

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA,  
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL.**

HOSPITAL PSIQUIATRICO “FRAY BERNARDINO ALVAREZ”

***“Evaluación de riesgo suicida en pacientes esquizofrénicos en control ambulatorio.”***

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA  
QUE PRESENTA:

DRA. ELIZABETH JIMENEZ MONROY.

Asesor Teórico:  
Dr. Alvar Colonia Cabrera.

Asesor Metodológico:  
Dr. Francisco Franco López  
Salazar.



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.

A mi madre que decidió partir de éste mundo,  
permitiéndome ver lo más humano del hombre.

A mi padre la guía de mi vida, al que le debo  
gran parte de mis éxitos.

A Israel, mi amado esposo que ha sido  
el mejor acompañante en mi camino y  
ha hecho mi vida más feliz.

A mis hermanas, fieles y leales como siempre.

A mis amigos que hicieron del proceso un deleite  
y disfrute permanente.

A mis maestros por enseñarme a ser una buena psiquiatra.

## **Tabla de Contenidos**

<b>INTRODUCCION.....</b>	<b>4</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION.....</b>	<b>9</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>10</b>
<b>HIPOTESIS.....</b>	<b>10</b>
<b>MATERIAL Y METODO.....</b>	<b>10</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>13</b>
<b>DISCUSION.....</b>	<b>17</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>19</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>20</b>

## **Introducción.**

La esquizofrenia constituye un problema de salud mental en el mundo por su impacto biológico, psicológico y social, así como por el pronóstico poco favorable; es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes e incapacitantes.

En la actualidad, por lo menos un 20% de los pacientes ingresados por primera vez en los hospitales psiquiátricos, son diagnosticados como esquizofrénicos y debido al mal pronóstico de la enfermedad, así como a los periodos relativamente largos que requieren de hospitalización, constituyen aproximadamente la tercera parte de los pacientes internados en las instituciones psiquiátricas (Adintong, 1992).

La esquizofrenia representa dentro de la Psiquiatría, la tercera entidad con mayor número de suicidios, ya que entre el 10 y el 12% (Fenton 1997) de las muertes entre los que la padecen se deben a esta causa. Considerando a la población general, esta enfermedad incrementa el riesgo suicida 8.5 veces (Harris, 1997) y se ha señalado un riesgo consistente para toda la vida entre un 4 y hasta un 15% en quien la padece.

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

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

A lo largo de la historia el suicidio siempre ha despertado diversas actitudes en la sociedad, que van desde la condena social y religiosa, hasta la incertidumbre existencial.

La investigación ha tratado de perfilar uno o varios cursos y orígenes, de manera que se

puede intervenir anticipadamente; esto ha permitido que a pesar de que cada suicidio o intento del mismo siga siendo un acto idiosincrásico, se pueden disponer de ciertas características comunes en las víctimas de éste.

Se ha demostrado de manera sólida que el riesgo suicida se puede incrementar en los esquizofrénicos considerando factores sociodemográficos como el sexo masculino, edad menor de 45 años, carencia de pareja, desempleo y aislamiento social. También el riesgo suicida se puede incrementar considerando factores y aspectos clínicos premórbidos negativos y relacionados con la misma esquizofrenia, como el funcionamiento previo al debut de sintomatología psicótica aguda y la severidad de los síntomas, o bien un curso crónico, múltiples hospitalizaciones, gran número de recaídas y tentativas previas de suicidio durante la evolución de la enfermedad (Nimbé 2007).

Se ha reportado que el riesgo resulta más severo en los primeros 10 años de la enfermedad, particularmente durante el primer año en los periodos caracterizados por la presencia de alucinaciones auditivas imperativas, en los periodos post-recaída y post-hospitalización o complicaciones por la presencia de sintomatología depresiva o de un trastorno del humor como tal así como en la depresión post-psicótica (Siris 2000).

Algunos factores como la conciencia de enfermedad o insight, influyen en el riesgo suicida, ya que al comprenderse las implicaciones de sufrir esquizofrenia se pueden incrementar los sentimientos de desesperanza y pesimismo ante la respuesta al tratamiento y la pérdida de capacidades.

El estudio del suicidio provee de elementos que permiten identificar a aquellos sujetos que se encuentren en mayor riesgo de realizarlo. La ideación suicida o autolítica y de desesperanza proporciona parte de los cimientos básicos del modelo de estrés-diátesis del

comportamiento suicida, mismo que pretende explicar por qué algunas personas son más propensas a cometer suicidio. La ideación suicida se entiende como un síntoma frecuente e inespecífico que refleja el nivel del conflicto interno, que aumenta cuando una persona con poca capacidad de enfrentamiento tiende a experimentar situaciones estresantes.

Se considera como un continuo que otorga especial atención a las ideas, los pensamientos y deseos, las amenazas, los planes y actos que llevan a enfermos psiquiátricos a hacerse daño o a cometer un intento suicida o suicidio consumado (López 2008). La desesperanza se considera una actitud negativa hacia la vida, un mediador entre efectos negativos y la conducta suicida que no predice la severidad de un intento, pero que tiene una relación positiva con estos. La desesperanza comprende en su estructura tres factores: afectivo (sentimientos negativos sobre el futuro), motivacional (pérdida de la motivación) y cognitivo (expectativas negativas sobre el futuro) (López 2008)

Se han realizado numerosos estudios que buscan encontrar los mejores indicadores de riesgo suicida para prevenir el acto. Desde las primeras series se ha destacado que entre 30 y 60% de los suicidios tienen antecedentes de intentos suicidas previos, se estima que los intentos suicidas sin éxito, son de 5 a 50 veces más frecuentes que los suicidios consumados (Brent, 1995). El riesgo de suicidio es más elevado en el año siguiente al acto fallido, un 10% adicional de los sujetos que intentan suicidarse lo consuman en el curso de los 10 años siguientes (Malone, 1995).

En México los estudios registran que entre el 57 y 77% de los intentos suicidas son realizados por mujeres y casi la mitad tiene antecedentes de suicidios previos (Medina, 1990).

Diversos estudios realizados desde 1957 demuestran que más del 90% de la población suicida estudiada padecía un trastorno psiquiátrico, en orden de frecuencia depresión, alcoholismo y esquizofrenia (Jiménez, 1997). En otros estudios, se menciona que entre los esquizofrénicos suicidas una mayor proporción son hombres, menores de 45 años, desempleados y sin pareja, con una historia de buen funcionamiento premórbido, el curso de la enfermedad es más grave con mayor número de recaídas y la mayor vulnerabilidad se experimenta en los primeros 10 años y durante el primer año posterior a la hospitalización (Nimbe 2007).

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

Landmark y cols. encontraron que la incidencia de intentos suicidas estaba correlacionada significativamente con pasadas admisiones psiquiátricas más diagnóstico de esquizofrenia y pobre funcionamiento laboral, así como intentos suicidas previos (Landmark, 1987).

En 1991, Sarro considera que la esquizofrenia es el factor de riesgo más importante de suicidio y los pacientes psiquiátricos forman un grupo de elevado riesgo con relación a la mortalidad y morbilidad por suicidio (Sarro, 1991).

Entre el grupo de pacientes con esquizofrenia se han realizado pocos estudios en relación a los factores de riesgo en la conducta suicida; Allebeck en 1987 encontró como un factor altamente relacionado a la consumación del suicidio a una historia de intentos previos, mayor riesgo en mujeres separadas, divorciadas o viudas que entre las solteras, en



hombres se encontró un mayor riesgo entre aquellos con historia de abuso de alcohol (Allebeck, 1987).

Heikkinen encontró que el suicidio era significativamente mayor en pacientes no esquizofrénicos que presentaron algún evento de vida adverso que en el grupo de personas con esquizofrenia, ya que en éste último grupo, los factores adversos no son un evento de significancia, y si son altamente significativas las agudizaciones psicóticas (Heikkinen, 2001).

En algunos estudios de seguimiento se afirma que hasta el 10% de pacientes esquizofrénicos mueren por suicidio y que aproximadamente el 20% tiene algún intento. Se considera que el período de mayor peligro abarca los primeros 5 años de enfermedad y factores asociados como la manifestación de fantasías e ideas de muerte, desesperanza, minusvalía y alucinaciones auditivas de comando (Drake, 1985).

Existen diferentes instrumentos que se utilizan para realizar una evaluación en los pacientes con riesgo suicida como son la entrevista directa, la elaboración de historia clínica, entrevistas con familiares, así como la aplicación de escalas clinimétricas; sin embargo en el grupo específico de esquizofrénicos, las escalas aplicadas tendrían que ser específicas para éste grupo de población en función de que las escalas psiquiátricas existentes comúnmente utilizadas son del tipo “entrevista” lo que implica que lo mas conveniente es que el paciente no se encuentre psicótico.

En vista del alto riesgo encontrado en la literatura entre la esquizofrenia y el riesgo suicida, es de vital importancia evaluar adecuadamente el riesgo suicida en éste grupo de pacientes para prevenir el acto suicida.

## **Planteamiento del problema y Justificación**

Debido a que en la esquizofrenia los suicidios y los intentos suicidas son muy frecuentes, es de gran utilidad clínica evaluar adecuadamente el riesgo suicida en pacientes con ésta patología. Asociado a que los factores de riesgo con mayor significancia en éste grupo de población difieren de los factores de riesgo suicida para población general o para otras patologías, es de crucial relevancia, valorar la conducta suicida mediante una escala clinimétrica que sea específica para esquizofrénicos, con la finalidad de obtener una evaluación con mayor valor predictivo.

Cada vez se realizan mas estudios en donde se aborda el suicido en la población esquizofrénica, debido a que efectivamente la predicción del suicidio en éste tipo de pacientes es todo un reto, y la única forma de obtener datos duros es a partir de las escalas clinimétricas que nos sirven de auxiliares, sin embargo las escalas que con mayor frecuencia se realizan son aplicables en población general, de ello deriva la importancia del presente estudio ya que la escala que utilizamos para la evaluación del riesgo suicida en éste grupo de pacientes, es una escala específica para pacientes esquizofrénicos que demostró una mayor especificidad y sensibilidad comparada con otras escalas que evalúan riesgo suicida, con la finalidad de obtener una evaluación con mayor valor predictivo.

Considero que los resultados que se obtengan de éste estudio pueden contribuir a la mejor comprensión de la conducta suicida en los esquizofrénicos, además de obtener bases teóricas para la implementación de nuevas estrategias terapéuticas, así como la detección de los pacientes con mayor riesgo de tener alguna conducta suicida y poder intervenir adecuadamente para prevenir el acto suicida.

## **Objetivos**

### *Objetivo General*

Describir la frecuencia del riesgo suicida en población con diagnóstico de esquizofrenia y si ese riesgo se relaciona con la severidad de la sintomatología.

### *Objetivos Específicos*

Describir la relación existente entre el riesgo suicida de los pacientes esquizofrénicos con el síndrome positivo, el síndrome negativo y la psicopatología general respectivamente.

## **Hipótesis**

El riesgo suicida es mayor al referido en la literatura en población esquizofrénica y la severidad de la sintomatología se encuentra directamente relacionada con un mayor riesgo suicida.

## **Material y métodos**

### *Tipo de estudio.*

El presente estudio es de tipo descriptivo, transversal.

### *Sujetos.*

El universo lo constituyen todos los pacientes que acudan al servicio de consulta externa (ambulatorios) del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, que se encuentren en manejo subsecuente en éste servicio, con el diagnóstico de esquizofrenia en sus diferentes formas clínicas, según criterios diagnósticos del DSM-IV, seleccionando una población por cuota de 60 pacientes para fines del estudio.

### *Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.*

Los criterios de inclusión para realizar el presente estudio fueron pacientes de 18 a 65 años de edad, ambos sexos, con diagnóstico de Esquizofrenia de cualquier tipo según criterios diagnósticos del DSM-IV que se encontraban en manejo psiquiátrico de forma ambulatoria en el servicio de consulta externa del hospital y que aceptaron participar y firmar el consentimiento informado.

Se excluyeron del estudio a aquellos pacientes que no tenían diagnóstico de esquizofrenia, menores de 18 años o mayores de 65 años, pacientes que se encontraban hospitalizados o que se presentaban con agitación psicomotriz, así como aquellos que no aceptaron participar en el estudio. Se eliminaron del estudio a aquellos pacientes que desistieron de participar en la investigación.

### *Material*

Los pacientes fueron evaluados por medio de la aplicación de tres escalas clinimétricas, dos de ellas evalúan riesgo suicida, que son la Escala de riesgo suicida de Plutchick (ERSP) y la Escala de riesgo suicida para el espectro esquizofrénico (ERSE) y la tercera escala evalúa severidad de la sintomatología, que es la Escala de síntomas negativos y positivos para la esquizofrenia (PANSS).

La Escala de riesgo suicida de Plutchick, es un cuestionario para autoaplicación de 15 preguntas con respuestas dicotómicas (si/no) cada respuesta afirmativa puntúa 1 y la negativa 0, y el total es la suma de las puntuaciones de todos los reactivos, cuyo punto de corte para la versión española es de 6 puntos, punto de corte utilizado en el presente estudio.

La escala de riesgo suicida para el espectro esquizofrénico (ERSE) , es un instrumento formado por un conjunto de 13 ítems que evalúan cada factor tomando como componentes el nivel de severidad y el nivel de evidencia clínica en un modelo vectorial, los ítems son presentados en un formato de escala tipo likert de 3 y 4 puntos, donde el 1 indica ausencia del factor y 3 presencia intensa, con excepción del ítem 12 que se puntúa inverso; valores altos indican mayor riesgo, existiendo un punto de corte de 12 puntos.

La Escala de síntomas positivos y negativos para esquizofrenia (PANSS), evalúa la severidad de los síndromes positivo y negativo, que consta de 30 reactivos diseñados para su respuesta con escalas tipo likert de siete categorías que se califican del 1 al 7, e incluye tres escalas: positiva, negativa y psicopatología general. No cuenta con un punto de corte, se considera que una puntuación de 60 o más puntos indica presencia de psicopatología que requiere de atención, y la calificación total debe contar por lo menos con 15 puntos en las escalas positiva y 15 en la negativa.

#### *Procedimiento.*

Se seleccionaron los 60 pacientes para el estudio, durante un período de 7 meses de Mayo 2007 a Diciembre 2007, que se encuentran en manejo ambulatorio subsecuente con el diagnóstico de Esquizofrenia en sus diferentes formas clínicas en el servicio de consulta externa de el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, que cumplieran con todos los criterios de inclusión. Entraron al estudio, previo consentimiento informado, conforme a los criterios bioéticos para la investigación y con la aprobación del Comité de Ética de la Institución.

Durante éste periodo de tiempo se aplicó a cada paciente las tres escalas clinimétricas, los 2 instrumentos que evalúan riesgo suicida y el que evalúa severidad de la sintomatología en la esquizofrenia. En enero 2008 se verificaron los datos obtenidos, en enero y febrero del mismo año se sometieron los datos a análisis estadístico y se procesaron los resultados obtenidos, dichos resultados se verificaron conjuntamente con los asesores del presente trabajo en el mes de marzo 2008 y se realizó el vaciado de los resultados, la elaboración del presente trabajo para su entrega se elaboró en el mes de Abril 2008.

#### *Plan de análisis Estadístico*

El análisis de los datos se realizo con pruebas de resumen (media, desviación estándar, porcentajes) y con prueba  $X^2$ , “t” de student y coeficientes de correlación de Pearson.

#### ***Implicaciones Éticas***

Esta investigación tiene un riesgo mínimo, debido a que se aplicaron escalas clinimétricas escritas para evaluar el riesgo suicida en los pacientes esquizofrénicos.

### **Resultados.**

La muestra se integro por 60 pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, que se agruparon en dos grupos: sin riesgo suicida (SRS) y con riesgo suicida (CRS) con base a los puntajes y el criterio de punto de corte de los instrumentos utilizados para su evaluación. Así observamos en forma significativa [ $X^2=3.67$  (1), p .05] mayor proporción de hombres y de sujetos sin pareja en los grupos, con escolaridad a nivel primaria que en su



mayoría y significativamente [ $\chi^2=19$  (8), p .01] se encontraban desempleados y que se encontraban en la cuarta década de la vida (cuadro1).

A nivel clínico (cuadro 2) se observó que en mayor proporción recibían tratamiento con neuroléptico atípico combinado con un corrector, también se observó que el nivel socioeconómico (SN) de mayor proporción fue el nivel 2 y el tiempo de evolución de la enfermedad en promedio era entre 12 y 15 años.

En relación a los resultados de los instrumentos aplicados, en la descripción de medias (cuadro 3) se observó que la ERSE detecta un mayor número de pacientes con RS que la ERSP (91 vs. 30%) y aunque entre los instrumentos se observó una correlación significativa [ $r=.69$  (60),p .000], la diferencia en la media entre los grupos SRS y CRS en la ERSE considerando el criterio de la ERSP, resultado significativa [ $t=-7.2$  (58),p .004], así como la diferencia en la media a nivel de síndrome positivo [ $t^2=-5.9$  (58),p .001]. La diferencia en las medias entre los grupos, considerando el criterio de la ERSE resultado significativa para la ERSP [ $t=-1.7$  (58), p .01], la misma ERSE [ $t^2=4.66$  (1), p .007], el síndrome positivo [ $t=-2.1$  (58), p .01] y la psicopatología general [ $t=-2.3$  (58), p .009].

Finalmente al realizar la correlación de los puntajes reportados en los instrumentos con la presencia ó no del RS y con las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes estudiados, se observaron relaciones significativas con el estado civil, el tiempo de evolución de la enfermedad, el tratamiento y la severidad del síndrome positivo, negativo y la psicopatología general (Cuadro 4).

Cuadro 1.- Descripción de las características sociodemográficas de los pacientes estudiados por grupos con base en los resultados de los instrumentos aplicados (n=60)

		ERSP				ERSE			
		SRS (n=42)		CRS (n=18)		SRS (n=7)		CRS (n=53)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo*	Femenino	17	28	6	10	5	8	18	30
	Masculino	25	42	12	20	2	3	35	58
Pareja	Sin pareja	10	17	2	3	2	3	10	17
	Con pareja	32	53	16	27	5	8	43	72
Escolaridad	Primara	17	28	8	13	3	5	22	37
	Secundaria	10	17	3	5	1	2	12	20
	Bachillerato	10	17	7	12	1	2	16	27
	Licenciatura	5	8			2	3	3	5
Ocupación**	Empleados	11	18	1	2	2	3	10	17
	Obreros	1	2					1	2
	Comerciantes	2	3	1	2			3	5
	Técnicos	5	8					5	8
	Profesionistas	2	3					2	3
	Sin ocupación	12	20	13	22	1	2	24	40
	Estudiantes	2	3			2	3		
	Hogar	6	10	3	5	2	3	7	12
Campesinos.	1	2					1	2	
Edad		media	ds	media	ds	media	ds	media	ds
		36	8.9	35	9	39	9.1	35	8.9

\*[ $\chi^2=3.67$  (1), p .05]

\*\* [ $\chi^2=19$  (8), p .01]

Cuadro 2.- Descripción de las características clínicas de los pacientes estudiados por grupos con base en los resultados de los instrumentos aplicados (n=60)

		ERSP				ERSE			
		SRS (n=42)		CRS (n=18)		SRS (n=7)		CRS (n=53)	
		n	%	n	n	%	n	n	%
Tratamiento	Neuroléptico típico	16	27	10	17	3	5	23	38
	Neuroléptico atípico	26	43	8	13	4	7	30	50
Otro tratamiento	Sin corrector	24	40	8	13	3	5	29	48
	Con corrector	18	30	10	17	4	7	24	40
NS	0	1	2	1	2			2	3
	1	5	8	7	12	1	2	11	18
	2	15	25	3	5	2	3	16	27
	3	9	15	4	7	2	3	11	18
	4	11	18	3	5	2	3	12	20
	5	1	2				1	1	2
Tiempo de Evolución (años)		media	ds	media	ds	media	ds	media	ds
		12	7.9	15	8.9	13	7.9	12	8.4.

Cuadro 3.- Descripción de los resultados en los instrumentos aplicados a los pacientes estudiados por grupos con base en los puntos de corte (n=60)

		SRS (n=42)		CRS (n=18)		SRS (n=5)		CRS (n=55)	
		media	ds	media	ds	media	ds	media	ds
ERSP <sup>+</sup>		2.7	1.4	8.5	1.7	2.5	1.1	4.7	3.1
ERSE* <sup>++</sup>		12.8	1.3	16.7	2.7	10.8	.37	14.4	2.4
PANSS	Síndrome Positivo** <sup>+++</sup>	9	2.6	14	4.7	7.5	.53	11	4.3
	Síndrome Negativo	9	3.4	14	3.4	9	3.6	11	3.8
	Psicopatología General <sup>++++</sup>	19	3.9	28	4.9	17	2.1	22	5.8

\*[t=-7.2 (58), p .004]

+ [t=-1.7 (58), p .01]

++++ [t=-2.3 (58), p .009]

\*\* [t<sup>2</sup>=-5.9 (58), p .001]

++ [t<sup>2</sup>=4.66 (1), p .007]

+++ [t=-2.1 (58), p .01]

Cuadro 4.- Descripción de los factores relacionados con los resultados de los instrumentos aplicados y su criterio de corte (n=60)

	ERSP		Criterio ERSP		ERSE		Criterio ERSE	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Estado Civil	.30	.01						
Evolución	.26	.03						
Tx neuroléptico típico					-.31	.01		
Tx neuroléptico atípico					.27	.03		
PANSS Positivo	.68	.000	.61	.000	.73	.000	.27	.03
PANSS Negativo	.59	.000	.48	.000	.44	.000		
Psicopatología General	.75	.00	.68	.000	.72	.000	.29	.02

## Discusión.

En el presente estudio encontramos una mayor proporción de riesgo suicida en hombres sin pareja con escolaridad a nivel primaria, que en su mayoría se encontraban desempleados y en la cuarta década de la vida, lo cual es similar a otros estudios previos en donde se reporta que el riesgo suicida se puede incrementar en los esquizofrénicos considerando estos mismo factores sociodemográficos.

También el riesgo suicida se puede incrementar considerando factores y aspectos clínicos premórbidos negativos y relacionados con la misma esquizofrenia, como el funcionamiento previo al debut de sintomatología psicótica aguda y la severidad de los síntomas ó bien un curso crónico, múltiples hospitalizaciones, gran número de recaídas y tentativas previas de suicidio durante la evolución de la enfermedad, lo cual también fue encontrado en nuestro estudio, ya que observamos que el tiempo de evolución de la enfermedad en promedio era entre 12 y 15 años, lo cual significa que entre mas cronicidad mayor riesgo suicida, de la misma forma encontramos una relación positiva

significativa entre el riesgo suicida y la severidad de los síntomas, particularmente con el síndrome positivo y la psicopatología general, lo anterior probablemente asociado a que en los pacientes esquizofrénicos la agudización psicótica, sobre todo la presencia de alucinaciones auditivas imperativas se consideran factores de riesgo importantes para la presencia de riesgo suicida, en cuanto a la psicopatología general en donde se evalúa, entre otras cosas la acaticia y el nivel de insight, era de esperarse que iba a estar directamente relacionada con el riesgo suicida; el síndrome negativo en el presente estudio no se correlaciona significativamente con la presencia de riesgo suicida lo cual es concordante con estudios previos.

En la presente investigación encontramos que la ERSE detecta un mayor número de pacientes con riesgo suicida que la ERSP (91 vs. 30%), lo anterior resulta de gran interés debido a que con ésta nueva escala es posible evaluar de forma útil y fiable el riesgo suicida en pacientes esquizofrénicos, la explicación a éste hallazgo es que la ERSE evalúa los factores de riesgo suicida mayormente vinculados a los pacientes esquizofrénicos, éste resultado es novedoso ya que es uno de los primeros estudios en los que se utiliza la ERSE que detecta un mayor número de pacientes esquizofrénicos con riesgo suicida que lo reportado en la literatura general, concluyendo que la esquizofrenia es una de las principales patologías en las que hay un alto riesgo suicida.

## **Conclusión.**

Las ideas suicidas y los intentos suicidas son frecuentes en los pacientes esquizofrénicos, por lo cual conviene identificarlas y tenerlas en cuenta durante el proceso de evaluación. La presente tesis corrobora el planteamiento anterior ya que en efecto existe un mayor riesgo suicida en los pacientes esquizofrénicos y se detectan un mayor número de pacientes con dicho riesgo mediante la Escala de riesgo suicida para el espectro esquizofrénico, lo anterior nos provee de un instrumento que detecte la mayor proporción de pacientes esquizofrénicos en riesgo de presentar gestos suicidas y por ende prevenir de forma adecuada el acto suicida.

Hacer una valoración adecuada de la gravedad de la sintomatología en éstos pacientes también nos proporciona un factor predictor, ya que en aquellos pacientes con un puntaje elevado en la PANSS específicamente en el síndrome positivo y la psicopatología general, existe un mayor riesgo suicida.

Este estudio contribuye a la mejor comprensión de la conducta suicida en los esquizofrénicos, así como a la detección de los pacientes con mayor riesgo de tener alguna conducta suicida y poder intervenir adecuadamente para prevenir el acto suicida.

## **Referencias.**

- Addington D, Addington J. Attempted suicide and depression in schizophrenia. *Act. Psychiatric Scan* 1992; 66:85-89.
- Allebeck P, Allgulander C. Suicide among young men: psychiatric illness, deviant behaviour and substance abuse. *Act Psychiatric Scan* 1990; 81:565-570.
- Breier A. Characterization of schizophrenic patients who commit suicide. *Am J Psychiatry* 1984; 141:206-209.
- Brent D. Risk factor for adolescent suicide and suicidal behaviour; mental and substance abuse disorders, family environmental factors and life stress 1995; 25:52-64.
- Drake R, Gates C. Suicide among schizophrenics a review. *Comp. Psychiatry* 1985; 26:90-99.
- Fenton WS, McGlashan TH, Victor BJ, Blyler CR. Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia. *Br.J Psychiatry* 1997; 154:199-204.
- Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *Br. J. Psychiatry* 1997; 170:205-228.
- Heikkinen M. Los eventos de la vida y el suicidio consumado: comparación de víctimas de suicidio entre esquizofrénicos y no esquizofrénicos. Instituto de Helsinki, Finlandia 2001; 248.
- Jiménez A. Suicidio: factores de riesgo, *Psiquis México* 1997; 6:2-5.
- Landmark J, Cernousky Z. Correlates of suicide attempts and ideation in schizophrenia. *Br. J Psychiatry* 1987; 151:18-20.

- Lima D, López F. Escala de riesgo suicida para el espectro esquizofrénico: un modelo vectorial. Tesis de postgrado en clinimetría e investigación aplicados a la psiquiatría. 2008.
- López SF, López MF. Ideación suicida y desesperanza en pacientes psiquiátricos hospitalizados. Revista Argentina de clínica neuropsiquiátrica 2008; 14:33-41.
- Malone K. Clinical assessment versus methods in the assessment of suicidal behaviour. Am. J Psychiatry 1995; 152:1601-1607.
- Medina M. Accidentes y violencias. Homicidio y suicidio en México. VI Congreso, Academia Nacional de México 1989.
- Sarro B, De la Cruz C. Los Suicidios. Ed. Martínez Roco. 1991; 56:60.
- Siris Sg. Depression in schizophrenia: perspective in the era of “atypical” antipsychotic agents. Am. J Psychiatry 2000; 157:1379-1389.