



Artículo de Investigación:

Ideas suicidas en pacientes adultos con epilepsia.

Suicidal ideas in adult with epilepsy.

Rev. chil. neuropsicol. 2010; 5(2): 91-101
Publicado online: 30 de julio 2010.

Salvador González^{1*}, Reinaldo Fabelo², Erick González³, Serguei Iglesias⁴, Lazaro Fuentes⁵.

1. Especialista de 1ro y 2do grado en Neurología. Profesor de la Universidad Médica de la Habana. Facultad Finlay Albarran. Cuba.
2. Dr CM Psicólogo. Profesor Universidad Médica de la Habana. Facultad Calixto García Iñiguez. . Cuba.
3. Especialista Medicina General integral. Hospital Hnos Ameijeiras. Servicio de Neurología. Prof Universidad Médica de la Habana. Cuba.
4. Master en Psicología. Profesor Universidad Médica de la Habana. Facultad Fajardo. . Cuba.
5. Especialista 1er Grado MGI Prof Instructor. Universidad Médica de la Habana. Facultad Finlay Albarran. . Cuba.

(Rec.: 29 marzo 2010. Acep.: 5 julio 2010)

Resumen.

Introducción: Se realiza estudio descriptivo de pacientes adultos con epilepsia, con el objetivo de indicar la presencia de ideas suicidas y demostrar factores de riesgo, socio demográficos, biológicos, psicopatológicos, psicosociales y medicamentosos que influyen en estas. **Métodos:** Los 200 pacientes, se separan en: los que tienen ideas suicidas y los que no. A cada grupo se le estudian los factores sociodemográficos, biológicos, psicopatológicos, sociales y medicamentosos. Se utilizaron estadígrafos Fisher, OR y ANOVA. **Resultados:** Las ideas suicidas se presentaron en el 22.5% de los pacientes. Las variables socio demográficas afectadas fueron: más en mujeres ($p < 0.05$); y menos entre edades de 26 y 35 años ($p < 0.05$). Las biológicas: más en los que tienen crisis focales complejas ($p = 0.0180$) y en epilepsia focales temporales ($p < 0.001$). Las psicopatológicas: más en pacientes con depresión, ansiedad, psicosis interictal y bajo CI ($p < 0.05$); Las sociales: más en los que tienen mala adaptación emocional; interpersonal y ajuste económico ($p < 0.05$). La variable medicamentosa que influyó en las ideas suicida fue el uso de la fenitoina ($p < 0.0001$). **Conclusiones:** Las ideas suicidas tiene un elevada prevalencia en los pacientes adultos con epilepsia. Se relacionan estas ideas de una forma u otra con los tres grupos de factores estudiados.

Palabras Clave: ideas suicidas, epilepsia, depresión and psicopatología, psicosocial

Abstract

Introduction: A study on 200 adult patients who attend to epilepsy, the general objective is do determine the suicidal risk and the presence of suicidal ideas; as well as to show the, socio demographic, biological, psychopathological, social and medicinal risk factors. **Method :** The patients was divided in those having suicidal ideas and without suicidal ideas. Social demographic, biological, psychopathology, psychosocial and medicinal factors were studied . Statistical method were used: Fisher, OR and ANOVA. **Result:** 25.5% the patients had suicidal ideas. The socio demographic variables related to suicidal ideas were: more tendency in female patients ($p < 0.05$) a lower of suicidal ideas among 26-35 year-old patients ($p < 0.05$). The biological variables related were: Complex focal crisis ($p < 0.05$) and temporal focal epilepsy ($p < 0.001$) was the most related to suicidal ideas. Psychopathological variables were. Among them, depression, anxiety, interictal psychosis, and cognitive disorders ($p < 0.05$) were the most significant. Psychosocial variables were. Emotional, interpersonal and economic mal adjustment ($p < 0.05$). Medicinal variables: Those patients using phenitoin were the most affected ($P < 0.0001$). **Conclusions:** Although suicidal ideas in epileptic patients are most related to psychopathological disorders, biological, psychosocial, socio demographic and medicinal factor are also important and they should be taken in to account.

Keywords: suicidal ideas, epilepsy, depression, psychopathological and psychosocial.

* Correspondencia: sglezpal@infomed.sld.cu. Telf. 5 37 2090041 Calle 36 A No 114 Apto 10 e/ 1ra y 3ra. Playa CP 11300. La Habana. Cuba

Introducción.

Las tendencias suicidas incluyen en conjunto a: las ideas suicidas, los intentos suicidas y los actos suicidas.

El suicidio (del latín *sui caedere*, 'matar a uno mismo') es el acto de quitarse la propia vida, los estudios epidemiológicos indican que en el año 2000 el suicidio en Estados Unidos ocupó la duodécima causa de muerte de la población con 29,350 fallecidos para una tasa de 10.7 fallecidos por 100,000 habitantes, lo que supera al número de homicidios por 5 a 3 y representa el doble de los fallecidos por VIH sida ("National Institute of Mental Health. *Suicide Facts*", 2003). En Cuba en el año 1999 la tasa ajustada del país fue de 18.8 x 100 000 habitantes ubicándose dentro de las 10 primeras causas de muerte, en los últimos años aunque las lesiones autoinfligidas intencionalmente se encuentran en la décima causa de muerte, es evidente que estas han ido en decrecimiento por año y desde el 2001 que presentó una tasa de mortalidad 12.1 ha descendido a 8.3 en el 2007 (MINSAP, 2007). En cuanto a los intentos suicidas, se considera (Kessler, Borges, & Walters, 1999; Moscicki EK, et al., 1988), que entre un 1 y un 4.6% de la población general tienen algún tipo de idea o intento suicida durante su vida.

Existe un verdadero consenso en considerar que las tendencias suicidas se presentan en mayor frecuencia entre pacientes que sufren de epilepsia (Cristensen, Vestergaard, Mortensen, Sidenius, & Agerbo, 2007; Harris & Barraclough, 1989; Jones, et al., 2003; Kanner, 2009; Nilsson, Tomson, Farahmand, Diwan, & Persson, 1997; Rafnsson, O'lafsson, & Hauser, 2001), que en la población supuestamente sana. La presencia de riesgo suicida, en los sujetos con epilepsia puede llegar a casi la tercera parte, según estudios poblacionales realizados en Canadá y Dinamarca y hasta un 20.8% en estudios realizados en consultas de 3er nivel de EUA (Christensen, Vestergaard, Mortensen, Sidenius, & Agerbo, 2007; Jones, et al., 2003; Tellez-Zenteno, Patten, N, Williams, & Wiebe, 2007). Por otra parte, la presencia de más tendencias suicidas en los pacientes con epilepsia es considerada un problema multifactorial, donde actúan trastornos psicopatológicos como la depre-

sión, la ansiedad y la psicosis muy presentes en la población con epilepsia (Jones, et al., 2003; Kanner, 2009), además hay que tener presente, las características biológicas de la epilepsia (Kanner, 2009), así como la medicación antiepiléptica utilizada (Jones, et al., 2003; Kanner, 2009; U.S. Department of Health and Human Services, 2008). No se conocen estudios en Cuba de riesgo suicida en pacientes con epilepsia. En este aspecto debemos resaltar la importancia que debe de prestar todo profesional de la salud durante la consulta a estos pacientes, para determinar la presencia de ideas suicidas, por considerarse como indicadores de un peligro importante.

El objetivo general de nuestro estudio es el determinar el riesgo suicida que existe en la población de pacientes adultos con epilepsia que asisten a consulta de neurología del Departamento de Tratamientos Especializados de la Universidad Médica de la Habana. (Jones, et al., 2003)

Los objetivos específicos son:

Destacar según los indicadores de depresión la presencia de ideas suicidas de una población de pacientes con epilepsia. Indicar cuáles son los factores de riesgo biológicos, psicopatológicos, sociales y medicamentosos que están presentes en este grupo de pacientes.

Entre los factores de riesgo biológico fueron estudiados: sexo, grupos de edad, tipos de crisis, tipos de epilepsia, frecuencia de las crisis, edad de inicio de las crisis por debajo o por encima de los 10 años y tiempo de duración de las crisis. Entre los factores de tipo psicopatológicos: presencia de depresión, ansiedad, psicosis y bajo nivel de inteligencia.

Entre los factores sociales: historia familiar, adaptación emocional, situación económica, adaptación interpersonal, adaptación vocacional, adaptación a las crisis, adaptación al tratamiento y al médico y funcionamiento psicosocial global. Entre los factores medicamentosos se estudia la relación del suicidio con los tratamientos con: fenitoina, carbamazepina, benzodiazepinas, ácido valproico y lamotrigina

Métodos.

Se escogieron 200 pacientes adultos mayores de 16 años que sufrían de epilepsia basándose el diagnóstico de epilepsia en el criterio de la ILAE de crisis clínicas de epilepsia a repetición sin una causa aparente. Los mismos fueron seleccionados de la consulta externa de neurología para pacientes epilépticos que se da en el Departamento de Tratamientos Especializados de la Universidad Médica de la Habana. Se excluyeron de la consulta todo aquellos pacientes que por déficit de inteligencia no pudieran llenar los formularios indicados al efecto para determinar, variables biológicas, psicosociales y medicamentosas.

- I. Características generales de la población: edad sexo y grupo étnico.
- II. Las ideas suicidas fueron determinadas mediante las respuestas a las preguntas: A) "A veces deseo estar muerto" la cual de ser afirmativa tiene valor de 1 punto. B) "He estado pensando en matarme" la cual de ser afirmativa tiene valor de 2 puntos. C) La respuesta afirmativa a las dos preguntas da valor de 3 puntos. D) La respuesta negativa a las dos preguntas da valor de 0 punto.

A partir de este momento se separan dos grupos de pacientes, los que tienen ideas suicidas y los que no, de estos se valoran los siguientes factores de riesgo:

1. Socio demográfico: Edad sexo y grupo étnico o raza.
2. Biológicos: antecedentes de injuria cerebral, edad de inicio de la epilepsia, tiempo de duración de las crisis y frecuencia de las crisis y tipos de epilepsia.
3. Medicamentosos: La medicación antiepiléptica utilizada en forma de monoterapia con fenitoina, carbamazepina, valproato y lamotrigina.
4. Psicosociales:
 - 4.1 Las características de tipo psicosocial halladas mediante el Inventario Psicosocial de Washington (WPSI)(Dodrill, 1983), tales como, historia familiar, ajuste emocional, relaciones interpersonales, vocación, situación económica, adaptación al tratamiento médico y Funcionamiento psicosocial Global. Inven-

tario de problemas psicosociales(Alvarado, et al., 1992; Dodrill, 2003). Este cuestionario consta de 132 preguntas breves con sencilla formulación, que lo hacen adecuado para el estudio de grandes muestras poblacionales. En la calificación se tienen en cuenta las 8 áreas expuestas con anterioridad. A su vez cada área puede a su vez ser dividida en 4 sectores que son: A. Adaptación Buena (sin problemas importantes) B. Adaptación Media. (Con problemas poco significativos) C. Adaptación Mala. (Hay problemas que repercuten negativamente en la adaptación del paciente) D. Adaptación Muy Mala. (El paciente afronta problemas importantes con repercusión en su ajuste psicosocial).

- 4.2 Factores de riesgo psiquiátricos: El diagnóstico de depresión fue realizado mediante la entrevista médica y amparada por los resultados del CRS, Hamilton de depresión abreviado. Los resultados de este CRS dan sin depresión =0, depresión leve=1, depresión moderada=2, Depresión severa =3.

El diagnóstico de ansiedad fue evaluada mediante los resultados de la entrevista y el Hamilton de Ansiedad, en cuatro puntos: 0 =ansiedad ausente; 1=ansiedad de intensidad leve; 2= ansiedad de intensidad media; 3= ansiedad de intensidad fuerte; 4=máxima ansiedad considerada como invalidante.

El criterio de psicosis crónica interictal se realizó ante la presencia mantenida de los signos positivos y negativos de la esquizofrenia en pacientes con epilepsia (Andreasen, 1986; Crow, 1985).

Análisis Estadístico.

Los cuestionarios se pasaron a una base de datos en el sistema Excel de la Microsoft Office y se almacenaron.

Los mismos fueron procesados por microrcomputadoras utilizando el sistema Excel y los paquetes estadísticos INSTAT y STATISTICA.

Se hicieron análisis estadísticos univariados con el cálculo de distribuciones de frecuencia y porcentajes en las variables cualitativas y medidas de tendencia central (media aritmética) y de dispersión (desviación estándar) en las variables cuantitativas.

Para comparar dos variables, se utilizó análisis bivariado con:

I. Prueba de t para medias aritméticas

II. Prueba Fisher para variables cualitativas.

Para determinar asociación o relación entre variables se utilizó la prueba de Fisher. De existir asociación se terminará la presencia y cuantificación de riesgo significativo mediante la prueba de productos cruzados u Odds Ratio. Se utilizó un nivel de significación del 5% y en el caso del Odds Ratio un intervalo de confianza de 95% calculado por el método de Woolf.

Para comparar varias variables se utilizó ANOVA

Resultados.

Se estudiaron 200 pacientes con epilepsia en mayores de 16 años, los que tenían la siguiente característica de edad, sexo y raza.

Características generales de la población:

Edad: La edad promedio 32.50 años el menor de 16 años y el mayor de 60 años: entre 15 y 25 años 68 (34%); entre 26 y 35 años 54 (27%); entre 36 y 45 años 53 (26.5%); entre 46 y 55 años 19 (9.5%) y más de 55 años 6 (3%).

Sexo: Del total de pacientes estudiados (n=200), 96 (48%) tienen sexo masculino, 104 (52%) femenino.

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

Con ideas o intento suicidas.

Del total de 200 pacientes 44 refirieron ideas suicidas para un 22%, mientras que 156 no lo hicieron para un 78%. Como se observa en la siguiente gráfica (Ver gráfica 1).

Características generales de los que presentaba ideas suicidas.

Edad: edad promedio 34.20 años el menor con 16 el mayor con 60 años. Entre 15 y 25 años 14(31.8%); entre 26 y 35 años 6 (13.6%); entre 36 y 45 años 17 (38.7%); más de 46 años 7 (15.9%).

Características de las ideas suicidas.

- A) "A veces deseo estar muerto", contestaron 11 (25%) del grupo con ideas suicidas.
- B) "He estado pensando en matarme", la cual contestaron 10 (22.7%) del grupo.
- C) Las dos respuestas afirmativas, la contestaron 23(52.3%) del total que tenían ideas suicidas.
- D) Con respuestas negativas a las dos preguntas 156 pacientes, los que no tenían ideas suicidas.

A partir de este momento se dividirá el estudio para su comparación en dos grupos: a) los que tienen ideas suicidas (N=44); b) los que no tienen ideas suicidas (n=156)

1. Factores socio demográficos:

Edades.

Se compararon las edades del grupo con ideas suicidas y sin ideas suicidas.

El promedio de edad de los pacientes con ideas suicidas (n=44) es de 34.20 años. El promedio de edad de los pacientes sin ideas suicidas (n=156) es de 32.01, casi similar al anterior.

Entre los que tenían ideas suicidas (n=44), 14 (31.8%) tenían entre 15 y 25 años, 6 (13.6%) entre 26 y 35 años, 17 (38.6%) entre 36 y 45 años y 7 (15.9%) con más de 46 años.

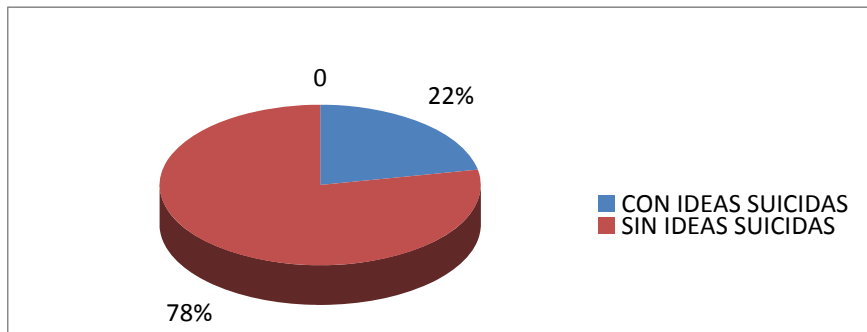
Entre los que no tenían ideas suicidas (n=156), 54 (34.6%) tenían entre 15 y 25 años, 48 (30.8%) entre 26 y 35 años, 36 (23.1%) entre 36 y 45 años y 18 (11.5%). La comparación entre ambos subgrupos con y sin ideas suicidas se realizó aplicando Fisher en cada grupo de edades, y mostró que en el grupo entre 15 y 25 años, la p=0.8573, no significativa, la diferencia en el grupo entre 26 y 35 años fue p=0.0332 significativa, la diferencia en el grupo entre 36 y 45 años fue de 0.0524 no significativa y la de grupo de más de 46 años de 0.4440 no significativa. Lo que indica menor índice de ideas suicidas entre las edades de 26 y 35 años.

Sexo.

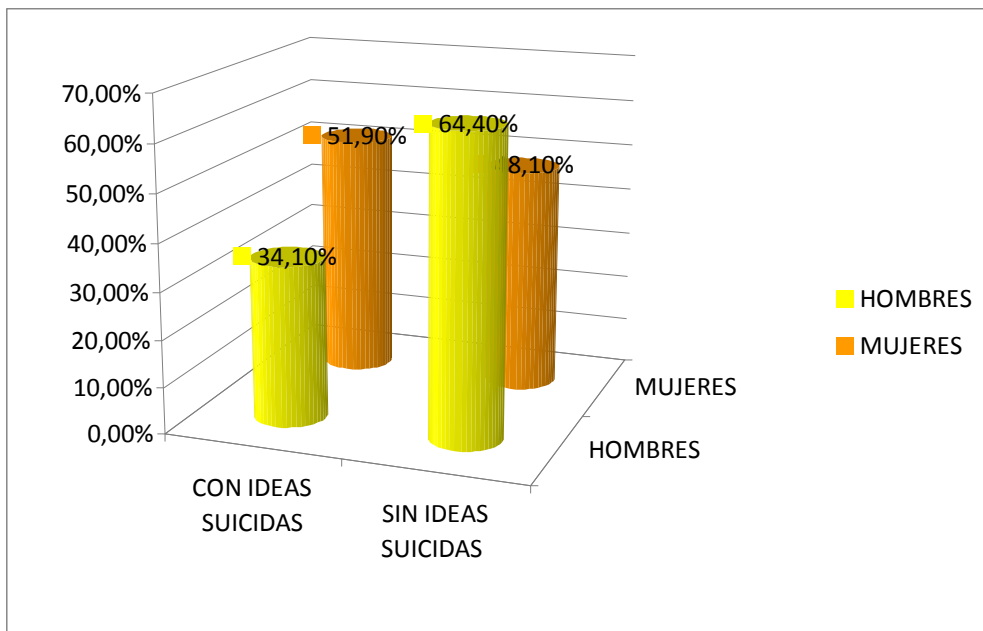
De los 200 pacientes adultos estudiados 44 referían ideas suicidas y de estos 15 (34.1%) son del sexo masculino y 29 (65.9%) del sexo femenino. (Ver gráfica No 2). La diferencia entre los grupos mostró un predominio de ideas suicidas en el sexo femenino Fisher p=0.0413 menor de 0.05, Odds Ratio=2.08.

Grupo étnico o raza.

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



Gráfica No 1. Índice de ideas suicidas en 200 pacientes adultos con epilepsia.



Gráfica No 2. Sexo en la población de 200 pacientes con adultos epilepsia con y sin ideas suicidas. Fisher p=0.0413 menor de 0.05, Odds Ratio=2.08.

2. Factores biológicos.

Tipos de crisis: En la siguiente tabla podemos observar la distribución de los que presentaron ideas suicidas según el tipo de crisis y si esta se presentaba única o combinada (Ver tabla No 1).

Tipos de epilepsia: según la Clasificación Internacional se escogieron los tres grupos de epilepsia más importantes, de la totalidad de pacientes estudiados 101 sufrían de epilepsias focales y solo 9 generalizadas idiopáticas.

Se realizó una tabla con la diferencia entre los que tenían ideas suicidas según el tipo de crisis focal, frontal v/s temporal y se observaron los siguientes resultados (Ver tabla No 2).

Frecuencia de las crisis: Los dos grupos estudiados fueron comparados según la frecuencia alta o baja de las crisis de epilepsia. Consideran baja frecuencia de crisis (menos de una crisis por año) y frecuencia alta (más de una crisis por mes a 3 por año). De 44 pacientes con ideas suicidas 15 (34.1%) tenían baja frecuencia de crisis, mientras que 29 (65.9%) tenían una alta frecuencia de crisis, mientras que la distribución en los 156 enfermos que no tenían ideas suicidas fue similar con 43 (27.6%) con baja frecuencia de crisis y 113 (72.4%) con alta frecuencia de crisis. La comparación entre los grupos se realizó mediante el Fisher $p=0.4527$ no significativa y Odds Ratio=1.359.

Edad de inicio de las crisis: Por debajo de los 10 años de edad iniciaron sus crisis 86 pacientes (43%), de ellos 18 (20.9%) tenían ideas suicidas y 68 (79.1%) no la tenían. Por encima de los 10 años comenzaron sus crisis 114 enfermos (57%), de ellos 26 (22.8%) tenían ideas suicidas y 88 (77.2%) no las tenían. La comparación entre ambos grupos no mostró diferencia significativa. Fisher $p = 0.8634$. No se determinó relación entre la edad temprana de inicio de las crisis y las ideas suicidas.

Tiempo de duración de las crisis: Con más de 10 años de duración de las crisis 94 pacientes (47%), de los cuales 26 (27.7%) tenían ideas suicidas y 68 (72.3%) no la tenían. Con menos de 10 años de duración de la epilepsia 106 enfer-

mos (53%) , de los que 18 (16.99%) tenían ideas suicidas y 88 (83.01%) no la presentaban. La comparación entre los grupos no mostró diferencia significativa. Fisher $p=0.0871$. La duración mayor o menor de las crisis no influía en las ideas suicidas.

3. Factores psicopatológicos.

Depresión: La depresión se encontró presente en 141 (70.5%) de los pacientes con epilepsia, es considerada como la causa más frecuente de ideas e intentos suicidas. De los 44 pacientes con epilepsia e ideas suicidas 41 (93.2%) sufría de algún tipo de depresión, mientras que solo 3 (6.8%) no refirieron síntomas depresivos. Los 156 enfermos sin ideas suicidas 100 (64.1) tenía alguna forma de depresión y 56 (35.9%) no la tenía. La comparación entre ambos grupos se observa en la siguiente gráfica (Ver gráfica No 3).

Vemos como la depresión está muy relacionada con las ideas e intentos suicidas.

Ansiedad: La ansiedad se encuentra presente en 155 pacientes (77.5%) con epilepsia. De los 44 pacientes con ideas suicidas, 41 de estos (93.2%) referían ansiedad y solo 3 (6.8%) no referían ansiedad. De los 156 pacientes sin ideas suicidas, 114 (73.1%) tenían ansiedad y 42 (26.9%) no tenían ansiedad. Aunque la ansiedad predominó en los dos grupos, con y sin ideas suicidas hay una diferencia en el Fisher p menor 0.0001 muy significativa y un Odds Ratio=0.1308. Según los resultados encontrados la ansiedad está muy vinculada a las ideas suicidas.

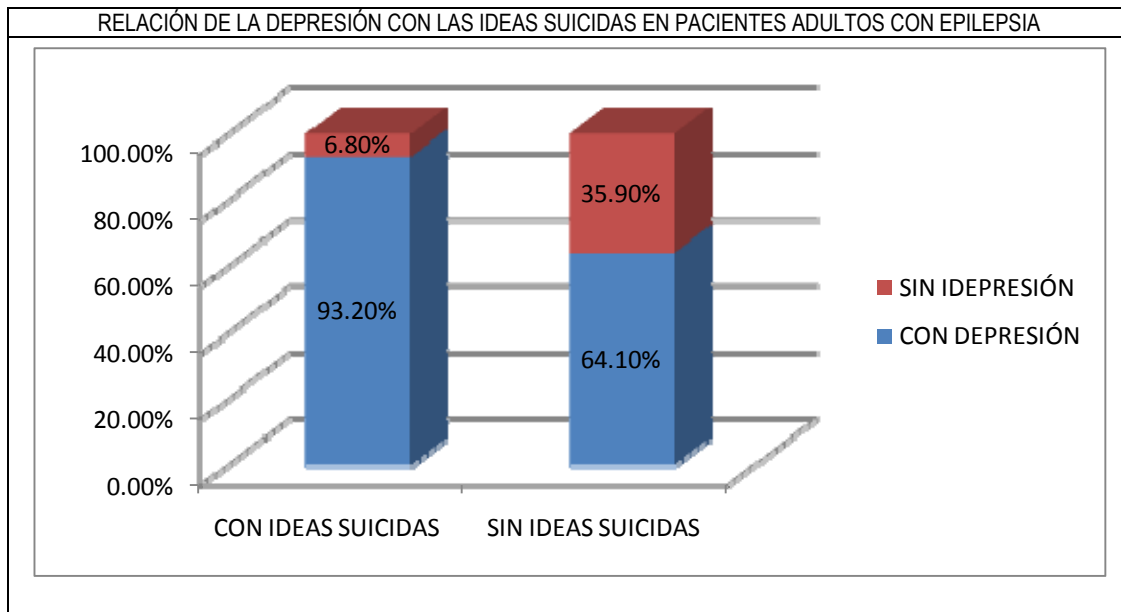
Psicosis: de los 200 pacientes con epilepsia estudiados 19 (9.5%) tenían psicosis crónica interictal. Así, del total de pacientes con ideas suicidas ($n= 44$), 8 (18.2%) tenían psicosis crónica interictal y 36 (81.8%) no tenían psicosis. De los 156 que no tenían ideas suicidas 11 (7.1%) tenían psicosis, mientras que 145(92.9%) no la tenían. Al comparar los grupos se encontró Fisher $p=0.0390$ considerada significativa. OR 0.3414. Pese a que solo el 18.2% de los pacientes con psicosis tenía ideas suicidas fue significativa la diferencia con los pacientes con epilepsia no psicóticos, lo que hace ver una relación entre psicosis e ideas suicidas.

DISTRIBUCIÓN DE LAS IDEAS SUICIDAS SEGÚN EL TIPO DE CRISIS DE EPILEPSIA				
CON UN TIPO DE CRISIS	CON IDEAS SUICIDAS		SIN IDEAS SUICIDAS	
	No	%	No	%
CRISIS FOCALES MOTORAS	2	4.5	18	11.5
CRISIS FOCALES COMPLEJAS	10	22.7	14	8.9
CON DOS TIPOS DE CRISIS				
CRISIS FOCALES COMPLEJAS + TONICO CLÓNICAS GEN	31	70.5	110	70.5
CRISIS MIOCLÓNICAS + TONICO CLÓNICAS GEN	1	2.3	8	5.1
CRISIS SENSORIALES + TONICO CLÓNICAS GEN	0	0.0	6	3.8
TOTAL	44	100.0	156	100.0

Tabla No 1. La comparación de las medias de ambas columnas mostró una $p=0.3097$; mientras que las desviaciones estandar de ambas columnas tienen una $p=0.0180$ considerada significativa..

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON IDEAS SUICIDAS SEGÚN EL TIPO DE EPILEPSIA FOCAL				
EPILEPSIAS FOCALES	CON IDEAS SUICIDAS		SIN IDEAS SUICIDAS	
	No	%	No	%
Epilepsia focal Lob Temporal	38	88.4	99	69.7
Epilepsia Focal Lob Frontal	5	11.6	53	30.3
TOTAL	43	100.00	152	100.00

Tabla No 2. Fisher $p=0.0065$ muy significativa Odds Ratio=0.2658



Grafica No 3. Fisher p menor 0.0001. OR 0.1307 muy significativo.

CI bajo: Del total de 200 pacientes estudiados, 110 (55%) tienen un CI menor de 89 (normal bajo, fronterizo, retraso mental ligero) y 90 (45%) un CI por encima de 90. Así, del total de 44 pacientes con ideas suicidas, 31 (70.5%) tenían un CI por debajo de 89 (normal bajo, fronterizo, retraso mental ligero) y 13 (29.5%) un CI por encima de 90 (normal promedio y normal alto). Del grupo de pacientes sin ideas suicidas ($n=157$), 79 (50.6%) tienen un CI menor de 89, mientras que 77 (49.4%) tienen CI mayor de 90. La comparación de ambos grupos mostró diferencia significativa. Fisher $p=0.0253$ considerada significativa. OR= 2.324. Estos resultados indican que un CI bajo puede estar relacionado con las ideas suicidas.

4. Factores sociales.

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

Historia familiar: del total de 200 enfermos con epilepsia estudiados, 131 (65.5%) tienen una buena o aceptable historia familiar y 69 (34.5%) la tienen mala o muy mala historia. De 44 pacientes con ideas suicidas 31 (70.5%) tenían buena historia familiar y 13 (29.5%) la referían mala. De 156 sin ideas suicidas, 100 (64.1%) referían buena historia familiar y 56 (35.9%) la refirieron como mala. La diferencia entre ambos grupos no fue significativa. Fisher $p=0.4772$ y Odds Ratio=1.335.

Adaptación emocional. De 200 pacientes adultos con epilepsia estudiados 99 (49.5%) referían buena adaptación interpersonal y 101 (50.5%) mala. De 44 con ideas suicidas, 11 (25%) solamente tenían buena adaptación, mientras que 33 (75%) la tenían mala adaptación emocional. De 156 sin ideas suicidas, la mayor parte 88 (56.4%) mantiene buena adaptación y 68 (43.6%) la tiene mala. La diferencia entre ambos grupos dio muy significativa. Fisher $p=0.0003$. OR= 0.2576. Por lo que los que tienen ideas suicidas refieren fundamentalmente mala adaptación emocional.

Situación económica: del total de 200 enfermos con epilepsia estudiados 145 (72.5%) referían un situación económica mala o muy mala y solo 55 (27.5%) referían una situación económica aceptable o buena. De los 44 pacientes con ideas suicidas 40 (90.9%) tenían situación económica mala y solo 4 (9.1%) la tenían aceptable. Mientras que, de 156 que no tenían ideas suicidas 105 (67.3%) tenían situación económica mala y 51 (32.7%) situación económica aceptable. La comparación entre ambos grupos mostró diferencia significativa Fisher, $p=0.0017$. Odds Ratio= 4.857. Podemos considerar que la situación económica es un factor de peso en las ideas suicidas.

Adaptación interpersonal: De 200 pacientes adultos estudiados, 84 (42%) tiene una buena adaptación interpersonal y 116 (58%) la tiene mala o muy mala. De 44 enfermos con ideas suicidas 12 (27.3%) referían las relaciones interpersonales como buena y 32 (72.7%) la consideraron mala. De 156 de estos sin idea suicida 72 (46.2%) refirieron buena relación interpersonal y 84 (53.8%) la consideran como mala. Entre ambos grupos predomina la mala relación interpersonal, pero es mayor en el grupo con ideas suicidas. La comparación mostró diferencia significativa. Fisher $p=0.0259$, Odds Ratio = 0.4375. Puede concluirse que hay malas relaciones interpersonales en los que tienen ideas suicidas.

Adaptación vocacional: De 200 pacientes adultos con epilepsia, 110 (55%) tiene buena adaptación vocacional y 90 (45%) la refiere mala. De 44 con ideas suicidas, 25 (56.8%) tienen una buena adaptación vocacional, en 19 (43.2%) es mala. De 156 sin ideas suicidas, 85 (54.5%) reportan buena adaptación vocacional y 71 (45.5%) como mala. La comparación entre ambos grupos no mostró diferencia significativa. Fisher $p=0.8644$, Odds Ratio=0.9099.

Adaptación a los ataques: del total de 200 pacientes con epilepsia, 124 (62%) refieren una mala adaptación a los ataques y 76 (38%) una aceptable o buena adaptación. De los 44 que refirieron ideas suicidas, 25 (56.8%) refirieron mala adaptación a los ataques, mientras que 19 (43.2%) la refirieron como buena. De los 156 que no tenían ideas suicidas, 99 (63.5%) refería mala adaptación a los ataques, mientras que 57 (36.5%) tenían buena adaptación a estos. La comparación

entre ambos grupos mediante el Fisher no mostró diferencia significativa. Fisher $p=0.4828$ no significativa OR 0.7576.

Adaptación al médico o tratamiento médico: Del total de 200 enfermos con epilepsia estudiados, 68 (34%) tienen buena o media adaptación al médico y al tratamiento médico, mientras que 132 (66%) la tienen mala. De 44 pacientes con ideas suicidas, 12 (27.3%) refieren buena adaptación y 32 (72.7%) mala. De 156 enfermos sin ideas suicidas, 56(35.9) tenían buena adaptación y 100 (64.1%) mala. La comparación entre ambos grupos mediante el Fisher no mostró diferencia significativa $p=0.3680$. OR=1.493.

Funcionamiento psicosocial global: el funcionamiento psicosocial global medido mediante la escala de Washington (WPSI), mostró que del total de 200 pacientes con epilepsia 90 (45%) referían un mal o muy funcionamiento psicosocial y 110 (55%) un aceptable o buen funcionamiento. De los 44 pacientes con ideas suicidas 24 (54.5%) tenía mal funcionamiento psicosocial, 20 (45.5%) fue aceptable el funcionamiento. De los 156 enfermos sin ideas suicidas 66 (42.3%) refirieron mal funcionamiento psicosocial y 90 (57.7%) lo refirieron bueno. La diferencia entre ambos grupos no mostró diferencias significativa. Fisher $p=0.4828$ no significativa OR 0.7576.

5. Factores medicamentosos.

Se realiza un análisis de las ideas suicidas según el medicamento utilizado para el control de la epilepsia.

Difenilhidantoina: De los 200 pacientes con epilepsia 35 (17.5%) tomaban fenitoina en forma sola o acompañada por otro medicamento y 165 tomaban otros antiepilépticos. De los 35 que tomaban fenitoina, 28 (80%) tenían ideas suicidas y 7 (20%) no las tenían. Mientras que de los 156 que tomaban otros antiepiléptico, 37 (22.4%) tenían ideas suicidas y 128 (77.6%) no las tenían. La comparación entre ambos grupos mostró Fisher. P menor 0.0001 y Odds Ratio=13.838. 95% de intervalo de confianza: 5.594 a 34.229. Por lo que se considera muy relacionadas las ideas suicidas al uso de difenilhidantoina.

Carbamazepina: De los 200 pacientes 133 (66.5%) tomaban carbamazepina, 96 lo hacían de forma sola y 36 acompañada a

otro medicamento y 67 (33.5%) pacientes no tomaban carbamazepina. De los 133 que tomaban carbamazepina 28 (21.1%) tenían ideas suicidas y 105 (78.9%) no la tenían. De los 67 pacientes que no tomaban carbamazepina 16 (23.9%) tienen ideas suicidas, sin ideas y 51 (76.1%) no tiene ideas suicidas. La comparación entre ambos grupos no mostró diferencia significativa. Fisher $p=0.7183$. No se considera relación entre la carbamazepina y las ideas suicidas.

Benzodiazepinas: Del total de 200 pacientes, 28 (14%) solamente utilizaban benzodiazepinas (clonazepam y clobasam) casi en su totalidad de forma acompañada a otro antiepiléptico. De los 28 pacientes que utilizaban benzodiazepinas, 8 (28.6%) tenían ideas suicidas y 20 (71.4%) no la tenían. De los 172 pacientes que no tomaban benzodiazepinas, 36 (20.9%) tenían ideas suicidas y 136 (79.1%) no la tenían. La comparación entre los grupos mediante el Fisher mostró $p = 0.4597$ no significativa. No se considera relación con las benzodiazepinas y las ideas suicidas.

Acido valproico: De 200 pacientes con epilepsia, 31 (15.5%) tomaban ácido valproico, 20 en forma de monoterapia y 11 acompañado a otro medicamento. De los 31 pacientes que consumían ácido valproico, 11(35.5%) tenían ideas suicidas y 20 (64.5%) no la tenían. De los 169 enfermos que no consumían ácido valproico, 33 (19.5%) tenían ideas suicidas y 136 (80.5%) no las tenían. La comparación entre ambos grupos no mostró diferencia significativa. Fisher $p = 0.599$. No se considera que el ácido valproico se relacione con las ideas suicidas.

Lamotrigina: De los 200 enfermos con Epilepsia estudiados, tomaban lamotrigina solo 9 (4.5%), esta la tomaban casi en su totalidad con otro fármaco antiepiléptico. De los 9 que tomaban lamotrigina, solo 1 (11.1%) tenía ideas suicidas y 8 (88.9%) no las tenían. De los restantes 191 pacientes que no tomaban lamotrigina, 43 (22.5%) tenía ideas suicidas, mientras que 148 (77.5%) no las tenía. La comparación entre ambos grupos no fue significativa. Fisher $p = 0.6868$. No influye la lamotrigina en las ideas suicidas.

Discusión.

El análisis de los resultados nos indica que hay un 22.5% de los pacientes adultos con epilepsia estudiados que tiene alguna forma de idea suicida, cifra muy parecida a la de estudios en Canadá y Dinamarca que señalan un 20.8% en estudios realizados en consultas de 3er nivel de EUA (Christensen, et al., 2007; Jones, et al., 2003; Tellez-Zenteno, et al., 2007).

El estudio de los factores sociodemográficos indica que en la población adulta con epilepsia analizada en consulta hay dos factores que señalan tendencias: entre los grupos de edades valorados se observa menor índice de ideas suicidas entre las edades de 26 y 35 años, y en el sexo se observa una tendencia mayor de ideas suicidas en las pacientes con epilepsia mujeres que en los hombres.

Dentro de los factores biológicos estudiados en el grupo de pacientes adultos con epilepsia, los enfermos con tipos de crisis focales complejas y focales complejas asociadas a crisis tónico clónicas generalizadas tienen más ideas suicidas, también estas se ven con más frecuencia en los que sufren epilepsia focal temporal que en los que sufren epilepsia focal frontal, lo que también ha sido reportado por autores que ven un incremento del riesgo suicida entre 6 y 26 veces mayor, en las epilepsias del lóbulo temporal (Currie, Heathfield, Henson, & Scott, 1971; Fukuchi, et al., 2002; Robertson, 1997), sin embargo no todos los estudios son favorables a este riesgo (Kanner, 2006; Nilsson, et al., 1997). Los restantes factores biológicos estudiados como frecuencia de las crisis edad de inicio de esta y tiempo de duración de las mismas no ofrecen resultados significativos de interés.

Los factores psicopatológicos analizados ofrecen resultados que relacionan estos con las ideas suicidas, en nuestro estudio, así, la depresión, la ansiedad, las psicosis epilépticas y el déficit del coeficiente de inteligencia estaban significativamente relacionados con las ideas suicidas de los pacientes, similares resultados se han visto en estudios de población con epilepsia en Dinamarca (Jones, et al., 2003), o en Suiza (Nilsson, Ahlbom, Farahmand, Asberg, & Tomson, 2002; Nilsson, et al., 1997) donde ampliamente los trastornos del humor o la

ansiedad han sido relacionados con las ideas suicidas en enfermos con epilepsia.

Los factores psicosociales estudiados mediante la aplicación del inventario para pacientes con epilepsia de Dodrill (WPSI) (Dodrill, 1983) nos mostró que de las 8 escalas, solo 3 se ven relacionadas con las ideas suicidas, la situación económica, la adaptación emocional y la adaptación interpersonal, en el caso de la situación económica se observa un alto nivel significativo y un Odds Ratio de 4.857 considerado como significativo.

Desde hace años se vienen publicando artículos que relacionan con trastornos psiquiátricos e ideas suicidas a algunos fármacos antiepilépticos donde se incluyen a los barbitúricos (fenobarbital y primidona), topiramato, tiagabina, zonisamida, vigabatrin y levetiracetam (Brent, Crumrine, Varma, Allan, & Allman, 1987; Mula & Sander, 2007; Mula, Trimble, Lhatoo, & Sander, 2003; Trimble, Rüschi, Betts, & Crawford, 2000). En enero del 2008, la FDA, lanza una alerta en la que respecta a la asociación entre suicidio y epilepsia, lo que fue basado en los resultados de un meta análisis que incluye datos de 199 estudios clínicos aleatorios de 11 FAE: carbamazepina, felbamato, gabapentina, lamotrigina, levetiracetam, oxcarbamazepina, pregabalina, tiagabina, topiramato, valproato y zonisamida (U.S. Department of Health and Human Services, 2008). Sin embargo en los resultados de nuestro estudio, no coincidieron con los estudios revisados, en este, relacionamos las ideas suicidas con fármacos como la fenitoina, la carbamazepina, las benzodiazepinas (clonazepam y clobazam), el valproato y la lamotrigina, de estos solo los que toman fenitoina estaban más relacionados con las ideas suicidas con un nivel de significación elevado y una elevada probabilidad de tener estas ideas. Evidentemente ninguno de los autores revisados señala a la fenitoina como causante de estos problemas y sin embargo no obtuvimos resultados positivos en relación con las ideas suicidas con fármacos señalados como la carbamazepina, el valproato y la lamotrigina que según el meta análisis realizado por la FDA que incluye 43,892 pacientes tratados por epilepsia, desórdenes psiquiátricos y otros desórdenes predominantemente dolor, estos fármacos antiepilépticos elevan 1.8 veces el

riesgo de ideas suicidas (U.S. Department of Health and Human Services, 2008), este estudio de la FDA debe de ser analizado cuidadosamente y estos resultados ser observados de forma cautelosa, sin menospreciar el riesgo que pueden producir todos los fármacos antiepilépticos de incrementar la depresión y las ideas suicidas.

Referencias.

- Alvarado, L., Ivanovic-Zuvit, F., Candía, X., Ibarra, X., Méndez, M. D., & Campos, A. (1992). Psicopatología y funcionamiento psicosocial de epilépticos. *Act. Psiquiat. Psicol Am Lat*, 38(1), 69 - 76.
- Andreasen, N. (1986). Evaluation of positive and negative symptom in schizophrenia. *Psychiatr Psychobiol*, 1, 1-12.
- Brent, D., Crumrine, P., Varma, R., Allan, M., & Allman, C. (1987). Phenobarbital treatment and major depressive disorder in children with epilepsy. *Pediatrics*, 80, 909-917.
- Cristensen, J., Vestergaard, M., Mortensen, P., Sidenius, P., & Agerbo, E. (2007). Epilepsy and risk of suicide: a population-based case-control study. *Lancet Neurol*, 6, 693-698.
- Crow, T. (1985). The two syndromes concept, origins and recurrent status. *Schizophr Bull*, 11, 47-83.
- Currie, S., Heathfield, K., Henson, R., & Scott, D. (1971). Clinical course and prognosis of temporal lobe epilepsy: a survey of 666 patients. *Brain*, 94, 173-190.
- Christensen, J., Vestergaard, M., Mortensen, P., Sidenius, P., & Agerbo, E. (2007). Epilepsy and risk of suicide: a population-based case-control study. *Lancet Neurol*, 6, 693-698.
- Dodrill, C. B. (1983). Psychosocial characteristic of epileptic patients. *Res. Pub. Assoc. Nerv. Ment. Dis.*, 61, 341-353.
- Dodrill, C. B. (2003). *Neuropsychological evaluation of patients with epilepsy*. New York: Psychology Press.
- Fukuchi, T., Kanemoto, K., Kato, M., Ishida, S., Yuasa, S., Kawasaki, J., et al. (2002). Death in epilepsy with special attention to suicide cases. *Epilepsy Res*, 51, 233-236.
- Harris, E., & Barraclough, B. (1989). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Arch Neurol*, 46(1065-1068).
- Jones, J., Hermann, B., Barry, J., Gilliam, F., Kanner, A., & Meador, M. (2003). Rates and risk factors for suicide, suicidal ideation, and suicide attempts in chronic epilepsy. *Epilepsy and Behaviour*, 4, S 31 - S 38.
- Kanner, A. (2006). Epilepsy, suicidal behavior, and depression: do they share common pathogenic mechanisms? *Lancet Neurol*, 5, 107 - 108.
- Kanner, A. (2009). Suicidality and epilepsy: a complex relationship that remains misunderstood and underestimated *Epilepsy Currents*, 9(3), 63 - 66.
- Kessler, R., Borges, G., & Walters, E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the national Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 617-626.
- MINSAP (2007). *Anuario Estadístico* Unpublished manuscript, La Habana.
- Moscicki EK, OCarroll P, Rae DS, Locke BZ, Roy A, & DA, R. (1988). Suicide attempts in the Epidemiologic Catchment Area Study. *Yale J Biol Med*, 18, 121 - 128.
- Mula, M., & Sander, J. (2007). Suicidal ideation in epilepsy and levetiracetam therapy. *Epilepsy Behav*, 11, 130-132.
- Mula, M., Trimble, M., Lhatoo, S., & Sander, J. (2003). Topiramate and psychiatric adverse events in patients with epilepsy. *Epilepsia*, 44 (5), 659-663.
- National Institute of Mental Health. Suicide Facts (2003).
- Nilsson, L., Ahlbom, A., Farahmand, B., Asberg, M., & Tomson, T. (2002). Risk factors for suicide in epilepsy: a case control study. *Epilepsia*, 43, 644-651.
- Nilsson, L., Tomson, T., Farahmand, B., Diwan, V., & Persson, P. (1997). Cause-specific mortality in epilepsy: a cohort study of more than 9,000 patients once hospitalized for epilepsy. *Epilepsia*, 38, 1062 - 1068.
- Rafnsson, V., Ólafsson, E., & Hauser, W. (2001). Cause-specific mortality in adults with unprovoked seizures: a population-based incidence cohort study. *Neuroepidemiology*, 20, 232-236.
- Robertson, M. (Ed.). (1997). *Suicide, parasuicide, and epilepsy*. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Tellez-Zenteno, J., Patten, S., N, N. J. e., Williams, J., & Wiebe, S. (2007). Psychiatric comorbidity in epilepsy: a population-based analysis. *Epilepsia*, 48, 2336-2344.
- Trimble, R., Rüşch, N., Betts, T., & Crawford, P. (2000). Psychiatric symptoms after therapy with new antiepileptic drugs: psychopathological and seizure related variables. *Seizure*, 9, 249-254.
- U.S. Department of Health and Human Services, F. a. D. A., Center for Drug Evaluation and Research, Office of Translational Sciences, Office of Biostatistics (2008). Statistical review and evaluation: antiepileptic drugs and suicidality. *May 21*.