



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina



Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

TITULO

DESESPERANZA COMO FACTOR DE RIESGO SUICIDA EN PACIENTES CON
ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

AUTOR
HEIDY RUBÍ SOSA DÍAZ

ASESORES DE TESIS

DR.FERNANDO LÓPEZ MUNGUÍA
ASESOR TEÓRICO

DR. MIGUEL HERRERA ESTRELLA
ASESOR METODOLÓGICO

29 de julio de 2011.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A El

A mis padres

A mis asesores

Por su tiempo e interés

ÍNDICE

Introducción.....	1
Marco teórico: Antecedentes y Marco conceptual.....	2
Método:	
• Justificación y planteamiento del problema.....	13
• Objetivos: General y Específicos.....	15
• Hipótesis.....	15
• Variables: Dependiente, Independiente.....	16
• Muestra.....	17
• Sujetos.....	17
• Criterios de selección: Inclusión, exclusión y eliminación.....	17
• Tipo de Estudio.....	17
• Instrumentos.....	18
• Procedimiento.....	25
Resultados.....	26
Discusión.....	30
Conclusión.....	33
Referencias Bibliográficas.....	35
Anexos.....	38
• Carta de consentimiento informado	

Lista de tablas

Tabla 1. Muestra total

Tabla 2. Frecuencia por sexo

Tabla 3. Frecuencia por escolaridad

Tabla 4. Frecuencia por ocupación

Tabla 5. Frecuencia por estado civil

Tabla 6. Frecuencia por diagnóstico

Lista de gráficas

Gráfica 1. Distribución por sexo

Gráfica 2. Distribución por ocupación

Gráfica 3. Distribución por escolaridad

Gráfica 4. Distribución por estado civil

Gráfica 5. Distribución por diagnóstico psiquiátrico.

RESUMEN

El presente es un estudio observacional, transversal y descriptivo, cuyo objetivo general fue el buscar si la desesperanza es un factor de riesgo suicida en pacientes con esquizofrenia con su padecimiento agudizado, permitiendo saber si el paciente con esquizofrenia atendido en el Hospital "Fray Bernardino Álvarez" tiene ideación o intento suicida como resultado de la desesperanza únicamente o asociada con la sintomatología psicótica. Fue analizado mediante correlación de Pearson.

Se ha buscado y esperan que con lo obtenido se tenga un panorama general del riesgo de los pacientes que contribuya a la creación de proyectos preventivos así como, generar el interés por dar continuidad a esta línea de investigación.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia ha sido ampliamente investigada desde hace más de un siglo surgiendo el interés debido a la amplia y limitante sintomatología que puede llegar a producir. El debate entre la explicación neurobiológica y psicodinámica que ha habido nos dan clara muestra de lo basto que es este trastorno e indudablemente, lo complicado que ha sido su estudio y obtener resultados definitivos. De alguna forma, desde ambos puntos de vista, los manejos que han surgido desde ellos, han ayudado a algunos pacientes, lo que incentiva y deja mucho aún por investigar.

Algo que ha podido verse en la historia de este trastorno es la tasa de suicidios elevada con los años y que se ha intentado explicar desde la sintomatología como la psicosis que hay en este padecimiento hasta debido a la incapacidad que causa, la desmoralización y desesperanza. Es en este punto en donde surge el interés por este proyecto, ya que si bien se ha visto que los pacientes pueden o no sufrir durante el padecimiento, aquellos que lo vivencian logrando identificar las dificultades que a su vida y funcionalidad impacta, son más propensos a desesperanzarse, lo que finalmente podría llevar al suicidio.

La idea ha sido identificar parte de la población de este Hospital en donde se llevó a cabo la investigación, que permita conocer mejor los riesgos a los que están expuestos estos pacientes y buscar posibles soluciones preventivas y de tratamiento.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes.-

Auto reportes, estudios de caso y estudios cualitativos y cuantitativos han documentado que los individuos con esquizofrenia experimentan fuertes sentimientos de desesperanza. Los mecanismos para que surja esa desesperanza en la esquizofrenia aún son pobremente entendidos. Varias enfermedades mentales suponen muchas fuentes de estrés las cuales pueden impactar en la calidad de vida, incluyendo la experiencia y anticipación de: violencia y el rechazo social; la pérdida de una posición social y autoestima y la vulnerabilidad a la victimización criminal y la falta de hogar¹. La investigación intentando vincular la desesperanza con correlatos clínicos y psicológicos ha sido ambigua. Algunos hallazgos de investigación han ligado la desesperanza con la vulnerabilidad aumentada a la exacerbación de síntomas positivos y a niveles mayores de funcionamiento neurocognitivo¹. Diversos investigadores han identificado a la desesperanza como un factor potencialmente importante para explicar la ausencia de una relación clara entre la conciencia de enfermedad y el resultado en la esquizofrenia². Encontraron que la conciencia de enfermedad parece ser particularmente insoportable en el esquema cognitivo en el cual el fracaso es esperable; conduciendo a un ciclo de evitación y angustia. En contraste, la conciencia de enfermedad en el contexto de esperanza para el futuro parece estar dotada de poderes. Los individuos con más adaptación llegan a estar más esperanzados, de esta manera, tal vez la combinación de esa capacidad de adaptarse y el insight conduzcan a la esperanza y no viceversa¹.

Autores han hallado mayor desesperanza en pacientes esquizofrénicos con antecedentes de tentativa suicida o en pacientes con suicidio consumado varios años tras la evaluación³. Se ha señalado que la mayor desesperanza en los pacientes esquizofrénicos que realizan una tentativa suicida es independiente de la proximidad en el tiempo de la evaluación respecto a la tentativa. En un estudio prospectivo de pacientes con trastorno afectivo mayor, Young et al, señalaron que la desesperanza tiene un componente de rasgo y que la desesperanza basal predice futuras tentativas suicidas³.

En un estudio prospectivo dirigido por Kim C⁴, se incluyeron 333 pacientes que cumplieron criterios de DSM III-R para esquizofrenia, con edades entre 18 y 65 años. 78.1% (N=260) fueron hombres y 21.9% (N=73) fueron mujeres. Con un promedio de duración de la enfermedad de 13.6 años (SD=7.7). En este estudio los principales hallazgos consistieron en que aquellos pacientes con una historia de vida de suicidabilidad generalmente estaban más conscientes de su enfermedad que los pacientes no suicidas. Los pacientes con una historia de vida de suicidabilidad tuvieron mejor desempeño en las pruebas de velocidad psicomotora y atención, memoria verbal de trabajo, fluencia verbal, memoria de evocación, función ejecutiva y una tasa más alta de abuso de sustancias. La desesperanza y el insight no se correlacionaron, la desesperanza fue un predictor significativo para la suicidabilidad actual y en la vida y el insight y las medidas cognitivas no predijeron ninguna de ellas, después de controlar la desesperanza. Así, este estudio provee evidencia de que el insight aumentado en general a conciencia de tener un trastorno mental está asociado con suicidabilidad más severa entre pacientes con esquizofrenia. La conciencia de tener un trastorno

mental no estuvo correlacionada significativamente con la función cognitiva. El abuso de sustancias con desesperanza fueron los mejores predictores de suicidabilidad reciente.

En un metaanálisis realizado por Hawton K⁵, sobre estudios de factores de riesgo para suicidio en esquizofrenia, se enfocaron enteramente en estudios que proveen estimaciones válidas de factores de riesgo, como estudios de cohorte y caso-control. Los pacientes de los estudios que revisaron tenían diagnósticos dentro del espectro de esquizofrenia. 29 estudios fueron elegidos en los cuales el suicidio fue reportado como un resultado. Los factores con una evidencia robusta de riesgo suicida incrementado fueron trastornos depresivos previos, intentos suicidas previos, abuso de sustancias diferentes al alcohol, agitación psicomotriz, miedo a la desintegración mental, pobre adherencia al tratamiento y pérdida reciente; los síntomas psicóticos activos no estuvieron asociados con un riesgo suicida incrementado, un riesgo reducido fue asociado con las alucinaciones. Las ideas delirantes no estuvieron asociadas al riesgo suicida. Una asociación protectora fue encontrada en un único estudio. Los hallazgos más sólidos de riesgo suicida fueron los asociados con trastornos afectivos comórbidos, síntomas afectivos específicos como agitación, sentimiento de minusvalía y desesperanza así como, una historia de pensamiento suicida, amenazas y actos suicidas no fatales. Concluyendo que la prevención del suicidio en esquizofrenia es probable que pueda hacerse tomando en cuenta mejorar los síntomas afectivos, la adherencia al tratamiento y mantener especial vigilancia en pacientes con factores de riesgo, especialmente después de pérdidas.

En otro estudio prospectivo realizado por Acosta F³ se incluyeron 73 pacientes esquizofrénicos en fase aguda, 57 pudieron ser reevaluados al año, diagnosticados de esquizofrenia según criterios CIE-10, clasificados en dos grupos: "suicidas" y "no suicidas". Fueron reevaluados en condiciones ya de estabilidad. Evaluaron variables sociodemográficas, clínicas generales y variables psicopatológicas. Evaluaron la depresión con la Escala de Depresión de Calgary, la desesperanza mediante la Escala de Desesperanza de Beck, el insight se evaluó mediante los tres primeros ítems de la Escala de Insight de Amador, que evalúa la conciencia general de enfermedad. Los síntomas psicóticos y síntomas negativos se evaluaron mediante las subescalas positiva y negativa de la Escala de Síndromes Positivo y Negativo. Específicamente en cuanto a la correlación entre las variables psicopatológicas en el grupo suicida se evaluó con el coeficiente de correlación de Pearson o su alternativa no paramétrica ρ de Spearman. Se construyeron modelos de regresión logística multivariantes con aquellas variables significativas en el análisis bivariante o con una tendencia ($p < 0,10$) a la significación para valorar la contribución de cada una de ellas en la probabilidad de tentativa de suicidio. Se estimaron las odds ratio (OR) y su intervalo de confianza del 95% para valorar el riesgo independiente de las variables explicativas. Resultados: la desesperanza fue la variable que más contribuyó al modelo. Por sí sola identificó al 48.1 y 76.7% de los pacientes suicidas y no suicidas, respectivamente. Encontraron correlación directa en el grupo suicida en la Escala de depresión de Calgary y la de Desesperanza de Beck. Hubo también una correlación directa entre la PANSS positiva y la desesperanza, depresión, insight y la PANSS negativa. Hubo también una

correlación directa entre la PANSS negativa y la desesperanza y depresión. En este estudio de pacientes esquizofrénicos reevaluados en periodo de estabilidad uno de los principales hallazgos fue que la desesperanza y la menor sintomatología negativa permitieron la identificación de un alto porcentaje de los suicidas (66.7%) y no suicidas (70%). Los suicidas presentaron mayor depresión y desesperanza que los no suicidas. El grupo suicida mostró menor sintomatología negativa respecto al grupo no suicida, coincidiendo con otros estudios en los que esta sintomatología es un factor protector. No hallaron diferencias en el insight entre ambos grupos, ni correlaciones con depresión ni desesperanza. No hallaron diferencias significativas en los síntomas psicóticos, tampoco en ninguna de las variables sociodemográficas.

En otro estudio realizado por Pompili M⁶, hicieron una comparación con 20 pacientes masculinos con esquizofrenia que se suicidaron, fueron entonces investigados retrospectivamente, la comparación fue con un grupo control de 20 pacientes vivos con esquizofrenia. Los intentos suicidas, la desesperanza y la autodevaluación fueron las tres variables encontradas asociadas más fuertemente con el suicidio completado, hallazgos consistentes con conclusiones de revisiones sistemáticas previas⁵. Encontrando también otras variables que no se habían identificado en el pasado como la agitación e inquietud motora, insomnio, desintegración mental y las tres previamente mencionadas. Concluyendo en la importancia de estar consciente que no sólo son pacientes jóvenes quienes tienen riesgo suicida, sino que es importante considerar también los aspectos diferentes a la edad como lo son los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales anteriormente mencionados.

Marco conceptual.-

La esquizofrenia es un síndrome clínico de psicopatología variable y muy disruptiva, que involucra cognición, emoción, percepción y otros aspectos de la conducta. La expresión de estas manifestaciones varía entre pacientes y en el tiempo, pero el efecto de la enfermedad siempre es severo y usualmente de larga duración⁷.

La esquizofrenia es un problema de salud pública mundial que exige un enorme costo personal y económico. Afecta sólo a menos del 1% de la población mundial. Es encontrada en todas las sociedades y áreas geográficas, las tasas de incidencia y prevalencia en la vida son iguales en todo el mundo. Hay una incidencia ligeramente mayor de la esquizofrenia en hombres que en mujeres. Hay una gran incidencia de esquizofrenia en áreas urbanas versus las rurales. Tiende también a ser más severa en países desarrollados versus en desarrollo. Los pacientes con esquizofrenia están en un riesgo incrementado para el abuso de sustancias, especialmente dependencia a nicotina. 90% de los pacientes podrían depender de la nicotina¹³. También los pacientes con esquizofrenia están en un riesgo alto para conductas agresivas y para suicidio de tal manera que ***el suicidio es la causa principal de muerte en pacientes con esquizofrenia, y aproximadamente el 10% de los pacientes cometen suicidio***³.

Debido a que la esquizofrenia comienza en edades tempranas, causa deterioros significativos y duraderos, provoca demandas para hospitalización y requiere de un seguimiento clínico, rehabilitación y servicios de apoyo.

La edad de inicio más común de los síntomas se ubica entre los 15 y 35 años. El 50% de los casos se inicia antes de los 25 años y el inicio es muy raro antes de los 10 años y después de los 40 años⁷.

Ha habido muchos estudios de los factores que influyen en el resultado de la esquizofrenia. Hay unanimidad en que la perspectiva es mala si la enfermedad lleva a hospitalización antes de los 15 años de edad. Esto podría ser no solo debido a que el fallo más temprano es indicativo de enfermedad más severa, sino también porque el paciente más joven no ha tenido suficiente tiempo para construir habilidades ocupacionales y sociales para ayudar en su rehabilitación. Las mujeres tienen un mejor pronóstico que los hombres, y el matrimonio parece tener un papel protector contra las recaídas futuras. Hay una correlación alta entre personalidad premórbida pobre y el mal resultado y también entre el último y un CI bajo y otras dificultades en la niñez⁷. Una historia de buena adaptación en el funcionamiento social, sexual y ocupacional indica un pronóstico más favorable, así como las características catatónicas y una historia familiar de trastorno afectivo. La falta de insight, retraimiento emocional y aplanamiento del afecto son signos malos. En un estudio prospectivo de seguimiento⁸, examinaron y siguieron unas series grandes de pacientes psicóticos de inicio reciente por 4 años. El resultado pobre fue predicho por hallazgos en la TAC sugerentes de atrofia cortical, mientras que aquellos pacientes quienes habían sufrido eventos adversos en la vida tenían significativamente mejor resultado.

Uno debería sólo hacer predicciones firmes cuando todos los indicadores pronósticos señalen en la misma dirección, ya que aún el más discapacitado de los pacientes podría mejorar.

Aunque hay una alta correlación entre personalidad premórbida pobre o funcionamiento y el mal resultado, hay un debate actual acerca de la importancia de la “duración de la psicosis no tratada”. Por un lado es argumentado que una duración larga de psicosis no tratada es literalmente “neurotóxica”, y de esta manera una intervención temprana podría mejorar el resultado. Los que se oponen a este concepto argumentan que la duración de la psicosis no tratada es simplemente un marcador de otros factores los cuales por si mismos predicen el resultado pobre, a saber, un modo insidioso de inicio y estado premórbido pobre.

Debe recordarse que aquellos diagnosticados con esquizofrenia están en un riesgo elevado de muerte prematura debido a suicidio, particularmente durante la fase temprana de la enfermedad⁹. Además, el riesgo de morbilidad y mortalidad debido a pobre salud física está incrementado entre aquellos con trastornos mentales severos tales como la esquizofrenia¹⁰.

Desesperanza en esquizofrenia

La medición del constructo desesperanza fue iniciada por Beck y sus colaboradores con la elaboración de la Escala de Desesperanza de Beck (*Beck Hopelessness Scale*, BHS) ciñéndose al modelo propuesto por Stotland (1969) quien la concibe como un sistema de esquemas cognitivos tienen en común expectativas negativas acerca del futuro, sea este el inmediato o el más remoto. La persona desesperanzada cree: (1) que nunca podrá salir adelante por sí mismo; (2) que nunca tendrá éxito en lo que ella intente; (3) que nunca podrá alcanzar objetivos importantes; y (4) que nunca podrá solucionar los diversos problemas que afronte en la vida¹.

Beck definió como **desesperanza** a un sistema de esquemas cognitivos cuyo común denominador es la expectativa negativa acerca del futuro⁴.

Hasta la fecha, la investigación sobre la desesperanza como una barrera en la esquizofrenia ha sido bastante consistente. Los estudios por lo tanto, han vinculado la desesperanza con la disfunción vocacional y social, riesgo suicida, evitación para seguir adelante y el estigma¹¹.

La desesperanza es una característica esencial de la depresión y podría servir como el vínculo entre la depresión y el suicidio¹⁴. Los estudios realizados han reportado que la desesperanza predispone a los pacientes con varios trastornos psiquiátricos a la conducta suicida. Varios estudios han encontrado que la desesperanza más que el ánimo depresivo, es la clave determinante del intento suicida¹⁵. Los pacientes que más tarde cometieron suicidio usualmente puntuaron alto en las medidas de desesperanza y estrés subjetivo⁴.

Suicidio en esquizofrenia

La mortalidad de los pacientes que padecen esquizofrenia aumenta dos veces la edad estándar de mortalidad, abreviándose sus vidas útiles un promedio de 15 años en comparación con la población general¹². Desde las dos décadas pasadas la tasa de mortalidad en esquizofrenia ha incrementado 1.3-1.7 veces. Varios estudios han comentado cómo este exceso en la mortalidad en esquizofrenia podría ser potencialmente disminuida con tratamiento efectivo, monitoreo cercano y reducción de conductas de alto riesgo¹².

Aunque la severidad de la sintomatología positiva es considerada un factor de riesgo significativo para la conducta suicida en esquizofrenia, tres estudios

obtuvieron resultados opuestos a este respecto. Un estudio no mostró ninguna asociación entre ideas delirantes y suicidabilidad¹²; otro estudio mostró una asociación significativa entre suspicacia y conducta suicida y depresión¹² y otro estudio mostró una asociación significativa entre alucinaciones y conducta suicida¹².

Los síntomas depresivos han sido consistentemente identificados como un factor de riesgo mayor para conducta suicida en esquizofrenia. Dos estudios documentan una asociación significativa entre síntomas depresivos y síntomas positivos en fases de exacerbación psicótica, mientras que otros estudios notan la ausencia de tal asociación durante periodos de relativa estabilidad en esquizofrenia¹⁶.

Varios estudios han notado una asociación significativa entre una variedad de anormalidades genéticas, bioquímicas y estructurales cerebrales y la conducta suicida en la esquizofrenia¹². Estudios han documentado una asociación entre la expresión del neuropéptido Y aumentada en la cuarta capa de la corteza prefrontal en esquizofrenia, trastorno bipolar y depresión mayor. Un estudio documentó una asociación entre concentraciones más bajas de hormona liberadora de corticotropina en el líquido cefalorraquídeo y la suicidabilidad aumentada en trastornos afectivos y en esquizofrenia. Otros estudios encontraron asociaciones significativas entre suicidabilidad en esquizofrenia y el alelo L de la catecol-O-metil transferasa, y la presencia de cavum septum pellucidum¹². Un estudio no encontró asociación entre el polimorfismo en la región promotora del gen del transportador de 5-hidroxitriptamina y la suicidabilidad en esquizofrenia¹². Lo que es sobresaliente en los reportes de estudios de correlatos neurobiológicos de la

suicidabilidad a través de trastornos psiquiátricos mayores es su hallazgo común de la asociación entre un marcador neurobiológico de suicidabilidad a través de los trastornos psiquiátricos y la ausencia de un vínculo entre el marcador y el diagnóstico. Esto sugiere que estos factores genéticos y otros neurobiológicos podrían mediar la suicidabilidad independientemente de los factores genéticos responsables para la herencia de trastornos psiquiátricos individuales¹².

Becker (1998) notó que mientras los síntomas somáticos ocurrían con igual frecuencia en pacientes deprimidos y no deprimidos con esquizofrenia, los aspectos cognitivos de la depresión mayor (desesperanza, impotencia, inutilidad, pensamiento suicida, culpa y ansiedad) fueron significativamente más comunes en deprimidos comparados con pacientes esquizofrénicos no deprimidos¹.

MÉTODO

Justificación.-

Considerando que la Esquizofrenia es uno de los principales trastornos psiquiátricos tratados en este Hospital y que es un trastorno psiquiátrico grave y altamente estigmatizante, con una afectación de la población en edad productiva principalmente (15-35 años)¹⁷, hay el compromiso de conocer aquellos factores que pueden favorecer o empeorar su evolución, tratamiento y por lo tanto su pronóstico. Entre estos factores el suicidio es precisamente una de las consecuencias más graves y la causa principal de muerte prematura en pacientes con esquizofrenia, con aproximadamente 10 a 13% de los fallecimientos en la población con esquizofrenia, algo que ensombrece el cuadro clínico de estos pacientes¹⁸. Demostrado está en algunos estudios que la desesperanza es uno de los principales factores de riesgo para suicidio en esquizofrenia, independientemente de un cuadro depresivo, de la sintomatología psicótica agudizada y de factores sociodemográficos, ha resultado interesante poder determinar entonces, que en la población de pacientes con esquizofrenia atendidos en nuestro Hospital, se produce un fenómeno similar y por supuesto, el encontrar incluso nuevos datos que pueden esclarecer o contribuir al conocimiento acerca de este tema al complementarlo con posteriores estudios.

Por lo tanto, el interés por realizar este estudio se apoyó en la necesidad primero, de identificar las características propias de la población de pacientes con la que trabajan los médicos residentes de psiquiatría, derivando de ello el poder comparar los resultados con los de otras poblaciones de pacientes en el mundo y de esta forma implementar medidas que sean específicas para esos resultados,

que permitan dar un mejor tratamiento, una mejor calidad de vida, un mejor pronóstico y estrategias de prevención y rehabilitación, que hagan realmente integral el abordaje de este tipo de pacientes psiquiátricos.

Planteamiento del problema.-

La experiencia clínica muestra que los sentimientos de desesperanza aumentan bastante a menudo en pacientes con esquizofrenia, encontrándose que la desesperanza más que la depresión es una clave determinante en los intentos suicidas. 20-55% de los pacientes con esquizofrenia tienen un intento suicida a lo largo de su padecimiento, sumándose a los factores que hacen tan deteriorante a este trastorno y su manejo difícil³. Se ha buscado a través de este estudio qué tanto la población de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia presentan desesperanza que efectivamente es un factor de riesgo suicida, asociado a la sintomatología positiva y negativa.

Lo obtenido en este estudio puede considerarse en el planteamiento de estrategias de prevención en los diferentes niveles de atención así, dentro del Hospital, puede considerarse al momento de ingresar a un paciente con esquizofrenia para tomar las medidas preventivas, en su estancia en piso de hospitalización para buscar el mejor tratamiento que favorezca a su egreso su apego y una mejor calidad de vida al identificar los factores de riesgo que pudieran favorecer intentos suicidas a su egreso, contribuyendo entonces a la prevención de intentos o suicidios consumados.

Objetivo general.-

Objetivo general: determinar si la desesperanza es el factor principal, asociado o no a la psicosis, de riesgo suicida en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que se encuentren ingresados en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" por ideación o intento suicida.

Objetivos específicos.-

- 1) Buscar si hay relación entre la sintomatología positiva con mayor desesperanza y por lo tanto con mayor riesgo suicida.
- 2) Determinar si la desesperanza es más frecuente en pacientes con poco tiempo de evolución con respecto a los pacientes esquizofrénicos con más años desde su diagnóstico.

Hipótesis.-

- **Hipótesis de trabajo:** La desesperanza por sí misma es un factor de riesgo para suicidio en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, siendo mayor cuando se correlaciona con la psicosis.
- **Hipótesis alterna (H₁):** la desesperanza por sí misma es un factor de riesgo suicida en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia independiente de la psicosis.

- **Hipótesis nula (H₀):** La desesperanza no es un factor de riesgo de suicidio en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y no se correlaciona con la psicosis.

Variables

1.- Variable Dependiente (VD):

- **Ideación o intento suicida:** el suicidio es el acto de matarse en forma voluntaria y en el intervienen tanto los pensamientos suicidas (ideación suicida) como el acto suicida en sí. En el suicida se detectan: los actos fatales o suicidio consumado; los intentos de suicidio altamente letales aunque fallidos, con intención y planeación del suicidio y los intentos de baja letalidad, generalmente asociados a una situación psicosocial crítica.

2.- Variable Independiente (VI):

- **Desesperanza:** Beck et al. (1974) la definieron como un sistema de esquemas cognitivos cuyo común denominador es la expectativa negativa acerca del futuro.
- **Esquizofrenia:** es un síndrome clínico de psicopatología variable pero muy disruptiva, que involucra cognición, emoción, percepción y otros aspectos de la conducta. La expresión de estas manifestaciones varía entre pacientes y en el tiempo, pero el efecto de la enfermedad siempre es severo y usualmente de larga duración⁷.

Criterios del DSM-IV-TR para esquizofrenia

Muestra.-

Pacientes que ingresaron a los servicios de Observación o UCEP de este Hospital, con diagnóstico establecido de Esquizofrenia de cualquier tipo según el DSM-IV-TR y que presentaron intento suicida o únicamente tuvieron ideación suicida como motivo de internamiento

El número de pacientes fue obtenido en un periodo de seis meses de acuerdo a los criterios establecidos, sumando un total de 26.

2. Criterios de selección (inclusión, exclusión y eliminación):

Criterios de inclusión:

- a) Pacientes de ambos sexos con diagnóstico ya establecido de esquizofrenia por DSM-IV-TR y que fueron hospitalizados en el Servicio de Observación o U.C.E.P.
- b) Pacientes subsecuentes o de primera vez con ideación o intento suicida como motivo de hospitalización.

Criterios de exclusión:

- a) Pacientes con algún padecimiento neurológico comórbido.
- b) Pacientes con esquizofrenia y un episodio depresivo actual.
- c) Pacientes que no aceptaron participar en el estudio

Criterios de eliminación:

A los que se les diagnosticó un trastorno depresivo mayor comórbido en la entrevista.

Tipo de estudio: Estudio observacional, transversal y descriptivo.

Instrumentos de evaluación y medición.-

Criterios del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR, 1995), para el diagnóstico de Esquizofrenia.

Escalas utilizadas:

1) Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia

(Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS) ¹⁸: La escala de síndromes positivo y negativo (The Positive and Negative Syndrome Scale PANSS) fue desarrollada por Kay y cols. en 1987. Está basada en la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), muchos de cuyos ítems incluye. Sus autores pretendieron mejorar las propiedades psicométricas de ésta y ampliar la evaluación de los síntomas negativos. Se escogieron aquellos ítems que mejor representaran la distinción positivo-negativa y se excluyeron los de dudosa filiación.

La escala se evalúa mediante una entrevista semiestructurada de 30-40 minutos de duración. Consta de 30 ítems (síntomas) que se puntúan de 1 (ausente) a 7 (extremo). Está formada por tres subescalas: la positiva (PANSS-P) de 7 ítems, la negativa (PANSS-N) también de 7 y la de psicopatología general (PANSS-PG) de 16 ítems. Se acepta una cuarta escala, la llamada compuesta (PANSS-C), que resulta de restar la puntuación de la negativa a la de la positiva.

Interpretación: Su utilidad radica en la valoración de la severidad de los síntomas y en la monitorización de la respuesta al tratamiento. Su mayor ventaja es el estudio de los síntomas que son clínicamente importantes de cara al tratamiento en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. La

importancia de la distinción entre síntomas positivos y negativos, desorganización y estado de ánimo tal vez se vea limitada a los diferentes efectos del tratamiento en cada caso. También se ha utilizado como indicador pronóstico en aquellos casos en que predominan los síntomas negativos, lo que supone una peor evolución. Las puntuaciones de las 4 subescalas se expresan en forma de percentiles.

También, puede emplearse para categorizar a los pacientes esquizofrénicos con predominio de síntomas positivos o negativos. Para esto existen dos métodos:

Sistema restrictivo:

- Subtipo positivo: puntuación ≥ 4 en 3 ó más ítems de la escala positiva, pero en menos de 3 ítems de la escala negativa.
- Subtipo negativo: puntuación ≥ 4 en 3 ó más ítems de la escala negativa, pero en menos de 3 ítems de la escala positiva.
- Subtipo mixto: puntuación ≥ 4 en 3 ó más ítems en ambas escalas.
- Otro tipo: el resto.

Sistema inclusivo: emplea la puntuación de la escala compuesta.

- Subtipo positivo: > 0
- Subtipo negativo: < 0

Aunque se han dado varias soluciones distintas al análisis factorial de los componentes de la escala, la más aceptada es la de Lindenmayer y cols, que considera que la mayoría de los síntomas se agrupan en torno a cinco síndromes: psicosis, desorganización (o cognitivo), negativo, excitación y afectivo (depresivo). Ya los propios autores en 1990 propusieron un modelo

piramidal de cuatro factores, pero es el de cinco el más aceptado en la actualidad.

Un enfoque multidimensional de la psicopatología de la esquizofrenia parece más apropiado que la simple dicotomía positivo-negativa. Se ha sugerido que la variable tiempo debería incluirse en la definición de subtipos de la esquizofrenia.

Propiedades psicométricas:

Fiabilidad: Sus propiedades psicométricas han sido ampliamente estudiadas presentando buena validez interobservador y de constructo, elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,73 para la escala positiva, de 0,83 para la negativa y de 0,87 para la de psicopatología general) y adecuada estabilidad test-retest. El coeficiente de correlación intraclase es de alrededor de 0,80 para las tres subescalas. En la validación española (Peralta V. Cuesta MJ 1994), no obstante, se encontraron algunas pequeñas discrepancias: la PANSS-P sólo mostró una modesta consistencia interna y el ítem “desorganización conceptual” no se correlacionó con la puntuación total de la escala (lo que sugiere que se trata de un dudoso síntoma positivo). Hallazgos similares han sido comunicados por von Knorring y cols. La escala negativa posee mayor consistencia que la positiva al ser más homogénea y estar constituida por un único factor. La PANSS-P no presenta una dimensión unitaria, sino que está constituida por varios factores.

Validez: La comparación con otras escalas como BPRS, la SAPS y la SANS arroja buenos índices de validez concurrente. Entre la subescala

positiva de la PANSS y la SAPS $r = 0,77$ y entre la subescala negativa y la SANS $r = 0,77$. Por otra parte, al estudiar la correlación entre la subescala de psicopatología general y la Escala de Impresión Clínica Global el índice era de 0,52. Resulta adecuada para valorar la respuesta al tratamiento, así como la diferente respuesta al mismo de los síntomas predominantes positivos o negativos.

2) Escala de Calgary para Depresión en la Esquizofrenia^{18,19,20}: consta de nueve reactivos, en México se llevó a cabo su traducción y validación al estudiar 103 pacientes del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" y del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente", con el diagnóstico de esquizofrenia. Tiene una validez concurrente satisfactoria y su reproductibilidad también es muy aceptable. El puntaje de 8 en la Escala de Calgary tiene una especificidad del 90% indicando por lo tanto la presencia de un episodio depresivo mayor.

Es una escala para medir el nivel de depresión en los pacientes esquizofrénicos, tanto en la fase aguda como en los estadios deficitarios. Consta de nueve ítems; para los 8 primeros la propia escala facilita las preguntas para su exploración, mientras que el último es un ítem observacional para el que no se proporcionan preguntas específicas. Los ítems se puntúan según una escala tipo Likert de 4 valores de intensidad: 0, ausente; 1, leve; 2, moderado y 3, grave. Para todos los ítems se proporcionan criterios operativos con que establecer la puntuación de gravedad. Ha de ser administrada por un clínico, utilizando la técnica de

entrevista estructurada, aunque se anima al entrevistador a que realice cuantas preguntas adicionales crea necesarias. El marco de referencia temporal son las dos semanas previas, a no ser que explícitamente se estipule otro. Ha sido adaptada y validada en español por Sarró (2004). Proporciona una puntuación total de la gravedad de la depresión, que se obtiene sumando la puntuación en cada ítem (de 0 a 3). La puntuación total oscila entre 0 y 27 puntos. El punto de corte recomendado por los autores es el siguiente: 0-5: sin depresión y 6-27: depresión. El punto de corte recomendado por los autores de la versión española para diferenciar entre pacientes con y sin depresión es 5 (0-4: sin depresión y 5 -27: depresión).

3) Escala de desesperanza de Beck (Hopelessness Scale HS) ¹⁸: nombre original Beck Hopelessness Scale (BHS) cuyos autores son Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. J. elaborada en 1974 y con adaptación española hecha por Aguilar, E. J. (1995) (a partir de la versión española no publicada de Girón et al. de la escala BHS). Es un cuestionario autoaplicado diseñado para evaluar, desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida. Las puntuaciones obtenidas en desesperanza son un predictor útil de posible suicidio. Consta de 20 ítems a los que el individuo ha de responder verdadero o falso. Las respuestas señaladas como verdadero en los ítems 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20 valen 1 punto y las señaladas como falso en esos ítems 0 puntos. Las respuestas

señaladas como falso en los ítems 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 y 19 valen un punto y las señaladas como verdadero en esos ítems, 0 puntos. Proporciona una puntuación total y puntuaciones en tres factores diferentes: Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro). Factor motivacional (pérdida de motivación). Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro). La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 20. La puntuación en el factor afectivo se obtiene sumando los ítems 1, 6, 13, 15 y 19. Puede oscilar entre 0 y 5. La puntuación en el factor motivacional se obtiene sumando los ítems 2, 3, 9, 11, 12, 16, 17 y 20. Puede oscilar entre 0 y 8. La puntuación en el factor cognitivo se obtiene sumando los ítems 4, 7, 8, 14 y 18. Puede oscilar entre 0 y 5. En función de la puntuación total se recomiendan los siguientes puntos de corte: 0-8: riesgo bajo de cometer suicidio. 0-3 ninguno o mínimo, 4-8 leve. 9-20: riesgo alto de cometer suicido. 9-14: moderado, 15-20: alto. En cuanto a sus criterios de calidad cuenta con una *fiabilidad*: Presenta una consistencia interna aceptable, que puede ser evidenciada con coeficientes alfa de Cronbach de 0,82 a 0,84. El análisis de su estructura factorial refleja como más adecuada una solución unifactorial. Además es un instrumento estable, probablemente gracias a sus características de rasgo, con una buena sensibilidad (85,7%) y una adecuada especificidad (76,2%). *Validez*: En cuanto a la validez de constructo, existen correlaciones significativas entre la desesperanza y la ideación suicida ($r = 0,37-0,70$), así como entre la desesperanza y los síntomas depresivos ($r = 0,35-0,54$).

4) Escala de valoración de la Universidad de Columbia sobre la intensidad de ideas suicidas (C-SSRS). Escala desarrollada en la Universidad de Columbia de Estados Unidos por expertos y en colaboración con el grupo de Beck, basada en la evidencia médica, traducida ya a 45 idiomas para 33 países. Permite evaluar la ideación y conducta suicida, su severidad y letalidad de los intentos suicidas. Se aplica por un médico entrenado y el promedio de duración de su administración es de unos cuantos minutos. Se administra como una entrevista semi estructurada. En esta escala, las definiciones de conductas suicidas se basan en las que utiliza *The Columbia Suicide History Form*, cuyos autores son John Mann, MD y Maria Oquendo, MD, Conte Center for the Neuroscience of Mental Disorders (CCNMD), New York State Psychiatric Institute. Está dividida en seis apartados que van desde valorar que hay o ha habido ideas suicidas, la gravedad de las ideas, la conducta suicida y la letalidad de la misma.

5) Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) ¹⁸. Es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos (17) del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Se han realizado estudios de validez y de confiabilidad comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más

breve (promedio de $18,7 \pm 11,6$ minutos, media de 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso. La versión en español fue realizada por L. Fernando, J. Bobes, J. Gibert, M. Soto y O. Soto. Existen varias versiones en español como la MINI, MINI plus para la investigación y la MINI Kid para niños y adolescentes.

Procedimiento.-

Se captó a los pacientes que ingresaron a hospitalización diagnosticados con esquizofrenia subsecuentes y de primera vez, se les invitó verbalmente a participar en el estudio y en ocasiones en las que estaba el familiar del paciente también se le comentó y se le solicitó su autorización para la participación del paciente en el estudio; a los pacientes que estuvieron clínicamente en condición de cooperar se les proporcionó un consentimiento informado. En un mismo día se les aplicó las siguientes escalas: MINI, escala PANSS, escala de depresión de Calgary, escala de suicidio de Columbia y escala de desesperanza de Beck. Se captó de inicio sus datos generales que incluyeron datos sociodemográficos y cronicidad de su trastorno y tratamiento. Se registraron dichos datos en una hoja específica aparte. Sólo un paciente se negó a participar y sólo a tres fue necesario aplicar las escalas en dos días ya que presentaron somnolencia durante la entrevista.

RESULTADOS

Se obtuvieron los siguientes resultados a través de su análisis estadístico mediante el uso del programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS): Se obtuvo una muestra total de **26 pacientes, 20 de ellos de sexo masculino (77.8%)** y **6 de sexo femenino (22.2%)** (Tablas 1 y 2).

Tabla 1.-

	Sexo	Escolaridad	Ocupación	Estado civil	Diagnóstico
N					
Válido	26	26	26	26	26
Perdido	0	0	0	0	0

FRECUENCIA POR SEXO

Tabla 2.-

	Frecuencia	Porcentaje %	Porcentaje válido %	Porcentaje acumulativo
Femenino	6	22,2	22,2	22,2
Masculino	20	77,8	77,8	100,0
Total	26	100,0	100,0	

En **escolaridad (Tabla 3)** 10 pacientes (37%) cursaron secundaria completa, 6 pacientes (22.2%) cursaron primaria completa, 3 pacientes (11.1%) cursaron preparatoria completa, 3 pacientes realizaron licenciatura (14.8%), 2 cursaron el bachillerato incompleto (7.4%) y 1 realizó una carrera técnica (3.7%). En **ocupación (Tabla 4)** 14 pacientes sin ninguna ocupación (55.6%), 2 se dedicaban a algunas labores del hogar (7.4%), 1 acomodador de autos (3.7%), 1 ama de casa (3.7%), 1 comerciante (3.7%), 1 desempleado (3.7%), 1 estudiante (3.7%), 1

instalador de calentadores (3.7%), 1 obrero (3.7%), 1 es tablaero (3.7%), 1 talabartero (3.7%) y 1 vendedor ambulante (3.7%). En cuanto al **estado civil (Tabla 5)**, 18 pacientes masculinos fueron solteros y sin hijos (70.4%), 4 mujeres solteras y sin hijos (14.8%), 1 mujer soltera con hijos (3.7%), 1 soltera con dos hijos (3.7%), 1 masculino separado con un hijo (3.7%) y 1 masculino separado sin hijos (3.7%).

ESCOLARIDAD

Tabla 3.-

	Frecuencia	Porcentaje %	Porcentaje válido	Porcentaje acumulativo
Bachillerato	2	7,4	7,4	7,4
Licenciatura	2	7,4	7,4	14,8
Licenciatura	1	7,4	7,4	22,2
Preparatoria	1	3,7	3,7	25,9
Preparatoria	3	11,1	11,1	37,0
Primaria	6	22,2	22,2	59,3
Secundaria	10	37,0	37,0	96,3
Técnico	1	3,7	3,7	100,0
Total	26	100,0	100,0	

OCUPACIÓN

Tabla 4.-

	Frecuencia	Porcentaje %	Porcentaje válido %	Porcentaje acumulativo
Acomoda autos	1	3,7	3,7	3,7
Ama de casa	1	3,7	3,7	7,4
Comerciante	1	3,7	3,7	11,1
Desempleado	1	3,7	3,7	14,8
Estudia	1	3,7	3,7	18,5
Instala calentadores	1	3,7	3,7	22,2
Labores	2	7,4	7,4	29,6
Ninguna	14	55,6	55,6	85,2
Obrero	1	3,7	3,7	88,9
Tablaero	1	3,7	3,7	92,6
Talabartero	1	3,7	3,7	96,3
Vendedor ambulante	1	3,7	3,7	100,0
Total	26	100,0	100,0	

En el **diagnóstico (Tabla 6)** la mayor parte de la muestra fueron pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide (F20.0) con un total de 22 pacientes (85.2%), 3 pacientes diagnosticados con esquizofrenia indiferenciada (F20.3) (11.1%) y 1 diagnosticada con esquizofrenia desorganizada (F20.1) (3.7%). Concluyéndose que predominaron en la muestra los pacientes de sexo masculino, con escolaridad de secundaria completa, sin ninguna ocupación, solteros y sin hijos y la mayoría con diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Se halló correlación significativa entre la edad y los años de evolución (.000); entre el número de internamientos y los síntomas positivos (.001) y de psicopatología general (.032) de la escala PANNS. De igual manera hay correlación entre síntomas positivos y número de internamientos (.001), síntomas negativos (.012) y de psicopatología general (.000). Se encontró correlación estadística significativa entre síntomas negativos y síntomas positivos (.012) y de psicopatología general (.000) de la escala PANNS, con correlación con **desesperanza** medida en la escala de Beck (.006) y con la intensidad de las ideas suicidas medida por la escala de Columbia (.040). Hay correlación significativa entre la psicopatología general y el número de internamientos (.032), así como entre aquella y síntomas positivos (.000) y negativos (.000) y con la **desesperanza** medida en la escala de Beck (.032). Se halló correlación significativa entre la **desesperanza** y los síntomas negativos (.006), psicopatología general (.032) y la intensidad de las ideas suicidas (.001). Finalmente, pudo encontrarse también correlación significativa entre la intensidad de las ideas suicidas y los síntomas negativos (.040) y la **desesperanza** (.001).

ESTADO CIVIL

Tabla 5.-

	Frecuencia	Porcentaje %	Porcentaje válido	Porcentaje acumulativo
Separado con hijo	1	3,7	3,7	3,7
Separado sin hijo	1	3,7	3,7	7,4
Soltera con dos hijos	1	3,7	3,7	11,1
Soltera con hijos	1	3,7	3,7	14,8
Soltera sin hijos	4	14,8	14,8	29,6
Soltero sin hijos	18	70,4	70,4	100,0
Total	26	100,0	100,0	

DIAGNÓSTICO

Tabla 6.-

	Frecuencia	Porcentaje %	Porcentaje válido	Porcentaje acumulativo
F20.0	1	3,7	3,7	3,7
F20.0	21	81,5	81,5	85,2
F20.1	1	3,7	3,7	88,9
F20.3	3	11,1	11,1	100,0
Total	26	100,0	100,0	

Discusión

A través de la aplicación del MINI se pudo observar con mayor frecuencia la comorbilidad esperada en pacientes con esquizofrenia como lo es sobre todo, el abuso y dependencia a sustancias, en este caso, se encontró principalmente abuso de alcohol, dependencia a alcohol y cocaína y abuso de cannabis. Se encontró también comorbilidad con trastornos de ansiedad y principalmente trastorno de angustia con y sin agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada y un caso con fobia social, de estos trastornos, se pudo observar que quienes los reportaron presentaban puntajes semejantes en los síntomas negativos o mayores comparado con la sintomatología positiva en la escala PANSS, con ansiedad reportada en la escala de psicopatología general con puntajes mayores a cinco.

Fue más frecuente encontrar el diagnóstico de esquizofrenia paranoide, lo que coincide con el resultado reportado por Pompili M.¹⁹ En cuyo estudio los pacientes con dicho diagnóstico tuvieron mayor cantidad de síntomas positivos que negativos y por lo tanto un riesgo aumentado hasta tres veces que los de otros subtipos, en cuanto a este último dato llamaría la atención que en nuestro estudio lo que tuvo mayor correlación para desesperanza y para intensidad de ideas suicidas fueron los síntomas negativos.

En cuanto a la severidad de la esquizofrenia medida a través de la escala PANSS se pudo observar que hubo un predominio de sintomatología negativa sobre la positiva, con un total de once pacientes puntuando más de 24 como media del puntaje total significativo y sólo cinco por arriba de dicha puntuación en la escala positiva. Tres pacientes con puntajes por arriba de 56 como promedio en la escala

de psicopatología general. Resultado que no coincide con lo que reporta uno de los estudios de datos obtenidos por Kupper¹², en donde hallaron la asociación de la desesperanza con la exacerbación de síntomas positivos, algo que en este estudio no se encontró correlacionado, ya que incluso los síntomas positivos sólo alcanzaron un puntaje significativo en cinco de los pacientes.

Con respecto a uno de los metaanálisis revisado⁵, no se encontró evidencia suficiente para considerar como factores de riesgo el abuso de sustancias, pero sí se pudo observar que hasta el 99% de la muestra tuvo intentos suicidas previo, que corresponde a uno de los factores que encontraron en dicho metaanálisis como evidencia de riesgo suicida aumentado. Coincidiendo en este estudio también con que los síntomas positivos no estuvieron relacionados con mayor riesgo suicida. Fue posible encontrar la asociación que ellos hallaron entre desesperanza y mayor riesgo suicida, en el caso de esta muestra hay mayor frecuencia de historia de pensamiento suicida, amenazas y actos suicidas no fatales que coincide también con lo que encontraron en un estudio de casos y controles¹⁵.

En el caso del estudio prospectivo de Acosta³, en el que hallaron correlación directa entre la PANSS positiva y la desesperanza y la PANSS negativa con depresión e insight y con desesperanza y depresión, en este estudio se encontró correlación directa entre la desesperanza e intentos suicidas y la PANSS negativa y la psicopatología general, en el caso de la sintomatología negativa es contrario a lo que en otros estudios han encontrado como un factor protector y sólo coincidiendo con uno de dichos estudios²⁰.

Con respecto a la escala de desesperanza de Beck como predictor de riesgo suicida, pudieron observar que sólo cuatro pacientes tuvieron riesgo alto de cometer suicidio, predominando en ellos los factores motivacionales y afectivos, aunque la diferencia con el factor cognitivo fue leve. Nueve de los pacientes arrojaron resultados de riesgo nulo o mínimo para suicidio y 8 de ellos tuvieron riesgo moderado, de igual manera predominando los factores motivacionales y afectivos en el puntaje total.

En la escala de depresión de Calgary no hubo resultados mayores de 5 como punto de corte para depresión, pero sí se pudieron observar que tres de los que tenían mayor riesgo suicida y mayor puntaje en la escala de desesperanza, se ubicaron en el puntaje máximo para descartar depresión.

En la escala de Columbia fue posible identificar que aquéllos pacientes que en la escala de Beck puntuaron con riesgo alto de suicidio, tuvieron intentos suicidas para poner fin al dolor o detenerlo como principal objetivo, la letalidad varió pero principalmente tuvo que ver con letalidad potencial en la que podrían causarse lesiones pero no la muerte, con intentos suicidas que variaron de un intento hasta el que ha tenido diez intentos suicidas. Tres de los cuatro pacientes con alto riesgo tuvieron intentos con sobredosis de psicotrópicos, el cuarto tuvo intentos de ahorcamiento y de aventarse de un edificio. De manera similar los pacientes con riesgo moderado de suicidio tuvieron intentos para poner fin al dolor o sufrimiento y aunque no fueron intentos graves sí tuvieron letalidad potencial.

Corroboran sin embargo lo que en otros estudios¹¹ han encontrado como importante factor de riesgo a la desesperanza, considerando incluso que puede

ser no sólo un signo de patología sino además una señal de sufrimiento existencial.

Conclusión

Reconociendo que el tamaño de la muestra de este estudio es pequeño, el poder afirmar con total certeza que pueda descartar o confirmar resultados obtenidos en otros estudios sería todavía demasiado aventurado, sin embargo, los datos que arroja son ya significativos e invitan a dar un seguimiento para poder llegar a una conclusión más confiable.

Han podido confirmar la hipótesis alterna en cuanto a que pudo observarse que la desesperanza aunque asociada a los síntomas negativos se correlacionó con la ideación o intentos suicidas y no predominó la psicosis.

Aún con las limitaciones comentadas, se siguió viendo factores de riesgo presentes como lo han demostrado otros estudios¹, como la menor adaptación que se asociaría a desesperanza, individuos solteros y con intentos suicidas previos. En la población de este Hospital, predominan la baja escolaridad con un promedio de años de estudio de 7.5 años, 92.5% del total solteros y 7.5% separados. Resultados que aunados a la correlación encontrada entre desesperanza e intentos suicidas con síntomas negativos, permiten pensar en el hecho de que se trata de personas cuya sintomatología negativa parece estar influyendo de manera importante en su funcionamiento familiar, social, escolar y laboral al impactar en la manera en cómo ellos pueden percibir su futuro, afectivamente y en el aspecto motivacional, lo cual empero, se contradice parcialmente con el hecho de que han encontrado en algunos estudios que los

síntomas negativos constituyen un factor protector de suicidio. Pensando en que la esperanza ha sido considerada un factor clave en la recuperación de la enfermedad mental, cabría esperar que en el caso de los pacientes de esta muestra, en quienes además de desesperanza hay síntomas negativos, la posibilidad de formular expectativas para el futuro y de preocuparse por su recuperación se limita aún más, tanto por dificultades cognitivas como para los recursos afectivos que puedan tener para enfrentar su padecimiento y el estigma que conlleva.

Aunque incipiente, este estudio podría considerarse una punta de lanza que haga surgir el interés por seguir estudiando la población psiquiátrica con esquizofrenia de este hospital, específicamente estudiar aquellos factores que determinan, condicionan o favorecen un peor pronóstico para un trastorno ya de por sí con una complicada historia.

Pensar en estudios prospectivos suena osado pero que bien valdrían la pena en la búsqueda de mejores intervenciones terapéuticas y en la prevención del suicidio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. White RG, Mc Cleery MR, Gumley AL y Mulholland C. Hopelessness in Schizophrenia: The impact of symptoms and believes about illness. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 2007; 195(12): 968-975.
2. Lysaker PH. toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*. 2007; 33(1): 192-199.
3. Acosta F, Aguilar E, Cejas M, Gracia R, Caballero A, Siris S. Estudio prospectivo de las variables psicopatológicas asociadas a tentativas de suicidio en pacientes esquizofrénicos. *Actas Españolas Psiquiátricas*. 2009; 37(1):42-48.
4. Kim Ch, Jayathilake K, Meltzer H. Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophrenia Research*. 2003; 60:71– 80.
5. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair JD. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *British Journal of Psychiatry*. 2005; 187, 9-20.
6. Roy A. & Pompili M. Management of Schizophrenia with Suicide Risk. *Psychiatric Clinical of North America*. 2009; 32:863–883.
7. Lindenmayer JP, Khan A. Psychopathology. En: Lieberman JM, Stroup S, Perkins D. *Textbook of Schizophrenia*. First Edition. United States of North America: American Psychiatric Publishing, Inc; 2006. 195-197.

8. David A, Van OJ, Jones P, Harvey I, Foester A, Fahy T. Insight and psychotic illness. Cross-sectional and longitudinal associations. *The British Journal of Psychiatry*. 1995; 167:621-628.
9. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 2005; 62:247-253.
10. Mortensen PB, Juel K. Mortality and causes of death in first admitted schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*. 1993; 163:183-189.
11. Lysaker PH, Davis LW, Hunter NL. Neurocognitive, social and clinical correlates of two domains of hopelessness in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2004; 70(2-3):277-285.
12. Tandon R. & Jibson M. Suicidal behavior in schizophrenia: diagnosis, neurobiology, and treatment implications. *Current Opinion in Psychiatry*. 2003; 16:193-197.
13. Sadock B. & Sadock V. Schizophrenia. En: *Synopsis of Psychiatry*. Tenth edition. United States of North America: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. 467-504.
14. Hork K, Taylor M. Suicide and Schizophrenia: A Systematic Review of rates and risk factors. *Journal of Psychopharmacology*. 2010; 24(11) Supplement 4. 81-90.
15. Pompili M, Amador XF, Girardi P, Harkavy-Friedman J, Harrow M and Kaplan K, et al. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Annals of General Psychiatry*. 2007; 6:10.
16. Bowers L, Banda T, Nijman H. Suicide inside: a systematic review of inpatient suicides. *Journal of Nervous Mental Disease*. 2010; 198(5):315-28.

17. López FF, López F, López S. Ideación suicida y desesperanza en pacientes psiquiátricos hospitalizados. ALCMEON 55, 2008. AÑO XVII, 14(3):33-41.
18. Besnier N, Gavaudan G, Navez A, Adida M, Jollant F, Courtet P, et al. Clinical features of suicide occurring in schizophrenia (I). Risk-factors identification. 2009; (35) 2: 176-181.
19. Pompilli M, Mancinelli I, Ruberto A, Kotzaolidis GD, Tatarelli R, Girardi P. Where schizophrenic patients commit suicide: a review of suicide among inpatients and former inpatients. International Journal of Psychiatry. 2005; 35(2): 171-90.
20. Houcaoglu C & Tekin Z. Suicidal ideation in patients with schizophrenia. Israel Journal of Psychiatry Relate Science. 2009; 46(3):195-203.
21. Electronic Statistics Textbook:
<http://www.statsoft.com/textbook/stathome.html>.

ANEXOS

Hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

Carta de consentimiento informado

DESESPERANZA COMO FACTOR DE RIESGO SUICIDA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

El propósito del presente estudio es investigar la presencia de desesperanza como un factor de riesgo suicida en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia. Con este estudio se pretende aumentar los conocimientos diagnósticos y preventivos que pueden ser aplicables a la práctica psiquiátrica intra y extra hospitalarios.

Mi participación consistirá en contestar cinco instrumentos de evaluación que me ocuparán de dos a tres horas aproximadamente. Los instrumentos son: MINI, PANSS, escala de desesperanza de Beck, escala de Depresión de Calgary y escala de suicidio de Columbia.

Beneficios

Los fines del estudio son sólo de investigación y proporcionará información sobre el diagnóstico referido a través de la información obtenida con mi participación.

Confidencialidad

Toda la información clínica será manejada por medio de códigos que hacen imposible mi identificación. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o en la publicación de los resultados. La información solo será consultada por los investigadores involucrados en el estudio.

Riesgos

Durante la aplicación de los cuestionarios, es posible que se traten temas sensibles por lo que recibiré ayuda inmediata por alguno de los psiquiatras involucrados en el proyecto. El riesgo se considera mínimo.

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio, de tal manera, acepto participar voluntariamente. Estoy enterado que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias. De la misma manera, mi información será eliminada en el momento en que yo decidiera no participar en el estudio.

Contacto

Si tuviera alguna pregunta o duda acerca del estudio, puedo contactar a la Dra. Heidy Rubí Sosa Díaz al número de celular 55 5498 97 55 las 24 horas del día.

Nombre y firma del médico residente

Fecha

Paciente

Fecha

Testigo

Fecha

ESCALA DE VALORACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE COLUMBIA SOBRE LA INTENSIDAD DE IDEAS SUICIDAS (C-SSRS)

Primera evaluación

Versión 14/01/2009

*Posner, K.; Brent, D.; Lucas, C.; Gould, M.; Stanley, B.; Brown, G.; Fisher, P.; Zelazny, J.;
Burke, A.; Oquendo, M.; Mann, J.*

Limitación de responsabilidad:

La presente escala se diseñó con el fin de que la utilicen profesionales clínicos entrenados. Las preguntas que se incluyen en la Escala de Valoración de la Universidad de Columbia sobre la Intensidad de Ideas Suicidas (C-SSRS, por sus siglas en inglés) corresponden a los sondeos sugeridos. En última instancia, la determinación de la presencia de una propensión al suicidio dependerá del juicio clínico.

*En esta escala, las definiciones de conductas suicidas se basan en las que utiliza **The Columbia Suicide History Form**, cuyos autores son John Mann, MD y Maria Oquendo, MD, Conte Center for the Neuroscience of Mental Disorders (CCNMD), New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, NY, 10032. (Oquendo M. A., Halberstam B. & Mann J. J., Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments. En M.B. First [Ed.] Standardized Evaluation in Clinical Practice, pp. 103 -130, 2003).*

Para obtener copias de la escala de valoración C-SSRS, comuníquese con Kelly Posner, Ph.D., New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, New York, 10032; para solicitar más información y necesidad de entrenamiento, escriba a posnerk@childpsych.columbia.edu

© 2008 The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.

CONDUCTA SUICIDA (Marque todo aquello que corresponda, siempre y cuando sean eventos separados; debe preguntar sobre todos los tipos).			Durante el transcurso de vida del participante		
<p>Intento real: Una acción que pueda provocar lesiones a sí mismo(a), cometida con al menos cierto deseo de morir, como consecuencia del acto. La conducta se pensó en parte como un método para matarse. No es necesario que la intención equivalga a un 100%. Si existe cualquier intención o deseo de morir relacionado con el acto, entonces éste puede considerarse un intento real de suicidio. No es necesario que haya daño o lesión física, sólo la posibilidad de que éstos se produzcan. Si la persona tira del gatillo cuando la pistola está en su boca, pero el arma no funciona y en consecuencia no hay lesiones, esto se considera como un intento. Deducción de la intención: incluso si un(a) participante niega la intención o deseo de morir, es posible deducir clínicamente que este deseo existe a partir de la conducta o las circunstancias. Por ejemplo, un acto con una alta probabilidad de causar la muerte y que claramente no es un accidente, de forma que no puede deducirse otra intención más que la de suicidarse (por ejemplo, disparo a la cabeza, salto desde una ventana de un piso en altura). Además, puede deducirse que esta intención existe si el(la) participante niega la intención de morir, pero pensó que lo que hizo podría haber causado su muerte.</p> <p>¿Ha intentado suicidarse? ¿Ha hecho algo para dañarse a sí mismo(a)? ¿Ha hecho algo peligroso que pudiera haber ocasionado su muerte? ¿Qué fue lo que hizo? ¿Usted se _____ como forma de poner fin a su vida? ¿Deseaba morir (aunque fuera un poco) cuando usted _____? ¿Intentaba poner fin a su vida cuando usted _____? ¿O pensaba que podría haber muerto como resultado de _____? ¿O lo hizo únicamente por otros motivos, sin NINGUNA intención de quitarse la vida (para aliviar el estrés, sentirse mejor, obtener compasión o lograr que otra cosa sucediera)? (Conducta para provocar lesiones a sí mismo[a] sin intención suicida.) Si la respuesta es sí, describa:</p>			<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Número total de intentos _____</p> <p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		
<p>¿El(la) participante ha presentado conductas dirigidas a provocar lesiones a sí mismo(a) sin una intención suicida?</p> <p>Intento interrumpido: Cuando se interrumpe a la persona (con una circunstancia externa) antes de que comience a realizar el acto que potencialmente podría dañarlo(a) (si no fuera por esta circunstancia, se habría producido un intento real). Sobredosis: la persona tiene píldoras en la mano, pero se evita que las ingiera. Cuando la persona ya ha ingerido una o más píldoras, se convierte más bien en un intento que en un intento interrumpido. Disparo: la persona tiene el arma apuntando a sí misma, alguien más le quita el arma, o de alguna manera se evita que tire del gatillo. Cuando la persona tira del gatillo, incluso si el arma no se dispara, ya es un intento. Saltar: la persona está lista para saltar al vacío, la sujetan y la alejan del borde. Ahorcamiento: la persona tiene una soga alrededor del cuello, pero aún no comienza a ahorcarse - se evita que lo haga. ¿Alguna vez comenzó a hacer algo para quitarse la vida, pero alguien o algo lo(la) detuvo antes de que realmente lo hiciera? Si la respuesta es sí, describa:</p>			<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Número total de intentos interrumpidos _____</p>		
<p>Intento abortado: Cuando la persona comienza a hacer lo necesario para intentar suicidarse, pero se detiene antes de llevar a cabo realmente cualquier conducta autodestructiva. Los ejemplos son similares a los intentos interrumpidos, con la excepción de que el(la) participante se detiene a sí mismo(a), en vez de que algo más lo(la) detenga. ¿Alguna vez comenzó a hacer algo para tratar de quitarse la vida, pero se detuvo antes de que realmente lo hiciera? Si la respuesta es sí, describa:</p>			<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Número total de intentos abortados _____</p>		
<p>Acciones o conductas de preparación de un suicidio: Preparación o acciones cuyo fin es un inminente intento suicida. Éstos incluyen cualquier acción que vaya más allá de la expresión oral o la idea, tal como la organización de un método específico (por ejemplo, comprar píldoras o comprar un arma) o la preparación para la propia muerte a causa del suicidio (por ejemplo, regalar cosas o escribir una nota suicida). ¿Ha realizado cualquier acción cuyo fin es intentar suicidarse o prepararse para quitarse la vida (tal como juntar píldoras, conseguir un arma, regalar objetos de valor o escribir una nota suicida)? Si la respuesta es sí, describa:</p>			<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		
<p>Conducta suicida: Presenta conducta suicida durante el período de evaluación.</p>			<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		
Respuesta sólo en caso de intentos reales			Fecha del intento más reciente:	Fecha del intento más letal:	Fecha del intento inicial o primer intento:
<p>Letalidad real o lesión física: 0. No se presentan lesiones físicas o éstas son muy leves (por ejemplo, rasguños superficiales). 1. Lesiones físicas menores (por ejemplo, aletargamiento del habla, quemaduras de primer grado, ligera pérdida de sangre, esguinces). 2. Lesiones físicas moderadas; se requiere atención médica (por ejemplo, estado de conciencia, pero con somnolencia, algo de reacción frente a estímulos, quemaduras de segundo grado, hemorragia de un vaso sanguíneo de importancia). 3. Lesiones físicas de gravedad moderada; se requiere hospitalización y probablemente terapia intensiva (por ejemplo, estado de coma con reflejos intactos, quemaduras de tercer grado en menos del 20% del cuerpo, abundante pérdida de sangre, pero recuperable, fracturas de importancia). 4. Lesiones físicas graves; se requiere hospitalización con terapia intensiva (por ejemplo, estado de coma sin reflejos, quemaduras de tercer grado en más del 20% del cuerpo, abundante pérdida de sangre con signos vitales inestables, lesión de importancia en un área vital). 5. Muerte</p>			Ingrese el código _____	Ingrese el código _____	Ingrese el código _____
<p>Letalidad potencial: sólo responda si la letalidad real=0 Probable letalidad de un intento real aunque no se presentaron lesiones físicas (los siguientes ejemplos, aunque no causaron lesiones físicas reales, tuvieron el potencial de ser muy letales: se metió un arma en la boca y tiró del gatillo, pero el arma no se disparó, de manera que no se produjo lesión física; se tendió en la vía cuando un tren se acercaba, pero se quitó antes de ser atropellado[a]). 0 = Conducta que probablemente no causará lesión. 1 = Conducta que probablemente causará lesiones, pero no la muerte. 2 = Conducta que probablemente causará la muerte, a pesar de los cuidados médicos disponibles.</p>			Ingrese el código _____	Ingrese el código _____	Ingrese el código _____