



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

**“ASOCIACION ENTRE CONCIENCIA DE ENFERMEDAD E
INTENCIONALIDAD DE SUICIDIO EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS”**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRIA**

PRESENTA:

DR. EDUARDO NAVARRETE SANTAMARIA

ASESOR TEÓRICO:

ASESOR METODOLÓGICO:

Dra. Cecilia Bautista Rodríguez

Dr. Félix Armando Ambrosio Gallardo

AGOSTO DEL 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 mi familia por todo el apoyo.

A Beatriz y Axel por cambiar mi vida.

A la Dra. Cecilia Bautista por su gran apoyo en los momentos difíciles.

INDICE

Lista de tablas, graficas y abreviaturas	ii
Resumen	iii
Introducción	1
Marco teórico (Antecedentes)	3
Marco conceptual	6
Justificación y planteamiento del problema	21
Objetivos generales y específicos	23
Hipótesis	24
VARIABLES	25
Muestra	26
Criterios de selección	27
Tipo de estudio	28
Instrumentos de evaluación y medición	29
Procedimiento y resultados	34
Discusión	42
Conclusiones	44
Referencias bibliográficas	46
Anexos	49

TABLAS, GRAFICAS Y ABREVIATURAS

- Gráfica 1. Distribución de pacientes de acuerdo con su puntaje en la escala de intencionalidad suicida de Beck.
- Gráfica 2. Distribución de pacientes de acuerdo con su puntaje en la escala SUMD-Conciencia global.
- Gráfica 3. Distribución de pacientes de acuerdo con su puntaje en la escala SUMD-Conciencia de síntomas.
- Gráfica 4. Distribución de pacientes de acuerdo con su puntaje en la escala SUMD-Atribución de síntomas.
- Coeficientes de correlación de Pearson
- Cols.= colaboradores.

RESUMEN

El suicidio en la esquizofrenia es un fenómeno complejo y multidimensional, por lo que cualquier aproximación simplista carece de utilidad y objetividad.

Múltiples autores han tratado de identificar los factores de riesgo asociados a estas conductas suicidas, de forma que ello nos permita la diferenciación de las poblaciones de riesgo, así como cierta prevención de estas conductas.

Un amplio grupo de autores señala la sintomatología depresiva como el factor de riesgo más importante. Otros autores señalan determinados síntomas de la depresión, como la desesperanza, que se suele asociar a una mayor conciencia de enfermedad, como el factor de riesgo más importante. En cualquier caso, podemos considerar que ambos (depresión y desesperanza) constituyen demostrados factores de riesgo suicida en la esquizofrenia.

Aunque los hallazgos no han sido concluyentes en cuanto a la sintomatología negativa, parece que ésta podría ser un factor protector frente al suicidio esquizofrénico.

Por otra parte, se ha señalado al curso grave y deteriorante de la enfermedad como un factor de riesgo importante para las conductas suicidas en la esquizofrenia. La posibilidad de que existan diferentes subtipos de pacientes esquizofrénicos suicidas ha sido planteada por algunos autores en los últimos años, visión que defiende en esta tesis.

Finalmente, y dada la complejidad del fenómeno suicida en la esquizofrenia en cuanto a su naturaleza, estudio y abordaje clínico, algunos autores han mostrado una visión nihilista, considerándolo un fenómeno impredecible.

Las aportaciones de Hawton al señalar las limitaciones y la complejidad del estudio de los factores de riesgo en el suicidio esquizofrénico, lejos de inducir una postura

nihilista, deben propiciar que el clínico sepa valorar si el paciente pertenece a un grupo de alto riesgo suicida según sus características sociodemográficas, clínicas y psicopatológicas, pero también que tenga muy en cuenta las demás características propias de cada paciente en cada momento evolutivo, y su influencia sobre el riesgo suicida. Sin duda, ignorar cualquiera de estas dos facetas supone un grave error.

Los recientes estudios sobre aspectos psicológicos como la vulnerabilidad psicológica, los estilos de afrontamiento de la psicosis, y la relación con la depresión y la desesperanza, han aportado hallazgos muy importantes en torno a un aspecto fundamental, pero escasamente estudiado: el paciente esquizofrénico debe ser considerado ante todo, como una persona que padece una enfermedad, y no como 'una enfermedad' en sí misma.

En la actualidad persiste la controversia sobre el papel del insight en la conducta suicida del paciente esquizofrénico, ya que los hallazgos han sido contradictorios.

Algunos autores han señalado la importancia de la sintomatología psicótica como desencadenante de la conducta suicida. Aunque persiste cierta controversia, son escasos los autores que señalan que los síntomas psicóticos por sí solos pueden desencadenar las conductas suicidas. La mayoría de los autores que otorgan importancia a los síntomas psicóticos la señalan desde la perspectiva de que éstos pueden desencadenar o exacerbar otra sintomatología directamente relacionada con el riesgo suicida (depresión, desesperanza e insight), o coexistir con otros síntomas en un perfil clínico determinado. Es importante tomar en cuenta la gravedad de los síntomas psicóticos, la depresión y la desesperanza sin embargo considero de importancia tomar en cuenta el papel de insight como un factor de riesgo importante para que los pacientes esquizofrénicos se suiciden.

INTRODUCCION

Desde un punto de vista epidemiológico, se sabe que la tentativa de suicidio es el principal factor de riesgo de suicidio consumado, estimándose que entre el 10-15 % de los individuos que realizan una tentativa terminarán consumando el suicidio, siendo este riesgo mayor durante el año posterior a la tentativa (del 1-2 %, lo que representa un riesgo 100 veces superior en los pacientes esquizofrénicos que en la población general). Además, estudiando de modo retrospectivo los casos de tentativas y de suicidios, se ha evidenciado que el 14-60 % de las tentativas tienen antecedentes de una o más tentativas previas, y que el 30-60 % de las personas que consuman el suicidio poseen antecedentes de tentativas previas. (25)

El perfil del paciente esquizofrénico suicida es un varón adulto joven, mientras que las tentativas de suicidio son más frecuentes en las mujeres jóvenes. No ocurre lo mismo con los factores sociales, dado que se ha visto que las diferencias en este tipo de factores para ambas poblaciones, son sólo de grado y duración variables, por ello se dice que las acciones suicidas se escalonan jerárquicamente según un gradiente de riesgo de letalidad, y en muchos casos el cometerlas depende de la disponibilidad de medios y modelos suicidas. (26)

La presente tesis está fundamentada, por un lado, en la concordancia con esta visión de las conductas suicidas aunado al grado de capacidad de reconocer su enfermedad mental como un continuo que los puede orillar a realizar tentativas de suicidio o en el peor de los casos consumar el suicidio, por otro lado, en el hecho de que la tentativa es el mayor factor de riesgo para el suicidio consumado para los pacientes con trastornos psiquiátricos, considero de importancia analizar los principales factores de riesgo que

pueden llevar a un paciente a terminar con sus vidas, hecho señalado por diversos autores. (26)

MARCO TEORICO
ANTECEDENTES
SUICIDIO EN ESQUIZOFRENIA

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

Planaksky, Johnson y posteriormente Miles por citar algunos autores encuentran suicidio consumado en el 10 % de los pacientes y tentativas en el 50 %, datos referidos a los 5 primeros años de evolución de la psicosis desde que es identificada.

Son muy numerosos los casos en los que a posteriori puede inducirse que un suicidio culminó por un proceso psicótico no identificado, que obedece probablemente a la tortura interna que nadie, ni los familiares mas próximos sospechan. A menudo se ha especulado sobre las características brutales en las que se cometen estos suicidios, aunque por otro lado es cierto que muchas veces se producen con una crueldad elegida. El suicidio parece mas frecuente en los varones según Roy en los primeros 5 años de la enfermedad (la cuarta parte durante la hospitalización y un 50 % poco después de recibir el alta), en una edad media que se sitúa alrededor de los 26 años. Hay autores que lo aproximan mas al momento del egreso hospitalario con frecuencia el suicidio se produce al atenuarse la sintomatología clínica. (38)

Kraepelin, Schneider, Bleuler, Conrad entre otros mencionan el estado mental mórbido como causa de suicidio, además de la vivencia de cambio de significado y la despersonalización injertadas en la peculiar estructura del paciente esquizofrénico. A veces los enfermos sienten que el destino de las personas y del mundo dependen de ellos y reciben inefables mensajes y enigmáticos avisos, sobre valoran en suma su forma de pensar y se sienten culpables de grandes tragedias, irremisiblemente abocados a la expiación o se sienten indeclinables protagonistas de un desagravio. En otros casos la conducta suicida es una descarga de la intensa angustia psicótica que surge como un raptus y cursa generalmente embebida en un pánico psicótico. A ello se le añaden las motivaciones propias de un paciente que se siente y se sabe ser un enfermo crónico con dificultades de integración, ingresos repetidos, faltos de proyectos y fracasados en las expectativas generales de sus vidas.

El hombre psicótico puede enfrentarse a la psicosis y pueden surgir así suicidios que tienen su raíz en lo extrapsicótico, en aquello que ha permanecido aun sano durante la psicosis y junto a ella, lo que da pauta a que estos pacientes se percaten de tener una enfermedad mental crónica e incurable.

Si bien todas las formas clínicas de esquizofrenia implican un riesgo, (ansiedad, angustia, sentimientos de culpa, auto acusación etc.) la paranoide parece especialmente peligrosa en razón de la temática delusiva (holocausto, expiación, persecución y racionalismo mórbido).

Estudios realizados durante los últimos 30 años sugieren de manera importante que la depresión se encuentra asociada a los pacientes esquizofrénicos que cometen suicidio. Dentro de los estudios que reportan la presencia de depresión en pacientes esquizofrénicos suicidas se mencionan los siguientes: Levy y Southcombe 25.2 %, Cohen 70 %, Warnes 75 %, Yarden 65 %, Virkkunen 69.5 %, Cheng 100 %, Roy

(1982) 53.3 %, Drake (1984) 80 % y Allebeck (1987) 12.5 %. El total de los pacientes que fueron valorados en estos nueve estudios fueron 270 de los cuales se obtuvo un promedio de 59.3 % de esquizofrénicos suicidas que se encontraban cursando con episodio depresivo.

Roy incluye como factores de riesgo el ser de sexo masculino, joven y haber cursado con algún evento depresivo en el pasado, especialmente en su último periodo hospitalario. (17)

Drake encontró que además de ser hombres jóvenes presentaban numerosas exacerbaciones y remisiones de la sintomatología, lo cual condicionaba frecuentes internamientos (7 internamientos en 8 años de enfermedad), además de encontrar en estos pacientes sintomatología depresiva (80 %), desesperanza (60 %), ideación suicida (73 %), pacientes que vivían solos (60 %) y que tenían un alto nivel escolar (73 %). (19)

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

Aproximadamente el 50 % han realizado un intento suicida previo, asociándose mas a esto síntomas depresivos concomitantes.

Un pequeño porcentaje se suicida por órdenes dadas por alucinaciones o por escape a delirios persecutorios. Mas de 50 % de los suicidios entre estos pacientes suceden durante las primeras semanas o meses después de haber sido dados de alta del hospital. En consecuencia las víctimas de suicidio probablemente son hombres, solteros, sin empleo, socialmente aislados que viven una adversidad, por lo que tienden a desanimarse, experimentando sentimientos de desesperanza e impotencia, un estado de animo deprimido en el cual presentan ideas suicidas que finalmente pueden llevar a cabo. Cabe mencionar que los pacientes esquizofrénicos que se suicidan no encajan en el perfil demográfico habitual del riesgo suicida, por ello es necesario una minuciosa evaluación clínica de la ideación suicida.

MARCO CONCEPTUAL

IMPORTANCIA DEL FENÓMENO SUICIDA EN LOS

PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS

La importancia del fenómeno suicida en la Esquizofrenia era ya señalada por el propio Bleuler (1950). Así, en su obra afirmaba "...la conducta suicida es el síntoma más grave de la esquizofrenia". Disponemos de datos que dejan claro desde un principio la importancia de este fenómeno en la esquizofrenia. (3)

El suicidio constituye la principal causa de muerte prematura entre los pacientes esquizofrénicos. La tasa de suicidio en pacientes esquizofrénicos es entre 8 y 13 veces mayor que la de la población general. (13)

Más recientemente, en un estudio retrospectivo que cubría un periodo de seguimiento de 13 años en una muestra de 370 pacientes esquizofrénicos, Brown y cols. hallaron una mortalidad por causas naturales del doble que la población general; y por causas no naturales, 12 veces superior a la población general. La mayoría de las muertes por causas no naturales fueron por suicidio (73,7 %). (8)

Ösby y cols. realizaron un estudio retrospectivo que cubría un periodo de 23 años e incluía una muestra de 7784 pacientes diagnosticados de esquizofrenia y seguidos desde su diagnóstico inicial hallaron al igual que en el estudio de Brown y cols. una mortalidad mayor en los pacientes esquizofrénicos; una mortalidad de 2,8 para hombres y 2,4 en mujeres, con respecto a la población general. Las causas más frecuentes de muerte fueron las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y el suicidio. Para las mujeres, el exceso de muertes fue mayormente debido a causas naturales, con las enfermedades cardiovasculares como la principal causa. Para los hombres, el exceso de

muerter fue ligeramente mayor para las causas no naturales, siendo el suicidio la principal causa de éstas.

Kaplan coincide en la cifra de tentativas de suicidio, que sitúa en torno al 20 %, y señala una cifra de suicidio consumado entre esquizofrénicos crónicos del 4 %. Además, señala que el número de pacientes esquizofrénicos que se suicidan es mayor que el de pacientes maniaco-depresivos. Lehmann, en el capítulo sobre la esquizofrenia del Tratado de Psiquiatría de Kaplan, diferencia dos tipos de suicidas esquizofrénicos, los que se suicidan en respuesta a voces alucinatorias, y los que lo hacen por estar profundamente deprimidos, si bien considera que muchos de estos suicidios pueden ser impredecibles. (1)

En las últimas décadas han sido numerosos los investigadores que han tratado de estudiar esta conducta, con el fin de identificar los factores de riesgo que se asocian a la misma, y así poder diseñar estrategias de prevención. Sin embargo, en la actualidad siguen estando poco claros los motivos suicidas de algunos pacientes esquizofrénicos, y resulta evidente que la complejidad del fenómeno es tal, que no puede explicarse mediante la asociación con un único factor de riesgo. Todo ello ha llevado a algunos autores, como Allebeck, Breier y Astrachan, a considerar la conducta suicida del paciente esquizofrénico como un fenómeno impredecible.

Sin embargo, la mayoría de los autores señalan la existencia de diferentes factores que incrementan el riesgo suicida en la esquizofrenia, tales factores han sido estudiados en las últimas décadas y pueden ser agrupados en siete grupos:

- 1) Factores sociodemográficos.
- 2) Características clínicas generales.
- 3) Depresión y desesperanza.

- 4) Conciencia de enfermedad.
- 5) Sintomatología positiva.
- 6) Sintomatología negativa.
- 7) Curso de la enfermedad deteriorante y agresivo.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Los diferentes factores sociodemográficos han sido estudiados por diversos autores en un intento de encontrar si el suicidio en estos pacientes se asocia a determinadas características sociodemográficas. Aunque estos factores se han mostrado como ineficaces para delimitar en la práctica clínica los pacientes con mayor riesgo, sí han aportado en su conjunto un perfil del paciente esquizofrénico con mayor riesgo suicida aunque sólo desde el punto de vista epidemiológico. A nivel clínico, la mayoría de los estudios reafirman las características significativas de los esquizofrénicos suicidas en cuanto a las variables sociodemográficas (5). Estas variables sociodemográficas se exponen a continuación: sexo, edad, estado civil, situación laboral y nivel educativo.

SEXO

Ha quedado demostrado que al igual que ocurre con la población general, la mayoría de suicidios consumados en pacientes esquizofrénicos los realizan los varones. Este aspecto ha sido señalado por diferentes autores, tanto en artículos de revisión, como en estudios propios. También se ha señalado que los suicidios consumados en mujeres esquizofrénicas presentan un aumento relativo en relación con la población general y a otras patologías. (10) (18)

Sin embargo, cuando la población estudiada es la de esquizofrénicos que realizan tentativas de suicidio, diferentes autores como Roy o Drake no han encontrado diferencias significativas entre hombres y mujeres. Además, en la muestra de pacientes estudiados por Drake y Cotton, al comparar entre los esquizofrénicos con tentativa, con los que habían consumado el suicidio, no encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo entre los dos grupos estudiados. (10) (18)

EDAD

Se ha demostrado que la mayoría de los suicidios en pacientes esquizofrénicos ocurre en pacientes jóvenes, corroborándolo en su artículo de revisión, Caldwell y Gottesman señalan que, al contrario de lo que sucede en la población general, el riesgo de suicidio en la esquizofrenia decrece con la edad.

Señalan que los varones se suicidan más que las mujeres, y que el periodo de mayor riesgo para éstos se sitúa entre los 20-39 años, mientras que para las mujeres está entre los 30-39 años. (27)

Diversos autores coinciden en señalar que el suicidio entre los pacientes esquizofrénicos ocurre mayoritariamente en jóvenes. Harkavy-Friedman y Nelson han señalado en su artículo de revisión sobre conducta suicida en pacientes esquizofrénicos, la probable asociación entre la mayoría de suicidios en edades jóvenes y la edad de inicio de la enfermedad, con mayor riesgo de suicidio durante las primeras fases de la misma. (28)

También Drake y cols. han señalado el predominio de pacientes jóvenes y varones entre los esquizofrénicos suicidas, aspecto que indican tanto en su artículo de revisión como en su propio estudio sobre 15 pacientes esquizofrénicos que se suicidaron, si bien no resultaron variables significativas tras el análisis multivariante. (10)

Ros Montalban ha cifrado la media de edad de los pacientes esquizofrénicos que se suicidan en los 30 años. Mostrando cifras similares, Breier y Astrachan sitúan la media de edad en los 30.3 años. (20)

Westermeyer y cols. en base a un estudio propio sobre 586 pacientes psiquiátricos psicóticos y no psicóticos en los que evaluaron los factores de riesgo suicida, señalan que durante la juventud los pacientes esquizofrénicos y otros pacientes psicóticos tienen mayor riesgo suicida que los pacientes psiquiátricos no psicóticos. (29)

ESTADO CIVIL

La consideración predominante respecto al estado civil es que la mayoría de los esquizofrénicos suicidas son solteros. Sin embargo, como han indicado Breier y Astrachan, al ser ésta una característica muy frecuente en el global de los pacientes esquizofrénicos, este dato no posee características predictivas. En artículos de revisión, autores como Drake, Caldwell y Appleby han señalado el estado civil soltero como un factor de riesgo de suicidio en la esquizofrenia, al igual que ocurre con la población general. (10) (27)

Westermeyer y cols en su estudio ya mencionado sobre 586 pacientes psiquiátricos, encontraron que los pacientes psicóticos (esquizofrenia y otras psicosis) tenían mayor riesgo de suicidio si eran solteros, blancos con mayor coeficiente intelectual, y con inicio gradual de la enfermedad. (29) Sin embargo, varios autores no han encontrado resultados concluyentes en sus respectivos estudios, que se describen a continuación. Roy indica, a partir de su estudio sobre 90 pacientes psiquiátricos suicidas (entre los que había 30 pacientes esquizofrénicos), que el estar soltero puede constituir un factor de riesgo para la conducta suicida, sin embargo, estos resultados no se reproducen cuando

estudia a pacientes esquizofrénicos con suicidio consumado, ni en su estudio sobre pacientes esquizofrénicos con tentativa de suicidio. (18)

Drake y cols. en su estudio sobre 15 pacientes esquizofrénicos que se suicidaron, comparados con un grupo control de 89 pacientes esquizofrénicos, encuentran que el 100 % de los suicidas estaban solteros, sin embargo, también estaban solteros el 93 % de los esquizofrénicos del grupo control.

Por otra parte, en su estudio comparativo entre 15 esquizofrénicos suicidas y 19 esquizofrénicos con tentativa de suicidio, no encuentra diferencias significativas en ninguna variable sociodemográfica. (10)

Allebeck, en su estudio sobre 32 pacientes esquizofrénicos que se suicidaron durante 11 años de seguimiento, en comparación con un grupo control de 64 pacientes esquizofrénicos, halla dentro de las variables sociodemográficas, un mayor riesgo suicida entre los pacientes con estado civil de soltero, divorciado y viudo. Sin embargo, estos hallazgos sólo correspondieron al grupo de mujeres de la muestra, y no a los hombres ni a la muestra global. (6)

Finalmente, Radomsky y cols. realizaron un estudio sobre 1048 pacientes ingresados consecutivamente en su unidad, con trastornos psicóticos, en los que estudiaron las conductas suicidas previas. No hallaron diferencias significativas en cuanto al estado civil entre los pacientes que habían tenido conductas suicidas y los que no. Sin embargo, cuando estudiaban el contacto social y las relaciones sentimentales sí hallaron para ambas variables diferencias significativas entre ambos grupos, por lo que postulan que la valoración de esta segunda variable podría ser más útil e indicada que la del estado civil. (30)

SITUACIÓN LABORAL

Diferentes autores consideran el desempleo como una característica típica del paciente esquizofrénico suicida. Así lo exponen autores como Drake y Appleby en sus artículos de revisión, y Ros, en el capítulo acerca del suicidio en la esquizofrenia, de su libro “La conducta suicida”. (10 y 18). Especial hincapié hace Roy en este aspecto, en base a dos de sus estudios. En el primer estudio, en el que incluía 90 pacientes psiquiátricos suicidas, de los cuales 30 eran esquizofrénicos, encuentra dentro de las variables sociodemográficas al desempleo, el ser soltero y vivir solo como factores de riesgo suicida. En el estudio en el que incluye sólo a pacientes esquizofrénicos como muestra, sólo halla entre las variables sociodemográficas asociadas al suicidio, el desempleo.(18)

Sin embargo, Harkavy-Friedman y Nelson consideran las conclusiones acerca de la situación laboral y del estado civil como controvertidas. Acerca de ello, exponen que tanto el desempleo como el ser soltero son características muy frecuentes en la población esquizofrénica global, por lo que estiman que serían necesarias nuevas investigaciones más exhaustivas acerca de estas variables, que aclaren la validez o no de éstas, como factores de riesgo para el suicidio en la esquizofrenia. (28)

Además, Reid en su artículo de revisión señala que el desempleo y el estado civil soltero podrían ser indicadores de un deterioro funcional más grave producido por la enfermedad, gravedad que en sí misma ha sido considerada como uno de los factores de riesgo para el suicidio. (31)

NIVEL EDUCATIVO

En este aspecto, se ha asociado al buen ajuste premórbido, con buen nivel educativo y mayores expectativas de futuro, con mayor riesgo suicida. Sin embargo, otros autores han señalado el debut más precoz, que conlleva menor nivel educativo, y menor ajuste premórbido, como asociado a mayor riesgo suicida. A este respecto, Harkavy-Friedman y Nelson han indicado que probablemente se han identificado dos grupos de riesgo. (28) Drake indica en su artículo de revisión, el alto nivel educativo como factor de riesgo suicida en la esquizofrenia. También en su estudio propio sobre 15 pacientes esquizofrénicos que se suicidaron encontró un nivel educativo significativamente superior entre los suicidas con respecto al grupo control. (10) Cotton y cols. en su estudio sobre una muestra de 20 pacientes esquizofrénicos suicidas, sobre los cuales obtuvieron información a partir de entrevistas con sus terapeutas, encontraron que la mayoría tenían un buen ajuste premórbido y buen nivel educativo. (32) Sin embargo, Modestin, que estudió a 53 esquizofrénicos suicidas en comparación con 53 controles, halló que en general los suicidas tenían una enfermedad más severa y precoz, con peor ajuste social, es decir un nivel educativo muy variable. (3)

TENTATIVAS DE SUICIDIO PREVIAS

Diferentes autores han encontrado una importante asociación entre los antecedentes de tentativas de suicidio y el suicidio consumado en el paciente esquizofrénico. (3). El porcentaje de pacientes esquizofrénicos que realizan al menos una tentativa suicida a lo largo de su vida varía entre el 18 y el 55 %.

Cuando la población estudiada es la de esquizofrénicos que han consumado suicidio, el porcentaje de éstos que cuenta con tentativas previas es mayor. El 40-60 % de los suicidas consumados presentan tentativas previas. Incluso otros autores han indicado porcentajes superiores.

En un reciente estudio prospectivo, controlado y aleatorizado sobre pacientes con un primer episodio psicótico se halló que las únicas variables en situación basal asociadas a la realización de tentativas suicidas durante el año de seguimiento, fueron las tentativas suicidas durante el año previo a la evaluación basal, y las alucinaciones en su puntuación global.

CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

Uno de los síntomas característicos y prevalentes de la esquizofrenia es el la pobre conciencia de enfermedad, los pacientes generalmente no son conscientes de la enfermedad en sí misma ni de las consecuencias que ésta tiene en sus vidas.

Bleuler ya hacía referencia a esta escasa conciencia de enfermedad, característica en la esquizofrenia. Desde entonces y hasta la actualidad, se han utilizado multitud de términos para denominarlo: ‘pobre insight’, ‘actitud sobre la enfermedad’, ‘negación defensiva’, ‘evasión’, ‘atribución externa’, ‘reacción de indiferencia’.

Todos estos términos reflejan las diferentes aproximaciones conceptuales que se han realizado acerca de la conciencia de enfermedad, desde los que lo han considerado como un mecanismo de defensa, hasta los que lo consideran secundario a un déficit cognitivo.

Un problema fundamental en cuanto al estudio del insight, es que durante muchos años no ha habido acuerdo entre los diferentes autores ni en el concepto ni en la forma de

medirlo, por lo que resulta muy difícil la replicabilidad de los resultados anteriormente obtenidos. Sin embargo Amador y cols. crearon una escala (SUMD) que nos puede cuantificar el grado de conciencia de enfermedad mental que puede llegar a tener un paciente.

En la actualidad se acepta que el insight es multidimensional, que está constituido por diferentes fenómenos, y se han diferenciado dos subtipos: insight actual y retrospectivo.

(4)

Varios autores, como Carpenter y Wilson, han utilizado definiciones muy sencillas del insight para los estudios que han llevado a cabo. Estos autores lo definieron como ‘tener alguna conciencia de enfermedad mental’, y a la ausencia de insight como ‘la negación vigorosa por parte del paciente de estar enfermo’. Ambos autores obtuvieron en sus estudios una alta prevalencia del pobre insight en los pacientes esquizofrénicos crónicos. De hecho, en ambos estudios el pobre insight fue lo más frecuente.

La relación entre el pobre insight y la gravedad de la sintomatología productiva es un tema controvertido. De existir esta relación y como así se ha considerado tradicionalmente, al mejorar la sintomatología productiva debería producirse una mejoría en el insight. Sin embargo, diferentes autores no han podido confirmarlo en sus respectivos estudios.

En cuanto a la relación entre insight y conductas suicidas, si bien no hay muchos estudios al respecto, diversos autores han postulado que los pacientes con mayor conciencia de enfermedad tienen mayor riesgo suicida, dado que esta conciencia de enfermedad les aumenta la desesperanza. (10)

En su estudio sobre conciencia de enfermedad y conductas suicidas en una muestra de 218 pacientes esquizofrénicos, Amador y cols. no hallaron asociación significativa entre la conciencia global de enfermedad y las conductas suicidas, pero sí entre la conciencia

de padecer determinados síntomas de la enfermedad (delirios, asociabilidad, anhedonia, embotamiento afectivo) y estas conductas. Para este autor esto sugiere que la conciencia de padecer determinados síntomas, como los anteriormente citados, es más dañina para la autoestima del paciente y su esperanza acerca del futuro, mientras que la conciencia de padecer otros síntomas puede no ser tan desmoralizadora. (4)

SINTOMATOLOGÍA NEGATIVA Y POSITIVA

Fenton y cols. en su ya mencionado estudio en el que investigan la relación entre conducta suicida y los síntomas positivos y negativos, hallan que tanto los pacientes con suicidio consumado como los que realizaron tentativa de suicidio, tienen de forma significativa menores puntuaciones en la subescala negativa de la PANSS, con respecto a los controles.

En base a sus resultados, postulan que determinados síntomas negativos, como la indiferencia con respecto al futuro y el afecto embotado, disminuyen la conciencia dolorosa de enfermedad y por tanto reducen el riesgo de suicidio. (11)

Potkin y cols. en el primer estudio realizado sobre disfunción neurocognitiva y suicidabilidad en pacientes esquizofrénicos y esquizoafectivos, no han hallado asociación entre ambas en ninguno de los análisis realizados. (23)

Respecto a los síntomas positivos se ha corroborado que una menor proporción de pacientes esquizofrénicos cometen actos suicidas asociados a las alucinaciones auditivas de comando.

CURSO DE LA ENFERMEDAD DETERIORANTE Y AGRESIVO

Uno de los aspectos que se ha indicado como factor de riesgo para el suicidio en la esquizofrenia es el padecimiento de una enfermedad más grave y deteriorante, con escasa respuesta al tratamiento, inicio tórpido, curso crónico y recaídas frecuentes, lo que conlleva mayor número de ingresos hospitalarios y mayor desajuste social.

Roy ha sido uno de los autores que más han resaltado la influencia de este aspecto en relación al suicidio en la esquizofrenia. En base a sus estudios este autor indica que entre los factores de riesgo más importantes para las conductas suicidas se encuentran la sintomatología depresiva, el curso grave de la enfermedad con mayor número de ingresos, y el mayor desajuste social con desempleo. En su estudio retrospectivo sobre 30 pacientes esquizofrénicos que se suicidaron, comparados con un grupo control de 30 esquizofrénicos no suicidas, halló diferencias significativas en el curso de la enfermedad, que era más grave en el caso de los pacientes suicidas, siendo crónico con múltiples recaídas. Los controles tenían también un curso crónico pero muy pocas recaídas. Además encontró diferencias significativas en cuanto al desempleo, mayoritario entre los suicidas.

Por último, en su estudio ya mencionado sobre depresión en esquizofrénicos crónicos, Roy y cols. hallan que los pacientes esquizofrénicos con depresión, mayoritariamente viven solos, tienen un curso de la enfermedad más grave con más recaídas e ingresos, y más antecedentes de tentativas previas. Al observar que los pacientes que tienen síntomas depresivos tienen más síntomas negativos, postula que la sintomatología negativa trae como consecuencia pérdidas sociales y laborales, lo que genera mayor sintomatología depresiva y mayor riesgo suicida. (15)

Nyman y Jonsson han indicado que los pacientes esquizofrénicos que se suicidan tienen una enfermedad resistente al tratamiento, con mayor número de recaídas e ingresos, mayor dependencia social y eficiencia disminuida. Como se expondrá más adelante, este autor también ha expuesto que podrían existir dos subtipos de pacientes esquizofrénicos suicidas, uno en el que el suicidio se produce en fases iniciales de la enfermedad y otro en fases más tardías. (14)

Modestin y cols. realizaron un estudio retrospectivo sobre 53 pacientes esquizofrénicos ingresados en dos instituciones psiquiátricas suizas, que se suicidaron, que compararon con un grupo control de 53 pacientes esquizofrénicos no suicidas, estudiaron las variables sociodemográficas y clínicas. El perfil de paciente esquizofrénico suicida hallado fue el de un inicio precoz de la enfermedad, con curso grave, mayor número de ingresos y duración de los mismos, antecedentes de tentativas previas, con frecuencia han tenido un modelo suicida en su entorno, y sin acontecimientos vitales como desencadenantes del suicidio.

Como consecuencia del inicio precoz y curso grave de la enfermedad, estos pacientes tenían un mal ajuste social de forma precoz, y claras repercusiones psicosociales negativas, respectivamente. Muchos de ellos eran de clase social baja, tenían dificultades laborales, y estaban tutelados, habiendo pasado más de la mitad de los últimos 5 años en instituciones, o incapacitados para trabajar.

Finalmente, si bien admite que puede haber factores de riesgo no evaluados en su estudio, Modestin concluye que los factores de riesgo más importantes para evaluar el riesgo suicida del paciente esquizofrénico son las conductas suicidas, el curso grave y deteriorante de la enfermedad, y los problemas en la esfera social, sobre todo la vocacional. (3)

SUICIDIO COMO FENÓMENO IMPREDECIBLE

Algunos autores, como Shaffer, Allebeck, Breier o Hawton, consideran que el suicidio en el paciente esquizofrénico tiene con frecuencia un carácter impulsivo y altamente impredecible. Además, diversos autores han coincidido en que los resultados obtenidos a partir de estudios sobre población esquizofrénica suicida, proporcionan factores de riesgo suicida que tienen una utilidad muy limitada para la evaluación y prevención clínica de la conducta suicida de un paciente en concreto.

Shaffer y cols. realizaron un estudio sobre 361 pacientes esquizofrénicos, durante 5 años, para obtener los factores de riesgo suicida. Este autor señala, en base a los resultados que la conducta suicida en estos pacientes resulta difícilmente predecible con los medios habituales, dado que las escalas disponibles hasta ese momento, utilizadas para la valoración de factores sociodemográficos, proporcionaban muchos falsos positivos y negativos. (5)

Allebeck coincide con Breier al destacar la escasa utilidad clínica de las tentativas de suicidio previas para evaluar la suicidabilidad de un paciente concreto, en contraste con su demostrada importancia como factor de riesgo de suicidio en la población esquizofrénica. Coincide además con Shaffer, cuando señala que las escalas tradicionales de evaluación del riesgo suicida tienen un valor limitado en la evaluación clínica del riesgo de un paciente concreto. Por otro lado, señala que las conductas suicidas de los pacientes esquizofrénicos son con frecuencia impulsivas y difícilmente predecibles. (6)

Por último, destacaré las interesantes observaciones de Hawton en su artículo acerca de la valoración del riesgo suicida. En primer lugar, señala que una de las principales dificultades que entraña la valoración del riesgo suicida es que se trata de un fenómeno

relativamente poco frecuente, con lo que resulta alto el número de falsos positivos. En segundo lugar, señala que los factores de riesgo pueden tener utilidad para identificar grupos de pacientes con alto riesgo, pero éstos resultan de limitada utilidad para identificar el riesgo suicida en un paciente en concreto. En tercer lugar, considera que existen factores de riesgo ‘a largo plazo’ y ‘a corto plazo’ que no tienen porqué ser iguales. Los factores de riesgo que se han establecido se han obtenido a partir de estudios que valoran el riesgo suicida a largo plazo, mientras que el clínico necesita valorar el riesgo suicida de un paciente concreto, en las próximas horas, días o semanas, por lo que estos factores de riesgo no parecen adecuarse a tales valoraciones. En cuarto lugar, advierte sobre dos características propias de los factores de riesgo que reducen aún más su utilidad, que son la variabilidad de los factores a lo largo de la vida del paciente, y la no universalidad. (7)

Otros autores han obtenido hallazgos que no sostienen esta visión del suicidio esquizofrénico como imprevisible e impulsivo. Para valorar esta creencia sobre la impulsividad y lo inesperado del suicidio en la esquizofrenia, Heilä y cols. realizaron un estudio retrospectivo sobre 86 pacientes esquizofrénicos que se habían suicidado, comparados con un grupo control de pacientes que se habían suicidado, con otros diagnósticos. Hallaron que la comunicación de la intención suicida (al pariente más próximo o al terapeuta) era tan frecuente en el grupo de esquizofrénicos como en el grupo control. (12)

JUSTIFICACION

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

Los intentos suicidas son frecuentes en la población de pacientes esquizofrénicos del hospital Fray Bernardino Álvarez sin embargo son pocos los estudios que describen las características de estos pacientes en función del riesgo suicida. Por tal motivo resulta importante conocer el papel de la conciencia de enfermedad así como los aspectos clínicos que los orillan a realizar conductas autodestructivas. Dicha situación brindara una ayuda oportuna a estos individuos que por condiciones propias de su enfermedad contemplan el suicidio como su mejor y única forma de solucionar sus problemas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al igual que otros trastornos psiquiátricos no existen métodos para predecir el suicidio en casos individuales de esquizofrenia, no obstante, las investigaciones han logrado caracterizar a los sujetos de mayor riesgo. Los factores de riesgo incluyen: Juventud, genero masculino, primera década de evolución de la enfermedad, alto nivel de funcionamiento premorbido, conducta impulsiva, estado civil soltero, desempleo, múltiples recaídas, comorbilidad con trastorno afectivos en especial trastornos depresivos, desesperanza y el tener conciencia de su enfermedad.

Aunque se sabe que los individuos que cometen suicidio suelen tener antecedentes de por lo menos un intento previo y sintomatología depresiva, el valor predictivo de estos marcadores es controvertido. Sin embargo con esta tesis pretendo contribuir a reafirmar

el papel que puede tener la conciencia de la enfermedad con una mayor probabilidad de que estos pacientes se suiciden.

Los factores de riesgo demográficos y clínicos para el suicidio identifican a una numerosa población de individuos, muchos de los cuales se van volviendo más vulnerables a lo largo de años de tratamiento en ámbitos comunitarios.

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

Indicadores clínicos mas específicos pueden desarrollarse a través de una comprensión mas profunda de los indicadores de mayor riesgo para el suicidio en los esquizofrénicos, pero en el caso de esta tesis mas enfocado al papel de la conciencia de su enfermedad mental tomando en cuenta además los factores sociodemográficos mas posiblemente característicos que los hacen mas propensos a suicidarse con lo que es importante cuestionarse si ¿los pacientes tienen mayor riesgo de suicidarse tras percatarse de tener una enfermedad mental incurable?

OBJETIVO GENERAL

Determinar la correlación entre conciencia de enfermedad e intentos suicidas en pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Describir las características sociodemográficas y clínicas más importantes de los pacientes esquizofrénicos con intencionalidad suicida.

HIPOTESIS

Los pacientes esquizofrénicos con mayor conciencia de enfermedad tienen mayor intencionalidad suicida.

VARIABLES

- La conciencia de enfermedad de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados la cual será evaluada con la escala de conciencia de enfermedad mental de Amador y cols. (SUMD).
- la intencionalidad suicida la cual será evaluada con la escala de intencionalidad suicida de Beck.
- Sociodemográficas: sexo, edad, estado civil, situación laboral, nivel educativo y religión.

MUESTRA

Se consideraron a 100 pacientes internados en el HPFBA que cumplan con los criterios diagnósticos de esquizofrenia (CIE-10) de los servicios de UCEP y observación tomando en cuenta la intencionalidad suicida.

El método para definir el tamaño de la muestra se realizó con una prueba de una cola y los coeficientes de correlación esperados. Dicha muestra fue captada en un periodo de 5 meses; (enero-mayo del 2011).

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión: pacientes de ambos sexos de 18 a 59 años de edad que cumplan los criterios de esquizofrenia (CIE-10), internados en el HPFBA con intencionalidad suicida.

Criterios de exclusión: pacientes con intencionalidad suicida pero que no cumplan los criterios diagnósticos de esquizofrenia o que tengan evidencia de algún dato de organicidad; (antecedentes de traumatismo craneoencefálico, epilepsia o trazo electroencefalográfico anormal).

TIPO DE ESTUDIO

Transversal, observacional y descriptivo.

UNIVERSO DE TRABAJO

Se captara a los pacientes esquizofrénicos que cubran los criterios diagnósticos para esquizofrenia (CIE-10) internados en el HPFBA de los servicios de UCEP y observación con intencionalidad suicida.

INSTRUMENTOS DE EVALUACION Y MEDICION

1) Escala de evaluación de falta de conciencia de trastorno mental. (SUMD) de Amador y cols.: fue diseñada por Amador y cols en 1993 para valorar la conciencia de enfermedad en pacientes psicóticos, aunque ya apuntaban su utilidad en otros tipos de patologías. En la actualidad, la versión más empleada es la de 9 ítems. Existen dos partes:

- La primera esta formada por tres ítems que evalúan la conciencia de sufrir un trastorno mental, los efectos de la medicación y las repercusiones sociales de su enfermedad. Se valora mediante una escala tipo Likert de 6 puntos y que puntúan 0 = “no relevante” y entre 1 = “conciencia” y 5 = “No conciencia” (las puntuaciones intermedias de 2 y 4 no llevan etiqueta).
- La segunda evalúa dos aspectos: el nivel de conciencia y la atribución de 6 síntomas (alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, embotamiento afectivo, anhedonia y asociabilidad). La evaluación se lleva a cabo con el mismo tipo de escala Likert que en el apartado anterior. Debe considerarse que para valorar la atribución de un síntoma sólo deberían considerarse aquellos ítems de los que se tiene conciencia de enfermedad (puntuación en conciencia de enfermedad entre 1 y 3 puntos). Se obtienen tres resultados:
 - Conciencia global: suma de los puntos de los 3 primeros ítems.
 - Conciencia: suma de los puntos de los ítems 4 a 9 (sección conciencia) dividida por el número de ítems con puntuación > 0.
 - Atribución: suma de los puntos de los ítems 4 a 9 (sección atribución) dividida por el número de ítems con puntuación > 0.

Los puntos teóricos en que se basa la escala son: la multidimensionalidad del insight, su influencia por factores culturales, se trata de una dimensión continua, no dicotómica, que el nivel de insight varía con la enfermedad y que para una correcta evaluación debe considerarse la información que el paciente tiene sobre su enfermedad.

El periodo analizado es tanto la enfermedad presente como pasada. Los autores no proponen puntos de corte. A mayor puntuación menor conciencia de enfermedad y de atribución y por lo tanto mayor severidad.

Fiabilidad: Los coeficientes de correlación intraclase para los ítems 1 a 3 son para enfermedad actual y enfermedad pasada son 0,89-0,75-0,68 y 0,78-0,89-0,67 respectivamente. Para el resto de ítems oscilan entre 0,52 y 0,97.

Validez: No ha demostrado correlación con la PANSS y si, de forma moderada, con la escala de depresión de Hamilton. (24)

2) Escala de intencionalidad suicida de Beck: esta escala esta diseñada para evaluar las características de la tentativa suicida: circunstancias en las que se llevó a cabo (aislamiento, precauciones, etc.), actitud hacia la vida y la muerte, pensamientos y conductas antes, durante y después de la tentativa de suicidio, consumo de alcohol u otras sustancias relacionado con la tentativa.

Se trata de una escala semiestructurada que consta de 20 ítems, que se valoran en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos).

Se recomienda su utilización en personas que han realizado una tentativa de suicidio.

Consta de tres partes bien diferenciadas:

- Parte objetiva (circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio)

(ítems 1 a 8).

- Parte subjetiva: expectativas durante la tentativa de suicidio (ítems 9 a 15).

- Otros aspectos (ítems 16 a 20).
- Es un instrumento heteroaplicado.

Corrección e interpretación: Proporciona una valoración de la gravedad de la tentativa. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en los ítems 1 al 15 (los 5 últimos ítems no puntúan). No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad. (24)

Fiabilidad: La fiabilidad interobservador de los 8 primeros ítems de la escala es de 0,91. Su consistencia interna (alfa de Cronbach) es elevada (0,82). En adolescentes la consistencia interna para los 15 primeros ítems es de 0,85 (0,60 para los 8 primeros y 0,85 para los restantes). La correlación de la puntuación total con cada uno de los ítems es significativa, salvo para el 8.

Validez: El análisis factorial ha puesto de manifiesto la existencia de tres factores principales en la construcción de la escala: expectativa de resultado, conductas de aislamiento y actividades de planificación. Ha mostrado correlaciones positivas con escalas similares, como Suicide Ideation Questionnaire, Reynolds Adolescent Depresión Scale y Hopelessness Scale for Children.

3) PANSS: La escala de síndromes positivo y negativo (*The Positive and Negative Syndrome Scale PANSS*) fue desarrollada por Kay y cols. en 1987. Esta 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. En 1991 Kay diseñó una entrevista estructurada para la PANSS (SCID-PANSS), que mejora los parámetros de calidad de la misma. Se encuentra validada en nuestro medio por Peralta y cols.

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). Esta 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. En la primera parte de la entrevista se anima al paciente a hablar de su enfermedad y sus circunstancias vitales generales. Esta parte no debe estar dirigida por el entrevistador y posteriormente se pregunta los posibles síntomas que han sido expuestos. Luego se indaga sobre posibles síntomas evaluados en la PANSS para valorar su existencia y severidad.

La parte final se debe focalizar en aquellas áreas en las que el paciente se mostraba a la defensiva o se mostraba ambivalente, tratando de establecer cierta confrontación para valorar la repercusión de esta actitud en la organización conceptual del paciente. El tiempo explorado debe ser la semana anterior a la entrevista. 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.

Fiabilidad: Sus propiedades psicométricas han sido ampliamente estudiadas, presentando buena validez ínter observador 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 intraclass es de alrededor de 0,80 para las tres subescalas.

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 r 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. (24)

4) Criterios diagnósticos de esquizofrenia de CIE 10.

PROCEDIMIENTO Y RESULTADOS

El estudio se realizó en el HPFBA por el investigador, se procedió a evaluar a pacientes internados en los servicios de UCEP y de observación que hayan sido internados y que cumplieron criterios de esquizofrenia (CIE-10) para valorar la conciencia de enfermedad y la intencionalidad suicida

Una vez recopilados los datos se realizó el análisis estadístico con el paquete estadístico Stata 11.0 y el coeficiente de correlación de Pearson para comprobar la hipótesis.

Los resultados se apoyaron en gráficas y tablas para representar los datos obtenidos.

VARIABLE	CONCIENCIA GLOBAL DE ENFERMEDAD (SUMD)	CONCIENCIA DE SINTOMAS (SUMD)	ATRIBUCION DE SINTOMAS (SUMD)	ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK	ESCALA POSITIVA (PANNS)	ESCALA NEGATIVA (PANNS)	ESCALA COMPUESTA (PANNS)	ESCALA PSICOPATOLOGIA GENERAL (PANNS)
1 CONCIENCIA GLOBAL DE ENFERMEDAD (SUMD)	1	,830	,837	-.650	,620	-.381	,613	-.283
4 CONCIENCIA DE SINTOMAS (SUMD)	,830	1	,907	-.660	,534	-.489	,607	-.364
7 ATRIBUCION DE SINTOMAS (SUMD)	,837	,907	1	-.677	,598	-.472	,654	-.319
10 ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK	-.650	-.660	-.677	1	-.531	,354	-.531	,428
13 ESCALA POSITIVA (PANNS)	,620	,534	,598	-.531	1	-.044	,681	-.025
16 ESCALA NEGATIVA (PANNS)	-.381	-.489	-.472	,354	-.044	1	-.621	,531
19 ESCALA COMPUESTA (PANNS)	,613	,607	,654	-.531	,681	-.621	1	-.303
22 ESCALA DE PSICOPATOLOGIA GENERAL (PANNS)	-.283	-.364	-.319	,428	-.025	,531	-.303	1

Análisis univariado

La muestra total fue de 100 pacientes, de los cuales 35 fueron captados a través de la UCEP, mientras que 65 fueron captados en el servicio de observación (urgencias).

Sexo

Respecto a la distribución por sexo: del total de la muestra (N=100) se observó que la mayoría eran del sexo masculino (N=72) y solo 28 pacientes correspondieron al sexo femenino.

Edad

Del total de la muestra (N=100) el principal grupo de edad (N=38), fue el comprendido entre los 20 y 29 años, seguido por el grupo de edad de 30 a 39 años; (N=24); acumulando entre ambos un total de 62% (de los 20 a 39 años).

Sin embargo al realizar el ajuste por sexo, se encuentran diferencias en la distribución, en especial para el sexo femenino donde, al ser una menor proporción comparada con el masculino, se presenta una distribución más homogénea entre los grupos de edad de 20 a 49 años. Siendo el grupo de edad más representativo el de 40 a 49 años, con un 32%; seguido del grupo de 20 a 29 años con un 29%.

Escolaridad

La mayoría de los pacientes (N=46) presentaban una escolaridad de nivel secundaria, mientras que la minoría (N=31) sólo contaban con escolaridad primaria. En otras palabras, el 77% sólo contaba con educación básica (primaria y secundaria). Sólo un paciente carecía de escolaridad, mientras que 3 contaban con licenciatura.

Religión

La mayoría de los pacientes (N=79) pertenecían a la religión católica, siendo la religión predominante; seguidos en frecuencia por los pacientes que declararon no profesar ninguna religión (15%), siendo solo 3 pacientes los que pertenecían a la religión cristiana; y 3 más a los testigos de Jehová.

Ocupación

Un punto a resaltar es la ocupación de los pacientes, los cuales en su mayoría (N=85) declararon no tener ninguna, a pesar de esto, 9 pacientes refirieron dedicarse al comercio, 3 ser estudiantes y 3 más ser empleados.

Estado civil

En referencia a este aspecto se encontró que la gran mayoría de los pacientes (N=85) eran solteros, solo 8 refirieron ser casados; y es de mencionar que 7 pacientes se refirieron como separados.

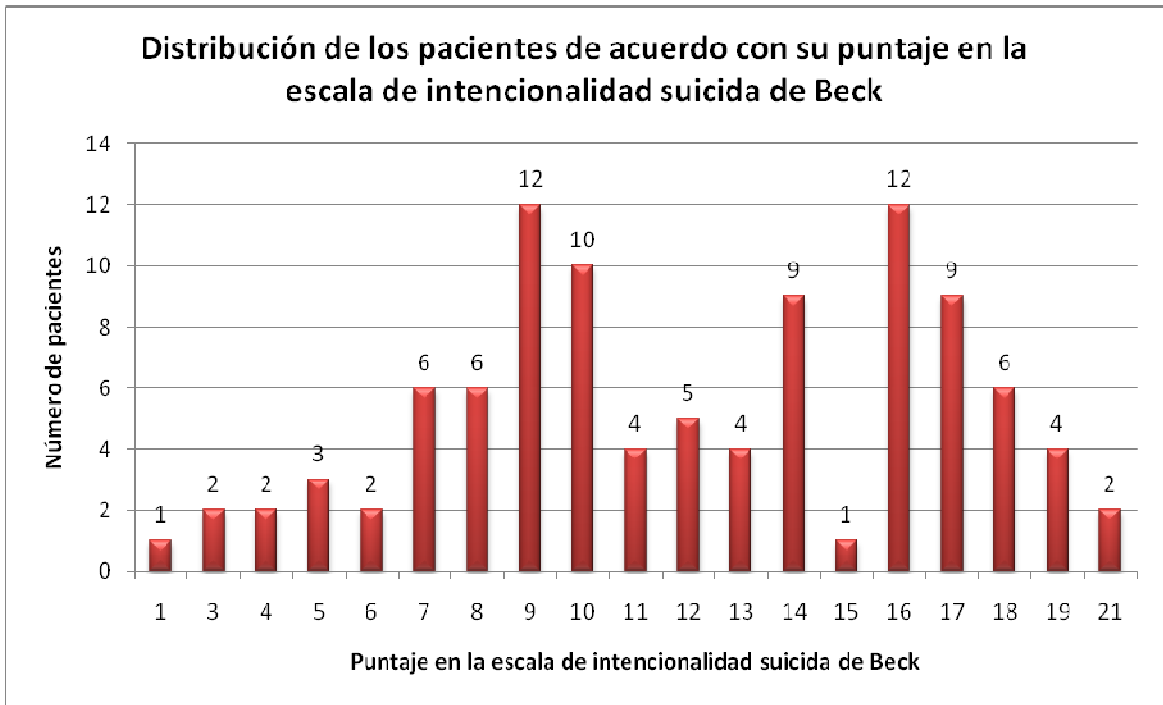
Diagnósticos

Del total de la muestra (N=100), la mayoría (N=87) presentaron el diagnóstico de esquizofrenia paranoide; 11 pacientes presentaban esquizofrenia indiferenciada y sólo 2 pacientes presentaban esquizofrenia desorganizada.

Intencionalidad suicida de Beck

De acuerdo con los resultados obtenidos tras la aplicación de la escala de intencionalidad suicida de Beck, se encontró una distribución preferente hacia los puntajes más altos, indicando una mayor gravedad de la enfermedad; sin embargo tanto la mediana como la moda se localizan en el puntaje de 12, con una desviación estándar de 4.57, lo cual sugiere una tendencia central.

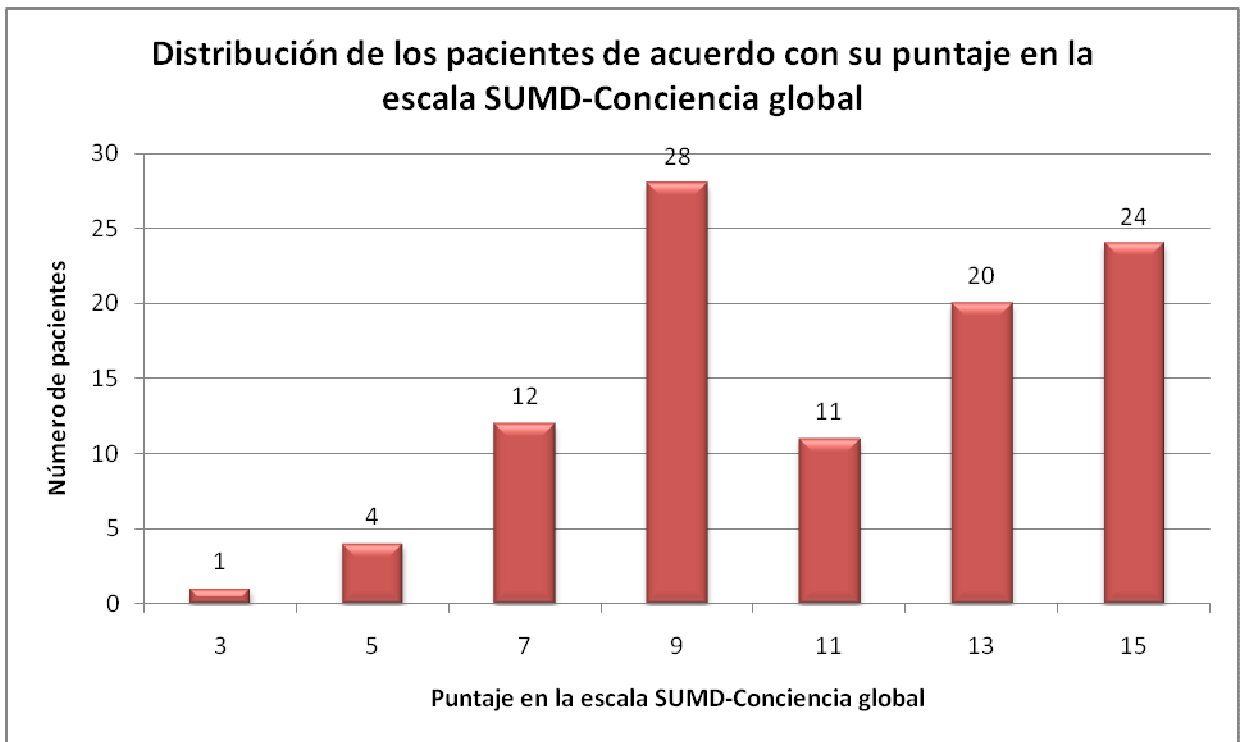
A su vez la distribución de los puntajes presenta un sesgo de -0.126, y una curtosis de 2.15; valores que pueden sugerir que no se presenta una distribución normal, al presentar una mayor distribución a la izquierda de la gráfica (puntajes más altos en la escala de Beck) y una curtosis menor al valor esperado para una distribución normal (3). (Grafica 1).



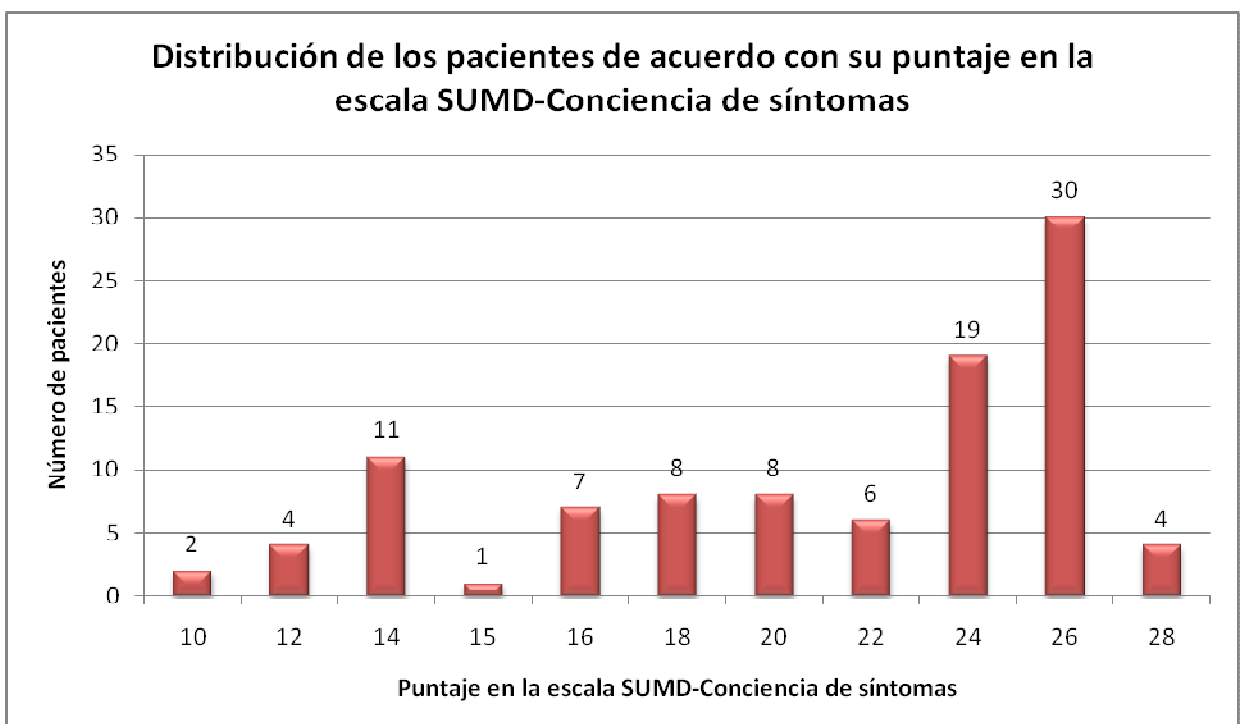
Gráfica 1. Distribución de pacientes de acuerdo con su puntaje en la escala de intencionalidad suicida de Beck.

Conciencia de enfermedad

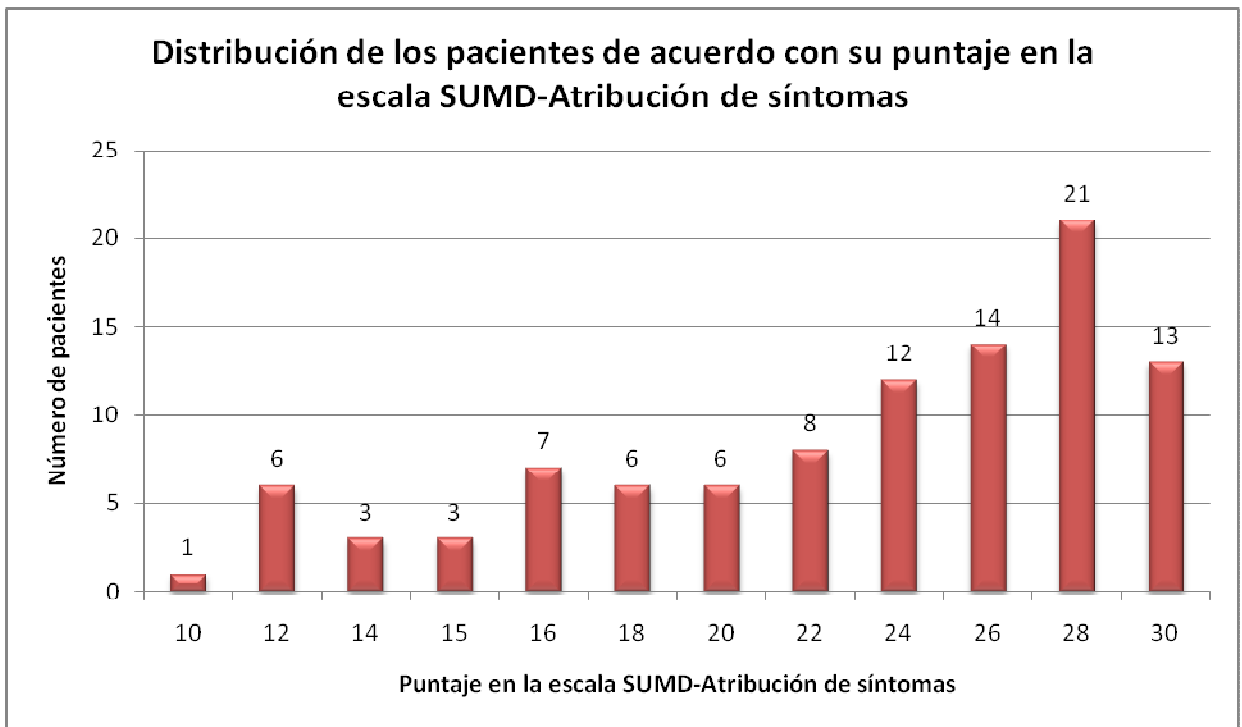
De acuerdo con los resultados obtenidos posteriores a la aplicación de la escala de evaluación de conciencia de enfermedad mental, los valores mas frecuentemente encontrados correspondían a los puntajes más elevados, tanto para conciencia global, como para conciencia de síntomas y atribución de síntomas (como se observa en las gráficas 2, 3 y 4 respectivamente).



Gráfica 2. Distribución de pacientes de acuerdo con su puntaje en la escala SUMD-Conciencia global.



Gráfica 3. Distribución de pacientes de acuerdo con su puntaje en la escala SUMD-Conciencia de síntomas.



Gráfica 4. Distribución de pacientes de acuerdo con su puntaje en la escala SUMD-Atribución de síntomas.

PANSS

La escala de síndromes positivo y negativo (PANSS) de acuerdo con sus componentes: positivo, negativo, compuesto y psicopatía general; posterior a su aplicación en la población de estudio presentó la siguiente distribución:

Para el componente positivo, el percentil 50 fue el que se encontró con una mayor frecuencia, siendo de un 47%; seguido del percentil 75 y el 25 con un porcentaje de 27% y 24% respectivamente.

En el caso del componente negativo, el 80% de los pacientes tuvieron un percentil 50, restando sólo un 15% de los pacientes en el percentil 25 y 5% en el percentil 75; resaltando que en este componente ningún paciente resultó incluido en el percentil 5.

Al realizar el ajuste para obtener el indicador compuesto, se observa un 94% de los pacientes dentro del percentil 50, 5% en el percentil 25 y sólo 1 paciente en el percentil 75.

Finalmente, dentro del rubro de psicopatía general se observó un 67% de pacientes en el percentil 75; 32% en el percentil 50 y sólo un paciente en el percentil 25; quedando nuevamente pacientes ausentes del percentil 5.

Análisis bivariado

Posterior a la descripción individual de las principales variables incluidas en el estudio, se procedió a realizar un análisis bivariado de las mismas, tomando como variable de respuesta el puntaje de la escala de Beck.

Beck & Edad

En el caso de la edad, se observa que a mayor edad, se incrementa el puntaje en la escala de intencionalidad de Beck (mayor gravedad).

Al aplicar un modelo de regresión lineal simple es posible observar que por cada año de incremento en la edad el puntaje en la escala de Beck se incrementa en la población de estudio.

Beck & Sexo

Con respecto a la variable sexo, no resultan significativas las diferencias entre masculino y femenino para determinar un incremento en la escala de Beck.

En otras palabras, no es posible rechazar que hombres y mujeres tienen el mismo riesgo de intencionalidad suicida.

Beck & Diagnóstico

Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide presentaron un mayor puntaje en la escala de Beck, comparado contra los que presentaron otro tipo de diagnósticos. Es decir los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide tienen mayor intencionalidad suicida.

Respecto a las demás variables sociodemográficas (religión, ocupación y estado civil) no hubo asociación estadísticamente significativa.

Beck & SUMD

Por cada incremento en el puntaje de conciencia global de SUMD (Menor conciencia), se reduce el puntaje en la escala de intencionalidad de Beck (menor gravedad). Es decir, mientras se es menos consciente de la enfermedad existe una menor tentativa suicida. Esta situación se presenta en los 3 apartados de la escala de conciencia de enfermedad mental SUMD (conciencia global, conciencia de síntomas y atribución de síntomas).

Beck & PANSS

De acuerdo con los componentes de la escala de PANSS, en la mayoría de las asociaciones no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Siendo de importancia mencionar únicamente dentro del componente de psicopatía general la significancia del percentil 95, en el los pacientes que están en dicho percentil presentan en promedio 4 puntos mas en la escala de Beck que aquellos pacientes en otros percentiles.

DISCUSION

La mayoría de los resultados obtenidos en este estudio coinciden con lo reportado en la literatura internacional. Algo importante a identificar fue la asociación encontrada entre la edad y el puntaje en la escala de Beck, donde a mayor edad, se incrementa el puntaje en la escala de intencionalidad de Beck (mayor gravedad). La literatura menciona a los adultos jóvenes como grupo de mayor riesgo suicida (entre los 20 y 39 años de edad). Dados los resultados obtenidos en este estudio, al respecto (siendo las edades entre 20-49 años el grupo mas representativo) se puede reafirmar que no solo los adultos jóvenes son los de mayor riesgo, también aunque en menor proporción, pacientes con mayor edad de lo que reporta la literatura tienen un riesgo elevado de suicidarse, tomando en cuenta que esto puede depender de otros factores clínicos y sociodemográficos.

El tipo de esquizofrenia que padecen la gran mayoría de los pacientes captados en este estudio fue la paranoide con lo que se puede deducir que dicho tipo de esquizofrenia les permite tener mayor capacidad de percatarse de padecer una enfermedad mental lo que los conlleva a realizar actos suicidas.

En relación al sexo y la intencionalidad suicida se corrobora lo reportado por la literatura reafirmando que tanto hombres como mujeres tienen la misma probabilidad de intención suicida; sin olvidar que los hombres cometen más actos suicidas no fallidos y por el contrario las mujeres realizan más actos fallidos.

Respecto al estado civil también se pudo corroborar que los pacientes con riesgo suicida fueron en su gran mayoría solteros, probablemente los pocos que eran casados aun no padecían la enfermedad al momento de casarse. Por otro lado existe la posibilidad de terminar la relación con sus parejas tras el diagnóstico de la enfermedad lo que puede

contribuir a que se eleve el riesgo suicida al percatarse de las consecuencias que origina el padecer esquizofrenia (insight).

Se corrobora también que los pacientes esquizofrenicos en su mayoría se encuentran desempleados probablemente asociado a la discapacidad social y cognitiva que genera la esquizofrenia; al asociar estos datos con una mayor conciencia de enfermedad, se convierten en pacientes con mayor intención de suicidarse.

En cuanto el nivel educativo se sabe que los pacientes que tienen un nivel académico alto, tras el diagnóstico de la enfermedad son más vulnerables al suicidio al percatarse de las dificultades cognitivas y el estigma que les genera la enfermedad, en este estudio se recabo el nivel educativo máximo, encontrando que la gran mayoría de los pacientes tenían solo educación básica, con lo que no se puede afirmar que un nivel educativo alto es exclusivo de mayor intención suicida.

Por otro lado, respecto a la PANNS aunque se encontraron significancias en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide y pacientes en el percentil 95 de la escala de psicopatía general; en ambos casos el indicador puede estar sesgado debido a la elevada distribución que se presenta en ambos grupos, por lo cual no sería conveniente obtener conclusiones al respecto.

No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con el resto de las variables sociodemográficas incluidas.

CONCLUSIONES

Posterior al análisis univariado y bivariado de la información es posible concluir en la población estudiada lo siguiente:

Se rechaza la hipótesis nula de que no existe correlación entre el puntaje en la escala de Beck y la escala SUMD, en favor de que existe una correlación negativa, es decir:

- Por cada incremento en el puntaje de conciencia global de SUMD (menor conciencia de enfermedad), se reduce el puntaje en la escala de intencionalidad de Beck (menor gravedad).
- Es posible decir que en la población de estudio, en promedio cada incremento en el puntaje de de la escala SUMD (conciencia global, conciencia de síntomas y atribución de síntomas) disminuye la escala de Beck, lo cual sugiere la relación entre la conciencia de enfermedad mental y la intencionalidad suicida.
- Respecto al nivel educativo considero de relevancia valorar en futuras investigaciones el coeficiente intelectual de estos pacientes lo que daría pauta a determinar la capacidad que tienen de comprender su enfermedad.
- En este estudio no se valoro en tiempo de evolución de la enfermedad, el apego al tratamiento o las recaídas ya que como se menciono el objetivo principal fue enfocarse al papel que tiene la conciencia de enfermedad con una mayor intencion suicida, sin embargo es importante no dejar de lado dichos factores los cuales pueden tener un papel importante para que el paciente con esquizofrenia cometa actos suicidas.

- Cabe mencionar que todos los pacientes captados en este estudio tenían al menos un intento suicida previo, sin embargo no se indago cuantitativamente cuantos intentos más tenían, aspecto que en futuras investigaciones pueda ser importante tomar en cuenta.

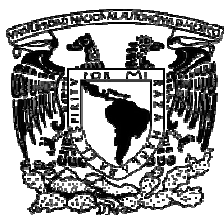
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Kaplan, H. "sinopsis de psiquiatría", panamericana 1996. Buenos aires Argentina
2. Colodron, A "las esquizofrenias. Síndrome de Kraepelin-Bleuler. Siglo veintiuno de España editores 1990. Madrid España.
3. Modestin J, Zarro I, Waldvogel D. A Study of suicide in Schizophrenic Inpatients. Br J Psychiatry 1992; 160: 398-401.
4. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of insight in Psychosis. Am J Psychiatry 1993; 150: 873-879.
5. Shaffer JW, Perlin S, Schmidt CW. The prediction of suicide in schizophrenia. J Nerv Ment Dis 1974; 159: 349-355.
6. Allebeck P, Allgulander C. Psychiatric diagnoses as predictors of suicide. Br J Psychiatry 1990 a; 157: 339-344.
7. Hawton K. Assessment on suicide risk. Br J Psychiatry 1987; 150: 145-153.
8. Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. Br J Psychiatry 2000; 177: 212-217.
9. Dassori A, Mezzich J, Keshavan M. Suicidal indicators in schizophrenia. Acta PsychiatrScand 1990; 81: 409-413.
10. Drake RE, Cotton PC. Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia. Br J Psychiatry 1986 a; 148: 554-559.
11. Fenton W, McGlashan T, Victor B, Blyler C. Symptoms, Subtype and Suicidality in patients with Schizophrenia spectrum disorders. Am J Psychiatry 1997; 154: 199-204.
12. Heilä H, Isometsä ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Lönnqvist JK. Antecedents of suicide in people with schizophrenia. Br J Psychiatry 1998; 173: 330-333.

13. Meltzer H. Suicidality in schizophrenia: a review of the evidence for risk factors and treatment options. *Curr Psychiatry Rep* 2002 b; 4: 279-283.
14. Nyman A, Jonsson H. Patterns of self-destructive behavior in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1986; 73: 252-262.
15. Roy A. Risk factors for suicide in psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry* 1982 b; 39: 1089-1095.
16. Roy A. Family History of Suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1983 a; 40: 971-974.
17. Roy A, Thompson R, Kennedy S. Depression in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1983 b; 142: 465-470.
18. Roy, A “suicide en chronic schizophrenia” *Br. J Psychiatry* 141:171, 1982. Roy A. “Risk factors for suicide in psychiatric patients” *Arch Gen Psychiatry* 39: 1089-1095, 1982.
19. Drake R., Cotton, P. “Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia” *Br. J Psychiatry* 148: 554-559, 1986.
20. Ros S. neurobiología de la conducta suicida En: Ros Montalban S, ed. *La conducta suicida* Madrid: Libro del Año, 1997; 65-81.
21. Virkkunen M. Attitude to treatment before suicide in schizophrenia and paranoid psychosis. *Br J Psychiatry* 1976; 128: 47-49.
22. Palmer DD, Henter ID, Wyatt RJ. Do antipsychotic medications decrease the risk of suicide in patients with schizophrenia? *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Supl 2): 100-103.
23. Potkin SG, Anand R, Alphs L, Fleming K. Neurocognitive performance does not correlate with suicidality in schizophrenic and schizoaffective patients at risk for suicide. *Schizophr Res* 2002; 59: 59-66.

24. Bobes Garcia Julio, G Portillo Maria Paz, Bascaran Fernandez Maria Teresa, Saiz Martinez Pilar Alejandra y Bousoño Garcia Manuel. Banco de instrumentos basicos para la practica de la psiquiatria clinica. 2da edicion Edit. Ars medica 2002.
25. Sarró B, De la Cruz, C. Los Suicidios. Barcelona: Martínez Roca, 1991.
26. Diekstra R. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1993; (Supl 371): 9-20.
27. Caldwell C, Gottesman I. Schizophrenia. A high risk factor for suicide: Clues to risk reduction. Review article. *Suicide Life Threat Behav* 1992; 22(4): 479-493.
28. Harkavy-Friedman JM, Restifo K, Malaspina D, Kaufmann CA, Amador XF, Yale SA et al. Suicidal behavior in schizophrenia: Characteristics of individuals who had and had not attempted suicide. *Am J Psychiatry* 1999; 156(8): 1276- 1278.
29. Westermeyer J, Harrow M, Marengo J, Risk for suicide in schizophrenia and other psychotic and non-psychotic disorders. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179: 259- 266.
30. Radomsky ED, Haas GL, Mann JJ, Sweeney JA. Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Am J Psychiatry* 1999; 156(10): 1590- 1595.
31. Reid S. Suicide in schizophrenia. A review of the literature. *Journal of Mental Health* 1998 a; 7(4): 345-353.
32. Cotton PC, Drake RE, Gates C. Critical treatment issues in suicide among schizophrenics. *Hosp Commun Psychiatry* 1985; 36: 534-536.

ANEXOS



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La investigación titulada “asociación entre conciencia de enfermedad e intencionalidad de suicidio en pacientes esquizofrénicos” corresponde a una tesis de un médico residente para obtener el título de especialista en psiquiatría. Dicha investigación tiene como objetivo asociar el grado de conciencia de enfermedad mental con la intencionalidad de suicidio en pacientes esquizofrénicos apoyándose en la aplicación de escalas/cuestionarios a los pacientes que estén dispuestos a participar.

Dicha participación en esta investigación es voluntaria y no remunerada. Si usted decide participar, tendrá la libertad de omitir las preguntas que guste o dejar de participar en cualquier momento, sin que ello afecte la atención médica recibida en esta institución.

En caso de que acepte participar, usted contestará tres cuestionarios (SUMD, PANNS y escala de intencionalidad suicida de Beck), siendo su participación anónima, por lo que tanto su nombre y/o datos personales no aparecerán cuando los resultados de la investigación sean publicados o en caso de utilizarse para investigaciones futuras.

Si usted está dispuesto a participar en los cuestionarios favor de firmar donde corresponda.

Firma del investigador

Firma del participante