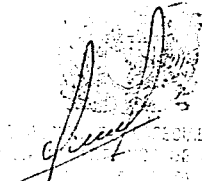


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

11241
30

**"FACTORES QUE PREDISPONEN A UN INTENTO SUICIDA
EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS"**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE
"ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA"
PRESENTA:
DR. CARLOS ALBERTO TREVIÑO TERÁN


ESPECIALIZACION
EN PSIQUIATRIA

TUTOR TEÓRICO

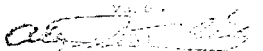
TUTOR METODOLÓGICO


DR. HÉCTOR ORTEGA SOTO


DRA. DIANA MOLINA VALDESPINO

GRUPO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA
INSTITUTO DE DIAGNOSTICO Y REFERENCIA
PSIQUIATRICA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN


DR. CARLOS ALBERTO TREVIÑO TERÁN

A

2003



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION	1
I. ANTECEDENTES	3
1.1 Breve historia de la esquizofrenia	3
1.2 Características generales de la esquizofrenia	7
1.3 Suicidio en esquizofrenia	14
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
III. JUSTIFICACIÓN	18
IV. OBJETIVOS	19
4.1 Objetivo general	19
4.2 Objetivos específicos	19
V. METODOLOGIA	20
5.1 Grupo experimental	21
5.2 Grupo control	21
VI. RESULTADOS	22
VII. DISCUSIÓN	30
VIII. CONCLUSIONES	33
IX. REFERENCIAS	34

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas
UNAM a difundir en formato electrónico el
contenido de mi trabajo.
NOMBRE: Fernando Tecón
Carlos Alberto
FECHA: 26/11/2005
FIRMA: [Firma]

B

INTRODUCCIÓN

El suicidio es la muerte autoinfligida intencionalmente. Edwin Schneidman definió el suicidio como "el acto consciente de aniquilación autoinducida, que se entiende mejor como un sufrimiento multidimensional en una persona vulnerable que percibe este acto como la mejor solución a sus problemas." El suicidio no es un acto realizado al azar o sin sentido. Al contrario es la salida a un problema o a una crisis que invariablemente esta causando intenso sufrimiento. (1)

El suicidio se asocia a frustraciones o necesidades insatisfechas, sentimientos de desesperación y desamparo, conflictos ambivalentes entre la supervivencia y una tensión insoportable, una disminución de las alteraciones y una necesidad de escapar. (1)

Dentro del campo de la salud mental encontramos factores psiquiátricos altamente significativos en el suicidio como son el abuso de sustancias, los trastornos depresivos, la esquizofrenia y otros trastornos mentales. (1)

En la esquizofrenia el riesgo de suicidio es elevado y debido a que la edad de inicio de este trastorno es la adolescencia o el comienzo de la edad adulta durante los primeros años de la enfermedad, los pacientes esquizofrénicos que se suicidan son relativamente jóvenes. (2)

El suicidio es un fenómeno que debe examinarse no solo desde un punto de vista personal, sino desde un punto de vista social: una acción que ocurre en oposición de las creencias y normas de comportamiento sostenidas por la sociedad. Salvo excepciones el suicidio es una conducta desviada. (2)

La valoración de riesgo de suicidio es una de las tareas más importantes y difíciles en la psiquiatría de urgencias. (3)

Como el suicidio suele ser prevenible, es obvia la importancia de una buena predicción y una intervención adecuada. (3)

Con una intervención correcta, la mayoría de los pacientes suicidas cambian de opinión y se replantean el suicidio. Sin embargo, la tarea de realizar una predicción adecuada es difícil, incluso entre los pacientes que expresan al médico una intención suicida vaga o firme. (3)

El suicidio sigue siendo un desenlace frecuente en los pacientes con esquizofrenia. (1)

Los suicidios consumados ejercen efectos duraderos sobre los familiares, y la presencia de ideación y tentativa suicida constituye un problema para el plantel profesional y los sistemas que brindan atención especializada a estos pacientes. (3)

Al igual que en otros trastornos psiquiátricos, no existen métodos para predecir el suicidio en casos individuales de esquizofrenia. No obstante se ha llegado a caracterizar a los sujetos de mayor riesgo. (3)

La tarea de evaluar a pacientes suicidas se complica por el hecho de que estos pacientes suscitan a menudo intensos sentimientos en el médico examinador. (3)

El paciente puede provocar gran ansiedad en el médico, que es consciente de que un error de enfoque puede tener catastróficas consecuencias. Además, algunos pacientes, como los que tienen una historia de múltiples iniciativas suicidas, pueden suscitar cólera en el médico, haciendo difícil la evaluación objetiva o bien propiciando intervenciones más punitivas que terapéuticas. (3)

Quizá son más problemáticos aquellos pacientes que agradan al médico, o aquellos con los que se identifica más, ya que en estos pacientes el médico puede estar tentado a negar un grave riesgo de suicidio, dándoles la seguridad (ficticia) de que todo va a salir bien, o inclusive a no hablar con el paciente de sus sentimientos suicidas. (3)

Este enfoque hace muy difícil que el paciente exprese por completo sus sentimientos e impide realizar una evaluación y disposición correctas. (3)

Una evaluación adecuada del paciente suicida exige al médico conciencia de sus propios sentimientos y no dejar que estos interfieran en su labor clínica. (3)

Aunque son útiles para estimar el grado de peligro del paciente, los factores para riesgo suicida tanto demográficos como personales están lejos de ser totalmente infalibles. (3)

Ningún factor o combinación de factores de riesgo tienen una especificidad o sensibilidad suficiente para seleccionar a los pacientes con ideación suicida que van a intentar posteriormente el suicidio. (3)

En esta tarea, los factores de riesgo objetivo pueden desempeñar un importante papel, pero sigue siendo mucho más importante la capacidad del médico para conocer las ideas y sentimientos del paciente para poder así formular un buen juicio clínico. (3)

I. ANTECEDENTES

1.1 Breve Historia de la Esquizofrenia

La historia de los psiquiatras y neurólogos que han escrito y teorizado sobre la esquizofrenia corre paralela a la historia de la psiquiatría en si misma. La magnitud de la enfermedad ha atraído la atención de figuras excepcionales a través de la historia de esta disciplina. (2)

Hablar de Esquizofrenia exige referirse de continuo a Kraepelin (1856-1926) quien dedicó por entero su vida, convencido de la necesidad de postular la existencia de enfermedades psíquicas independientes, esto es, enfermedades con una etiología, manifestaciones, curso e histopatología peculiares. (2)

Con Kraepelin la psiquiatría clínica alcanza por primera vez el lugar que hoy ocupa en la medicina. "La idea de la unidad nosológica es, en verdad, el concepto de una tarea cuyo objetivo es imposible alcanzar; pero a pesar de todo, significa una tendencia fructífera de investigación y un punto de orientación más verídico para la investigación empírica particular." (2)

En 1883, aparece la primera edición del "Kompndium der Psychiatrie" que al tiempo que en sucesivas ediciones va transformándose en un monumental tratado de cuatro volúmenes, traduce la ganancia de saber en torno a la definición de "unidades nosológicas naturales" con un criterio anatomoclínico. (2)

Kraepelin convencido de la inutilidad de la investigación anatomopatológica y etiológica para ordenar el complejo mundo de la psicosis, decide orientar su trabajo, en línea con Kahlbaum, por el cuadro clínico conjunto, la evolución y el desenlace. (2)

La cuarta edición del tratado (1893) agrupa como "procesos psicicos degenerativos" tres cuadros diferentes: la demencia paranoide, la catatonia y la demencia precoz. (2)

Las tres formas pueden darse en el mismo paciente. Caracterizan el estado de déficit, el bloqueo, el negativismo, la debilidad del juicio y la disminución de la productividad psíquica, el empobrecimiento motor, la pérdida de la energía y el embotamiento afectivo. (2)

Más tarde Kraepelin distinguió a los pacientes con demencia precoz de aquellos que consideró que sufrían una psicosis maniaco-depresiva o paranoia. (2)

Así pues Kraepelin individualizó la demencia precoz, describió los invariantes de la enfermedad, los trastornos del pensamiento y de la afectividad y aportó el criterio de la evolución parademencial. (2)

Kraepelin describió la presentación de los síndromes psicóticos paranoides de la siguiente forma:

- 1. Demencia precoz paranoide (crónica, demenciadora, con trastornos del pensamiento, alucinaciones y delusiones poco sistematizadas).**
- 2. Paranoia (crónica, en algún caso agudo, no demenciadora, sin trastornos del pensamiento, sin alucinaciones y con delusiones bien sistematizadas).**
- 3. Parafrenia (crónica, no demenciadora, sin trastorno del pensamiento, alucinaciones, delusiones extravagantes parcialmente sistematizadas).**
- 4. Delusión presentil de perjuicio (crónica, tardía, sin deterioro grave, con delusiones fantásticas y poco sistematizadas y, excepcionalmente alucinaciones). (2)**

Más tarde Bleuler (1857-1940) sustituyó el término "Demencia precoz" por el de "Esquizofrenia" con el fin de subrayar la presencia de una escisión del pensamiento, emociones y conductas en los pacientes afectados. (2)

Una distinción fundamental señalada por Bleuler entre su concepto de esquizofrenia y la demencia precoz de Kraepelin era que la presencia de un curso deteriorante no era imprescindible en el concepto de esquizofrenia como lo era en el de demencia precoz. (2)

Una de las consecuencias de esta nueva conceptualización de Bleuler fue el aumento del número de pacientes que cumplían los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia. (2)

Para explicar mejor su teoría sobre el cisma mental interno de estos pacientes, Bleuler describió los síntomas fundamentales (o primarios) de la esquizofrenia como un trastorno del pensamiento caracterizado por alteraciones en la capacidad de asociación, alteraciones en la afectividad, el autismo y la ambivalencia. Bleuler también describió síntomas accesorios (o secundarios), como alucinaciones e ideas delirantes, síntomas que habían sido una parte prominente de la conceptualización kraepeliana del trastorno. (2)

La esquizofrenia surgió como una noción demasiado sintetizadora para ser digerida por una psiquiatría, como la gala, tan cargada de historia. Henri Claude (1869-1945) intentó un arreglo con que separar la demencia precoz kraepeliana de la esquizofrenia de Bleuler y desarrolló una conceptualización dualista. (2)

Hay en Claude un cierto punto de originalidad al pensar que la "esquizoidia", peculiaridad constitucional psíquica, bajo ciertas condiciones, conduce a la "esquizomania" y, si las sobrecargas son muy fuertes, a la esquizofrenia. (2)

Claude propuso el nombre de "esquizosis" para agrupar sucesivos grados de disociación: la esquizoidia, la esquizomanía y la esquizofrenia, transiciones consecutivas a una supuesta alteración funcional corticotalámica y no demasiado alejadas de la histeria. (2)

Cerrar la evolución de las ideas en Francia, exige remitirnos al pensamiento de Henri Ey, discípulo brillante de Claude y uno de los grandes psiquiatras contemporáneos (1900-1977). Ey limita la esquizofrenia a aquellos casos en que un proceso crónico conduce a la organización de un mundo autístico y a la destrucción de la personalidad. La esquizofrenia es una psicosis delirante crónica distinta en principio de las psicosis delirantes agudas; trastorna profundamente las relaciones del enfermo con la realidad y su mundo y, por ello, se diferencia de otros cuadros delirantes crónicos, como los delirios sistematizados y fantásticos. (2)

Adolf Meyer, Harry Stack Sullivan, Gabriel Langfeldt y Kurt Schneider son algunos otros teóricos que también contribuyeron en gran manera al entendimiento de ciertos aspectos de la esquizofrenia. Meyer, el fundador de la psicobiología, creía que la esquizofrenia y otros trastornos mentales eran reacciones a una gran variedad de situaciones estresantes de la vida, y de esta forma llamó al síndrome "reacción esquizofrénica". (2)

Sullivan el fundador de la escuela psicoanalítica interpersonal, señaló el aislamiento social como causa y síntoma de la esquizofrenia. (2)

Ernst Kretschmer mencionaba que la esquizofrenia es más común entre pacientes con somatotipos asténicos, atléticos y displásicos que entre pacientes con somatotipos pínicos, que era más probable que sufriesen trastornos bipolares. (2)

Langfeldt dividió a los pacientes con síntomas psicóticos mayores en dos grupos, los que sufrían verdadera esquizofrenia y los que sufrían una psicosis esquizofreniforme. Subrayó que en la verdadera esquizofrenia se presentaban despersonalización, autismo, embotamiento afectivo, inicio insidioso y sentimientos de desrealización. (2)

Kurt Schneider describió cierto número de síntomas de primer rango que él no consideraba específicos de la esquizofrenia, pero sí de un valor pragmático para hacer el diagnóstico. Mencionó síntomas de primer rango entre los que se encontraban pensamientos audibles, voces que discuten, voces que comentan, pasividad somática, robo y difusión del pensamiento, percepciones delirantes y todas las demás experiencias que incluyen voluntad, afecto e impulsos. Dentro de los síntomas de segundo rango se encontraban otros trastornos de la percepción, ideas delirantes súbitas, perplejidad, cambios de humor de la depresión a la euforia y sentimientos de empobrecimiento emocional. (2)

Karl Jaspers psiquiatra y filósofo, fue el principal promotor del psicoanálisis existencial. Jaspers se acercó a la psicopatología con la idea de que no existían principios fundamentales o esquemas conceptuales uniformes. En sus teorías sobre la esquizofrenia intentó mantenerse libre de los conceptos tradicionales, como sujeto y objeto, causa y efecto, y realidad y fantasía. Un desarrollo específico fue su interés en el contenido de los delirios de los pacientes. (2)

Con el paso del tiempo, la concepción clásica sustancialmente formulada por Kraepelin, se tambalea, debido a que los tres pilares que la soportan se desmoronan (irreversibilidad del defecto postbrote, progresividad hacia un cambio del psiquismo, evolutividad hacia el embrutecimiento) y, además, porque el estado defectual no es específico de la esquizofrenia, pues sigue también a otras psicosis. (2)

Dar una idea de la esquizofrenia exige repasar la crónica del desarrollo de su conceptualización, ya que en ningún otro saber médico se entiende el presente, sin conocer el pasado. La reflexión sobre este pretérito enriquece este juicio jasperiano: "Tenemos la intuición de un conjunto que llamamos esquizofrenia pero no lo aprehendemos, sino que enumeramos innumerables detalles o lo calificamos como imprescindible y cada uno concibe este conjunto sólo en su propia experiencia en el contacto con tales enfermos". (2)

1.2 Características generales de la esquizofrenia

La esquizofrenia es una psicosis caracterizada por la ruptura de la relación del sujeto con el mundo exterior y una marcada regresión. (4)

Aproximadamente el 1% de la población mundial padecen de esquizofrenia y su prevalencia es la misma en hombres y mujeres. Sin embargo se observan diferencias respecto a la edad de inicio y curso. La edad de inicio más frecuente para los hombres es entre los 15 y los 25 años, mientras que para las mujeres es entre los 25 y 35 años de edad. El inicio antes de los 10 años y después de los 50 es muy poco frecuente. (1)

Las personas esquizofrénicas presentan unas tasas de mortalidad por accidentes y por causas naturales mayores que las de la población general. (1)

Diferentes estudios ponen de manifiesto que más del 80% de estos pacientes tienen otras enfermedades médicas concurrentes y más del 50% de estas enfermedades están infradiagnosticadas. (1)

La mayoría de los sondeos realizados indican que más de tres cuartas partes de los pacientes esquizofrénicos fuman, comparados con menos de la mitad del resto de los pacientes psiquiátricos tomados conjuntamente. Esto se ha visto relacionado a que el fumar disminuye los síntomas parkinsonianos asociados a fármacos neurolépticos. (1)

La comorbilidad entre la esquizofrenia y los trastornos relacionados con sustancias es frecuente. Entre un 30% y un 50% de estos pacientes cumplen criterios para el abuso o dependencia de alcohol; y las otras dos sustancias más utilizadas son el cannabis (15% a 25%) y la cocaína (5% a 10%). Los pacientes suelen consumir estas sustancias para experimentar sensaciones placenteras y reducir sus niveles de depresión y ansiedad. (1)

La esquizofrenia ha sido descrita en todas las culturas y grupos socioeconómicos. En los países industrializados se registra un número desproporcionado de esquizofrénicos entre los grupos socioeconómicos más débiles. (1)

La esquizofrenia comprende probablemente un grupo de trastornos con causas heterogéneas y que agrupa a pacientes cuyos síntomas clínicos, respuesta al tratamiento y curso de la enfermedad pueden ser muy variados. (1)

La esquizofrenia es un síndrome con causas, patogenia, síntomas clínicos y respuestas a tratamientos específicos, su evolución es de por vida. (1)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La causa de la esquizofrenia no se conoce. Sin embargo en los últimos años se han observado diversos hallazgos, entre los que son importantes mencionar alteraciones estructurales, tales como el aumento en el volumen de los ventrículos laterales y tercer ventrículo, y aumento de las cisuras interhemisféricas. Todo ello indica una reducción en el parénquima cerebral. (5)

Los ganglios basales también muestran alteraciones. Las lesiones de los ganglios basales, en especial del caudado, afectan mucho el funcionamiento del lóbulo frontal por las interconexiones con esta estructura. Los llamados síntomas negativos o deficitarios del esquizofrénico pueden considerarse como producto de alteraciones en el lóbulo frontal. Más que un trastorno con origen directo, estas alteraciones pueden considerarse como deficiencias en las conexiones entre el cuerpo estriado y este lóbulo. (5)

Para Weinberger, la hipofunción del lóbulo frontal podría explicar la actividad excesiva del componente mesolímbico dopaminérgico. El lóbulo frontal tiene influencia inhibitoria sobre el sistema mesolímbico; cuando esta disminuye, el resultado es una desinhibición del sistema mesolímbico y su hiperactividad. (5)

Uno de los hallazgos neurobioquímicos mejor conocidos en los ganglios basales es que hay un aumento de los receptores dopaminérgicos D2, tanto en el caudado como en el putamen. (5)

En cuanto al sistema límbico, por lo menos seis grupos refieren una disminución en el tamaño amigdalohipocámpico. (5)

Gran cantidad de estudios sugieren de forma constante la existencia de un componente genético en la heredabilidad de la esquizofrenia. Los primeros estudios clásicos sobre este tema realizados en los años 30's, hallaron que es probable que una persona sufra esquizofrenia si están afectados otros miembros de su familia, y que la probabilidad de una persona de sufrir este trastorno está correlacionada con la proximidad de esta relación familiar. Los gemelos monocigóticos presentan la tasa de concordancia más alta. (1)

Las actuales investigaciones genéticas están orientadas hacia la identificación en los árboles genealógicos de las personas afectadas, y el estudio de familias mediante técnicas de fragmentación cromosómica. En estos reportes, más de la mitad de los cromosomas se han visto relacionados con esta enfermedad, pero los brazos largos de los cromosomas 5, 11 y 18; el brazo corto del cromosoma 19, y el cromosoma X han sido los más estudiados. (1, 6)

En la década de los 50's surgió la clorpromacina y con ella una generación de psicofármacos que revolucionó la psiquiatría. (5)

La observación de que estos fármacos tenían efectos colaterales similares al parkinsonismo y que estos se contrarrestaban con anticolinérgicos dio lugar a la especulación de que la actividad de los neurolépticos, como ya se les llamaba, fuera sobre el sistema dopaminérgico. Una idea más concreta es que la esquizofrenia se produce por hiperactividad del sistema dopaminérgico y se contrarresta por el efecto de neurolépticos. En la actualidad se sabe que hay cinco subtipos de receptores dopaminérgicos. (5)

Las neuronas dopaminérgicas no se distribuyen al azar en el sistema nervioso central; existen por lo menos tres sistemas dopaminérgicos bien identificados: el tuberoinfundibular, el nigroestriado y el mesolímbico. El primero se localiza en la eminencia media hipotalámica y se relaciona con funciones de regulación neuroendócrina. El sistema mesolímbico se origina en la región mesencefálica ventrolateral y de allí se conecta con la región "mesial" del sistema límbico que se forma con el núcleo acumbens, el núcleo de la estria terminal, la amígdala, el hipocampo y el núcleo septal lateral. Este aspecto se vincula con algunos aspectos de las emociones y la memoria. Una hipótesis sostiene que la hiperactividad de la dopamina en este sistema es la causa de los síntomas positivos de la esquizofrenia. (5)

El sistema mesocortical dopaminérgico se origina en los segmentos ventromediales del mesencéfalo y de allí se conecta a la neocorteza. Existen informes que apoyan la disminución del flujo sanguíneo de la región prefrontal en la esquizofrenia. Esta región del cerebro a su vez se relaciona con funciones como la motivación, planeación y aspectos cognoscitivos. (5)

Aunque la dopamina es el neurotransmisor que ha recibido mayor atención en la investigación sobre la esquizofrenia, los estudios se van centrando también en otros neurotransmisores. (5)

La serotonina ha concentrado gran parte del interés de las investigaciones en esquizofrenia a partir de que algunos de los llamados antipsicóticos atípicos actúan sobre la serotonina. Se ha indicado que es importante antagonizar el receptor tipo 2 de la serotonina para reducir los síntomas psicóticos y mitigar los trastornos del movimiento relacionados con el antagonismo de los receptores D2. Como también se ha sugerido en la investigación sobre los trastornos del estado de ánimo, la actividad de la serotonina parece estar relacionada con la conducta impulsiva y suicida que también puede observarse en los pacientes esquizofrénicos. (5)

Algunos investigadores han informado que la administración a largo plazo de antipsicóticos disminuye la actividad de las neuronas noradrenérgicas en el locus coeruleus y que los efectos terapéuticos de algunos antipsicóticos pueden tener que ver con su actividad sobre los receptores alfa1 y alfa2. (5)

El neurotransmisor GABA también se ha visto implicado en la fisiopatología de la esquizofrenia. Los datos que se dispone concuerdan con la hipótesis de que algunos pacientes esquizofrénicos presentan una pérdida de neuronas GABA en el hipocampo. Esta pérdida de neuronas puede, en teoría producir una hiperactividad de las neuronas dopaminérgicas y noradrenérgicas. Hasta aquí hemos comentado diversos hallazgos anatómicos, bioquímicos y genéticos de la enfermedad. (5)

Por otro lado con lo que respecta al reconocimiento de la enfermedad. El inicio puede ser insidioso y desconcertante para familiares y conocidos y lo es, inclusive, para el paciente. Con frecuencia se confunde con la crisis de la adolescencia y con un cuadro de depresión en respuesta a situaciones vitales. (7)

Sólo hasta la irrupción de los síntomas psicóticos o la exageración de cambios de conducta es que las personas alrededor del paciente llegan a sospechar la patología. (7)

Los elementos que conforman el cuadro clínico de la esquizofrenia son los siguientes:

- 1. Alteraciones de la sensopercepción, principalmente alucinaciones auditivas escuchadas como varias voces que conversan entre si y se refieren al paciente en tercera persona.**
- 2. Alteraciones formales del pensamiento, principalmente ideas delirantes de daño.**
- 3. Alteraciones en el discurso, desde los "descarrilamientos" en la conversación hasta la franca incoherencia.**
- 4. Descuido en el arreglo personal, fallas graves en la higiene y el aseo.**
- 5. Descuido o abandono de las actividades habituales.**
- 6. Aislamiento frente al grupo familiar y el resto de su entorno social. (7)**

Se han hecho listas respecto de cambios en el comportamiento del paciente que el médico habrá de considerar para el diagnóstico, sobre todo en aquellos casos de inicio insidioso. Estos datos son importantes de ser interrogados a los familiares o será aconsejable llamar la atención sobre ellos para que las personas que tratan al posible paciente las investiguen.

- 1. Dificultad para dormir; horarios de sueño-vigilia alterados.**
- 2. Retraimiento social, aislamiento e indiferencia.**
- 3. Deterioro de las relaciones sociales.**
- 4. Alternancia de períodos de hiperactividad con hipoactividad.**
- 5. Dificultad para concentrarse, notable dificultad para tomar decisiones.**
- 6. Preocupación inusual por cuestiones religiosas o por el ocultismo.**
- 7. Hostilidad, desconfianza y temores.**

8. Reacción exagerada a la desaprobación familiar.
9. Deterioro de la higiene personal.
10. Frecuentes viajes a pie sin razones claras.
11. Escribir excesivamente o hacer pinturas infantiles sin una razón.
12. Reacciones emocionales poco comunes.
13. Aplanamiento afectivo, mirada fija inexpresiva.
14. Sensibilidad inusualmente incrementada a los estímulos.
15. Percepción de sabores y olores de manera distinta.
16. Uso peculiar de palabras o de la estructura de lenguaje.
17. Conducta extravagante. (7)

Ninguno de estos cambios aislados son suficientes para hacer el diagnóstico de esquizofrenia. Además son significativos cuando no existe una explicación para ellos. (7)

A diferencia de otros padecimientos psiquiátricos, la esquizofrenia rara vez permite al paciente una recuperación completa. Su condición se deteriora por lo que es frecuente el abandono de la actividad previa y aún rehabilitado su condición social disminuye de nivel. El estudiante universitario pocas veces completa sus estudios y el profesionista puede trabajar de mozo. Entre menor es la edad de comienzo y más bajo el nivel escolar las deficiencias sociales serán más acentuadas. Con frecuencia no forma una familia, escasamente se hace de una pareja y es común que dependa de alguien más. Su vida social es escasa, se le dificultan las relaciones personales y en ocasiones conserva alguno de los síntomas de la fase aguda, como las alucinaciones auditivas o las ideas de referencia entre otras de las que mencionamos anteriormente. (7)

Dentro de la esquizofrenia tenemos cinco subtipos de los cuales presentan diversas manifestaciones clínicas las cuales mencionamos a continuación.

1. Paranoide. Lo que predomina son los delirios relativamente estables y sistematizados que pueden acompañarse de alucinaciones. Aún cuando generalmente son delirios de tipo persecutorio, pueden revestir otras formas, como delirios de celos, grandiosidad, de misión mesiánica o de metamorfosis corporal. Desde el inicio el trastorno del pensamiento puede ser masivo y el aplanamiento del afecto severo, lo que inevitablemente conduce a una mala comunicación con los demás. Sin embargo, con frecuencia el deterioro es sólo relativo y el paciente es capaz de mantener cierto contacto social y algún grado de funcionalidad. Este síndrome se inicia más tardíamente, tiene mejor pronóstico y responde bien al tratamiento farmacológico.

2. Desorganizada o hebefrénica. Las alteraciones en la esfera afectiva son más marcadas que en la esfera perceptual. Si hay ideas delirantes y/o alucinaciones son muy fragmentadas.

El afecto es caprichoso, inadecuado y expresado con frecuencia por risas inmotivadas; la conducta es impredecible; hay muecas, manierismos y frases reiterativas. El comportamiento impresiona como simplista, sin sentido, ni contenido. Esta forma clínica se inicia más tempranamente que los otros tipos.

3. **Catatónica.** Se caracteriza por manifestaciones psicomotoras: hiperquinesia, estupor, obediencia automática y negativismo; manierismos, posturas forzadas mantenidas por largos periodos. La flexibilidad cérica es una anomalía en la que el examinador puede modelar la postura del enfermo en posiciones que tiende a mantener, aún cuando la fuerza externa haya cesado. Este síntoma es poco frecuente, pero cuando se presenta es patognomónico. El mutismo y el estupor son comunes y con frecuencia son interrumpidos por brotes de excitación que pueden ser inesperados. El paciente requiere ser cuidado y protegido. Aparentemente la prevalencia de este síndrome ha disminuido en las últimas décadas.

4. **Simple o indiferenciada.** El diagnóstico de este síndrome es de exclusión, ya que se trata de pacientes que reúnen criterios diagnósticos de esquizofrenia, pero no corresponden claramente a ninguno de los tipos anteriores señalados. En estos pacientes, el desarrollo de los síntomas es insidioso y menos obviamente psicótico. A la larga, se presenta una disminución considerable en el rendimiento total y un empobrecimiento social que lleva al vagabundeo egocéntrico, perezoso y sin rumbo.

5. **Residual.** Se trata de estados generalmente crónicos, en los que aparecen fragmentos sintomáticos de una esquizofrenia ya desaparecida: huellas de trastornos en el pensamiento, aplanamiento afectivo y en algunos casos delirios muy circunscritos que pueden no causar serios trastornos de conducta. Estos estados quedan como residuo de uno o varios episodios activos en los que hubo síntomas psicóticos evidentes. La esquizofrenia residual puede ser compatible con una vida relativamente autónoma en el seno de la familia y la sociedad. (4, 8)

Al considerar el tratamiento deben tenerse en cuenta tres observaciones fundamentales sobre la esquizofrenia. Primero, al margen de la causa, la esquizofrenia aparece en la vida de un individuo con un perfil familiar, social y psicológico propio. El tratamiento debe ajustarse al modo en que el paciente se ve afectado por su trastorno y diseñarse de forma que se pueda ayudar a este paciente en particular. Segundo, el hecho de que la tasa de concordancia entre gemelos monocigóticos sea del 50% ha llevado a numerosos investigadores a sugerir que factores ambientales y psicológicos desconocidos, han contribuido al desarrollo del trastorno. Así del mismo modo que se utilizan fármacos para corregir los presuntos desequilibrios químicos, deben aplicarse estrategias no farmacológicas dirigidas a cuestiones no biológicas. (1)

Tercero, la esquizofrenia es un trastorno complejo y un solo abordaje terapéutico raramente es suficiente para tratar de forma satisfactoria este trastorno multifacético. (1)

Aunque los fármacos antipsicóticos son la piedra angular del tratamiento, las diferentes investigaciones ponen de relieve que las intervenciones psicosociales pueden aumentar la mejoría clínica. (1)

Las terapias psicosociales deben integrarse cuidadosamente en el régimen de tratamiento farmacológico y deben de ayudar a este último. (1)

La mayoría de los pacientes se benefician del uso combinado de antipsicóticos y tratamientos psicosociales. (1)

1.3 Suicidio en esquizofrenia

Muchos esquizofrénicos ponen fin a sus días mediante un acto suicida, hecho sobre el que Bleuler advirtió debidamente: "El impulso hacia la comisión es el síntoma más serio" de los de la enfermedad. Constituye un motivo de zozobra en la relación con estos pacientes, pues aunque no sea absolutamente cierto que el suicidio de los esquizofrénicos resulta incomprensible, ilógico y, sobre todo, imprevisible, malamente cabe anticiparlo en cada caso concreto salvo, tal vez, si existieron intentos previos. (2)

En ocasiones un intento de suicidio constituye el primer síntoma de la enfermedad. La literatura está plagada de informes contradictorios, sobre todo a partir de los años sesenta, en que se produjo una oleada de estudios norteamericanos en torno al tema. (2)

Los esquizofrénicos constituyen un grupo de alto riesgo suicida, discretamente inferior al propio de los trastornos afectivos y este riesgo alcanza tanto a los períodos de descompensaciones agudas como en las remisiones. (9)

Planaksky y Johnson (1971), y posteriormente Miles (1977), por citar algunos autores, encuentran suicidio consumado en un 10% de los pacientes y tentativas en cerca del 50%, datos referidos a los cinco primeros años de evolución de la psicosis, desde que es identificada. Cifras considerablemente menores se encuentran por ejemplo, en Niskanen (1972); más elevadas en Haas (1989). (2)

Son muy numerosos los casos en que, a posteriori, puede inducirse que un suicidio culminó un proceso psicótico no identificado, suicidio de gente joven, inexplicable, que obedece probablemente a la tortura interna que nadie, ni los familiares más próximos, sospechan. (2)

Infundadamente, a menudo se ha especulado sobre las características brutales en la forma de estos suicidios, aunque sí es cierto que muchas veces se producen con "una crueldad elegida" (Wyrsh). (2)

El suicidio parece más frecuente en los varones (según Roy, 1982, el 80%), en los cinco primeros años de la enfermedad (la cuarta parte durante la hospitalización y un 50% antes de los tres meses de recibir el alta), en una edad media que se sitúa alrededor de los 26 años (10, 11). Hay autores que lo aproximan más al momento del egreso hospitalario (Yarden, 1974, el 40% en la primera semana). Con frecuencia el suicidio se produce al atenuarse la sintomatología clínica. (12)

Hay muchas razones para ello, ante todo las patológicas, el estado mental mórbido, la vivencia de cambio de significado, despersonalización, etcétera, injertadas en la peculiar estructura de la depresión esquizofrénica, hecho señalado por Kraepelin, Schneider, Bleuler, Conrad, entre otros. (2)

A veces los enfermos sienten que el destino de las personas y del mundo depende de ellos y reciben toda suerte de inefables mensajes y enigmáticos avisos; sobrevaloran en suma, los efectos de su pensar y se sienten culpables de grandes tragedias, irremisiblemente abocados a la expiación, o indeclinables protagonistas de un desagravio. (2)

En otros casos la conducta suicida es una descarga de la intensa angustia psicótica. Estas formas, las más aparentemente inmotivadas e ilógicas, surgen como un raptus y cursan general embebidas en un pánico psicótico. A ello se añaden las motivaciones propias de un paciente que se siente y sabe severo enfermo crónico con dificultades de integración, ingresos repetidos, falta de proyectos, fracasado en las expectativas, etcétera. (2)

"El hombre psicótico puede enfrentarse también, en tanto que persona, a la psicosis. Pueden así surgir suicidios que tienen su raíz en lo extrapsicótico, en aquello que ha permanecido aún sano durante la psicosis y junto a ella"(Kurt Schneider). (2)

A nadie sorprenderá, pues, que como se dijo atrás, con alguna frecuencia la conducta suicida se desencadene al atenuarse la sintomatología clínica y, también, cuando se producen rupturas terapéuticas, esto es, en los momentos en que por recibir el alta hospitalaria u otras circunstancias el paciente ha de cambiar de psiquiatra. (2)

En las prolongadas etapas prodrómicas el ánimo deprimido se imbrica con la angustia que producen las vivencias de despersonalización o de disociación. (2)

Si bien todas las formas clínicas implican un riesgo (por ansiedad, angustia, sentimientos de culpa, autoacusación, etcétera) la paranoide parece especialmente peligrosa en razón de la temática delusiva (holocausto, expiación, persecución, racionalismo mórbido, etcétera). (2)

Estudios realizados durante los últimos 30 años sugieren de manera importante que la depresión se encuentra asociada en los pacientes esquizofrénicos que cometen suicidio. Dentro de los estudios que reportan la presencia de depresión en pacientes esquizofrénicos suicidas se mencionan los siguientes: Levy y Southcombe (1953), 25.2% (13), Cohen (1964), 70% (14), Warnes (1968), 75% (15), Yarden (1974), 65% (12), Virkkunen (1974), 69.5 % (2), Cheng (1982), 100% (2), Roy (1982), 53.3% (10), Drake (1984), 80 % (16), Allebeck (1987), 12.5%. (17)

El total de pacientes que fueron valorados en estos nueve estudios fueron 270, de los cuales se obtuvo un promedio de 59.3% de esquizofrénicos suicidas que se encontraban cursando con un episodio depresivo.

Roy (1982), incluye como factores de riesgo ser de sexo masculino, joven y haber cursado con algún evento depresivo en el pasado, especialmente en su último período hospitalario. (10, 11)

Drake (1984) encontró que además de ser hombres jóvenes presentaban numerosas exacerbaciones y remisiones de su sintomatología, lo cual condicionaba frecuentes internamientos (7 internamientos en 8 años de enfermedad), además de encontrar en estos pacientes sintomatología depresiva (80 %), desesperanza (60 %), ideación suicida en el (73 %), pacientes que vivían solos (60 %) y que tenían un alto nivel escolar (73%). (16)

Alrededor del 75 % de los esquizofrénicos que se suicidan son hombres solteros. (2)

Aproximadamente el 50% han realizado un intento previo. Se asocian síntomas depresivos a estos suicidios. (1)

Un pequeño porcentaje se suicida por órdenes dadas por alucinaciones o por escape a delirios persecutorios. Más del 50% de los suicidios entre estos pacientes suceden durante las primeras semanas o meses después de haber sido dados de Alta del Hospital. (1)

Los factores de riesgo incluyen:

- 1) Juventud.**
- 2) Masculino**
- 3) Primera década de evolución de la enfermedad.**
- 4) Alto nivel de funcionamiento premórbido.**
- 5) Conducta impulsiva.**
- 6) Presencia de múltiples recaídas.**
- 7) Comorbilidad con trastornos afectivos.**
- 8) Estado civil soltero.**
- 9) Desempleado. (2)**

En consecuencia las víctimas de suicidio probablemente son hombres, solteros, sin empleo, socialmente aislados que viven una adversidad, por lo que tienden a desanimarse, experimentando sentimientos de desesperanza e impotencia, un estado de ánimo deprimido, en el cual presentan ideas suicidas que finalmente pueden llevar a cabo (3). Cabe mencionar que los pacientes esquizofrénicos que se suicidan no encajan en el perfil demográfico habitual del riesgo suicida. Por ello es necesario una minuciosa evaluación clínica de la ideación suicida.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al igual que otros trastornos psiquiátricos, no existen métodos para predecir el suicidio en casos individuales de esquizofrenia. No obstante señalan los autores, las investigaciones han logrado caracterizar a los sujetos de mayor riesgo. Los factores de riesgo incluyen:

- 1) Juventud
- 2) Género masculino
- 3) Primera década de evolución de la enfermedad
- 4) Alto nivel de funcionamiento premórbido
- 5) Conducta impulsiva
- 6) Estado civil soltero
- 7) Desempleo
- 8) Múltiples recaídas
- 9) Comorbilidad con trastornos afectivos. (2)

Aunque se sabe que los individuos que cometen suicidio suelen tener antecedentes de por lo menos un intento previo y sintomatología depresiva, el valor predictivo de estos marcadores es controvertido. (2)

Los factores de riesgo demográfico y clínicos para el suicidio identifican a una numerosa población de individuos, muchos de los cuales presentarán mayor riesgo a lo largo de años de tratamiento en ámbitos comunitarios. (3)

Indicadores clínicos más específicos pueden desarrollarse a través de una comprensión más profunda del intervalo de mayor riesgo en base a cada uno de los factores. (3)

Los pacientes esquizofrénicos constituyen el 1% de la población mundial. El conocimiento de los factores de riesgo para la presencia de intentos de suicidio en nuestra población es necesario para el establecimiento de medidas preventivas en este grupo de pacientes. La mayor parte de las estrategias de manejo psiquiátrico se encuentran dirigidas a aspectos sintomáticos y son pocos los diseños de rutas críticas para el manejo preventivo. (7)

III. JUSTIFICACIÓN

El riesgo de suicidio en pacientes psiquiátricos es de 3 a 12 veces mayor que en la población general. Casi el 95% de los pacientes que se suicidan o han tenido un intento padecen de un trastorno mental diagnosticado. (18)

En pacientes con intento suicida, los trastornos depresivos se presentan en un 80%, la esquizofrenia en el 10% y las demencias en el 5%. Los pacientes que sufren de depresión psicótica tienen el mayor riesgo de suicidio. (1)

El suicidio es una causa de muerte frecuente entre pacientes esquizofrénicos, 50% de ellos intentan suicidarse por lo menos una vez en la vida y un 10% efectúa una tentativa suicida exitosa. (1)

Los intentos de suicidio son una complicación frecuente en la población de pacientes esquizofrénicos del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. Sin embargo son pocos los estudios que describen las características de estos pacientes en función del riesgo suicida. Por tal motivo resulta importante conocer tanto las características sociodemográficas, como aspectos clínicos de los pacientes esquizofrénicos que presentan conductas autodestructivas. Dicha situación brindará una ayuda oportuna a estos individuos que por condiciones propias de su enfermedad contemplan el suicidio como su mejor y única forma de solucionar sus problemas.

IV. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Detectar los posibles factores de riesgo en pacientes esquizofrénicos con intento suicida en comparación con pacientes esquizofrénicos sin antecedentes de intento suicida internados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

4.2 Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas de pacientes esquizofrénicos con intento suicida.**
- Describir las características clínicas de pacientes esquizofrénicos con intento suicida.**
- Comparar las características sociodemográficas de pacientes esquizofrénicos con intento suicida con pacientes esquizofrénicos sin antecedentes de intento suicida.**
- Comparar las características clínicas de pacientes esquizofrénicos con intento suicida con pacientes esquizofrénicos sin antecedentes de intento suicida.**

V. METODOLOGÍA

Se trata de un procedimiento de tipo prospectivo y comparativo. Se considera a 60 pacientes internados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, que cubran los criterios diagnósticos para Esquizofrenia CIE-10 (OMS) (19). 30 de ellos con intento suicida como causa de su actual internamiento y 30 sin antecedentes de intento suicida. En ambos casos se con un familiar responsable que se compromete a colaborar durante este procedimiento.

Se captó un grupo experimental y un grupo control para comparar variables sociodemográficas y clínicas que representan un factor de riesgo de intento suicida en pacientes esquizofrénicos.

Se realizó una entrevista clínica para determinar aquellos pacientes que cubran los criterios diagnósticos para esquizofrenia. Posteriormente se aplicó un cuestionario "ad hoc" a pacientes y familiares con variables que son consideradas por la literatura como factores de riesgo de intento suicida. Se aplicó escala de PANSS para valorar la severidad de los síntomas de esquizofrenia (20, 21), Escala de Calgary (21, 22, 23), Índice de depresión de Beck (21, 24) para determinar la posible comorbilidad de depresión, Escala de Barnes (21, 25) para acatisia y Escala de DiMascio (21, 26, 27, 28) para evaluación de síntomas extrapiramidales en estos pacientes.

El estudio se realizó por un solo investigador del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. Se evaluó a pacientes que se encontraban internados en el servicio de UMQAIP (Unidad Médica y Quirúrgica de Atención Intensiva en el Paciente) del Hospital, quienes ingresaban por intento suicida con criterios diagnósticos de esquizofrenia y un grupo control de pacientes esquizofrénicos internados en el área de hospitalización continua sin antecedentes suicidas. Tras la obtención de los datos anteriormente mencionados se realizó un análisis estadístico con asistencia del programa SPSS para Windows y así determinar frecuencias obtenidas de las claves nominales del cuestionario, media y desviación estándar de variables descriptivas. Se utilizó U de Mann-Whitney para determinar las diferencias significativas de las variables en escalas aplicadas a grupos experimental y control . Se determinó riesgo relativo aproximado (OR) para depresión , acatisia y variables clinicodemográficas mencionadas en la literatura en grupo experimental y control (29). Se redactaron resultados con el apoyo de gráficas y tablas para representar los datos obtenidos por medio del análisis y se determinaron las conclusiones de dicho procedimiento.

5.1 Grupo experimental

Criterios de inclusión: Pacientes de cualquier sexo de 18 a 54 años de edad que cubran los criterios de esquizofrenia CIE-10 (OMS) que hayan sido internados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez por intento suicida y que cuenten con un familiar que colabore en el procedimiento.

Criterios de exclusión: Pacientes que cursen con un diagnóstico distinto a Esquizofrenia. Pacientes que tengan evidencia de algún dato de organicidad.

5.2 Grupo control

Criterios de inclusión: Pacientes de cualquier sexo de 18 a 54 años de edad que cubran los criterios para esquizofrenia CIE-10 (OMS), que hayan sido internados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez sin cursar con intento suicida y que cuenten con un familiar que colabore en el procedimiento.

Criterios de exclusión: Pacientes que tengan un diagnóstico distinto a esquizofrenia. Pacientes que tengan evidencia de algún dato de organicidad. Pacientes que durante la evolución del padecimiento hayan presentado algún intento suicida.

VI. RESULTADOS

La población estudiada incluyó a 60 pacientes esquizofrénicos, los cuales presentan una edad promedio de 30 +/- 8 en un rango de 18 a 51 años. Entre estos se consideró a 41 (68%) hombres y 19 (32%) mujeres. De estos 30 presentaban intento suicida, 19 (63%) hombres y 11 (37%) mujeres, como es representado en la Gráfica I. La edad promedio de pacientes con intento suicida es 29 +/- 7 en un rango de 18 a 51 años.

El subtipo de esquizofrenia más común en estos pacientes fue la paranoide 43 (72%), seguida de indiferenciada con 12 (20%) y 5 (8%) presentaban diagnóstico de esquizofrenia hebefrénica o desorganizada. En lo que respecta a pacientes con intento suicida observamos que 21 (70%) eran paranoides y 9 (30%) presentaban esquizofrenia indiferenciada.

Del total de la población estudiada 46 (77%) eran solteros, 6(10%) separados, 5 (8%) casados, 2 (3%) divorciados y 1 (2%) vivía en unión libre. Sin embargo 56 (93%) pacientes no tenían actual pareja sexual; de ellos 3 (5%) referían ser homosexuales, mientras que de los 4 restantes que tienen en la actualidad pareja, 2 (3%) son pacientes que han presentado intento suicida. El estado civil en pacientes con intento suicida se observa en la Gráfica II.

La religión que practicaban reflejó que 49 (82%) eran católicos, 4 (7%) cristianos, 3 (5%) ateos, 2 (3%) pertenecían a otras religiones derivadas del cristianismo, 1 (2%) testigo de jehová y 1 (2%) evangelista.

La situación laboral de estos pacientes indica que 50 (83%) son desempleados y sólo 10 (17%) trabajan en la actualidad.

En la educación 19 (32%) estudiaron preparatoria, 15 (25%) primaria, 13 (22%) secundaria, 7 (12%) son analfabetas y sólo 6 (10%) han recibido educación profesional.

Dentro de los antecedentes familiares, estos pacientes provienen 45 (75%) del medio urbano, 8 (13%) suburbano y 7 (12%) rural. De este tipo de familias 28 (47%) eran nucleares, 28 (47%) desintegradas, 2 (3%) fragmentadas y 2 (3%) eran madres solteras. Las características de funcionalidad se expresa de la siguiente manera; 48 (80%) eran disfuncionales y 12 (20%) funcionales. Del grupo de pacientes con intento suicida se encontró que 26 (87%) eran familias disfuncionales y solo 4 (13%) funcionales y representa un OR = 2.3. El estrato socioeconómico se ve representado en la tabla I.

En los antecedentes patológicos heredofamiliares del total de pacientes, 42 (70%) no presentan antecedentes psiquiátricos, mientras que 18 (30%) lo presentan en familiares de primer grado.

En los pacientes con intento suicida 20 (67%) no presentan antecedentes psiquiátricos y 10 (33%) tienen antecedentes familiares de tipo psicótico.

En los antecedentes personales encontramos que 59 (98%) de los pacientes no presentaron riesgo de aborto o parto prematuro y solo 1 (2%) presentó este acontecimiento antes de su nacimiento. Otro dato importante es el bajo peso al nacer que se presentó en 13 (22%) del total de pacientes esquizofrénicos, mientras que 47 (88%) no presentaron esta situación. Dentro del grupo de pacientes con intento suicida 8 (27%) presentaron bajo peso al nacer y 22 (73%) no presentaron dicha disminución.

Un factor que también es importante considerar son las adicciones. Del total de pacientes valorados 34 (57%) referían no fumar, y 26 (43%) mencionaron fumar por lo menos 5 cigarrillos al día. El alcoholismo es encontrado en 31 (52%), mientras que 29 (48%) referían no tomar alcohol desde hace por lo menos un año. En pacientes con intento suicida el consumo de alcohol se observó en 16 (53%) y 14 (47%) no consumían actualmente. La relación de consumo de otras sustancias lo podemos observar en la tabla II.

Dentro de los motivos de consulta observamos que 30 (50%) pacientes fueron llevados por sus familiares al servicio de urgencias del hospital por haber presentado intento suicida, 17 (28%) presentaron errores de juicio y conducta, 6 (10%) negativismo a la toma de medicamentos, 5 (8%) heteroagresividad y 2 (3%) exacerbación de sintomatología de predominio positiva. En dicho servicio se observó que en el total de pacientes, el promedio de evolución de la enfermedad es de 6.7 +/- 6.3 años, presentando en ese tiempo un promedio de 3 +/- 4 internamientos previos. En los pacientes que presentaban intento suicida se observaba un tiempo de evolución de 6.8 +/- 5.9 años, y de los pacientes que habían presentado por lo menos un internamiento previo 20 (67%), presentaban un promedio de 4 +/- 5 hospitalizaciones y un intervalo entre estas de 18.8 +/- 17 meses.

Así mismo los pacientes que habían ingresado por intento suicida presentaban un promedio 20 +/- 23 días de estancia, mientras que para pacientes sin antecedente suicida era de 6 +/- 14 días. A su egreso considerando el total de pacientes se presentaba un promedio de 4 +/- 4 recaídas, mientras que para los pacientes con intento suicida era de 5 +/- 5. Dentro de estas recaídas 14 (47%) de los pacientes suicidas han presentado un intento previo.

En este último internamiento los pacientes con intento suicida refirieron que dicho evento fue condicionado por contenido alucinatorio en 11 (37%), alteraciones en el pensamiento 9 (30%), sintomatología depresiva 9 (30%) y por efectos secundarios al medicamento en sólo 1 (3%), esto se observa en la Gráfica III.

La edad en promedio en que estos pacientes presentaron su primer intento suicida fue 25 +/- 7 en un rango que va desde los 15 hasta los 40 años de edad.

El método de elección de estos pacientes es en primer lugar el ahorcamiento 13 (43%), arma blanca 7 (23%), envenenamiento 5 (17%), arma de fuego 2 (7%), salto al vacío 1 (3%), ingesta de pastillas 1 (3%) y otros métodos como prenderse fuego con gasolina 1 (3%), estos datos se observan en la Gráfica IV. Algo importante que mencionar es que en todos estos casos no hubo aviso previo a familiares.

En la aplicación de la escala de PANSS se correlacionaron valores entre ambas poblaciones de estudio. En pacientes con intento suicida se observaron las siguientes calificaciones; subescala positiva 22.9 +/- 6.1, subescala negativa 25.8 +/- 4.8, subescala de psicopatología general 41.9 +/- 6.4 y total 90.6 +/- 11.6. Mientras que para pacientes sin antecedentes suicidas se reportaron; subescala positiva 21.3 +/- 4.7, subescala negativa 26.1 +/- 4.6, subescala de psicopatología general 40.6 +/- 6.9 y total 88.1 +/- 12.2.

Al comparar el grupo experimental con el control se observaron los siguientes diferencias; subescala positiva ($p < .2270$) subescala negativa ($p < .9056$), subescala de psicopatología general ($p < .4369$) y total ($p < .2085$). Dentro de la misma escala se encontraron variables como falta de juicio y discernimiento ($p < .0001$), conducta alucinatoria ($p < .0182$), atención deficiente ($p < .0267$), ansiedad ($p < .0087$) y depresión ($p < .0029$) que presentaron una diferencia significativa.

Con lo que respecta a la depresión 32 (53%) de los pacientes no presentaban dicha sintomatología, mientras que 28 (47%) se encontraban cursando con algún grado depresivo. Esto representa un OR = 5.4. En pacientes con intento suicida se observó que 20 (67%) se encontraban deprimidos y solamente 10 (33%) no presentaban depresión.

Los datos anteriores fueron obtenidos con a la aplicación de escalas de Beck y Calgary, encontrándose en la primera que pacientes con intento suicida presentaron un promedio de 27.9 +/- 18.3 puntos y en pacientes sin antecedentes suicidas 11.6 +/- 9.1 mostrándose una diferencia significativa ($p < .0006$) en la severidad de la depresión entre los grupos.

En la evaluación de Calgary pacientes con intento suicida presentaron un promedio de 12.6 +/- 7.9 y en pacientes sin antecedentes suicidas 4.5 +/- 4.3 con una diferencia significativa ($p < .00001$) en la severidad de depresión en pacientes esquizofrénicos.

El grado de depresión de los pacientes se observa en la tabla III. Mientras que la relación por sexo la encontramos en la tabla IV

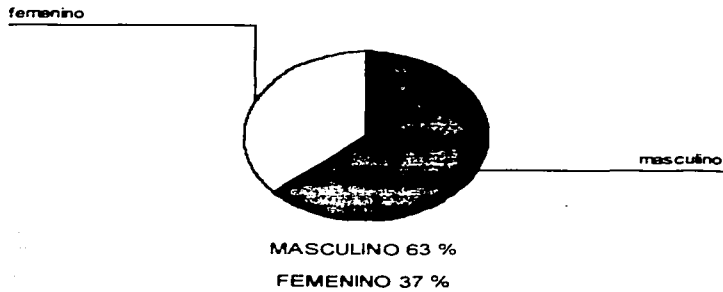
Por último observamos que otro factor de importancia es la acatisia presentada en pacientes con intento suicida con valores promedio de 1.5 +/- 1.1 puntos en la escala de Barnes y para pacientes sin antecedentes suicidas de 0.9 +/- .9 con una diferencia significativa ($p < .0412$) y representando un OR = 2.6.

En la tabla V se observa el grado de acatisia de todos los pacientes.

GRAFICA I

N = 30

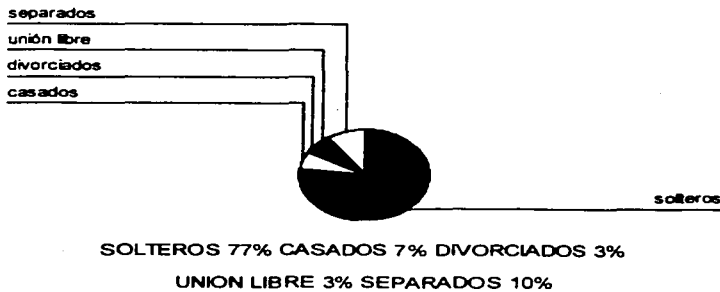
RELACION DE SEXO EN PACIENTES CON INTENTO SUICIDA



GRAFICA II

N = 30

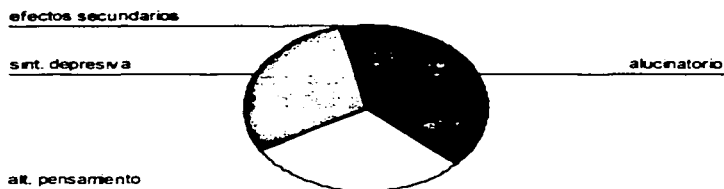
ESTADO CIVIL EN PACIENTES CON INTENTO SUICIDA



GRAFICA III

N = 30

CARACTERISTICAS DE IDEACION SUICIDA

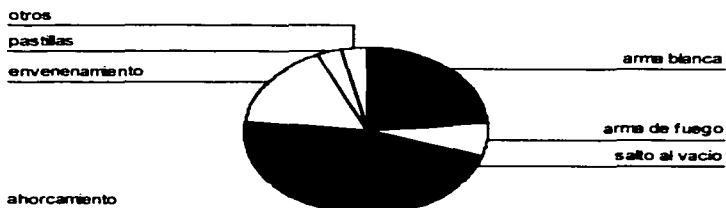


ALUCINATORIO 37% CONTENIDO DEL PENSAMIENTO 30%
SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA 30% EFECTOS SEC. MEDICAMENTOS 3%

GRAFICA IV

N = 30

METODO DE ELECCION PARA INTENTO SUICIDA



AHORCAMIENTO 43% ARMA BLANCA 23% ENVENENAMIENTO 17%
ARMA DE FUEGO 7% SALTO AL VACIO 3% PASTILLAS 3% OTROS 3%

TABLA I

ESTRATO SOCIOECONOMICO

NIVEL	GRUPO EXPERIMENTAL (número de pacientes)	GRUPO CONTROL (número de pacientes)
ALTO	0	0
MEDIO ALTO	0	2 (3%)
MEDIO	4 (7%)	6 (10%)
MEDIO BAJO	9 (15%)	9 (15%)
BAJO	17 (28%)	13 (22%)

TABLA II

CONSUMO DE DROGAS

PARTICIPACION EN ESTUDIO	NO CONSUMEN	CANNABIS	COCAINA	SOLVENTES	DOS O MAS
GRUPO EXPERIMENTAL (numero de pacientes)	24(40%)	2 (3%)	2 (3%)	1 (2%)	1 (2%)
GRUPO CONTROL (número de pacientes)	24(40%)	3 (5%)	0	1 (2%)	2 (3%)
TOTAL	48	5	2	2	3
PORCENTAJE	80%	8%	3%	3%	5%

TABLA III

GRADO DE DEPRESION

GRADO	GRUPO EXPERIMENTAL (número de pacientes)	GRUPO CONTROL (número de pacientes)
LEVE	0	1 (2%)
MODERADO	4 (7%)	5 (8%)
GRAVE	16 (27%)	2 (3%)

TABLA IV

DEPRESION EN RELACION A SEXO

SEXO	GRUPO EXPERIMENTAL (número de pacientes)	GRUPO CONTROL (número de pacientes)
MASCULINO	13 (22%)	6 (10%)
FEMENINO	7 (12%)	2 (3%)

TABLA V

GRADO DE ACATISIA

GRADO	GRUPO EXPERIMENTAL NUMERO DE PACIENTES	GRUPO CONTROL NUMERO DE PACIENTES
AUSENTE	9 (15%)	16 (27%)
CUESTIONABLE	3 (5%)	1 (2%)
LEVE	13 (22%)	13 (22%)
MODERADO	4 (7%)	0
MARCADO	1 (2%)	0
SEVERA	0	0

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

VII. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio muestran que los pacientes que con mayor frecuencia se presentan en el servicio de urgencias de un hospital psiquiátrico son de sexo masculino, durante los primeros años de evolución de la enfermedad, como lo es en este caso, antes de los tres primeros, mencionando el primer intento alrededor de los 25 años. Estos datos coinciden con los reportados anteriormente por Planaksky y Johnson (1971), Miles (1977) y Roy (1982), entre otros. Este último menciona que alrededor del 80% de los pacientes esquizofrénicos son hombres con una media de edad de 26 años que presentaron su primer intento suicida durante los primeros 5 años de evolución de su enfermedad. También se ha mencionado con frecuencia en la literatura que el paciente esquizofrénico que tiene un intento suicida es soltero y vive solo; Drake es uno de los primeros autores en mencionarlo durante 1984. En este estudio encontramos que la mayoría de los pacientes eran solteros y casi todos carecían de una actual pareja sexual. Sin embargo todos contaban con un familiar que vivía con ellos.

Las familias de estos pacientes provenían en su mayoría de zona urbana, pero algo que se encontró fué la disfuncionalidad que en ellas imperaba, presentando un OR = 2.3 y muestra que los pacientes que provienen de una familia disfuncional tienen un riesgo 2 veces mayor de presentar un intento suicida. Una situación similar se presentó en estudios no controlados, pero referidos por Pulver en 1992. Este tipo de familias es importante reconocerlas, ya que pueden incrementar de manera significativa el estrés emocional que para una persona con vulnerabilidad para la esquizofrenia puede ser difícil de soportar. (30)

Los datos heredofamiliares muestran que la mayor parte de pacientes esquizofrénicos en el estudio no tienen antecedentes de la enfermedad y se encontró que alrededor de una cuarta parte de los pacientes con intento suicida presentaban bajo peso al nacer.

En el abuso de sustancias los datos de este estudio, coinciden con el consumo de alcohol que actualmente aparece en la literatura contemplado entre el 30% y 50% en pacientes esquizofrénicos. Sin embargo el tabaquismo muestra resultados mucho menores a los referidos en la actualidad, el cual se refiere a un consumo de tres cuartas partes de esta población. El consumo de otras sustancias se observa en el 10% de los esquizofrénicos de este estudio siendo lo más común el cannabis seguido por la cocaína y solventes.

Los pacientes frecuentemente son llevados al servicio de urgencias del hospital, por realizar actos de auto y/o heteroagresión importante.

Dentro de los pacientes con intento suicida se observó que el método más empleado era el de ahorcamiento, seguido por el de arma blanca. Esta situación nos hace ver que dichos métodos son de alta letalidad y que es importante relacionarlos con la cantidad de suicidios consumados en pacientes del sexo masculino, quienes fueron los que en mayor número fueron captados en este estudio.

Otra situación de importancia es que los pacientes esquizofrénicos que fueron llevados al servicio de urgencias por intento suicida, han presentado un mayor número de recaídas y hospitalizaciones que los pacientes esquizofrénicos sin dicho antecedente como ya lo mencionaba Drake (1984).

Los pacientes esquizofrénicos que tuvieron un intento suicida cursaron con un mayor tiempo de estancia hospitalaria que aquellos que eran internados por alguna otra causa, siendo diagnosticados a su ingreso con esquizofrenia paranoide en su mayoría. Esto implica un riesgo especial debido a la temática que este subtipo presenta como es la expiación, holocausto, persecución y racionalismo mórbido.

La justificación a estos internamientos prolongados es que por observaciones previas la conducta suicida se desencadena al atenuarse la sintomatología clínica, en donde el paciente se encuentra con un padecimiento crónico y pocas expectativas a futuro. Otro evento observado es que al existir rupturas terapéuticas se desencadena dicha conducta, creando del internamiento un factor protector del paciente.

Dentro de las causas más comunes que el paciente refiere para la presentación del intento suicida, son las alteraciones de tipo alucinatorio, seguido por síntomas depresivos y alteraciones en el contenido del pensamiento. Sin embargo los resultados muestran que la mayoría de los pacientes que presentaron un intento suicida tenían algún grado de depresión el cual era en su mayoría de intensidad grave, y sólo en algunos moderada. Los resultados mostraron un $OR = 5.2$ y expresa que un paciente esquizofrénico con depresión tiene un riesgo cinco veces mayor de presentar un intento suicida con respecto a los pacientes que no cuentan con dicho trastorno afectivo. Estos eventos los mencionaron autores como Levy y Southcombe (1953), Cohen (1964), Warnes (1968), Yarden (1974), Cheng (1982), Roy (1984), Allebeck (1987) y Addington (1992), entre otros. Esto nos indica lo importante que es determinar depresión en esquizofrénicos ya que muchas veces familiares y médicos suelen confundir esta patología con síntomas negativos propios de la esquizofrenia.

En la valoración de PANSS no se observaron diferencias significativas entre pacientes esquizofrénicos con o sin intento suicida en los totales de escala positiva, escala negativa, psicopatología general y total de puntuación.

Es importante mencionar que por medio de la comparación realizada entre esquizofrénicos suicidas y no suicidas, se observaron diferencias significativas en las variables de falta de juicio y discernimiento, conducta alucinatoria, atención deficiente, ansiedad y depresión.

Estas variables solo corroboran lo mencionado con anterioridad en donde a mayor conciencia de enfermedad del paciente se presenta una mayor desesperanza y puede llegar a surgir un evento depresivo. Es característico que la atención del paciente se encuentre disminuida hacia el exterior encontrándose totalmente desbordada en el padecimiento que sufre y las consecuencias que éste le ocasionará. Se presenta una ($p < .007$) en la comparación que existe entre pacientes deprimidos y no deprimidos con atención deficiente y una ($p < .0001$) en la variable de síntomas depresivos de estos grupos. Se menciona también la conducta alucinatoria como la primera causa condicionante para presentar un intento suicida, según refiere el paciente.

La ansiedad es mayor en esquizofrénicos con intento suicida. En la comparación de grupos experimental y control, la presentación de acatisia es representada por un OR = 2.4 que significa que los pacientes esquizofrénicos con intento suicida tienen un riesgo dos veces mayor de presentar dicho síntoma, con respecto a pacientes controles. Es importante mencionar que de estos pacientes sólo uno se presentó en el servicio de urgencias del hospital con dicha sintomatología, refiriendo esta, como su principal causa de tentativa suicida. Este paciente representa el 3% del grupo de esquizofrénicos con intento suicida. El resto presentó acatisia durante su estancia hospitalaria.

Este estudio muestra los diferentes factores de riesgo tanto sociodemográficos como clínicos en pacientes esquizofrénicos que presentan un intento suicida. A pesar de que no son contundentes, indican los pasos a seguir en la valoración y posible prevención de dichas conductas. Hay que tomar en cuenta que los pacientes esquizofrénicos que mueren por suicidio, son personas jóvenes a los que se les puede brindar una adecuada atención, no sólo para disminuir la sintomatología propia de su enfermedad, sino también el grado de sufrimiento que esta implica.

VIII. CONCLUSIONES

- 1. Los pacientes esquizofrénicos que se presentan con mayor frecuencia al servicio de urgencias de un hospital psiquiátrico con intento suicida son de sexo masculino.**
- 2. Los intentos suicidas en esquizofrénicos se presentan durante los primeros años de evolución de su enfermedad.**
- 3. La disfunción familiar es un factor de riesgo dos veces mayor en pacientes esquizofrénicos con intento suicida con respecto al grupo control.**
- 4. Los esquizofrénicos con más recaídas y hospitalizaciones tienen un mayor riesgo de presentar un intento suicida.**
- 5. La depresión en pacientes esquizofrénicos genera un riesgo cinco veces mayor para presentar un intento suicida en comparación al grupo control.**
- 6. Los esquizofrénicos con mayor conciencia de enfermedad tienen alto riesgo de presentar un intento suicida.**
- 7. La conducta alucinatoria es un factor de riesgo en pacientes esquizofrénicos con intento suicida.**
- 8. La disminución de atención y síntomas depresivos en la escala de PANSS señalan una posible depresión en pacientes esquizofrénicos.**
- 9. La ansiedad es un factor de riesgo en pacientes esquizofrénicos con intento suicida.**
- 10. Los pacientes esquizofrénicos con intento suicida tienen un riesgo dos veces mayor de presentar acatisia durante su hospitalización con respecto al grupo control.**

IX. REFERENCIAS

1. Kaplan, H. "Sinopsis de Psiquiatría", Panamericana 1996. Buenos Aires, Argentina.
2. Colodrón, A. "Las esquizofrenias. Síndrome de Kraepelin-Bleuler. Siglo Veintiuno de España Editores 1990. Madrid, España.
3. Hyman, S. "Urgencias psiquiátricas", Mason 1996. Barcelona, España.
4. De la Fuente, R. "Psicología médica". Fondo de Cultura Económica 1996. México.
5. Salin-Pascual, R. "Bases bioquímicas y farmacológicas de la neuropsiquiatría". McGraw-Hill Interamericana 1997. México.
6. Basset, A. S. "Chromosomal aberrations and schyzophrenia: Autosomes. Br J Psychiatry 161: 323, 1992.
7. Garnica, R. "Esquizofrenia. Nuevas perspectivas". Piensa 1999. México.
8. American Psychiatry Association. "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 4". American Psychiatry Association 1994. Washington, USA.
9. Addington, D. E., Addington, J. M. "Attempted suicide and depression in schizophrenia". Acta Psychiatr Scand 85: 288, 1992.
10. Roy, A. "Suicide in chronic schizophrenia". Br J Psychiatry 141:171, 1982.
11. Roy, A. "Risk factors for suicide in psychiatric patients". Arch Gen Psychiatry 39: 1089-1095, 1982.
12. Yarden, E. "Observation on suicide in chronic schizophrenia". Compr. Psych., 1974.
13. Levy, S., Southcombe, R. "Suicide in a state hospital for the mentally ill. J Nerv Ment Dis 117: 504-514, 1953.
14. Cohen, S., Leonard, C., Farberow, N. "Tranquilizers and suicide in the schizophrenic patients". Arch Gen Psychiatry 11: 312-321, 1964.
15. Warnes, H. "Suicide in schizophrenia". Diseases of the nervous system 29: 35-40, 1968.

16. Drake, R., Cotton, P. "Depresión, hopelessness, and suicide in chronic schizophrenia". Br J Psychiatry 148: 554-559, 1986.
17. Allebeck, P., Varla, E., Kristjansson, E. "Risk factors for suicide among patients with schizophrenia". Acta Psychiatr Scand 76: 414-419, 1987.
18. Amadeo, F., Bisoffi G., Bonizzato P., Micciolo, R. and Tansella, M. "Mortality among patients with psychiatric illness". Br J Psychiatry 166: 783-788, 1995.
19. Organización Mundial de Salud. "El CIE-10, Clasificación Internacional de Trastornos Mentales y del comportamiento". OMS 1992. Genova, Italia.
20. Herrera-Estrella, M., Torner C. González G. y cols. "Estudio de confiabilidad de la traducción al español de la escala de síntomas positivos y negativos (PANSS) para valorar esquizofrenia". Psiquis 1993; 2: 47-51.
21. Apiquián, R., Fresan, A., Nicolini H. "Evaluación de la Psicopatología. Escalas en español. JGH Editores 2000. México.
22. Ortega-Soto, H., García, S., Imaz B. y cols. "Validez y reproducibilidad de una escala para evaluar la depresión en pacientes esquizofrénicos. Salud Mental 1994; 17(3): 7-12.
23. Ulloa, R. E. "Factores de riesgo para depresión en esquizofrenia y su diagnóstico por medio de escala de Calgary". Tesis para obtener el diploma de especialista en psiquiatría. Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina, UNAM, 1996.
24. Beck, A. T. Ward C. H., Mendelson M., Erbaugh, J. "An inventory for measuring depression". Arch. Gen. Psychiatry 1961; 4: 561-571.
25. Barnes, T. "A rating scale for drug-induced akathisia. Br J Psychiatry 1989; 154: 672-676.
26. DiMascio, A., Bernardo, D. L., Greenblat D. J., Marder J. E. "A controlled trial of amantadine in drug-induced extrapyramidal disorders". Arch. Gen. Psychiatry 1976; 33: 599-602.
27. Ortega-Soto, H. "El síndrome extrapiramidal con el uso de psicofármacos". Psiquiatría 1985;1: 141-150.
28. Ortega-Soto, H., Jasso, A., Ceceña, G., Hernández, C. A. "La validez y reproducibilidad de dos escalas para evaluar los síntomas extrapiramidales inducidos por neurolépticos". Salud Mental 1991; 14(3): 1-5.
29. Cañedo, L. "Investigación clínica". Interamericana 1993. México.
30. Pulver, A. E., Liang, K-Y, Brown, C. H. "Risk factors in schizophrenia: Season of birth, gender and familial risk". Br J Psychiatry 161: 65, 1992.