



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

Factores de riesgo asociados a los trastornos de salud mental en
pacientes con diagnóstico de epilepsia atendidos en el Hospital
General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el período 2022
al 2025.

AUTORES:

Moreira Mejía Edwin Jeremías
Gómez Arreaga Francesca Nicole

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de

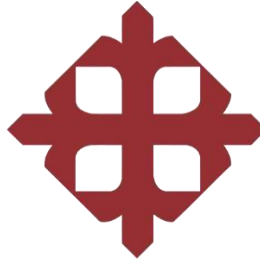
MÉDICO

TUTOR:

Dra. Gaibor Santos Deborah Denisse

Guayaquil, Ecuador

1 de mayo del 2026



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Moreira Mejía Edwin Jeremías** y **Gómez Arreaga Francesca Nicole** como requerimiento para la obtención de título de **Médico**.

TUTOR



Firmado electrónicamente por:
**DEBORAH DENISSE
GAIBOR SANTOS**

Validar únicamente con FirmaEC

f. _____

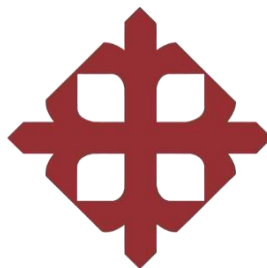
Gaibor Santos Deborah Denisse

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, Mgs

Guayaquil, 1 de mayo del 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Moreira Mejía Edwin Jeremías**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Factores de riesgo asociados a los trastornos de salud mental en pacientes con diagnóstico de epilepsia atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el período 2022 al 2025**, previo a la obtención del Título de médico, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme la citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 1 de mayo del 2026

AUTOR

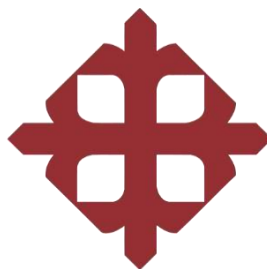


Firmado electrónicamente por:

**EDWIN
JEREMIAS
MOREIRA
MEJIA**

f. _____

Moreira Mejía Edwin Jeremías



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Gómez Arreaga Francesca Nicole

DECLARO QUE:

El trabajo de titulación, **Factores de riesgo asociados a los trastornos de salud mental en pacientes con diagnóstico de epilepsia atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el período 2022 al 2025**, previo a la obtención del título de médico, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme la citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

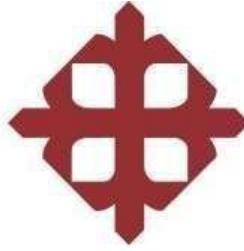
Guayaquil, 1 de mayo del 2026

AUTOR



Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
**FRANCESCA NICOLE
GOMEZ ARREAGA**

f. _____
Gómez Arreaga Francesca Nicole



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Moreira Mejía Edwin Jeremías**

Autorizo a la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación **Factores de riesgo asociados a los trastornos de salud mental en pacientes con diagnóstico de epilepsia atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el período 2022 al 2025**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 1 de mayo del 2026

AUTOR



Firmado electrónicamente por:
EDWIN JEREMIAS
MOREIRA MEJIA

f. _____
Moreira Mejía Edwin Jeremías



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Gómez Arreaga Francesca Nicole**

Autorizo a la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación **Factores de riesgo asociados a los trastornos de salud mental en pacientes con diagnóstico de epilepsia atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el período 2022 al 2025**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 1 de mayo del 2026

AUTOR



f. _____
Gómez Arreaga Francesca Nicole



Certificado de análisis

Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

p76 MOREIRA Gómez Factores de riesgo asociados a los trastornos de salud mental en pacientes con diagnóstico de epilepsia atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el período 2022 al

ID : ff0db32616b8523b149b2bd244c943eb3fca8900



0%

Textos sospechosos

Nombre del fichero : p76 MOREIRA Gómez Factores de riesgo asociados a los trastornos de salud mental en pacientes con diagnóstico de epilepsia atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el período 2022 al.txt

Tamaño del archivo original : 215,21 kB

Número de palabras : 6687

Número de caracteres : 46891

Depositante : Andres Mauricio Ayon Genkuong

Fecha de depósito : 22 de abril de 2026

Tipo de carga : interface

fecha de fin de análisis : 22 de abril de 2026

Resumen (sección 1/2)

Localización de los textos sospechosos en el documento :



Incluido en el porcentaje de textos sospechosos :



Similitudes

11%



Firmado electrónicamente por:
DEBORAH DENISSE
GAIBOR SANTOS
Validar únicamente con FirmaEC

DEDICATORIA

En primer lugar, quiero dedicar este trabajo a Dios, por ser guía incondicional en mi vida y en esta etapa, por escucharme cuando nadie más lo hacía, por darme sabiduría, discernimiento y aliento cuando más lo he necesitado, por escuchar mis anhelos y ayudarme a cumplirlos, por cuidar mi corazón en esta carrera tan dura, sin él, nada sería posible.

A mi madre Carmen, todo lo que soy se lo debo a ella, una mujer fuerte, trabajadora, con carácter, pero sobretodo, con un corazón enorme, mi maestra y guía en esta carrera, mi ejemplo a seguir, quien me ha enseñado a ver más allá de lo técnico, más de los libros y no olvidarme de ser humana en este mundo de la medicina, que a veces suele ser tan frío y duro. Ella es mi referente y mi mejor amiga, espero poder retribuir en vida todo lo que has hecho por mí, te amo mami, gracias infinitas por todo.

A mi familia, crecí rodeada de amor, rodeada de valores, de personas que no se rinden ante las adversidades, agradezco el ejemplo que han sido cada uno de ustedes en mi vida, gracias por creer en mí, por motivarme, apoyarme y acompañarme en este camino, hoy y en día soy y doy todo ese amor que ustedes me han dado en cada cosa que hago, cada paciente que veo y en cada cosa que aprendo, los amo.

A Sarita, por estar presente, por ser familia por brindarme un hogar en esta etapa cuando más la necesité, te quiero mucho.

A mi Frankie, que me ha acompañado y ha crecido junto a mí durante más de una década, por estar presente en cada noche de desvelo, por recibirme con emoción cada que regreso a casa, por darme ese amor infinito y tan puro que solo una mascota puede dar, espero que me sigas acompañado por 10 años más.

A mis amigos, los de toda la vida que han crecido conmigo y celebran cada logro mío como si fuera el suyo, los que pasaron en su momento y los que hicieron de esta etapa un recuerdo muy bonito, gracias por el apoyo, las malas noches, las risas y las miles de anécdotas que quedan en nuestros recuerdos, les deseo el mejor de los éxitos a cada uno.

A Ale y Kevin, por hacer del internado una experiencia más bonita, por ser compañía en cada madrugada y por cada risa en los momentos oportunos, los quiero muchísimo.

A mi compañero de tesis, Edwin, un amigo incondicional, con un corazón enorme y un futuro brillante, gracias por cada momento vivido todos estos años, cada risa, lágrimas y anécdotas juntos, espero que cumplas cada uno de los sueños que tanto hablábamos, extrañaré verte todos los días y que seas mi roomie, pero al fin podemos decir, lo logramos, te quiero infinito.

Finalmente, dedico este trabajo a mí misma, por no rendirme, por seguir adelante a pesar de las adversidades, por no perder mi esencia y corazón frente a una realidad tan dura, por confiar en mis capacidades hasta en los momentos de duda, por la constancia, el esfuerzo y por mantenerme firme para cumplir este sueño.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi director de tesis por su guía, paciencia, apoyo y aporte fundamental durante este proceso de titulación.

A los docentes de Medicina que conocí en el camino de esta carrera, quienes con su vocación, entrega y conocimiento, fueron parte de mi formación como profesional.

A los médicos de la institución que me acogió durante un año, gracias por su paciencia, su dedicación, su cariño, su motivación constante e incluso su amistad en este proceso, cada guardia junto a ustedes ha sido memorable, las llevaré en mi corazón con mucho aprecio y cariño. A su vez, a esta entidad por brindarme los recursos necesarios para mi formación y permitir esta investigación.

Finalmente, agradezco a todas las personas que de manera directa o indirecta formaron parte del proceso para alcanzar este objetivo y culminar esta etapa de mi vida profesional.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser mi guía constante y por brindarme la fortaleza necesaria para no rendirme en los momentos más difíciles. Por guiar mi camino y cumplir esta meta.

A mis padres, por su amor incondicional, por cada sacrificio realizado y por creer en mí incluso cuando yo dudaba. Gracias por ser mi mayor ejemplo de esfuerzo, disciplina y perseverancia. Este logro es tan suyo como mío.

A mi familia, por su granito de arena, comprensión y por acompañarme a lo largo de este proceso. Cada palabra de aliento y cada gesto fueron fundamentales para continuar.

A mi primer amiga que hice desde el primer semestre, quien hizo de este camino una experiencia más llevadera. Gracias por su compañía, por los momentos compartidos y por estar presentes tanto en los días difíciles como en los de alegría.

DEDICATORIA

Dedico este logro a Dios, por haberme permitido llegar hasta este momento y por haber sido mi sustento en cada paso de este camino.

A mis padres, por ser el pilar fundamental de mi vida, por su esfuerzo incansable y por enseñarme que con trabajo y determinación todo es posible.

A mi familia, por ser mi refugio y mi motivación constante.

A todas aquellas personas que, de una u otra manera, fueron parte de este proceso y dejaron huella en mi vida.

Y, finalmente, a mí mismo, por no rendirme, por levantarme en cada caída y por demostrarme que era capaz de lograrlo.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

OPONENTE

INDICE

RESUMEN	XVI
ABSTRACT	XVII
INTRODUCCION	2
CAPITULO I	3
1.....PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	4
1.3 OBJETIVOS	4
1.4 JUSTIFICACIÓN	4
CAPITULO II	6
MARCO TEORICO	6
2. EPILEPSIA	6
2.1. DEFINICIÓN	6
2.2. EPIDEMIOLOGÍA.....	6
2.3. ETIOLOGIA	7
2.4. CLASIFICACION.....	8
2.5. DIAGNÓSTICO	10
2.6. MANEJO.....	10
2.7. COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA.....	11
2.7.1 EPIDEMIOLOGÍA.....	11
2.7.2 DEPRESION EN LA EPILEPSIA	12
2.7.2.1 FACTORES DE RIESGO	13
2.7.3 EFECTOS DE LOS FÁRMACOS ANTIEPILÉPTICOS Y FACTORES RELACIONADOS CON LA MEDICACION.....	13
2.7.4 TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA EPILEPSIA	14
2.7.4.1 CARACTERISTICAS DE LAS CONVULSIONES Y ANSIEDAD	14
2.7.5 SUICIDALIDAD Y AUTOLESIONES EN EPILEPSIA	14
CAPITULO III.....	15
3. MATERIALES Y MÉTODOS	15
3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	15
3.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION Y ANALISIS DE LOS DATOS.	15
3.3 MANEJO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.	15

3.4 POBLACION Y MUESTRA	15
3.4.1 POBLACION	15
3.4.2 MUESTRA.....	16
3.4.2.1 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	16
3.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	16
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación etiológica de la epilepsia	7
Tabla 2. Operacionalización de variables	16
Tabla 3. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con epilepsia	18
Tabla 4. Frecuencia de los trastornos de salud mental en pacientes con epilepsia	20
Tabla 5. Asociación entre tipo de trastorno de salud mental y presencia global de trastorno mental	20

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución del tipo de epilepsia	19
--	----

RESUMEN

Introducción: La epilepsia es una enfermedad neurológica crónica asociada a una alta carga de trastornos de salud mental, los cuales impactan negativamente en la evolución clínica y calidad de vida. **Objetivo:** Evaluar los factores de riesgo asociados a los trastornos de salud mental en pacientes con epilepsia atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el período 2022–2025. **Metodología:** Estudio observacional, analítico y transversal en 452 pacientes. Los datos fueron obtenidos de historias clínicas y analizados mediante estadística descriptiva e inferencial utilizando JAMOV, aplicando pruebas de chi cuadrado o exacta de Fisher con significancia $p < 0,05$. **Resultados:** La edad media fue $38,6 \pm 14,2$ años, con predominio masculino (56,2%). La epilepsia focal fue la más frecuente (48,7%). El 37,2% presentó trastornos de salud mental, siendo la depresión (17,3%) y la ansiedad (12,4%) los más comunes. La epilepsia focal mostró mayor asociación con trastornos mentales (43,6%; $p < 0,001$). **Conclusión:** Los trastornos de salud mental son frecuentes en pacientes con epilepsia, especialmente en aquellos con epilepsia focal y control clínico inadecuado, lo que resalta la necesidad de un enfoque integral en su manejo.

Palabras clave: epilepsia, depresión, ansiedad, comorbilidad psiquiátrica.

ABSTRACT

Introduction: Epilepsy is a chronic neurological disease associated with a high burden of mental health disorders, which negatively impact clinical outcomes and quality of life. **Objective:** To evaluate the risk factors associated with mental health disorders in patients with epilepsy treated at Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor during the period 2022–2025. **Methodology:** Observational, analytical, and cross-sectional study conducted in 452 patients. Data were obtained from medical records and analyzed using descriptive and inferential statistics with JAMOVI, applying chi-square or Fisher's exact tests with a significance level of $p < 0.05$. **Results:** The mean age was 38.6 ± 14.2 years, with a predominance of males (56.2%). Focal epilepsy was the most frequent type (48.7%). A total of 37.2% of patients presented mental health disorders, with depression (17.3%) and anxiety (12.4%) being the most common. Focal epilepsy showed a higher association with mental disorders (43.6%; $p < 0.001$). **Conclusion:** Mental health disorders are common in patients with epilepsy, especially in those with focal epilepsy and poor clinical control, highlighting the need for a comprehensive approach to management. **Keywords:** epilepsy, depression, anxiety, psychiatric comorbidity.

INTRODUCCION

La epilepsia es una enfermedad neurológica crónica caracterizada por la presencia recurrente de crisis epilépticas no provocadas, producto de una actividad eléctrica anormal en el cerebro (1,2). Aunque tradicionalmente ha sido abordada desde una perspectiva estrictamente neurológica, en la actualidad se reconoce como una condición compleja con implicaciones que trascienden el control de las crisis, afectando de manera significativa la esfera cognitiva, emocional y social de quienes la padecen (3).

En los últimos años, diversas investigaciones han evidenciado que las personas con epilepsia presentan una mayor susceptibilidad a desarrollar trastornos de salud mental, especialmente depresión y ansiedad, en comparación con la población general (2,4). Esta asociación no es fortuita, ya que responde a la interacción de múltiples factores, entre ellos alteraciones neurobiológicas compartidas, efectos secundarios de los tratamientos antiepilépticos, estigmatización social y limitaciones funcionales derivadas de la enfermedad (5). Esto tiene como resultado, que las comorbilidades influyen negativamente en la adherencia al tratamiento, el control de las crisis y la calidad de vida de los pacientes.

A nivel internacional, se ha reportado que la depresión puede presentarse con una frecuencia entre dos y tres veces mayor en personas con epilepsia respecto a la población general, mientras que los trastornos de ansiedad también alcanzan prevalencias elevadas (2,3). Asimismo, se ha documentado que los pacientes con diagnóstico reciente tienen un mayor riesgo de desarrollar alteraciones del estado de ánimo, particularmente en los primeros años de evolución de la enfermedad (4). A pesar de esta alta carga, existe una importante brecha en su identificación y tratamiento, especialmente en contextos de recursos limitados, donde estas condiciones suelen pasar desapercibidas o subdiagnosticadas (5).

En América Latina, esta problemática adquiere relevancia debido a las limitaciones en el acceso a servicios especializados y a la escasa integración de la salud mental dentro del abordaje neurológico (5). En el Ecuador, aunque la epilepsia constituye una causa frecuente de atención en los servicios de salud, la evidencia sobre la magnitud de los trastornos de salud mental asociados y sus factores de riesgo es aún limitada, lo que dificulta dimensionar su impacto real en la población (6).

Esta brecha de conocimiento condiciona retrasos en la detección oportuna y en la implementación de intervenciones integrales, incrementando el riesgo de complicaciones y deterioro en la calidad de vida. En este contexto, resulta fundamental evaluar los factores de riesgo asociados a los trastornos de salud mental en pacientes con diagnóstico de epilepsia atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el período 2022 al 2025.

CAPITULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La epilepsia es una patología neurológica crónicas común y representa una causa importante de atención en los servicios de salud (1,2). Además de las crisis epilépticas, los pacientes suelen presentar alteraciones en su estado emocional y conductual que influyen en su evolución clínica y en su calidad de vida (3). Entre estas, los trastornos de salud mental, como la depresión y la ansiedad, se observan con mayor frecuencia en comparación con la población general, afectando la adherencia al tratamiento, el control de las crisis y el pronóstico a largo plazo (3,4).

En la práctica clínica, estas alteraciones suelen pasar desapercibidas o no ser evaluadas de manera sistemática, lo que retrasa su diagnóstico y tratamiento. Los factores como la duración de la enfermedad, la frecuencia de crisis, el tipo de tratamiento, el estigma social y las condiciones socioeconómicas pueden influir en su aparición, pero no siempre son identificados en el abordaje cotidiano del paciente con epilepsia (2,4). En el Ecuador, aunque la epilepsia constituye un motivo frecuente de consulta, la información sobre los trastornos de salud mental asociados y los factores que los predisponen es limitada (6,7). La mayoría de los datos disponibles se centran en la carga hospitalaria o en estudios internacionales, sin reflejar con precisión la realidad local.

Esta falta de evidencia dificulta la identificación de grupos de riesgo y la implementación de estrategias dirigidas a la detección temprana y manejo integral de estos pacientes. En el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor, donde se atiende un número considerable de pacientes con epilepsia, no se cuenta con estudios recientes que permitan describir de manera clara la presencia de trastornos de salud mental ni los factores asociados a su desarrollo. Esta ausencia de información limita la toma de

decisiones clínicas y la planificación de intervenciones orientadas a mejorar la calidad de vida y los desenlaces en esta población.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a los trastornos de salud mental en pacientes con diagnóstico de epilepsia atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el período 2022 al 2025?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar los factores de riesgo asociados a los trastornos de salud mental en pacientes con diagnóstico de epilepsia atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el período 2022 al 2025.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con epilepsia incluidos en el estudio.
2. Determinar el tipo de epilepsia más frecuente en la población de estudio.
3. Identificar la frecuencia de los principales trastornos de salud mental en pacientes con epilepsia.
4. Relacionar el tipo de epilepsia con la presencia de los principales trastornos de salud mental.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Este estudio cobra relevancia debido a que la epilepsia es una patología frecuente en la práctica clínica y, sin embargo, su abordaje suele centrarse en el control de las crisis, dejando en segundo plano las alteraciones en la salud mental que la acompañan (1,3). Los trastornos como la depresión y la ansiedad son frecuentes en estos pacientes y pueden influir de manera directa en la adherencia al tratamiento, la evolución clínica y la calidad de vida, generando una carga adicional tanto para el paciente como para su entorno familiar (8,9).

A pesar de esta problemática, en el contexto ecuatoriano existe una limitada disponibilidad de información sobre la frecuencia de estos trastornos y, especialmente, sobre los factores que predisponen a su desarrollo en pacientes con epilepsia (6). Esta falta de evidencia dificulta reconocer de forma oportuna a los pacientes en mayor riesgo y limita la implementación de estrategias de intervención integral en los servicios de salud.

La identificación de los factores asociados a los trastornos de salud mental permitirá comprender mejor el perfil clínico y epidemiológico de esta población, facilitando la detección temprana y el manejo adecuado de estas comorbilidades. Además, aportará información útil para optimizar la atención médica, promoviendo un enfoque más completo que no solo considere el control neurológico, sino también el bienestar emocional del paciente.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2. EPILEPSIA

2.1. DEFINICIÓN

La epilepsia es una enfermedad crónica del cerebro caracterizada por una predisposición persistente a presentar convulsiones no provocadas, con repercusiones neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales (1,2). La Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) define su diagnóstico ante la presencia de al menos dos crisis no provocadas separadas por más de 24 horas, una crisis con alto riesgo de recurrencia o un síndrome epiléptico establecido (2,3). Esta concepción actual resalta su carácter crónico y reconoce que las crisis constituyen una manifestación de una alteración subyacente más compleja (3,4).

2.2. EPIDEMIOLOGÍA

La epilepsia afecta a aproximadamente 50 millones de personas en todo el mundo, y el 80% vive en países de ingresos bajos y medios (5). Las convulsiones afectan a aproximadamente el 10% de la población mundial a lo largo de su vida, lo que resulta en epilepsia en el 1-2% de las personas en todo el mundo (2,5). La epilepsia afecta a ambos sexos y a todas las edades con distribución mundial, aunque la prevalencia y la incidencia muestran patrones distintivos relacionados con la edad.

La prevalencia y la incidencia de la epilepsia son ligeramente más altas en hombres que en mujeres y tienden a alcanzar su punto máximo en los ancianos, lo que refleja la mayor frecuencia de accidentes cerebrovasculares, enfermedades neurodegenerativas y tumores en este grupo de edad. En Ecuador, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) reporta para 2024 los egresos hospitalarios por epilepsia, indicador que refleja la demanda y carga asistencial del sistema de salud, mas no la prevalencia poblacional de la enfermedad (5-7).

Por otro lado, las estimaciones de prevalencia disponibles, entre 7 y 12 por cada 1.000 habitantes, con valores de hasta 14 por 1.000 en ciertos grupos, provienen de investigaciones realizadas a inicios de la década del 2000, sin evidencia nacional reciente que actualice estas cifras (7).

2.3. ETIOLOGIA

La etiología de la epilepsia varía sustancialmente según las características sociodemográficas y el alcance del estudio diagnóstico. Se estima que aproximadamente el 50% de los casos de epilepsia de países de altos ingresos carecen de una causa documentada, clasificada como idiopática o genética. Según la ILAE, las causas se clasifican en estructurales, genéticas, infecciosas, metabólicas, inmunes y desconocidas, pudiendo coexistir más de una categoría en un mismo paciente. A pesar de los avances en neuroimagen y genética molecular, una proporción considerable de casos continúa sin una causa definida (8,9) Tabla 1

Tabla 1. Clasificación etiológica de la epilepsia

Etiología	Descripción técnica	Causas
Estructural	Epilepsia secundaria a una lesión cerebral identificable en neuroimagen o histopatología. Puede ser congénita, adquirida o genética con correlato estructural.	Accidente cerebrovascular, traumatismo craneoencefálico, tumores cerebrales, malformaciones corticales, esclerosis hipocampal, secuelas de infección del SNC.
Genética	Epilepsia atribuible directa o presumiblemente a una alteración genética en la que las crisis son un síntoma central del trastorno.	Epilepsias generalizadas genéticas, mutaciones en canales iónicos, síndromes como Dravet y otras encefalopatías epilépticas y del desarrollo.
Infecciosa	Epilepsia relacionada con infecciones del sistema nervioso central, ya sea por daño agudo o secuelas crónicas epileptógenas.	Neurocisticercosis, meningitis, encefalitis viral, tuberculosis del SNC. En países de ingresos bajos y medios, la neurocisticercosis sigue siendo una causa importante.

Metabólica	Epilepsia causada por un trastorno metabólico específico, generalmente con base genética o bioquímica demostrable.	Errores innatos del metabolismo, trastornos mitocondriales, alteraciones del metabolismo de aminoácidos o de cofactores.
Inmune	Epilepsia asociada a un mecanismo inmunomediado, en ocasiones con anticuerpos neuronales identificables.	Encefalitis autoinmune, epilepsia asociada a anticuerpos contra receptores o proteínas neuronales.
Desconocida	Casos en los que, pese a la evaluación disponible, no se logra identificar una causa específica.	Corresponde todavía a una fracción importante de pacientes, incluso en entornos con mayor acceso diagnóstico.

Fuente: Adaptado de ILAE (8,9)

2.4. CLASIFICACION

La clasificación de las crisis epilépticas constituye un componente esencial en el abordaje clínico y diagnóstico de la epilepsia, ya que permite identificar el tipo de inicio, orientar la etiología subyacente y definir estrategias terapéuticas adecuadas. La ILAE propone una clasificación basada en el inicio de la crisis focal, generalizado o de inicio desconocido, así como en sus características clínicas y electroencefalográficas, lo que facilita una mejor caracterización del cuadro epiléptico y su pronóstico (8,9).

Crisis de inicio focal

Las crisis de inicio focal se caracterizan por una amplia heterogeneidad clínica, determinada por la localización cortical de origen. Según la ILAE, se subdividen en crisis focales con conciencia preservada y con alteración de la conciencia (8,9). Las crisis focales con conciencia preservada (anteriormente denominadas parciales simples) pueden manifestarse con síntomas motores, como movimientos clónicos o espasmos, síntomas autonómicos, incluyendo palpitaciones o sensación epigástrica ascendente, o fenómenos sensoriales como parestesias o alteraciones del gusto y olfato (9).

Por su parte, las crisis focales con alteración de la conciencia (antes parciales complejas), frecuentemente asociadas a epilepsia del lóbulo temporal, se caracterizan por la presencia de automatismos, como chasquido de labios, manipulación de objetos o movimientos manuales repetitivos, acompañados de compromiso del estado de alerta, con una duración habitual de 30 segundos a 2 minutos (10).

Crisis de inicio generalizado

Las crisis generalizadas se originan simultáneamente en redes bilaterales y suelen asociarse con compromiso inmediato de la conciencia (10). Las crisis tónico-clónicas generalizadas son las más reconocidas clínicamente, caracterizadas por una fase tónica inicial con rigidez muscular generalizada, seguida de una fase clónica con sacudidas rítmicas. Estas pueden acompañarse de mordedura lingual, incontinencia urinaria y período postictal prolongado. Representan más del 50% de los casos en diversas cohortes tanto pediátricas como adultas (10,11).

Las crisis de ausencia consisten en episodios breves de desconexión del entorno, con mirada fija o parpadeo, de duración corta, típicamente en epilepsias de inicio infantil. Las crisis mioclónicas se manifiestan como sacudidas musculares bruscas e involuntarias, mientras que las crisis atónicas se caracterizan por pérdida súbita del tono muscular, con riesgo elevado de caídas y traumatismos (10).

Estado epiléptico y crisis en racimo

El estado epiléptico constituye una urgencia neurológica definida como actividad convulsiva continua o crisis recurrentes sin recuperación de la conciencia con una duración igual o superior a 5 minutos (9,10). Por otro lado, las crisis en racimo se definen como la ocurrencia de múltiples crisis en un período corto, representando un estado intermedio entre crisis aisladas y estado epiléptico. Esta condición se asocia con mayor morbilidad y deterioro en la calidad de vida (10).

2.5. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la epilepsia es fundamentalmente clínico, basado en la historia detallada de los episodios, la descripción de las crisis y la evaluación médica integral del paciente. Los estudios complementarios se utilizan como herramientas de apoyo para confirmar el diagnóstico, clasificar el tipo de epilepsia y orientar el manejo (3,9).

Electroencefalografía (EEG)

La electroencefalografía representa una herramienta diagnóstica fundamental en la evaluación de la epilepsia, ya que revela descargas epileptiformes interictales (DEI) consistentes en descargas de espiga o de onda-espiga que aparecen entre las crisis (1,3). Las descargas generalizadas de onda-espiga caracterizan las epilepsias generalizadas, mientras que las descargas focales de espiga u onda aguda localizan el inicio de la crisis (3).

Neuroimagen

La neuroimagen estructural mediante resonancia magnética (RM) representa un componente esencial de la evaluación diagnóstica de la epilepsia, particularmente en las epilepsias focales, donde las lesiones estructurales guían las decisiones de tratamiento (3,8).

2.6. MANEJO

Fármacos antiepilépticos de primera línea

La selección de la medicación antiepiléptica adecuada es fundamental para el éxito en el tratamiento de la epilepsia. Para las crisis generalizadas, el ácido valproico sigue siendo el fármaco de amplio espectro más eficaz contra múltiples tipos de crisis generalizadas (11). Sin embargo, el ácido valproico conlleva riesgos teratogénicos significativos, incluidos defectos del tubo neural y deterioro del neurodesarrollo, lo que requiere una consideración cuidadosa, especialmente en mujeres en edad fértil (11,12). Para las crisis de ausencia específicamente, la etosuximida y el ácido valproico son superiores a la lamotrigina (11).

En las crisis focales se emplean varios fármacos antiepilépticos más recientes demuestran una eficacia comparable a la de los fármacos de generaciones anteriores con perfiles de efectos secundarios más favorables (11,12). La lamotrigina y el levetiracetam han surgido como agentes de primera línea frecuentemente prescritos con perfiles de seguridad favorables (12).

Ausencia de crisis epilépticas y monoterapia frente a politerapia

Se ha descrito que aproximadamente el 70% de los pacientes logran la ausencia de crisis epilépticas con una terapia farmacológica antiepiléptica adecuadamente seleccionada, y proporciones similares se aplican a las poblaciones adultas (13). Alrededor de la mitad de los casos de epilepsia logran una remisión prolongada de las crisis, aunque informes más recientes identifican diferentes patrones pronósticos que incluyen remisión temprana y tardía, curso remitente-recurrente y curso de empeoramiento (12).

Epilepsia resistente al tratamiento

A pesar del desarrollo de más de 20 fármacos antiepilépticos, aproximadamente entre el 30 y el 40 % de los pacientes siguen siendo resistentes a la farmacoterapia (13), con estimaciones similares en niños y adultos. La resistencia a los fármacos se define como la imposibilidad de lograr un control completo de las crisis epilépticas a pesar de ensayos adecuados de al menos dos regímenes de FAE bien tolerados y elegidos apropiadamente (12,13).

2.7. COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

2.7.1 EPIDEMIOLOGÍA

La epilepsia es uno de los trastornos neurológicos crónicos más frecuentes a nivel mundial y se asocia a una elevada carga de alteraciones psiquiátricas y cognitivas que afectan de manera importante la evolución clínica y la calidad de vida de los pacientes (14,15). En este escenario, las personas con epilepsia presentan mayor riesgo de desarrollar depresión, ansiedad, trastorno por déficit de atención, trastornos del espectro autista y crisis funcionales, lo que

evidencia la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales que incrementan la morbilidad (14,15).

La depresión constituye la comorbilidad psiquiátrica más común, con una frecuencia entre dos y tres veces superior a la población general (16). Estudios internacionales reportan prevalencias elevadas, como el 43,26% en Etiopía, y cifras cercanas al 31,45% para ansiedad y 27,30% para depresión en población china (15,16). Asimismo, pacientes con diagnóstico reciente presentan un riesgo hasta tres veces mayor de desarrollar trastornos del estado de ánimo, especialmente en los primeros años de la enfermedad (17). A pesar de ello, una proporción considerable de pacientes no recibe tratamiento adecuado, evidenciando una brecha importante en la atención (17).

Además, la epilepsia se ha relacionado con un mayor riesgo de ideación suicida y conductas autolesivas. Se ha descrito que cerca del 27,7% de los pacientes con trastornos mentales no psicóticos presentan autolesiones, asociadas a depresión, ansiedad y menor capacidad de afrontamiento (19,20). De igual manera, la epilepsia incrementa entre tres y más de tres veces el riesgo de suicidio en comparación con la población general, lo que resalta la necesidad de un abordaje integral de estos pacientes (21).

2.7.2 DEPRESION EN LA EPILEPSIA

La depresión representa la comorbilidad psiquiátrica más prevalente e impactante en la epilepsia. La prevalencia de depresión entre las personas con epilepsia demuestra una variación geográfica y metodológica sustancial, que refleja diferencias en las herramientas de evaluación, las poblaciones estudiadas y los sistemas de atención médica (15,16).

Los estudios transversales han demostrado consistentemente que la depresión conlleva una peor calidad de vida y un aumento de los resultados adversos (16,21,22). La naturaleza superpuesta de estos trastornos psiquiátricos implica que la mayoría de las personas con epilepsia y depresión también experimentan ansiedad y problemas somáticos comórbidos, lo que crea un cuadro clínico complejo que requiere una evaluación integral (23).

2.7.2.1 FACTORES DE RIESGO

Las características clínicas de la epilepsia se han vinculado con un mayor riesgo de desarrollar depresión, independientemente de la frecuencia de las crisis (21,2). En pacientes con epilepsia refractaria, se ha descrito una mayor presencia de síntomas depresivos en aquellos con epilepsia focal, particularmente cuando el origen se localiza en el lóbulo temporal (23), lo que sugiere que ciertas formas clínicas podrían asociarse a un mayor compromiso emocional.

La localización del foco epileptogénico también parece influir en la aparición de trastornos psiquiátricos. Se ha reportado que la afectación del hemisferio derecho se relaciona con una mayor probabilidad de presentar alteraciones como depresión, lo cual podría estar relacionado con la participación de este hemisferio en procesos vinculados a la regulación afectiva (23,24).

2.7.3 EFECTOS DE LOS FÁRMACOS ANTIEPILEPTICOS Y FACTORES RELACIONADOS CON LA MEDICACION

La politerapia con fármacos antiepilepticos surgió como un contribuyente significativo a la comorbilidad psiquiátrica (19). En una revisión sistemática que examinó la politerapia y la calidad de vida encontró que el 93,3% de los estudios identificaron una asociación significativa entre un mayor número de ASM y una peor calidad de vida, siendo la depresión y la ansiedad los predictores más fuertes (25). No obstante, la relación entre los medicamentos y la depresión parece compleja y puede reflejar tanto la gravedad de la enfermedad como los efectos del fármaco (26).

Cabe destacar que aproximadamente el 82% de las personas con epilepsia y depresión no recibían medicación antidepresiva a pesar de cumplir los criterios diagnósticos, lo que indica que muchos casos permanecen sin ser reconocidos ni tratados en la práctica clínica (27). Esta brecha en el tratamiento probablemente contribuye a la carga psiquiátrica y la discapacidad persistentes.

2.7.4 TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA EPILEPSIA

Los trastornos de ansiedad representan la segunda comorbilidad psiquiátrica más común en la epilepsia, aunque a menudo ocurren simultáneamente con la depresión (23,26). Entre los adultos con epilepsia en estudios multicéntricos, las tasas de prevalencia de ansiedad oscilaron entre el 20,3 % y el 31,45 %, con síntomas de ansiedad clínicamente significativos presentes en proporciones sustanciales de la población (15,19,22). Las diferencias de género en la presentación de la ansiedad son notables. El sexo femenino surgió como un factor de riesgo de ansiedad en varios estudios, con ser mujer asociada con riesgo de ansiedad en análisis multivariados de adultos con epilepsia (OR=1,409, IC del 95%: 1,021–1,939) (16).

2.7.4.1 CARACTERÍSTICAS DE LAS CONVULSIONES Y ANSIEDAD

Las crisis focales, en especial aquellas que evolucionan a crisis tónico-clónicas bilaterales, junto con la recurrencia reciente de episodios, se han vinculado con un mayor riesgo de ansiedad (29). Asimismo, la presencia de epilepsia activa y condiciones socioeconómicas desfavorables, como bajos ingresos, incrementan esta probabilidad (30). Estos hallazgos sugieren que la frecuencia e imprevisibilidad de las crisis favorecen un estado de tensión emocional sostenido en los pacientes.

2.7.5 SUICIDALIDAD Y AUTOLESIONES EN EPILEPSIA

La ideación suicida representa una de las consecuencias más graves de la comorbilidad psiquiátrica en la epilepsia, con un riesgo de suicidio sustancialmente elevado en las personas con epilepsia. La epilepsia en sí se asoció con razones de probabilidad de 3,17-3,28 para el suicidio por arma de fuego y otros medios (16). En el cribado de un centro terciario de epilepsia, se identificó ideación suicida en el 8,1% de las personas con epilepsia sin crisis no epilépticas psicógenas, en comparación con el 24,4% de los pacientes con crisis no epilépticas psicógenas (31). En una cohorte del Reino Unido con crisis funcionales/disociativas y epilepsia, la ideación suicida y la hospitalización por intentos de suicidio fueron resultados clínicos comunes (21).

CAPITULO III

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de esta investigación fue observacional, analítico y transversal. El estudio se realizó en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el período 2022 al 2025.

3.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.

El instrumento empleado para la recolección de datos fue la revisión de las historias clínicas de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Se extrajeron las variables de interés según los objetivos planteados y se almacenaron en una base de datos creada en el Microsoft Excel 2019.

3.3 MANEJO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.

El análisis de los datos se llevará a cabo utilizando el programa estadístico JAMOV versión 2.4. Para las variables cuantitativas se emplearán medidas de tendencia central y dispersión, como la media y el rango intercuartílico; mientras que las variables categóricas se describirán mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Asimismo, se realizará un análisis bivariado para evaluar la asociación entre variables, utilizando la prueba de chi cuadrado o la prueba exacta de Fisher según corresponda, considerando un valor de significancia estadística de $p < 0,05$.

3.4 POBLACION Y MUESTRA

3.4.1 POBLACION

La población de estudio se basó en pacientes con diagnóstico definitivo de epilepsia, los cuales fueron atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el período 2022 al 2025.

3.4.2 MUESTRA

La muestra estuvo conformada por todos los pacientes con diagnóstico de epilepsia que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión establecidos para el estudio.

3.4.2.1 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

3.4.1.1 Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes con diagnóstico de epilepsia.
- Pacientes atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el período 2022 al 2025

3.4.1.2 Criterios de exclusión

- Pacientes con historias clínicas incompletas
- Pacientes con diagnóstico previo de trastornos psiquiátricos antes del inicio de la epilepsia
- Pacientes con patologías concomitantes que interfieran en la evaluación de los trastornos de salud mental.

3.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Tabla 2. Operacionalización de variables

NOMBRE DE LA VARIABLE	INDICADOR	TIPO	RESULTADO FINAL
Trastornos de salud mental	Presencia de diagnóstico de trastorno de salud mental registrado en la historia clínica	Cualitativa nominal dicotómica	Sí / No
Tipo de trastorno de salud mental	Clasificación del trastorno mental diagnosticado	Cualitativa nominal politómica	Depresión, ansiedad, trastorno mixto, otros

Tipo de epilepsia	Clasificación clínica de la epilepsia según características de las crisis	Cualitativa nominal politómica	Focal, generalizada, focal a bilateral, no clasificada
Frecuencia de crisis	Número de crisis epilépticas registradas en un periodo determinado	Cuantitativa discreta	Número de crisis
Tiempo de evolución de la epilepsia	Años desde el diagnóstico hasta la actualidad	Cuantitativa continua	Años
Edad del paciente	Tiempo en años desde el nacimiento hasta el momento del estudio	Cuantitativa continua	Años
Sexo	Sexo biológico del paciente	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino / Femenino
Nivel de instrucción	Nivel educativo alcanzado por el paciente	Cualitativa ordinal	Ninguno, Primaria, Secundaria, Superior
Lugar de residencia	Zona geográfica de residencia	Cualitativa nominal dicotómica	Urbana / Rural
Estado civil	Condición civil del paciente	Cualitativa nominal politómica	Soltero, casado, unión libre, divorciado, viudo
Ocupación	Actividad laboral del paciente	Cualitativa nominal politómica	Empleado, desempleado, estudiante, otros
Tratamiento antiepiléptico	Tipo de terapia farmacológica recibida	Cualitativa nominal politómica	Monoterapia / Politerapia
Comorbilidades	Presencia de enfermedades concomitantes	Cualitativa nominal politómica	HTA, DM2, otras, ninguna

CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

Se identificaron un total de 452 pacientes con diagnóstico de epilepsia que cumplieron los criterios de inclusión en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el período 2022 al 2025.

En la tabla 3 se presenta la distribución de las características sociodemográficas y clínicas. La edad media fue de $38,6 \pm 14,2$ años, con predominio del sexo masculino (56,2%). La mayoría de los pacientes procedía de zona urbana (71,0%) y contaba con nivel de instrucción secundaria (45,6%). En relación con las características clínicas, la epilepsia focal fue la más frecuente (48,7%), con un tiempo de evolución entre 5 y 10 años en el 38,5% de los casos. El 61,5% presentó crisis en los últimos seis meses, y la monoterapia fue el esquema terapéutico predominante (58,4%).

Tabla 3. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con epilepsia

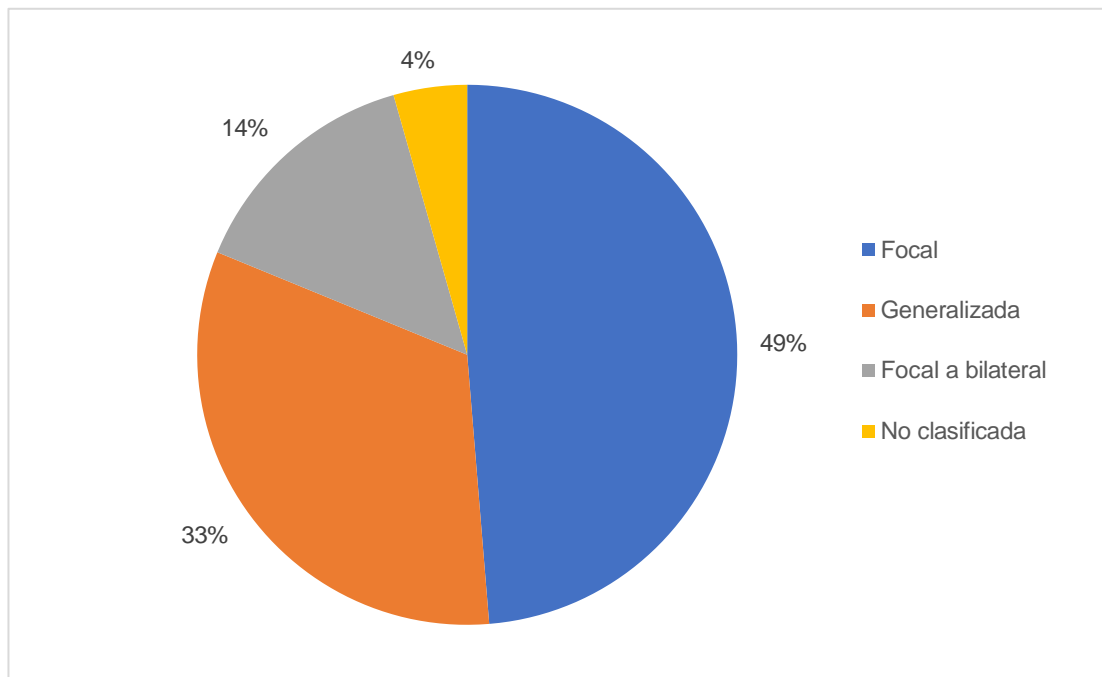
Variable	n	%
Sexo		
Masculino	254	56,2
Femenino	198	43,8
Edad (años)		
18–30	138	30,5
31–50	176	38,9
>50	138	30,5
Lugar de residencia		
Urbana	321	71,0
Rural	131	29,0
Nivel de instrucción		
Ninguno	28	6,2
Primaria	136	30,1
Secundaria	206	45,6
Superior	82	18,1

Tiempo de evolución		
<5 años	162	35,8
5–10 años	174	38,5
>10 años	116	25,7
Tratamiento		
Monoterapia	264	58,4
Politerapia	188	41,6

Fuente: Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el período 2022 al 2025.

En el gráfico 1 se observa el tipo de epilepsia más frecuente, que fue la epilepsia focal, presente en el 48,7% (n=220) de los pacientes, seguida de la epilepsia generalizada (32,5%). En menor proporción se identificaron crisis focales con evolución a bilateral (14,4%) y epilepsia no clasificada (4,4%).

Gráfico 1. Distribución del tipo de epilepsia.



Fuente: Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el período 2022 al 2025

En la tabla 4 se muestra que el 37,2% (n=168) de los pacientes presentó al menos un trastorno de salud mental, mientras que el 62,8% (n=284) no evidenció estas alteraciones. Entre los casos identificados, la depresión fue el trastorno más frecuente (17,3%; n=78), seguida de la ansiedad (12,4%; n=56) y el trastorno mixto ansioso-depresivo (5,8%; n=26).

Tabla 4. Frecuencia de los trastornos de salud mental en pacientes con epilepsia

Trastorno de salud mental	n	%
Ninguno	284	62,8
Depresión	78	17,3
Ansiedad	56	12,4
Trastorno mixto ansioso-depresivo	26	5,8
Trastorno adaptativo	3	0,7
Trastorno del sueño	2	0,4
Trastorno cognitivo leve	2	0,4
Trastorno de personalidad	1	0,2
Total	452	100

Fuente: Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el período 2022 al 2025

En la tabla 5 se presenta la relación entre el tipo de epilepsia y la presencia de trastornos de salud mental. Se observa que los pacientes con epilepsia focal presentaron la mayor proporción de trastornos (43,6%), en comparación con la epilepsia generalizada (28,6%) y la epilepsia focal a bilateral (33,8%). Esta diferencia resultó estadísticamente significativa en el grupo de epilepsia focal ($p < 0,001$), mientras que en los demás tipos de epilepsia no se evidenciaron asociaciones significativas ($p > 0,05$).

Tabla 5. Asociación entre tipo de trastorno de salud mental y presencia global de trastorno mental

Tipo de epilepsia	Trastorno de salud mental		Total	Valor p
	Si (%)	No (%)		
Focal	96 (43,6%)	124 (56,4%)	220	<0,001
Generalizada	42 (28,6%)	105 (71,4%)	147	0.061
Focal a bilateral	22 (33,8%)	43 (66,2%)	65	0.293
No clasificada	8 (40,0%)	12 (60,0%)	20	0,689

Fuente: Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el período 2022 al 2025

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prior MDAA, García MR, Navarro JO, Singer PA. Epilepsia: generalidades sobre las crisis epilépticas y la epilepsia. *Medicine (Barc)*. 2023;13(72):4205-4219. doi:10.1016/j.med.2023.02.010
2. Beghi E. The Epidemiology of Epilepsy. *Neuroepidemiology*. 2020;54(2):185-191. doi: 10.1159/000503831.
3. Asadi-Pooya AA, Brigo F, Lattanzi S, Blumcke I. Adult epilepsy. *Lancet*. 2023 Jul 29;402(10399):412-424. doi: 10.1016/S0140-6736(23)01048-6.
4. Chen Z, Brodie MJ, Ding D, Kwan P. Editorial: Epidemiology of epilepsy and seizures. *Front Epidemiol*. 2023 Aug 30;3:1273163. doi: 10.3389/fepid.2023.1273163.
5. Zhang YJ, Kong XM, Lv JJ, Yang CH, Li XY, Yang XT, Guo ZL, Cheng ZH. Analysis of the global burden of disease study highlights the global, regional, and national trends of idiopathic epilepsy epidemiology from 1990 to 2019. *Prev Med Rep*. 2023 Nov 26;36:102522. doi: 10.1016/j.pmedr.2023.102522.
6. Placencia M, Suarez J, Crespo F, Sander JW, Shorvon SD, Ellison RH, Cascante SM. A large-scale study of epilepsy in Ecuador: methodological aspects. *Neuroepidemiology*. 1992;11(2):74-84. doi: 10.1159/000110915.
7. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Egresos hospitalarios por causas, según diagnóstico (CIE-10) [Internet]. Ecuador: INEC; disponible en: <https://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/1151/datafile/F51/V2054>
8. Scheffer IE, Berkovic S, Capovilla G, Connolly MB, French J, Guilhoto L, Hirsch E, Jain S, Mathern GW, Moshé SL, Nordli DR, Perucca E, Tomson T, Wiebe S, Zhang YH, Zuberi SM. ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*. 2017 Apr;58(4):512-521. doi:

- 10.1111/epi.13709.
9. Katal R. Classification and Diagnosis of Epilepsy. Continuum (Minneapolis, Minn). 2025 Feb 1;31(1):14-37. doi: 10.1212/cont.0000000000001519.
 10. Falco-Walter J. Epilepsy-Definition, Classification, Pathophysiology, and Epidemiology. Semin Neurol. 2020 Dec;40(6):617-623. doi: 10.1055/s-0040-1718719.
 11. Tomson T, Zelano J, Dang YL, Perucca P. The pharmacological treatment of epilepsy in adults. Epileptic Disord. 2023 Oct;25(5):649-669. doi: 10.1002/epd2.20093.
 12. Terman SW, Kalia N, Dugan M, Silva JM, van Asch C, Burke JF, Smith SN, O'Kula SS, Hill CE. Challenges in antiseizure medication discontinuation decisions: A qualitative study of clinicians who see patients with epilepsy. Clin Neurol Neurosurg. 2026 Jan;260:109242. doi: 10.1016/j.clineuro.2025.109242.
 13. Hinojosa-Figueroa MS, Cruz-Caraguay M, Torres Pasquel A, Puga Rosero V, Eguiguren Chavez CB, Rodas JA, Leon-Rojas JE. Etiologies of Multidrug-Resistant Epilepsy in Latin America: A Comprehensive Review of Structural, Genetic, Metabolic, Inflammatory, and Infectious Origins: A Systematic Review. Biomolecules. 2025 Apr 12;15(4):576. doi: 10.3390/biom15040576.
 14. NBConner K, Beimer N, Strom L, Wojnaroski M, Munger-Clary H. Advancing Mental Health Equity in Epilepsy: Social Determinants of Health Across the Lifespan. Epilepsy Curr. 2026 Mar 20;15357597251406119. doi: 10.1177/15357597251406119.
 15. Abebe GK, Mekonnen GB, Tsehay YT, Mamo ST, Messelu MA, Demile TA, Wondie WT, Belay AE, Adal O, Mulatu S, Belayneh AG, Biresaw H. Prevalence and associated factors of depression among adult patients with epilepsy in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis, 2025. BMC Psychiatry. 2025 Dec 30;26(1):107. doi: 10.1186/s12888-025-07752-w.
 16. Shi W, Sun H, Peng W, Chen Z, Wang Q, Lin W, Ding M, Sun H, Wang X, Wang T, Wang X, Liu Y, Chen Y, Zhu G, Zhou D, Li J. Prevalence

- and risk factors of anxiety and depression in adult patients with epilepsy: a multicenter survey-based study. *Ther Adv Neurol Disord.* 2023 Aug 30;16:17562864231187194. doi: 10.1177/17562864231187194.
17. Bae Y, Kang C, Choi U, Jung H, Lee SW. Risk of mood disorders after epilepsy diagnosis: A nationwide retrospective cohort study in South Korea. *Int J Psychiatry Med.* 2025 Nov;60(6):662-680. doi: 10.1177/00912174251336045.
 18. Massi DG, Feudjio R, Eyoun C, Paternoster L, Magnerou AM, Ferreira NT, et al. Prevalence of depression in people with epilepsy: A hospital-based study in Cameroon. *Epilepsy Behav.* 2025;165:110326. doi:10.1016/j.yebeh.2025.110326.
 19. Faiman I, Hodsoll J, Jasani I, Young AH, Shotbolt P. Sociodemographic and clinical risk factors for suicidal ideation and suicide attempt in functional/dissociative seizures and epilepsy: a large cohort study. *BMJ Ment Health.* 2024 Apr 19;27(1):e300957. doi: 10.1136/bmjment-2023-300957.
 20. Zinchuk M, Kustov G, Popova S, Rider F, Yakovlev A, Guekht A. Nonsuicidal self-injurious behavior in people with epilepsy and non-psychotic mental disorders. *Epilepsy Behav.* 2025 Oct;171:110634. doi: 10.1016/j.yebeh.2025.110634.
 21. Boggs JM, Beck A, Hubley S, Peterson EL, Hu Y, Williams LK, Prabhakar D, Rossom RC, Lynch FL, Lu CY, Waitzfelder BE, Owen-Smith AA, Simon GE, Ahmedani BK. General Medical, Mental Health, and Demographic Risk Factors Associated With Suicide by Firearm Compared With Other Means. *Psychiatr Serv.* 2018 Jun 1;69(6):677-684. doi: 10.1176/appi.ps.201700237.
 22. Shen S, Dong Z, Zhang Q, Xiao J, Zhou D, Li J. The overlapping relationship among depression, anxiety, and somatic symptom disorder and its impact on the quality of life of people with epilepsy. *Ther Adv Neurol Disord.* 2022 Dec 8;15:17562864221138147. doi: 10.1177/17562864221138147.
 23. Wang, C., Chen, D., Zhao, L. et al. Clinical characteristics and factors

- associated with psychiatric comorbidity among people with epilepsy in Ganzi Tibetan autonomous prefecture of China: a cross-sectional study. *Acta Epileptologica* 8, 16 (2026). <https://doi.org/10.1186/s42494-026-00256-4>
24. Ernest E, Fakh Z, Urio O, Kisenge R. Depression, anxiety and associated factors among caregivers of children and adolescents with epilepsy attending Muhimbili paediatric neurology clinic: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2025 Sep 18;15(9):e098286. doi: 10.1136/bmjopen-2024-098286.
 25. Lozano-García A, González-Bono E, Cano-López I. Impact of interaction among antiseizure medication polytherapy, clinical, sociodemographic and psychological factors on quality of life in patients with epilepsy: A systematic review. *Epilepsy Behav*. 2025 Jan;162:110170. doi: 10.1016/j.yebeh.2024.110170.
 26. Novais F, Loureiro S, Andrea M, Figueira ML, Pimentel J, Câmara Pestana L. May the right-side epileptogenic zone be a predictor of psychiatric comorbidity in people with refractory epilepsy? *Laterality*. 2020 May;25(3):275-284. doi: 10.1080/1357650X.2019.1662431.
 27. Li, X., Charde, T., Illapani, V.S.P., Leikin, S.M., Xie, H., Oluigbo, C.O., Vezina, L.G., Gaillard, W.D., Loblein, H.J., Heymann, P., Sepeta, L.N., Berl, M.M., Robb, A.S. and Cohen, N.T. (2026), Network Colocalization Correlates of Depression and Anxiety in Pediatric Focal Cortical Dysplasia-Related Epilepsy. *Ann Neurol*. <https://doi.org/10.1002/ana.78219>
 28. Álvarez-Ramírez SN, Maravillas-Estrada A, Alvarado-García MA, Mendiola-Pastrana IR. Factores de riesgo asociados a depresión en adultos con diagnóstico de epilepsia. *Aten Fam*. 2023;32(5e):35.
 29. Iwamoto BK, Whitaker AM, Agurs LD, Hirtum-Das MMV, Kahan MD, Jordan B, Mendoza L, Joshi SM, Chiang JA. Adverse Effects of Cenobamate in Pediatric Epilepsy: Demographic Considerations. *J Child Neurol*. 2026 Mar;41(3):336-344. doi: 10.1177/08830738251357348.
 30. Lossius IMB, Svendsen T, Sødal HF, Kjeldstadli K, Lossius MI, Nakken

- KO, Johannessen Landmark C. Effect and tolerability of perampanel in patients with drug-resistant epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2021 Jun;119:107965. doi: 10.1016/j.yebeh.2021.107965.
31. Hagemann A, Kuramochi I, Bien CG, Brandt C. Screening for depression, anxiety, and suicidality in outpatients of a tertiary epilepsy center: How frequent are increased scores and what is recommended? *Epilepsy Behav.* 2025 Mar;164:110289. doi: 10.1016/j.yebeh.2025.110289.
32. Vallée C, Biraben A, Nica A, Loiseau M. Epidemiology and associated factors with depression among people suffering from epilepsy: A transversal French study in a tertiary center. *L'Encephale.* 2019;45(1):40–45. doi:10.1016/j.encep.2017.12.008.
33. Yusuf MW, Abioye AI, Ademola-Popoola O, Abubakar AK, Olukorode SO, Kuyebi MA, Yisa MN, Musa J, Oyadiran OT, Okusanya TR, Ogunlade SB, Olofin DO, Igho-Osagie E, Omotayo MO, Adewuya A. Prevalence of mental disorders among people with neurologic conditions in Nigeria: a systematic review. *BMC Psychiatry.* 2025 Oct 28;25(1):1028. doi: 10.1186/s12888-025-07327-9.
34. Song H, Zhao Y, Hu C, Zhao C, Wang X, Xiao Z. Relationships among anxiety, depression, and health-related quality of life in adult epilepsy: A network analysis. *Epilepsy Behav.* 2024 May;154:109748. doi: 10.1016/j.yebeh.2024.109748.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Moreira Mejía Edwin Jeremías**, con C.C: # **1315930139** y **Gómez Arreaga Francesca Nicole**, con C.C: # **0923930051** autores del trabajo de titulación: **Factores de riesgo asociados a los trastornos de salud mental en pacientes con diagnóstico de epilepsia atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el período 2022 al 2025** previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 1 de mayo del 2026



Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
**EDWIN JEREMIAS
MOREIRA MEJIA**

f. _____

Moreira Mejía Edwin Jeremías

C.C: 1315930139



Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
**FRANCESCA NICOLE
GOMEZ ARREAGA**

f. _____

Gómez Arreaga Francesca Nicole

C.C: 0923930051



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Factores de riesgo asociados a los trastornos de salud mental en pacientes con diagnóstico de epilepsia atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el período 2022 al 2025		
AUTOR(ES)	Moreira Mejía Edwin Jeremías Gómez Arreaga Francesca Nicole		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Gaibor Santos Deborah Denisse		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	1 de mayo del 2026	No. DE PÁGINAS:	25
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud mental, epidemiología, epilepsia		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Epilepsia, depresión, ansiedad, comorbilidad psiquiátrica, Factores de riesgo, Trastornos de salud mental, Epilepsia focal		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>Introducción: La epilepsia es una enfermedad neurológica crónica asociada a una alta carga de trastornos de salud mental, los cuales impactan negativamente en la evolución clínica y calidad de vida. Objetivo: Evaluar los factores de riesgo asociados a los trastornos de salud mental en pacientes con epilepsia atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el período 2022–2025. Metodología: Estudio observacional, analítico y transversal en 452 pacientes. Los datos fueron obtenidos de historias clínicas y analizados mediante estadística descriptiva e inferencial utilizando JAMOVI, aplicando pruebas de chi cuadrado o exacta de Fisher con significancia $p < 0,05$. Resultados: La edad media fue $38,6 \pm 14,2$ años, con predominio masculino (56,2%). La epilepsia focal fue la más frecuente (48,7%). El 37,2% presentó trastornos de salud mental, siendo la depresión (17,3%) y la ansiedad (12,4%) los más comunes. La epilepsia focal mostró mayor asociación con trastornos mentales (43,6%; $p < 0,001$). Conclusión: Los trastornos de salud mental son frecuentes en pacientes con epilepsia, especialmente en aquellos con epilepsia focal y control clínico inadecuado, lo que resalta la necesidad de un enfoque integral en su manejo.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593985397027 +593993863215	E- mail: edwin.moreira@cu.ucsg.edu.ec francesca.gomez@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):::	Nombre: Ayon Genkuong, Andres Mauricio		
	Teléfono: +593-997572784		
	E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			