

11241

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL.

DIFERENCIAS CLINICAS Y SOCIODEMOGRAFICAS DEL INTENTO DE  
SUICIDIO ENTRE LOS DISTINTOS SUBTIPOS DE ESQUIZOFRENIA.

TESIS PARA TITULACION DE LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRIA.


DRA. GABRIELA DEL CARMEN PEREZ MEZA.

ASESOR TEORICO

  
DR. MIGUEL HERRERA ESTRELLA.

ASESOR METODOLOGICO

  
DR. CARLOS BERLANGA.



2004



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.

Gabriela Del Carme  
Pérez Meza  
8-Marzo-2004



ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

## CONTENIDO

1- Introducción. ....	1
2- Antecedentes históricos. ....	2
3- Suicidio e Intento suicida. ....	3
4- Factores de riesgo del suicidio. ....	4
5- Esquizofrenia y suicidio. ....	6
6- Planteamiento del problema. ....	10
7- Justificación. ....	11
8- Objetivo. ....	12
9- Metodología: ....	13
- tipo de estudio. ....	13
- muestra. ....	13
- criterios de inclusión. ....	13
- criterios de exclusión. ....	14
- Instrumentos. ....	14
10- Procedimiento. ....	15
11- Análisis estadístico. ....	16
12- Resultados. ....	17
13- Análisis de resultados. ....	26
14- Conclusiones. ....	30
15- Bibliografía. ....	32

# DIFERENCIAS CLINICAS Y SOCIODEMOGRAFICAS DEL INTENTO DE SUICIDIO ENTRE LOS DISTINTOS SUBTIPOS DE ESQUIZOFRENIA.

## INTRODUCCION

La conducta suicida es un fenómeno instantáneo, violento y manifestación sobresaliente por su peligrosidad, cuyo estudio tiene su punto de partida en el acto mismo.

El estudio del suicidio y del intento suicida se remota apenas a la segunda mitad del siglo XX, con la identificación de factores de riesgo específicos, como determinados trastornos psiquiátricos y más recientemente varias anormalidades neurobioquímicas.

A lo largo de la Historia el suicidio siempre ha despertado diversas actitudes en la sociedad que van desde la condena social y religiosa, hasta la incertidumbre existencial. La investigación ha tratado de perfilar uno o varios cursos y orígenes, de manera que se pueda intervenir anticipadamente; esto ha permitido que, a pesar de que cada suicidio o intento del mismo siga siendo un acto idiosincrático, se puedan disponer de ciertas características comunes en las víctimas de éste.

Uno de los más comunes e incapacitantes trastornos psiquiátricos es la esquizofrenia. En la actualidad por lo menos un 20% de los pacientes ingresados por primera vez en los Hospitales Psiquiátricos, son diagnosticados como esquizofrénicos y debido al mal pronóstico de la enfermedad, así como a los periodos relativamente largos que requieren de hospitalización, constituyen aproximadamente la tercera parte de los pacientes internados en las instituciones Psiquiátricas.

Entre las personas que padecen esquizofrenia la conducta suicida es frecuente y dentro de los factores relacionados con esta conducta, se encuentra la depresión, cronicidad, mal control de la sintomatología, acatía, intentos e ideas suicidas previas. (Adintong, 1992.) (1).

El suicidio actualmente es un fenómeno imposible de predecir, sin embargo el estudio del mismo provee de elementos que permitan identificar a aquellos sujetos que se encuentran en mayor riesgo de realizarlo.

## ANTECEDENTES HISTORICOS

La conducta suicida y el suicidio han estado presentes en todas las civilizaciones a lo largo de la historia. La primera nota suicida se encuentra en un antiguo papiro. Existen alrededor de cinco reportes en la biblia cuatro de ellos relacionados con actos de guerra y en el Nuevo Testamento se hace mención del suicidio de Judas Iscariote. Las culturas Griega y Romana son quizá las que proporcionan más ejemplos de suicidios de personajes famosos. En Grecia Temístocles, Demóstenes, Isócrates, Zenón, Empédocles. En Roma Catón, Casio, Marco Antonio, Nerón, Zéneca, Dioclesiano. El historiador griego Plutarco señaló la presentación del suicidio a lo largo del ciclo vital durante los siglos cuarto y tercero a.C.

Hubo un descenso de suicidios durante la edad media, pero las tendencias suicidas brotan de nuevo durante el Renacimiento, la literatura influye en la ola de suicidios que mucho tienen que ver con la obra de Goethe: Werther (2).

En el siglo XVIII Pinel reconoció que los melancólicos merecen especial observación por su predisposición al suicidio. Esquirol refería que el hombre que atentaba contra su vida estaba en pleno delirio, y, por lo tanto era un alienado. Para 1840 Forbes Winslow sugirió que la disposición hacia la autodestrucción se originaba en un trastorno del cerebro y las víceras abdominales.

A finales del siglo XIX Durkheim puso de relieve por primera vez la influencia del contexto social y cultural, clasificándolo en suicidio egoísta, suicidio anónimo y suicidio altruista. (Roy A. 1989) (3).

En la historia de México se encuentra el código Desdrensis se habla de la más extraña deidad del cementerio Maya, y probablemente la única en las religiones del mundo, con referencia a la diosa Ixtab, la diosa del suicidio, la cual era representada por una figura femenina colgada del cuello y se dice que su oficio era el de ayudar a los suicidas a encontrar el paraíso. (Cano, 1992) (4).

De acuerdo con el psicoanálisis, la base teórica del suicidio radica en el impulso agresivo, destructivo o instinto de muerte que al buscar constantemente su descarga o reposo, puede encontrar su expresión en el suicidio.(3).

## SUICIDIO E INTENTO SUICIDA

La conducta suicida representa un problema de salud pública cuya magnitud difiere en cada país, alrededor de 1000 personas se suicidan diariamente en el mundo. (Durkheim. 1897) (5). En la mayoría de los países el suicidio se encuentra entre las diez primeras causas de mortalidad general y en una elevada proporción se ubica entre las primeras tres causas de muerte para el grupo de 15 a 34 años de edad. (Diekstra R. 1993) (6).

En México la tasa de suicidios es de las más bajas del mundo. No se ubica dentro de las 20 causas principales de mortalidad general, pero si se elimina la población menor de 15 años, aparece como la causa número 11 en la edad productiva en 1995. (7, 8).

Las tasas de suicidio se incrementan con la edad; la tendencia a suicidarse es más importante entre los jóvenes (de los 15 a los 30 años), y disminuye ligeramente a medida que aumenta la edad; después de los 14 años, la tasa se incrementa extraordinariamente hasta alcanzar su máximo en el grupo de 20 a 24 años de edad y después hasta los 49 años, para aumentar discretamente entre los 50 y los 59 años y volver a descender después de los 60 años. (7).

El intento suicida ha representado para muchos autores, el mejor indicador de riesgo de consumación. Desde las primeras series se ha destacado que entre el 30 y el 60% de los suicidios tienen antecedentes de intentos suicidas previos, se estima que los intentos suicidas sin éxito, son de 5 a 50 veces más frecuentes que los suicidios consumados. (Brent D.A. 1995) (9). El riesgo de suicidio es más elevado en el año siguiente al acto fallido, un 10% adicional de los sujetos que intentan suicidarse lo consuman en el curso de los 10 años siguientes. (Malone K. 1995.) (10).

En México los estudios registran que entre el 57 y 77% de los intentos suicidas son realizados por mujeres y casi la mitad tienen antecedente de intentos previos. (Medina M. 1990.) (11).

## FACTORES DE RIESGO

### FACTORES SOCIALES

En 1897 Durkheim publicó el primer estudio sociológico del suicidio, estableciendo una relación inversamente proporcional entre la tasa de suicidio y el grado de integración de los grupos sociales, esto se hace patente en las menores tasas de suicidio observado en áreas rurales y en grupos étnicos minoritarios, en donde tiende a existir mayor cohesión grupal. (Durkheim 1897) (5).

Posteriormente, se observó que no sólo los aspectos sociales, culturales y socioeconómicos estaban relacionados con la frecuencia del suicidio, sino también la etapa de desarrollo en la que se encuentra.

Se ha atestiguado también un incremento en la incidencia de suicidio durante crisis económicas nacionales y acontecimientos adversos en un país; por ejemplo las dos guerras mundiales.(5).

Las tasas de suicidio se incrementan con la edad y son más elevadas en el sexo masculino. los hombres de todas las edades consuman el suicidio con más frecuencia que las mujeres, aunque éstas últimas lo intentan con mayor frecuencia, siendo los mismos quienes utilizan métodos más violentos. (Borges G. 1994.) (7). Otros factores asociados a la mayor incidencia de suicidios son individuos solteros, divorciados o separados, desempleados y con escasos vínculos familiares sociales y religiosos. (5, 3, 21).

□

### FACTORES BIOLÓGICOS

Stanley y cols. y Arango y cols. encontraron incremento de los receptores 5 HT2, que significaría una disponibilidad reducida de serotonina en los sujetos suicidas, registraron además aumento en los receptores beta adrenérgicos. (23-24).

Otros autores han descrito disminución de los sitios de unión presinápticos. A pesar de que las mediciones postmortem conllevan varias limitaciones, en los múltiples estudios llevados a cabo fue común encontrar concentraciones bajas de serotonina y ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA).



## TRASTORNOS SOMATICOS

Desde los primeros estudios acerca del suicidio, se ha identificado una asociación entre entidades somáticas y suicidio, sobre todo enfermedades terminales, ya sea en combinación con trastornos psiquiátricos o solos. Entre ellos se incluye en cáncer en sus diversos sitios, SIDA, epilepsia, esclerosis múltiple, traumatismo craneoencefálico, enfermedades cardiovasculares, enfermedad de Cushing, hepatopatía alcohólica etc... (12).

## TRASTORNOS PSIQUIATRICOS

Diversos estudios realizados desde 1957 demuestran que más del 90% de la población suicida estudiada padecía un trastorno psiquiátrico, en orden de frecuencia Depresión, alcoholismo, y esquizofrenia. (Robins y cols. , Dorpat y col. , Barraclough y cols. ) (Alejandro J.G. 1997) ((12). En una gran proporción de sujetos se han encontrado otros trastornos asociados, predominando los trastornos de personalidad, cuyo espectro clínico puede incluir condiciones predisponentes como son: una mayor susceptibilidad a desarrollar trastornos afectivos, dependencia al alcohol o sustancias psicoactivas, así como una menor capacidad adaptativa y de funcionamiento social. Clark enfatizó la asociación significativa entre el uso de sustancias y conductas suicidas principalmente en adolescentes. Se ha puesto de manifiesto más recientemente la asociación entre intentos suicidas y trastornos de pánico, y entre trastornos de ansiedad y suicidio.

El riesgo suicida en pacientes psiquiátricos es de cinco a cuarenta veces mayor al de la población general y oscila de acuerdo con variables como el diagnóstico, la edad, sexo, empleo o desempleo y el encontrarse como paciente ambulatorio u hospitalizado.

Dado que la hospitalización habla de la severidad de un trastorno, el riesgo se eleva con el primer internamiento. Villanueva revisó los suicidios ocurridos en un hospital psiquiátrico de la ciudad de México entre 1968 y 1976, encontrando que ocupaba la cuarta causa de mortalidad; de los 18 casos el 85% fueron varones, el 61% era menor de 25 años, el 94% no tenía pareja, el 38% tenía historia de intentos previos, el 50% consumó el suicidio en los primeros cinco días y para el 61% representaba el primer internamiento. El diagnóstico más frecuente fue el de Esquizofrenia (50%). (Villanueva 1997). (25)

## ESQUIZOFRENIA Y SUICIDIO.

La esquizofrenia representa la tercera enfermedad psiquiátrica con el mayor número de suicidios. (Barraclough B. 1974.) (13). En su revisión del tema Drake y col. Mencionan que entre los esquizofrénicos suicidas una mayor proporción son hombres, menores de 45 años, desempleados y sin pareja; con una historia de buen funcionamiento premórbido, el curso de la enfermedad es más grave con mayor número de recaídas y la mayor vulnerabilidad se experimenta en los primeros 10 años, y durante el primer año posterior a la hospitalización. (Drake R. 1985) (14). Roy encontró en su estudio de 30 esquizofrénicos suicidas que aproximadamente la mitad tenía historia de depresión e ideación suicida.(15). Aspectos como el antecedente de intentos suicidas previos ha resultado inconstante en diferentes estudios. (14,15).

Entre las personas que padecen esquizofrenia es frecuente la conducta suicida. Dentro de los factores relacionados que Adington encontró en sus estudios se encuentran la depresión, cronicidad de la enfermedad, mal control de la sintomatología, mal funcionamiento social y laboral, severidad del padecimiento, intentos e ideas suicidas previas, acatisia. (1).

Breier y cols, revisaron 20 casos de pacientes esquizofrénicos que se suicidaron fallaron al comunicar sus intentos suicidas directamente, usaron métodos suicidas altamente letales y no existían sucesos estresantes vitales asociados con sus suicidios. (Breier 1984) (16).

Landmark y cols. Encontraron que la incidencia de intentos suicidas estaba correlacionada significativamente con pasadas admisiones psiquiátricas, más diagnóstico de esquizofrenia y pobre funcionamiento laboral. Revisaron los datos de 118 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, detectando serios intentos suicidas en el 23% de los pacientes, de donde el 12% había cometido repetidos intentos. Se observó conducta suicida en el 21% de los pacientes, el 29% tenía una conocida historia de ideación suicida.

El 27% de pacientes estuvieron libres de historia de ideación suicida o de intentos. Consideran que la conducta suicida en general es un problema que se presenta con mucha frecuencia en pacientes con esquizofrenia. (Landmark 1987). (17).

En 1991 Sarro considera que la esquizofrenia es el factor de riesgo más importante de suicidio y los pacientes psiquiátricos forman un grupo de elevado riesgo con relación a la mortalidad y morbilidad por suicidio. Diversos estudios epidemiológicos muestran una diferencia significativa de los actos suicidas entre las personas afectadas de un trastorno mental y la población general. (Sarro 1991) (18).

Entre el grupo de personas con esquizofrenia se han realizado pocos estudios en relación a los factores de riesgo en la conducta suicida; Allebeck realizó un estudio a 32 pacientes con esquizofrenia quienes se suicidaron en el transcurso de 11 años de seguimiento, encontrando como un factor altamente relacionado a la consumación del suicidio a una historia de intentos previos, en el mismo estudio se menciona un mayor riesgo de suicidio en mujeres separadas, divorciadas o viudas que entre las solteras, en hombres se encontró un mayor riesgo entre aquellos con historia de abuso de alcohol. ( Allebeck, y cols. 1987). (27).

H. Heikkinen y cols. realizaron un estudio acerca de los eventos de vida adversos como factores predisponentes para el suicidio entre un grupo de esquizofrénicos y uno de no esquizofrénicos que se suicidaron, encontrando que el suicidio era significativamente mayor en aquellos no esquizofrénicos (83% vs. 46%) que presentaron algún evento de vida adverso (muerte de algún amigo o familiar, pérdida de empleo...) que en el grupo de personas con esquizofrenia. En el grupo de los esquizofrénicos la asociación de eventos adversos con el suicidio se relacionó más con un subgrupo de enfermos ambulatorios en fase residual y con uso regular de medicación antipsicótica. (H.Heikkinen 2001) (28).

En algunos estudios de seguimiento se afirma que hasta el 10% de pacientes mueren por suicidio y que aproximadamente el 20% tienen algún intento. Se considera que el periodo de mayor peligro abarcan los primeros 5 años de la enfermedad. Menciona que el paciente puede dar señales de estar considerando la posibilidad de suicidio cuando:

- Habla de suicidio o dice cosas como ¿ Qué se sentirá morir? Ó ¿De qué manera podrá uno suicidarse?.
- Se preocupa de pronto porque tiene una deuda o por la distribución de sus posesiones o bien comienza a repartir éstas.
- Expresa sentimientos de minusvalía "no sirvo para nada".
- Muestra señales de desesperanza hacia el futuro ¿ Qué caso tiene? ( hacer, estudiar, trabajar.)
- Se sospecha que pueda estar escuchando voces de comando que pueden estar dándole órdenes de matarse. (Garnica 1999.) (19).

Otros factores que se han mencionado en algunos pacientes esquizofrénicos son: encontrarse en los seis primeros años siguientes a la hospitalización inicial y tener un elevado CI, grandes aspiraciones, un alto grado de logros académico previos a la enfermedad, curso crónico y deterioro progresivo con múltiples exacerbaciones o una percepción de la pérdida de capacidades funcionales.(Greenfeld D.1985) (20).

Existen diferentes instrumentos que se utilizan para realizar una evaluación en los pacientes que presentan antecedentes de intento suicida: la entrevista directa, la elaboración de historia clínica, entrevista a familiares y conocidos del paciente, así como aplicación de escalas que miden tanto las características de intentos previos, como patologías que puedan encontrarse asociadas tales como depresión, ansiedad, abuso de sustancias, o bien, algunas que miden específicamente situaciones relacionadas al intento como son desesperanza ó impulsividad. Este estudio empleará la escala de intento suicida de Beck.

La escala de intento suicida de Beck (1974) (21) permite evaluar el riesgo de prevalencia de la conducta suicida mediante la obtención de factores relativos a las siguientes variables:

- a). Condiciones en que se dio el intento ( situaciones concretas del contexto, tales como la presencia o no de personas al darse el intento, la preparación ...)
- b). Grado de planeación del intento.
- c). Conocimiento por parte del sujeto de medios por los cuales podría privarse de la vida.
- d). Actitud del sujeto ante la muerte.
- e). Reacciones psicológicas ante el intento.

Esta escala está compuesta de 15 reactivos que se califican de cero a dos divididos en dos partes, la primera (1-8) evalúa las circunstancias objetivas del acto; y, la segunda (9-15) evalúa la percepción que el paciente tiene de la letalidad del método. Esta escala ha sido utilizada en México tanto en población adulta como en adolescentes ( A. Diaz y cols. 2000) (26).

Según Pierce (1981) (22) la principal utilidad de la escala de intento suicida, es determinar los lineamientos de asesoría y terapia que deben adoptarse para evitar que los pacientes reincidan en sus tentativas por privarse de la vida.

Para Hawrthor y Catalán (1983) (23) la evaluación objetiva y detallada del intento suicida es un factor determinante para todo programa de asesoría y recuperación tendiente a evitar la reincidencia.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Esquizofrenia se encuentra como la primera causa de morbilidad en hospitalización continua del Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, llegando a formar una población que va del 15 al 23% del universo hospitalizado, misma que se va incrementando año con año: ( 551 esquizofrénicos hospitalizados en el 2000 contra 750 pacientes en el año 2001.) En hospitalización parcial se registran actualmente a 760 pacientes esquizofrénicos que acuden por lo menos una vez por semana.

En el Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez se atienden anualmente en el servicio de urgencias un promedio de 2900 pacientes con Esquizofrenia, siendo la paranoide el tipo clínico más frecuente en relación al resto de subtipos clínicos de dicho padecimiento (3:1); en la consulta externa se registra un promedio de 6480 pacientes esquizofrénicos anualmente.

A pesar de ser un hospital psiquiátrico de concentración en donde se capta un gran número de esquizofrénicos y tomando en cuenta el alto porcentaje de conducta suicida en esta población, se carece de datos descriptivos al respecto, por lo tanto se plantea realizar un estudio que analice el problema de la conducta suicida en la esquizofrenia, los resultados que se obtengan generarán información aplicable a planes de evaluación y manejo de estos pacientes, lo cual permitirá incrementar la calidad de los servicios de atención.

Es de esperarse encontrar diferencias en las características de los intentos suicidas entre la esquizofrenia paranoide y el resto de subtipos del padecimiento.

## JUSTIFICACION

El suicidio es la causa principal de muerte prematura en pacientes con esquizofrenia, se estima (por resultados de múltiples estudios a nivel mundial) que un 10% de esquizofrénicos mueren por esta causa y aproximadamente entre el 20 y 30% de esquizofrénicos han tenido alguna conducta suicida a lo largo de su vida.

Son pocos los estudios que en México se han realizado acerca del suicidio, sobre ellos se puede destacar:

- a). La mayoría abordan el suicidio en la población general.
- b). Se estudian principalmente las características de suicidios consumados y muy pocos sobre los intentos suicidas y menos aún sobre la ideación suicida.
- c). Se encuentran muy pocos estudios en donde se aborda al suicidio en la población esquizofrénica y en ellos no se especifican los subtipos clínicos.

El presente estudio analizará las características de los intentos de suicidio en los pacientes esquizofrénicos, haciendo una correlación comparativa entre la esquizofrenia paranoide y el resto de subtipos clínicos de esquizofrenia.

Considero que los resultados que se obtengan de este estudio, pueden contribuir a la mejor comprensión de la conducta suicida en este grupo de pacientes, a demás de obtener bases teóricas para implementar nuevas estrategias terapéuticas, así como la detección de los pacientes con riesgo de tener alguna conducta suicida. Por otro lado podría dar la pauta a futuros estudios al respecto.

## OBJETIVO

### OBJETIVO PRINCIPAL:

Describir las características cualitativas y cuantitativas del intento de suicidio en un grupo de pacientes con el diagnóstico de Esquizofrenia en sus diferentes subtipos.

### OBJETIVO SECUNDARIO:

Identificar si existen diferencias entre la Esquizofrenia paranoide y el resto de subtipos clínicos de esquizofrenia en cuanto a:

- Características de los intentos ( número, tipo, severidad, edad, sexo, ocupación etc...)
- Establecer una relación entre la sintomatología positiva y la negativa propias del padecimiento entre ambos grupos.



## METODOLOGIA

### TIPO DE ESTUDIO

Se propone un estudio transversal, retrospectivo, observacional y abierto.

### MUESTRA

Los pacientes serán seleccionados de los servicios de hospitalización continua y hospitalización parcial del Hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" que cumplan con los criterios de selección. Se propone la evaluación y recolección de datos de 40 sujetos. ( 20 pacientes para cada grupo.)

### CRITERIOS DE INCLUSION

- Diagnóstico de esquizofrenia de acuerdo a criterios del DSM-IV.
- Antecedente de por lo menos algún intento de suicidio de 5 años a la fecha registrados en su historial o referidos por los familiares más cercanos.
- Que acepten participar en el estudio.
- Escolaridad: alfabetas.
- Sexo, edad, estado civil y ocupación: indistintos.
- Que se encuentre en condiciones de ser evaluado por medio de las escalas: (Que no presente desorganización del pensamiento importante, que no se encuentre agitado.)

## **CRITERIOS DE EXCLUSION**

- Pacientes con otros diagnósticos psiquiátricos además de esquizofrenia.
- Pacientes que no estén de acuerdo a participar en el estudio.
- Analfabetas.
- Que tengan consumo de sustancias.
- Retraso mental.
- Síntomas que impidan la aplicación de la prueba.

## **INSTRUMENTOS**

- Cuestionario SCID sección de esquizofrenia.
- Escala de Intento suicida de Beck (1974).
- Escala PANSS (para síntomas positivos y negativos).
- Cuestionario de datos personales.

Todas las variables se codificarán para ser capturadas.

## PROCEDIMIENTO

Se realizará en primer lugar una entrevista diagnóstica en la que se identificarán los criterios de inclusión propuestos. Se verificará el diagnóstico, agrupándolo en algún subtipo clínico de esquizofrenia, tomando en cuenta los criterios del DSMIV-R para esta entrevista, y posteriormente la aplicación de la escala SCID; se estima un tiempo aproximado de 30 minutos. Se procederá a informar al paciente las características del estudio invitándolo a participar en el mismo y solicitando la firma de autorización del consentimiento informado, para ello se planea un tiempo de 5 minutos.

Se aplicará posteriormente en un tiempo aproximado de 30 minutos la escala de síntomas positivos y negativos para pacientes esquizofrénicos (PANSS). Finalmente se aplicará la escala de intento de suicidio de Beck en un tiempo no mayor a 30 minutos.

Las entrevistas se realizarán dentro de las instalaciones del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, en un ambiente tranquilo, y en presencia de manera preferencial de algún familiar o conocido del paciente.

Las entrevistas se llevarán a cabo en una sesión, misma que estará a cargo de un sólo entrevistador clínico.

## ANALISIS ESTADISTICO

En primer término se realizará la descripción general de variables, utilizando frecuencia, chi cuadrada y posteriormente se utilizará la correlación de Pearson ( r ). Utilizando las variables diagnóstico, sexo, edad, escolaridad, Ocupación, estado civil, estado mental en el intento, número de internamientos, así como la correlación de síntomas positivos y negativos, además de las respuestas de las preguntas 2, 3 ,5, 6, 7, 11, 13, 15, 18, 19, 20; correspondientes a la escala de intento de suicidio de Beck.

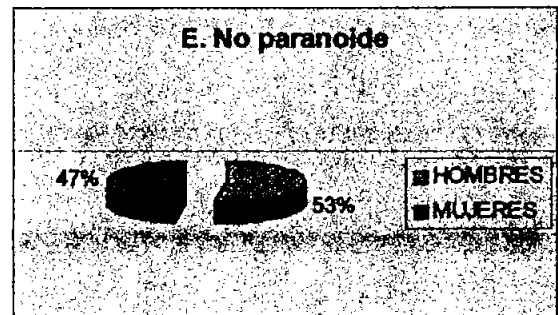
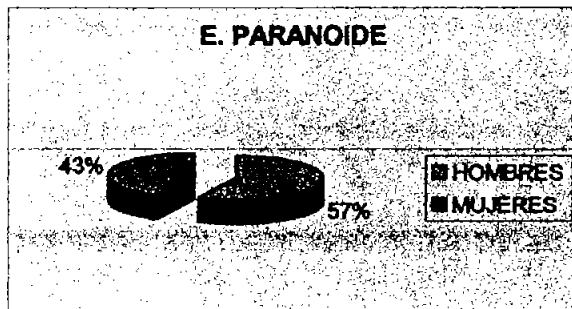
El vaciado de datos se llevará a cabo en el programa MS-EXCELL 97, la aplicación de las pruebas estadísticas mediante el programa SPSS/ PC2+ y la graficación en el sistema Harvard Graphics 3.0

## RESULTADOS

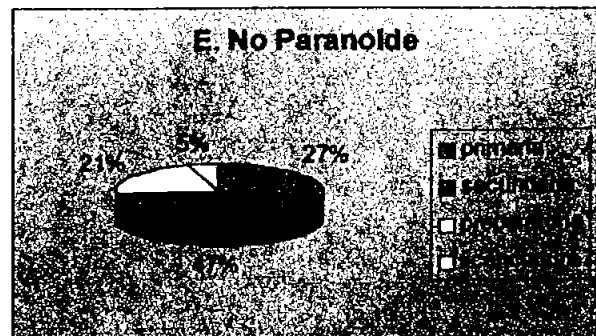
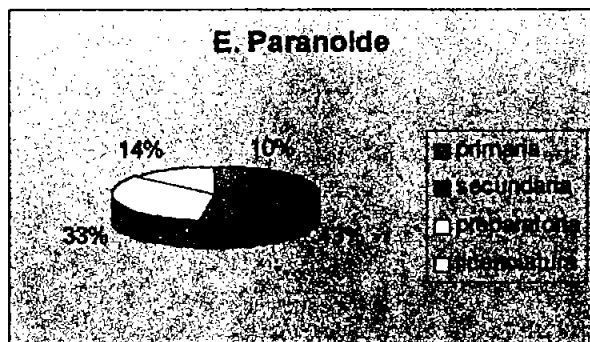
En el estudio se encuestaron a 40 pacientes dividiéndolos en dos grupos incluyendo en el primero a 21 pacientes con esquizofrenia paranoide, y en el segundo grupo a 19 pacientes con otros subtipos clínicos de Esquizofrenia (14 pacientes con esquizofrenia indiferenciada y 5 con esquizofrenia residual).

En el grupo de esquizofrenia paranoide el 57.1% pertenecían al sexo masculino y el 42.9% al sexo femenino. Teniendo un promedio de edad en este grupo de pacientes de 27 años. En el segundo grupo el 52.6% eran del sexo masculino y el 43.7% pertenecían al sexo femenino. El promedio de edad en este grupo oscilaba en 47 años.

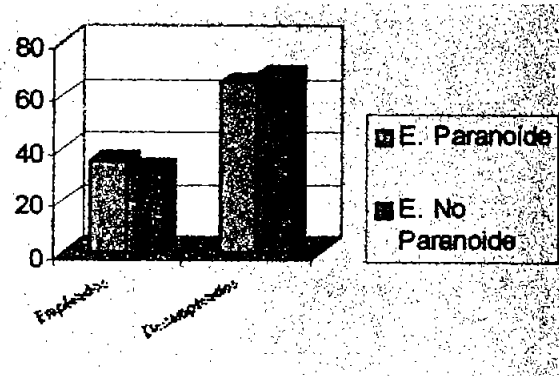
TIPO	HOMBRES	MUJERES
PARANOIDE	57.1	42.9
NO PARANOIDE	52.6	47.4



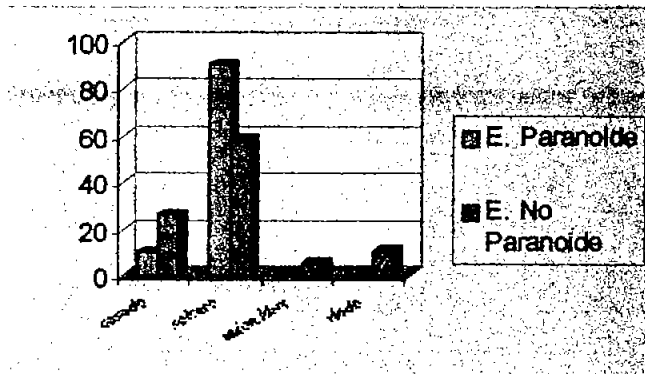
El grado de escolaridad en el primer grupo de esquizofrenia paranoide el 10% contaban con primaria completa, el 45% con secundaria, el 35% con preparatoria y el 15% contaba con alguna licenciatura. En el segundo grupo de esquizofrénicos se observó un paciente sin estudios correspondiente al 5.2%, el 27% de este grupo contaba con la primaria completa, el 47.3% con secundaria, el 21% con preparatoria y el 5.2% con licenciatura.



Referente a la ocupación en el primer grupo, se encontró que el 65% de pacientes, actualmente se encuentran desempleados y el 35% restante con algún empleo. En el segundo grupo se encontró también al 68.4% de pacientes desempleados y el 31.5% con algún empleo actualmente.

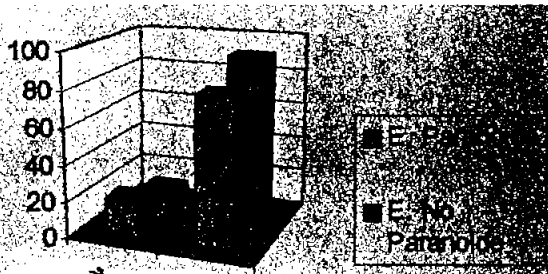


El estado civil en el primer grupo estuvo integrado por 10% de pacientes casados y el 90% de solteros. En el segundo grupo se encontró al 26.3% de pacientes casados, 58% de pacientes solteros, 10.5% de pacientes viudos y el 5.2% con unión libre.



El promedio de internamientos por paciente en el primer grupo fué de 2 y en el segundo de 3 internamientos por paciente.

Se encontró que el 20% de pacientes correspondientes al grupo de esquizofrenia paranoide y el 10% al resto de esquizofrenias, se encontraban psicóticos durante el intento de suicidio y el 80% de pacientes con esquizofrenia paranoide y el 90% de pacientes con el resto de subtipos de esquizofrenias, no se encontraban con síntomas psicóticos, siendo la desesperanza por saberse enfermos y algunos

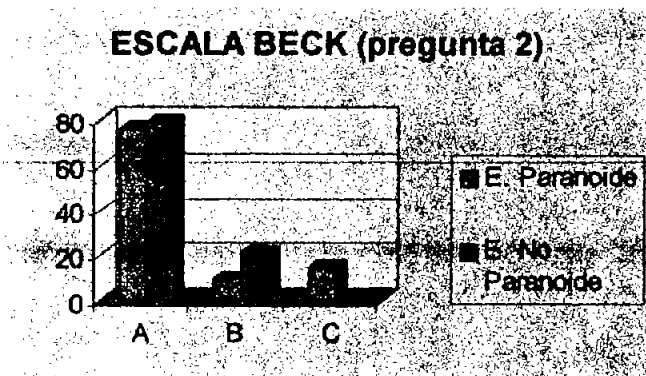


síntomas depresivos los que refirieron con mayor frecuencia como causa principal del intento.

Los resultados que se obtuvieron cuando se aplicó la escala de intento de suicidio de Beck fueron los siguientes:

En la primera pregunta referente al aislamiento coincidente al intento de suicidio el 23.8% de los pacientes con esquizofrenia paranoide (EP) y 15.7% en los no paranoides (ENP) respondieron que alguien estaba presente durante el intento, el 33.3% de (EP) & el 42.1% de (ENP) respondieron que alguien estaba cerca o en contacto, finalmente el 42.9% de (EP) & 42.1% de (ENP) respondieron que nadie estaba cerca.

En la segunda pregunta referente a la programación del intento; en el primer grupo el 76.2% y el 78.9% del segundo grupo no hicieron planes para evitar que alguien los descubriera (A); el 9.5% de (EP) & 21% de (ENP) lo programaron de manera que la intervención no era probable (B) y el 14.3% de los esquizofrénicos paranoides & 0% de pacientes no paranoides programaron el intento de manera que la intervención era

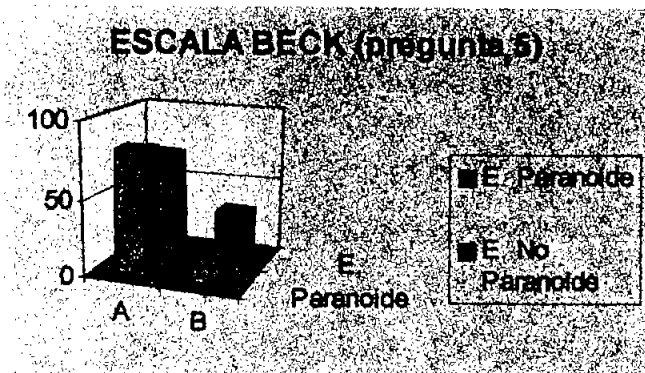


altamente improbable (C).

La tercera pregunta referente a la toma de precaución para evitar que alguien lo descubriera, en el primer grupo el 76.2% & 73.6% del segundo grupo no tomaron ninguna precaución, el 9.5% de (EP) & 21% de (ENP) tomaron alguna precaución pasiva, y el 14.3% de (EP) & 5.2% de (ENP) tomaron alguna precaución activa.

La cuarta pregunta referente a actuar para obtener ayuda durante o después del intento, el primer grupo respondió en un 95.2% & 100% del segundo grupo, que no intentaron pedir ayuda, y el 4.8% de los esquizofrénicos paranoides contactaron a un ayudante potencial.

La quinta pregunta referente a actos finales en la anticipación de la muerte, (tales como hacer o cambiar testamento, dar regalos, comprar seguro, saldar deudas...) el 81% de (EP) & el 68.4% de (ENP) no hicieron arreglos anticipados a su muerte (A), el 19% de (EP) & 31.5% (ENP) pensaron como hacer o hizo algún arreglo anticipado a su muerte (B).



La sexta pregunta se refiere a el grado de planeación del intento suicida, el 71.4% del primer grupo & 42.1% del segundo grupo respondieron que no hicieron ninguna planeación, el 14.3% de (EP) & el 57.8% de (ENP) realizó mínima o moderada preparación y el 14.3% de (EP) & 0% de (ENP) realizaron una preparación extensa.

La séptima pregunta referente a la escritura de una nota sobre el suicidio, el 95.2% de (EP) & 89.4% de (ENP) no escribieron alguna nota, el 4.8% de (EP) & 10.5 % de (ENP) pensaron en hacer una nota o la hizo pero la rompió.

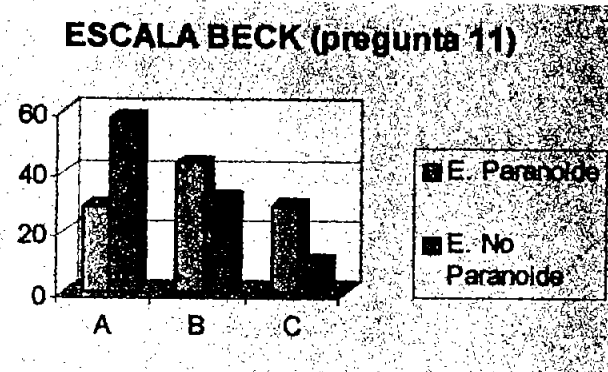
La octava pregunta referente a una comunicación abierta previa al intento de suicidio, el 61.9% de (EP) & 68.4% de (ENP) respondieron que no tuvieron ninguna comunicación, el 14.3% de (EP) & 26.3% de (ENP) refirieron comunicación equívoca y el 23.8% de (EP) & 5.2% de (ENP) refirieron una comunicación clara y definitiva.

La novena pregunta se refiere al propósito del intento, el primer grupo respondió en el 95% & el 89.4% del segundo grupo que el propósito del intento era el de cambiar o manipular el medio ambiente incluyendo su enfermedad y el 5% de (EP) & el (10.5) para remover el self del medio ambiente.

La décima pregunta referente a las expectativas con relación a la fatalidad del acto el 33.3% de (EP) & 36.8% de (ENP) respondieron que pensaron que la muerte era improbable o no pensaron acerca de eso, el 19% de (EP) & 21% de (ENP) pensaron que La muerte era posible pero no probable, y el 47.6% de (EP) & 42.1% de (ENP) pensaron que la muerte era probable y certera.

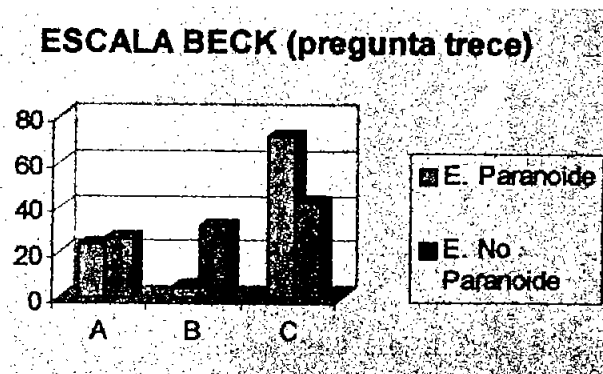


La pregunta once referente a los métodos de mortalidad el 28.6% de (EP) & 57.8% de (ENP) refirió que hicieron menos de lo que consideraron sería necesario para morir (A), el 42.9% de (EP) & 31.5% de (ENP) no estaban seguros o pensaron que lo que hicieron era suficiente para morir (B) y el 28.6% de (EP) & 10.5% de (ENP) tuvieron un acto excedido o igualado a lo que consideraron que sería mortal (C).



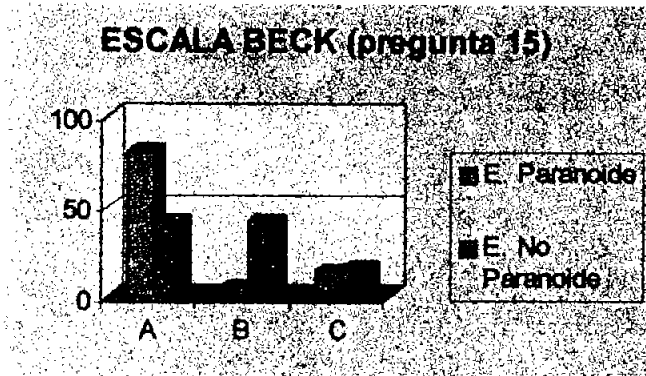
La pregunta doce referente a la seriedad del intento el 14.3% de (EP) & 36.8% de (ENP) no consideraron que el intento fuera serio para dar fin a su vida, el 33.3% de (EP) & 31.5% de (ENP) no estaban seguros sobre la seriedad del intento y el 52.2% de (EP) & 31.5% consideraron que el intento era serio para dar fin a su vida.

La pregunta trece referente a la ambivalencia a vivir en el 23.8% de (EP) & 26.3% de (ENP) no querían morir (A), el 4.8% de (EP) & 31.5% de (ENP) no les importó si vivían o morían (B) y el 71.4% de (EP) & 42.1% de (ENP) deseaban morir (C).



La pregunta catorce referente a la concepción de reversibilidad, el 19% de (EP) & 31.5% de (ENP) pensaron que la muerte era improbable si recibían atención médica, el 47.6% de (EP) & 42.1% de (ENP) no estaban seguros si la muerte podría ser evitada por atención médica y el 33.3% de (EP) & 26.3% de (ENP) estaban seguros que morirían aunque recibieran atención médica.

La pregunta quince referente a el grado de premeditación el 81% de (EP) & 42.1% de (ENP) respondieron que no hubo premeditación, siendo un acto impulsivo (A), el 4.8% de (EP) & 42.1% de (ENP) contemplaron el suicidio por menos de tres horas (B), y el 14.3% de (EP) & 15.7% de (ENP) contemplaron el suicidio por más de tres horas (C).

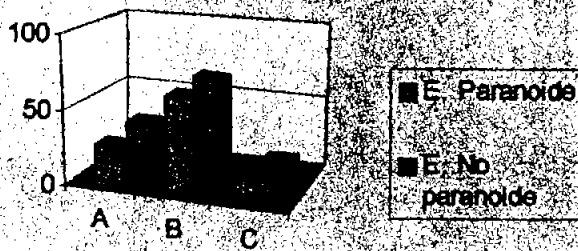


La pregunta dieciseis referente a la reacción al intento posterior al mismo el 47.6% de (EP) & 47.3% de (ENP) respondieron que estaban arrepentidos de haber intentado suicidarse, el 42.9% de (EP) & 47.3% de (ENP) aceptaban el intento como el hecho de que aún estaban vivos; y el 9.5% de (EP) & el 5.2% de (ENP) se apenaron de estar vivos.

La pregunta diecisiete referente a la visualización de la muerte, en el grupo uno el 33.3% veía a la muerte como la reunión con descendientes, el 28.6% veía a la muerte como obscuridad o un sueño y el 38.1% no pensó acerca de eso.

La pregunta dieciocho referente a el número de intentos previos el 23.8% de (EP) & 26.3% de (ENP) no habían tenido intentos previos (A), el 61.9% de (EP) & 63.1% de (ENP) habían tenido uno o dos intentos previos (B) y el 14.3% de (EP) & 10.5% de (ENP) habían tenido tres o cuatro intentos previos (C).

### ESCALA BECK (pregunta 18)

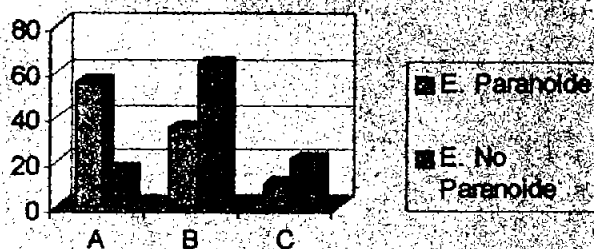


La pregunta diecinueve acerca del consumo de alcohol durante el intento en el grupo uno el 100% refirió no haber consumido alcohol previo al intento, el 100% en el grupo dos tampoco tuvieron antecedentes de consumo.

La pregunta veinte acerca de consumo de drogas previas en el grupo uno el 100% refirieron no haber consumido drogas previas al intento, en el grupo dos el 94.7% no consumieron ninguna droga y el 5.3% tuvo consumo de cannabis previo al intento.

En la escala de PANSS los resultados en el grupo de los esquizofrénicos paranoides fueron que el 55% & el 63.1% en el grupo de los no paranoides presentaban actualmente predominio de síntomas negativos (A), el 35% de (EP) & 15.7% de (ENP) presentaron predominio de síntomas positivos (B) y en el 10% de (EP) & 21 de (ENP) no hubo predominio de síntomas positivos o negativos (C).

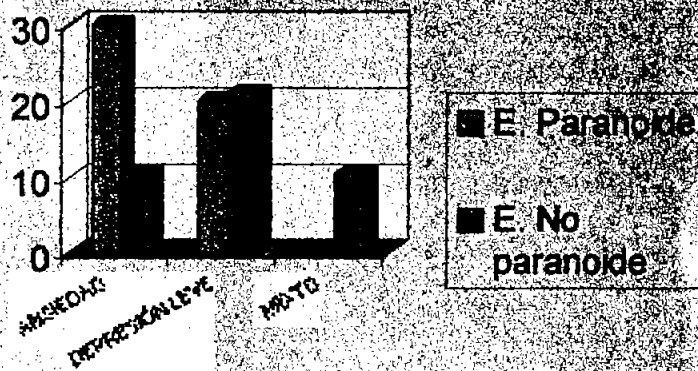
### ESCALA PANNS



En la subescala de psicopatología general en el grupo de los paranoides se encontró que actualmente el 30% de pacientes con predominio de síntomas negativos presentó síntomas leves de ansiedad, así como deficiente control de impulsos, el 20% de pacientes con predominio de síntomas negativos presentaban síntomas leves de depresión.

El grupo de otros subtipos de esquizofrenia la subescala de psicopatología general en los pacientes con predominio de síntomas negativos se encontró un 21% de pacientes que presentaron síntomas leves de depresión, el 10.5% presentaron

### Psicopatología general (síntomas negativos)



síntomas leves de ansiedad y el 10.5% presentaron síntomas moderados de ansiedad y depresión conjunta.

Se realizó el coeficiente de correlación de Pearson ® en cada uno de los grupos estudiados tomando en cuenta las siguientes variables: edad, ocupación, escolaridad, número de internamientos, las respuestas a las preguntas 2, 3, 5, 6, 7, 11, 13, 15, 18, 19, 20. Y posteriormente la correlación de la escala PANSS.

En el grupo de esquizofrénicos paranoides el coeficiente de correlación en base a las variables mencionadas fue de  $r^2 = (0.75)$ .

En el mismo grupo el coeficiente de correlación tomando en cuenta la escala PANSS en la subescala de síntomas positivos, en relación a las variables edad, escolaridad, ocupación, número de internamientos, fue de  $r^2 = (0.17)$ .

El coeficiente de correlación de la escala PANSS en la subescala de síntomas negativos, en relación a las mismas variables tomadas para la subescala de síntomas positivos fue de  $r^2 = (0.37)$ .

En el segundo grupo de esquizofrénicos no paranoides el coeficiente de correlación tomando en cuenta las mismas variables sociodemográficas, así como las respuestas a las mismas preguntas de la escala de Beck (2, 3, 5, 6, 7, 11, 13, 15, 18, 19, 20). Fué de  $r^2 = (0.73)$ .

En el mismo grupo la correlación en la subescala positiva del PANSS en relación a edad, escolaridad, ocupación y número de internamientos fue de  $r^2 = (0.32)$ .

La correlación en la subescala negativa del PANSS en relación a las mismas variables ( edad, escolaridad, ocupación, número de internamientos) fué de  $r^2 = (0.27)$ .

Se realizó la chi cuadrada en la calificación total de la escala PANSS encontrándose en el grupo de esquizofrenia paranoide una media de puntuación total de 76 , nueve pacientes en este grupo tuvieron una puntuación menor y doce pacientes se encontraron por encima. En relación al grupo de esquizofrénicos no paranoides, la puntuación total media fue de 69, teniendo a once pacientes por debajo de dicha puntuación y a ocho pacientes por encima de la misma. La chi cuadrada en estos dos grupos fué de 0.90 y la  $P = (0.34)$ .

## ANALISIS DE RESULTADOS

Algunos autores (1, 7, 14, 27) reconocen en sus trabajos la importancia que tienen algunos factores sociodemográficos tales como edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación... para la presentación de la conducta suicida en pacientes esquizofrénicos, considerando que la tendencia a suicidarse es más importante entre los jóvenes (15 a 30 años), en el presente estudio el promedio de edad entre los pacientes con esquizofrenia paranoide fue de 27 años y en el segundo grupo ( no paranoides) fue de 47 años; respecto al sexo, se ha descrito que las mujeres tienen mayor número de intentos suicidas y que los hombres lo consuman con mayor frecuencia, en este estudio no se encontraron diferencias en el sexo de los pacientes que tenían uno o dos intentos previos, pero se encontró mayor frecuencia de hombres los cuales no habían tenido intentos suicidas previos. Se ha descrito también que el grado de escolaridad por lo general es mayor en los pacientes esquizofrénicos que presentan intentos de suicidio, en este estudio en el grupo de esquizofrénicos paranoides se pudo observar un mayor nivel de escolaridad que en el grupo de los no paranoides; observándose que en los primeros por lo menos la mitad de pacientes tenían concluída la preparatoria. Se ha documentado que el desempleo así como la soltería son factores de riesgo en estos grupos de pacientes. En los resultados de este trabajo no se encontraron diferencias en los dos grupos con respecto a la ocupación. Referente al estado civil la gran mayoría de pacientes con esquizofrenia paranoide (90%) eran solteros, y en el segundo grupo sólo la mitad de pacientes no estaban casados . No se encontraron diferencias en los dos grupos con respecto al número de internamientos. Uno de los factores de riesgo para la conducta suicida que Addintong (1) encontró en sus estudios, fué el mal control de la sintomatología positiva, sin embargo en el presente estudio el porcentaje de pacientes quienes se encontraban psicóticos durante el intento de suicidio fue 20% para el grupo de los paranoides y 10% para el grupo de los no paranoides.

Los autores: Levy S, Southcombe; Virkkunen M; Achte K, Stenback (26,29,30) encontraron en sus estudios que la Esquizofrenia Paranoide tienen un riesgo de suicidio más alto que otros subtipos clínicos de Esquizofrenia, lo cual no difiere de los datos encontrados en este estudio.

Al analizar las respuestas obtenidas de la escala del intento de suicidio de Beck, con respecto a la planeación del intento así como la toma de precauciones para evitar ser descubierto, no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos estudiados, encontrándose un predominio de pacientes (en ambos grupos) quienes no hicieron ningún plan ni tomaron precauciones para evitar ser descubiertos; sin embargo en el grupo de pacientes con esquizofrenia paranoide hubo un pequeño porcentaje quienes programaron el intento de manera que la intervención fuera altamente improbable, lo cual sugirió que entre los pacientes paranoides el riesgo de letalidad fue mayor. En relación a la petición de ayuda por parte de los pacientes durante o después del intento no se encontraron diferencias ya que más del 90% en ambos grupos no la solicitaron. Con relación a la impulsividad durante el intento se observó que en el grupo de esquizofrénicos paranoides la principal causa de intentos suicidas fue de manera impulsiva (81%), a diferencia del grupo de pacientes no paranoides un (42.1%); (observando que el grupo de esquizofrénicos paranoides presentó el doble de actos suicidas de manera impulsiva, a diferencia del segundo grupo.) siendo la desesperanza por saberse enfermos, así como algunos síntomas depresivos y en tercer lugar algunos síntomas psicóticos tales como alucinaciones de comando, las principales causas de impulsividad en ambos grupos.

Lo anterior podría explicarse por el menor grado de deterioro cognoscitivo y funcional que existe en la esquizofrenia paranoide a diferencias del resto de subtipos clínicos de esquizofrenia que permite percatarse y reaccionar al proceso de la enfermedad.

Planannsky y Johnston (31) encontraron en sus estudios que la mayoría de intentos de suicidio experimentaron actividad psicótica intensa inmediatamente antes de su intento. Sin embargo los estudios bien controlados no sustentan este vínculo entre la actividad psicótica intensa y los suicidios consumados. Roy y colaboradores encontraron que únicamente una pequeña proporción de suicidios, no más que los controles presentaron alucinaciones de comando previas al intento. De acuerdo a la revisión de Drake y cols,(14) los esquizofrénicos en general cometen suicidio en estado no psicótico y que la vulnerabilidad se incrementa durante la remisión de los síntomas psicóticos cuando llegan a darse cuenta sobre los efectos de su psicopatología. En esta misma revisión se encontró que la mayoría de estudios bien controlados revisados concuerdan en que el suicidio ocurre más frecuentemente durante periodos de depresión y desesperanza que durante episodios de psicosis intensa. Los estudios de Cohen y asociados (32) encontraron que el 70% de suicidios, comparados con el 38% de los controles tenían depresión moderada y severa pero ellos no usaron medidas estandarizadas de depresión, Usando los criterios del DSMIII, Roy encontró que el 53% de suicidios y sólo el 25% de controles cumplían

criterios para episodio depresivo mayor, Minkoff y cols, y Beck y cols. (33, 34) encontraron que los esquizofrénicos quienes tuvieron intento de suicidio no tuvieron relación significativa con la severidad de la depresión.

En relación a los métodos de mortalidad puede observarse que el porcentaje de pacientes quienes tuvieron un intento suicida excedido o igualado a lo que consideraron que sería mortal en el grupo de pacientes esquizofrénicos paranoides triplicó al de los no paranoides ( 28.6% vs. 10.5%), lo anterior sugiere que el grupo de pacientes paranoides presentó métodos más letales de intentos suicidas.

Cuando se analizó la parte de ambivalencia hacia la vida se encontró que en el grupo de paranoides la mayoría de pacientes deseaban morir cuando cometieron el intento (71.4%) a diferencia del segundo grupo en el que el porcentaje de quienes deseaban morir fue menor de la mitad (42.1%). Lo cual se relaciona con los síntomas de desesperanza y depresión. Entre los pacientes quienes intentaron suicidarse y no deseaban morir no se encontraron diferencias significativas en ambos grupos. (23.8% vs. 26.3%). Se encontró mayor ambivalencia hacia la vida en el grupo de pacientes no paranoides a quienes no les importó si vivían o morían (31.5% vs.4.8% en los paranoides). La reacción de los pacientes posterior al intento fue similar en ambos grupos en los que casi la mitad de pacientes se arrepintió de haber intentado suicidarse. En relación al número de intentos de suicidio previos no se encontraron diferencias en ambos grupos ya que la mayoría de pacientes (61.9% en los paranoides vs. 63.1% en los no paranoides) tenían antecedentes de uno o dos intentos previos. Tampoco se encontraron diferencias significativas en el número de pacientes que presentaron su primer y único intento (23.8% vs 28.6%). No se encontró ninguna relación en ambos grupos de los intentos de suicidio con el consumo de alcohol o alguna sustancia psicotrópica, aunque cabe mencionar que la mayoría de pacientes refirió encontrarse con tratamiento psiquiátrico pero no se refirió abuso de los mismos. ( Se puede inferir que una de las causas de que fuera escaso el número de pacientes que se encontraban psicóticos durante el intento de suicidio se debió a que muchos pacientes refirieron encontrarse bajo tratamiento con antipsicóticos.) A este respecto se ha descrito (14) que el uso de medicamentos antipsicóticos ha sido casi siempre citado como coadyuvante a los suicidios entre los esquizofrénicos por remover los síntomas sicóticos prematuramente, incrementando la depresión y sugiriendo falsamente una mejoría, los estudios bien controlados no soportan esta aseveración. Warnes (35) encontró que los esquizofrénicos que se suicidaban estuvieron tomando dosis significativamente más bajas de medicamento que los controlados. Cohen y asociados (32) encontraron que igual número de



pacientes que se suicidaron y controlados, estaban recibiendo medicamento, ellos también notaron que un número importante de suicidios ocurrieron inmediatamente después de suspender abruptamente los medicamentos.

El grupo de estudio que actualmente presentó mayor frecuencia de sintomatología positiva fué el de los esquizofrénicos paranoides (35% vs. 15.7%) Esto debido a que en el grupo de esquizofrénicos no paranoides había pacientes con esquizofrenia residual, mismos que desde por lo menos dos años no presentan sintomatología positiva, sin embargo la sintomatología negativa se vió incrementada en el grupo de no paranoides (68.4 vs.55%) lo anterior no difiere de lo esperado.

Entre los pacientes del primer grupo (paranoides) que presentaron predominio de síntomas negativos una tercera parte presentó síntomas leves de ansiedad, así como bajo control de impulsos, y una quinta parte presentó síntomas leves de depresión, lo anterior no resulta significativo sin embargo es un dato que permite conocer a los pacientes que potencialmente tienen mayor riesgo de repetir algún tipo de conducta suicida. En el segundo grupo (no paranoides) los pacientes que presentaron síntomas leves de depresión fueron una quinta parte ( no difiere del grupo de paranoides) los pacientes con síntomas leves de ansiedad fueron de un 10%. Lo cual pudiera traducir que en ninguno de los dos grupos estudiados se encontró que actualmente pudiera existir un alto riesgo de conducta suicida y que el grupo que presenta un porcentaje mayor de dicho riesgo fue el esquizofrénicos paranoides.

Al analizar los resultados obtenidos en el coeficiente de correlación de Pearson tomando en cuenta las variables: edad, ocupación, escolaridad, número de internamientos y las respuestas de las preguntas 2,3, 5, 6, 7, 11, 13, 15, 18, 19, 20. Y la correlación de la escala PANSS en ambos grupos fue: Paranoides  $r^2 = (0.75)$  vs.  $(0.73)$  en los no paranoides lo cual no es significativo; en la subescala de síntomas positivos de la escala PANSS en relación a a las variables edad, escolaridad, ocupación, número de internamientos fue de  $r^2 = (0.17)$  en los paranoides vs.  $(0.32)$  en los no paranoides cifra que tampoco resulta significativa en ambos grupos. En la subescala de síntomas negativos en relación a las mismas variables descritas para los síntomas positivos, en el grupo de paranoides fue de  $(0.37)$  vs.  $(0.27)$  en los no paranoides cifras que no resultan significativas.

La chi cuadrada en la calificación total de la escala PANSS en base a las puntuaciones medias, así como las puntuaciones menor y mayor en cada grupo descritas en la sección de resultados fue de 0.90 y la  $P = (0.34)$ , cifras que no resultan significativas estadísticamente en este estudio.

## CONCLUSIONES

En el presente estudio se planteó como objetivos principales, analizar las características de la conducta suicida en dos grupos de pacientes esquizofrénicos considerando que la información obtenida en el mismo debe tener utilidad en el manejo terapéutico y en la creación de programas que se enfoquen a mejorar la atención de pacientes esquizofrénicos con algún antecedente de intento suicida.

Los hallazgos más sobresalientes acerca de las diferencias entre las características del intento de suicidio en un grupo de pacientes con esquizofrenia paranoide en relación a un grupo de pacientes con esquizofrenia no paranoide (subtipos clínicos residual e indiferenciado) son:

El promedio de edad entre los pacientes con Esquizofrenia Paranoide (EP) fue de 27 años y entre los pacientes con esquizofrenia no paranoide (NP) fue de 47 años. En ambos grupos se encontró que el sexo masculino tenía menor frecuencia de intentos suicidas previos. En el grupo de EP existió un mayor nivel de escolaridad ( la mitad con mínimo de preparatoria concluída). No hubo diferencia en los dos grupos con respecto a la ocupación. El porcentaje de pacientes quienes se encontraban psicóticos durante el intento de suicidio fue 20% para EP y 10% para los NP; En la planeación del intento suicida así como en la toma de precauciones para evitar ser descubierto, se observó que hubo un mayor porcentaje de EP quienes programaron el intento de manera que la intervención fuera altamente improbable sugiriendo que entre los pacientes paranoides el riesgo de letalidad fué mayor. El grupo de EP presentó mayor impulsividad en los intentos de suicidio que en el grupo de los NP, siendo la desesperanza, síntomas depresivos y síntomas psicóticos las principales causas de impulsividad. El grupo de EP presentó métodos más letales de intento de suicidio. No se encontró relación an ambos grupos del intento de suicidio con el consumo de alcohol o alguna sustancia psicoactiva. El grupo de estudio que actualmente presentó mayor frecuencia de síntomas positivos fue el de EP; la sintomatología negativa se vió incrementada en el grupo de NP. Se encontró que actualmente en ninguno de los dos grupos estudiados pudiera existir un alto riesgo de conducta suicida.

Sin embargo considero que sería importante realizar periódicamente una evaluación (por medio de escalas para depresión y desesperanza) para los pacientes que son atendidos de manera ambulatoria en el hospital psiquiátrico fray Bernardino Alvarez ya que de esta manera puede detectarse con anticipación a los pacientes que potencialmente tienen mayor riesgo de intento de suicidio. Considerando además que se requieren otros estudios acerca de la desesperanza y la depresión en este tipo de pacientes.

## BIBLIOGRAFIA

1. Addington, D. Addington, J. 1992 ; Attempted suicide and depression in schizophrenia.; *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 85.
2. Borges, G. 1994; Evolución reciente del suicidio en México; *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, p- 15-21.
3. Roy, A. Suicide: Kaplan H, Sadock B, *Comprehensive textbook of Psychiatry*. Baltimore Maryland: Williams & Wilkins, 1989: 1414-1427.
4. Cano Ocampo Guadalupe; *Ensayo sobre el suicidio en Tabasco: Investigación criminológica*. Universidad Autónoma de Tabasco 1992 pp:1356.
5. Roy, A Risk factors for suicide in psychiatric patients *Archives General of Psychiatry*. 1989;39: 1089-1095.
6. Diekstra, R. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 1993, suppl:371:9-20.
7. Borges, G: Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994; 1996 *Salud Mental* V 19; 1; 45-55.
8. Secretaría de salud : *Mortalidad 1995 México*, secretaria de Salud 1995.
9. Brent David A; Risk factor for adolescent suicide and suicidal Behavior; mental and substance abuse disorders, family environmental factors and life stress. Vol. 25 supplement, 1995 pp 52-64.
10. Malone, Kevin m. Clinical assesment versus methods in the assesment of suicidal bahavior, *Am. J. Psychiatry* 1995; 152;1601-1607.
11. Medina Mora M. Accidentes y violencias: Homicidio y suicidio en México VI congreso, Academia Nacional de México. 1989.
12. Jiménez, Alejandro, Suicidio: factores de riesgo. *Psiquis(México)* 1997. vol, 6; núm 1, pp. 2-5.
13. Barraclough B, Bunch J, Nelson B. A hundred cases of suicide. *Br. J Psychiatry* 1974; 125:355-373.
14. Drake R, Gates C, Withaker : suicide among schizophrenics.: a review. *Compr. Psychiatry* 1985; 26: 90-99.
15. Roy A. Suicide in chronic Schizophrenia *Br. J. Psychiatry* 1982;141:171-177.
16. Breier A, Characterization of schizophrenic patients who commit suicide. 1984; *am. J. Psychiatry* 141; 206-209.
17. Landmark, J Cernousky, Z 1987 Correlates of suicide attemps and ideation in schizophrenia. *Br, J. Psychiatry*; 151; 18-20.
18. Sarro B, De la Cruz C, 1991: *Los suicidios* Ed. Martínez roca; España 56-60.
19. Garnica R, *Esquizofrenia*. 1999.
20. Cheng K, Leung C : Risk factors of suicide among schizophrenics. *Acta psychiatr Scandinavica*. 1990;81:220-224.

21. Beck, A, Kovacs M, Weissman, A. 1979, Assensment of suicidal intention: The scale for suicide idetion; *J. Consult. Clin. Psychol*; 47 (2) 343-352.
22. Pierce David, The predictive validation of a suicide intent scale: a five year follow up; *British Journal of Psychiatry* (2) 139.
23. Hawthorn, Keith y Catalán, José Attempted suicide. A practical guide to is nature and management. New York: Oxford University Press 1983
24. Arango V, Mann John Autoradiographic Demostration of increased Serotonin 5-HT<sub>2</sub> and B- adrenérgic receptor Binding sites in the brain of suicide victims: *Arch General Psychiatry* 1990; 47;1038-1047.
25. Villanueva M, Suicidio en pacientes internados en el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez . tesis de especialidad de psiquiatría.
26. Virkkunen M; Suicide in Schizophrenia and paranoid psychoses; *Acta psych. Scandinava* (suppl) 250:1-305 1974.
27. Allebeck P, Allgulander C; Suicide among young men: psychiatric illnes, deviant behaviour and substance abuse; *acta Psychiatr scandinava* 1990; 81: 565-570.
28. Heikkinen M,F.: los eventos de la vida y el suicidio consumado: Comaparación de víctimas de suicidio entre esquizofrénicos y no esquizofrénicos. Instituto de Helsink, Finlandia 2001 pp.248
29. Levy S, Southcombe R: Suicide in a state hospital for the mentally ill. *J Nerv Ment Dis* 117:504-514,1953.
30. Achte K, Stenback A, On suicides committ during treatment in psychiatric hospitals. *Acta psychiatric scandinava* 42: 272-284,1976.
31. Planansky K, Johnston R: Clinical setting and motivation in suicide amone patients in schizophrenics. *Acta psychiatr. Scand* 1973 49: 680-69 .
32. Cohen S, Leonard C, Tranquilizers and suicide in Schizophrenic patients *Arch Gen Psychiatric* 1974 11: 312-317.
33. Minkoff K, Bergman E. Beck AT, et all Hopelessness, depresión and attempted suicide. *Am. J. Psychiatric* 130:455-459.
34. Beck A, Davis J; Frederick C. Y cols 1974 Suicide prevention in the 70s. 1972 Government Printing office; Washinton, DC.
35. Warnes H: Suicide in Schizophrenics *Dis, Nerv, Syst*, 5: 35-40. 1978.