección de datos.</p> <p>Cuestionario de calidad de vida en epilepsia QOLIE-10.</p>

			<p>familiares, tiempo de diagnóstico, medicamentos antiepilépticos, frecuencia de convulsiones, comorbilidad psiquiátrica y tratamiento de los trastornos psiquiátricos.</p> <p>Se creará un registro usando Microsoft Office Excel, lo cual será sometido a un procedimiento estadístico para la evaluación de elementos esenciales, utilizando el programa SPSS v 26. Las pruebas estadísticas a utilizar serán: Chi cuadrado, t de Student y análisis multivariado a fin de otorgar relevancia a los resultados obtenidos.</p>	
--	--	--	---	--

2. Instrumento de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

A.- DATOS GENERALES		
Nº de HC: _____ Fecha de última atención: _____		
Lugar de procedencia: _____ Teléfono: _____		
Ocupación: _____		
Edad: _____		
Sexo:		
(1) Masculino	(2) Femenino	
Estado civil:		
(1) Soltero	(2) Casado	(3) Divorciado
(4) Viudo	(5) Conviviente	
Grado de instrucción:		
(1) Analfabeto	(2) Primaria	(3) Secundaria
(4) Superior	(5) estudios incompletos	

B.- ANTECEDENTES		
Antecedentes patológicos:		
(1) Prematuro	(2) Encefalopatía hipóxica isquémica	
(3) Retraso mental leve- moderado	(4) Otros	(5) Ninguno
Antecedentes familiares con epilepsia:		
(1) Abuelos	(2) Padres	(3) Hermanos
(4) Tíos y/o primos	(5) Ninguno	

C.- EPILEPSIA
Tiempo de enfermedad de la epilepsia:
Frecuencia de crisis epilépticas
(1) Uno por mes (2) > Dos por mes (3) > Cinco por mes (4) > Diez por mes
Fármacos antiepilépticos
(1) Primera línea (2) Segunda línea (3) Tercera línea (4) Politerapia

D.- TRASTORNOS PSIQUIATRICOS
Tipo de desórdenes psiquiátricos
(1) Depresión (2) Trastorno de ansiedad (3) Psicosis (4) Trastorno Mixto (5) Otros
Fármacos para desordenes Psiquiátricos
(1) Antidepresivos (2) Ansiolíticos (3) Antipsicóticos (4) Estabilizadores del humor (5) Politerapia

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN EPILEPSIA QOLIE-10

Anexo 1	Cuestionario QOLIE-10 (Quality of Life in Epilepsy Inventory-10)														
	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca										
¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas... ¿Se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5										
	Nunca	Sólo alguna vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre										
¿Se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5										
	Ninguno	Pocos	Algunos	Muchos	Muchísimos										
¿Le ha causado su epilepsia o medicación antiepiléptica problemas para desplazarse?	1	2	3	4	5										
	Ninguno	Pocos	Algunos	Muchos	Muchísimos										
¿Durante las últimas 4 semanas cuántas veces ha tenido problemas relacionados con...															
¿Dificultades de memoria?	1	2	3	4	5										
¿Limitaciones en el trabajo?	1	2	3	4	5										
¿Limitaciones en su vida social?	1	2	3	4	5										
¿Efectos físicos de la medicación antiepiléptica?	1	2	3	4	5										
¿Efectos mentales de la medicación antiepiléptica?	1	2	3	4	5										
	Nada de miedo	No mucho miedo	Bastante miedo	Mucho miedo	Muchísimo miedo										
¿Le da miedo sufrir un ataque durante las próximas 4 semanas?	1	2	3	4	5										
¿Qué tal ha sido su calidad de vida durante las últimas 4 semanas? (es decir, ¿cómo le han ido las cosas?) (Rodee con un círculo un solo número)	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">Muy bien; difícilmente hubiera podido irme mejor</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">Bastante bien</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">Bien y mal a partes iguales</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">Bastante mal</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">Muy mal; difícilmente hubiera podido irme peor</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">5</td> </tr> </table>					Muy bien; difícilmente hubiera podido irme mejor	1	Bastante bien	2	Bien y mal a partes iguales	3	Bastante mal	4	Muy mal; difícilmente hubiera podido irme peor	5
Muy bien; difícilmente hubiera podido irme mejor	1														
Bastante bien	2														
Bien y mal a partes iguales	3														
Bastante mal	4														
Muy mal; difícilmente hubiera podido irme peor	5														
Este cuestionario no puede utilizarse sin el permiso de la autora de la versión original. Joyce A. Cramer. Department of Psychiatry. Yale University School of Medicine. E-mail: joyce.cramer@yale.edu															

Fuente: C. Viter, M. Codina, S. Cobaleda et al. Validación de la versión española del cuestionario de calidad de vida en epilepsia QOLIE-10. Neurología 2008;23(3):157-167.

3. Consentimiento informado

Declaración del investigador

El presente estudio es conducido por la Dra. Elizabeth Pomajuica Alania de la Sección de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres. La finalidad de esta investigación es establecer si existe la relación entre la presencia de trastornos psiquiátricos y la calidad de vida en pacientes con epilepsia del Hospital Hipólito Unanue periodo 2019- 2021.

Si usted acepta a colaborar en la investigación, se le solicitará contestar un cuestionario de Calidad de Vida en Epilepsia QOLIE-10 que demorará aproximadamente 30 minutos. Su colaboración será voluntaria. Los datos que se recolecten serán rigurosamente reservados y no se usaran para ningún otro propósito que no esté establecido en el estudio. El rellenado del cuestionario será completamente reservado, por lo tanto, no se le solicitará documento alguno.

Si tiene cualquier duda en referencia al desarrollo del estudio, usted podrá realizar las interrogantes que contemple relevantes. También, puede terminar su colaboración en cualquier momento de la investigación sin que esto represente algún perjuicio para usted. Si no desea responder algunas de las interrogantes porque se sintió incómodo, puede informar al encargado del estudio.

Muy agradecido por su participación.

Declaración del paciente

Yo, _____
doy mi autorización para formar parte de la investigación de forma voluntaria. Me han informado de manera verbal acerca de la investigación. He tenido la ocasión de debatir sobre la investigación y realizar interrogantes.

Al suscribir este consentimiento, estoy conforme con que mi información personal entre ellos datos correspondientes a mi salud física y mental, pueden ser utilizados según referido en la página que especifica el estudio en donde estoy participando. Podría terminar mi colaboración en la investigación en cualquier momento, sin que esto represente algún daño para mí.

Accederé a una copia de este formato de consentimiento e información de la investigación y podría solicitar los resultados de esta investigación cuando esté terminado. Para esto, puedo comunicarme con Dra. Elizabeth Pomajuica Alania. Dentro de las ventajas está la colaboración al desarrollo del estudio, que contribuirá científicamente al progreso continuo con resultados que podrán ampliarse a nivel nacional.

Firma del participante

Firma del investigador

Fecha: -----/ -----/ -----