



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

“ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE INTENTO SUICIDA  
ENTRE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN  
RELACION A LOS SUBGRUPOS RESTANTES CON  
DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA”

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

**MARTHA IBARRA CHAVELA**

DIRECTORA: MTRA. GUADALUPE INDA SAENZ ROMERO  
REVISORA: LIC. PATRICIA PAZ DE BUEN RODRIGUEZ



MEXICO, D. F.

2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

### ***Mi familia***

#### ***Mis padres:***

*Gracias por todo el amor recibido,  
su comprensión, cuidados y cariño  
que desde la infancia me brindaron.*

#### ***Mamá:***

*Gracias por tu amor, cariño y  
apoyo, por estar siempre presente  
a mi lado cada mañana.*

#### ***Papá:***

*Gracias por tu interés y cariño  
por enseñarme el amor a la vida  
a salir a delante y no rendirme.*

#### ***Mis familiares:***

*Agradezco a mis familiares todo su  
amor, confianza y apoyo.*

*A.M.F.C.M.*

*Por no desistir en esta lucha constante,  
por tener la fortaleza y el deseo de llegar a la cima,  
y sobre todo por la necesidad de seguir aprendiendo.*

### ***Mis amores***

*C. C. G., J. G. R. y P. D. C.:*

*Gracias por los años en que cada uno  
en su momento me brindo su apoyo,  
dedicación y esfuerzo para la realización  
y finalización de esta etapa de mi vida  
profesional.*

*Ti padrene y ti amore per semper.*

### **Mis profesores**

Mtra: *Inda gracias por ser mas que una asesora,  
por todo lo aprendido a lo largo de la carrera,  
por toda la confianza y el apoyo recibidos,  
por su calidad humana, profesional y sobre todo por esa sencillez.*

Patricia: *sin tu apoyo y enseñanza nada de esto hubiera sido posible.  
gracias por ser mi guía durante toda mi formación profesional.*

MA. Isabel: *siempre una palabra de aliento,  
gracias por tus enseñanzas y tu motivación.*

### **Mis amigos**

*De siempre:  
Vero, Miguel, Javis, Gaby, Felipe, Marce, Amapola, Feli y  
Socorro,  
por seguir unidos en esta larga y corta travesía a la vez.*

*Del SUA:  
Berenice, Beatriz, Esmeralda, Francisco, Guadalupe, Lourdes,  
Lino, Lucio y Patricia,  
por tantas horas felices y el esfuerzo compartido, por ser  
amigos más que compañeros.*

*Del Fray de antes y de ahora:  
gracias por su calidad profesional y humana, que me han hecho  
crecer; pero sobretodo por su amistad...*

*Isai: gracias por tu presencia cuando inició esta aventura, por  
tu amistad hasta el día de hoy.*

*Amandina: por tu sensibilidad y calidez, gracias tu amistad y  
confianza.*

*Jannet: gracias por tu amistad y por ser siempre un ejemplo de  
esfuerzo y motivación.*

*De SASA de antes y ahora:  
F. J. L. A: te agradezco todo el apoyo por soportarme,  
tolerarme y permitirme lograr finalizar esta investigación.*

## Agradecimientos

Agradezco las facilidades otorgadas a las autoridades del **Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez** y la **Clínica San Rafael**, por permitir la realización de esta tesis en las instituciones, en especial al área de investigación y al servicio de consulta externa; también a los profesionales de la salud que manifestaron su interés en este trabajo.

A mi directora de tesis, **Inda Guadalupe Sáenz Romero** por su apoyo, enseñanza y asesoría durante la realización de la presente investigación y durante la formación profesional.

A **Patricia Paz de Buen Rodríguez** por la disponibilidad y tiempo empleado en la asesoría.

A **Ma. Isabel Haro Renner** por su apoyo, las enseñanzas recibidas y su asesoría en la elaboración de la tesis.

De igual forma, agradezco a las profesoras **Ma. Teresa Gutiérrez Alanís** y **Karina Beatriz Torres Maldonado** por las aportaciones realizadas con sus comentarios y sugerencias en la revisión de esta tesis.

*A todos los pacientes con esquizofrenia y sus familias,*

*por la capacidad de no rendirse:*

*ante el deseo de amar y ser amados*

*aún en la adversidad, en esta larga*

*lucha contra la esquizofrenia y el suicidio.*

*A todos aquellos que presentan un*

*trastorno mental . . .*

# ÍNDICE.

	Página.
<b>RESUMEN</b>	4
<b>INTRODUCCIÓN</b>	5
<b>CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.</b>	
1.1. La esquizofrenia. Generalidades.	9
1.1.1. Aproximación a su concepto clínico.	9
1.1.2. Elementos para su análisis etiológico.	14
1.1.3. Sintomatología (Aspectos genéricos).	20
1.1.4. Tipología.	25
1.1.4.1. Antecedentes.	25
1.1.4.2. Los subtipos de esquizofrenia según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV TR 2002).	27
1.1.4.2.1. Subtipo paranoide.	27
1.1.4.2.2. Subtipo desorganizado.	29
1.1.4.2.3. Subtipo catatónico.	29
1.1.4.2.4. Subtipo indiferenciado.	30
1.1.4.2.5. Subtipo residual.	31
1.1.5. Prevalencia de la esquizofrenia.	32
1.2. La conducta suicida en el sujeto esquizofrénico.	33
1.2.1. Delimitación conceptual de la conducta suicida.	33
1.2.2. Relaciones existentes entre la esquizofrenia y la conducta suicida.	37
<b>CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA.</b>	
2.1. Justificación.	43
2.2. Pregunta de investigación.	45

2.3. Objetivo.	45
2.4. Hipótesis.	45
2.5. Indicadores de variables.	46
2.6. Descripción metodológica general.	48
2.6.1. Tipo de estudio. Momentos y lugares de acceso a la muestra.	48
2.6.2. Diseño. Pormenores y calendario de aplicación.	48
2.6.3. Muestreo.	48
2.6.4. Sujetos.	49
2.6.5. Instrumento.	51
2.7. Análisis de resultados.	54
2.8. Aplicación.	56
2.8.1. Momentos y lugares de acceso a la muestra.	56
2.8.2. Pormenores y calendario de aplicación.	57

### **CAPÍTULO 3. RESULTADOS.**

3.1. Análisis cuantitativo.	59
3.2. Discusión de resultados.	64

<b>DISCUSION.</b>	66
-------------------	----

<b>CONCLUSION Y SUGERENCIAS.</b>	70
----------------------------------	----

<b>BIBLIOGRAFÍA.</b>	74
----------------------	----

### **APÉNDICES.**

Apéndice 1. Escala de suicidio de Beck y cols. (1974).	77
Apéndice 2a. Carta de consentimiento informado (Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez).	81



Apéndice 2b. Carta de consentimiento informado (Clínica San Rafael).	82
Apéndice 3. Guía de preguntas aproximadas para la aplicación de la escala de intención suicida.	83
Apéndice 4. Formulario utilizado para la comparación de medias de los distintos subgrupos.	85
Apéndice 5. Relación de puntajes obtenidos por cada miembro de las muestras.	87
Apéndice 6. Obtención de medias de cada muestra y obtención de sumatorias para la desviación estándar.	89

## RESUMEN.

*Con la finalidad de comprobar si la intención suicida presenta más riesgo en esquizofrénicos paranoides que en pacientes diagnosticados con otros subtipos de esquizofrenia (indiferenciado y desorganizado), se aplicó a tres muestras - de 13 pacientes cada una - provenientes de dos instituciones de salud mental de la Ciudad de México, la Escala de Intención o Intento Suicida de Aaron T. Beck.*

*La primera muestra se conformó por esquizofrénicos paranoides, la segunda por esquizofrénicos indiferenciados y la tercera por esquizofrénicos desorganizados. Tras la aplicación del instrumento de medición se aplicó el método estadístico de comparación de medias entre los tres subgrupos para obtener la razón t de cada uno, comprobándose la validez de la hipótesis principal.*

*Como conclusiones más relevantes, además de la comprobación de la hipótesis de trabajo se proponen: a) Un mayor cuidado en cuanto a la reincidencia de intentos suicidas en pacientes con esquizofrenia paranoide; y, b) Un mayor énfasis en el carácter diferenciado de los tratamientos que se establezcan para los distintos subtipos esquizofrénicos, independientemente de su enfoque terapéutico.*

## INTRODUCCIÓN.

A pesar de que el trastorno esquizofrénico fue identificado por Bleuler a principios del siglo XX, aún en la actualidad su conocimiento es muy limitado para el público en general y ambiguo incluso para muchos profesionales de la salud mental.

Las ambigüedades que prevalecen en cuanto a su concepto, tipología, diagnóstico y tratamiento han terminado por difundir la infundada creencia de que la esquizofrenia es, sobre todo, una enfermedad o *trastorno* “de las alucinaciones” y el “desdoblamiento de la personalidad”. Y aunque, en efecto, estos dos elementos son elementos que forman parte importante del cuadro clínico general de la esquizofrenia, no son, ni con mucho, los únicos. La esquizofrenia se cuenta y se reconoce, como uno de los desórdenes mentales con mayor afectación para el paciente; su presencia afecta todas y cada una de las esferas de vida de los enfermos: la social, la cognitiva, la afectiva e incluso la económica, es decir, implica un daño sistémico en el individuo que la padece (Minkowsky, 1989)

Sin embargo, el estudio que sistemática e ininterrumpidamente se ha venido haciendo en las últimas décadas sobre el trastorno esquizofrénico ha representado avances sustanciales en su identificación y diagnóstico. Estos avances se encuentran representados, básicamente, por los intentos de estandarización de sus síntomas y métodos de diagnóstico (por ejemplo, las descripciones y clasificaciones aportadas por la Asociación Psiquiátrica Americana, APA). En efecto, hoy en día, los profesionales de la salud mental, independientemente del enfoque terapéutico que asuman, cuentan ya con múltiples

lineamientos e instrumentos de diagnóstico y clasificación que han permitido avanzar en la atención del enfermo esquizofrénico. Sin embargo, estos importantes avances contrastan, de forma por demás relevante con el poco conocimiento que aún se tiene de las interacciones del trastorno esquizofrénico con aspectos concretos del comportamiento del enfermo, como lo es, por ejemplo, la conducta suicida.

Las interacciones entre esquizofrenia y suicidio no son un tema nuevo y sin embargo, los estudios al respecto son escasos. Trabajos como los de Sarró (1991), Minkowsky (1989), Tsuang (1982) y Senties (1993), así como las estadísticas mundiales sobre el suicidio (Organización Mundial de la Salud, OMS, 1990), apuntan hacia una muy alta incidencia de intentos suicidas por parte de los esquizofrénicos, muchos de los cuales llegan a término, tanto en el interior de los nosocomios como en el medio externo. Desjarlais, R.; Eisenberg, L.; Good, B.; Kleinman, A. (1995), señalan que en 1985 había cerca de 23 millones de personas con esquizofrenia en el mundo, y tres cuartas partes de estas personas habitaban las ciudades menos desarrolladas; para el año 2000, los estudios demográficos sugerían que el número absoluto de pacientes esquizofrénicos en estas ciudades se incrementaría de 16.7 a 24.4 millones, es decir, un 45% de incremento. Los autores sugieren que este incremento es debido principalmente a consecuencia de que se ha producido un incremento en el número de personas que se encuentran en la edad de riesgo para presentar esquizofrenia (entre los 15 y 45 años).

No obstante, aún en la actualidad parece haber una marcada reticencia a aceptar que el trastorno esquizofrénico es, *per sé* un factor de riesgo suicida: así lo demuestra el poco valor que suele otorgarse a los intentos suicidas en la fase de diagnóstico, que puede

observarse en muchas instituciones de salud mental. (Senties y García, 1996).

Los datos anteriormente mencionados, así como el que se pase por alto dentro de la práctica psicológica y psiquiátrica estas son causas suficientes para indagar sobre las interacciones existentes entre esquizofrenia y conducta suicida, las cuales son el hilo conductor de este trabajo.

Son pocos los datos que existen sobre los subgrupos del trastorno esquizofrénico que resultan más afectados por la conducta suicida de los pacientes. Sólo autores como Merenciano (1942) y Minkowsky (1989), hacen referencia, desde la práctica psiquiátrica de que el grupo de esquizofrénicos con mayor intensidad en su conducta suicida es el paranoide. No existen, desde luego, estudios comparativos de la intención suicida en los distintos subgrupos, en lo que constituye una grave omisión, puesto que dicha información guardaría una gran relevancia para el tratamiento y, desde luego, para la toma de medidas preventivas ante el acto suicida diferenciada para cada subtipo del trastorno que estamos estudiando.

Partiendo de la hipótesis de que la intencionalidad suicida es más elevada en los esquizofrénicos paranoides que en enfermos diagnosticados con otros subtipos de esquizofrenia, el presente trabajo plantea un sondeo exploratorio en tres muestras de subtipos diversos (paranoide, indiferenciado y desorganizado), a través de la aplicación de la Escala de Intención Suicida desarrollada por el norteamericano Aaron T. Beck (1979), que ha demostrado ser un importante instrumento para la medición del riesgo de la actividad suicida, y por ende, para su prevención mediante la pronta identificación del

problema.

Se pretende que el trabajo no sólo aporte conocimientos generales sobre las características de la conducta suicida en enfermos con esquizofrenia, sino que además sirva para identificar los lineamientos inmediatos que pudieran adoptarse en la tarea de evitar reincidencias y reducir la mortandad de la enfermedad por actividad suicida. Para tal efecto, el trabajo se ha estructurado, formalmente del modo siguiente:

En su primera parte se analiza el marco teórico conceptual de la esquizofrenia incluyendo su concepto, su desarrollo histórico, sus síntomas y tipología, así como una aproximación a su etiología, sobre la cual aún no existen consensos teóricos homogéneos.

En la segunda parte se presenta el estudio de caso consistente en la descripción metódica de la aplicación del instrumento a las tres muestras de pacientes con esquizofrenia, así como la relación detallada del modelo metodológico.

Finalmente, en la parte tercera, se analizan los resultados desde dos perspectivas: la cuantitativa, mediante la comparación de medias de las distintas muestras, previa obtención de la razón  $t$  de cada uno de los segmentos, y la discusión de los resultados, donde se plantean conclusiones relevantes sobre el objeto de estudio en el campo de la Salud Mental.

Para finalizar el trabajo se presentan la discusión y las conclusiones generales, en la que se evalúan los alcances y limitaciones de la investigación y se plantean algunas sugerencias prácticas.

## **CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.**

### **1. 1. La esquizofrenia. Generalidades.**

#### **1.1.1. Aproximación a su concepto clínico.**

Tanto la naturaleza como el concepto de la esquizofrenia son tópicos relativamente nuevos dentro del campo de estudio de la psiquiatría y la psicología clínica. Acaso por ello, aun en la actualidad puede observarse un cierto relativismo conceptual que se ha tratado de subsanar a través del establecimiento de normas internacionales que, si bien no han concluido con las controversias teóricas y clínicas sobre el trastorno esquizofrénico, si marcan una serie de pautas generales para entender su consistencia, para diagnosticarlo, para ponderarlo como problema de salud pública, y desde luego para establecer con la mayor objetividad posible, los tratamientos clínicos acordes a cada caso concreto.

El término esquizofrenia, adoptado por vez primera en 1911 por el psiquiatra suizo Eugenio Bleuler, deviene, según Tsuang (1982), de los términos latinos schizo (división, separación) y phrenia (mente). Sin embargo, su acepción etimológica, poco o nada nos revela sobre su naturaleza; el análisis conceptual de la esquizofrenia requiere, en todo caso, la revisión de su evolución histórica que se reseña brevemente las siguientes líneas.

El primer estudio que registra la historia de la psiquiatría sobre la esquizofrenia fue realizado por el alemán Emil Kraepelin (1856-1927), quien, a partir de sus observaciones clínicas, determinó la existencia de un trastorno o enfermedad mental denominada Demencia Precoz (dementia praecox), acerca de la cual realizó un amplio desarrollo teórico

en las ediciones 5ª y subsecuentes de su obra *Lehrbuch die Psychiatrie* (libro de texto de psiquiatría); ello a partir de 1896 (Johnstone, 1999).

La concepción original de Kraepelin sobre la demencia precoz, se encontraba influenciada por los conceptos de catatonía, paranoia y hebefrenia, desarrollados previamente por Kahlbaum y Hecker, respectivamente. Kraepelin establecía que los síntomas principales de la demencia precoz, eran, a grosso modo, los siguientes: (Tsuang, 1982).

- Alucinaciones táctiles y auditivas (resultantes de estímulos sensoriales imaginarios, como palpar objetos inexistentes, escuchar voces sin que otra persona esté presente, etc.).
- Delirios (creencias falsas persistentes aun cuando el sujeto tuviese enfrente la evidencia de su realidad).
- Habla incomprensible (causada por el desarrollo de pensamientos de forma ilógica).
- Pérdida de interés en el mundo real.
- Disminución significativa de las capacidades de expresión.
- Desórdenes emocionales.
- Negativismo.

Kraepelin no sólo establecía que estos síntomas conformaban un trastorno diferenciado sino que además los distinguía de los padecimientos psicóticos aceptados



hasta esa fecha que eran asociados por regla general, con el concepto usual y genérico de demencia. Tradicionalmente, el demente considerado como un sujeto incapaz de responder a estímulos o cuestionamientos provenientes del mundo externo, en donde sus pensamientos pueden encontrarse totalmente disociados de la realidad, el demente precoz, podría, por ejemplo, responder preguntas mencionando correctamente el lugar en que se encontraba, aunque sin sentir, en lo particular, el lugar que ocupaba: la noción del yo existo carecía de sentido (Minkowsky, 1989).

Los estudios sobre la demencia precoz tuvieron amplia repercusión en prácticamente todas las naciones europeas y fueron retomados por Bleuler quien en 1911 publicó su obra titulada *Dementia praecox or the group of schizophrenias*, empleando, por primera vez el término esquizofrenia, considerándola como un sinónimo de trastorno estudiado con antelación por Kraepelin (Häffner, 1998).

La concepción bleuleriana de esquizofrenia retoma de Kraepelin el hecho de dotar a este trastorno de una existencia diferenciada respecto a otro tipo de desórdenes mentales, más introduce un nuevo esquema o cuadro sintomático conocido comúnmente como "las cuatro A's"; según el cual, los principales síntomas pueden agruparse en los siguientes rubros: (Flach, 1998).

- a) Pérdida de las cualidades asociativas (associative lossening).
- b) Desórdenes afectivos (affective blunting).
- c) Autismo (autism).
- d) Ambivalencia (ambivalence).

Como puede observarse, ambas concepciones (Kraepelin y Bleuler), tienen en común la consideración de que la esquizofrenia, en todo caso, implica una perturbación significativa de la interacción del paciente con el mundo real; sin embargo, en la perspectiva bleuleriana, la presencia de alucinaciones y delirios que para Kraepelin constituyen las bases para el diagnóstico, pasan a un plano secundario pudiendo éstas presentarse o no; textualmente, Bleuler afirmaba:

"...Ciertos síntomas de la esquizofrenia se encuentran presentes en todos los casos y en todos los períodos de la enfermedad, como cualquier otro síntoma de enfermedad deben ser atendidos con cierto grado de intensidad una vez que éstos han sido reconocidos con certeza... Por ejemplo, los peculiares disturbios en la asociación están siempre presentes pero no en todos sus aspectos... Junto con estos síntomas permanentes y fundamentales podemos encontrar otras manifestaciones accesorias como delirios, alucinaciones y síntomas catatónicos..." (Flach, 1998: 32).

Esta concepción de la esquizofrenia (cuya influencia se siente aún en los diversos estudios relacionados elaborados en los Estados Unidos), no obstante en diferir significativamente de la de Kraepelin, parte, al igual que aquélla, de atribuir al trastorno, una base etiológica eminentemente orgánica y susceptible de evaluarse por el método clínico (Häffner, 1998).

Según Tsuang (1982), en 1930, la existencia de la esquizofrenia, como desorden mental diferenciado respecto a otras psicopatogenias se había aceptado de forma general, en años subsecuentes comenzaron a desarrollarse estudios tendientes a desentrañar su

naturaleza, mediante el análisis de sus determinantes etiológicos. Tal y como se verá más adelante, estos estudios sobre la etiología de la esquizofrenia irían modificando paulatinamente su concepto. Al mismo tiempo, existían tantas definiciones del término esquizofrenia como tendencias que sobre su estudio se habían desarrollado. Fue así como surgieron los primeros intentos por unificar su concepto clínico. Entre estas tentativas, la mejor lograda fue la emprendida por la Organización Mundial de la Salud, a partir de 1961. Para tales efectos, se realizó un estudio sobre una muestra de 1202 pacientes esquizofrénicos (550 hombres y 652 mujeres de distintas nacionalidades), con la finalidad de determinar cuáles eran sus principales elementos constitutivos. La definición resultante de este estudio fue reportada en 1973 y con algunas modificaciones introducidas posteriormente entre 1973 y 1978, fue adoptada por la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD, por sus siglas en inglés), en 1979. En términos generales, esta definición considera la esquizofrenia como un grupo de desórdenes mentales, cuyas principales manifestaciones son:

- Distorsiones del pensamiento del paciente, consistentes en:
  - La sensación de ser controlado por fuerzas alienantes inexistentes.
  - Autismo, ante la sospecha de que otros pueden penetrar en sus más íntimos sentimientos con intención de dañarle. El sujeto considera que todo el entorno gira alrededor de él.
  - El pensamiento se vuelve oscuro y elíptico.
- Trastornos en la percepción del paciente:

- Alucinaciones, especialmente auditivas.
- La creencia de que todos los objetos y fenómenos entrañan un sentido siniestro que tiene la intención de provocarle un daño personal.

Tratando de sintetizar la definición de la ICD, Albert Schefflen (1981), establece que la esquizofrenia es un estado no psicótico caracterizado por la presencia en el enfermo de:

- Dificultades obvias para desarrollar actividades lineales ya sea relacionadas con el pensamiento, el habla y otros comportamientos motores.
- Una relativa dificultad para modular sus emociones y las facultades de atención.
- Un sentimiento de alienación de su conducta y de sus pensamientos por parte de otras personas.

Si bien las anteriores definiciones nos brindan un panorama general de lo que es la esquizofrenia, la exposición completa de su concepto requiere analizar tanto los elementos que conforman su etiología, como sus síntomas y subtipos, aspectos a los que nos referimos en los siguientes puntos.

### **1. 1.2. Elementos para su análisis etiológico.**

La ambigüedad que hasta la fecha prevalece en los estudios sobre la esquizofrenia se hace tangible al observar que ninguna de las definiciones escritas hasta la actualidad

hacen referencia a su etiología; de ahí que autores como Andreasen (1998), postulen que, aún hoy: "... la real naturaleza de la esquizofrenia continúe siendo un reto a nuestro entendimiento..." (Flach, 1998: 30).

A lo largo del tiempo (principalmente a partir de la década de los treinta), los estudios etiológicos sobre la esquizofrenia han evolucionado en sentidos diferentes. Actualmente es entre las tendencias teóricas predominantes que, a pesar de haber abordado el campo experimental, no dejan de ser meras hipótesis; éstas son a saber: 1. La orgánico-funcional, 2. La genética; 3. La social o la psicosocial, que se revisan a continuación en las siguientes líneas.

#### a) Etiologías de base orgánico-funcional.

De acuerdo con los esquemas clínicos de la esquizofrenia planteados por Kraepelin y Bleuler, los primeros estudios para determinar su etiología, se dirigieron a la búsqueda de sus posibles determinantes orgánico-funcionales.

Aún a fines del siglo XIX, y bajo el influjo de la obra de Kraepelin sobre la demencia precoz, Clouston, mediante un estudio realizado en 2000 adolescentes con trastornos de conducta, trató de demostrar que los desórdenes psiquiátricos en sujetos de este rango de desarrollo respondían a defectos o daños en el tejido ectodermal del cerebro (Johnstone, 1999).

A principios del siglo XX, fueron múltiples las investigaciones que buscaban

esclarecer la etiología de la esquizofrenia a partir de una base orgánica. Lewis y Shattock, en 1923 y 1950 respectivamente trataron de demostrar - sin buenos resultados - que el desarrollo del trastorno partía de alteraciones en el sistema circulatorio; asimismo, Mott, en 1919 y Hemphill en 1944, formularon la hipótesis de que la esquizofrenia se presentaba como consecuencia de disfunciones gonadales (Johnstone, 1999).

Si bien los anteriores estudios no mostraron resultados consistentes, fue en la década de los sesenta donde se lograron ubicar, de forma sistemática, los primeros indicadores etiológicos de base orgánico-funcional. En 1965 Bourdillon detectó en la orina de una muestra de pacientes esquizofrénicos la presencia de dimethy-oxiphenilethylamina lo que llevó a inferir la existencia de una relación entre la anormalidad en el metabolismo de las catecolaminas y el desarrollo de síntomas esquizofrénicos; por esos mismos años (1963), Carlsson y Lindquist, estudiaron los efectos positivos de la clorpromazina en pacientes esquizofrénicos, estableciendo que las cualidades terapéuticas de este fármaco se daban en función del bloqueo de los receptores de dopamina en el cerebro de los pacientes (Johnstone, 1999).

Los estudios de Carlsson y Lindquist, originarían lo que a la postre se convertiría en una de las hipótesis más aceptadas sobre la etiología de la esquizofrenia, es decir, que la excesiva liberación de dopamina puede provocar o agravar las alteraciones asociadas a la esquizofrenia, tales como: estados de delirio, paranoias, alucinaciones, etc. (Carlsson, 1998).

La hipótesis de la dopamina sigue teniendo aceptación en la actualidad; sin

embargo, las hipótesis genéticas y psicosociales han hallado nuevos indicadores que han desestimado, durante los últimos años, la creencia de que la secreción excesiva de dopamina sea el agente causal de la esquizofrenia: autores como Johnstone (1999) cuestionan el hecho de que el suministro de fármacos se utilice como elemento diagnóstico, dado que esta metodología no conduce a una detección directa de las bases biológicas de la esquizofrenia.

En los últimos años, los estudios biológicos han determinado que gran cantidad de pacientes esquizofrénicos presentan alteraciones en el tejido cerebral; Gunter y Genta (Johnstone, 1999), formulan la hipótesis de que se presentan alteraciones en la organización laminar del tejido ectodérmico del cerebro que pueden ser debidas a daños de tipo perinatal.

#### b) Etiologías de base genética.

Los primeros estudios analizaron las posibilidades de que la esquizofrenia fuese un trastorno con una base etiológica de tipo genético (hereditario), datan de la segunda década del siglo XX y fueron elaborados por Ernest Rüdín y sus pupilos, en Alemania, bajo la influencia directa de las ideas de Kraepelin (Häffner, 1998).

Tanto Rüdín como Alzheimer, afirmaban que la aparición de los síntomas propios del trastorno esquizofrénico se asociaba con la ausencia (genéticamente determinada) de adecuados medios de resistencia para la aparición de dichas patologías (Johnstone, 1999). Estos estudios fueron, durante muchos años, considerados como meramente especulativos, debido, entre otras causas al subdesarrollo de la ciencia genética.

A fines de la década de los setenta, trató de determinar la influencia de los genes en la aparición de la esquizofrenia. Mediante un estudio observacional aplicado a una muestra de gemelos, demostró que la constitución genética de los sujetos incide, a razón del 10% en la aparición de los síntomas principales de la esquizofrenia Kringlen (1967). Sin embargo, tal y como señala Häffner (1998), estos estudios no pueden llevar a inferir que los genes sean el elemento etiológico primordial de la esquizofrenia: "... que los genes contribuyen a la etiología de la esquizofrenia ha sido establecido por estudios de caso en gemelos y adopción; sin embargo [...] los genes no son suficientes para producir el desorden esquizofrénico..." (p. 138).

#### c) Etiologías de base social.

La realización de estudios genéticos sobre la esquizofrenia, reveló, entre otras cosas que los factores del entorno revisten gran importancia en el análisis etiológico de dicho trastorno. Häffner (1998) apunta al respecto que en los desórdenes mentales, la incidencia de la familia no prueba una disposición hereditaria de los sujetos debido a que: "... la influencia del ambiente puede ser confundida con los factores genéticos..." (p. 123).

Schefflen (1981) establece que el estudio etiológico de la esquizofrenia debe considerar, en todo caso, la influencia que ejercen en el sujeto los factores del medio, como lo son, por ejemplo, la disminución de las habilidades cognoscitivas y la tendencia a la depresión que sufren las personas ante los fenómenos de la industrialización y el colonialismo: "...No es accidental que el concepto de esquizofrenia se haya desarrollado al iniciar el siglo XX..." (p.9)



Según Johnstone (1999), los primeros estudios etiológicos que atribuyen una base social a la esquizofrenia datan de la segunda posguerra mundial, en que a autores como Myerson (1939), Martín (1955), Wing y Brown (1961), afirmaban que el trastorno surgía o se agravaba debido a las condiciones de vida de los enfermos en los hospitales.

Estudios mucho más recientes demuestran que la esquizofrenia, en muchos casos es precedida por traumatismos en las relaciones familiares, y específicamente por rupturas en la relación entre el niño y la madre (Hisch y Weinberger, 1995). La base afectiva es, en la actualidad una de las principales líneas sobre la investigación etiológica sobre la esquizofrenia.

A los anteriores estudios se suman aquellos que establecen interacciones entre el trastorno esquizofrénico tanto en variables, tales como la clase social y la modalidad de ocupación de los sujetos. Clark (1985), estudió las tasas de esquizofrenia en función de la ocupación de los pacientes; reportó una mayor incidencia en la población de escasos recursos económicos. Flach (1998), estableció, por su parte, la existencia de una relación entre la esquizofrenia y la magnitud del grupo social: reporta que en ciudades con menos de 100,000 habitantes, no hay relación significativa entre las tasas de prevalencia del trastorno y los factores del entorno, en tanto que en ciudades de entre 100,000 y 500,000 habitantes, existe una mayor concentración de casos entre las clases económicamente bajas. Estos estudios, llevan a inferir que existe una significativa influencia de la estructura de los grupos sociales en la incidencia de casos de esquizofrenia, cuyos alcances suelen ser desestimados por la psiquiatría y la psicología clínica.

Lo anterior es debido a que no existen evidencias que postulen un modelo claro de que la etiología de la esquizofrenia es debida a factores biológicos y/o sociales. Sin embargo, existen numerosas hipótesis que señalan que los factores sociales o culturales pueden contribuir a hacer menos severo el curso de este trastorno (Desjarlais y cols., 1995).

Por ejemplo, se estima que en los países menos desarrollados hay una falta de mecanismos para la detección temprana y el manejo oportuno, lo cual conlleva a una mayor cronicidad y deterioro (Secretaría de Salud, 2004b).

En resumen, y con base en la revisión de las diversas tendencias que estudian la etiología de la esquizofrenia, puede inferirse que en la actualidad no existe un criterio totalizador y general: los indicadores obtenidos de los estudios revisados, llevan a concluir que la esquizofrenia es un trastorno polisémico y multifactorial en cuya etiología se encuentran factores orgánicos, genéticos y sociales que influyen en la salud del sujeto de acuerdo a sus peculiares condiciones individuales.

### **1.1.3. Sintomatología (aspectos genéricos).**

En el punto precedente se han analizado los síntomas básicos de la esquizofrenia que, como se ha visto, marcan las pautas para su conceptualización. Sin embargo, en la práctica de la psicología clínica y la psiquiatría, dichos criterios resultan insuficientes en el acto de diagnosticar a un posible paciente esquizofrénico; desarrollos teóricos posteriores a los de Kraepelin y Bleuler se han encargado de realizar algunas pormenorizaciones sintomatológicas, tendientes a hacer más

accesible al observador clínico la incidencia de este trastorno. Éstos datos revisten especial importancia, toda vez que, hasta la fecha no existe test validado alguno para el diagnóstico de la esquizofrenia (Flach, 1998).

Uno de los estudios sintomatológicos de la esquizofrenia más difundido y con mayor aceptación es el elaborado por Kurt Schneider (1959), quien establece que los principales síntomas que pueden llevar a un diagnóstico adecuado, son los siguientes:

**1. Alucinaciones auditivas** que toman la forma de voz o de voces que el paciente afirma escuchar; estas "voces" bien pueden:

- Repetir los pensamientos del sujeto.
- Discutir con el sujeto, por lo que no es poco común que los pacientes hablen de sí mismos en tercera persona.
- Inducir al sujeto a que haga ciertas cosas.

**2. Sentimiento de intrusión o alienación:** el sujeto tiene la sensación de que agentes externos controlan su pensamiento y vigilan sus acciones.

**3. Sentimiento de riesgo a la privacidad:** el sujeto desarrolla algunos rasgos de autismo, parece "encerrarse" en sí mismo ante la sospecha de que las demás personas puedan descifrar sus pensamientos más íntimos.

**4. Sentimiento de usurpación:** el paciente tiene la sensación de que sus acciones y

movimientos son dirigidos por una fuerza extraña, ajena a él mismo.

**5. Delirios primarios o percepciones delirantes:** el sujeto tiene apreciaciones autistas de la realidad; desarrolla convicciones erróneas sobre sí mismo o sobre los objetos y fenómenos de su entorno (pueden manifestarse a través de delirios de grandeza, alucinaciones visuales o táctiles, etc.).

Tsuang (1982), se refiere al perfil del paciente esquizofrénico, haciendo énfasis en los siguientes síntomas:

- actividad laboral El paciente cree que todas las personas (ceranos o extraños) tienen la intención de dañarle.
- Escucha voces, aún estando solo.
- Se reducen o nulifican sus habilidades para expresar pensamientos y sentimientos con claridad.
- Desarrolla convicciones íntimas, disociadas de la realidad e intenta persuadir a los demás sobre su valor.
- Siente que hay un desajuste en su razón y sin embargo no reconoce la necesidad de atenderse clínicamente.
- Existe algún grave deterioro en sus relaciones familiares y en la.

Los criterios validados internacionalmente para la detección de los síntomas de la

esquizofrenia, se encuentran en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-VI TR. (APA 2002) señala:

A. síntomas característicos: dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha tratado con éxito):

1. Ideas delirantes.
2. Alucinaciones.
3. Lenguaje desorganizado (por ejemplo: descarrilamiento frecuente o incoherencia)
4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
5. Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

Asimismo, EL DSM-IV TR, establece que la enfermedad se da en tres fases claramente diferenciadas: *la prodómica, la activa y la residual*. En tanto que en la fase activa, los síntomas que se presentan son ya descritos líneas arriba; en las fases prodómica (previa) y residual (posterior a la fase activa), el criterio de diagnóstico (APA, 2002), debe fundarse en la presencia de, cuando menos, dos de los síntomas siguientes:

B. Disfunción social/laboral: durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la

alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses de4be incluir al menos i mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los periodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestar4se sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo:

El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado a:

- 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maniaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o
- 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los periodos activo residual.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes o menos si se han tratado con éxito, (APA 2002).

Como puede observarse, tanto la sintomatología expuesta en las teorías clínicas como los criterios diagnósticos adoptados en el DSM-IV TR, representan una mezcla entre las concepciones de Kraepelin y Bleuler sobre la esquizofrenia. Ante la ausencia de tests específicos para el diagnóstico de este trastorno, los anteriores criterios (especialmente los expuestos en el DSM-IV TR), constituyen importantes instrumentos tanto para su detección, aún desde sus fases primarias, como para su tratamiento.

#### **1.1.4. Tipología.**

##### **1.1.4.1. Antecedentes.**

El primer intento por clasificar los diferentes subtipos de la esquizofrenia, lo representaron las observaciones clínicas de Crow (1980), quien reportó la existencia de dos trastornos diferenciados en una muestra de pacientes esquizofrénicos; el primero de ellos se caracterizaba, en términos generales, por la transitoriedad de la enfermedad y la buena reacción ante la administración de fármacos (neurolepticos); el segundo, en cambio, se definía como un trastorno crónico, cuyo tratamiento clínico resultaba mucho más complejo.

En la tabla 1 se presenta la comparación entre los trastornos o subtipos esquizofrénicos de Crow

	<b>TIPO 1</b>	<b>TIPO2</b>
1. Síntomas característicos	Delirios, alucinaciones	Aplanamiento de las relaciones afectivas; pobreza en el habla; pérdida de control
2. Tipo de desórdenes que comúnmente se observan	Episodios agudos de esquizofrenia	Esquizofrenia crónica (Trastorno ininterrumpido)
3. Respuestas a fármacos neurolépticos	Buena	Pobre
4. Daño intelectual	Ausente	Presente en algunos casos
5. Pérdida irreversible en el control de movimientos	Ausente	Presente en algunos casos

Tabla 1. Subtipos de esquizofrenia según Crow (1980).

Siguiendo la línea clasificatoria de Crow, Andreassen (1998), subdivide a la esquizofrenia en dos subtipos: la positiva y la negativa, cuyas principales características se relacionan de forma sintética a continuación:

#### Esquizofrenia positiva.

1. En el cuadro clínico predomina la presencia de alucinaciones severas, que pueden ser auditivas, táctiles e incluso olfatorias.
2. Delirios graves (persecutorios, de celos, somáticos, religiosos, de grandeza o fantásticos).
3. Acentuados desórdenes en el pensamiento formal (incoherencia, tangencialidad o ilogicidad).



### Esquizofrenia negativa.

1. Alogia (pobreza en el lenguaje y en el contenido de los mensajes transmitidos oralmente).
2. Aplanamiento de las relaciones afectivas.
3. Falta de sociabilidad e incapacidad para experimentar sensaciones placenteras.
4. Apatía para el desarrollo de actividades lineales.
5. Serios problemas de atención.
6. Presencia - aunque no significativa - de alucinaciones, delirios, desórdenes en el pensamiento formal y comportamientos ilógicos.

A los anteriores criterios clasificatorios, se suman los establecidos y validados por la APA en el DSM-IV TR, a los que se hace referencia en el siguiente apartado.

#### **1.1.4.2. Los subtipos de esquizofrenia según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV TR).**

El DSM-IV TR (2002), establece un criterio clasificatorio de la esquizofrenia basado en los síntomas que se presentan y que permiten diagnosticar objetivamente el caso concreto. En los siguientes puntos se presentan los rasgos característicos de cada una de estas modalidades o subtipos de trastorno esquizofrénico.

##### **1.1.4.2.1. Subtipo paranoide.**

Este subtipo de la esquizofrenia había sido objeto de múltiples estudios aún antes de

la publicación de la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-I). En un principio, la Psiquiatría se mostraba renuente a aceptar este subtipo como una categoría del trastorno esquizofrénico, debido a lo que autores como Merenciano (1942), llamaban “atipicidad de lo paranoide dentro de lo esquizofrénico” (p.52); tanto en la teoría como en la práctica psiquiátrica, solía considerarse a lo que hoy se conoce como esquizofrenia paranoide. Sin embargo, estudios clínicos posteriores como los de Wyrsh (1952) y Minkowsky (1989), determinaron una evidente separación entre el concepto tradicional de demencia paranoide (caracterizada, en términos muy generales por la pérdida, por parte del paciente de toda noción de realidad) y el de esquizofrenia paranoide, en la cual el sujeto, aunque presente importantes disociaciones respecto a la realidad, conserva, muchas veces intactas, sus capacidades cognitivas.

El DSM-IV TR, Un tipo de esquizofrenia en la que se cumplen los siguientes criterios para la esquizofrenia paranoide: (APA, 2002).

- A. Preocupación por una o más ideas delirantes y alucinaciones auditivas frecuentes.
- B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

A diferencia de lo que suele ocurrir en la atención clínica de otros subtipos de esquizofrenia, la disociación respecto a la realidad que se observa en pacientes esquizofrénicos paranoides es **altamente significativa**, así como su desinterés y apatía respecto al mundo real; su autismo se vuelve evidente (sin llegar, no obstante, a los estados catatónicos) y en no pocas ocasiones se comportan de forma hiperactiva e incluso agresiva.

Los anteriores factores influyen para que su diagnóstico se dificulte en forma extrema, al grado de que muchos clínicos llegan incluso a asociar el estado del paciente con la demencia paranoide; es necesario, al respecto, considerar que uno de los elementos para distinguir la esquizofrenia paranoide es, según Minkowsky (1989), el sondeo sobre la noción de ubicación espacio-temporal del paciente, que es un indicador relevante para determinar el nivel de disociación con la realidad que se tiene en el caso de los esquizofrénicos paranoides.

#### **1.1.4.2.2. Subtipo desorganizado.**

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios: (APA, 2002)

##### **A. Predominan:**

1. Lenguaje desorganizado.
2. Comportamiento desorganizado.
3. Afectividad aplanada o inapropiada.

##### **B. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.**

#### **1.1.4.2.3. Subtipo catatónico.**

Un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los criterios que se presentan a continuación: (APA, 2002)

1. Inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cérica) o

estupor.

2. Actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito ingesta influida por estímulos externos).
3. Negativismo extremo (resistencia aparente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser motivado) o mutismo.
4. Peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas.
5. Ecolalia o ecopraxia.

#### **1.1.4.2.4. Subtipo indiferenciado.**

Dentro de este subtipo se encuentran todos aquellos cuadros clínicos que, no obstante de encontrarse claramente delimitados dentro del trastorno esquizofrénico, no pueden enmarcarse dentro de alguno de los demás subtipos; el rasgo común que se presenta, siguiendo a Kraepelin, son las alucinaciones y los delirios.

Un tipo de esquizofrenia en que están presentes los síntomas del Criterio A, pero que no cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico son los siguientes: (APA 2002).

A.

I. Ideas delirantes.

2. Alucinaciones.

3. Lenguaje desorganizado (por ejemplo: descarrilamiento frecuente o incoherencia)

4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

5. Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

#### **1.1.4.2.5. Subtipo residual.**

Se trata, por regla general, de cuadros clínicos *atípicos* en los cuales el único elemento para considerarlos dentro del orden de las esquizofrenias es una experiencia previa relativa a dicho trastorno. Textualmente, la APA (2002) establece los siguientes criterios al respecto:

I. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

B. Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el Criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

### **1.1.5. Prevalencia de la esquizofrenia.**

En México son pocos los estudios epidemiológicos realizados sobre el tema de las enfermedades mentales; en 1996 apareció un estudio realizado por Caraveo-Anduaga, J.; Medina-Mora, M.E.; Rascón, M.L. (1996), donde se encontró un 0.7% de prevalencia en esquizofrenia en la población urbana adulta, por lo que de esta manera se ha calculado que la enfermedad afecta entre 500 mil a 700 mil personas en México, el autor reporta que alrededor del 32% de los pacientes hospitalizados durante el estudio, en las instituciones de salud mental de México, tenían el diagnóstico de esquizofrenia.

La Secretaría de Salud (2004b), señala que en nuestro país padecen trastornos mentales aproximadamente 15 millones de personas. En 1999, esta secretaría realizó un estudio epidemiológico con 19603 pacientes, en donde el 22.66% de éstos (4443 personas) presentaban esquizofrenia, trastornos esquizotípicos o trastornos delirantes; en relación al género de los pacientes, 2688 son del sexo masculino y 1755 del sexo femenino.

Se estima que la prevalencia de la esquizofrenia es de 1% en la población mayor de 15 años, lo que representaría 45 millones de personas en el mundo que padecen esquizofrenia. En México, la prevalencia de esquizofrenia es de 0.7%, lo que coincide con los recientes reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1990) sobre este padecimiento en el mundo, por lo que en nuestro país hay medio millón de esquizofrénicos; sin incluir en esta cifra a individuos de riesgo para desarrollar el trastorno (Secretaría de Salud, 2004b).

## **1.2. La conducta suicida en el sujeto esquizofrénico.**

### **1.2.1. Delimitación conceptual de la conducta suicida.**

Bajo una perspectiva general, el suicidio es el acto de quitarse la vida de forma voluntaria (Alomar, 1981); en términos más específicos, se constituye por el conjunto de medios que una persona emplea para infringirse así misma, un daño cuyo efecto es la pérdida de la vida (Hawthorn y Catalan, 1983).

En tanto que en la mayor parte de las disciplinas sociales, el suicidio es sólo hoy estudiado como una *acción instantánea o continuada* efectuada por el sujeto.

El suicidio es la causa de muerte de más de un millón de personas al año en el mundo; en nuestro país, datos de 1997, estiman que cerca de 6% de la población adulta ha intentado suicidarse en algún momento de su vida (Secretaría de Salud, 2004b).

Actualmente en México la tasa de suicidios es de 3.4 por 100 000 habitantes, el Instituto de Salud del Estado de México (2004), dice que entre los factores de riesgo en los adolescentes se cita la enfermedad mental, sobre todo los trastornos afectivos y la esquizofrenia.

Para privarse a si mismo de la vida, la psicología Clínica y la Psiquiatría se interesan por el *conjunto de las circunstancias y los medios* que una persona emplea con la finalidad de quitarse la vida. Todos estos elementos se circunscriben dentro de un concepto

general: el riesgo suicida.

Beck y Schuyler (1979) establecen que el *riesgo o potencial suicida* incluye un conglomerado de factores, entre los que destacan:

- a) Las causas y motivos que pueden llevar a un sujeto a suicidarse.
- b) El acceso a métodos letales y el conocimiento sobre cómo emplearlos.
- c) Elementos del entorno (circunstancias en las cuales el individuo fragua la idea de suicidarse y lleva a cabo la tentativa del suicidio).

El concepto de *riesgo suicida* se encuentra íntimamente vinculado con el de *conducta suicida*, dado que ésta última no consiste sólo en el acto o la serie de actos concretos dirigidos a la extinción de la vida, sino que inicia con la ideación por parte del sujeto, de los medios por los cuales piensa privarse de la existencia; la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1990) reconoce incluso que las conductas autodestructivas constituyen procesos concomitantes de la conducta suicida propiamente dicha.

Diversos estudios teóricos (Beck, 1974; Hawthorn y Catalán, 1983) establecen que la conducta suicida se da en dos fases claramente referenciadas, a saber:

- a) Ideación suicida, en la cual, surge en el sujeto la idea de suicidarse; se considera que esta ideación existe con una sola intención, manifiesta o no, que tiene la persona para quitarse la vida, sin importar, ni el grado de reflexión o perfeccionamiento de la tentativa, ni si el resultado de la misma es un intento concreto de suicidio. Según



Hawthorn y Catalán (1983), el análisis de la ideación suicida, permite la toma de medidas profilácticas o preventivas para evitar la realización de un intento de suicidio.

Beck (1974) establece que la evaluación de la ideación suicida otorga al terapeuta elementos concretos para poder intervenir, en sentido positivo en la salud mental del paciente con miras a evitar que la ideación conduzca al intento. A través de su escala de ideación suicida, pueden detectarse indicadores importantes sobre el grado de riesgo que corre el paciente, como:

- La proclividad del sujeto al intento suicida, mediante la evaluación de su actitud sobre vivir-morir.
- El grado de perfeccionamiento de la ideación, mediante la evaluación sobre que tan lejos ha llegado el sujeto en sus pensamientos sobre el suicidio (frecuencia de la idea suicida, apreciación sobre las posibilidades objetivas de consumir el intento, preparación de los medios para llevarlo a cabo, etc.)

La ideación suicida, en casos negativos (pacientes especialmente proclives al suicidio), tiene su punto culminante en el intento; mas puede también prevalecer en la mente del individuo por un tiempo indefinido, aún cuando este haya realizado intentos previos de privarse la vida. La evaluación de la ideación suicida a través de la aplicación de escalas como la de Beck (1974) entrañan un alto valor terapéutico, no sólo por otorgar elementos de diagnóstico, sino además porque permite conocer la evolución de los

pensamientos tendientes al suicidio durante las diversas fases del tratamiento:

- b) Intento suicida, que es definido por Pierce (1981), como los actos por los cuales un sujeto pretende quitarse la vida, pudiendo éstos consistir en el envenenamiento o diversos medios de autolesión y a cuya aplicación el individuo sobrevive.

Las altas tasas de intentos de suicidio que a través de la práctica médica han podido detectarse en los últimos años, han sido el hilo conductor de diversos estudios tendientes a evaluar los factores de riesgo suicida con miras a evitarlo o cuando menos, a disminuir su prevalencia. Entre los estudios más serios al respecto, destacan los de Aaron T. Beck, quien en 1974 publicó su Escala de Intento Suicida, cuya principal utilidad es, según Pierce (1981), determinar los lineamientos de asesoría y terapia que deben adoptarse para evitar que los pacientes reincidan en sus tentativas por privarse de la vida.

La Escala de Intento Suicida de Beck, permite evaluar el riesgo de reincidencia, mediante la obtención de indicadores relativos a las siguientes variables<sup>1</sup>:

- 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 del mismo, etc.).
- b) Grado de planeación del intento.
- c) Conocimiento por parte del sujeto de medios por los cuales podría privarse de la vida.

---

<sup>1</sup> La estructura de la escala se analiza detalladamente en el apartado correspondiente a metodología y puede consultarse íntegra en la sección de apéndices del presente trabajo.

- d) Actitud del sujeto ante la muerte.
- e) Reacciones psicológicas ante el intento.

Para Hawthorn y Catalán (1983), la evaluación objetiva y detallada de los pacientes que han cometido intentos suicidas es una parte esencial del tratamiento, los objetivos de la evaluación incluyen el entendimiento de las razones por las cuales se llevo a cabo el intento, la evaluación de la intensidad del intento al momento del acto, evaluando el riesgo del suicidio o un futuro intento, clasificando los problemas de los pacientes, y estableciendo si están presentando un trastorno mental, es un **factor determinante** para todo programa de asesoría y recuperación tendiente a evitar la reincidencia y a establecer el equilibrio psicológico de los pacientes.

### **1.2.2. Relaciones existentes entre la esquizofrenia y la conducta suicida.**

El que la población de personas esquizofrénicas tenga una tendencia significativa hacia la conducta suicida, no es un tema nuevo. Ya en 1952, Wyrsh señalaba que entre los internos en hospitales psiquiátricos, los que mostraban mayor riesgo suicida eran, precisamente los esquizofrénicos, especialmente cuando atravesaban por algunas alteraciones emocionales. En una línea similar se desarrollaron los estudios sobre incidencia suicida al interior de los nosocomios de Merenciano (1942) y Minkowsky (1989).

Se considera que la psicopatología juega un papel importante en muchos suicidios. Desjarlais y cols. (1995), señalan que la investigación clínica indica que el 90% o más de

los suicidios fueron diagnosticados con un criterio retrospectivo como un desorden psiquiátrico, usualmente, abuso de sustancias, depresión o psicosis.

De igual forma, Alejandro Díaz Martínez, jefe del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, (2004) señaló que el aumento de las muertes por suicidio se vincula con la falta de tratamiento de la depresión - que es la causa principal -, seguida de los trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia, y la dependencia al alcohol y las drogas (Psicofarma, 2004).

El interés por el estudio de las interacciones existentes entre el trastorno esquizofrénico y la conducta suicida, se ha incrementado particularmente durante los últimos veinte años, debido a las altas tasas de suicidios de personas esquizofrénicas que se han reportado en el mundo entero. Entre 1974 y 1980, la OMS, (1990), realizó un estudio descriptivo sobre las causas principales que llevaron al suicidio a una muestra de 1088 sujetos, en dicho estudio, la esquizofrenia ocupó un lugar importante tal y como puede observarse en la Tabla 2.

CAUSA DEL SUICIDIO	PORCENTAJE DE LA MUESTRA (n =1088)
1. Reacción depresiva	39.4
2. Reacción psicogénica	15.8
3. Personalidad psicopática	13.9
4. Inmadurez	10.7
5. Neurosis	6.6
<b>6. Esquizofrenia</b>	<b>4.9</b>
7. Lesión cerebral epiléptica	4.4
8. Psicosis maníaco-depresiva	4.3

Tabla 2. Principales causas de suicidio en un estudio descriptivo (OMS, 1990).

Encontraron en un estudio longitudinal que la incidencia de intentos suicidas estaba correlacionada significativamente con pasadas admisiones psiquiátricas, más diagnósticos de esquizofrenia, y pobre funcionamiento laboral. Se revisaron los datos de 118 pacientes diagnosticados con 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. Tan sólo el 27% de los pacientes estuvieron libres de una historia de ideación suicida o de intentos. Los autores consideran que la conducta suicida en general es el mayor problema: 44% en su muestra y el 55% en una muestra estudiada por Roy (1984). Uno de los principales problemas metodológicos fue considerar como un gran predictor a la cronicidad, basándose en repetidas admisiones y diagnósticos (Landmark, J.; Cernousky, Z.; Mersky, H.; 1987).

En un estudio referente a la tendencia suicidogena en los estados de la República Mexicana, se determinó que durante la década de 1971 a 1980, el estado de Tabasco registró en índice más alto de casos, alcanzado una tasa de 10.4% de pacientes esquizofrénicos, es decir, aproximadamente un 85% más elevada que la media nacional (Saltijeral, M. y Terroba, G. 1987).

La frecuencia más alta de suicidios, de acuerdo con los diferentes meses del año, se observó en marzo, mayo, septiembre y diciembre. La porción más alta de suicidios se registró en el área rural, en Tabasco, no hay que perder de vista que por cada suicidio consumado, ocurren entre 50 y 220 intentos de suicidio; actualmente el fenómeno se presenta en todas las sociedades, asociándose a disturbios psicomotores, a la esquizofrenia y a la angustia, es considerado como una forma de enfermedad mental de etiología

multifactorial y de complejo análisis (García, M. y Tapia, A. 1990).

En un estudio realizado en México se encontró que el intento suicida es uno de los principales indicadores de riesgo para llevar a cabo en suicidio de consumación; ya que este riesgo es mayor en pacientes psiquiátricos. Los hallazgos neuroquímicos sugieren la presencia de una disfunción serotoninérgica subyacente a la depresión, a la conducta suicida, a la impulsividad y a la agresividad. Los resultados indican que los pacientes con intento suicida muestran que existen mayores índices de impulsividad como estilo de vida, y que este rasgo se asocia más al intento suicidad que al estado de ánimo depresivo en los casos en que el intento fue por impulsividad (Jiménez, A. 1997).

Aunque en nuestro medio se han realizado múltiples estudios sobre las interacciones existentes entre desórdenes psiquiátricos y conducta suicida (Saltijeral, M. y Terroba, G. 1987; García, M. y Tapia, A. 1990, Jiménez, A. 1997), no se cuenta con muchos estudios que correlacionen la forma directa al trastorno esquizofrénico con variables tales como la ideación y el intento suicida.

Farberow y Schneidman (1991), realizaron un estudio descriptivo en hospitales psiquiátricos de la Unión Americana, sobre una muestra de 30 pacientes esquizofrénicos que se habían suicidado durante su tratamiento en hospitalización, con la finalidad de determinar los perfiles clínicos más proclives al suicidio; se reportó que gran parte de los pacientes (en el orden de 40%), presentaron perfiles pasivos y buenos patrones de adaptación al tratamiento y a la vida hospitalaria; cerca de un 30% eran pacientes inconformes con perfil agresivo y el 30% restante habían mostrado, a lo largo de su vida

clínica, significativas tendencias suicidas previas.

No es casual que, en un contexto general, cerca del 5% de los intentos suicidas reportados a instituciones de salud mental se hayan efectuado por sujetos esquizofrénicos (OMS, 1995) ni que más del 50% de los esquizofrénicos tratados en instituciones mexicanas de salud pública reporten, en su ficha de ingreso cuando menos, un intento suicida y una tendencia, casi siempre sistemática, a la ideación (Senties, 1993). Aunque de forma tímida, esta información de carácter eminentemente práctico, comienza a ser reconocida en los instrumentos de estandarización; así, el DSM-IV TR, reconoce que las ideas delirantes del esquizofrénico pueden conducir al enfermo a alteraciones emocionales casi siempre vinculados con la ideación y con el intento suicida (APA, 2002).

Otro factor importante es considerar el tratamiento farmacológico que recibe el paciente. En un estudio acerca de los nuevos medicamentos antipsicóticos que se administran a los pacientes esquizofrénicos, se señala que uno de los principales objetivos es abatir el índice de suicidios como complicación derivada de altos niveles de angustia y ansiedad provocados por antipsicóticos tradicionales. Esto es debido a que los tratamientos tradicionales producen efectos secundarios muy difíciles de controlar como torsión de cuello y lengua, Mal de Parkinson y una angustia muy intensa que puede llevar a intentos de suicidio. El 30 por ciento de estos pacientes tiene cuando menos un intento de suicidio y un 10 por ciento de ellos mueren en el intento (Instituto de Salud y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado, ISSSTE; 1999).

De acuerdo a la información obtenida acerca del intento suicida en los pacientes esquizofrénicos resulta de particular interés, conocer el riesgo del intento suicida en una muestra de estos pacientes en nuestro país; por lo que en el siguiente capítulo se describe la metodología empleada para investigar esta problemática en esta población.



## CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA.

### 2.1. Justificación.

Aunque muchos autores en Psicología Clínica y Psiquiatría, e incluso las sucesivas ediciones del Manual DSM no reconocen una relación directa entre la esquizofrenia y el suicidio -como se ha visto la interacción entre ambas variables ha sido estudiada sólo de forma marginal-, la práctica cotidiana en los centros de salud mental otorga indicadores distintos.

Estudios ya mencionados, como los de Merenciano (1942) y más recientemente los de Landmrak y Cernousky (1987), apuntan con claridad a una asociación directa de la esquizofrenia con la ideación y con el intento suicida; es decir, *directa* en tanto que el origen de la ideación (y en su caso del intento) suicida no se encuentra en la aparición “circunstancial” de depresión en el individuo, sino que viene determinada por el propio perfil del esquizofrénico.

Sin embargo, de acuerdo con investigaciones recientes en México, se ha calculado que el 25 % de los pacientes esquizofrénicos tienen intentos de suicidio y el 10 % lo consuma. Si el seguimiento se prolonga a 20 años esta cifra crece al 15 %. Los factores de riesgo del paciente esquizofrénico que se han asociado a intentos suicidas son el sexo (masculino), edad inferior a los 30 años, presencia de síntomas depresivos, desempleo y hospitalización reciente (Secretaría de Salud, 2004a).

Hasta la actualidad persiste el debate de, si la alta tasa de intentos suicidas de pacientes esquizofrénicos responde a la constitución propia del trastorno, o bien a los estados de ánimo incididos particularmente por las ideas delirantes y la depresión. Sin embargo, tal y como afirman Senties y García (1996), en todo caso, "...el estudio acucioso de éstas interacciones entre esquizofrenia y suicidio aportará elementos importantes para el tratamiento general del trastorno y la prevención de intentos subsecuentes que agraven el historial clínico del paciente..." (p. 96).

En efecto, sin importar ya si en la alta tasa de intentos suicidas realizados por personas con esquizofrenia existen factores clínicos *intermedios* o *adicionales* a la constitución sintomática del trastorno, es cierto que tanto el intento como la ideación suicida se revelan en la práctica como dos elementos totales de la actividad terapéutica. De hecho, el registro y control de la actividad suicida del paciente esquizofrénico empieza a difundirse como una variable trascendental de su tratamiento a nivel mundial, independientemente de si el enfoque del mismo se adscribe a la psicología clínica, cognitiva o a la psiquiatría (Senties y García, 1996).

Si se asume el valor práctico (terapéutico) del control de la actividad suicida del paciente esquizofrénico, ha de aceptarse también la utilidad de distinguir los principales rasgos de dicha actividad en los distintos subtipos del trastorno. Aunque, como se dijo en el capítulo previo, existen estudios que llevan a pensar que la incidencia de intentos y la intensidad de la ideación son mayores en sujetos con esquizofrenia paranoide (Minkowsky, 1989), lo cierto es que no existen referencias claras al respecto, ni en el ámbito internacional ni en el nacional.

El establecer índices cuantitativos de comparación de los intentos suicidas de los esquizofrénicos paranoides respecto a los otros subtipos, no sólo permite aproximarse a una mejor definición de cada uno de los subtipos, sino además, obtener información importante para el tratamiento, usualmente diferenciado de los pacientes.

## **2.2. Pregunta de investigación.**

¿Los esquizofrénicos paranoides tienen mayor riesgo en la intención suicida cuando se compara con los subtipos restantes (indiferenciado y desorganizado) de esquizofrenia?

## **2.3. Objetivo.**

El diseño metodológico de la investigación se efectuó bajo el objetivo general de:

*Determinar sistemáticamente el riesgo suicida persistente en cuanto al intento suicida de pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide, comparando estos datos con los obtenidos en muestras iguales de pacientes con los subtipos indiferenciado y desorganizado de dicho trastorno.*

## **2.4. Hipótesis.**

Asimismo, se establecieron, a priori, tres hipótesis de investigación: la principal ( $H$ ), la nula ( $H_0$ ), así como una hipótesis alternativa de trabajo ( $H_1$ ). Estas hipótesis fueron:

### Hipótesis principal:

*La intención suicida del esquizofrénico paranoide presenta mayor riesgo que en el caso de pacientes diagnosticados por el subtipo indiferenciado y desorganizado de la misma enfermedad.*

### Hipótesis nula:

*La intención suicida del esquizofrénico paranoide presenta menor riesgo que en pacientes diagnosticados por el subtipo indiferenciado y desorganizado de la misma enfermedad.*

### Hipótesis alternativa

*La intención suicida del esquizofrénico paranoide presenta igual riesgo que en el caso de pacientes diagnosticados por el subtipo indiferenciado y desorganizado de la misma enfermedad.*

## **2.5. Indicadores de variables.**

- Variable dependiente (VD): intención suicida.

**Definición conceptual:** se considera que existe ideación con una sola intención, manifiesta o no, que tiene la persona para quitarse la vida, sin importar, ni el grado de reflexión o perfeccionamiento de la tentativa, ni si el resultado de la misma es un intento concreto de suicidio.

**Definición operacional:** puntaje obtenido en los primeros quince ítems en la Escala de Intención o Intento Suicida de Beck y cols. (1974).

- Variable independiente (VI): pacientes esquizofrénicos.

**Definición conceptual:** personas que cumplen con los criterios para diagnosticar los diferentes subtipos de esquizofrenia establecidos en el DSM – IV TR (2002).

**Definición operacional:** pacientes diagnosticados con algún subtipo de esquizofrenia, según el expediente clínico y su médico tratante en la institución psiquiátrica.

Criterios establecidos en el DSM – IV TR (2002).

- I. Tipo Paranoide. Se presenta en el caso que predomine una preocupación causada por ideas delirantes o cuando existan alucinaciones frecuentes (a menos que se den en el tipo catatónico o el desorganizado).
- II. Tipo Indiferenciado. Es una categoría residual que describe cuadros en los que predominan síntomas de la fase activa que no cumplen los criterios para los tipos catatónico, desorganizado o paranoide.
- III. Tipo Desorganizado. Se presenta siempre que predomine un comportamiento y lenguaje desorganizados, y que sea patente una afectividad aplanada o inapropiada (a menos que aparezca en el tipo catatónico).

## **2.6. Descripción metodológica general.**

### **2.6.1. Tipo de estudio.**

La presente investigación es un estudio descriptivo, porque nos permite decir como es y como se manifiesta determinado fenómeno (Hernández, Fernández y Bapista, 1998).

### **2.6.2. Diseño.**

Se trató de una investigación *ex-post-facto*, exploratoria, descriptiva y comparativa. Es cuasi experimental, ya que los sujetos no son asignados al azar a los grupos, ni emparejados; sino que dichos grupos ya estaban formados antes del experimento, son grupos intactos (Hernández, S. R., Fernández, C. C. y Bapista, L. P, 1998). Considerando además que hay poco conocimiento empírico sobre el objeto de estudio, la prevalencia del intento suicida en pacientes esquizofrénicos, se buscó especificar los contenidos o propiedades de los conceptos en cuestión.

### **2.6.3. Muestreo.**

Antes de conocer las condiciones reales de acceso a los sujetos de investigación, se había planificado un muestreo de tipo probabilístico y aleatorio en que cada subtipo de la esquizofrenia sería considerado como un *segmento muestral*. Sin embargo, al momento de acudir a las instituciones de salud pública y privada que, en el Distrito Federal atienden pacientes con esquizofrenia, se manifestó una gran cantidad de inconvenientes lo que

paulatinamente fue reduciendo la posibilidad de estructurar el estudio conforme a un muestreo probabilístico.

Las difíciles condiciones de acceso a los sujetos de investigación, (que, entre otras cosas provocaron que la muestra de trabajo se limitara a tan sólo dos instituciones) determinaron que se optara por la toma de tres muestras de tipo no probabilístico, bajo el modelo de muestreo *intencional por cuota* (Levin, 1994). Se estructuraron las muestras con igual número de sujetos y a cada muestra correspondió un subtipo de esquizofrenia.

El hecho de que se hayan tomado muestras no probabilísticas incrementa el margen de error muestral; sin embargo, ello se subsana en gran medida a través del sistema de análisis estadístico adoptado, que parte precisamente de la premisa de comparar medias bajo criterios no paramétricos a fin de contrastar las hipótesis de investigación con un grado aceptable de confiabilidad en la prueba (Levin, 1994). (*Ver apartado de resultados*).

#### **2.6.4. Sujetos.**

La muestra de sujetos fue de 39 (N=39) y cada muestra se integró por un total de 13 pacientes previamente diagnosticados (n=13). Debido a que las dificultades para acceder a los pacientes internos en los nosocomios fueron significativas, en la mayor parte de los casos por “políticas institucionales”, la muestra de estudio hubo de conformarse por pacientes que acuden a los servicios externos de dichas instituciones. Por los mismos factores, el estudio se limitó a los tres subtipos más comunes en nuestro medio (esquizofrénicos paranoides, desorganizados e indiferenciados) puesto que los pacientes

ubicados en los otros dos subtipos restantes (catatónicos y residuales) eran muy pocos (en el orden de 2 y 3 respectivamente).

Se accedió a la muestra en dos instituciones: el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, adscrito a la Secretaría de Salud, y la Clínica privada San Rafael, ambas ubicadas en el Distrito Federal. La estructura de las muestras y la procedencia de los sujetos de investigación se relacionan a continuación en la Tabla 3.

<b>SUBTIPO / INSTITUCIÓN</b>	<b>HOSPITAL PSIQ. FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ</b>	<b>CLÍNICA SAN RAFAEL</b>	<b>TOTAL (n =)</b>
1. Paranoide	3	10	13
2. Indiferenciado	9	4	13
3. Desorganizado	6	7	13
<b>TOTAL</b>	18	21	N = 39

Tabla 3. Estructura de la muestra por subtipo e institución.

Los criterios de inclusión adoptados, dadas las circunstancias de acceso a las muestras fueron, básicamente:

- ✓ Sujetos mayores de 18 años, hombres o mujeres, con diagnóstico de esquizofrenia en cualquiera de los tres subtipos.
- ✓ Que en su historial clínico reportasen, cuando menos un intento de suicidio sin importar la gravedad o seriedad del mismo.



- ✓ Que acudiesen a los servicios de atención externa (no internados) en la institución de salud.
  
- ✓ Que aceptasen voluntariamente participar en la investigación y lo manifestasen por escrito.

El criterio de exclusión adoptado, dadas las circunstancias de acceso a la muestra fue básicamente:

- ✓ Presentar claras evidencias de retraso mental.

El criterio de eliminación adoptado, dadas las circunstancias de acceso a la muestra fue básicamente:

- ✓ Si deja de responder los primeros 4 reactivos (20%) del inventario.

#### **2.6.5. Instrumento.**

Se utilizó la Escala de Intención o Intento Suicida de Beck y cols. (1974), en la traducción aportada por Bobbes, J.; G-Portilla, MP.; Bascarán, MT.; Sáiz, PA.; Bousoño, M. 2002).

Las características psicométricas del instrumento, además de las mencionadas en el primer apartado de esta investigación, son las siguientes: Bobbes (2002).

- Su objetivo es evaluar las características de la tentativa suicida (circunstancias en que se produjo, actitud ante la vida y la muerte, pensamientos y conductas alrededor del episodio suicida, consumo de alcohol y otras circunstancias relacionadas), sin embargo, los datos que se obtienen con su aplicación sólo permiten, en términos generales la determinación de la seriedad del intento, así como el riesgo de reincidencia en la conducta suicida.
  
- Es un instrumento en el cual se recomienda su aplicación en personas que cuenten con, cuando menos un intento suicida en su historial personal, independientemente de la seriedad del mismo.
  
- Consta de un total de 20 ítems.
  
- La fiabilidad Inter-observador de los primeros 8 ítems es de 0.95. Su consistencia interna (alfa de Cronbach) es de (0.82).

### **Estructura.**

Como se ha dicho, la Escala a la que nos referimos tiene, en total veinte ítems, valorados en una escala de tres puntos (cero = 1 punto; 1 = 2 puntos; 2 = 3 puntos). Sus reactivos se agrupan en tres partes:

- Los ítems 1 al 8 conforman su *parte objetiva* que explora las circunstancias objetivas o concretas del intento de suicidio e incluye información sobre los

preparativos, ejecución, lugar de realización y otros indicios que hubiera dado el paciente y que podrían facilitar la intervención o el descubrimiento.

- Los ítems 9 al 15 constituyen la *parte subjetiva* referente al intentar suicidarse ya que refleja la concepción que tenía el suicida acerca de la letalidad del método utilizado, el grado de premeditación y el propósito que alegó para llevar a cabo el acto suicida y sus expectativas sobre la posibilidad de intervención.
  
- Los ítems 16 al 20 analizan situaciones que pudieron inferir en el intento como lo son, la realización de intentos previos, el consumo de alcohol o drogas antes del intento, etc.

### **Interpretación.**

Los autores no sugieren la realización de cortes o la estratificación de respuestas. Es decir, a mayor puntaje, mayor gravedad en la intención suicida (Bobbes y cols. 2002) y mayor riesgo de reincidencia en el intento dentro de los primeros dos años.

Para la interpretación de datos debe obtenerse sólo el puntaje correspondiente a los primeros quince ítems; es decir, los ítems 16 al 20 sólo tienen una utilidad diagnóstica y no cuentan con puntaje alguno. Al trabajar con muestras, para obtener una idea clara de los resultados se sugiere la obtención de la media aritmética.

## **2.6. Procedimiento.**

Para la realización del estudio de caso se tomaron tres muestras de pacientes diagnosticados con esquizofrenia en dos instituciones de salud mental del Distrito Federal. Las muestras se conformaron por un número igual de pacientes (13 sujetos) variando en cada una el subtipo de esquizofrenia previamente diagnosticado; es decir, la primera muestra se conformó por 13 esquizofrénicos paranoides; la segunda por trece esquizofrénicos desorganizados y la tercera por 13 esquizofrénicos indiferenciados. Las causas por las que se excluyeron los otros subtipos se especifican más adelante en el apartado muestreo.

A las tres muestras se aplicó la Escala de Intento Suicida de Beck (1979) con el fin de comparar aspectos tales como el riesgo del intento y la posibilidad de nuevos intentos a futuro en esquizofrénicos paranoides teniendo como referentes a los otros subtipos de esquizofrenia (limitados, como se ha dicho, a los desorganizados y los indiferenciados).

La aplicación de los instrumentos fue *in situ*, es decir, en las instalaciones de los centros de salud mental de donde se tomaron las muestras.

## **2.7. Análisis de resultados.**

Para la interpretación de resultados se utilizó el método estadístico de comparación de las medias ( $\bar{x}$ ) de puntajes obtenidos por cada muestra, dado que este no sólo permite precisar los rangos cuantitativos de diferencia entre un segmento poblacional y otro, sino

que además es útil para depurar los errores de muestreo (Levin, 1994). Los pasos seguidos para tal efecto, fueron los siguientes (Beck, 1979; Levin, 1994; Siegel, 1992):

- a) Determinación de la media ( $\bar{x}$ ) obtenida con la aplicación del instrumento por cada muestra.
- b) Determinación de la desviación estándar de cada muestra, mediante la aplicación de la siguiente fórmula

$$s_1 = \sqrt{\frac{\sum X_i^2}{N_1} - \bar{X}_1^2}$$

- c) Determinación del error estándar de cada media, mediante la fórmula:

$$s_{\bar{x}} = \frac{s_1}{\sqrt{N_1 - 1}}$$

- d) Determinación del error estándar de la diferencia entre ambas muestras;
- e) Conversión de la diferencia entre medias muestrales a unidades de error estándar de la diferencia; es decir:

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{O_{dif}}$$

- f) Determinación de los grados de libertad (gl);

- g) Comparación de la razón  $t$  obtenida con la razón  $t$  apropiada conforme a los valores de tablas.

Debido al objetivo de investigación, primero se comparó la media obtenida en la muestra de esquizofrénicos paranoides con la de esquizofrénicos indiferenciados y, subsecuentemente con la de esquizofrénicos desorganizados.

Del análisis de los indicadores estadísticos se obtuvo a la vez, la discusión de los resultados que se presentan, oportunamente, en la parte final del reporte de investigación.

Para el procesamiento de los datos, así como para la aplicación de fórmulas estadísticas se utilizó el sistema SPSS/PC2+, para el sistema operativo MS-DOS/ 6+.

## **2.8. Aplicación.**

### **2.8.1. Momentos y lugares de acceso a la muestra.**

El instrumento se aplicó *in situ* en las instituciones de salud, usualmente en las salas de espera para la consulta externa. Previamente se había solicitado la opinión del médico a cargo del paciente y, a éste último se le solicitó su consentimiento y se le pidió que firmara la carta en que aceptaba expresamente su participación en la investigación, esto fue debido a que en las instituciones no permiten que se realice ningún estudio, sino es bajo el consentimiento del paciente (Ver Apéndice 2).

Los horarios de aplicación fueron los correspondientes a la consulta externa que, para el caso del Hospital Fray Bernardino Álvarez es de 8:00 a 14:00 hrs. y para la Clínica San Rafael de 9:00 a 16:00 hrs.

En todo caso se contó con la anuencia de los encargados del área de servicios médicos y, en el caso del Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, del responsable del área académica.

### **2.8.2. Pormenores y calendario de la aplicación.**

#### a) Método de aplicación

Por la misma estructura de la Escala aplicada así como por el perfil de los pacientes que integraron las muestras, fue necesario que su aplicación se viera precedida por una entrevista previa con el sujeto realizado frente a su médico tratante. Ello con la finalidad de que los sujetos adquirieran la confianza suficiente para responder a la Escala con sinceridad y con la mayor objetividad posible.

Es decir, los sujetos se contactaban por primera vez en su consulta ordinaria y la escala se le presentaba a la siguiente consulta para que la respondiese.

La aplicación requirió la elaboración de una guía de preguntas y respuestas concretas puesto que los ítems de la Escala de Intención Suicida de Aaron T. Beck no conforman preguntas explícitas sino que suponen una entrevista especial con el paciente (v. Apéndice 1).

La guía de preguntas y respuestas no fue, sin embargo un guión rígido de la entrevista: en muchos casos se improvisó, con la finalidad de lograr un mejor entendimiento del paciente respecto al contenido de las preguntas, esta fue utilizada solo para los pacientes que no lograban comprender la Escala anteriormente mencionada, por lo que se esta mostrando (v. Apéndice 3).

#### B) Calendario de aplicación

La escala se aplicó a los 21 pacientes de la Clínica San Rafael en el período comprendido entre Noviembre de 2002 y Marzo de 2003. Los 18 pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, fueron entrevistados entre los meses de Abril y Noviembre de 2003.

La interpretación estadística de datos se efectuó durante el mes de Diciembre de 2003 y la conclusión y la discusión se elaboraron entre Diciembre del mismo año y Enero de 2004.



## **CAPÍTULO 3. RESULTADOS.**

El análisis de los resultados de la aplicación de la Escala se presenta en dos fases: primeramente se describen los indicadores cuantitativos, es decir, los estrictamente estadísticos, y, en un segundo momento se exponen algunas conclusiones que constituyen, de hecho la discusión de los resultados a partir de las cifras obtenidas del modelo estadístico.

La escala se evaluó de forma general del reactivo 1 al 15 de acuerdo con Bobbes y cols. (2002), no realizándose análisis factoriales.

### **3.1. Análisis cuantitativo.**

**\*\*NOTA METODOLÓGICA:** El primer paso para la determinación de los resultados comparativos es, como se ha dicho, la obtención de las medias ( $\bar{x}$ ) correspondientes a cada muestra. Atendiendo a la estructura de la escala, sólo se evaluaron sus primeros quince ítems, cada uno de los cuales puede otorgar un rango de hasta 3 puntos, lo que nos da un total máximo de 45 puntos. De acuerdo con Bobbes y cols. (2002), al trabajar con muestras, lo más conveniente es estandarizar los resultados conforme a rangos percentiles sobre el total de puntos, es decir, como si se tratara de obtener una calificación a través del puntaje en una prueba académica o psicométrica.

En este sentido, si el sujeto hubiere obtenido, por ejemplo, un total de 32 puntos, su evaluación correspondería a 7.11 sobre un total de 10 (Bobbes y cols. 2002).

### A. Comparación del subgrupo paranoide con el indiferenciado.

En tanto que la media ( $\bar{x}$ ) obtenida por el subgrupo paranoide fue de 8.03, cifra significativamente superior a la obtenida por el subgrupo indiferenciado (6.1), se efectuó la comparación de medias, con el fin de reducir al máximo posible el error muestral.

Siguiendo el procedimiento para calcular la *razón t* para la comparación entre medias, descrita por Levin (1994) y Siegel (1992), los valores obtenidos son los que se describen en la Tabla 4:

<i>NOMBRE DEL VALOR</i>	<i>N1 (subg. paranoide)</i>	<i>N2 (subg. indiferenciado)</i>
1. Media para cada muestra	8.03	6.1
2. Desviación estándar para cada muestra	.84	1.04
3. Error estándar de cada media	0.24	0.30

Tabla 4. Valores obtenidos en el proceso de cálculo de la *razón t* entre los subtipos paranoide e indiferenciado.

Para este caso, el error estándar de la diferencia ( $\sigma_{dif}$ ) fue de 0.37, cifra con la que pudo ya realizarse la conversión de la diferencia entre medias muestrales a unidades de error estándar de la diferencia, resultando que:

$$t = 5.21$$

Ahora bien, considerando que por la estructura de las muestras, y siguiendo la fórmula:

$$gl = N_1 + N_2 - 2$$

Se obtuvo un total de 24 grados de libertad. Considerando que se tomó un nivel de confianza de .05, tenemos que, conforme a tablas el valor idóneo de la razón  $t$  sería 2.064.

En función de lo anterior, es decir, considerando que el valor  $t$  obtenido de la comparación muestral es superior a 2.064, se rechaza la hipótesis nula, dándose por válida la hipótesis principal de trabajo, al concluirse que: *la intención suicida es más riesgosa en los esquizofrénicos paranoides que en los indiferenciados, sujetos a estudio.* (v. Gráfico 1)

### **B. Comparación del subgrupo paranoide con el desorganizado.**

Esta comparación se estableció bajo el mismo modelo estadístico que la anterior. Los valores obtenidos en el proceso de cálculo de la razón  $t$  son los que se relacionan a continuación, en la Tabla 5.

<i>NOMBRE DEL VALOR</i>	<i>N1 (subg. paranoide)</i>	<i>N3 (subg. desorganizado)</i>
1. Media para cada muestra	8.03	6.8
2. Desviación estándar para cada muestra	.84	0.94
3. Error estándar de cada media	0.24	0.27

Tabla 5. Valores obtenidos en el proceso de cálculo de la razón  $t$  entre los subtipos paranoide y desorganizado.

En el caso de esta comparación, el error estándar de la diferencia fue equivalente a 0.34, y por consiguiente, la razón  $t$  fue de 3.61. Considerando que el valor idóneo de la razón  $t$  en tablas, bajo 24 grados de libertad y un nivel de confianza de 0.05 es también de 2.064, tenemos que se desecha la hipótesis nula ( $H_0$ ), confirmándose la hipótesis principal de

investigación en el sentido de que *la intención suicida es más riesgosa en los esquizofrénicos paranoides que en los indiferenciados, sujetos a estudio.* (v. Gráfico 2)

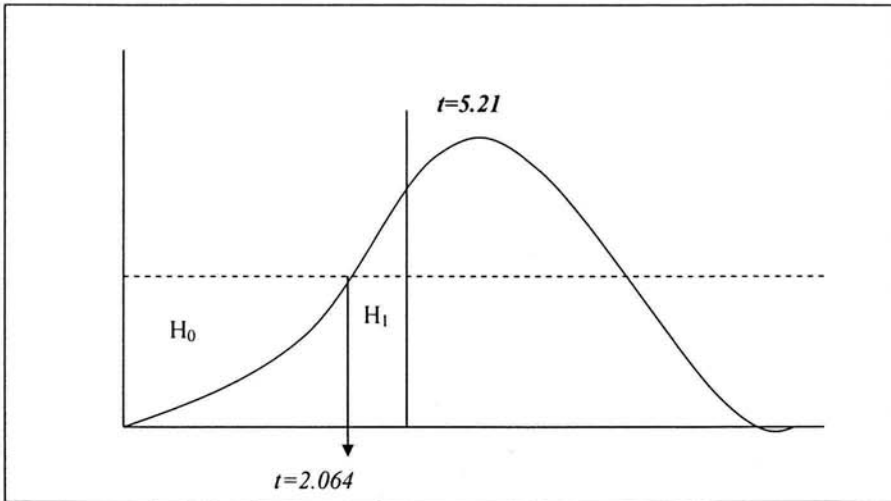


Gráfico 1. Comparación de la *razón t idónea* con la obtenida (subgrupos a y b).

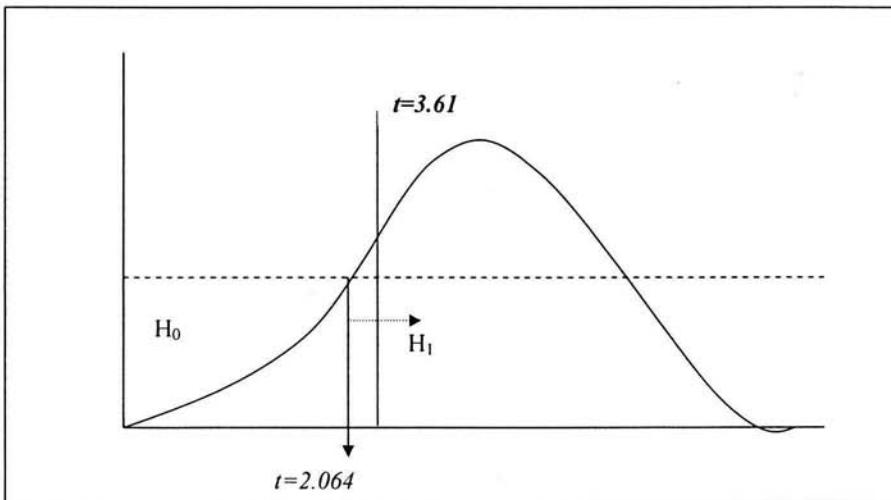


Gráfico 2. Comparación de la *razón t idónea* con la obtenida (subgrupos a y c).

### Reseña de datos adicionales (ítems 16-20).

Como se ha mencionado al analizar la estructura del instrumento, éste contiene un grupo de ítems que no se evalúan cuantitativamente (ítems 16-20) sino que sirven, usualmente, para anexar datos referentes a la conducta suicida en el expediente del paciente (Bobbes y cols. 2002). Puesto que estos ítems fueron contestados por los sujetos entrevistados, cabe hacer mención, si bien de forma somera y esquemática a los resultados que se obtuvieron.

En realidad no parece existir una correlación significativa entre el número de intentos suicidas previos al último intento y los distintos tipos de esquizofrenia. Prácticamente todos los sujetos afirmaron haber tenido cuando menos un intento previo al último (29 pacientes), información que resulta bastante ambigua puesto que en ningún caso se cuenta con una evaluación objetiva del riesgo de la intención suicida.

Por otra parte, sólo en casos excepcionales (3 de los 39 revisados), los pacientes afirman que el uso de alcohol o de drogas jugó un papel importante para ayudar a perpetrar la tentativa de quitarse la vida.

En conclusión, puede establecerse que los reactivos 16 al 20 no denotan alguna diferencia significativa en cuanto a los subtipos como ocurre al evaluar el riesgo de la intención suicida.

### 3.2. Discusión de resultados.

Se acepta la hipótesis principal de trabajo para ambos casos (comparación del subgrupo paranoide con los subtipos indiferenciado y desorganizado). Estos resultados son acordes a lo ya expuesto por otros autores, que proponen que los esquizofrénicos paranoides son sujetos que, por tener intensas intenciones suicidas, se encuentran constantemente expuestos a la reincidencia del intento.

Lo anterior es por demás observable desde la práctica de la psicología clínica y la psiquiatría como lo indican los estudios de Tsuang (1982), Sarró (1991), Senties (1993), Jiménez (1997), viene también a determinar la necesidad de incorporar como *práctica terapéutica ordinaria*, la prevención de aquellos sucesos que pueden desatar la intencionalidad suicida.

Sabido es que, a la fecha, el tratamiento de la esquizofrenia, sólo en casos excepcionales distingue los caracteres de cada subtipo (Senties, 1993). Es decir, aunque los métodos varían en razón del enfoque clínico adoptado para el caso concreto –en psiquiatría éste se sustenta en el uso de fármacos estabilizadores del sistema nervioso central y en psicología clínica en la realización de *ajustes psicosociales* en el paciente (Tsuang, 1982) el fin es el mismo: que el sujeto que padece el síntoma sea *socialmente apto*.

Sin embargo, el riesgo suicida usualmente es soslayado, probablemente por la falta de criterios objetivos que relacionen ambas variables (esquizofrenia e intención suicida). Los resultados de la presente investigación revelan que es importante considerar estos

resultados con fines terapéuticos que sugieren que la intencionalidad suicida se presenta en todos los subtipos, y, particularmente, con mayor frecuencia en el caso de los esquizofrénicos paranoides.

Los resultados aportados tienen, en consecuencia una clara utilidad práctica al revelar varias necesidades, entre las que destacan:

- ✓ Que en el proceso de alta del paciente porque ya no se encuentran tan sedados por los medicamentos, la intencionalidad suicida se evalúe objetivamente, ya que de dicha evaluación pueden obtenerse indicadores importantes para el tratamiento, independientemente del enfoque que se adopte (psicológico o psiquiátrico).
- ✓ Que, al inicio del tratamiento se parta de la presunción de que los esquizofrénicos diagnosticados bajo el subtipo *paranoide* tienen intenciones suicidas más intensas y tienen, en consecuencia mayor riesgo de reincidir.
- ✓ Que el tratamiento sea diferenciado para cada subtipo.

El que el psicólogo parta de dicha premisa modificaría, sin duda alguna, las pautas de interacción con el paciente, así como el trabajo con los familiares que deben ser mucho más cautos ante la muy posible reincidencia suicida del esquizofrénico paranoide. Por otra parte, dicha consideración sería muy útil para el caso de pacientes internados en nosocomios, donde se presenta una muy alta tasa de intentos suicidas por parte de los esquizofrénicos paranoides que, a la fecha no ha sido atendida en sus dimensiones reales.

## DISCUSIÓN.

El estudio realizado reveló, entre otras cosas, que la intención suicida es, en términos generales más intensa en esquizofrénicos paranoides que en esquizofrénicos indiferenciados y desorganizados. Al evaluar los alcances funcionales (prácticos) de este hallazgo, particularmente en cuanto a los medios de prevención de la reincidencia del intento (plano terapéutico), encontramos dos tipos de argumentos que podrían oponérsele: los conceptuales y los instrumentales.

Respecto a la primera vertiente, encontramos que la intencionalidad suicida no es considerada por la APA (2002), como un rasgo característico del trastorno esquizofrénico. En este sentido, los hechos rebasan con creces a las pertinencias conceptuales del DSM-IV TR. Aunque ya hemos hecho referencia a ello, es necesario enfatizar que los esquizofrénicos ocupan un rango importante en las estadísticas generales de suicidios consumados a nivel mundial. Al argumento de que la conducta suicida del esquizofrénico responde no a la constitución sintomática del trastorno sino a la aparición circunstancial de alteraciones emocionales (Häffner, 1998) en el paciente, se opone un indicador práctico: lo impredecible que en la mayor parte de los casos resultan las alucinaciones (Tsuang, 1982). En efecto, diversos estudios apuntan a que muchas veces **la intencionalidad suicida es debida a un desdoblamiento de la personalidad propio del sujeto esquizofrénico** y no a circunstancias particulares que provoquen las alteraciones emocionales (Tsuang, 1982).

Por otra parte, estarían las limitaciones instrumentales del estudio.



En este sentido, los principales argumentos en contra irían en función del instrumento, es decir, la Escala de Intención o Intento Suicida de Beck. En efecto, aún en la actualidad existen críticas a dicho instrumento de medición en el sentido de acuerdo para predecir el riesgo de reincidencia de intentos suicidas (Pierce, 1981). Sin embargo, estudios observacionales, como los de (Bobbes y cols. 2002) y Pallis (1984), demuestran su eficacia predictiva dentro de los dos primeros años subsecuentes al último intento. Se acepto como un criterio hipotéticamente estable: que la escala cumple con los requerimientos estables al aspecto lógico, analítico y de validación, sería con respecto a la investigación deseada, ya que esta Escala se utilizó como un instrumento de tipo circunstancial predictivo con determinados niveles de medición numérica para evitar procesos fatales de suicidios.

Cabe anotar que la aplicación de la escala representó también múltiples dificultades vinculadas bien con los pacientes o con terceras personas (familiares que los acompañaban a consulta). Por un lado, en más de la mitad de los casos la primera respuesta de los pacientes ante la posibilidad de ser entrevistados, fue negativa teniendo que mediar los médicos tratantes para convencerlos. Asimismo, en muchos casos los familiares se opusieron por lo que hubo que eliminar a los sujetos en aquellos casos en que la labor de convencimiento del médico y del entrevistador no rendía frutos positivos.

Sin embargo, una vez obtenida su autorización, la mayor parte de los encuestados respondió con precisión y rapidez, sin caer en ambigüedades y sin manifestar inconformidad alguna con la aplicación de la Escala.

Por otra parte, podría cuestionarse si la Escala otorgaría indicadores reales de la intencionalidad suicida en sujetos con esquizofrenia, sobre todo porque no se trata de un cuestionario con preguntas concretas sino que se sustenta en la estructuración de una entrevista. Desde esta perspectiva se estarían cuestionando dos elementos: a) La capacidad del esquizofrénico para otorgar información precisa y veraz sobre su conducta suicida; y, b) La habilidad del entrevistador para *darse a entender* con el paciente al momento de aplicar el instrumento. Sobre el primer aspecto, no es nuevo que una de las características esenciales del trastorno en cuestión es la existencia de *intervalos lúcidos* en el paciente (Tsuang, 1982; APA, 2002) en los cuales puede responder en condiciones normales. Este aspecto se vincula con el segundo: para que el resultado de la aplicación sea funcional se requiere que el momento y las condiciones de aplicación del mismo sean las adecuadas para lo cual puede acudir al soporte del terapeuta tratante. En efecto, la Escala de Intención Suicida puede, con las debidas precauciones aplicarse prácticamente a cualquier tipo de población (Bobbes y cols. 2002).

Finalmente podría cuestionarse la estructura de las muestras, que por ser pequeñas y no probabilísticas, podrían favorecer un incremento substancial del error muestral. Sin embargo, tal y como afirman Siegel (1992) y Levin (1994), el método estadístico de comparación muestral empleado en la investigación reduce significativamente tal margen de error que sería determinante si las medias se hubiesen comparado por mera observación.

En términos generales, puede afirmarse que la Escala empleada para medir y comparar la intencionalidad suicida fue perfectamente asequible a los sujetos de estudio y otorga indicadores básicos que podrían complementarse en la práctica terapéutica con la

aplicación de otras escalas como la de Ideación Suicida de Beck y cols. (1979). Sin embargo, la aplicación de ambas escalas simultáneamente no fue posible, debido a que en una de las instituciones donde se realizó el estudio (Hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”) únicamente se aprobó la evaluación mediante la escala de intento suicida. Por lo que la muestra de sujetos fue de 39 y cada muestra se integró por un total de 13 pacientes previamente diagnosticados. Debido a que las dificultades para acceder a los pacientes internos en los nosocomios fueron significativas, en la mayor parte de los casos por “políticas institucionales”, la muestra de estudio hubo de conformarse por pacientes que acuden a los servicios externos de dichas instituciones. Por los mismos factores, el estudio se limitó a los tres subtipos más comunes en nuestro medio (esquizofrénicos **paranoides, desorganizados e indiferenciados**) puesto que los pacientes ubicados en los otros dos subtipos restantes (catatónicos y residuales) eran muy pocos (en el orden de 2 y 3 respectivamente).

## CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

A pesar de que el estudio del trastorno esquizofrénico se remonta a los años más tempranos del siglo XX, en los trabajos, ya clásicos de Bleuler, (1911) y Kraepelin (1921), han tenido continuidad en décadas subsecuentes hasta llegar a la actualidad, no dejan de prevalecer múltiples lagunas e inconsistencias en cuanto a su conceptualización y tratamiento.

A lo largo del marco teórico se vio cómo, aún a la fecha existe una gran ambigüedad en la determinación de los subtipos de la esquizofrenia, ambivalencias que de algún modo han afectado la apreciación general de la enfermedad. Asimismo, las distintas teorías sobre su etiología parecen no “coexistir pacíficamente”, como lo demuestran los distintos reduccionismos que se han creado en torno a su tratamiento: en tanto que los psiquiatras se inclinan por considerarlo como un trastorno de base estrictamente orgánica, los psicólogos - particularmente los cognitivos - suelen excluir todo elemento etiológico que no provenga de una base psicosocial. Es decir, lejos de existir lineamientos para un trabajo conjunto entre ambas vertientes, lo que puede observarse es una atomización de los criterios terapéuticos que, valga decirlo, hacen aún más profundos los distanciamientos entre el enfermo de esquizofrenia y su curación.

Estos desfases en cuanto al diagnóstico y el tratamiento del trastorno esquizofrénico, han tratado de ser subsanados mediante criterios de estandarización de sus diversos subtipos. Estos criterios, desarrollados por la APA parten de la observación

sistemática de casos y, en efecto, se pronuncian por un **tratamiento diferenciado** atendiendo a la constitución del trastorno en los casos concretos. Sin embargo, diversos estudios extranjeros (Tsuang, 1982) y nacionales (Senties y García, 1996), señalan que los criterios de estratificación por subtipo suelen ser pasados por alto en la práctica tanto por psiquiatras como por psicólogos clínicos, como lo demuestran los deficientes métodos de diagnóstico en que muchas veces, por mero formulismo, se opta por diagnosticar la mayor parte de los casos dentro del subtipo “indiferenciado”.

Además, no es éste el único factor que impide un adecuado diagnóstico y por ende un tratamiento funcional de la esquizofrenia. Existe también un gran vacío, tanto teórico como institucional en cuanto a las interacciones existentes entre la conducta suicida y el trastorno esquizofrénico. La revisión de literatura en la materia, acusa una ausencia de estudios al respecto a pesar de que instituciones serias, como la OMS otorgan a los esquizofrénicos un rango importante (alrededor del 5%) en relación al total de suicidios reportados anualmente. Esto habla de otro reduccionismo que va en detrimento evidente de la salud mental del paciente esquizofrénico.

En efecto, ni los criterios de la ICD ni los incluidos en el DSM señalan a la intencionalidad suicida como un síntoma de la esquizofrenia, lo que ha derivado en el mito: *esquizofrenia = alucinación*. Bajo dicho panorama, la salida más fácil, en la práctica terapéutica es argüir que la alta intencionalidad suicida de esta población responde no a la caracterización misma del trastorno sino a otras alteraciones emocionales que incitan dicha intencionalidad, pero, en el mejor de los casos la *estabilización conductual* del paciente esquizofrénico es suficiente para disminuir la intencionalidad suicida (Tsuang, 1982). Esta

práctica de soslayo y cerrazón ante un elemento clave del trastorno esquizofrénico es, en todo caso, un factor de ineficacia de los tratamientos, como lo muestran las crecientes tasas de intentos suicidas de la población referida.

La presente investigación tuvo como origen la revisión de dichos datos que además apuntan a una más alta intencionalidad suicida de uno de los subtipos: el paranoide. En efecto, los mitos e inconsistencias teóricas que prevalecen en torno al trastorno esquizofrénico han derivado en la falta de evaluaciones objetivas de la intencionalidad suicida en los distintos subtipos de esquizofrenia, lo cual aportaría datos relevantes para determinar aspectos axiales del tratamiento enfocado básicamente en la prevención de la reincidencia.

Bajo la hipótesis de que la intencionalidad suicida es mayor en los esquizofrénicos paranoides que en los subtipos indiferenciado y desorganizado, se aplicó a estas muestras (el estudio hubo de delimitarse de ese modo por las difíciles condiciones de acceso a los sujetos de investigación), la Escala de Intención o Intento Suicida de Beck (1979). Tras la interpretación estadística de los datos obtenidos (a través de la comparación de medias), se confirmó la hipótesis principal de trabajo lo que nos habla, por sí, de la necesidad de incrementar, sea cual sea el enfoque terapéutico, los medios de prevención de la reincidencia del intento suicida en forma especial en el subgrupo descrito.

Asimismo, el estudio en su conjunto reveló la necesidad de establecer, al momento de diagnosticar al paciente, criterios objetivos de evaluación de la potencialidad de su conducta suicida. Al respecto, aunque la Escala de Intención o Intento Suicida de Beck

otorga los indicadores básicos para prevenir la reincidencia, se sugiere la aplicación complementaria de la Escala de Ideación Suicida de Beck y cols. (1979) que permitiría llegar a una noción más clara de los móviles de la intención suicida en el caso concreto.

Desde el punto de vista terapéutico puede resultar de gran utilidad el diálogo sobre el acto suicida, ya que ayuda en muchas ocasiones a evitar que éste se repita a corto plazo, por sentirse el paciente controlado en el aspecto psicológico y aceptado en su etapa de crisis, y por sentir que se le escucha y se le atiende; con frecuencia basta con mantener un diálogo con el paciente acerca de sus impulsos autodestructivos para aminorar su riesgo.

Aprovechando el lado vital del paciente, pueden proporcionársele algunas directrices para impulsarlo a autorealizarse armónicamente, favoreciendo su individualización y su dignidad. Debe estimularse para que tenga ganas de vivir, haciéndole comprender su situación desde un punto de vista global y acercándolo a aquellas actividades que puedan resultarle más gratificantes ya que debe procurarse que el paciente ocupe su ocio en una forma adecuada y activa, que se sienta útil y se relacione más, con lo que se puede lograr que mejore su autoestima, buscando el equilibrio de sus tendencias impulsivas, y estimulando el equilibrio entre sus tensiones y el apoyo social. También se debe de tratar que oriente correctamente su agresividad y desarrolle hábitos para manejar su afecto y sus instintos integrándolo socialmente en su medio. Lo anterior conseguiría no sólo la mejoría psicológica y psiquiátrica de estos pacientes, sino, además, una mejor reincidencia de la conducta suicida.

## BIBLIOGRAFÍA.

- American Psychiatric Association [APA]. (2002). *Breviario DSM IV TR. Criterios diagnósticos*. Barcelona: Masson.
- Andreasen, N. (1998). *The subtyping of schizophrenia*. Nueva York: WW Norton.
- Beck A.T, ed. (1974) *The prediction of suicide*. Nueva York: Charles Press.
- Beck, A.T.; Schuyler, D. (1979) *Development of suicide intent scales*, Nueva York: Harvard Press.
- Bobbes, J.; G-Portilla, MP.; Bascarán, MT.; Sáiz, PA.; Bousoño, M. (2002) *Escalas de intento suicida*. Barcelona: Psiquiatría editores.
- Clark, R. (1998). The relationship of schizophrenia to occupational income and occupational pretige. *Am. Social. Rev.* 13: 325.
- Caraveo-Anduaga, J.; Medina-Mora, M.E.; Rascón, M.L.; et al. (1996). La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. *Salud Mental.* 19(3): 14-21.
- Carlsson, A. (1998). Effect of chlorpromazine and haloperidol on schizophrenic cases. *British Medical Journal*, 266: 20-22.
- Crow, T.J. (1980). Molecular pathology of schizophrenia. *British Medical Journal*, 280, 66-68.
- Desjarlais, R.; Eisenberg, L.; Good, B.; Kleinman, A. (1995). *World mental health*. Nueva York: Oxford University Press.
- Farberow, N.; Schneidman, E.S. (1991). *Suicidio entre los pacientes esquizofrénicos*, en *Estudio sobre el suicidio y su prevención*. México: La Prensa Médica.
- Flach, F, edit. (1998). *The schizophrenias*. Nueva York: WW Norton.
- García, M; Tapia, A. (1990). Epidemiología del suicidio en el Estado de Tabasco en el período 1979-1988. *Salud mental*; 13, 4, 29-34.
- Häffner, H. (1998). *Search for the causes of schizophrenia*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Hawthorn, K; Catalán, José. (1983). *Attempted suicide. A practical guide to its nature and management*. Nueva York: Oxford University Press.



- Hernández, R.; Frenández, C.; Bapista, P. (1998). *Metodología de la investigación*. México: McGrawll Hill.
- Hirsch, J.; Weinberger, D. (1995). *Schizophrenia*. Nueva York: Oxford Press.
- Instituto de Salud del Estado de México. (2004). *El suicidio constituye actualmente la tercera causa de muerte entre adolescentes y adultos jóvenes*. Recuperado en Abril del 2004, de <http://salud.edomexico.gob.mx>.
- Instituto de Salud y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). (1999). *Modernos medicamentos mejoran el tratamiento de la esquizofrenia y bajan tasa de suicidios*. Recuperado en Abril del 2004, de <http://informatica.issste.gob.mx>.
- Jiménez, A.; Senties, H. (1997). Asociación entre impulsividad y depresión en pacientes hospitalizados por intento suicida. *Salud Mental*.20. 1. 36-41.
- Johnstone, E. (1999). *Schizophrenia. Concepts and clinical management*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Kringlen, E. (1967). *Heredity and environment in the functional psuchoses: an epidemiologicalclinica twin study*. Reprinted by Heineman. London: University Press, Oslo.
- Landmark, I.; Cernousky, Z.; Merskey, H. (1987). Correlates of suicide attempted suicides. *Journal of Clinical Psychology*. 151. 18-20.
- Levin, J. (1994). *Fundamentos de estadística en la investigación social*. México: Harla.
- Merenciano, M. (1942). *Esquizofrenias paranoides. Psicopatología y tratamiento*. Madrid: Miguel Servet.
- Minkowsky, E. (1989). *La esquizofrenia*. México: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1990). *El suicidio y los intentos de suicidio*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). *Clasificación internacional de enfermedades. (CIE)*. Madrid: OMS.
- Pallis JJ. (1984) Estimating suicidal risk among attempted suicides, II. Efficacy of predictive scales after the attempt. *Br J Psychiatry* 1984; 144: 139-48.
- Pierce, D.W. (1981). *The predictive validation of a suicide intent scale: A five year follow up*. *Brit. J Psychiat*, 139, 391-396.

- Psicofarma. (2004). *La depresión y el suicidio*. Recuperado en Abril del 2004, de <http://www.psicofarma.com.mx>.
- Roy. (1984). Suicide in Chronic Schizophrenia. *Br. J. Psychiatry*. 141. 171-177.
- Saltijeral, M.; Terroba, G. (1987). Epidemiología del suicidio y del parasuicidio en la década de 1971 a 1980 en México. *Salud Pública*; 29, 4; 7-14.
- Sarró, B. (1991). *Los suicidios*. España: Martínez Roca.
- Secretaria de Salud. (2004a). *Conceptos generales de la esquizofrenia*. Recuperado en Abril del 2004, de <http://www.salud.gob.mx>.
- Secretaria de Salud. (2004b). *Diagnóstico epidemiológico de los trastornos mentales*. Recuperado en Abril del 2004, de <http://www.salud.gob.mx>.
- Schefflen, A. (1981). *Levels of schizophrenia*. Nueva York: Brunner Mazel.
- Schneider, K. (1959). *Causes of schizophrenia*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Senties, H. (1993). Esquizofrenia y conducta suicida. *Salud Mental*. 1 (2), 23-28, México.
- Senties, H.; García, H. (1993). *El diagnóstico de la esquizofrenia*. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Siegel, Sidney. (1992). *Estadística no paramétrica*. México: Harla.
- Tsuang, M. (1982). *Schizophrenia: the facts*. Nueva York: Oxford University Press.
- Wyrsh, J. (1952). *La persona del esquizofrénico*. Madrid: Morata.

## APÉNDICE 1.

Nombre \_\_\_\_\_ Exp \_\_\_\_\_

### ESCALA DE SUICIDIO (20 REACTIVOS)

---

#### CIRCUNSTANCIAS RELACIONADAS CON EL INTENTO DE SUICIDIO

Por favor evalúe el intento del suicidio del paciente y califique encerrando en un círculo el número que antecede a la frase que usted considere adecuada para el caso.

1. Aislamiento.
  0. Alguien estaba presente cuando intento suicidarse.
    1. Alguien estaba cerca o en contacto (v.g. por teléfono).
    2. Nadie estaba cerca o en contacto.
2. Tiempo.
  - ( ) No se aplica.
  0. Hizo planes de tal manera que hubiera tiempo de que alguien lo descubriera y evitara la consumación del acto.
    1. Programado de manera que la intervención no era probable.
    2. Programado de manera que la intervención era altamente improbable.
3. Tomó alguna precaución para evitar que alguien lo descubriera y pudiera evitar la consumación del intento.
  0. No se tomó ninguna.
    1. Precaución pasiva tal como evitar a otros, pero no hacer nada para prevenir la intervención.
    2. Precaución activa (v.g. puerta cerrada con llave).
4. Actuar para obtener ayuda durante/después del intento.
  - ( ) No se aplica.
  0. Notifico a un ayudante potencial sobre el intento.
    1. Contactó pero no notificó específicamente a un ayudante potencial sobre el intento.
    2. No contactó o notificó a un ayudante potencial.
5. Actos finales en la anticipación de la muerte.
  - ( ) No se aplica.
  1. El paciente pensó como hacer (o hizo) algún arreglo anticipado a la muerte.
  2. Hizo planes definitivos (v.g. cambios en el testamento, dar regalos, comprar un seguro).

6. Grado de planeación del intento suicida.

- 0. Ninguna planeación.
- 1. Mínimo o moderada preparación.
- 2. Preparación extensiva.

7. Grado de planeación del intento suicida.

- 0. Ausencia de nota.
- 1. Escribió una nota pero la rompió o pensó en hacer una nota.
- 2. Presencia de la nota.

8. Comunicación abierta sobre el intento antes del acto.

- 0. Ninguna.
- 1. Comunicación equívoca.
- 2. Comunicación no equívoca (clara, definitiva).

9. Propósito del intento.

- 0. Principalmente cambiar o manipular el ambiente.
- 1. Componentes de "0" y "2".
- 2. Principalmente para remover el self del medio ambiente.

10. Expectativas con relación a la fatalidad del acto.

- 0. El paciente pensó que la muerte era improbable o no pensó acerca de eso.
- 1. El paciente pensó que la muerte era posible pero no probable.
- 2. El paciente pensó que la muerte era probable y certera.

11. Métodos de mortalidad (letalidad).

- 0. El paciente hizo menos de lo que consideró que sería necesario o no (v.g. tomó menos cantidad de pastillas de las que consideró que eran necesarias para morir).
- 1. El paciente no estaba seguro o pensó que lo que hizo (v.g. la dosis que tomó podía ser mortal).
- 2. Acto excedido o igualado a lo que el paciente consideró necesario para quitarse la vida).

12. Seriedad del intento.

- 0. El paciente no consideró que el acto fuera un intento serio para dar fin a su vida.
- 1. El paciente no estaba seguro sobre si el acto era un serio intento para dar fin a su vida.
- 2. El paciente consideró que el acto fue un intento serio para dar fin a su vida.

13. Ambivalencia hacia el vivir.

- 0. El paciente no quería morir.
- 1. El paciente no le importó si moría o vivía.
- 2. El paciente deseaba morir.

14. Concepción de reversibilidad.

- 0. El paciente pensó que la muerte sería improbable si él recibiera atención médica.
- 1. El paciente no estaba seguro sobre si la muerte podría ser evitada por tensión médica.
- 2. El paciente estaba seguro que moriría aunque recibiera atención médica.

15. Grado de premeditación.

- 0. Ninguno-impulsivo.
- 1. Suicidio contemplado por tres horas o menos antes del intento.
- 2. Suicidio contemplado por más de tres horas antes del intento.

16. Reacción al intento.

- 0. Estaba arrepentido de haber intentado suicidarse.
- 1. Acepta tanto el intento como el hecho de que aún esta vivo.
- 2. Se apena de que está vivo.

17. Visualización de la muerte.

- 0. Visto como -vida después- muere o reunión con descendientes.
- 1. Visto como un sueño u oscuridad.
- 2. Que aunque termina no visualizó o pensó acerca de esto.

18. Número de intentos previos ¿Cuántos? \_\_\_\_\_ Especifique.

- 0. Ninguno.
- 1. Uno o dos.
- 2. Tres o cuatro.

19. Consumo de alcohol durante el intento.

- ( ) No se aplica.
- 1. El paciente ingirió suficiente alcohol de manera que estaba confundido y no sabía lo que estaba haciendo en el momento del intento.
- 2. El alcohol fue tomado para potencializar el efecto de los fármacos consumidos o de otros métodos usados.

20. Consumo de drogas durante el intento.

( ) No se aplica.

1. El paciente estaba bajo efectos de una droga; así que no supo lo que estaba haciendo en el momento del intento o no estaba consciente de todas las implicaciones del intento.
2. La droga fue usada para liberar al paciente de inhibiciones, de manera de poder realizar el intento.
3. La droga fue utilizada para potencializar y suplementar el método usado.

## APÉNDICE 2a

### SERVICIO DE INVESTIGACIÓN

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México, D.F. a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

Yo \_\_\_\_\_ que recibo atención del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” doy consentimiento de mi participación en la investigación titulada “Estudio comparativo del intento suicida”.

Para la aplicación de la Escala de Intención Suicida.

NOTA: La información obtenida en esta investigación será estrictamente confidencial.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma

(Testigo)

## APÉNDICE 2b

### SERVICIO DE INVESTIGACIÓN

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México, D.F. a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

Yo \_\_\_\_\_ que recibo atención de la Clínica “San Rafael” doy consentimiento de mi participación en la investigación titulada “Estudio comparativo del intento suicida”.

Para la aplicación de la Escala de Intención Suicida.

NOTA: La información obtenida será estrictamente confidencial.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma

(Testigo)



**APÉNDICE 3.**  
**GUÍA DE PREGUNTAS APROXIMADAS PARA LA APLICACIÓN DE LA**  
**ESCALA DE INTENCIÓN SUICIDA.**

Num. Ítem	Variable	Pregunta(s) tipo
1	Aislamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando trató de suicidarse, ¿había alguien presente que lo vio o lo hubiera podido ver?</li> <li>• ¿Tenía usted contacto con alguien por algún medio (gritando, por teléfono, o de algún otro modo)?</li> </ul>
2	Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Al planear su suicidio ¿procuró usted que alguien llegara a salvarlo o lo hizo de tal modo que nadie se diera cuenta?</li> </ul>
3	Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tomó usted alguna medida para evitar que alguien lo descubriera? (como cerrar puertas, hacerlo cuando nadie llegaría, etc.)</li> </ul>
4	Auxilio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Le avisó a alguien que se iba a suicidar?</li> </ul>
5	Actos finales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Hizo usted algún arreglo sabiendo que se iba a suicidar? Por ejemplo, poner en orden cuestiones pendientes, hacer su testamento, etc.</li> </ul>
6	Grado de planeación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Planeó usted el suicidio?</li> <li>• ¿Cómo lo planeó?</li> </ul>
7	Nota (aviso)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Realizó usted alguna nota para explicar a otras personas por qué se había suicidado o para que hicieran algunas cosas cuando usted estuviera muerto?</li> </ul>
8	Comunicación abierta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Comentó con alguien o le insinuó que se iba usted a suicidar?</li> </ul>
9	Propósito	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué pretendía con su suicidio? ¿Cambiar las cosas a su alrededor? ¿O simplemente desaparecer del medio ambiente?</li> </ul>
10	Expectativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Al realizar el intento, ¿estaba usted seguro de que iba a morir? ¿Que tan seguro?</li> </ul>
11	Método	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿En qué consistió el intento de suicidio?</li> <li>• ¿En realidad cree que hizo lo suficiente para quitarse la vida?</li> </ul>
12	Seriedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Considera usted que se trató de un intento serio por privarse de la vida o creía que de ese modo iban a cambiar sólo algunas cosas a su alrededor?</li> </ul>
13	Ambivalencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analizándolo fríamente, ¿en realidad quería usted morir?</li> </ul>
14	Reversibilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Pensó usted que, quizás con atención médica usted hubiera podido salvarse?</li> </ul>
15	Premeditación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuánto tiempo le llevó planear el suicidio?</li> </ul>
16	Reacción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando se dio cuenta que su intento había fallado, ¿cuál</li> </ul>

		fue su reacción?
17	Visualización	• ¿Cómo creyó usted que sería la muerte?
18	Intentos previos	• ¿Cuántas veces, antes de la última, intentó usted suicidarse?
19	Alcohol	• ¿Consumió usted alcohol un poco antes de tratar de suicidarse? • ¿Para qué bebió alcohol?
20	Drogas	• ¿Consumió usted alguna droga un poco antes de tratar de suicidarse? • ¿Para qué tomó esas drogas?

**APÉNDICE 4.**  
**FORMULARIO UTILIZADO PARA LA COMPARACIÓN DE MEDIAS DE LOS**  
**DISTINTOS SUBGRUPOS.**

a) Obtención de la media ( $\bar{x}$ ).

$$\bar{x} = \frac{\sum x}{N}$$

b) Desviación estándar de cada media.

$$s_1 = \sqrt{\frac{\sum x_1^2}{N_1} - \bar{x}_1^2}$$

c) Error estándar de cada media.

$$o_x = \frac{s_1}{\sqrt{N_1 - 1}}$$

d) Error estándar de la diferencia.

$$o_{dif} = \sqrt{o_{x_1} + o_{x_2}}$$

e) Cálculo de la razón t.

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{O_{df}}$$

**APÉNDICE 5.**  
**RELACIÓN DE PUNTAJES OBTENIDOS POR CADA MIEMBRO DE LAS MUESTRAS.**

A) SUBGRUPO PARANOIDE.

NUM.	PUNTOS TOTALES	EVALUACIÓN
1	36	8
2	33	7.3
3	30	6.7
4	41	9.1
5	43	9.6
6	39	8.7
7	36	8
8	32	7.1
9	40	8.9
10	38	8.4
11	36	8
12	33	7.3
13	33	7.3

B) SUBGRUPO INDIFERENCIADO.

NUM.	PUNTOS TOTALES	EVALUACIÓN
1	26	5.8
2	30	6.7
3	21	4.7
4	33	7.3
5	32	7.1
6	18	4
7	24	5.3
8	33	7.3
9	34	7.6
10	21	4.7
11	26	5.8
12	28	6.2
13	30	6.7

C). SUBGRUPO DESORGANIZADO.

NUM.	PUNTOS TOTALES	EVALUACIÓN
1	31	6.9
2	27	6
3	30	6.7
4	28	6.2
5	26	5.8
6	32	7.1
7	29	6.4
8	31	6.9
9	34	7.6
10	28	6.2
11	38	8.4
12	33	7.3
13	33	7.3

**APÉNDICE 6.**  
**OBTENCIÓN DE MEDIAS DE CADA MUESTRA Y OBTENCIÓN DE SUMATORIAS PARA LA DESVIACIÓN ESTÁNDAR.**

NUM.	SUBGRUPO PARANOIDE		SUBGRUPO INDIFERENCIADO		SUBGRUPO DESORGANIZADO	
	$X_1$	$X_1^2$	$X_2$	$X_2^2$	$X_3$	$X_3^2$
1	8	64	5.8	33.6	6.9	47.6
2	7.3	53.3	6.7	44.9	6	36
3	6.7	44.9	4.7	22.1	6.7	44.9
4	9.1	82.8	7.3	53.3	6.2	38.4
5	9.6	92.2	7.1	50.4	5.8	33.6
6	8.7	75.7	4	16	7.1	50.4
7	8	64	5.3	28.1	6.4	40.1
8	7.1	50.4	7.3	53.3	6.9	47.6
9	8.9	79.2	7.6	57.8	7.6	57.8
10	8.4	70.6	4.7	22.1	6.2	38.4
11	8	64	5.8	33.6	8.4	70.6
12	7.3	53.3	6.2	38.4	7.3	53.3
13	7.3	53.3	6.7	44.9	7.3	53.3
	Sum. $X_1$ = 104.4	Sum. $X_1^2$ = 847.7	Sum. $X_2$ = 79.2	Sum. $X_2^2$ = 498.5	Sum. $X_3$ = 88.8	Sum. $X_3^2$ = 612
	$X = \overline{8.03}$		$X = \overline{6.1}$		$X = \overline{6.8}$	