

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**POSGRADO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**



**INFORME FINAL**

**RIESGO SUICIDA EN PACIENTES CON EPILEPSIA DE LÓBULO  
TEMPORAL MESIAL FARMACORRESISTENTE DE LA CLÍNICA  
DE EPILEPSIA ENTRE MAYO DE 2019 A OCTUBRE 2019.**

**Presentado Por:**

**Diana Marcela Calderón Chávez**

**Para optar al título de:**

**ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL**

**Asesor temático:**

Dr. Ovidio Solano Cabrera

**Asesor metodológico:**

Dr. Wilson Stanley Avendaño

## **i. INDICE**

<b>1.</b>	Resumen.....	1
<b>2.</b>	Introducción.....	2
<b>3.</b>	Objetivos.....	3
<b>4.</b>	Marco teórico.....	4
<b>5.</b>	Diseño metodológico .....	10
<b>6.</b>	Resultados.....	14
<b>7.</b>	Discusión.....	24
<b>8.</b>	Conclusiones.....	28
<b>9.</b>	Recomendaciones.....	29
<b>10.</b>	Referencias.....	30
<b>11.</b>	Anexos	
	Anexo 1: Consentimiento informado.....	34
	Anexo 2: Herramienta de recolección.....	40
	Anexo 3: Declaración de no conflicto de intereses.....	42

## RESUMEN

La presente investigación se realizó en la Clínica de Epilepsia del Instituto Salvadoreño del Seguro Social con el fin de identificar el riesgo suicida que existe en los pacientes con epilepsia de lóbulo temporal Farmacorresistente; identificar las características sociodemográficas de los mismos y determinar según el tiempo de evolución de los síntomas, el inicio de tratamiento farmacológico y la frecuencia de crisis al mes el riesgo suicida de cada paciente. Para esta investigación se utilizó una muestra de 166 pacientes que asistieron a su cita en la clínica de epilepsia a quienes voluntariamente se les aplicó la Escala de Tendencias Suicidas de Pöldinger para medir el riesgo suicida de cada uno.

Del total de encuestados hubo una predominancia del sexo femenino correspondiendo a 107 pacientes (64.5%), mientras que del sexo masculino fueron 59 pacientes (35.5%). En esta investigación se observó un porcentaje de 18.7% de pacientes (31), clasificados en las categorías de tendencia y riesgo suicida. A pesar del apareamiento de las crisis en la infancia temprana y hasta los 18 años (50.6%) de los pacientes, no representó significancia estadística para el riesgo suicida. La única variable con asociación estadística significativa para el riesgo suicida fue el tiempo existente entre el inicio de los síntomas y el inicio de tratamiento farmacológico el cual puede impactar negativamente en el neurodesarrollo.

Por tanto, dentro de la población estudiada se detectó un 18.7% de pacientes con tendencia o riesgo suicida, porcentaje que supera el reportado por algunos estudios realizados en población general. La predominancia de sexo femenino, la edad, el estado civil y factores laborales y académicos en la población estudiada no mostraron tener asociación o diferencias estadísticamente significativas con respecto a la tendencia o riesgo suicida al igual que el tiempo de evolución de la enfermedad y la frecuencia de crisis al mes, mientras que el tiempo de inicio del tratamiento farmacológico sí se asoció estadísticamente a tendencia y riesgo suicida.

## INTRODUCCIÓN

La Epilepsia representa un problema de salud pública mundial, pues según reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), un estimado de 50 a 69 millones de personas le padecen. Es considerada tan antigua como la humanidad misma y uno de los trastornos del Sistema Nervioso Central (SNC) más frecuentes.

Las personas que padecen de epilepsia, experimentan un comportamiento discriminatorio en muchos ámbitos de la vida, con una comorbilidad psiquiátrica asociada, todo lo cual implica que se le considere como una patología compleja, con consecuencias sociales, psicobiológicas y económicas.

La epilepsia y el suicidio son dos condiciones de salud prevalentes que pueden estar relacionadas. Un número de reportes recientes han denotado que los pacientes con epilepsia, especialmente epilepsia del lóbulo temporal tienen un riesgo elevado de suicidio de hasta 4 veces mayor respecto a la población en general. En el estudio se busca identificar el riesgo suicida en los pacientes con epilepsia de lóbulo temporal mesial Farmacorresistente que consultan en la Clínica de Epilepsia del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

Con la investigación se buscó hacer una identificación temprana en pacientes con riesgo suicida para garantizar el manejo multidisciplinario entre neurología y psiquiatría en el centro de salud mental más cercano.

# **OBJETIVOS**

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar el riesgo suicida en pacientes con diagnóstico de epilepsia lóbulo temporal mesial farmacorresistente que consultan en la Clínica de Epilepsia del Consultorio de Especialidades ISSS en el período de mayo de 2019 - octubre de 2019.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de epilepsia de lóbulo temporal mesial.
- Determinar, según el tiempo de evolución de los síntomas, el riesgo de suicidio de los pacientes.
- Evaluar el riesgo suicida con el inicio de tratamiento farmacológico y frecuencia de crisis epilépticas al mes.

## MARCO TEÓRICO

Según reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la epilepsia representa un problema de salud pública mundial debido a que hay un estimado de 50 a 69 millones de personas que la padecen; esta patología es considerada tan antigua como la humanidad misma y es uno de los trastornos del Sistema Nervioso Central (SNC) más frecuentes.<sup>1</sup>

La *International League Against Epilepsy* (ILAE) y la OMS en 1973 definieron la epilepsia como una afectación crónica y recurrente de crisis paroxísticas, desencadenadas por descargas eléctricas anormales que tienen manifestaciones clínicas variadas de origen multifactorial y que se asocia a trastornos paraclínicos que se presentan de manera no provocada, pero no fue hasta el año 2005 donde un grupo de trabajo de la ILAE realiza un nuevo informe en el cual incluía la definición conceptual de la epilepsia que precisa lo siguiente: *“Trastorno cerebral que se caracteriza por una predisposición continuada a la aparición de crisis epilépticas y por las consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales de esta enfermedad.”* Requiere al menos la presencia de una crisis epiléptica.<sup>2</sup>

*Una crisis se define como: “la aparición transitoria de signos y/o síntomas debido a una actividad neuronal excesiva o sincrónica en el cerebro”*<sup>3</sup>

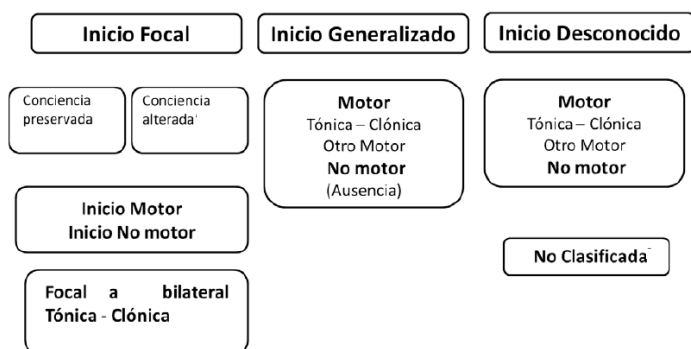
En el año 2014, los expertos de la ILAE han publicado la última definición clínica operacional (práctica) de esta enfermedad:<sup>4</sup>

- Al menos dos crisis no provocadas (o reflejas) que ocurran con más de 24 horas de separación.
- Una crisis no provocada (o refleja) y una posibilidad de presentar nuevas crisis durante los 10 años siguientes, similar al riesgo general de recurrencia (al menos 60%) tras la aparición de dos crisis no provocadas.
- Diagnóstico de un síndrome de epilepsia.

Acorde a estos criterios, un paciente presenta epilepsia cuando ha sufrido una crisis y cuyo cerebro, por el motivo que sea, muestra una tendencia patológica y continuada a sufrir crisis frecuentes con consecuencias biológicas, cognitivas, sociales y psicológicas.

En el 2017, un Grupo de Trabajo de la ILAE elaboró una nueva clasificación revisada de los tipos de crisis, se trata de una clasificación operacional porque en este momento es imposible basar una clasificación completamente en la ciencia de la epilepsia y se busca unificar criterios para fines de comunicación en la atención clínica, docencia e investigación y hacerla comprensible a pacientes y familiares.<sup>5</sup>

### Clasificación de los tipos de crisis, versión básica ILAE 2017



**Figura 1. Clasificación Operacional Básica de los tipos de crisis, ILAE 2017.**

Como se puede ver en la clasificación, existen crisis focales y generalizadas; hay que recordar que las crisis focales constituyen el 70% de todas las crisis, y de éstas, las más frecuentes son las crisis del lóbulo temporal mesial.

La semiología clínica esperada para este tipo de epilepsia (ELTM) tiene manifestaciones particulares:

“El síntoma más frecuentemente observado es la sensación epigástrica ascendente, síntomas autonómicos y psíquicos. En algunas crisis usualmente comienzan con ruptura de contacto, automatismos orodeglutorios (chupeteo, masticación) y posturas distónicas asimétricas. Frecuentemente, en el período post-ictal hay desorientación y amnesia del episodio.”<sup>6</sup>

Estas crisis pueden estar precedidas en ocasiones por una crisis típica, referida como “sensación que asciende” retroesternal hasta el cuello. Este tipo de crisis puede observarse también cuando hay compromiso insular. En caso de comprometerse la amígdala y giro parahipocámpico, sentimientos de despersonalización, miedo y pánico pueden evidenciarse. En caso de progresar la crisis hay ausencia de respuesta al medio, mirada fija, conducta automática (simple o compleja) como masticación, movimientos de lengua, y otros más complejos como refregarse las manos, tocarse la ropa, desnudarse, caminar, frotarse la nariz con la mano ipsilateral al foco epiléptico, etc.”<sup>6</sup>

Diversas publicaciones señalan la alta frecuencia de psicopatología y una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos en los pacientes con epilepsia en comparación con la población en general<sup>7</sup> siendo la depresión el trastorno más frecuente con una prevalencia de un 20% en pacientes con epilepsia de lóbulo temporal y un 62% en pacientes con epilepsia farmacorresistente, seguida por los trastornos de ansiedad, trastornos psicóticos y Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).<sup>8</sup> La epilepsia Farmacorresistente es definida por la ILAE como “aquella en la cual se ha producido el fracaso a 2 ensayos de fármacos antiepilépticos (FAE), en monoterapia o en combinación, tolerados, apropiadamente elegidos y empleados de forma adecuada, para conseguir la libertad de crisis»<sup>9</sup>



La epilepsia y el suicidio son dos condiciones de salud prevalentes que pueden estar relacionadas. Un estudio canadiense realizado en 36,984 sujetos concluyó que la prevalencia de ideación suicida en pacientes con epilepsia era de un 25% comparado con un 13.3% de prevalencia en la población que no padecía de esta enfermedad.<sup>10</sup>

Un meta-análisis publicado por Pompili y colaboradores<sup>11</sup> denotaron que los pacientes con epilepsia, especialmente aquellos con epilepsia de lóbulo temporal mesial tienen un riesgo elevado de suicidio; mientras que Bells y colaboradores<sup>12</sup> en su meta-análisis identificaron que las muertes por suicidio en personas con epilepsia es tres veces mayor a los esperado en la población en general y también resaltaron los rangos incrementados de muerte por suicidio en pacientes con epilepsia de lóbulo temporal mesial.

Una explicación sobre la mayor incidencia de suicidios en pacientes con epilepsia de lóbulo temporal es debido a que las áreas epileptogénicas en este tipo de epilepsia, como la amígdala, están involucradas en el comportamiento social, incluyendo el control de impulsos, la ansiedad y la memoria emocional<sup>13</sup> agregado a la alteración en la neurotransmisión serotoninérgica que ha sido descrita en epilepsia, están asociados con la suicidabilidad en estos pacientes.<sup>14</sup>

Dentro del grupo de pacientes con epilepsia de lóbulo temporal mesial no hubo una diferencia estadísticamente significativa en el riesgo suicida según las características demográficas (edad, sexo, etnia, estado civil, situación laboral), edad de inicio, duración de la epilepsia, tipo de crisis y el número de medicamentos antiepilépticos. Las únicas variables que presentaron una significación estadística fueron la frecuencia de las crisis: los pacientes con riesgo suicida tenían un promedio de 8.26 crisis/mes y aquellos sin riesgo suicida presentaban un promedio de 3.91 crisis/mes;<sup>15</sup> además de la presencia de una

historia familiar de enfermedad psiquiátrica, la psicosis interictal y postictal y el fenómeno de normalización forzada.<sup>16</sup>

Por tanto, los pacientes con epilepsia tienen un riesgo suicida elevado, más aún si se toman en cuenta la coexistencia de trastornos psiquiátricos, las diferencias demográficas y los factores socioeconómicos; Sackellares y Berent consideraron que un adecuado cuidado del paciente con epilepsia requiere “atención a las consecuencias psicológicas y sociales tanto como al control de las crisis.”<sup>17</sup>

Para realizar la medición del riesgo suicida se utilizó la Escala de Tendencias Suicidas de Pöldinger (valor de predicción de 35 de 100 pacientes<sup>18</sup>, la cual es un catálogo de 16 preguntas auto aplicado que permite apreciar de manera inmediata la suicidabilidad de un paciente tomando en cuenta las categorías de predicción siguientes: información demográfica, evidencia de enfermedad mental, comportamiento suicida previo, aislamiento social, pobre salud física. La escala cataloga en las siguientes categorías: No hay riesgo (0 a 25 puntos); Tendencia (30 a 50 puntos); Riesgo de suicidio (55 a 80 puntos) y Alta probabilidad de suicidio (85 a 100 puntos) mediante un dato cuantitativo donde los números más bajos presentan menos riesgo de suicidio y los números más altos presentan alta probabilidad de suicidio.

Se concluye que una escala de riesgo bien construida es capaz de identificar a personas con alta probabilidad de suicidio a futuro. A pesar que la exactitud de predicción no es satisfactoria desde un punto de vista estadístico, las escalas de riesgo pueden ser de beneficio en el manejo clínico.<sup>18</sup>

Para finalizar, cabe aclarar que no es cierto que preguntar sobre las ideas suicidas o de muerte a un paciente induzcan un intento de suicidio.<sup>19</sup> Muchas veces los pacientes no pueden hablar sobre sus ideas suicidas porque creen que su interlocutor no lo va a entender o que van a ser juzgados por tener deseos de morir. En una evaluación diagnóstica es

necesario incluir preguntas sobre la ideación de muerte o la ideación suicida. Si uno no lo hace, no está teniendo en cuenta que la imposibilidad de hablar sobre el tema puede favorecer la alternativa de la acción como salida, y que el camino sea el intento de suicidio. Aproximadamente la mitad de los suicidas consultan a un médico el mes anterior, pero 4 de cada 10 no hablan de sus ideas de suicidio.<sup>20</sup> El hablar sobre el tema muchas veces logra ayudar al paciente a plantearse otras alternativas al tiempo que le ayuda a aliviar un poco su conflicto.

## DISEÑO METODOLÓGICO

- Tipo de diseño: se realizó una entrevista con seres humanos, estudio descriptivo, con corte transversal de acuerdo al período de recolección de datos.
- Población de estudio: En la Clínica de Epilepsia consultan un estimado de 2,000 pacientes con diagnóstico de epilepsia; de éstos el 70% (1,400) son epilepsias focales y de éstos, el 60% (840) tienen diagnóstico de epilepsia de lóbulo temporal mesial.
- Universo: 840 pacientes con diagnóstico Epilepsia Lóbulo Temporal Mesial Farmacorresistente que consultan en Clínica de Epilepsia ISSS Consultorio de Especialidades en el periodo comprendido de mayo 2019 a octubre 2019
- Muestra: la muestra seleccionada fue de **166 pacientes**.

$$n = \frac{N\sigma^2 Z_\alpha^2}{e^2 (N - 1) + \sigma^2 Z_\alpha^2}$$

$Z_\alpha$ : es una constante que depende del nivel de confianza que asignemos. El nivel de confianza indica la probabilidad de que los resultados de nuestra investigación sean ciertos.

Los valores de  $Z_\alpha$  más utilizados y sus niveles de confianza son:

Valor de $Z_\alpha$	1.15	1.288	1.44	1,65	1,96	2,58
Nivel de confianza	75%	80%	85%	90%	95%	99%

e: es el error muestral deseado, en tanto por ciento.

$\sigma$  = Desviación estándar de la población, que generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5

n: tamaño de la muestra (número de encuestas que vamos a hacer).

$$n = \frac{N\sigma^2 Z_{\alpha}^2}{e^2 (N - 1) + \sigma^2 Z_{\alpha}^2} \quad n = \frac{840 \cdot 0.5^2 \cdot 1.44^2}{0.05^2 \cdot (840 - 1) + 0.5^2 \cdot 1.44^2}$$
$$n = \frac{435.45}{2.61} \quad \mathbf{n = 166}$$

Para realizar este trabajo se contó con el apoyo de un médico neurólogo epileptólogo quién en sus 4 días de consulta clínica a la semana aplicó la escala de Pödingger para detectar el riesgo suicida de los pacientes que asistieron a su consulta. Con un promedio de 3 pacientes diarios la muestra se alcanzó en los 5 meses estipulados para la realización del estudio.

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con diagnóstico clínico de epilepsia de lóbulo temporal mesial Farmacorresistente realizado por neurólogo.
- Pacientes que tuvieron completos sus estudios de gabinete (Electroencefalograma o videoelectroencefalograma, resonancia magnética cerebral).
- Adultos sin distinción de sexo entre los 18 y 85 años.

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que consultaron con un diagnóstico diferente a epilepsia de lóbulo temporal mesial Farmacorresistente.
- Pacientes con epilepsia del lóbulo temporal mesial que no cumplieron los criterios de fármacoresistencia.
- Pacientes que no tuvieron completos sus estudios de gabinete Electroencefalograma o videoelectroencefalograma, resonancia magnética cerebral).
- Pacientes que ya tenían controles en la especialidad de psiquiatría por psicopatologías.
- Pacientes bajo efectos de bebidas alcohólicas u otras sustancias que alteraron su juicio.

## RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplicó la Escala de Tendencia Suicida de Pöldinger a los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y que pasaron consulta en el momento indicado; se incluyó un apartado para datos sociodemográficos de población evaluada los cuales no son contemplados en la escala

## CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS

La escala fue proveída por el médico epileptólogo a cargo de la consulta, se le explicaron los ítems a llenar y cómo debía hacerlo además se aclararon las dudas que tuviera el paciente en el momento.

La escala se llenó en el momento de la consulta y el paciente se tomó el tiempo necesario para contestarla.

Al estar completa el médico epileptólogo la evaluó en el momento y dio a conocer el resultado de la misma y en caso de detectar un riesgo alto de suicidabilidad dio referencia inmediata para evaluación con psiquiatría a los pacientes con tenencia o riesgo suicida.

### **PROCESAMIENTO DE DATOS**

Para el procesamiento de la información se utilizó el programa de Microsoft Excel y Epi Info, test de Fisher, y una vez procesados se plasmaron con sus respectivas gráficas.

## RESULTADOS

Después de revisar y seleccionar los expedientes clínicos de acuerdo a los criterios de inclusión, se incluyeron en el estudio un total de 166 pacientes con diagnóstico confirmado de epilepsia del lóbulo temporal mesial fármaco resistente, la distribución por sexos mostró predominancia femenina con el 64.5% correspondiendo a 107 pacientes, mientras que el sexo masculino estuvo representado por un 35.5% de la población estudiada.

La edad presentó una distribución normal (Shapiro Wilk 0.0788), con un promedio de 48 años (valor mínimo de 21 y máximo de 83 e IC 95%: 45.93 - 50.07). (Ver figura 1)

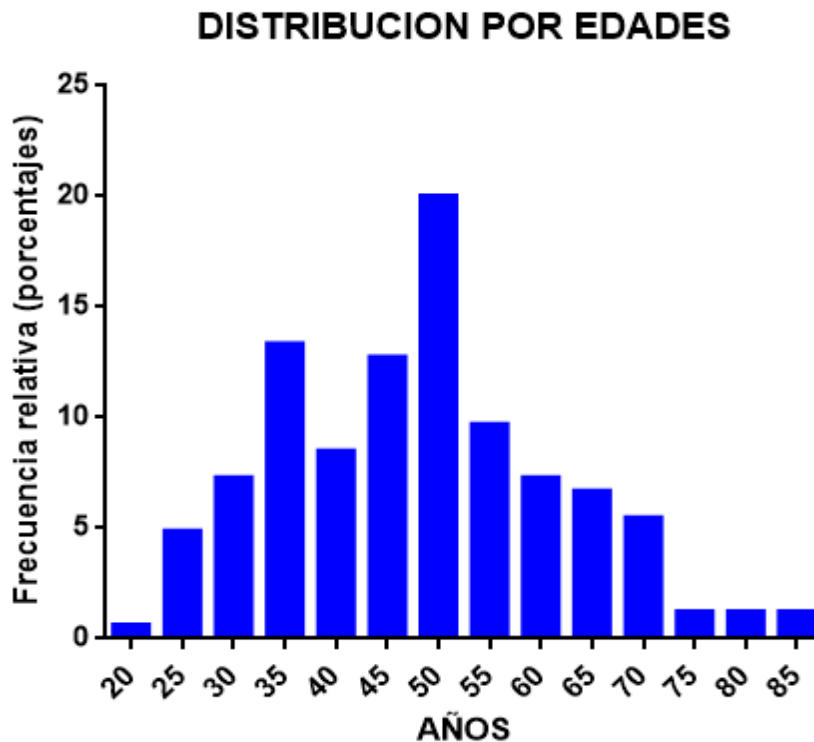


Figura 1: Distribución por edades de los pacientes con epilepsia de lóbulo temporal mesial farmacorresistente.



Entre los 20 y 44 años se concentraron un 39.1% de los pacientes estudiados mientras que para el rango comprendido entre 45 y 64 años se situó el porcentaje mayoritario con un 47.6% el 13.3% restante fue para el grupo de 65 a 85 años. La mayoría de sujetos manifestó estar compartiendo su vida con una pareja entre pacientes en unión libre (acompañados) y casados se concentraron en un 59.1% seguidos por un 38.5% de solteros y finalmente los viudos con 2.4% (Ver figura 2).

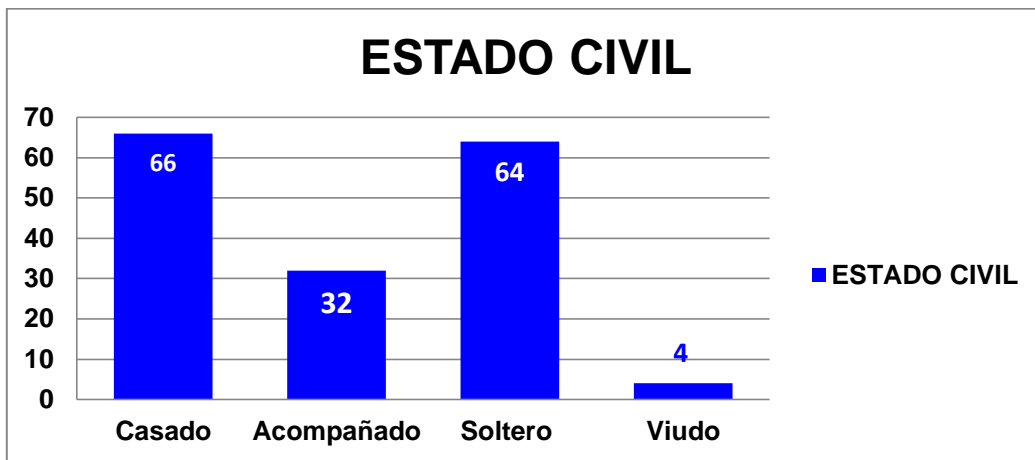


Figura 2: Estado civil de los pacientes con epilepsia de lóbulo temporal mesial Farmacorresistente.

La procedencia en su mayoría estuvo constituida por pacientes provenientes de las zonas urbanas con el 75.9% mientras que la procedencia rural estuvo constituida por el 24.1%.

La formación académica de los pacientes estuvo equitativamente distribuida, el nivel superior (universitario y técnico) resultó tener un 38% mientras que la educación secundaria y el bachillerato acumularon un 51.2%, el restante 10.8% tuvo como grado formativo la educación básica primaria (Ver figura 3).

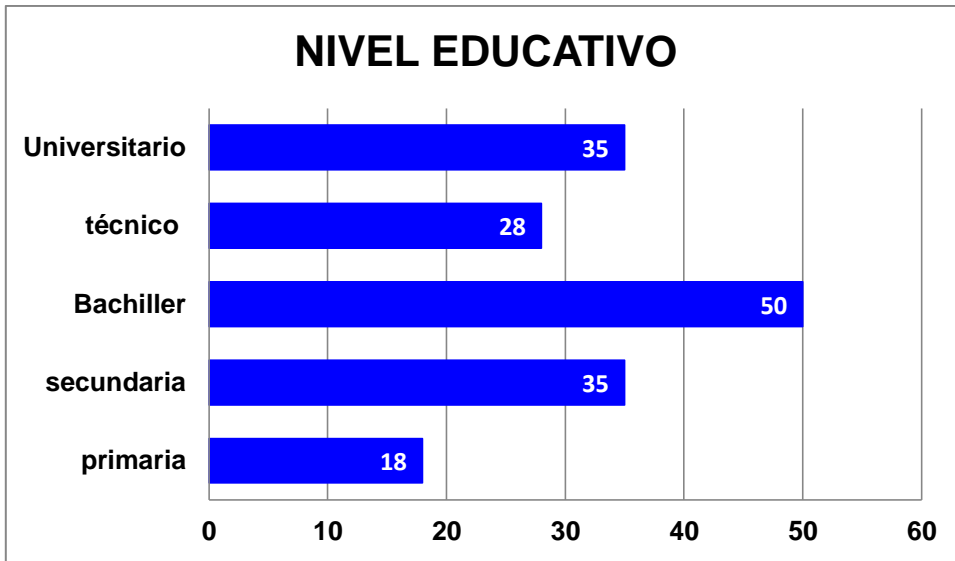


Figura 3: Nivel educativo de los pacientes con epilepsia de lóbulo temporal mesial Farmacorresistente.

Con respecto a las actividades laborales se ilustran las diferentes ocupaciones de la población estudiada (Ver figura 4)

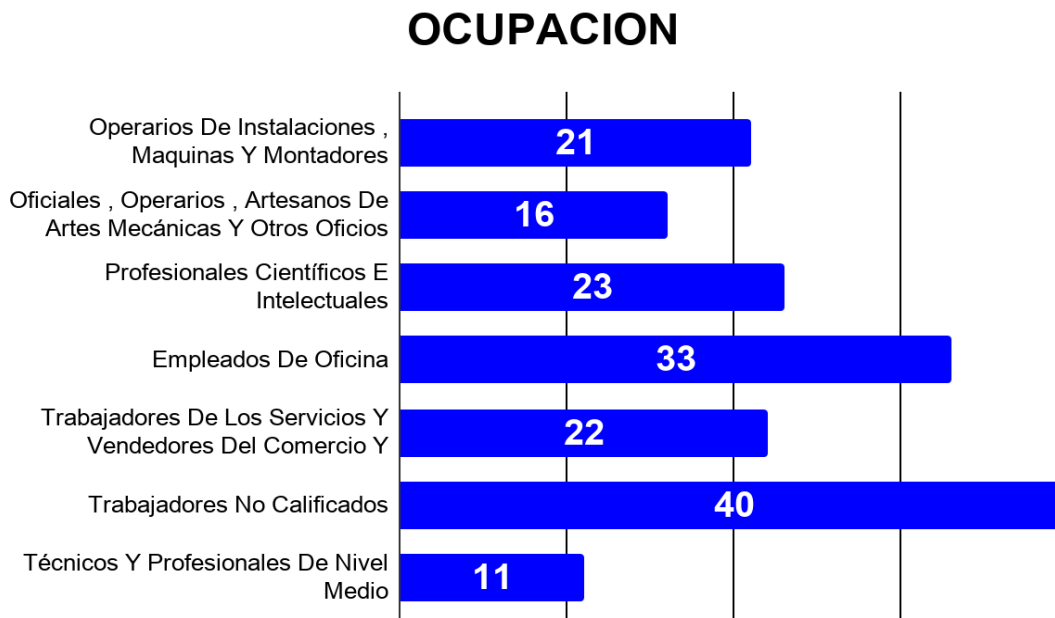


Figura 4: Ocupación de los pacientes con epilepsia de lóbulo temporal mesial farmacorresistente.

El inicio del padecimiento de los síntomas no presentó una distribución normal (Shapiro Wilk  $P < 0.001$ ) presentando una mediana de 17 años con una edad en el límite inferior de 0 años y máximo de 78 años. (Q1 10, Q3 30.5) (Ver figura 5).

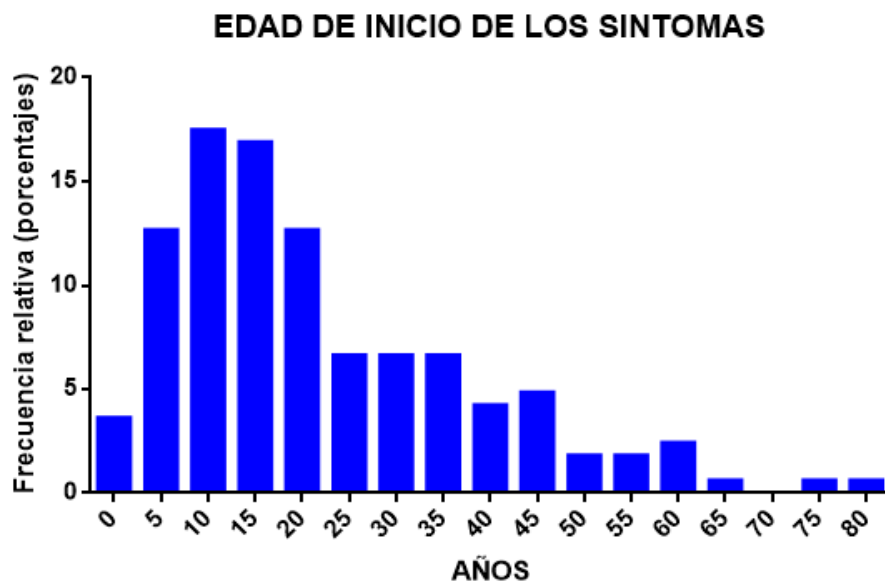


Figura 5: Edad de inicio de los síntomas de los pacientes con epilepsia de lóbulo temporal mesial Farmacorresistente.

La distribución porcentual de presentación de síntomas como inicio de la enfermedad por grupos de acuerdo a la edad identificó a un 50.6% de pacientes debutantes en su minoría de edad, cifras próximas a las encontradas para la población productiva cuya carga porcentual fue de 47.6%, finalmente y con un porcentaje inferior de representatividad los sujetos en edad post productiva con 1.8%.

El tiempo de padecimiento de la enfermedad al momento del estudio describió un comportamiento heterogéneo y fuera de la curva de normalidad (Shapiro Wilk  $P < 0.001$ ) presentando una mediana de 25 años de padecimiento con un valor mínimo de 2 años y máximo de 68 años (Q1 10, Q3 36). En cuanto al tiempo transcurrido entre el inicio de síntomas y el inicio de tratamiento los datos también muestran una distribución anormal

con valores mínimos de 0 años y máximos de 30 años, se describe una tendencia evidente del inicio de tratamiento farmacológico antes de cumplir el año de apareamiento de los síntomas en el 81.9% de los pacientes con tendencia a la disminución porcentual (Ver figura 6).

**LAPSO DE TIEMPO ENTRE INICIO DE SINTOMAS - INICIO DE TRATAMIENTO FARMACOLOGICO**

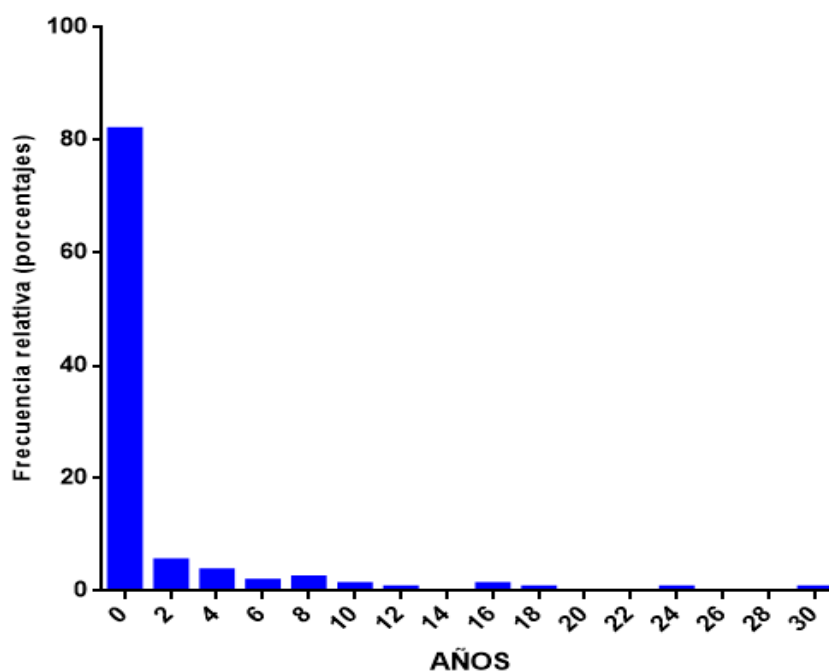


Figura 6: Lapso de tiempo entre inicio de síntomas y el inicio de tratamiento farmacológico en los pacientes con epilepsia de lóbulo temporal mesial Farmacorresistente.

El número de crisis al mes no superó el test de normalidad (Shapiro Wilk  $P < 0.001$ ) el valor de la mediana para el número de evento por mes fue de 1.5 crisis teniendo como mínimo 1 episodio y como máximo 20 (Q1 1 episodio, Q3 3 episodios).

El score de riesgo suicida mostró valores heterogéneos sin presentar distribución gaussiana, la mediana del puntaje presento un valor mínimo de 0 y máximo de 56 puntos con una mediana de 12 (Q1 6, Q3 25 IC95% 12-18) (Ver figura 7).

### ESCALA DE TENDENCIA SUICIDA DE POLDINGER

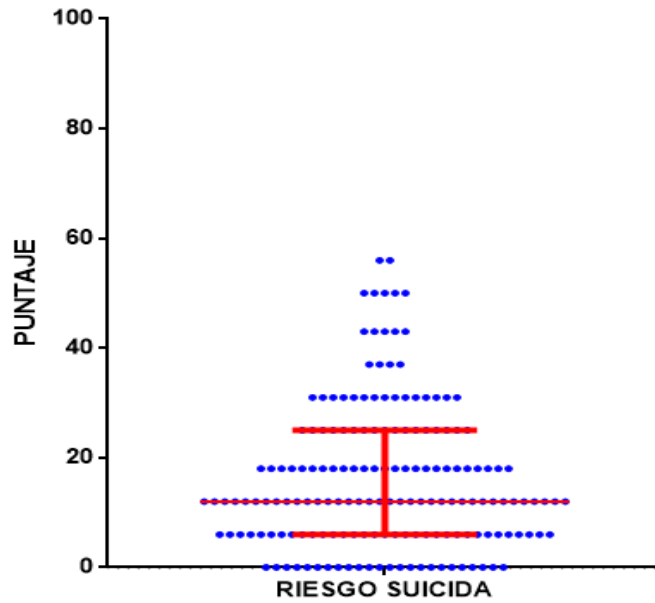


Figura 7: Puntaje en la escala de tendencia suicida de Pöldinger de los pacientes con epilepsia de lóbulo temporal mesial Farmacorresistente.

De acuerdo a la estratificación del riesgo se encontró la siguiente distribución porcentual por categoría (Ver figura 8).

### CATEGORIZACION DEL RIESGO SUICIDA SEGUN ESCALA DE POLDINGER

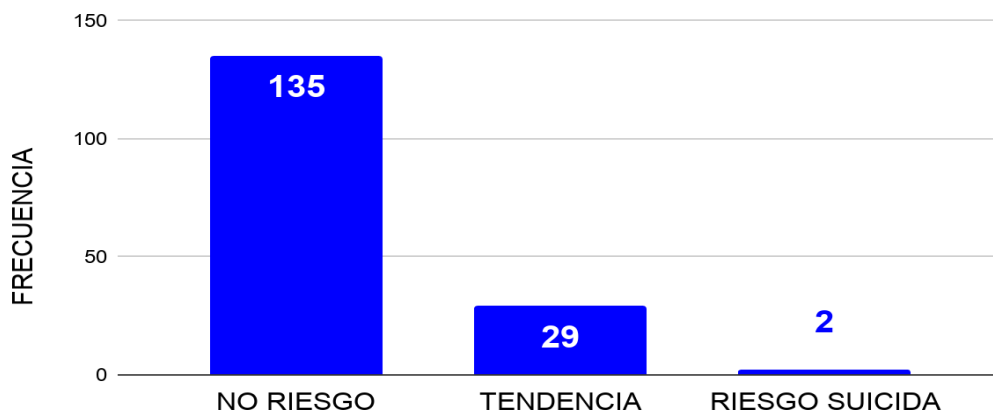


Figura 8: Categorización del riesgo suicida según la escala de tendencia suicida de Pöldinger de los pacientes con epilepsia de lóbulo temporal mesial Farmacorresistente.

El 81.3% de los pacientes (135) fue categorizado sin riesgo, mientras que un 17.5% (29) fue ubicado dentro de la categoría de tendencia suicida y un 1.2% clasificado como riesgo suicida (2).

Mediante la aplicación del test de Fisher se buscó la asociación entre la presencia o ausencia de tendencia o riesgo suicida y el sexo (Ver figura 9) o el estado civil (Ver figura 10) sin encontrar significancia estadística  $p=0.6825$  y  $p=0.0980$  respectivamente.

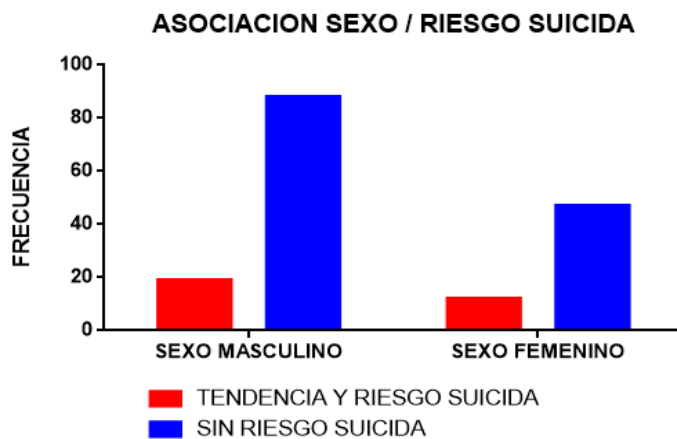


Figura 9: Asociación de sexo con el riesgo suicida de los pacientes con epilepsia de lóbulo temporal mesial Farmacorresistente.

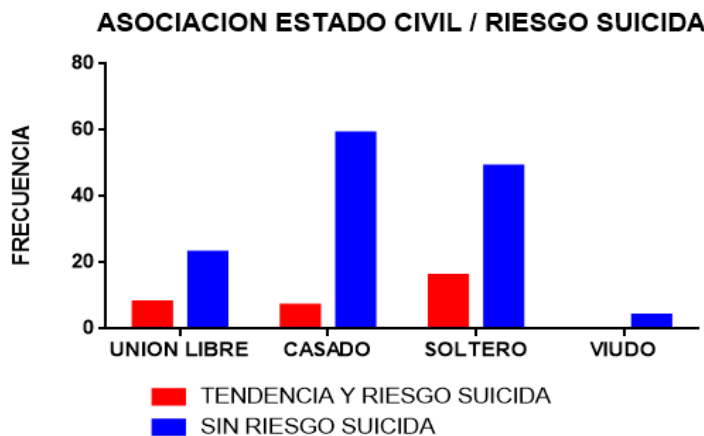


Figura 10: Asociación del estado civil con el riesgo suicida de los pacientes con epilepsia de lóbulo temporal mesial Farmacorresistente.

Se comparó el score de riesgo suicida de Pöldinger en los pacientes sin riesgo suicida (135) contra los pacientes con tendencia o riesgo presente (31), para dicha comparación se hizo uso de la prueba no paramétrica de Mann Whitney comparando tiempo de evolución de la enfermedad (Ver tabla 1), número de crisis por mes (Ver tabla 2), edad de inicio de síntomas (Ver tabla 3), tiempo de recibir tratamiento (Ver tabla 4) y lapso de tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la instauración del tratamiento (Ver tabla 5).

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS EN AÑOS			Mann Whitney P
	SIN RIESGO	TENDENCIA SUICIDA RIESGO SUICIDA	
<b>Valor Mínimo</b>	2	3	0.1656
<b>Q1</b>	10	12	
<b>Mediana</b>	25	26	
<b>Q3</b>	37	30	
<b>Valor Máximo</b>	68	53	

Tabla 1: Comparación del tiempo de evolución de los síntomas en años con el riesgo suicida de los pacientes con epilepsia de lóbulo temporal mesial Farmacorresistente.

NÚMERO DE CRISIS POR MES			Mann Whitney P
	SIN RIESGO	TENDENCIA SUICIDA RIESGO SUICIDA	
<b>Valor Mínimo</b>	1	1	0.4376
<b>Q1</b>	1	1	
<b>Mediana</b>	2	1	
<b>Q3</b>	3	4	
<b>Valor Máximo</b>	20	20	

Tabla 2: Comparación del número de crisis por mes con el riesgo suicida de los pacientes con epilepsia de lóbulo temporal mesial Farmacorresistente

EDAD DE INICIO DE LOS SÍNTOMAS			Mann Whitney P
	SIN RIESGO	TENDENCIA SUICIDA RIESGO SUICIDA	
<b>Valor Mínimo</b>	0	3	<i>0.1892</i>
<b>Q1</b>	10	12	
<b>Mediana</b>	17	20	
<b>Q3</b>	30	39	
<b>Valor Máximo</b>	77	78	

Tabla 3: Comparación de la edad de inicio de los síntomas con el riesgo suicida de los pacientes con epilepsia de lóbulo temporal mesial Farmacorresistente.

TIEMPO BAJO TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO			Mann Whitney P
	SIN RIESGO	TENDENCIA SUICIDA RIESGO SUICIDA	
<b>Valor Mínimo</b>	2	3	<i>0.0926</i>
<b>Q1</b>	10	11	
<b>Mediana</b>	24	20	
<b>Q3</b>	36	30	
<b>Valor Máximo</b>	68	46	

Tabla 4: Comparación del tiempo bajo tratamiento farmacológico con el riesgo suicida de los pacientes con epilepsia de lóbulo temporal mesial Farmacorresistente.

TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE INICIO DE SÍNTOMAS E INICIO DEL TRATAMIENTO			Mann Whitney P
	SIN RIESGO	TENDENCIA SUICIDA RIESGO SUICIDA	
<b>Valor Mínimo</b>	0	0	<i>0.0417</i>
<b>Q1</b>	0	0	
<b>Mediana</b>	0	0	
<b>Q3</b>	0	1	
<b>Valor Máximo</b>	24	30	

Tabla 5: Comparación del tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas e inicio del tratamiento con el riesgo suicida de los pacientes con epilepsia de lóbulo temporal mesial Farmacorresistente.



De las comparaciones cuantitativas sólo resultó significativa la diferencia de tiempos entre el inicio de los síntomas y el inicio del tratamiento  $p = 0.0417$  (Ver figura 11)

### TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE INICIO DE SÍNTOMAS E INICIO DEL TRATAMIENTO

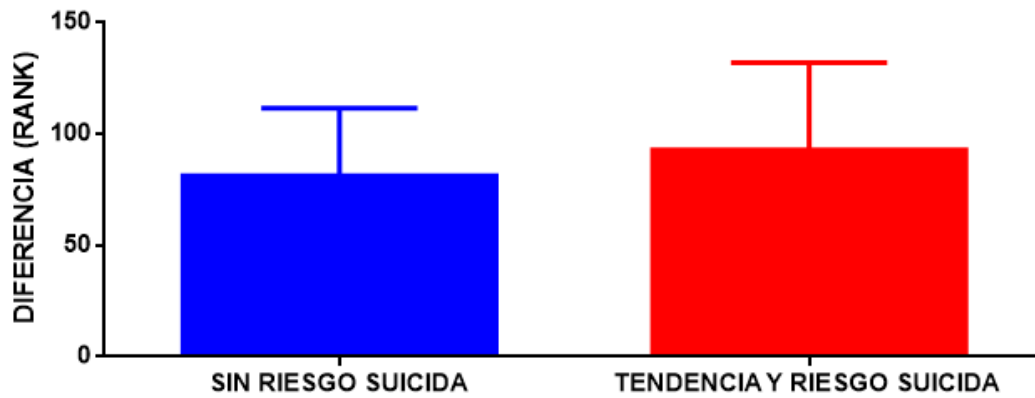


Figura 11: Comparación del tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas e inicio del tratamiento con el riesgo suicida de los pacientes con epilepsia de lóbulo mesial Farmacorresistente.

## DISCUSIÓN

La epilepsia del lóbulo temporal es la forma más común de epilepsia focal. Se estima que aproximadamente 6 de cada 10 personas con epilepsia focal la padecen.

La epilepsia del lóbulo temporal mesial representa un 80% de todas las convulsiones del lóbulo temporal e involucra las estructuras media o interna del lóbulo afectado, estas convulsiones a menudo comienzan en el hipocampo o área circundante, estructuras relacionadas funcionalmente con la emoción, el estrés y las funciones cognitivas, aspectos involucrados en las conductas suicidas.

La presente investigación abarca algunos aspectos referentes a los factores psicosociales y médicos relacionados con el riesgo suicida de 166 pacientes con diagnóstico de epilepsia de lóbulo temporal mesial farmacorresistente, en la que se recopiló información referente a la historia de la enfermedad, inicio de tratamiento, número de crisis por mes, aspectos sociodemográficos y la estimación del riesgo suicida mediante la Escala de Pöldinger.

En las últimas dos décadas vienen publicándose con mayor frecuencia estudios que encuentran una mayor tendencia suicida entre los pacientes que sufren de epilepsia, se ha documentado un riesgo de tres a cinco veces mayor que el de la población general<sup>21-23</sup>, en contraste la tesis doctoral de Huerta Ramírez evaluó el riesgo suicida en población general exhibiendo una prevalencia vital de ideación suicida del 3.67% [IC 95% = (2.83, 4.51)]<sup>24</sup>, los resultados del presente estudio son consistentes con dichos hallazgos; se observó un porcentaje del 18.7% de pacientes clasificados en las categorías de tendencia y riesgo suicida según la escala de Pöldinger.

Dentro de los factores socioeconómicos explorados la edad de presentación según la literatura médica puede manifestarse desde la primera infancia hasta la vejez<sup>25</sup> comportamiento observado en la heterogeneidad etaria en la presentación del cuadro epiléptico de los pacientes estudiados, para esta variable la comparación de los puntajes y clasificación de la escala de Pödingger no mostró diferencias estadísticamente significativas.

La distribución porcentual por sexos mostró predominancia del sexo femenino de todos los pacientes estudiados con Epilepsia de Lóbulo Temporal Mesial Farmacorresistente con un 64.5% frente a 35.5% del sexo masculino, esta tendencia se observó en el estudio de Janszky<sup>26</sup>, sin embargo esta disparidad entre géneros no fue significativa para determinar riesgo suicida en la presente investigación (61.3% mujeres, 38.7% hombres  $p=0.6825$ )

Seo et al. en un estudio multicéntrico, de análisis multivariado encontró asociación estadística entre el riesgo de suicidio y ser mujer, tener bajos ingresos, no estar casado, estar divorciado<sup>27</sup>. La población incluida en el presente estudio no mostró asociación alguna entre los puntos antes descritos, las características muestran distribuciones y proporciones homogéneas sin significancia estadística.

Según la revisión de Palacios-Espinoza el aumento del riesgo de suicidio en la epilepsia está asociado con un aumento de la frecuencia de las crisis, la severidad de las mismas y una baja respuesta a la medicación<sup>28</sup>. Este estudio evaluó a pacientes epilépticos con resistencia farmacológica sin compararse con pacientes bajo tratamiento medicamentoso efectivo, tampoco evaluó la severidad de las crisis, pero si presentó una estimación de la frecuencia de las crisis sin mostrar diferencias entre los pacientes sin riesgo suicida vs aquellos con tendencia y/o riesgo presentes.

Desde el punto de vista clínico pudo apreciarse que el aparecimiento de síntomas en su mayoría inician en la infancia temprana y hasta los 18 años (50.6%) con aparecimiento posterior y paulatino desde esa edad hasta los 78 años, sin presentarse diferencias estadísticamente significativas para el riesgo suicida.

La única variable médica con asociación estadística significativa para el riesgo suicida estuvo constituida para el lapso de tiempo existente entre el inicio de los síntomas y el inicio del tratamiento farmacológico (tiempo sin tratamiento), en torno a esto la búsqueda bibliográfica no brinda ningún hallazgo de este tipo de forma directa, sin embargo un estudio neurobiológico realizado por Helmstaedter y Elgerlos<sup>29</sup> proporcionan una fuerte evidencia sobre el impacto de la epilepsia crónica del lóbulo temporal en el neurodesarrollo de los pacientes, que se hace más evidente en la década posterior a la pubertad. Ese estudio evidenció una brecha entre los pacientes epilépticos y los controles que se ampliaba con el inicio a edad temprana, evidenciado por deterioro en el aprendizaje y la memoria a una edad más avanzada lo que hace pensar que de esta misma manera el retraso en el inicio del tratamiento pudiese impactar negativamente el neurodesarrollo y traer como consecuencia alteraciones neurobiológicas complejas que determinan un aumento del riesgo suicida manifiesto después de una o más décadas.

Son diversos los factores de riesgo asociados a la conducta suicida, la revisión de Palacios-Espinoza y Palacios Sánchez, los clasifica como factores médicos, psicológicos y socioculturales<sup>28</sup>.

La presencia de una mayor tendencia suicida en los pacientes con epilepsia es considerada un problema multifactorial, donde actúan trastornos psicopatológicos como la depresión, la ansiedad y la psicosis muy presentes en la población con epilepsia<sup>30</sup>, dichas comorbilidades psiquiátricas no fueron exploradas en el presente trabajo y pudieran constituir una limitante para la generalización de los resultados.

Cabe destacar que todos los pacientes estudiados que presentaron tendencia o riesgo suicida fueron derivados para evaluación psiquiátrica y psicológica para la identificación de psicopatología o necesidad de abordaje terapéutico especializado.

## CONCLUSIONES

- Dentro de la población estudiada con padecimiento confirmado de epilepsia de lóbulo temporal mesial Farmacorresistente se detectó un 18.7% de pacientes con tendencia o riesgo suicida, porcentaje que supera el reportado por algunos estudios realizados en población general.
- La predominancia de sexo femenino, la edad, el estado civil y factores laborales y académicos en la población estudiada no mostraron tener asociación o diferencias estadísticamente significativas con respecto a la tendencia o riesgo suicida.
- La evolución de la enfermedad y el inicio de síntomas no constituyen un factor de riesgo asociado a tendencia o riesgo suicida en la población estudiada.
- La frecuencia de crisis epilépticas en el mes tampoco resultaron tener asociación o diferencias significativas desde el punto de vista estadístico con respecto a la tendencia y riesgo suicida.
- El lapso comprendido entre el inicio de síntomas y el inicio de tratamiento farmacológico se asoció estadísticamente a tendencia y riesgo suicida.

## RECOMENDACIONES

- El presente trabajo evidenció la necesidad de la realización de protocolos para la detección temprana de riesgo suicida en el paciente con epilepsia, los datos evidencian una prevalencia mayor a la reportada por estudios internacionales para la población general.
- La intervención temprana desde equipos multidisciplinarios podría dar pie a un manejo integral del paciente epiléptico crónico y el abordaje de la patología psiquiátrica.
- Se hace necesaria la investigación de los efectos de la terapia farmacológica y la tendencia suicida.

## REFERENCIAS

1. Neurological Disorders: Public Health Challenges. Chapter 3. Neurological disorders a public health approach. World Health Organization. 2014.
2. Definición de Epilepsia y de las crisis. En: Guía Clínica Auge. Epilepsia adultos. 3ra ed.2014.
3. Fisher RS, Boas WV, Blume W, et al. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia* 2005;46:470–472.
4. Robert S. Fisher, *et al.* A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*. 2014;55 (4):475-482.
5. Berg AT, Berkovic SF, Brodie MJ, et al. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005–2009. *Epilepsia* 2010;51:676–685.
6. Vázquez C, Cuello M, Rubino P, Prosen A, Tanriover N, Perasolo M, Martínez M, Morales JC, Pomata H. Esclerosis temporal mesial: paradigma de la epilepsia de resolución quirúrgica. *Rev Argent Neurocir* 2008;22(2): 59-73.
7. Stress, anxiety, depression, and epilepsy: investigating the relationship between psychological factors and seizures. Thapar A, Kerr M, Harold G. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18824131>. *Epilepsy Behav.* 2009;14:134–140.



8. Hermann B.P., Sidenberg M., Bell B. Psychiatric comorbidity in chronic epilepsy: identification, consequences, and treatment of major depression *Epilepsia*, 41 (Suppl 2) (2000), pp. S31-41.
9. P. Kwan, A. Arzimanoglou, A.T. Berg, M.J. Brodie, W. Allen Hauser, G. Mathern Definition of drug resistant epilepsy: Consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies *Epilepsia*, 51 (2010), pp. 1069-1077
10. Jose F. Tellez-Zenteno, Scott B. Patten, Nathalie Jetté, Jeanne Williams, Samuel Wiebe *Epilepsia*, Official Journal of the International League Against Epilepsy, Vol. 48, issue 12, Diciembre 2007.
11. Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide in the epilepsies: a metaanalytic investigation of 29 cohorts. *Epilepsy Behav* 2005;7:305–10.
12. Bell GS, Gaitatzis A, Bell CL, Johnson AL, Sander JW. Suicide in people with epilepsy: how great is the risk? *Epilepsia* 2009; 50:1933-42
13. Raust A, Slama F, Mathieu F, et al. Prefrontal cortex dysfunction in patients with suicidal behavior. *Psychol Med* 2007;37:411–9.
14. Keele NB. The role of serotonin in impulsive and aggressive behaviors associated with epilepsy-like neuronal hyperexcitability in the amygdala. *Epilepsy Behav* 2005;7:325–35.
15. Guilherme Nogueira M. de Oliveira et al. “Suicidality in temporal lobe epilepsy: Measuring the weight of impulsivity and depression.” *Epilepsy & Behavior* 22 (2011) 745–749.
16. *Psiquiatría y Epilepsia en el adulto*. En: *Guía Clínica Auge. Epilepsia adultos*. 3ra ed. 2014.

17. Sackellares JC, Berent S. Psychological Disturbances in Epilepsy. *Neurology*. Jan 11 2000; 54(1):8-14.
18. Burk, F., A. & Moller, H. Suicide risk scales: Do they help to predict suicidal behavior?. *Eur Arch Psychiatr Neurol Sci* 235, 153-157 (1985)
19. Rundell, JR ; Wise, MG. Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry. American Psychiatric Press. Washington. USA. 1996.
20. Cassem, NH; Stern, TA; Rosenbaum, JF; Jellinek, MS. Manual de psiquiatria en hospitales generales. Massachusetts General Hospital. Cuarta edición. Harcourt Brace de España. Madrid. España. 1998.
21. Kanner AM. Suicidality and Epilepsy: A Complex Relationship That Remains Misunderstood and Underestimated. *Epilepsy Curr* [Internet]. 2009 May [citado 2019 Nov 27]; 9(3): 63-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2685880/>
22. Kanner AM. Epilepsy, suicidal behaviour, and depression: do they share common pathogenic mechanisms? *Lancet Neurol*. 2006 Feb; 5(2): 107-8.
23. Christensen J, Vestergaard M, Mortensen PB, Sidenius P, & Agerbo E. Epilepsy and risk of suicide: a population-based case-control study. *Lancet Neurol*. 2007 Ago; 6(8): 693-8.
24. Huerta Ramírez R. Conducta suicida en la población general adulta española: un estudio epidemiológico. 2015;
25. Beleza P, & Pinho J. Frontal lobe epilepsy. *J Clin Neurosci* [Internet]. 2011 May [citado 2019 Nov 28]; 18(5): 593-600. Disponible en: [https://www.jocn-journal.com/article/S0967-5868\(10\)00739-3/abstract](https://www.jocn-journal.com/article/S0967-5868(10)00739-3/abstract)
26. Janszky J. Medial temporal lobe epilepsy: gender differences. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* [Internet]. 2004 May [citado 2019 Nov 28]; 75(5): 773-5. Disponible en: <http://jnnp.bmj.com/cgi/doi/10.1136/jnnp.2003.020941>

27. Seo J-G, Lee J-J, Cho YW, Lee S-J, Kim J-E, Moon H-J, et al. Suicidality and Its Risk Factors in Korean People with Epilepsy: A MEPSY Study. *J Clin Neurol Seoul Korea*. 2015 Ene; 11(1): 32-41.
28. Palacios-Espinosa X, & Palacios Sánchez L. Epilepsia y suicidio: una revisión del tema. *Acta Neurológica Colomb*. 2016; 32(3): 260–271.
29. Helmstaedter C, & Elger CE. Chronic temporal lobe epilepsy: a neurodevelopmental or progressively dementing disease? *Brain* [Internet]. 2009 Oct [citado 2019 Nov 28]; 132(10): 2822-30. Disponible en: <https://academic.oup.com/brain/article/132/10/2822/330655>
30. Jones JE, Hermann BP, Barry JJ, Gilliam FG, Kanner AM, & Meador KJ. Rates and risk factors for suicide, suicidal ideation, and suicide attempts in chronic epilepsy. *Epilepsy Behav EB*. 2003 Oct; 4 Suppl 3: S31-38.

# ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

## PARTE I: HOJA INFORMATIVA

### Introducción

Yo soy Dra. Diana Calderón, trabajo para el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y junto con Dr. Ovidio Solano se le invita de manera respetuosa a participar de la investigación que estamos realizando que lleva por título: **Riesgo Suicida En Pacientes Con Epilepsia De Lóbulo Temporal Mesial Farmacorresistente De La Clínica De Epilepsia Entre Mayo 2019 a Octubre 2019**. El objetivo de la presente es determinar el riesgo suicida en pacientes que tengan diagnóstico de epilepsia de lóbulo temporal mesial Farmacorresistente debido a que en la epilepsia se pueden ver afectadas áreas que están involucradas directamente con el comportamiento social como lo es la amígdala cerebral la cual produce alteraciones emocionales y de la conducta en las personas afectadas. No tiene que decidir hoy si autoriza la participación o no esta investigación. Antes de tomar la decisión puede hablar con alguien de su familia con quien usted se sienta cómodo y así usted se sienta respaldado para la autorización y puede realizar las preguntas necesarias al investigador.

### Propósito

El riesgo de suicidio en pacientes con epilepsia es hasta 4 veces mayor respecto de la población general. Es por esto que este estudio busca identificar el riesgo suicida en pacientes con diagnóstico de epilepsia de lóbulo temporal mesial farmacoresistente en la Clínica de Epilepsia del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).

### Tipo de Intervención de Investigación

Esta investigación incluirá una única encuesta la cual tendrá que llenar en el momento de la consulta lo cual le tomará alrededor de 10 minutos de su valioso tiempo

### Selección de participantes

Estamos invitando a todos los adultos con epilepsia de lóbulo temporal mesial farmacorresistente atendidos en la clínica de epilepsia. Los pacientes asistirán a su consulta en el día y hora establecidos y luego Dr. Ovido Solano identificará a los pacientes que cumplan los criterios de inclusión para participar en la investigación y serán notificados sobre la misma. Si usted tiene dificultades para leer o escribir su acompañante tendrá la calidad de testigo en esta investigación y se le proporcionará la información a ambos en el momento de la consulta.

### Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en esta clínica y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

### Confidencialidad

Se garantizará la confidencialidad de su información ya que no se utilizará su nombre en la encuesta sino que se le asignará un código que solo los investigadoras conocerán de tal manera que su identidad y resultados siempre estarán protegidos.

### Derecho a retiro voluntario

En caso de que usted decida no participar en la investigación se respetará su voluntad ya que usted está haciendo uso de su derecho de negarse a formar parte del estudio.

### Derecho a continuar con tratamiento institucional

La denegación a la participación en la investigación no afectará la calidad de atención médica, indicación de exámenes o medicamentos, que usted reciba en esta consulta a la que asistió en esta institución.

### Beneficios de la investigación

El propósito de esta investigación es una detección temprana de ideación suicida en los pacientes que consultan en la clínica de epilepsia, en caso de detectarse algún grado de riesgo de suicidio usted será derivado con prontitud para recibir la atención psiquiátrica o psicológica que necesite en la mayor brevedad posible. Si durante la calificación de la encuesta de suicidabilidad al momento de la consulta se identifica una alta probabilidad de suicidio (puntuación 85-100) o riesgo de suicidio (puntuación 55-80) será remitido de manera inmediata en ambulancia a la consulta externa de psiquiatría del Hospital Policlínico Arce donde será atendido y se iniciará el debido manejo ya sea con psicoterapia o psicofármacos o un ingreso hospitalario en los casos que ameriten. Si se detectan tendencias suicidas (puntuación 30-50) serán remitidos al Centro de Escucha ubicado en el Hospital Policlínico Arce para evaluación por psicología. En caso de no identificar riesgos (puntuación 0-25) se pondrá a disposición los servicios del Centro de Escucha y quedará a libertad del suya si acepta ser referido.

### Riesgos o molestias con la investigación.

Las preguntas en el cuestionario de Poldinger aunque son preguntas cerradas contienen aspectos de su vida y su percepción del entorno que le rodea y exploran si en algún

momento de su vida ha tenido pensamientos o intentos suicidas. Al tratarse de preguntas delicadas se entenderá que sienta incomodidad al momento de contestarlas pero se espera su mayor confianza y sinceridad en las respuestas que brinde. Al tratarse de una investigación de carácter descriptivo no se estarán realizando experimentos, o toma de fluidos corporales para su análisis ni administración de fármacos experimentales por lo que no conlleva algún riesgo en contra de su integridad como persona.

### Incentivos

Durante la realización del cuestionario se proveerá un pequeño refrigerio para garantizar su máxima comodidad. No serán proveídos medicamentos o remuneración en efectivo como resultado de la misma.

### Compartiendo los resultados

El conocimiento de los resultados de la encuesta serán proveídos a su persona en el momento de la consulta. Los resultados finales de la investigación serán presentados por medio de los canales electrónicos del Seguro Social así como también banners informativos en el Consultorio de Especialidades y en el Hospital Policlínico Arce. También se presentarán los resultados al Instituto Salvadoreño del Seguro Social específicamente en las conferencias clínicas de neurología y psiquiatría, y a la Universidad de El Salvador garantizando que no se compartirá información personal o confidencial.

### A quién contactar

En caso de que usted tenga cualquier pregunta, puede hacerlas en el momento de la consulta; si desea hacer preguntas más tarde puede contactar al investigador por los siguientes medios:

Contacto: Dra. Diana Marcela Calderón Chávez. Horario de atención: lunes a viernes 2:00-4:00pm. Correo electrónico: [realdiana73@gmail.com](mailto:realdiana73@gmail.com)

## PARTE II: Formulario de Consentimiento

He sido invitado a participar en la investigación sobre riesgo suicida en pacientes con epilepsia de lóbulo temporal mesial farmacorresistente. Entiendo que contestaré una encuesta con información que refleje mis emociones. He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

Firma del Participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Si es analfabeto

Su acompañante a la consulta servirá en calidad de testigo, tiene que leer los datos proporcionados en el consentimiento y debe firmar. Los participantes analfabetos debieran incluir su huella dactilar también.

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo \_\_\_\_\_

Huella dactilar del participante \_\_\_\_\_

Firma del testigo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador\_\_\_\_\_

Firma del Investigador \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado \_\_\_\_\_(iniciales del investigador/asistente)

## ANEXO 2: HERRAMIENTA DE RECOLECCIÓN

### INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

Código \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**TITULO:** Riesgo suicida en los pacientes con Epilepsia de Lóbulo Temporal Mesial Farmacoresistente que consultan en la Clínica de Epilepsia.

Estimado(a) usuario:

El test que a continuación va a llenar, pretende conocer algunos aspectos de su vida, de lo que siente o piensa. Conteste todas las preguntas que se le presentan a continuación, marcando con una (x) el cuadro contiguo a la respuesta (Sí o No) que considere se aplica mejor a su situación. No debe escribir su nombre. Sus respuestas serán confidenciales y solo serán vistas por los profesionales de salud que realizan el estudio. Agradecemos su confianza e interés.

**EDAD** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Estado civil** \_\_\_\_\_ **Ocupación** \_\_\_\_\_

**Escolaridad** \_\_\_\_\_ **Procedencia** \_\_\_\_\_

**Tiempo de evolución de los síntomas** \_\_\_\_\_

**Tiempo de tratamiento farmacológico** \_\_\_\_\_ **Frecuencia de crisis al mes** \_\_\_\_\_

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. ¿Ha pensado Ud. en quitarse la vida en los últimos tiempos   | SI | NO |
| 2. ¿A menudo?   | SI | NO |
| 3. ¿pensó también en ello sin desearlo realmente?   |    |    |
| ¿Se le imponían por sí mismas las ideas suicidas?   | SI | NO |
| 4. ¿Se imagina Ud. concretamente cómo se quitaría la vida?  | SI | NO |
| 5. ¿Ha hecho algún preparativo para ello?   | SI | NO |
| 6. ¿Ha comunicado ya a alguien sus propósitos suicidas?   | SI | NO |
| 7. ¿Ha hecho ya alguna tentativa de suicidio?   | SI | NO |
| 8. ¿Alguien de entre sus familiares o amigos y conocidos se han quitado la vida?                                | SI | NO |
| 9. ¿Considera Ud. desesperada su situación?   | SI | NO |
| 10. ¿Le cuesta pensar en lo que no sean sus problemas?  | SI | NO |
| 11. ¿Frecuenta Ud., menos a parientes, amigos y conocidos en los últimos tiempos?                               | SI | NO |
| 12. ¿Todavía le interesa lo que ocurre en su profesión y en su entorno?. ¿Entiende con interés a sus aficiones. | SI | NO |
| 13. ¿Tiene con quién charlar de sus problemas, tanto abierta como reservadamente?.                              | SI | NO |
| 14. ¿Vive Ud. con sus familiares, conocidos o ambos?  | SI | NO |
| 15. ¿Tiene Ud. fuertes vínculos familiares, compromisos profesionales o ambas cosas?,                           | SI | NO |
| 16. ¿Está Ud. arraigado (a) en una comunidad religiosa o ideológica?  | SI | NO |

## **ADMINISTRACIÓN.**

La Escala de Tendencias al suicidio puede aplicarse bajo dos modalidades, como parte de la entrevista clínica mediante el interrogatorio; o utilizando un protocolo de diagnóstico rápido, como el que se adjunta al final.

En el primer caso, el entrevistador anota la respuesta en el cuadro correspondiente, pudiendo solicitar mayor información que se considere más relevante a la respuesta emitida.

En el segundo caso, el paciente anotará sus respuestas en los espacios correspondientes de sí o no

## **CALIFICACIÓN.**

Para la calificación del instrumento se procede de la siguiente manera:

- a. Se suman las respuestas positivas y negativas obteniendo un resultado global.
- b. El resultado global se multiplica por una constante de 6.25 que va a darnos una probabilidad de ocurrencia de llevar a cabo la conducta suicida.

## **PUNTUACIÓN.**

Para la puntuación se considera lo siguiente:

- a. Anotar un punto por cada respuesta SI del 1 al 11 y colocar en N1.
- b. Anotar un punto por cada respuesta NO del 12 al 16 y colocar en N2.
- c. Sumar  $N1( ) + N2( ) = x \times 6.25 =$
- d. Determinar, de acuerdo al siguiente cuadro si existe o no riesgo de suicidio:

0 a 25	No hay riesgo
30 a 50	Tendencia
55 a 80	Riesgo de suicidio
85 a 100	Alta probabilidad.

## **ANEXO 3: DECLARACIÓN DE NO CONFLICTO DE INTERESES.**

San Salvador, martes 26 marzo de 2019.

**Estimados Señores del Comité de Ética para la Investigación en Salud CIES 2016-2019.**

**Instituto Salvadoreño del Seguro Social.**

**Presente.**

La abajo firmante, encargada de la investigación titulada “RIESGO SUICIDA EN PACIENTES CON EPILEPSIA DE LÓBULO TEMPORAL MESIAL FARMACORRESISTENTE DE LA CLÍNICA DE EPILEPSIA ENTRE MAYO DE 2019 A OCTUBRE 2019”, con código de proyecto 2018-028, declaro no tener ningún tipo de conflicto de intereses, ni ninguna relación económica, personal, política, interés financiero ni académico que pueda influir en mi juicio. Además declaro, no haber recibido ningún tipo de beneficio monetario, bienes ni subsidios de alguna fuente que pudiera tener interés en los resultados de ésta investigación.

Asimismo, las personas que participaran en la recolección y análisis de la información, serán identificadas en los agradecimientos y han aceptado dicha mención.

Es importante que por tratarse de un estudio descriptivo en humanos, se someterá a la aprobación de sus buenos oficios como Comité de Ética, para garantizar el respeto y el cumplimiento de los principios éticos universales de los participantes.

Atentamente.

Dr. Diana Marcela Calderón Chávez

Documento único de Identidad: 03920823-7

Cargo actual: Coordinadora Consulta Externa Psiquiatría

Dirección actual: Hospital Policlínico Arce      Teléfono: 2591-6500

E-mail: clinca1.hpa@iss.gov.sv

San Salvador, martes 26 marzo de 2019.

**Estimados Señores del Comité de Ética para la Investigación en Salud CIES 2016-2019.**

**Instituto Salvadoreño del Seguro Social.**

**Presente.**

El abajo firmante, asesor del protocolo de investigación titulado “RIESGO SUICIDA EN PACIENTES CON EPILEPSIA DE LÓBULO TEMPORAL MESIAL FARMACORRESISTENTE DE LA CLÍNICA DE EPILEPSIA ENTRE MAYO DE 2019 A OCTUBRE 2019”, con código de proyecto 2018-028, declaro no tener ningún tipo de conflicto de intereses, ni ninguna relación económica, personal, política, interés financiero ni académico que pueda influir en mi juicio. Además declaro, no haber recibido ningún tipo de beneficio monetario, bienes ni subsidios de alguna fuente que pudiera tener interés en los resultados de ésta investigación.

Asimismo, las personas que participaran en la recolección y análisis de la información, serán identificadas en los agradecimientos y han aceptado dicha mención.

Es importante que por tratarse de un estudio descriptivo en humanos, se someterá a la aprobación de sus buenos oficios como Comité de Ética, para garantizar el respeto y el cumplimiento de los principios éticos universales de los participantes.

Atentamente.

Dr. Ovidio Solano Cabrera

Documento único de Identidad: 00402213-5

Cargo actual: Coordinador Clínica de Epilepsia ISSS

Dirección actual: Consultorio de Especialidades ISSS

Teléfono: 2591-4623      E-mail: epilepsia.ce@iss.gov.sv