

RESUMEN.

Las crisis no epilépticas de origen psicógeno (CNEP) son conductas paroxísticas con manifestaciones sensoriales, motoras y mentales que se asemejan a una crisis epiléptica, pero que están asociadas a procesos psicológicos. Se manifiestan con la alteración de la conciencia, pérdida parcial o completa de identidad, memoria y control motor. Existen dificultades para realizar un correcto diagnóstico, siendo complicado diferenciar claramente entre verdaderas crisis de epilepsia y CNEP, pues también puede darse la coexistencia entre ambas. Los factores desencadenantes de las CNEP son de naturaleza psicológica: la disfunción familiar, problemas en las relaciones interpersonales, trastornos de conversión, abuso físico y sexual, estrés o ansiedad y depresión. Su aparición tiene mayor incidencia en mujeres, en la adolescencia y en la adultez temprana, teniendo mayor repercusión en las mujeres que han sufrido violencia de género.

Canarias se encuentra entre las tres Comunidades Autónomas más afectadas por este tipo de violencia. Entre sus manifestaciones destacamos el feminicidio o asesinato, abuso, acoso, agresión, control de la sexualidad, control de la reproducción, violencia psicológica, acoso moral, violencia contra los bienes materiales propios, control de las relaciones externas y control del acceso al dinero.

El objetivo de este proyecto es determinar la prevalencia de violencia de género en pacientes con CNEP en esta Comunidad. Así, el especialista conociendo origen de las CNEP podrá orientar, tratar y enfocar este padecimiento de una manera más eficaz y directa, logrando la mejoría del paciente.

Palabras clave: Crisis psicogénica no epiléptica, CNEP, crisis psicogénica, pseudocrisis, crisis histéricas, violencia de género, violencia doméstica, violencia machista.

ABSTRACT.

Non-epileptic seizures of psychogenic origin (PNES) are paroxysmal behaviors with sensory, motor and mental manifestations that resemble an epileptic seizure, which are associated with psychological processes. They are manifested with the alteration of consciousness and partial or complete loss of identity, memory and motor control. There are difficulties in making a right diagnosis, and it is difficult to clearly differentiate between true epileptic seizures and PNES, since there both can also coexist. The triggers of PNES are psychological such as family dysfunction, problems in interpersonal relationships, conversion disorders, physical and sexual abuse, stress or anxiety, and depression. PNES has a greater incidence in women, in teenagers and early adulthood, having a greater impact on women who have suffered gender violence.

Canary Islands are one of the three Autonomous Communities mainly affected by this type of violence. Among its manifestations we highlight femicide or murder, abuse, harassment, aggression, control of sexuality, control of reproduction, psychological violence, moral harassment, violence against one's own material goods, control of external relationships and control of access to money.

The objective of this project is to determine the prevalence of gender violence in patients with CNEP in the Canary Islands. Thus, the experts, knowing the origin of the CNEP, will be able to guide, treat and focus on this condition in a more effective and direct way, achieving the improvement of the patient.

Keywords: Non-epileptic psychogenic crisis, PNES, psychogenic crisis, pseudo-crisis, hysterical crisis, gender violence, domestic violence, sexist violence.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. OBJETIVOS.....	10
2.1. Principal.....	10
2.2. Específicos.....	10
3. HIPÓTESIS.....	10
4. MATERIALES Y MÉTODOS.....	10
4.1. Diseño del estudio.....	10
4.1.1. Tipo de estudio.....	10
4.1.2. Población y tamaño de la muestra.....	10
4.1.4. Variables de estudio.....	11
4.1.5. Instrumento de medida.....	11
4.1.6. Recogida y manejo de los datos.....	12
5. ORGANIZACIÓN LOGÍSTICA.....	14
5.1. Cronograma.....	14
5.1.1. Fase Inicial.....	14
5.1.2. Fase intermedia.....	14
5.1.3. Fase final.....	14
5.2. Presupuesto.....	16
6. BIBLIOGRAFÍA.....	17
7. ANEXOS.....	22
7.1. Anexo I: Carta de presentación.....	22
7.2. Anexo II: Solicitud de consentimiento informado.....	23
7.3. Anexo III: Escrito de confidencialidad y protección de datos.....	24
7.4. Anexo IV: Cuestionario sociodemográfico.....	25
7.5. Anexo V: Variables relacionadas con CNEP.....	26
7.6. Anexo VI: Test WAST (Women Abuse Screening Tool).....	27

1. INTRODUCCIÓN.

Las crisis no epilépticas de origen psicógeno (CNEP) se entienden como una conducta paroxística con manifestaciones sensoriales, motoras y mentales que pueden tener semejanza con una crisis epiléptica. La principal diferencia es su asociación a procesos psicológicos sin estar ligados con descargas eléctricas cerebrales anormales^{1,2,3}. Estas crisis pueden presentar diferente sintomatología dentro de los que se pueden incluir: la alteración de la conciencia, pérdida parcial o completa de identidad, memoria, así como el control motor⁴. Este padecimiento no se encuentra englobado por sí mismo en una categoría diagnóstica psiquiátrica, sino que resulta de la actuación y la práctica de unidades especializadas en crisis epilépticas (CE) y neurólogos³.

Inicialmente este tipo de crisis no epilépticas fueron denominadas por Jean Martin Charcot y, a posteriori, por Rabe con el nombre de histeroepilepsia⁵. Charcot junto a William Gowers, dos neurólogos del S. XIX, comienzan a diferenciar entre histeria y epilepsia. El primero quería encontrar la manera de distinguir las convulsiones histéricas y epilépticas, mientras que el segundo describió situaciones clínicas de todo tipo de convulsiones y conciencias alteradas. Dividían el episodio de las convulsiones histéricas en 4 periodos:

1. Movimientos convulsivos.
2. Gesticulación violenta, empujes pélvicos y arqueamiento del cuerpo.
3. Periodo de actitudes pasionales (llantos, visiones...).
4. Vuelta a la conciencia.

De acuerdo con Freud, Charcot fue el primero en demostrar que las manifestaciones histéricas podían ser removidas por la hipnosis, lo que podría demostrar el origen psicológico⁶.

No existe un acuerdo a la hora de referirse a las crisis no epilépticas de origen psicógeno, por lo que podrían emplearse distintas nomenclaturas (crisis psicogénicas, ataques histéricos, crisis no epilépticas, crisis pseudoepilépticas o pseudocrisis)^{7,8}. En el presente documento nos referiremos a las mismas con el término CNEP ya que resulta menos confuso y despectivo.

El 17-60% de los pacientes con CNEP son derivados a centros de epilepsia de referencia. Continuamente las CNEP coexisten con las crisis epilépticas, según Kuyk y Cols², estiman una prevalencia de CNEP en crisis epilépticas de 3,6-10,8% y de crisis epilépticas en CNEP de entre 12-36%. En cualquier caso, conviene destacar las dificultades que se presentan para realizar un correcto diagnóstico, ya que en muchas ocasiones no es posible diferenciar claramente entre crisis de epilepsia y CNEP. Sin embargo, se han descrito algunas manifestaciones clínicas orientadoras, resumidas en la tabla 1.

Tabla 1. Manifestaciones clínicas CNEP (Adaptado de R.Vásquez Rojas y colaboradore) ¹.

Manifestaciones clínicas de CNEP	
Movimientos con propósito	Parpados cerrados
Opistótonos	Llanto ictal
Actividad motora ondulante	Falta de cianosis
Duración mayor de 2 minutos	Resistencia a la apertura ocular
Reflejo pupilar a la luz presente	Reorientación post- ictal
Boca cerrada en fase tónica	Vocalización durante la fase tónico-clónica
Atonía ictal prolongada	Memoria sobre hechos del evento
Balaceo de cabeza bilateral	Reactividad durante el estado de inconciencia
Comienzo gradual	Comienzo situacional
Movimientos de extremidades asincrónicos	No hay mordedura lateral de la lengua
Hay mordedura de la punta de la lengua	Sin cambios en la frecuencia cardiaca
Movimientos pélvicos rítmicos	Precipitado por estímulos

Los posibles factores que pueden precipitar o ser favorecedores para la aparición de ese tipo de crisis son de naturaleza psicológica, coincidiendo en que hay altos niveles de comorbilidad psiquiátrica sin afectación neurológica⁹. Dentro de los trastornos psiquiátricos, se incluyen la ansiedad, trastornos afectivos y psicosis^{10,11,12,13,14,15}, igualmente se relatan trastornos disociativos, de personalidad y somatóforos^{10, 16,17}. Aunque algunos autores no consideran importantes los factores psicológicos²³, la realización de un estudio hecho por Bowman y Markand en 1996 puso de manifiesto que un 84% de los pacientes presentaban historia clínica de abusos, tanto sexuales (67%) como físicos (67%) y otros traumas (73%). Por ello, es necesaria una exhaustiva revisión de la historia clínica del paciente, puesto que, de este modo, con frecuencia, se puede identificar el origen psicológico como desencadenante de la sintomatología de estas crisis y la problemática emocional implícita, pues se puede dar el caso de varios mecanismos asociados^{2,18,19}. Como factores psicológicos están incluidos los episodios traumáticos con una mayor incidencia. Entre ellos destacan: la disfunción familiar, problemas en las relaciones interpersonales, trastornos de conversión, abuso físico y sexual, estrés o ansiedad y depresión^{8,16,20,13,21,22}.

La aparición de las CNEP tiene dos grupos de incidencia, por un lado, la adolescencia y la adultez temprana (25-35 años de edad) y, por otro lado, existen estudios recientes que describieron su aparición en una población mayor 55 años.^{24,25,26,27,28}. En cuanto al género, se aprecia una mayor incidencia en mujeres. Esto podría ser porque la CNEP son frecuentemente una expresión de un trastorno de conversión, más común en estas^{10,29}. Además, puede tener mayor repercusión en las

mujeres que han sufrido abuso sexual, pues se ha demostrado que este es un factor de riesgo para este padecimiento³⁰. En referencia a los niños, dos estudios reflejan frecuencias entre el 12-21% siendo más habituales en adolescentes que en escolares^{16,17}.

Como indicamos previamente, hacer un diagnóstico de las CNEP es complejo, pues debe diferenciarse entre los asociados a trastornos disociativos, trastornos de ansiedad o somáticos⁴. Esto hace que la realización del diagnóstico pueda retrasarse de 7-10 años³¹. Con frecuencia estos trastornos son inicialmente definidos como crisis epilépticas (entre el 10-40%) y son tratados con fármacos antiepilépticos, los cuales no resultan efectivos¹⁵. Sin embargo, después de realizar una monitorización de video-EEG esta condición puede cambiar a CNEP^{32,33,34,35}. Dicha técnica se considera esencial para la realización de un correcto diagnóstico de la CNEP. Esta consiste en registrar simultáneamente mediante video los comportamientos del paciente y su actividad eléctrica cerebral. Se puede afirmar que ningún estudio de imagen ni prueba de laboratorio será tan fiable para su diferenciación. Los resultados de EEG ictal dan un diagnóstico casi siempre definitivo³⁶. Sin embargo, la prolactina sérica también puede ser útil. Si después de 30 minutos de sufrir una crisis ésta hubiese aumentado, nos ayudaría a distinguir una CNEP de convulsiones tónico clónicas^{37,38}.

En lo referente al tratamiento, en la mayoría de los casos, al inicio se tratan con medicamentos antiepilépticos por la confusión que genera, primeramente, este tipo de eventos. En aquellos pacientes que tengan solo CNEP es necesario realizar una suspensión progresiva de las drogas antiepilépticas (DAE). Si en los pacientes coexiste la epilepsia y CNEP se pensará en la posibilidad de reducir la cantidad y dosis de las DAE¹⁵. La elección más adecuada, es abordar estas crisis con tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico específico. Este dependerá del diagnóstico psiquiátrico y de los factores predisponentes, precipitantes y perpetuadores de las CNEP de cada caso^{15,39,40}. La terapia cognitiva conductual (TCC) es el tratamiento de elección para las CNEP. Esta terapia redujo de manera significativa la actividad de estos eventos en estos pacientes en comparación con la atención médica estándar⁴¹. La depresión, ansiedad, síntomas somáticos, calidad de vida y funcionamiento psicosocial mejoraron desde el principio. Además, hay pruebas de que los medicamentos para la inhibición selectiva de la recaptación de serotonina pueden desempeñar un papel importante en la modificación de la depresión y en la reducción de la frecuencia de los eventos en pacientes con CNEP^{42,43,44}. Otro tratamiento que trata este tipo de eventos es el EMDR, que es el acrónimo en inglés de Eyes Movement Desensitization and Reprocessing (desensibilización y procesamiento por movimientos oculares), este alivia la ansiedad, el miedo, las imágenes intrusivas, la tristeza intensa, la rabia, la disociación y otros síntomas asociados con experiencias traumáticas⁴⁵.

El papel del neurólogo es importante en el diagnóstico de las CNEP, pues este debe explicarlo con términos inequívocos y transmitir al paciente la importancia de conocer la naturaleza no epiléptica de los episodios y la necesidad de hacer un seguimiento psiquiátrico. Las intervenciones

Prevalencia de Violencia de género en pacientes con crisis no epilépticas de origen psicógeno en Canarias

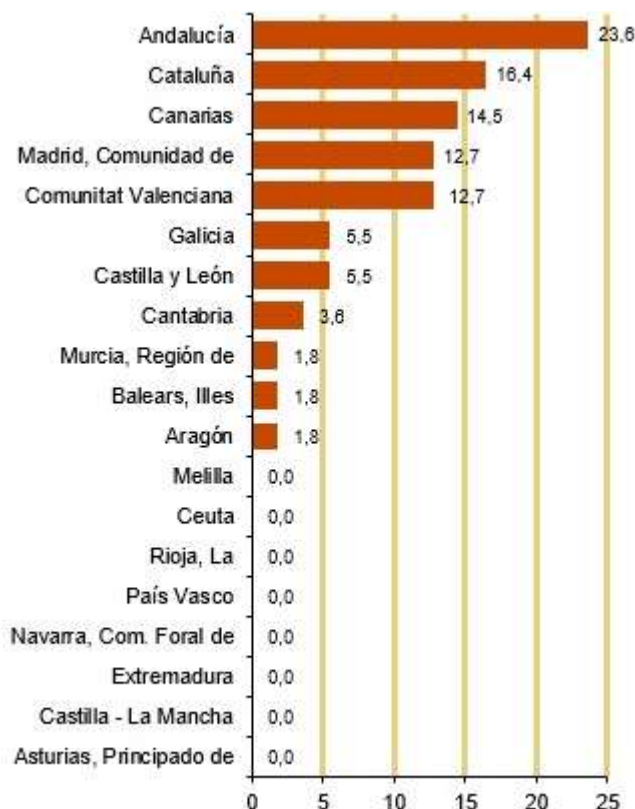
psiquiátricas o psicológicas más exitosas, son aquellas que se integran en un centro de epilepsia, puesto que, los neurólogos deberían seguir el proceso de transición al psiquiatra. Cuando el diagnóstico es correctamente aceptado por el paciente, hasta el 30% de ellos disfruta de la remisión de las crisis, a menudo sin ninguna intervención adicional^{14,46,47}. Se calcula que el 50% de los pacientes mejora cuando se les implanta el tratamiento adecuado, pero sólo el 30% quedan libres de crisis a largo plazo.

Algunos factores que favorecen un mejor pronóstico son: diagnóstico precoz, vida independiente, aceptación del diagnóstico, coeficiente intelectual más alto, buena situación socio-económica o CNEP con semiología menos grave. Por otro lado, la cronicidad y la complejidad de los problemas psicológicos y psiquiátricos presagian un peor pronóstico^{14,30,48,49,50}.

Como hemos dicho anteriormente, muchos de los pacientes diagnosticados con CNEP en su mayoría son mujeres, que han sufrido abuso sexual o físico³⁰, los cuales se consideran actos de violencia machista. La violencia de género es un fenómeno multidimensional y complejo. Se da por la discriminación y sexismo profundamente arraigados en nuestra sociedad, que mantienen la subordinación y dominación del género femenino violando los derechos humanos universales y libertades fundamentales de toda persona. Entre las manifestaciones de la violencia de género podemos encontrar: feminicidio o asesinato, abuso, acoso, agresión, control de la sexualidad, control de la reproducción, violencia psicológica, acoso moral, violencia contra los bienes materiales propios, control de las relaciones externas y control del acceso al dinero⁵².

La comunidad autónoma de Canarias posee dos leyes en la lucha con la violencia de género: la Ley 16/2003, de 8 de abril, de prevención y protección integral de las mujeres contra la violencia de género y la Ley 1/2010, de 26 de febrero, canaria de igualdad entre mujeres y hombres, cuya implantación se desarrolla en la Estrategia para la Igualdad entre Mujeres y Hombres 2013-2020. En los últimos tiempos se ha avanzado mucho en la sensibilización de la población respecto a considerar la violencia de género como un problema social y como un delito, en lugar de una circunstancia natural o un asunto privado en las relaciones de género. Además, existen más recursos de prevención y atención a las víctimas. Sin embargo, la erradicación de este tipo de violencia sigue suponiendo un reto para todas las regiones y países⁵³.

Figura 1: Gráfica que muestra las diferentes tasas de prevalencia de violencia de género en las diferentes Comunidades Autónomas en España⁵³.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) las comunidades autónomas en las que se produjeron más víctimas mortales fueron Andalucía, en segundo lugar, Cataluña seguidas de Canarias, comunidad de Madrid y comunidad Valenciana. Representando las 3 primeras más de la mitad de víctimas mortales en 2019^{53,54}.

Con este proyecto, se pretende confirmar que uno de los factores de riesgo más importantes en los pacientes con CNEP en Canarias es la violencia de género, ya que, estos pacientes se ven afectados por experiencias traumáticas derivadas de dicha violencia. Canarias se encuentra entre las tres Comunidades Autónomas más afectadas por esta lacra social, teniendo el 14,5% de víctimas mortales 2019. Está demostrado que uno de los factores de riesgo en pacientes diagnosticados con CNEP es la violencia doméstica, en cualquiera de sus formas. Aunque no existen datos estadísticos que determinen una relación entre ambas, sería conveniente conocerlos, pues cuando el especialista tenga claro el origen causante de las CNEP, este podrá orientar, tratar y enfocar el problema de una manera más eficaz y directa. Ahorrando, de este modo, tiempo, recursos y, en consecuencia, logrará una notable mejoría del paciente. Este, al tomar conciencia del origen de su enfermedad, podrá trabajar de una manera más efectiva sobre el trauma desencadenante de las CNEP y, por consiguiente, mejorar este tipo de crisis.

2. OBJETIVOS.

2.1. Principal.

El objetivo principal de este proyecto es determinar la prevalencia de violencia de género en pacientes con CNEP en Canarias.

2.2. Específicos.

- Determinar la relación existente entre las CNEP y el tipo de violencia de género sufrida.
- Identificar otros determinantes asociados al desarrollo de CNEP en Canarias.
- Conocer el rango de edad de máxima afectación en Canarias de pacientes CNEP con violencia de género.

3. HIPÓTESIS.

Con este estudio, se esperaría establecer como la violencia de género supone uno de los factores de riesgo más importantes de desarrollo de CNEP en nuestra comunidad autónoma, abarcando cualquier ámbito dentro de esta, puesto que los principales desencadenantes de las CNEP son los episodios traumáticos relacionados con abusos físicos y sexuales, que se dan más en mujeres que en hombres.

4. MATERIALES Y MÉTODOS.

4.1. Diseño del estudio.

4.1.1. Tipo de estudio.

Se realizará un estudio **de tipo descriptivo de corte transversal** para determinar la existencia de antecedentes de violencia de género entre pacientes con CNEP en Canarias.

4.1.2. Población y tamaño de la muestra.

4.1.2.1. Población de estudio.

Lugar de estudio: Unidades de Epilepsia de las islas capitalinas de Canarias. Hospital Universitario de Canarias Doctor Negrín, C.H.U. Insular Materno Infantil, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria y Hospital Universitario de Tenerife.

Población de estudio: Todos los pacientes diagnosticados de CNEP en las mencionadas Unidades de Epilepsia de Canarias.

Tamaño muestral: considerando la baja prevalencia de CNEP en población general, debemos tener en cuenta que la población de estudio es limitada. Por ello, se realizará un muestreo de conveniencia, es decir, incluiremos a todos aquellos pacientes que reúnan los

criterios de inclusión, que no presenten alguno de exclusión y que autoricen, mediante la firma de consentimiento informado, su participación en el estudio.

4.1.3. Criterios de inclusión y exclusión.

4.1.3.1. Criterios de inclusión:

- Género femenino.
- Pacientes diagnosticados de CNEP a través de video-EEG.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Que el paciente firme el consentimiento informado.

4.1.3.2. Criterios de exclusión.

- Envío incompleto o no cumplimentado del instrumento de medida.
- Envío de respuestas de manera repetida.
- Antecedentes de consumo de drogas.
- Pacientes que sufran discapacidad intelectual.
- Pacientes con afectación psicológica incapacitante.

4.1.4. Variables de estudio.

4.1.4.1. Variable principal:

- Test WAST: detecta si hay violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario.

4.1.4.2. Otras variables:

- Formulario de datos sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad.
- Variables relacionadas con las CNEP: tipo de crisis, tiempo de evolución, medicación, presencia de diagnósticos psiquiátricos conocidos y antecedentes de violencia de género.

4.1.5. Instrumento de medida.

- Test WAST (Ver Anexo VI): detecta si hay violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario.

Cuestionario inicialmente desarrollado en inglés y posteriormente adaptado al castellano, con validez probada, que es utilizado en atención primaria para distinguir a las mujeres que sufren abuso tanto físico como emocional a manos de su pareja^{55,56}. El cuestionario original consta de 8 preguntas, de las cuales 2 hacen referencia al grado de tensión y dificultad en la relación de pareja y

las restantes a la frecuencia de actos de violencia física, emocional y sexual. Este test ha demostrado tener buena aceptación por parte de las mujeres, así como una buena especificidad y sensibilidad ⁵⁷.

Para estimar un cálculo de punto de corte, especificidad y sensibilidad, la puntuación mínima a obtener será de 0 puntos que serán consideradas sin violencia y la máxima de 24 puntos, (máxima puntuación posible), las personas que obtengan una puntuación por encima de 15 puntos serán consideradas mujeres con alto riesgo de violencia.

- Formulario de datos sociodemográficos (Ver Anexo IV).
- VARIABLES RELACIONADAS CON LAS CNEP (Ver Anexo V).

4.1.6. Recogida y manejo de los datos.

Previo la realización de la entrevista y aplicación del formulario, se explicarán los propósitos y objetivos de la investigación.

Los cuestionarios se entregarán en el mes de junio de 2021 en las Unidades de Epilepsia de Canarias (Hospital Universitario de Canarias Doctor Negrín, C.H.U. Insular Materno Infantil, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria y Hospital Universitario de Tenerife) y se recogerán a finales del mismo mes, para que se disponga de tiempo suficiente para cumplimentarlo de manera correcta.

Recibirán la información acerca del Proyecto de Investigación en el que se disponen a colaborar a través de la Carta de presentación” (Ver Anexo I), que se adjunta con la documentación a firmar.

Los participantes deberán rellenar y entregar en sobre cerrado, los formularios de “Consentimiento informado” (Ver Anexo II), “Documento de confidencialidad y protección de datos” (Ver Anexo III). y los cuestionarios destinados al estudio: “Formulario de datos sociodemográficos” (Ver Anexo IV), cuestionario de “Variables relacionadas con CNEP” (Ver Anexo V) y la “Test WAST” (Ver Anexo VI).

La entrega de la documentación se realizará en un sobre abierto al responsable de la Unidad de Epilepsia, que los repartirá a la muestra seleccionada y, posteriormente, los recibirá debidamente cerrados y sin identificación de ningún tipo, para su posterior recogida por la investigadora del proyecto.

En todo momento se garantizará la protección adecuada de los detalles individuales proporcionados por los pacientes participantes en el estudio. Se mantendrá la confidencialidad en base a la Ley Orgánica 3/2018, 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

4.1.6.1. Análisis estadístico.

Una vez recibidos los cuestionarios se procederá al vaciado y desglosamiento de los datos recabados, para posteriormente realizar el análisis estadístico y así, calcular la prevalencia de violencia de género entre pacientes con CNEP en Canarias. Esta será calculada aplicando la siguiente fórmula:

$$\text{Prevalencia} = \left(\frac{\text{n}^\circ \text{ pacientes afectadas por violencia de género}}{\text{n}^\circ \text{ total de la muestra}} \right) \times 100$$

Por otro lado, se realizará un análisis comparativo de las variables registradas entre pacientes que han sufrido violencia de género y aquellas que no. Para ello, se emplearán métodos de estadística no paramétrica, empleando el test exacto de Fisher o Chi-Cuadrado para la comparación de la distribución de variables cualitativas y la U de Mann-Whitney para las variables cuantitativas. Se establecerá un nivel de significación estadística de $p < 0.05$.

4.1.6.2. Consideraciones éticas.

Se solicitará autorización del Comité de Ética y luego a la **Dirección de Área y Gerencia de los Hospitales de Canarias** seleccionados para la realización del Proyecto de Investigación y a la obtención de los permisos necesarios.

Además, se solicitará por escrito la ayuda de los responsables de las Unidades de Epilepsia Hospitalarias que se encargarán de la entrega y recogida de los sobres con la documentación y cuestionarios a rellenar y firmar por parte de los pacientes entrevistados.

Todos los participantes que decidan acceder a la realización de los cuestionarios, lo harán de manera individual, voluntaria y confidencial.

5. ORGANIZACIÓN LOGÍSTICA.

5.1. Cronograma.

5.1.1. Fase Inicial.

Nos reuniremos con los responsables de las Unidades de Epilepsia para explicarles el Proyecto y su finalidad y, además, solicitar su colaboración en el desarrollo del mismo.

Cuando se obtengan los permisos pertinentes, se contactará nuevamente con los responsables de las distintas Unidades de Epilepsia de los Hospitales de Canarias, para informarles del inicio del proyecto y solicitar su colaboración una vez más. Se pondrá en su conocimiento que a principios del mes de junio se les hará entrega de los sobres con los distintos documentos: Carta de presentación del Proyecto de Investigación, Consentimiento informado, Documento de confidencialidad y protección de datos, Formulario sociodemográfico y test WAST.

5.1.2. Fase intermedia.

A finales del mes de junio, se procederá a la recogida de los sobres sellados y las dos primeras semanas de julio se dará comienzo al volcado de información, análisis de los datos obtenidos e interpretación de los mismos.

5.1.3. Fase final.

Después de analizar e interpretar los datos obtenidos las dos últimas semanas de julio y las dos primeras de agosto, se elaborará el informe final del proyecto. Durante las dos últimas semanas de agosto, se realizará la exposición, en canales de información adecuados, de los resultados y conclusiones obtenidas en este estudio.

A continuación, se muestra de manera esquemática el cronograma de este proyecto de investigación.

ACTIVIDAD	DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				JUNIO				JULIO				AGOSTO				MES - SEMANAS
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Fundamentación Teórica																																	FASE INICIAL
Diseño de la investigación																																	
Solicitud de Permisos																																	
Entrega y Recogida de Cuestionarios																																	FASE INTERMEDIA
Análisis de Datos																																	
Desarrollo de Resultados Obtenidos																																	
Finalización del Estudio																																	
Difusión de Resultados y Conclusiones																																	

5.2. Presupuesto.

El presupuesto necesario aproximado para la realización del proyecto será:

Concepto	Cantidad	Precio	Subtotal	Total
Ordenador	1	500 €	500€	
Impresora	1	10€	10€	
Tinta de impresora	4	25€ c/unidad	100€	
Memoria USB	1	8€	8€	
Papelería	-	150€	150€	
Trasporte	-	40€	40€	
Otros gastos	-	30€	30€	
Recursos humanos	1	30€	30€	
				908€

6. BIBLIOGRAFÍA.

1. Rojas RV, Silvestre JJ, Sánchez ME. Crisis psicógenas no epilépticas en psiquiatría infantil. *Medunab.* 2006;9(3):230–5. Disponible en: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/139>
2. Kuyk J, Leijten F, Meinardi H, Spinhoven P, Van Dyck R. The diagnosis of psychogenic non-epileptic seizures: A review. *Seizure.* 1997;6(4):243–53. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1059131197800726>
3. Brown RJ, Reuber M. Towards an integrative theory of psychogenic non-epileptic seizures (PNES). *Clin Psychol Rev.* 2016;47:55–70. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27340856/>
4. Reuber M, Rawlings GH. Nonepileptic seizures - subjective phenomena. *Handb Clin Neurol.* 2016;139:283–96. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27719848/>
5. Rabe F. Hysterische Anfälle bei Epilepsie. *Nervenarzt.* 1966;37:141.
6. Gowers C, Massey EW, McHenry LC. Hysteroepilepsy in the nineteenth century. *Neurology.* 1986;36(1):65–65. Disponible en: <https://n.neurology.org/content/36/1/65>
7. Irwin K, Edwards M, Robinson R. Psychogenic non-epileptic seizures: management and prognosis. *Arch Dis Child.* 2000;82(6):474–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10833180/>
8. González-Goizueta, Martínez Pérez B, Mauri Llerda JA. Crisis psicógenas no epilépticas. *Rev Neurologia.com.* 2002;35(10):954-9. Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/2002087>
9. Swingle PG. Neurofeedback treatment of pseudoseizure disorder. *Biol Psychiatry.* 1998;44(11):1196–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9836025/>
10. D’Alessio L, Giagante B, Oddo S, Silva W W, Solís P, Consalvo D, et al. Psychiatric disorders in patients with psychogenic non-epileptic seizures, with and without comorbid epilepsy. *Seizure.* 2006;15(5):333–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16720097/>
11. Tomasson K, Kent D, Coryell W. Somatization and conversion disorders: comorbidity and demographics at presentation. *Acta Psychiatr Scand.* 1991;84(3):288–93. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1950631/>
12. Butler LD, Duran RE, Jasiukaitis P, Koopman C, Spiegel D. Hypnotizability and traumatic experience: a diathesis-stress model of dissociative symptomatology. *Am J Psychiatry.* 1996;153(7 Suppl):42–63. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8659641/>

13. Saxe GN, Chinman G, Berkowitz R, Hall K, Lieberg G, Schwartz J, et al. Somatization in patients with dissociative disorders. *Am J Psychiatry*. 1994;151(9):1329–34. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8067489/>
14. Kanner AM, Parra J, Frey M, Stebbins G, Pierre-Louis S, Iriarte J. Psychiatric and neurologic predictors of psychogenic pseudoseizure outcome. *Neurology*. 1999;53(5):933–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10496249/>
15. Betts T. Psychiatric aspect of nonepileptic seizures. In: Engel J Jr., Pedley TA, editors. *Epilepsy: a comprehensive textbook*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1997
16. Bowman ES, Markand ON. Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudoseizure subjects. *Am Psychiatry*. 1996;153:57-63. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8540592/>
17. D'Alessio L, Giagante B, Centurión E, Kochen S. Crisis no epilépticas de origen psicógeno: aspectos psicopatológicos y psiquiátricos. *Anxia*. 2004;11:23-9.
18. Shaibani A, Sabbagh MN. Pseudoneurologic syndromes: recognition and diagnosis. *Am Fam Physician* 1998; 58: 1970-2. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/9614416>
19. Kanner AM, Parra J, Frey M, Stebbins G, Pierre-Louis S, Iriarte J. Psychiatric and neurologic predictors of psychogenic pseudoseizure outcome. *Neurology*. 1999;53(5):933–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10496249/>
20. Rosenberg HJ, Rosenberg SD, Williamson PD, Wolford GL 2nd. A comparative study of trauma and posttraumatic stress disorder prevalence in epilepsy patients and psychogenic nonepileptic seizure patients. *Epilepsia*. 2000;41(4):447–52. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1528-1157.2000.tb00187.x>
21. Moore PM, Baker GA. Non-epileptic attack disorder: a psychological perspective. *Seizure*. 1997;6(6):429–34. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9530937/>
22. Harden CL. Pseudoseizures and dissociative disorders: a common mechanism involving traumatic experiences. *Seizure*. 1997;6(2):151–5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9153729/>
23. Shaibani A, Sabbagh MN. Pseudoneurologic syndromes: recognition and diagnosis. *Am Fam Physician*. 1998;57(10):2485–94. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9614416/>

24. Wyllie E, Glazer JP, Benbadis S, Kota-gal P, Wolgamuth B. Psychiatric features of children and adolescents with pseudoseizure. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999;153:244-8. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/345648>
25. Golden NH, Bennett HS, Pollack MA, Schoenberg SK. Seizures in adolescence. *J Adolesc Health Care.* 1985;6(1):25-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3965415/>
26. Lancman ME, Brotherton TA, Asconapé JJ, Penry JK. Psychogenic seizures in adults: a longitudinal analysis. *Seizure.* 1993;2(4):281-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1059131105801414>
27. Metrick ME, Ritter FJ, Gates JR, Jacobs MP, Skare SS, Loewenson RB. Nonepileptic events in childhood. *Epilepsia.* 1991;32(3):322-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2044495/>
28. Duncan R, Oto M, Martin E, Pelosi A. Late onset psychogenic nonepileptic attacks. *Neurology.* 2006;66(11):1644-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16769934/>
29. Oto M, Conway P, McGonigal A, Russell AJ, Duncan R. Gender differences in psychogenic non-epileptic seizures. *Seizure.* 2005;14(1):33-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15642498/>
30. Silva W, Giagante B, Saizar R, D'Alessio L, Oddo S, Consalvo D, et al. Clinical features and prognosis of nonepileptic seizures in a developing country. *Epilepsia.* 2001;42(3):398-401. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1528-1157.2001.45299.x>
31. Reuber M, Fernández G, Bauer J, Helmstaedter C, Elger CE. Diagnostic delay in psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology.* 2002;58(3):493-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11839862/>
32. Robson C, Lian OS. “ Blaming, shaming, humiliation”: Stigmatising medical interactions among people with non-epileptic seizures. *Wellcome Open Res.* 2017;2:55. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29152594/>
33. Alper K. Nonepileptic seizures. *Neurol Clin.* 1994;12(1):153-73. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0733861918301166>
34. Alper K. Nonepileptic seizures. *Neurol Clin.* 1994;12(1):153-73. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0733861918301166>
35. Krumholz A. Nonepileptic seizures: diagnosis and management. *Neurology.* 1999;53(5 Suppl 2):S76-83. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10496237/>
36. Chen DK, Así que YT, Fisher R.S, Subcomité de Evaluación terapéutica y tecnológica de la Academia Americana de Neurología. Uso de prolactina sérica en el

diagnóstico de convulsiones epilépticas: informe del Subcomité de evaluación terapéutica y tecnológica de la Academia Americana de Neurología. *Neurología*. 2005;65(5):668-675

37. Avbersek A, Sisodiya S. Does the primary literature provide support for clinical signs used to distinguish psychogenic nonepileptic seizures from epileptic seizures? *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2010;81(7):719–25. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20581136/>

38. LaFrance WC Jr. Psychogenic nonepileptic seizures. *Curr Opin Neurol*. 2008;21(2):195–201. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18317280/>

39. Krumholz A, Niedermeyer E. Psychogenic seizures: a clinical study with follow-up data. *Neurology*. 1983;33(4):498–502. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6682198/>

40. Gates JR. Diagnosis and treatment of nonepileptic seizures. In: McConell and Snyder PJ, editors. *Psychiatric comorbidity in epilepsy*. Washington: American Psychiatric Press; 1998.

41. Goldstein LH, Chalder T, Chigwedere C, Khondoker MR, Moriarty J, Toone BK, et al. Cognitive-behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures: a pilot RCT. *Neurology*. 2010;74(24):1986–94. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20548043/>

42. LaFrance WC Jr, Miller IW, Ryan CE, Blum AS, Solomon DA, Kelley JE, et al. Cognitive behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav*. 2009;14(4):591–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19233313/>

43. LaFrance WC Jr, Keitner GI, Papandonatos GD, Blum AS, Machan JT, Ryan CE, et al. Pilot pharmacologic randomized controlled trial for psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology*. 2010;75(13):1166–73. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20739647/>

44. LaFrance WC Jr, Syc S. Depression and symptoms affect quality of life in psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology*. 2009;73(5):366–71. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2725930/>

45. Maxfield L, Hyer L. The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *J Clin Psychol*. 2002;58(1):23–41. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11748595/>

46. Carton S, Thompson PJ, Duncan JS. Non-epileptic seizures: patients' understanding and reaction to the diagnosis and impact on outcome. *Seizure*. 2003;12(5):287–94. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12810341/>

47. McKenzie P, Oto M, Russell A, Pelosi A, Duncan R. Early outcomes and predictors in 260 patients with psychogenic nonepileptic attacks. *Neurology*. 2010;74(1):64–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20038774/>

48. Reuber M, Pukrop R, Bauer J, Helmstaedter C, Tessendorf N, Elger CE. Outcome in psychogenic nonepileptic seizures: 1 to 10-year follow-up in 164 patients. *Ann Neurol.* 2003;53(3):305–11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12601698/>
49. Walczak TS, Papacostas S, Williams DT, Scheuer ML, Lebowitz N, Notarfrancesco A. Outcome after diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia.* 1995;36(11):1131–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7588458/>
50. Selwa LM, Geyer J, Nikakhtar N, Brown MB, Schuh LA, Drury I. Nonepileptic seizure outcome varies by type of spell and duration of illness. *Epilepsia.* 2000;41(10):1330–4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11051130/>
51. ISTAC: Estadísticas de la Comunidad Autónoma de Canarias [Internet]. *Gobiernodecanarias.org.* [citado el 29 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/jaxi-istac/tabla.do>
52. *Gobiernodecanarias.org.* [citado el 7 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.gobiernodecanarias.org/cmsgobcan/export/sites/icigualdad/_galerias/ici_documentos/documentacion/Informe-ano-2017-del-ICI-al-Parlamento-de-Canarias-La-incidencia-de-la-violencia-de-genero-en-Canarias.pdf
53. Productos y Servicios / Publicaciones / Publicaciones de descarga gratuita [Internet]. *Ine.es.* [citado el 29 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926144037&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888
54. ISTAC: Estadísticas de la Comunidad Autónoma de Canarias [Internet]. *Gobiernodecanarias.org.* [citado el 29 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/jaxi-istac/menu.do?uripub=urn:uuid:e5528977-d9ac-4654-afaf-55a5021e5a48>
55. Fogarty CT, Brown JB. Screening for abuse in Spanish-speaking women. *J Am Board Fam Pract.* 2002;15(2):101–11. Disponible en: <https://www.jabfm.org/content/15/2/101>
56. J.B. Brown, B. Lent, P.J. Brett. Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. *Fam Med.*, 28 (1996), pp. 422-428. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Barbara-Lent/publication/14412197_Development_of_the_Woman_Abuse_Screening_Tool_for_use_in_family_practice/links/571f9bd308aead26e71b6b05/Development-of-the-Woman-Abuse-Screening-Tool-for-use-in-family-practice.pdf
57. C.T. Fogarty, J.B. Brown. **Screening for abuse in Spanish-speaking women.** *J Am Board Fam Pract.*, 15 (2002), pp. 101-111. Disponible en: <https://www.jabfm.org/content/jabfp/15/2/101.full.pdf>

7. ANEXOS.

7.1. Anexo I: Carta de presentación.

Proyecto de investigación

“Prevalencia de Violencia de género en pacientes con CNEP en Canarias”

Con este proyecto se intenta determinar, comparar y analizar la prevalencia de violencia de género en pacientes con CNEP en las Unidades de Epilepsia de los principales hospitales de Canarias.

Además, se intentará establecer la conexión existente entre la violencia de género y las CNEP en Canarias, siendo ser este el mayor factor desencadenante de este padecimiento.

Por ello se requiere que todos los pacientes colaboradores en la realización de este proyecto de investigación, rellene y cumplimente los diferentes cuestionarios con total sinceridad, para poder obtener unos resultados lo más cercanos a la realidad.

Todos los participantes deberán cumplimentar el formulario de “consentimiento informado”, el “documento de confidencialidad” y “protección de datos”, el “cuestionario sociodemográfico”, cuestionario de “Variables relacionadas con CNEP” y el “Test Wast” para determinar la violencia de género.

Los cuestionarios serán voluntarios, anónimos y confidenciales. Los datos obtenidos serán utilizados únicamente para la realización del citado estudio.

La fecha prevista para la realización de los mencionados cuestionarios será durante el mes de junio. Se recogerán en un sobre cerrado para garantizar la privacidad y anonimato de los participantes.

7.2. Anexo II: Solicitud de consentimiento informado.

Estimado Sr/a:

Mi nombre es Tania Lorenzo Castro, Estudiante de 4º curso de Enfermería, de la Universidad de La Laguna, Sede La Palma.

Quisiera llevar a cabo un proyecto de investigación que lleva por título “Prevalencia de Violencia de género en pacientes con CNEP en Canarias”.

Las encuestas serán distribuidas en el mes de junio de 2021. Este tiene como finalidad conocer y valorar la presencia de violencia de género en pacientes diagnosticados con crisis psicogénicas no epilépticas, para así poder ofrecer un mejor tratamiento para este padecimiento y conseguir unos resultados más satisfactorios sobre la salud de los afectados.

En caso de aceptar la invitación a participar en dicho estudio, se le entregarán los formularios requeridos para este proyecto en las fechas fijadas. El cumplimiento de dichos formularios no le tomaran más de 10-15 minutos y podrá realizarlos en cualquier momento, siempre entregándolos en el plazo que requerido.

Si desea colaborar en la investigación, se ruega firme este documento al final y haga entrega de este al colaborador o investigador del proyecto.

Si desea más información podrá contactar por correo electrónico a la siguiente dirección: tanielorenzo00@gmail.com

Gracias por su colaboración.

Atentamente: Tania Lorenzo Castro. Estudiante de Enfermería, Universidad de La Laguna, Sede La Palma.

Santa Cruz de La Palma, a ____ de _____ del _____.

Una vez informado de todos los aspectos relacionados con el proyecto de investigación, doy mi consentimiento para la participar en este estudio, pudiendo abandonarlo en cualquier momento y sin sufrir ningún tipo de repercusión.

Nombre y apellidos:

Teléfono de contacto:

Correo electrónico:

Firma y DNI:

7.3. Anexo III: Escrito de confidencialidad y protección de datos.

Documento destinado a los participantes que deseen colaborar en el estudio de investigación con nombre “Prevalencia de Violencia de género en pacientes con CNEP en Canarias” en donde se comprometen a guardar confidencialidad, orden y respeto.

Cumpliendo con la *Ley Orgánica 3/2018, 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal*, hace constar que todos los datos personales obtenidos mediante el actual formulario se incorporaran únicamente para su estudio.

La recogida y tratamiento de los datos se adaptará a la ley anteriormente descrita y solo si se declara de manera voluntaria y anticipada el uso de los mismos según la regulación de este decreto.

Por ende:

Doy mi autorización a que mis datos personales sean utilizados de manera exclusiva para llevar a cabo el proyecto de investigación anteriormente descrito al que accedo a participar de manera libre y voluntaria:

Yo Don/Dña. _____ con DNI _____ en calidad de colaborador/a de este estudio de investigación doy mi consentimiento a el uso de mis datos recogidos guardando total confidencialidad y asegurando respeto hacia los mismos.

Para que surta efecto este estudio y conste.

En _____ a _____ de _____ del 2021.

Firma del colaborador.

Firma del investigador.

7.4. Anexo IV: Cuestionario sociodemográfico.

Sexo:	Convivientes:
a) Hombre b) Mujer	a) Sí. (nº _____) b) No.
Edad: _____ años	Hijos / nº:
Estado civil:	a) Sí. (nº _____) b) No.
a) Soltero/a b) Casado/a c) Divorciado/a –separado/a d) En pareja e) Viudo/a f) Otros: _____	Personas a su cargo/nº:
	a) Sí. (nº _____) b) No.
Padece alguna enfermedad:	Toma medicación:
a) Sí. (Cuál: _____ _____ _____) b) No.	a) Sí. (Cuál: _____ _____ _____) b) No.
Nivel económico:	Nivel de estudios:
a) Alto b) Medio c) Bajo	a) Primaria b) Secundaria c) Bachillerato / Formación profesional d) Universitarios

7.5. Anexo V: Variables relacionadas con CNEP.

Tipo de crisis: _____	Duración de las crisis (tiempo): _____
¿Toma medicación antiepiléptica?	Sigue algún tipo de psicoterapia:
a) Sí. (Cuáles: _____) b) No.	a) Sí (Cuáles: _____) b) No.
Antecedentes psiquiátricos conocidos /cuales:	Consumo de sustancias tóxicas:
a) Sí. (Cuáles: _____) b) No.	a) Sí. (Cuáles: _____) b) No.
Número de crisis por semana / mes: _____	Fecha de inicio de las crisis: _____ _____

7.6. Anexo VI: Test WAST (Women Abuse Screening Tool).

En general ¿Cómo describiría usted la relación con su pareja?	
<ul style="list-style-type: none"> a) Mucha tensión b) Alguna tensión c) Poca tensión 	
¿Usted y su pareja resuelven las discusiones con...?	
<ul style="list-style-type: none"> a) Mucha dificultad b) Algunas dificultades c) Pocas dificultades 	
¿Al finalizar una discusión, usted se siente decaído o mal con usted mismo?	
<ul style="list-style-type: none"> a) Muchas veces b) A veces c) Nunca 	
¿Las discusiones terminan en golpes, patadas o empujones?	
<ul style="list-style-type: none"> a) Muchas veces b) A veces c) Nunca 	
¿Siente miedo de lo que su pareja diga o haga?	
<ul style="list-style-type: none"> a) Muchas veces b) A veces c) Nunca 	
¿Su pareja ha abusado de usted físicamente?	
<ul style="list-style-type: none"> a) Muchas veces b) A veces c) Nunca 	
¿Su pareja ha abusado de usted emocionalmente?	
<ul style="list-style-type: none"> a) Muchas veces b) A veces c) Nunca 	
¿Su pareja ha abusado de usted sexualmente?	
<ul style="list-style-type: none"> a) Muchas veces b) A veces c) Nunca 	
PUNTUACIÓN	
0 – 14 puntos	Sin riesgo de violencia
> 15 puntos	Con alto riesgo de violencia