

## **La depresión asociada a la epilepsia: ¿Un reto bioético en nuestros días?**

[Salvador González Pal](#), [2.- Reinaldo Fabelo Roche](#), [3.- Erick González Delgado](#), [4.- Serguei Iglesias Moré](#) y [5.- Juan Donaldo Quintana Mendoza](#)

### **RESUMEN**

**Introducción:** Se estudian pacientes adultos que sufren de epilepsia con el propósito de realizar un estudio sobre problemas éticos con el objetivo de **valorar** la comorbilidad de la depresión que existe en la población de pacientes adultos con epilepsia que asisten a consulta de neurología del en el período de 2 años y estudiar los factores de riesgo más importantes de esta asociación y contribuir al desarrollo bioético de estos pacientes.

**Material y métodos:** se estudian 200 pacientes con epilepsia, en la consulta de neurología del Centro de Tratamientos Especializado del HPH en un período de 2 años. Estos fueron evaluados mediante entrevistas e instrumentos de evaluación. Los pacientes con epilepsia y depresión se valoraron según factores de riesgo, sociodemográficos, biológicos, medicamentosos y psicosociales. Se aplicaron estadígrafos *Chi 2*, *Odds Ratio*.

**Resultados:** entre los factores socio demográficos hay más depresión en las mujeres con epilepsia y en los mayores de 25 años. En los biológicos se ve más depresión en pacientes con elevada frecuencia de crisis y con epilepsias focales del lóbulo temporal. En los medicamentosos no se observan factores de riesgo. En los psicosociales se encuentra que la mala adaptación emocional, la adaptación interpersonal, la situación económica, la adaptación a los ataques, la medicación y el funcionamiento psicosocial global afectan más a los pacientes con epilepsia y depresión.

**Conclusiones:** La comorbilidad de depresión con epilepsia en Cuba es muy elevada en comparación con poblaciones similares de otros países.

En la asociación depresión-epilepsia, tienen más influencia los factores psicosociales.

Se puede contribuir al desarrollo bioético, mediante un mejor bienestar psicosocial a una satisfactoria calidad de vida en estos pacientes.

**Palabras clave:** bioética, depresión, epilepsia, factores de riesgo, psicosocial, biológico.

### **INTRODUCCIÓN**

Nos encontramos en una etapa histórica en la que el desarrollo mundial exige un patrón universal para las cuestiones referidas a la moralidad, un universalismo mínimo que pueda defenderse con elementos comúnmente aceptables. Este universalismo abarca presupuestos morales como el humanismo, la solidaridad, la justicia, la equidad, la libertad y la tolerancia.<sup>1</sup>

En este terreno se desarrolla la Bioética, entendida como dimensión moral de las ciencias de la vida. Entre los conceptos éticos, tienen especial significación la llamada “trinidad bioética”, los cuales expresan deberes, derechos y obligaciones morales y son: el beneficio y no perjuicio, la autonomía y la justicia. Ante los planteamientos de los que defienden el progreso tecnológico y las teorías biológicas de forma incondicionada, hay que argumentar que la tecnología no es un fin en sí, sino que debe de estar al servicio de las personas, así como buscar un equilibrio entre lo biológico y lo social en que se cumplan los principios básicos de la bioética.

En este trabajo intentaremos abordar la problemática moral, ética y bioética de una condición médica especial con la que en la actualidad viven alrededor de 50 millones de personas en todo el mundo (aproximadamente 80 mil de ellos cubanos), nos referimos a la epilepsia, la que con frecuencia se asocia a depresión.<sup>2-4</sup>

Con mucha frecuencia los pacientes con epilepsia asisten a consultarse con su especialista con motivo de sus crisis y no dicen o no les permitimos decir que se encuentran “deprimidos” o que “no quieren vivir”, esto ha provocado un llamado de los epileptólogos (especialistas en neurología dedicados a la epilepsia) a considerar al hombre un ser bio-psico-social y no solo a indicarles tabletas para sus “crisis”.

La comorbilidad de la epilepsia y la depresión tiene su causa en diversos factores de riesgo que pueden ser biológicos, medicamentosos o sociales.

Entre las causas biológicas, vemos que ambos trastornos comparten mecanismos patogénicos comunes, que implican a neurotransmisores y estructuras anatómicas. Diversos estudios han comprobado que ambos procesos comparten alteraciones en la concentración de neurotransmisores (serotonina (5-HT, noradrenalina, dopamina, ácido gammaaminobutírico y glutamato) en diversas regiones del sistema nervioso central.<sup>5-12</sup> También se ha visto en ambas enfermedades relaciones anatómicas comunes en el sistema límbico. Se describe atrofia del hipocampo frecuente en algunas formas de epilepsia focal y también en pacientes con depresión, si bien el patrón histológico de cada una de ellas es probablemente diferente.<sup>13</sup> Por otra parte, existe una relación directa entre la gravedad de la depresión y la afectación del hipocampo y la amígdala, ya sea medida por resonancia magnética estructural, espectroscopia, PET o tomografía computarizada por emisión de fotón único.<sup>14-17</sup> No obstante, la mayoría de los autores coincide en que la disminución del hipocampo en la epilepsia es más

marcada que en el trastorno depresivo mayor.

También existe la depresión secundaria a los medicamentos antiepilépticos ya que se describen efectos eutimizantes y también depresógenos.<sup>4,17,18</sup>

Por último, aunque, ambas enfermedades tienen similares alteraciones estructurales y neurotransmisores afectados no debemos menospreciar la depresión que se produce en estos pacientes debido a la influencia social negativa producida por los estigmas de esta enfermedad.

Para una aproximación válida a la referida problemática se precisa demostrar la necesidad de un debate ético referente a la situación psicosocial del paciente con epilepsia por un lado y por otro la hipótesis biológica que justifica la comorbilidad de la depresión en la epilepsia basado en estudios de que en ambas entidades se afectan los mismos neurotransmisores y las mismas estructuras, además en varias oportunidades hasta utilizan los mismo medicamentos. En ese sentido nos proponemos argumentar las implicaciones morales de la estigmatización social de dicha enfermedad e identificar la existencia de dilemas bioéticos que comprometen la adaptación general del paciente.

Es significativo tener en cuenta que la severidad de las manifestaciones de la enfermedad convulsiva y su comorbilidad con los estados depresivos se asocian a la presencia de cuatro grupos o variables fundamentales de factores de riesgo: socios demográficos, biológicos, sociales y medicamentosos.<sup>19-21</sup>

### **Objetivo general**

**Valorar** la comorbilidad de la depresión que existe en la población de pacientes adultos con epilepsia que asisten a consulta de neurología del Departamento de Tratamientos Especializados del Hospital Psiquiátrico de la Habana Cmte y Dr Eduardo Bernabé Ordaz Ducungé, en el período de 2 años y estudiar los factores de riesgo más importantes de esta asociación.

### **Objetivos específicos.**

**Definir** la comorbilidad de la depresión, en nuestro medio, de un grupo de pacientes adultos con epilepsia., según los indicadores de depresión determinados, en una población adulta de pacientes con epilepsia.

**Valorar** la preponderancia de los diferentes factores de riesgo, socio demográficos, biológicos, psicopatológicos, sociales y medicamentosos que están presentes en el grupo de pacientes con epilepsia y depresión.

**Definir** el peso de los factores psicosociales en pacientes con epilepsia, depresión e ideas suicidas en la población estudiada y relacionarlos con los diferentes problemas éticos.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se estudian 200 pacientes con epilepsia, en la consulta de Neurología del Centro de Tratamientos especializado del Hospital Psiquiátrico de La Habana. Comandante y Doctor Eduardo B. Ordaz Ducungé, los que fueron atendidos

entre enero del 2008 y enero del 2010 (período de 2 años).

### **Instrumentos de evaluación.**

A todos los pacientes con epilepsia se les clasificó y aplicó cuestionario diseñado para pacientes con epilepsia que recoge los factores generales como: edad, sexo y raza Además de factores biológicos como: Antecedentes de injuria cerebral, edad del pacientes al inicio de la epilepsia(más de 10 años de edad y menos de 10 años de edad), tiempo de evolución de la epilepsia (más de 15 años de evolución y menos de 15 años de evolución), frecuencia de las crisis (elevadas por encima de una al mes no elevadas menos de 1 por mes), tipos de crisis de epilepsia(generalizadas o focales) y síndromes Focales (focal del lóbulo temporal v/s focal extratemporal)

Se aplicó para determinar grado de depresión, la encuesta “CRS” (Hamilton de depresión abreviado) que consta de 52 ítems con varias variables (Si o No) para que el paciente escoja según como se sienta, después se aplica un calificador establecido y se dan los resultados en 4 variables: sin depresión, con depresión ligera, moderada o severa.

También se evaluaron los problemas sociales mediante la escala “Inventario Psicosocial de Washington” (WPSI. Inventario Psicosocial de Washington (WPSI),<sup>22,23</sup> tales como, historia familiar, ajuste emocional, relaciones interpersonales, vocación, situación económica, adaptación al tratamiento médico y Funcionamiento psicosocial Global.

### **Procedimiento:**

Primero se realiza una evaluación neurológica del paciente para determinar si sufre de epilepsia o no. Seguido se realiza la clasificación de la epilepsia y de los síndromes y descripción de factores de riesgo. Posteriormente se aplica el inventario de depresión y a partir de este momento la muestra (200 pacientes) se divide dos grupos los que tienen depresión y sin depresión) por último se comparan estos dos grupos con cada uno de los factores de riesgo reunidos en cuatro grandes grupos:

- Factores socio demográficos: edad, sexo, raza.
- Factores biológicos (Antecedentes de injuria cerebral, edad del pacientes al inicio de la epilepsia (más de 10 años de edad y menos de 10 años de edad), tiempo de evolución de la epilepsia (más de 15 años de evolución y menos de 15 años de evolución), frecuencia de las crisis (elevadas por encima de una al mes no elevadas menos de 1 por mes), tipos de crisis de epilepsia(generalizadas o focales) y síndromes Focales (focal del lóbulo temporal v/s focal extratemporal).
- Factores psicosociales (historia familiar, ajuste emocional, relaciones interpersonales, vocación, situación económica, adaptación al tratamiento

médico y Funcionamiento psicosocial Global halladas mediante el Inventario Psicosocial de Washington (WPSI).<sup>23</sup>

- Factores medicamentosos (politerapia anticonvulsivante, tratamiento con barbitúricos, déficit de folatos y alteraciones hormonales provocadas).

### **Análisis estadístico**

Los cuestionarios se pasarán a una base de datos en el sistema Excel de la Microsoft Office y se almacenarán en dos copias de seguridad guardadas. Los datos se procesarán por microcomputadoras utilizando el sistema Excel y los paquetes estadísticos INSTAT y STATISTICA.

Se hará análisis estadístico univariado con el cálculo de distribuciones de frecuencia y porcentajes en las variables cualitativas, y medidas de tendencia central (media aritmética) y de dispersión (desviación estándar) en las variables cuantitativas.

Para comparar dos variables, se utilizará análisis bivariado con:

Prueba de t para medias aritméticas. Prueba Chi-cuadrado para variables cualitativas. Para determinar asociación o relación entre variables se utilizará la prueba de Chi-cuadrado. De existir asociación se determinará la presencia y cuantificación de riesgo significativo mediante la prueba de productos cruzados u Odds Ratio. Se utilizará un nivel de significación del 5 % y en el caso del Odds Ratio un intervalo de confianza de 95 % calculado por el método de Woolf.

## **RESULTADOS**

### **Características generales de la población**

Edad: La edad promedio 32.50 años el menor de 18 años y el mayor de 60 años: entre 18 y 25 años 67 (33.5 %); entre 26 y 35 años 55 (27.5 %); entre 36 y 45 años 53 (26.5 %); entre 46 y 55 años 19 (9.5 %) y más de 55 años 6 (3 %)

Sexo: Del total de pacientes estudiados (n=200), 97 (48.5 %) tienen sexo masculino, 103(51.5 %) femenino

Grupo étnico: Del total de pacientes 149 (74.5 %) tienen raza blanca, 30 (15 %) mestiza, 21 (10.5) negra. No se realizan estudios de relación entre grupo étnico y resultados de la personalidad debido al alto nivel de mestizaje que existe en nuestro medio.

### **Índice de Depresión**

De 200 pacientes 143 (71.5 %) tenía algún tipo de depresión y solo 57 (28.5 %) no tenía elementos de depresión.

De los 143 que tenían depresión, eran ligera 67(46.8 %), moderada 38 (26.5 %) y severa 38 (26.5 %). Ver gráfica No 1.

### **Grafica No 1**

## CARACTERÍSTICA DE LA DEPRESIÓN EN 200 PACIENTES CON EPILEPSIA



A partir de este momento compararemos los pacientes epilépticos con depresión y sin depresión en cada una de las variables enunciadas

### Relación depresión factores sociodemográficos

#### **Edad**

Entre los menores de 25 años, 26 (45.6 %) no tenían depresión y 41 (28.7 %) la tenían, la aplicación de Chi 2 dio una  $p=0.03$  considerada como significativa.

Entre 26 y 35 años, 18 (31.6 %) no tenían depresión, 37 (25.8 %) tenían depresión la aplicación del Chi 2,  $p=0.52$ , considerada no significativa.

Entre 36 y 45 años, 10 (17.54 %) no tenía depresión, 43 (30.06 %) tenía depresión, el estudio de Chi 2,  $p=0.102$ , considerada no significativa.

Más de 46 años, 3(5.26 %) sin depresión y 22(15.38 %) con depresión, la comparación mediante Chi2 ,  $p=0.086$ , considerada no significativa.

#### **Sexo**

Sin depresión. 37 Hombres (64.9 %) y 20 mujeres (35.1 %), con depresión 60 (41.9 %) hombres y 83 mujeres (58.1 %) Ver la siguiente grafica.

### **Grafica No 2**



Chi2 p=0.0055 OR=2.55

Hay mucho más mujeres con depresión y más hombres sin depresión.

### **Grupo étnico o raza.**

De la raza blanca 149(74.5 %), de la raza mestiza 30(15 %), de la raza negra 21 (10.5 %). Aunque predominan los de la raza blanca no se realizan estudios de relación entre raza y resultados de la personalidad debido al alto nivel de mestizaje que existe en nuestro medio.

### **Factores Biológicos**

#### **Injurias cerebrales**

Se dividieron los pacientes en dos grupos con depresión y sin depresión y dentro de estos los que refirieron injurias cerebrales (distocia del parto, trauma craneal, encefalitis y alcoholismo).

De los pacientes sin depresión, 12(6 %) tenían antecedentes de parto distócico, 7(23.3 %), sin antecedentes de parto distócico 117 (58.5). De los que tenían depresión 26 (13 %) tenían antecedentes de parto distócico y 45 (22.5 %) no tenían.

La comparación mediante Chi 2 fue de  $p=0.7891$  no significativa. De los pacientes sin depresión 7 (3.5 %) referían encefalitis y 50 (25 %) no la referían. De los pacientes con depresión, 14 (7 %) tenían antecedentes de encefalitis, y 129 (64.5 %) no la tenían. La comparación entre los grupos mediante Chi2 fue de 0.06925 no significativa.

De los pacientes sin depresión, 53 (26.5 %) tenían antecedente de trauma craneal y 4 (2%) no tenía antecedentes de trauma craneal moderado o severo. De los pacientes con depresión 128 (64 %) tenían trauma craneal y 15 (7.5 %) no tenían este antecedente. Se aplicó Chi2 y se observó una  $p=0.2384$  no significativa.

De los pacientes sin depresión 7 (3.5 %) referían alcoholismo crónico y 50 (25 %) no lo referían. De los pacientes con depresión, 14 (7 %) sufrían alcoholismo y 129 (64.5 %) no la tenían. La comparación entre los grupos mediante Chi2 fue de 0.06925 no significativa. En general las injurias cerebrales no eran consideradas como factor de riesgo significativo en la aparición de

depresión.

#### **Edad de inicio de las crisis.**

La edad de inicio de las crisis fue dividida en dos grupos, los que comenzaron sus crisis antes de 7 años y los que comenzaron después de 8 años de edad.

Sin depresión 30 pacientes (52.6 %) comenzaron sus crisis antes de 7 años y 27 (47.4 %) después de los 8 años.

Con depresión, 73(50.1 %) pacientes comenzaron las crisis antes de 7 años y 70 (49.9 %) después de los 8 años. La comparación entre grupos mediante el Chi2,  $p=0.9638$  no significativa.

#### **Tiempo de evolución de las crisis de epilepsia.**

El tiempo de evolución de las crisis fue dividido en con menos de 15 años y con más de 15 años

Sin depresión había 40 (20 %) con más de 15 años de evolución de las crisis y 17 (8.5 %) con menos de este tiempo.

Con depresión existía 93 (46.5 %) con más de 15 años de evolución de las crisis y 50 (25 %) con menos de este tiempo. La comparación entre los grupos con Chi2  $p=0.2802$  no significativa

#### **Frecuencia elevada de la crisis.**

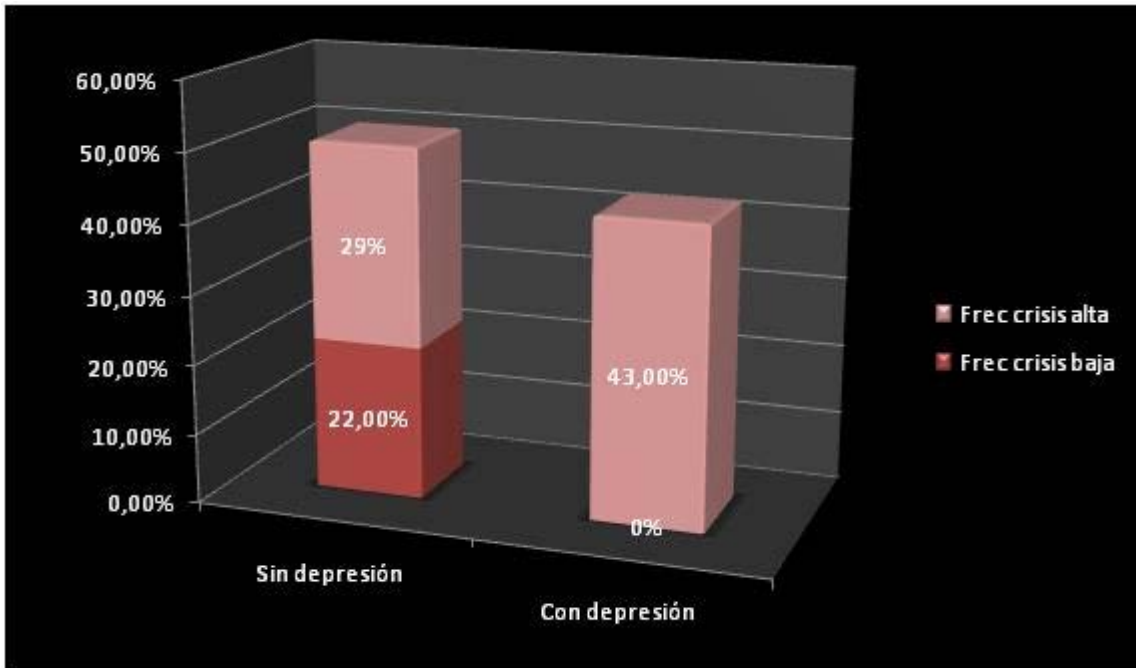
La frecuencia crisis se clasificó en dos grupos, frecuencia elevada de crisis (más de 1 crisis X mes), frecuencia aceptable de crisis. (menos de una crisis por mes).

Sin depresión, con menos de una crisis por mes 44 pacientes (22 %), y con más de una crisis por mes 13 pacientes (6.5 %).

Con depresión, con menos de una crisis por mes pacientes 57 pacientes (28.5 %), con más de una crisis por mes 86 (43 %) . Ver siguiente grafica.

### **Gráfica 3. COMPARACIÓN DE LOS ESTADOS DEPRESIVOS Y FRECUENCIA DE CRISIS EN 200 PACIENTES CON EPILEPSIA**





p menor 0.0001 significativa ODDS RATIO=5.107 considerada significativa  
 La comparación entre los grupos muestra que el aumento de crisis en un paciente está relacionado con la depresión.

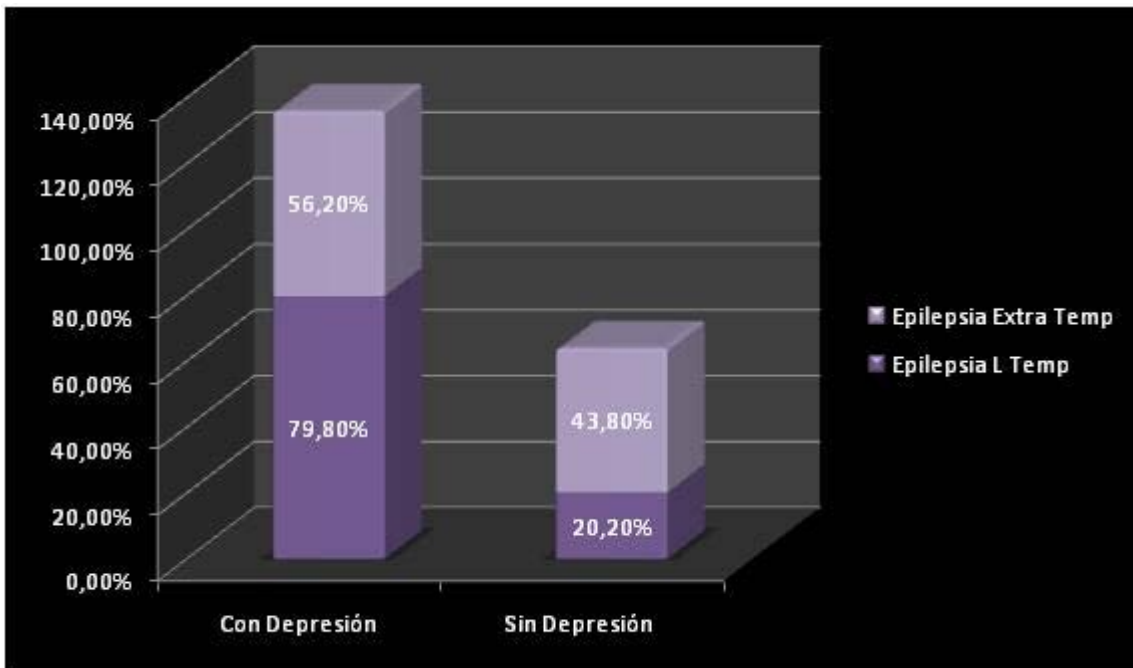
#### **Síndromes epilépticos.**

Los síndromes epilépticos fueron divididos en dos grupos, los del lóbulo temporal y los extratemporales.

En 119 pacientes con síndrome del lóbulo, 24 (20.2 %) estaban sin depresión y 95 (79.8 %) pacientes con depresión.

En 73 enfermos síndromes epilépticos extratemporales 32 (43.8 %) no tenían depresión y 41 (56.2 %) tenían depresión. Ver la siguiente gráfica.

**Grafica 4.** COMPARACIÓN ENTRE PACIENTES CON SÍNDROME EPILÉPTICO DEL LOBULO TEMPORAL Y SINDROMES EPILÉPTICOS EXTRATEMPORALES



**Chi2 0.0008. OR=3.3237. IC 0.1700 a 0.6162**

Hay más pacientes con depresión en los síndromes epilépticos focales del lóbulo temporal.

### **Medicación antiepiléptica**

Se valoró la influencia que podían tener las combinaciones de los diferentes medicamentos antiepilépticos en la presencia o no de la depresión.

#### **Monoterapia**

Se valoró la presencia o no de depresión de los que tomaban un solo antiepiléptico y se comparó con los que tomaban dos antiepilépticos.

Sin depresión 48 (84.2 %) tomaban un antiepiléptico y 9 (15.8 %) tomaban dos o más.

Con depresión 110 (76.9 %) tomaba un antiepiléptico y 33 (23.1 %) no lo tomaban. La comparación entre ambos grupos mediante Chi2 mostró  $p=0.3422$  no significativa.

#### **Benzodiacepinas o barbitúricos.**

Se valoraron los que tomaban alguna benzodiacepina (clonazepán o clobasán) y los que tomaban barbitúricos (fenobarbital) contra los que no la tomaban.

Sin depresión y tomaban barbitúricos y benzodiacepinas 7 pacientes (12.3 %), mientras que 50 (87.7 %) no tomaban estos antiepilépticos.

Con depresión, 24 (16.7 %) pacientes tomaban benzodiacepinas y barbitúricos, mientras 119 (83.3 %) no lo tomaban. La comparación entre ambos grupos mediante el Chi2 dio  $p=0.5634$  no significativa.

#### **Difenihidantoína**

Utilizaban difenilhidantoina en dosis de 300 mg/ día 34 pacientes: sin depresión estaban 11 (5.5 %) y con depresión 23 (11.5 %). No utilizaban difenilhidantoina 166, de los cuales: 45 (22.5 %) estaba sin depresión y 121 (60.5 %) con depresión. La comparación mediante Chi2 fue de  $p=0.5349$  no significativa.

### **Carbamazepina (CBZ)**

Utilizaban CBZ 133 pacientes: de los que 35 (17.5 %) no tenían depresión y 98(49%) la tenía. No utilizaban CBZ 62 pacientes: de los cuales 22 (11 %) no referían depresión y 45 (22.5 %) si la referían. La comparación mediante Ch fue de  $p=0.4248$  no significativa.

### **Ácido valproico**

Utilizaban ácido valproico 32 pacientes de estos: 9 (4.5 %) estaban sin depresión y 23 (11.5 %) con depresión. No utilizaban ácido valproico 168 pacientes: 48 (24 %) estaban sin depresión y 120 (60 %) estaban con depresión. La comparación de ambos grupos mediante del Chi2 mostró  $p=0.9591$ , no significativa.

### **Problemas sociales.**

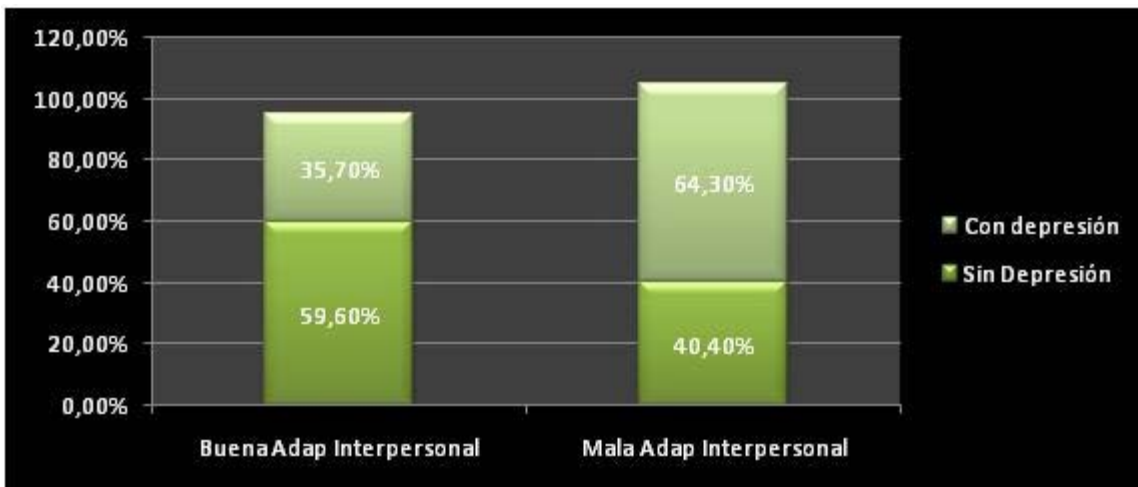
Se incluyeron el estudio de 8 factores psicosociales derivados del Inventario Psicosocial de Washington, aplicado a los 200 pacientes adultos y cuyos resultados son analizados a continuación.

**Historia familiar:** del total de 200 enfermos con epilepsia estudiados, 132 (65.5 %) tienen una buena o aceptable historia familiar y 68 (34.5 %) la tienen mala o muy mala historia. De 57 pacientes sin depresión 38 (66.7 %) tenían buena historia familiar y 19 (33.3 %) no referían buena historia. De 143 pacientes con depresión 93 (65.1 %) referían buena historia familiar y 50 (34.9 %) no lo hicieron. La comparación entre ambos grupos mediante el Fisher mostró:  $p = 0.8704$ ,  $OR=1.075$ , no significativa.

**Adaptación emocional.** De 200 pacientes adultos con epilepsia estudiados 100 (50%) referían buena adaptación interpersonal y 100 (50 %) mala. De 57 pacientes sin depresión, los 57 (100 %) tenían buena adaptación interpersonal. De 143 pacientes con depresión 43 (30.1 %) tenían buena adaptación emocional y 100 (69.9 %) no la tenían. La comparación mediante Fisher mostró: **p menor 0.0001 y OR 2.6569, considerado muy significativo.** Este ítem mide el estado depresivo ante la enfermedad por eso es tan elevado su diferencia.

**Adaptación interpersonal:** De 200 pacientes adultos estudiados, 85 (42.5 %) tiene una buena adaptación interpersonal y 115 (57.5 %) la tiene mala o muy mala. Sin depresión, 34 (59.6 %) tenían buena adaptación interpersonal y 23(40.4 %) no la presentaban. Con depresión 51 (35.7 %) referían buena adaptación interpersonal y 92 (64.3 %) no la presentaban. Al comparar mediante Fisher, se observa:  **$p=0.0025$  y  $OR=2.667$ , considerada muy significativa. Ver siguiente gráfica**

**Gráfica 5. RELACIÓN DE LA ADAPTACIÓN INTERPERSONAL Y LA DEPRESIÓN EN 200 PACIENTES CONEPILEPSIA**

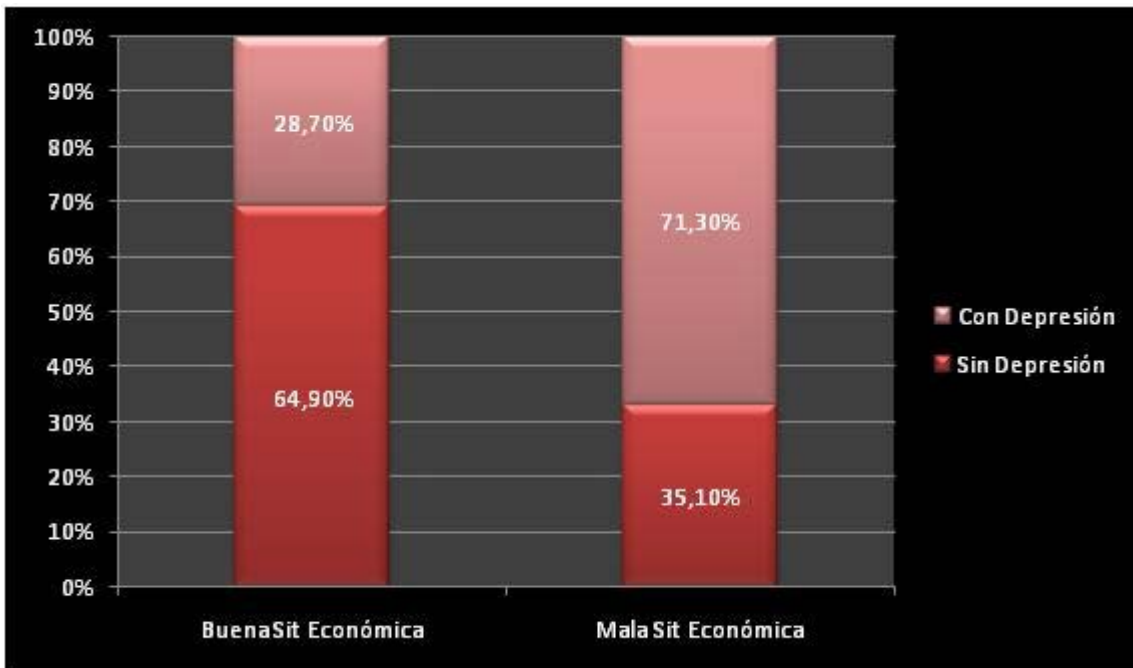


**Fisher, se observa:  $p=0.0025$  y  $OR=2.667$ , considerada muy significativa.**

**Adaptación vocacional:** De 200 pacientes adultos con epilepsia, 34 (17 %) tiene buena adaptación vocacional y 166 (83 %) la refiere mala. De los pacientes sin depresión, 11 (19.3 %) tenían buena adaptación vocacional y 46 (80.7 %) no la tenían. De los pacientes con depresión, 23 (16.1 %) tenían buena adaptación vocacional y 120 (83.9 %) no la presentaban. La comparación entre ambos grupos mediante el Fisher es  $p= 0.6770$  y  $OR=1.248$  considerado no significativo.

**Situación económica:** del total de 200 enfermos con epilepsia estudiados 144 (72 %) referían un situación económica mala o muy mala y solo 56 (28 %) referían una situación económica aceptable o buena. De los pacientes con síndrome depresivo. De los que no tenían depresión 37 (64.9 %) referían buena situación económica y 20 (35.1 %) mala o muy mala. De los que tenían depresión, 41 (28.7 %) referían situación económica aceptable y 102 (71.3 %) mala y muy mala. La comparación entre ambos grupos fue muy significativa. Ver grafica No 6.

**Grafica 6. RELACIÓN DE LA SITUACIÓN ECONÓMICA CON LA DEPRESIÓN EN 200 PACIENTES CON EPILEPSIA**



**Chi2 menor 0.0001 y OR=4.602, considerado muy significativa**

**Adaptación a los ataques:** del total de 200 pacientes con epilepsia, 124 (62 %) refieren una mala adaptación a los ataques y 76 (38 %) una aceptable o buena adaptación.

De los pacientes sin depresión 15 (19.7 %) tienen buena adaptación a los ataques y 42 (33.8 %) mala adaptación a estos. De los pacientes con depresión 61 (80.26 %) tienen buena adaptación a los ataques y 82 (66.2 %) mala adaptación a los mismos. Se compararon los grupos mediante **Chi2, lo cual resultó significativo**. Ver siguiente gráfica.

**Grafica 7. RELACIÓN DE LA ADAPTACIÓN A LOS ATAQUES Y DEPRESIÓN EN 200 PACIENTES CON EPILEPSIA**



**Chi<sup>2</sup> p=0.0363 y OR=0.4801, lo cual resultó significativo.**

**Adaptación al médico o tratamiento médico:** Del total de 200 enfermos con epilepsia estudiados, 69 (34.5 %) tienen buena o media adaptación al médico y al tratamiento médico, mientras que 131 (65.5 %) la tienen mala.

De los pacientes sin depresión, 22 (38.6 %) tienen buena adaptación al médico y a los medicamentos, 35 (61.4 %) no la tienen. De los pacientes con depresión, 96 (67.1 %), tienen buena adaptación al médico y al tratamiento y 47 (32.9 %), no la refieren. Ver la siguiente Gráfica.

**Grafica 8. ADAPTACIÓN AL TRATAMIENTO MÉDICO Y ESTADO DEPRESIVO**



La comparación mediante el Fischer dio  $p=0.0004$  y  $OR=3.077$  con IC 0.1627 a 0.582 no significativa.

**Funcionamiento psicosocial global:** el funcionamiento psicosocial global medido mediante la escala de Washington (WPSI), mostró que del total de 200 pacientes con epilepsia 90 (45 %) referían un mal o muy funcionamiento psicosocial y 110 (55 %) un aceptable o buen funcionamiento. Sin depresión 43 (75.4 %) pacientes con buen funcionamiento psicosocial y 14 (24.6 %) con mal funcionamiento psicosocial. Con depresión 67 (46.9 %) con buen funcionamiento psicosocial y 76 (53.1 %) con mal funcionamiento. La comparación de ambos grupos mediante Fisher es de  $p=0.0003$  y  $OR 3.484$  considerada muy significativa. Por lo tanto predomina un mal funcionamiento psicosocial global en estos pacientes con epilepsia y depresión.

## DISCUSIÓN

### **Depresión en pacientes con epilepsia.**

La depresión es la enfermedad psiquiátrica que acompaña con más frecuencia a los pacientes con epilepsia. Las cifras de depresión resultan algo diferentes según los autores y se considera que estas pueden aparecer en el 20 % en las epilepsia focales del lóbulo temporal<sup>20</sup> y alcanzar a más de un 62 % en pacientes con que además de tener estas epilepsias tienen difícil control medicamentoso,<sup>24</sup> o en pacientes que se atienden en centros especializados también por el difícil control de sus crisis.<sup>25</sup>

En diversos estudios, realizados en nuestro pacientes de consulta externa (Consulta especializada en el 2do nivel de atención), el primer estudio que data del 2003 señalaba que solo un 30 % de los pacientes con epilepsia sufrían depresión asociada,<sup>26</sup> en otros cortes realizados en el 2007 y 2009 aparecen cifras que llegan a más de 70 %, <sup>4, 26, 27</sup> nuestros resultados son mayores (entre 12 y 20 %) a los de autores de otras latitudes que plantean entre el 50 y 60 % de depresión en estos pacientes.<sup>25,28</sup> Como hemos visto, la relación vista nos hace plantear y dar respuesta a un dilema ético.

### **1ra Interrogante**

**¿Cuál es la causa de que nuestras cifras de depresión sean más altas que las de otros países?**

Evidentemente hay bases biológicas similares en la epilepsia y la depresión, estas se pueden obtener mediante el estudio de los diferentes factores de riesgo biológicos. Como hemos en nuestra población de enfermos con epilepsia existen presentes de forma evidente factores riesgo socio demográficos y biológicos predominan y que evidentemente son muy importantes:

Entre los factores socio demográficos se encontró, más depresión en el sexo femenino que sufre de epilepsia, al igual que existía menos depresión en los menores de 25 años con epilepsia.

Entre los factores biológicos se encontró más depresión en los pacientes con elevada frecuencia de crisis, y los síndromes epilépticos focales temporales en comparación con los focales extra temporales. Otros factores biológicos no mostraron niveles significativos.

Evidentemente los factores psicosociales hallados mediante el Inventario Psicosocial de Washington (WPSI) fueron mucho más frecuentes. Así llama la atención una peor relación interpersonal, mala situación económica, mala adaptación a los ataques y la mala adaptación al tratamiento médico, como factores sociales que acompañan con más frecuencia a la depresión.

No hay duda que el temor a estas produce estrés, los pacientes se preguntan ¿Cuándo tendré la próxima convulsión?, este hecho hace que el paciente desconfíe del tratamiento médico más cuando hay déficit de los medicamentos en la red de farmacia pese a los ingentes esfuerzos que hace el estado y ocasionados en gran medida por problemas como la mayor distancia que hay que comprar la materia prima por el bloqueo económico.

### **La relación medico paciente**

La asociación de la depresión a la epilepsia, produce efectos colaterales como el aumento de las crisis de epilepsia, una mala calidad de vida o el riesgo suicida que tienen estos enfermos y que se presenta entre 4 a 5 veces más que en la población general.<sup>29,30</sup> El dato más importante resulta que muy poco de los pacientes con epilepsia que acuden al médico, es un médico de comunidad o un especialista de 3er Nivel, lo hace quejándose de la depresión, sino quizás por el aumento de las crisis de epilepsia o por otras causas alejadas a la depresión o a las ideas suicidas.

### **2da Interrogante.**

**¿Se encuentran nuestros médicos generales integrales y los especialistas en neurología preparados para atender y resolver la depresión e ideas suicidas en estos pacientes con epilepsia?**

Pensamos que la respuesta debe de estar basada en el humanismo y la espiritualidad que deben de tener nuestros médicos. Como refiere el Prof Ricardo González refiriéndose a la crisis médica que produce la globalización,” ...

Afortunadamente y como expresión del desarrollo en espiral dicha crisis fue superada con la aparición de una nueva visión integral, esta vez en profesionales técnicamente equipados y se delimitó con dicho paso la etapa que hemos llamado del *generalista equipado*...Es justamente esta la etapa que vivimos en nuestro medio, como país donde la salud es derecho del pueblo y responsabilidad priorizada del estado cubano y donde el profundo humanismo y justicia de nuestro sistema social, expresado mediante un Sistema Único de Salud centrado en el médico de familia, garantiza la satisfacción plena de la demanda de la población en forma totalmente gratuita y donde afortunadamente no se manifiestan los factores “emergentes” adversos para la relación profesional que



en otras latitudes conspiran contra el desarrollo de los vínculos afectivos entre el médico y sus usuarios".<sup>31</sup>

Una medicina tan humanista como la nuestra, no puede soslayar el hecho de que nuestros médicos desconozcan lo que le sucede aproximadamente a 50 millones de personas en el mundo, más de 2 millones de Latinoamericanos y entre 75 mil y 80 mil cubanos y es que por determinadas características además de sufrir de epilepsia que es una enfermedad estigmatizante de por sí, tengan depresión e ideas suicidas, aproximadamente 3 millones de personas en el mundo, más de 1 millón 200 mil en América Latina y sobre 49 mil personas en Cuba los que como dijimos anteriormente por sufrir esta asociación están expuestos a tener una peor calidad de vida incluso ideas y tendencias suicidas. Estas cifras son constantemente divulgadas por los médicos y demás profesionales que tratamos a los pacientes con epilepsia. Es nuestro deber durante la consulta el indagar, no solo el estado de las "crisis" sino en búsqueda de algún elemento depresivo y por supuesto tener alcance el tratamiento para esta situación.

### **Los factores biológicos v/s los psicosociales**

En La evidente relación que se da entre epilepsia y depresión se puede ver en la introducción de esta trabajo, donde predominan las causas que identifican esta relación desde el punto de vista biológico<sup>4,10, 11,14-18,32,33</sup> y son muy escasos los que afrontan estos aspectos desde el punto de vista psicosocial o a lo menos de forma integral.<sup>34</sup>

### **3ra Interrogante**

**¿Es éticamente aceptable para los profesionales de la salud desconocer las características de esta enfermedad en nuestro medio y en consecuencia y prestar más atención a resultados de estudios como el electroencefalograma que a los problemas sociales que requieren estos pacientes?**

Con la revolución Científico técnica el médico ha dejado de hacer desempeñar su papel adecuado como clínico y no escucha, o examina al paciente,<sup>35</sup> un ejemplo lo identifica *Bernard Lown*, un destacado cardiólogo norteamericano y premio Nobel, escribió en 1995 que "la sangre del paciente va camino del laboratorio antes de terminar de hablar con él y mucho antes de ponerle una mano encima"<sup>36</sup> también el profesor mexicano *Hinich* había escrito que "el médico moderno, ha dejado de ser el amo de la tecnología para convertirse en su servidor".<sup>37</sup> Ese fenómeno fue descrito en el siglo pasado por C Marx como el "fetichismo de la mercancía", en el que según su punto de vista de la época a la mercancía se le confiere un valor intrínseco e irreal y convirtiéndolas, al decir de *Marx*, en objeto de una adoración casi religiosa, es decir, un fetiche.<sup>38</sup> Cuando un médico, deslumbrado por el desarrollo tecnológico, está ante un paciente con epilepsia con muchas crisis convulsivas, lo primero que piensa es indicarle un electroencefalograma o un estudio imagenológico, luego sube las

dosis de medicamentos (posiblemente ya en límites altos) o agrega otro medicamento antiepiléptico, quizás de los últimos que salieron al mercado y posiblemente de los más costosos y lo agrega a los que está tomando, posiblemente sin percatarse que este paciente tienen una situación económica difícil...esto no es esencialmente lo único que hay que hacer...queda el buscarlas causas de este aumento inesperado de las crisis...una serie de preguntas se presentan y deben de darle respuesta:

¿Usted está tomando los medicamentos adecuadamente como se les indicaron? ¿Usted tiene fiebre o algún proceso infeccioso en alguna parte? ¿Usted toma algún otro tratamiento aparte del que toma para la epilepsia?

### 1. ¿Usted se siente triste, está melancólico o deprimido por algún motivo?

No se debe de recargar el contenido de la consulta en lo biológico en lo social, el crecimiento de un tumor cerebral puede ser causa de aumento de crisis de epilepsia, como lo es también la presencia de depresión.

Los mecanismos que relacionan la depresión con la epilepsia deben de ser estudiados totalmente al unísono, pues esta asociación tan perjudicial para el paciente es un problema multifactorial, pues como dice la Epidemiología "...las enfermedades no lo hacen al azar sino debido a un conjunto de riesgos..." En nuestra estudio revisamos 4 grupos de factores de riesgo.<sup>19,20,39</sup>

Factores socio demográficos. La **edad sexo** y raza. Hay más depresión en las mujeres con epilepsia y en los mayores de 25 años.

Factores biológicos. En nuestros pacientes de un conjunto de factores biológicos se ve más depresión con la **elevada frecuencia de crisis y en las epilepsias focales del lóbulo temporal.**

Factores medicamentosos. Ninguna diferencia se vio con relación a la depresión con algún fármaco antiepiléptico específico el uso de más de un fármaco.

Factores psicosociales. Factores como la **mala adaptación emocional, la adaptación interpersonal, la situación económica, la adaptación a los ataques, la medicación y el funcionamiento psicosocial global** afectan más a los pacientes con epilepsia y depresión.

Como hemos visto en nuestros pacientes tienen más ponderación en la relación epilepsia-depresión los factores sociales. Por lo tanto la relación con estos pacientes(al igual que con todos) debe ser solidaria y no estar solo limitado al médico, en esta relación se incluye como dice el Prof. Ricardo González en su artículo "**Las relaciones con el paciente en el marco institucional**".<sup>40</sup> Más si estamos ante un usuario acostumbrado a ser estigmatizado desde todo punto de vista<sup>(3)</sup> y con problemas psicosociales evidentes como hemos visto.

## **El desarrollo bioético en la epilepsia.**

El desarrollo bioético involucra diversas esferas de la ciencia, pero es muy importante saberlo relacionar con los pacientes con epilepsia, en este caso afectos de una enfermedad neurológica, que es la epilepsia, con una elevada comorbilidad con otra entidad de tipo psiquiátrica como es la depresión.

### **4ta Interrogante.**

#### **¿Cómo contribuir al desarrollo bioético del paciente con epilepsia con un cuadro depresivo?**

La bioética es uno de los problemas más discutidos a nivel del saber ético universal, no solo por los conflictos que trae aparejados este saber en los marcos de los profesionales que la aceptan y la desarrollan, sino también por la diversidad de opiniones en torno a su objeto de estudio. No en todas las sociedades, el debate sobre el saber bioético ha sido acogido del mismo modo, de manera que se han suscitado distintas reflexiones tanto de aceptación como de rechazo. Lo cierto es que este asunto ha despertado una gran polémica y ha generado una cantidad de publicaciones difícil de subvalorar en su dimensión científica y práctica. En la atención a las enfermedades crónicas la impronta del grupo multidisciplinario responde ante todo a una ética clínica. En este contexto lo primordial es desarrollar intuición para reconocer dilemas éticos que se presenten en el ejercicio profesional, activar capacidades para movilizar los recursos que pueden hacer efectivo el desempeño profesional y adquirir métodos para la toma de decisión, coherentes con las propias convicciones y la ética profesional. En el caso concreto de la epilepsia la estigmatización social implica para el paciente, de forma general, discriminación, subvaloración e ideas erróneas, y sus consecuencias fundamentales son la mala adaptación psicosocial y la violación de los principios elementales de la ética.

## **Depression associated to epilepsy: A Bioethical Challenge of the Present? SUMMARY**

**Introduction:** Patients suffering from epilepsy are studied with the aim of carry out a study based on ethical problems, with the objective to assess the comorbidity of depression present on the population of adult patients that visit the service of Neurology during a period of two years and to study the mainly risk factors and to contribute to the bioethical development of these patients. **Method and Material:** Two hundreds patients suffering from epilepsy are studied in the service of Neurology from the Specialized Treatment Center of the Psychiatric Hospital of Havana within a period of 2 years. They were assessed with evaluation instruments and interview. The patients with epilepsy and depression are assed according to the social- demographic, biologic, and psychosocial and medicine risk factors. Chi2 and Odds ratio statistical instruments were applied. **Results:** On the social – demographic factors there is

more depression on women and adults older than 25. On the biologic factors depression is present on patients with a high frequency of crisis and local epilepsies of the temporal lobule. It was not observed any risk factor in the medicine ones. . On the psychosocial risk factors that influenced the patients are the emotional maladjustment, interpersonal adaptation, economic situation, crisis adaptation, the medicines and the global psychosocial functioning. **Conclusions:** The comorbidity of depression with epilepsy in Cuba is higher than in similar populations from other countries. In the association depression – epilepsy there are more influence from the psychosocial factors. It is possible to increase the bioethical development through a better psychosocial welfare for a satisfactory quality of life of these patients.

**Key words:** bioethics, depression, epilepsy, factors of risk, psychosocial, biologic

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López-Bombino JR, editor. El saber ético de ayer y de hoy. La Habana 2004.
2. Campos M, Kanner A, editors. Clasificación de las Epilepsias. En Epilepsia Diagnóstico y Tratamiento. Santiago, Buenos Aires, Montevideo: Mediterraneo; 2004.
3. Fabelo-Roche J, editor. Psicología de la epilepsia La Habana Científico Técnica.
4. González-Pal S, Quintana J, González E, Fabelo J, Iglesias S. Depresión en grupo de pacientes con epilepsias focales. Rev Hosp Psiquiátrico de la Habana [serial on the Internet]. 2007; 4(2): Available from: <<http://www.psiquiatricohph.sld.cu/hph0207/hph0202207.html>>.
5. Hoyer D, Martin G. 5-HT receptor classification and nomenclature: towards a harmonization with the human genome. Neuropharmacology 1997;36:419-28.
6. Nemeroff C, Owens M. Treatment of mood disorders. 2002; 5 (Suppl): S1068-70. Nat Neurosci 2002;5(Suppl):S1068-70.
7. Nestler E, Barrot M, DiLeone R. Neurobiology of depression 2002;34:13-25.
8. Ressler K, Nemeroff C. Role of serotonergic and noradrenergic systems in the pathophysiology of depression and anxiety disorders. 2000; 12 (Suppl 1): S2-19. Depress Anxiety 2000;12(Suppl 1):S2-19.
9. VanPraag H, deKloet R, VanOs J. Monoamines and depression. In Stress, the brain and depression. .Cambridge: Cambridge University 2004. p. 91-117.

10. Jobe P, Dailey J, Wernicke J. A noradrenergic and serotonergic hypothesis of the linkage between epilepsy and affective disorders. . Crit Rev Neurobiol 1999;13:317-56.
11. Maynert E, Marczyński T, Browning R, editors. The role of the neurotransmitters in the epilepsies. In Friedlander WJ. New York: Raven Press: In Advance in neurology; 1975.
12. Lewis J, editor. Rauwolfia derivatives New York 1974.
13. Sheline Y, Gado M, Sernansky J, Wang P, Gado M, Vannier M. Hippocampal atrophy in recurrent major depression Proc Natl Acad Sci U S A 1996;93:3908-13.
14. Sheline Y. Neuroimaging studies of mood disorder effects on the brain Biol Psychiatry 2003;54:338-52.
15. Kanner A, Balabanov A. Depression in epilepsy: how closely related are these two disorders? Neurology 2002; 58 (Suppl 5): S27-39. Neurology 2002;58(Suppl 5):S27-39.
16. Gilliam F, Maton B, Martin R, et al. Extent of spectroscopy abnormalities independently predicts mood status and quality of life in temporal lobe epilepsy Epilepsia 2000;41(Suppl):S54.
17. Lambert M, Robertson M. Depression in epilepsy: etiology, phenomenology, and treatment Epilepsia 1999;40(Suppl 10):S21-47.
18. Arcila R. Epilepsia y trastornos del aprendizaje. Rev Neurol 2000;31:382-8.
19. Hermann BP, Whitman S. Neurobiological, psychosocial and pharmacological factors underlying interictal psychopathology in epilepsy New York: Raven Press Ltd 1991.
20. Hermann B, Sidenberg M, Bell B. Psychiatric comorbidity in chronic epilepsy: identification, consequences, and treatment of major depression Epilepsia 2000;41(2):31-41.
21. Jones J, Hermann B, Barry J, Gilliam F, Kanner A, Meador M. Rates and risk factors for suicide, suicidal ideation, and suicide attempts in chronic epilepsy. Epilepsy and Behaviour 2003;4:S 31 - S 8.
22. Dodrill C, Batzel L. Interictal behavioural features of patients with epilepsy. Epilepsia 1986;27(Suppl 2):S64-S76.
23. Dodrill CB. Psychosocial characteristics of epileptic patients. **Res Pub Assoc Nerv Ment Dis** 1983;61:341 -53.
24. Kanner A, Rivas-Nieto J. Depressive disorders in epilepsy. Neurology 1999;53(2):26-32.
25. Lee S, Lee S, Joo Y. **Factor contributing to depression in patients with epilepsy.** Epilepsia 2009;49(7):490-7.
26. González-Pal S, Quintana-Mendoza J, Fabelo-Roche J, Rivero-Lapuente L. Depresión en enfermos con epilepsia y migraña: Psiquiatria.com

- [revista electrónica] Psiqcom [serial on the Internet]. 2003 [cited 2010 10/1]: Available from: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/101/12184/++interactivo>
27. González-Pal S, Quintana J, Fabelo R, González C, Yopis F. Trastornos psíquicos y psicosociales de un grupo de pacientes con epilepsia Psiqcom (Revista electrónica de Psiquiatría) [serial on the Internet]. 2001; 5(3): Available from: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/63/2286/?++interactivo> .
  28. Chacón-Narvaez V, Muñoz-Anduquía C, Rivas-Nieto J, Bastidas CM. Estudio descriptivo de la prevalencia de depresión en pacientes con epilepsia que consultan el Hospital Psiquiátrico Universitario de Del Valle y la Liga Contra la Epilepsia en Cali Colombia. Rev Colombiana de Psiquiatria;36(1):31-40.
  29. Martínez-Perez B, González-Goizueta E, Mauri-Llerda J. Depresión y epilepsia Rev Neurol2002;35(6):580-6.
  30. Fukuci T, Kanemoto K, MKato, Ishida S, Yuasa S, Kawasaki J, et al. Death in epilepsy with special attention to suicide cases Epilepsy Res2002;51(3):233-6.
  31. González-Menéndez R. La etapa contemporánea de la relación médico paciente Rev Cubana Salud Pública [serial on the Internet]. 2004 [cited 2010 01/30]; 30(2): Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000200010&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200010&lng=es&nrm=iso).
  32. Lewis J. Rauwolfia derivates. New York: Academic Press1974.
  33. Sheline Y, Gado M, Sernansky J, Wang P, Gado M, Vannier M. Hippocampal atrophy in recurrent major depression Proc Natl Acad Sci U S A 1996;93:3908-13.
  34. González-Pal S, Quintana-Mendoza J, Fabelo-Roche R, González-Delgado E, Iglesias-Moré S. Principales factores multicausales en la epilepsia que inducen al deterioro de funciones cognitivas. Revista Ecuatoriana de Neurología2009;18(1-2):31-9.
  35. Moreno-Rodríguez M. Ética, tecnología y clínica Rev Cubana Salud Pública [serial on the Internet]. 2006 [cited 2010 30 enero]; 32(4): Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662006000400012&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400012&lng=es&nrm=iso).
  36. Weatherall J. Crisis de comunicación. Bernard Lown: the lost of healing Br Med J (ed Latinoamericana) 1997;5:287.

37. Hinich H. Triunfos y fracasos de la medicina en los Estados Unidos Gac Med Mex 1990;12:72'6.
38. Marx C, editor. El Capital La Habana 1979.
39. Hermann B, Whitman S. Behavioral and personality correlates of epilepsy: a review, methodological critique, and conceptual model. Psychol Bull 1984 May;95(3):451 - 97.
40. González-Menéndez R. Las relaciones con el paciente en el marco institucional Rev Cubana Med 1976;15(4):345-50.

Especialista de 1ro y 2do grado en Neurología DEL Hospital Psiquiátrico de la Habana. Profesor de la Universidad Médica de la Habana. Facultad Finlay Albarran.

2.-DCM Psicólogo. Profesor Universidad Médica de la Habana. Facultad Calixto García Iñiguez.

3.-Especialista Medicina General integral. Hospital Hnos. Ameijeiras. Servicio de Neurología. Prof Universidad Médica de la Habana.

4.-Máster en Psicología. Profesor Universidad Médica de la Habana. Facultad Fajardo.

5.-Psicólogo Clínico del Hospital Psiquiátrico de la Habana.