

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN PACIENTES CON EPILEPSIA. HOSPITAL DR. TEODORO MALDONADO CARBO, GUAYAQUIL

MOOD DISORDERS IN PATIENTS WITH EPILEPSY. HOSPITAL DR. TEODORO MALDONADO CARBO, GUAYAQUIL

TRANSTORNOS DE HUMOR EM PACIENTES COM EPILEPSIA. HOSPITAL DR. TEODORO MALDONADO CARBO, GUAYAQUIL

FRANCIA IVONNE MOLINA VILLACIS^{1,2}, PABLO ENRIQUE MALDONADO CENTERO¹, ROSA ELENA CEPEDA ESCALANTE¹

¹ Hospital Teodoro Maldonado Carbo, Guayaquil, Ecuador

² Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

Introducción: la alta prevalencia de trastornos del estado de ánimo en los pacientes con epilepsia, muchas veces interfiere en el correcto manejo farmacológico y psicosocial de la enfermedad. Las convulsiones en la mayoría de los pacientes con epilepsia pueden controlarse con medicamentos y en ocasiones con cirugía. De hecho, la epilepsia y los trastornos del estado de ánimo, como la depresión, afectan la calidad de vida y aumentan la discapacidad y, por tanto, los costos de atención médica. **Objetivo:** abordar las alteraciones del estado de ánimo que experimentan los pacientes epilépticos, en forma permanente, así como su respuesta a determinados estímulos ambientales, durante las crisis epilépticas o fuera de ellas. **Metodología:** se estudió un grupo de pacientes con epilepsia en el hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo (HTMC) de Guayaquil, para determinar la presencia de trastornos de estado de ánimo y sus características demográficas. **Resultados:** la relación existente entre los trastornos del estado de ánimo y la epilepsia, son más frecuentes entre los 14 y 26 años, con el 7.4%; mientras que entre los 27 y 59 años, representa el 1,42%. En el adulto mayor se asocia la epilepsia con enfermedades degenerativas. Los trastornos más frecuentes son la depresión y la ansiedad. **Conclusión:** es importante conocer la prevalencia de trastornos del estado de ánimo en la población epiléptica para proporcionar tratamiento apropiado para mejorar la calidad de vida de los pacientes y disminuir los costos para el sistema de salud. **PALABRAS CLAVE:** epilepsia, trastornos estado de ánimo, depresión, ansiedad.

ABSTRACT

Introduction: the high prevalence of mood disorders in patients with epilepsy often interferes with the correct pharmacological, and psychosocial management of the disease. Seizures in most epilepsy patients can be controlled with medication and sometimes surgery. Epilepsy and mood disorders such as depression affect the quality of life, increase disability, and therefore health care costs. **Objective:** to address the mood alterations experienced by epileptic patients, permanently, as well as their response to some environmental stimulus, during or outside epileptic seizures. **Methodology:** a group of patients with epilepsy at the Dr. Teodoro Maldonado Carbo Hospital (HTMC) in Guayaquil was studied to determine the presence of mood disorders and their demographic characteristics. **Results:** the relationship between mood disorders and epilepsy is more frequent between 14 and 26 years, with 7.4%; while between 27 and 59 years, it represents 1.42%. In the elderly, epilepsy was associated with degenerative diseases. The most common disorders are depression and anxiety. **Conclusion:** it is important to know the prevalence of mood disorders in the epileptic population to provide appropriate treatment, improve the quality of life of patients and reduce costs for the health system.

KEYWORDS: epilepsy, mood disorders, depression, anxiety.

RESUMO

Introdução: a alta prevalência de transtornos do humor em pacientes com epilepsia muitas vezes interfere no correto manejo farmacológico e psicossocial da doença. As convulsões na maioria dos pacientes com epilepsia podem ser controladas com medicamentos e, às vezes, cirurgia. Na verdade, a epilepsia e os transtornos do humor, como a depressão, afetam a qualidade de vida e aumentam a incapacidade e, portanto, os custos com saúde. **Objetivo:** abordar as alterações de humor vivenciadas por pacientes epilépticos, de forma permanente, bem como sua resposta a determinados estímulos ambientais, durante ou fora das crises epilépticas. **Metodologia:** um grupo de pacientes com epilepsia do hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo (HTMC) em Guayaquil foi estudado para determinar a presença de transtornos de humor e suas características demográficas. **Resultados:** as relações entre transtornos de humor e epilepsia são mais frequentes entre 14 e 26 anos, com 7,4%; enquanto entre 27 e 59 anos, representa 1,42%. Em idosos, a epilepsia está associada a doenças degenerativas. Os distúrbios mais comuns são depressão e ansiedade. **Conclusão:** é importante conhecer a prevalência dos transtornos de humor na população epiléptica para proporcionar um tratamento adequado que melhore a qualidade de vida dos pacientes e reduza os custos para o sistema de saúde

PALAVRAS-CHAVE: epilepsia, transtornos de humor, depressão, ansiedade.

INTRODUCCIÓN

La capacidad para experimentar y expresar emociones es lo que permite al ser humano establecer vínculos sociales. Se desarrolla a partir de una estrecha interacción entre mecanismo neurofisiológicos subyacentes y las condiciones sociales. La salud mental y física depende del funcionamiento adecuado y la relación armónica entre ambos factores. La importancia de las emociones en las motivaciones y relaciones sociales se refleja en las dificultades que experimentan los pacientes que por determinada disfunción en los mecanismos neurobiológicos no pueden reconocer, experimentar o expresar las emociones en forma apropiada. Tal es el caso de los pacientes que padecen de epilepsia, en particular aquellos cuyo foco de actividad se encuentra en las áreas temporales del cerebro.¹

El procesamiento emocional consta de al menos tres subprocesos que incluye, la capacidad para reconocer las expresiones emocionales de otras personas y poder actuar en consecuencia, por otra parte, la experiencia emocional subjetiva que se refiere a lo que uno siente o cree que siente, y por último, el componente conductual, que es la expresión de la emoción experimentada. Estos procesos deben funcionar de forma sincronizada para que el ser humano pueda percatarse de sus emociones de forma integrada con el medio que lo rodea. Los pacientes con epilepsia sufren frecuentemente de alteraciones afectivas, como depresión y ansiedad, incluso más que los individuos que padecen otras enfermedades neurológicas. La alta prevalencia de psicopatología en pacientes epilépticos interfiere en el desarrollo, evolución y manejo de la enfermedad, tratamiento farmacológico y psicosocial de los pacientes y sus familias.²

El término epilepsia puede ser controversial, ya que en ocasiones se suele utilizar indiscriminadamente para toda aquella persona que presenta una convulsión, de tal manera que una persona puede haber tenido convulsión por niveles bajos de azúcar en sangre o un niño con fiebre alta. No obstante, la epilepsia describe un trastorno en que el paciente tiene convulsiones recurrentes en el tiempo, debido a un proceso crónico subyacente, de causa desconocida o no. Es importante recalcar que no todas las personas que tienen una convulsión son epilépticas.³ Habitualmente es necesario haber presentado al menos dos episodios de crisis epilépticas o un episodio asociado a hallazgos patológicos en el electroencefalograma interictal, es decir, entre una convulsión y otra, que no esté precedida por una causa identificable, por ejemplo,

una inflamación aguda, envenenamiento, tumores o hemorragias intracraneales.⁴

La epilepsia es una enfermedad cerebral crónica que afecta a muchas personas a nivel mundial, sin distinción de edad o género; la cual ha estado rodeada de discriminación y estigmatización social durante siglos. En los pueblos primitivos, este trastorno era recibido como un castigo divino o una posesión demoniaca. Los griegos fueron los primeros en incluirla entre las enfermedades físicas; tanto así que Hipócrates, señalaba que esta enfermedad tiene su origen natural y que está localizada en el cerebro.⁵

A finales del siglo XIX, el neurólogo inglés John Hurler Jackson establece la primera definición de epilepsia que todavía hoy está vigente: "Una descarga súbita, rápida y excesiva de las células cerebrales"; la cual solemos llamar convulsiones.⁶ En 1912 se comercializan los primeros fármacos antiepilépticos y unos años más tarde, en 1929, Hans Berger registra en papel el primer encefalograma.⁷

Las convulsiones se deben a descargas eléctricas excesivas de grupos de células cerebrales que pueden producirse en diferentes partes del cuerpo, cursa con episodios que pueden ir desde muy breves de ausencia o de contracciones musculares localizada, hasta convulsiones prolongadas y graves. Su frecuencia también puede variar desde menos de una al año hasta varias al día, lo cual depende en que parte del cerebro comienza la alteración y como se propaga. Ocurren síntomas temporales, como pérdida del conocimiento o la conciencia, y alteraciones del movimiento, de los sentidos, del estado de ánimo y otras funciones cognitivas.⁸

Las alteraciones cognitivas, de lenguaje y rendimiento escolar, están relacionados con problemas externalizados y malas relaciones con otros niños. Los problemas que se desarrollan en la adolescencia, y se relacionan con la restricción de la autonomía, falta de adherencia al tratamiento, entre otros.¹¹

Los factores familiares tienen un impacto perdurable sobre los problemas de conducta del niño a lo largo del curso de la epilepsia. Entre los que se encuentran, la capacidad de organizar el ambiente familiar, adaptación a la enfermedad, sobreprotección, relación padre-hijo y depresión materna. El continuo estrés y las demandas de cuidar a un niño con epilepsia pueden empeorar las relaciones familiares y las habilidades

parenterales. La calidad de vida de los niños con epilepsia se ve influenciada por factores sociales, falta de apoyo, estigmatización familiar, pares, colegio, programa inadecuado, expectativas no realistas del colegio y la familia y abuso físico o sexual. Pueden llevar a que eviten participar en actividades propias de la edad y baje su autoestima. A estas circunstancias se agrega el estrés médico derivado de hospitalizaciones y procedimientos.¹²

Como se ha mencionado, la depresión es el trastorno más frecuente, cuyo origen multifactorial: vulnerabilidad genética, pronóstico y evolución, reacción a los problemas sociolaborales o familiares asociados a la enfermedad. Se estima que el riesgo suicida es 10 veces mayor que el de la población en general y el suicidio consumado es más frecuente en pacientes con depresión interictal.¹³

TABLA 1. CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN LA EPILEPSIA

Depresión ictal		
• Aura	• Crisis parcial	
Depresión perictal		
• Preictal	• Postictal	
Depresión interictal		
• Reactivas	• Distimias breves	• Distimias prolongadas
Depresiones formando parte de una psicosis		
• Psicosis con alteración de la conciencia		
• Psicosis con lucidez de la conciencia		

Ivanovic Zuvic, F.2010

Depresión ictal. Investigaciones han demostrado que es la más común. Se observa en pacientes con epilepsia parcial del lóbulo temporal. Los síntomas aparecen de forma brusca. Son breves y estereotipados. Los síntomas más frecuentes son de culpabilidad, disminución de la capacidad de disfrutar o anhedonia e ideas suicidas, siendo este último, muchas consumado como un acto impulsivo durante las crisis.¹⁴

Depresión pre-ictal: ánimo disfórico o irritabilidad, con mayor frecuencia 72 horas antes de las crisis o incluso antes del episodio epiléptico y suelen remitir una vez aparecida.

Depresión post-ictal: duración variable posterior a las crisis asociado a síntomas vegetativos, ansiedad e ideas suicidas. Se relaciona a pacientes con epilepsia parcial simple refractaria al tratamiento y epilepsia parcial con focos y temporal.

Depresión interictal: es la forma más habitual de estos pacientes. Su sintomatología depresiva es crónica, con distimia intermitente (días u

horas). En algunos casos los episodios depresivos se presentan de igual forma que en pacientes sin epilepsia. Existe una variación en la presentación de síntomas entre depresiones endógenas y depresiones asociadas a la epilepsia; así como en la intensidad de la presentación de los síntomas depresivos, que se valora por varias escalas, entre ellas la de Hamilton.¹⁵

TABLA 2. DIFERENCIAS CLÍNICAS ENTRE DEPRESIÓN ENDÓGENA Y DEPRESIÓN EN LA EPILEPSIA

Depresión endógena	Depresión en epilepsia
Presencia de patrón estacional	Ausencia de patrón estacional
Antecedentes hereditarios	Ausencia de herencia
Ritmo diario, mejora vespertina	Fluctuaciones de los síntomas
Síntomas permanentes y estables	Síntomas intermitentes, variables
Tristeza vital	Pena, llanto, desinterés, apatía
Ideas de culpa, ruina	Menos frecuente
Mayor inhibición, permanente	Menor inhibición, fluctuante
Ansiedad presente	Mayor ansiedad
Somatizaciones	Molestias somáticas variables
Menos importancia de factores ambientales	Mayor reactividad al ambiente ambientales
Alteraciones del sueño constantes	Alteraciones sueño variable
Menor irritabilidad, impulsividad	Mayor irritabilidad, impulsividad
Personalidad característica (tipus melancolius)	Personalidad epiletóide
No hay compromiso de la conciencia	Puede existir con crisis epilépticas.
Ausencia de crisis epiléptica	Alternancia o disminución de las crisis.

Es necesaria la valoración por un equipo multidisciplinario; para determinar el tratamiento específico que consta de varios componentes como: farmacológico, psicoterapéutico y psicoeducativo; donde el acompañamiento por el familiar es fundamental.

Hay que tener en cuenta que algunos fármacos antiepilépticos pueden provocar psicosis, sobre todo los más recientes como la vigabatrina, que puede alterar el metabolismo de varios psicofármacos. Cuando se precisa de la utilización de neurolepticos se debe evitar la clozapina y las fenotiazinas menos incisivas ya que son las que mayor potencial convulsivo presentan.

Entre los antidepresivos, son los tetracíclicos, como la maprotilina y la mianserina los más convulsionantes, aunque todos presentan ese riesgo, incluso el litio. Cabe anotar que la terapia electroconvulsiva no está contraindicada en los pacientes epilépticos.¹⁶

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional descriptivo de serie de casos, con una muestra constituida por 67 pacientes con epilepsia compensada con tratamiento farmacológico por parte de neurología y con seguimiento periódico por el área de psiquiatría, en el hospital Dr. Teodoro Maldonado, de Guayaquil, periodo de enero de 2018 a octubre de 2019. A la muestra se les realizó una encuesta para conocer qué tipo de trastorno relacionado con el estado de ánimo es más frecuente en los diferentes grupos en estudio.

Se clasificaron en tres grupos de edades, de 14-26 años, 27-59 y mayores de 60 años; se le realizó individualmente una exhaustiva anamnesis, valoración psicológica y se aplicó encuesta para determinar en qué grupo de edad es más frecuente que se presente este trastorno para su posterior seguimiento y tratamiento adecuado. Durante la anamnesis se aplicó la escala de valoración de Hamilton (tabla 1) para la evaluación de la depresión (Hamilton depresión rating escale, HDRS); es una escala hetero aplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido.

TABLA 1. ESCALA DE HAMILTON

Humor depresivo (tristeza, desamparo, sentimiento de inutilidad)
<ul style="list-style-type: none"> • Ausente. Estas sensaciones solo las expresa cuando le preguntan cómo se siente. • Estas sensaciones las relata espontáneamente. • Sensaciones no comunicadas verbalmente. (expresión fácil, postura, voz, tendencia al llanto) • Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea.
Sentimientos de culpa
<ul style="list-style-type: none"> • Ausente. Se culpa así mismo, cree haber decepcionado a la gente. • Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones • Siente que la enfermedad actual es un castigo. • Oye voces acusatorias o de denuncia y/o alucinaciones visuales.
Suicidio
<ul style="list-style-type: none"> • Ausente. Le parece que la vida no vale la pena ser vivida • Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir • Ideas de suicidio o amenazas • Intentos de suicidio (cualquier intento serio)
Insomnio precoz
<ul style="list-style-type: none"> • No tiene dificultad. Dificultad ocasional para dormir, ejemplo, mas de media hora para conciliar el sueño • Dificultad para dormir cada noche
Insomnio intermedio
<ul style="list-style-type: none"> • No hay dificultad • Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche. • Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar).

Insomnio tardío
<ul style="list-style-type: none"> • No hay dificultad • Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir • No vuelve a dormirse si se levanta de la cama
Trabajo y actividades
<ul style="list-style-type: none"> • No hay dificultad • Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos) • Pérdida de interés en su capacidad (disminución de la atención, indecisión y vacilación) • Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad. • Dejo de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda)
Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)
<ul style="list-style-type: none"> • Palabra o pensamiento normales • Ligeramente retrasado en el habla • Evidente retraso del habla • Dificultad para expresarse. • Incapacidad para expresarse
Agitación psicomotora
<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Juega con sus dedos • Juega con sus manos, cabello • No puede quedarse quieto ni permanecer sentado • Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira los cabellos, se muerde los labios
Ansiedad psíquica
<ul style="list-style-type: none"> • No hay dificultad • Tensión subjetiva e irritabilidad • Preocupación por pequeñas cosas • Actitud aprensiva en la expresión o en el habla • Expresa sus temores sin que le pregunten
Síntomas somáticos generales
<ul style="list-style-type: none"> • ninguno • pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.
Hipocondría
<ul style="list-style-type: none"> • Ausente • Preocupado de sí mismo • Preocupado por su salud • Se lamenta constantemente, solicita ayuda.
Pérdida de peso
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso inferior a 500gr en una semana • Pérdida de más de 500gr, en una semana • Pérdida de más de 1kg en una semana
Introspección
<ul style="list-style-type: none"> • Se da cuenta que está deprimido y enfermo • Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descenso. • No se da cuenta que está enfermo

Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias. Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 o de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo.

La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE (significado), guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy

recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

- No deprimido: 0-7
- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23

RESULTADOS

Después de recolectar la información mediante los métodos aplicados se procedió analizar los datos.

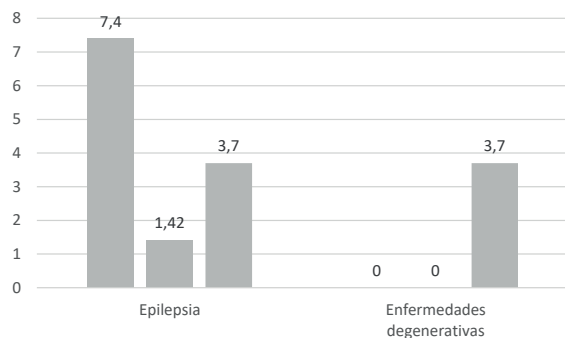


Figura 1. Causas asociadas al trastorno del estado de ánimo.

Los datos representados en la figura 1, sobre la relación existente entre los trastornos del estado de ánimo y la epilepsia, se puede observar que estos cambios son más frecuentes entre los 14-26 años, con 7.4%, mientras que entre las edades de 27-59, representa el 1.42%, es menos frecuente encontrar estos trastornos. Sin embargo, se puede observar que, en el adulto mayor, se asocia la epilepsia y las enfermedades degenerativas propias de la edad con los trastornos del estado de ánimo.

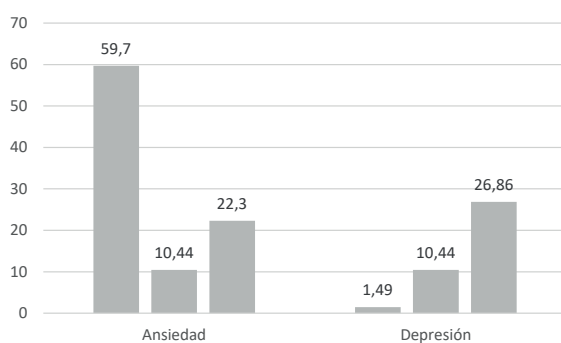


Figura 2. Trastorno del estado del ánimo más frecuente.

Luego de un análisis de las encuestas realizadas a los pacientes, se pudo llegar a la conclusión que los trastornos más frecuentes son la depresión y la ansiedad. La tabla anterior muestra el porcentaje de afectación en cada grupo de edad; de 14- 26 años es más frecuente la ansiedad,

representando un 59.7%, en contraste a la depresión que solo representa 1.49%. En el adulto mayor se puede encontrar ambas alteraciones casi por igual, 22.3% en la ansiedad y 26.86%. Sin embargo, llama la atención que en la adultez ambos trastornos se presentan por igual, con un 10.44%, aunque hay un grupo menor de pacientes que no presentaron ningún trastorno.

DISCUSIÓN

Diversos estudios señalan una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con dicha enfermedad que la población en general, siendo la depresión el trastorno más frecuente, con un 20% en pacientes con epilepsia del lóbulo temporal y un 62% en pacientes con crisis parciales complejas resistentes al tratamiento, seguida de trastornos psicóticos y Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad.⁹

Algunos autores encuentran mayor prevalencia en hombres, y otros en ambos sexos. Cuando la epilepsia comienza antes de los 5 años, el niño tiene peor pronóstico cognitivo, mientras que el comienzo de la enfermedad en la adolescencia tiene peor pronóstico psiquiátrico. Sin embargo, varios factores de la epilepsia determinan la magnitud de complicaciones psiquiátricas: su gravedad, refractariedad al tratamiento, retardo mental y problemas cognitivos asociados, tipo de crisis y efectos de los medicamentos antiepilépticos.¹⁰

Los resultados muestran que los trastornos del estado del ánimo se pueden presentar indistintamente en cada grupo de edad, siendo más frecuente la ansiedad en los jóvenes y la depresión en el adulto mayor, donde, además, en este grupo de edad, existe el factor agravante de las enfermedades degenerativas. Se pudo constatar que estos trastornos muchas veces entorpecen el desarrollo de las actividades de la vida diaria, principalmente luego de una convulsión. Así también la escala de Hamilton permitió valorar la presencia y gravedad de los síntomas depresivos.¹⁷

En los jóvenes que tienen que tomar muchas decisiones acerca de su futuro, a veces se les dificulta por el miedo al rechazo social o a ser excluidos de muchas actividades; sin embargo, por otro lado, algunos no están conscientes de los cuidados que debe tener para la eficacia del tratamiento farmacológico y optan por hábitos inadecuados, como el tabaquismo y uso de alcohol.

Además, los problemas propios de la adolescencia contribuyen a través de la restricción de la autonomía, falta de adherencia al tratamiento, ocultamiento de las crisis para poder conducir, entre otros. Existe evidencia que factores no asociados a la epilepsia juegan un rol importante en los problemas de salud mental. Se observa consistentemente una relación entre psicopatología, funcionamiento familiar y calidad de vida relacionada con la salud.¹⁸

En el adulto, donde se determinó que se puede presentar, tanto la ansiedad como la depresión, los autores se percataron que ya la mayoría conoce como enfrentarse a la enfermedad y recurrir a una solución en caso de presentarse algún trastorno asociado a la epilepsia. Los pacientes portadores de epilepsia presentarían niveles más altos de ansiedad basal que la población general y esto se ha asociado a la estigmatización que tiene la epilepsia, a las vivencias asociadas a la enfermedad (mayor expectación ansiosa, inseguridad causada por la enfermedad).¹⁹

En el adulto mayor prevalece la depresión; muchos se sienten solos, excluidos incluso de las labores del hogar. Algunos encuestados referían que ya no se sienten útiles, ni siquiera para sus familiares y han pensado quitarse la vida sin llegar al intento. A este grupo se asocian las enfermedades degenerativas, por lo que muchos olvidan el tratamiento anticonvulsivante y terminan por agravar la enfermedad o necesitan de alguien más, los que los hacen sentirse inferiores o vulnerables; además del riesgo incrementado a cometer suicidio.²⁰

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Al analizar los resultados, se recomienda, adecuada educación de la enfermedad tanto a pacientes como a familiares, incorporación a grupos de apoyo, atención psicológica y psiquiátrica y correcto seguimiento, llevar un adecuado estilo de vida. Incentivar al adulto mayor a unirse a grupos de protección de la tercera edad, donde se les brinda especial atención y que permiten la interacción social con otros individuos de su misma etapa de vida. Es importante recalcar, que se debe educar a la población en general, escuelas, centros laborales, acerca de la inclusión social de pacientes con epilepsia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kanner AM. Psychiatric issues in epilepsy: The complex relation of mood, anxiety disorders, and epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 15 (2009) 83-87

2. Zapata AM, Restrepo-, Martinez M, Restrepo D, Depresión En Personas Con Epilepsia. ¿Cuál Es La Conexión?: *Revista Colombiana De Psiquiatria*, 2017; Doi: 10.1016/J.Rcp.2017.10.004, https://www.researchgate.net/publication/321714246_Depresion_en_personas_con_epilepsia_Cual_es_la_conexion
3. Dias, R., Bateman, L.M., Farias, S.T, Li, C.S., Lin, T.C., Jorgensen, J., & Seyal, M. Depression in epilepsy is associated with lack of seizure control. *Epilepsy & Behavior*, 19, 445-447. doi:10.1016/j.yebeh.2010.08.029
4. Bender del Busto IJE, Hernández L, Rodríguez L, Menéndez K. Trastornos psiquiátricos asociados a las epilepsias. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 2016; 15(6):890-905 <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v15n6/rhcm05616.pdf>
5. Barragán Pérez E. Epilepsia y condiciones psiquiátricas relacionadas; en *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*, <https://iacapap.org/content/uploads/I.2-Epilepsia-Spanish-2018.pdf>
6. Hernández JL. John Hughlings Jackson y las epilepsias; En, *El idioma y la medicina, Epónimos, Historia de la medicina*, 2011; recuperado 19/03/2020, <https://articulos.sld.cu/cimeq/?p=7160>
7. Tudor M, Tudor L, Tudor KI. Hans Berger (1873-1941): the history of electroencephalography. *Acta Med Croatica*. 2005;59(4):307-13. recuperado 19/03/2020; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16334737>
8. Pérez A, Andrade R, García A, Toledo G, Borges A. Tipificación del Trastorno Afectivo en Pacientes con Epilepsia del Lóbulo Temporal <http://revecuatneurolog.com/wp-content/uploads/2015/06/Tipificaci%C3%B3n-del-Trastorno-Afectivo-en-Pacientes-con-Epilepsia-del-L%C3%B3bulo-Temporal.pdf>
9. Krauskopf Vania, De La Barra Flora. Trastornos Psiquiátricos En Los Pacientes Con Epilepsia; *Rev. Med. Clin. Condes* - 2013; 24(6) 979-985. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-trastornos-psiquiatricos-los-pacientes-con-S0716864013702529>
10. D'Alessio L, Donnoli V, Kochen S. Psicosis y epilepsia: características clínicas y abordaje terapéutico. *Rev. Arg. de Psiquiat*. 2012; XXIII: 265-270
11. Organización Mundial de la Salud, 68.ª Asamblea Mundial de la Salud, 2015; Carga mundial de epilepsia y necesidad de medidas coordinadas en los países para abordar sus consecuencias sanitarias y sociales y su conocimiento por

- el público. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_12-sp.pdf
12. Jerez Magaña AA, Pérez Córdova JM, Ramírez Samayoa OG; Epilepsia, depresión y ansiedad en coexistencia, 2013 DOI: 10.13140/RG.2.1.2809.7443 https://www.researchgate.net/publication/257363186_Epilepsia_depresion_y_ansiedad_en_coexistencia
 13. Hesdorffer DC, Ishihara L, Mynepalli L, et al. Epilepsy, suicidality, and psychiatric disorders: a bidirectional association. *Ann Neurol.* 2012;72(2):184-191.
 14. Zuvic FI, *Psicopatología En Epilepsia*; Editorial: Manual Moderno; 2010; ISBN: 9789562203012
 15. Purriños, M. Hamilton Depression rating scale. Recuperado de <https://meiga.info/escalas/depression-escala-hamilton.PDF>, 28/02/2020
 16. Balibey, H., Yasar, H., Tekeli, H., & Bayar, N. (2015). Frequency of Anxiety and Depression in Epileptic Patients. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 25(2), 136-140. doi: 10.5455/bcp.20130429122553.
 17. Ramos-Brieva JA, Cordero-Villafáfila A: escala de hamilton para la depresión; https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=escala_de_hamilton_para_la_depresion_de_Ramos_Brieva_y_Cordero_Villafafila.pdf
 18. Maguire MJ, Weston J, Singh J, Marson AG. Antidepressants for people with epilepsy and depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 12. Art. No.: CD010682. DOI: 10.1002/14651858.CD010682.pub2
 19. Rivas A., Tobón A., Rivas J., Miranda C. Frecuencia de depresión en pacientes con epilepsia que consultan dos instituciones de tercer nivel en Cali, Colombia. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. 39 / No. 4 / 2010. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39n4/v39n4a05.pdf>
 20. Alvarez A, Espinoza R, Hernández M, et al. Caracterización de la epilepsia de inicio en el adulto mayor: *Acta Médica del Centro*; 2014,8(3), recuperado 25/03/2020 en, <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/150/195>