



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina



Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

**Evaluación del Riesgo Suicida en pacientes con Esquizofrenia
en control por la Consulta Externa**

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

DRA. BRENDA PATRICIA GALDÁMEZ GONZÁLEZ

Dra. Carmen Rojas Casas

Asesor Teórico

Dr. Miguel Ángel Herrera Estrella

Asesor Metodológico

JUNIO DEL 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mi madre, por su comprensión y apoyo incondicional...

A la Dra. Carmen Rojas Casas y el Dr. Miguel Ángel Herrera Estrella, por su orientación en el curso de esta Investigación.

i. ÍNDICE

1. Introducción	1
2. Marco Teórico	
2.1 Suicidio en Esquizofrenia	1
3. Método	
3.1 Justificación y planteamiento del problema	6
3.2 Objetivos: General y Específico	7
3.3 Hipótesis	7
3.4 Variables: Dependiente, Independiente	7
3.5 Muestra	9
3.6 Criterios de selección: Inclusión, Exclusión y Eliminación	9
3.7 Tipo de estudio	10
3.8 Instrumentos	10
3.9 Procedimiento: Métodos, Análisis Estadístico, Consideraciones	
Éticas	12
4. Resultados	14
5. Discusión	18
6. Conclusión	21
7. Bibliografía	23
8. Anexos: Carta de consentimiento informado, Cédula de recolección de datos y variables, Instrumentos	25

ii. RESUMEN

ANTECEDENTES. Se han realizado numerosas investigaciones sobre los factores de riesgo suicida en pacientes con Esquizofrenia, sin estudiar en conjunto las variables propuestas en la literatura dentro de una misma muestra y con escalas validadas en esta población clínica.

OBJETIVO. En el presente estudio se determinó en los pacientes con Esquizofrenia, la relación entre el riesgo suicida, ideación suicida y sintomatología negativa, la sintomatología positiva y sintomatología depresiva.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realizó un estudio transversal con 60 pacientes esquizofrénicos, aplicando las escalas PANSS, de Riesgo Suicida de Plutchik, la Escala de Depresión de Calgary e Ideación Suicida de Beck. Se realizó un análisis estadístico descriptivo e inferencial.

RESULTADOS. Para el total de la muestra se encuentra una edad de 29.4+-8, hombres 56%, soltería en 83%, con un 38% económicamente activos, escolaridad predominante en nivel medio superior. El 80% con un subtipo paranoide, 11% desorganizado, 5% residual y 4% indiferenciado. Se obtuvo la estadística descriptiva para cada escala. Para los resultados inferenciales destacó entre la PANSS Subescala Positiva y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik una $r = +.475$ con $p = .001$; con la Escala de Ideación Suicida de Beck una $r = +.304$ con $p = 0.18$. Entre los grupos PANSS Subescala Positiva alta/baja contra la presencia/ausencia de Ideación Suicida una $\chi^2 = 6.213$, 2gl, $p = .013$. Tomando los mismos grupos del PANSS para las medias en las escalas de Ideación Suicida de Beck $t = -2.43$, gl= 58, $p = 0.018$, para la Escala de Depresión de Calgary $t = -2.28$, gl= 58, $p = 0.026$ y para las medias entre cada grupo en la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik una $t = -2.28$, gl= 58, $p = 0.006$.

CONCLUSIONES. El presente estudio permite establecer que la ideación suicida en el paciente con Esquizofrenia se encuentra asociada al nivel de sintomatología positiva y de depresión. En particular el uso de las escalas de Plutchik, Calgary y PANSS tienen una utilidad probada en nuestro medio. Los resultados de nuestro estudio son concordantes con lo reportado en la literatura internacional en muestras clínicas.

PALABRAS CLAVE. *Esquizofrenia, factores de riesgo, suicidio, escalas, depresión.*

1. Introducción

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

La conducta suicida es un fenómeno instantáneo, violento y manifestación sobresaliente por su peligrosidad. A lo largo de la historia el suicidio siempre ha despertado diversas actitudes en la sociedad, que van desde la condena social y religiosa, hasta la incertidumbre existencial.

La esquizofrenia representa la tercera entidad psiquiátrica con mayor número de suicidios, se sabe que entre el 10 y el 12% de las muertes de estos pacientes se debe a esta causa. Con respecto a la población general, la esquizofrenia incrementa el riesgo suicida 8.5 veces y se ha descrito como un riesgo consistente para toda la vida entre el 4-15% en quien la padece.

2. Marco Teórico

2.1 Suicidio en Esquizofrenia

Por lo menos el 20% de los pacientes ingresados por primera vez en hospitales psiquiátricos, son diagnosticados con esta entidad y debido al pobre pronóstico, así como a los periodos largos de internamiento, es que constituyen alrededor de la tercera parte de los pacientes hospitalizados en las instituciones psiquiátricas.

Se han estudiado diversos factores relacionados con la conducta suicida en pacientes con esquizofrenia, entre ellos la desesperanza, cronicidad de la enfermedad, pobre control de la sintomatología, acatisia, intentos e ideas suicidas previas.

Se ha demostrado de manera consistente que el riesgo suicida se puede incrementar en los pacientes con esquizofrenia al considerar factores sociodemográficos como el género masculino, edad menor de 45 años, carencia de pareja, desempleo y aislamiento social; a su vez puede verse aumentado por aspectos clínicos premórbidos negativos y relacionados con la misma esquizofrenia, tal como el funcionamiento previo al debut de la sintomatología psicótica aguda y la severidad de los síntomas, o bien un curso crónico, múltiples internamientos, número de recaídas y tentativas previas de suicidio durante la evolución de la enfermedad.

Se ha reportado que el riesgo suicida resulta más severo en los primeros 10 años de la enfermedad, particularmente durante el primer año en los periodos caracterizados por la presencia de alucinaciones auditivas imperativas, en post-recaída o post-hospitalización, o por la presencia de sintomatología depresiva, de un trastorno propio del humor o como parte de la depresión post-psicótica. Algunos factores como la conciencia de enfermedad, influyen en el riesgo suicida, ya que al comprenderse las implicaciones de sufrir esta enfermedad, pueden incrementar las ideas de desesperanza y pesimismo ante la respuesta al tratamiento y la pérdida de las capacidades.

Estudiar el suicidio provee elementos que permiten identificar a aquellos sujetos que se encuentran en mayor riesgo de realizarlo. La ideación suicida se entiende como un síntoma frecuente e inespecífico que refleja el nivel del conflicto interno, que aumenta cuando una persona con poca capacidad de enfrentamiento tiende a experimentar situaciones estresantes. Se considera como un continuo que otorga especial atención a las ideas, los pensamientos y deseos, las amenazas, los planes y actos que llevan a enfermos psiquiátricos a hacerse daño o cometer un intento suicida o consumir dicho acto.

La desesperanza se considera una actitud negativa hacia la vida, un mediador entre efectos negativos y la conducta suicida que no predice la severidad de un intento, pero que tiene una relación significativa con este. Comprende en su estructura tres factores: afectivo –sentimientos negativos sobre el futuro-, motivacional –pérdida de ésta- y cognitivo –expectativas negativas sobre el futuro.

Diversos estudios se han realizado con la finalidad de encontrar los mejores indicadores de riesgo suicida para prevenir esta conducta. Desde las primeras series se ha destacado que entre el 30% y 60% de los suicidios tienen antecedentes de intentos previos; a su vez, se calcula que los intentos suicidas sin éxito son de 5 a 50 veces más frecuentes que los suicidios consumados. Se ha visto que el riesgo de suicidio es más elevado en el año siguiente al acto fallido, un 10% más de los sujetos que intentan suicidarse lo consuman en el curso de los 10 años siguientes.

En nuestro país, existe poca información estadística sobre estas conductas, sin embargo se ha registrado que entre el 57 y 77% de los intentos suicidas son realizados por mujeres y casi la mitad de ellas tiene antecedentes de intentos previos.

A lo largo de la historia en el estudio de estas conductas, se ha demostrado que más del 90% de la población suicida padecía un trastorno psiquiátrico, en orden de frecuencia, se habla de trastornos del humor (depresión), abuso de sustancias (alcoholismo) y esquizofrenia. En otras investigaciones, se menciona que entre los pacientes esquizofrénicos con intentos suicidas, se presentan con mayor proporción en varones, menores de 45 años, desempleados y sin pareja, con historia de buen funcionamiento premórbido, un curso de la enfermedad grave con múltiples recaídas, asimismo que la mayor vulnerabilidad se experimenta en los primeros diez años de la enfermedad o en el primer año posterior a la hospitalización.

Algunos autores que estudiaron a pacientes con esquizofrenia que se suicidaron, concluyeron que estos pacientes fallaron al comunicar sus intentos suicidas directamente, usaron métodos suicidas altamente letales y no se identificaron sucesos estresantes vitales asociados con dichos actos. Otros autores determinaron que la incidencia de intentos suicidas estaba correlacionada en forma significativa con internamientos psiquiátricos previos más el diagnóstico de esquizofrenia, así como un pobre funcionamiento laboral e intentos suicidas previos. Incluso han llegado a señalar que la esquizofrenia es el factor de riesgo

más importante para suicidio y que, en general los pacientes psiquiátricos, forman un grupo de riesgo elevado con relación a la morbi-mortalidad por esta causa.

Hablando específicamente de pacientes con esquizofrenia, no se cuenta con suficiente información que determine la relación existente entre los factores de riesgo y las conductas suicidas; en algunos estudios destacan que la historia de intentos suicidas previos, el género femenino, separadas, divorciadas o viudas, se han asociado en gran medida a la consumación del suicidio, en cambio en los varones el factor de riesgo con mayor prevalencia, es el abuso de alcohol.

Otros autores han descrito que el suicidio era significativamente más frecuente en pacientes con esquizofrenia que enfrentaron algún evento estresante que en personas que únicamente padecían esta enfermedad, sin embargo se ha visto que los eventos estresantes no son tan significativos para el riesgo suicida, como las agudizaciones de los síntomas psicóticos.

En otras investigaciones de tipo longitudinal se afirma que hasta el 10-13% de los pacientes con esquizofrenia mueren por suicidio y que aproximadamente el 20-40% tiene en algún momento del curso de la enfermedad, un intento. Se habla de que el periodo de mayor peligrosidad comprende los primeros 5 años después de realizar el diagnóstico y que los factores más relacionados son la presencia de ideas de muerte, desesperanza, minusvalía y alucinaciones auditivas de comando.

Se ha propuesto que la sintomatología psicótica puede predisponer a las conductas suicidas de cuatro maneras. En primer lugar, al producir en los casos más graves un pensamiento irracional. En segundo lugar, y también en los casos

más graves, induciendo alteraciones de conducta que finalicen en la muerte, aún cuando no fuese la intención del paciente. En tercer lugar estarían los actos suicidas desencadenadas por motivos psicóticos como obediencia a las alucinaciones auditivas, o el que se suicida como forma de escape ante sus perseguidores imaginarios. Por último, por el distrés y ánimo triste que puede desencadenar la sintomatología psicótica.

Se han realizado diversos métodos para la evaluación del riesgo suicida en los pacientes, como son la entrevista directa, la elaboración de la historia clínica, entrevistas con familiares, aplicación de escalas, etc., sin embargo en los pacientes con esquizofrenia, las escalas deben ser específicas para esta población, ya que los instrumentos ordinarios implican indirectamente que el paciente se encuentre sin síntomas psicóticos.

Considerando el alto riesgo de suicidio en pacientes con esquizofrenia que se ha descrito en la literatura, es conveniente y de vital importancia evaluar adecuadamente el riesgo suicida en estos pacientes, con la finalidad de prevenir la realización del mismo.

3. Método

3.1 Justificación y planteamiento del problema

Al considerar que la esquizofrenia es una patología altamente frecuente y su asociación con intentos o suicidios consumados también, es importante la identificación temprana de esta presentación clínica. Asimismo se tiene la

intención de valorar la conducta suicida a través de clinimetría específica para población con esquizofrenia, confiriéndole mayor valor predictivo.

La predicción de conductas suicidas en pacientes con esquizofrenia, es considerado un reto médico, por lo que contribuir a la identificación temprana e indirectamente preventiva del acto suicida en pacientes con esquizofrenia, es la justificación principal para la realización de este trabajo de investigación. Implementando de esta forma también, las bases teóricas para la creación de estrategias terapéuticas y detección de pacientes con mayor riesgo suicida.

3.2 Objetivos: General y Específico

General = Determinar la frecuencia del riesgo suicida en población con diagnóstico de esquizofrenia y su relación con la severidad de esta.

Específico = Determinar la relación existente entre el riesgo suicida con síntomas negativos, síntomas positivos o gravedad global de la esquizofrenia.

3.3 Hipótesis

El riesgo suicida es mayor al referido en la literatura y está directamente relacionado con la severidad de la Esquizofrenia.

3.4 Variables

A. Variables Independientes

1. Diagnóstico de Esquizofrenia

En sus diferentes subtipos, según criterios del DSM-IV TR. Tipo de variable: cualitativa. Escala de medición: nominal. Unidad de medición: tipo paranoide, desorganizado, catatónico, indiferenciado o residual.

Severidad de Esquizofrenia = a través de la Escala de síntomas negativos y positivos para la esquizofrenia (PANSS), predominio de síntomas positivos, negativos o psicopatología general.

2. Edad

Se tomará la edad como el número de años cumplidos al momento del estudio. Tipo de variable: cuantitativa. Escala de medición: de razón. Unidad de medición: 18-60 años.

3. Sexo

Se describirá al sexo como masculino o femenino de acuerdo al fenotipo del paciente. Tipo de variable: cualitativa. Escala de medición: nominal dicotómica. Unidad de medición: femenino o masculino.

4. Escolaridad

Se tomará la escolaridad máxima del paciente como el último ciclo terminado. Tipo de variable: cualitativa. Escala de medición: nominal categórica. Unidad de medición: ninguna, primaria, secundaria, media superior, licenciatura y posgrado.

5. Estado civil

Se describirá el estado civil al momento del estudio. Tipo de variable: cualitativa. Escala de medición: nominal. Unidad de medición: soltero, casado, divorciado o viudo.

6. Ocupación

Se describirá la actividad preponderante del paciente al momento del estudio. Tipo de variable: cualitativa. Escala de medición: nominal. Unidad de medición: ninguna, hogar, estudiante, empleado, oficio, profesionista.

B. Variables Dependientes

1. Riesgo Suicida

Evaluado a través de las dos escalas clinimétricas empleadas. Tipo de variable: cualitativa. Escala de medición: ordinal. Unidad de medición: leve, moderado o severo.

3.5 Muestra

El universo está comprendido por pacientes que acudan a la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, con diagnóstico de esquizofrenia en sus diferentes subtipos, según criterios del DSM-IV TR, seleccionando una población de 60 pacientes.

3.6 Criterios de selección: Inclusión, Exclusión y Eliminación

- ❖ *Criterios de Inclusión* = pacientes de 18-60 años, ambos géneros, con diagnóstico de esquizofrenia en sus diferentes subtipos, en control ambulatorio, que acepten participar y firmar el consentimiento informado.

- ❖ *Criterios de Exclusión* = pacientes que no cumplían con diagnóstico de esquizofrenia, menores de 18 años o mayores de 60 años, hospitalizados o con agitación psicomotriz, que no aceptaron participar en el estudio.
- ❖ *Criterios de Eliminación* = pacientes que desistieron de participar en la Investigación o aquellos que no hayan completado correctamente las escalas aplicadas.

3.7 Tipo de estudio

El siguiente estudio es de tipo transversal.

3.8 Instrumentos

Los pacientes fueron evaluados por medio de la aplicación de cuatro escalas clinimétricas, dos de ellas evalúan el riesgo suicida, que son la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (ERSP) y la Escala de Ideación Suicida de Beck (BBS); la tercera evalúa la depresión en pacientes esquizofrénicos, la Escala de Depresión de Calgary y la cuarta escala evalúa severidad de la sintomatología de la esquizofrenia, que es la Escala de síntomas negativos y positivos para la esquizofrenia (PANSS).

La **Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (ERSP)** es una escala autoaplicable de 15 reactivos, con respuestas dicotómicas (Si/No), cada respuesta afirmativa puntúa 1 y negativa 0; el total se calcula con la suma de todos los reactivos, teniendo como punto de corte para la versión española el 6, mismo que se utilizará en esta Investigación.

La **Escala de Depresión de Calgary** (Addington et al, 1993 y Manzanera et al, 1997) fue diseñada específicamente para la evaluación de los síntomas depresivos en los pacientes esquizofrénicos, logrando discriminar en su estudio de validación entre los síntomas negativos y los síntomas de depresión. Es una escala heteroadministrada, que consta de 9 reactivos. Cada reactivo se puntúa de 0 a 3. Los puntos de corte recomendados por los autores son de 0 a 5 (sin depresión) y de 6 a 27 (con depresión). La puntuación de los ocho primeros se realiza en base a preguntas estructuradas, mientras que la del noveno se realiza a partir de la impresión clínica del evaluador.

La **Escala de Ideación Suicida de Beck (BBS)** consta de 21 reactivos autoaplicables con escala de respuesta tipo Likert de 0 a 2 puntos y un rango de 0 a 38 puntos (Gonzalez-Macip et al, 2000). Los primeros 5 reactivos se encuentran como tamizaje para detectar la ideación suicida, los reactivos 20 y 21 exploran la intención y experiencia de eventos suicidas previos, no contando para la calificación total. Existe evidencia de un estudio que evaluó su efectividad en pacientes esquizofrénicos (Preston y Hansen, 2002), encontrando una correlación positiva con el intento suicida o la hospitalización por este motivo, utilizándose en la investigación presente el punto de corte de 8 puntos con referencia a dicho estudio.

La **Escala de Síntomas Negativos y Positivos para la Esquizofrenia (PANSS)** evalúa la severidad de los síndromes positivo y negativo, consta de 30 reactivos diseñados para su respuesta con escalas tipo Likert de 7 categorías que califican

del 1 al 7 e incluye 3 subescalas: *positiva, negativa y psicopatología general*; sin punto de corte, se considera que una puntuación de 60 o más puntos indica presencia de psicopatología que requiere atención; la calificación total debe contar con mínimo 15 puntos en la escala positiva y 15 puntos en la escala negativa.

3.9 Procedimiento

Métodos

Se obtuvo una muestra clínica intencionada con un total de 60 pacientes, durante el período comprendido de septiembre del 2011 a marzo del 2012, que acudieron al servicio de Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión, previo consentimiento informado, contemplando a su vez los criterios bioéticos para la Investigación, así como la aprobación del Comité de Ética de esta Institución.

Durante este periodo de tiempo se aplicaron a cada paciente, las escalas clinimétricas, los instrumentos que evalúan el riesgo suicida y el que determina la severidad de la sintomatología en la Esquizofrenia.

En abril del 2012 se integró la base de datos con las cédulas de registro para cada caso (Anexo 2), se corroboró el vaciado de los datos.

En mayo del mismo año se realizó el análisis para la estadística descriptiva e inferencial con el programa computacional SPSS versión 17.0 y se concentraron los resultados en las tablas y gráficos.

Análisis Estadístico

Se realizó el análisis estadístico descriptivo para la obtención de las medidas de tendencia central y dispersión correspondientes a las variables sociodemográficas, el tipo de Esquizofrenia y los resultados de las escalas y subescalas para la muestra completa.

Asimismo se procesaron los datos para las pruebas de estadística inferencial no paramétrica, organizándose de la siguiente forma:

a) Prueba de correlación de Pearson entre las variables Riesgo Suicida (Total de la escala de Riesgo Suicida de Plutchik), Riesgo Suicida en el Espectro de la Esquizofrenia (Total de la ERSE), Depresión (Total de la Escala de Calgary).

b) Se realizó el análisis estadístico de las diferencias de proporción entre grupos dicotómicos para las principales variables, mediante Chi cuadrada para los grupos del PANSS, total con puntaje alto y bajo (mayor o menor a 75 puntos), la subescala positiva alta/baja (mayor o menor a 25 puntos) y la subescala negativa alta/baja (mayor y menor a 25 puntos), con los grupos Riesgo Suicida presente/ausente (con un punto de corte entre los grupos, de 6 puntos de la escala de Riesgo Suicida de Plutchik) y la Ideación Suicida presente/ausente (con un punto de corte de 8 puntos en la Escala de Ideación Suicida de Beck).

c) Se analizó mediante la T de Student, la diferencia en el puntaje medio para cada escala, entre los grupos del PANSS Total, PANSS Positivo y PANSS Negativo, por separado.

Consideraciones Éticas

La investigación y sus métodos fueron evaluados y aprobados por el Comité de Investigación y Ética del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

De acuerdo a la clasificación convencional vigente en nuestro sistema de salud, este estudio implicó un riesgo mínimo por la aplicación de test y escalas, el cual se controló por el seguimiento de la normatividad de ética en la investigación, por lo que no representó daño alguno para la salud de los sujetos estudiados porque su participación sólo consistió en la contestación de escalas clínicas que no tenían repercusión en su atención Institucional, así como su confidencialidad y anonimato fueron resguardados. La investigación se realizó de acuerdo a las consideraciones éticas exigidas por el acuerdo de la Declaración de Helsinki y se solicitó la firma de autorización del participante como lo exige la Ley General de Salud.

4. Resultados

Resultados descriptivos de la muestra

Para las variables sociodemográficas y con un total de 60 sujetos, se encontró una edad promedio de 29.47 años con DE ± 8.043 , correspondió al género femenino el 43.3% y el 56.7% al género masculino, con una mayor proporción del estado civil soltero 83.3%, siguiéndole los casados o en unión libre con 11.7% y el 5% de divorciados. La ocupación más frecuente fue ninguna con 38.3%, a continuación el empleado u oficio con 30.0% y en menor porcentaje la condición de estudiante, ama de casa o profesionista, este ultimo con el 5%. La escolaridad de la muestra

fue de 45% educación media superior, secundaria 31.7%, primaria 15% y licenciatura 8.3%.

Para el diagnóstico de Esquizofrenia se encontró que un 80% correspondió al tipo paranoide, 11.7% al desorganizado, 5% al residual y 3.3% al indiferenciado.

Resultados descriptivos de los instrumentos aplicados en la muestra

Para la muestra total, la Escala de Depresión de Calgary tuvo una media de 4.52 puntos con DE +-3.89, la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik tuvo una media de 3.13 con DE +-2.99, la Escala de Ideación Suicida de Beck tuvo una media de 5.25 con DE +-4.62 y la PANSS Total tuvo una media de 71.58 puntos con DE +-14.55, obteniéndose para la subescala positiva una media de 24.22 con DE +-7.55 y para la subescala negativa una media de 23.72 con DE +-9.68.

Tabla 2. Estadística descriptiva de los instrumentos aplicados					
	Media	DE+-	Mínimo	Máximo	Umbral
PANSS Total	71.58	14.55	36	108	75 puntos
PANSS Positivos	24.22	7.553	9	47	25 puntos
PANSS Negativos	23.72	9.689	9	46	25 puntos
PANSS Psicopatología Gral.	25.08	5.649	17	41	No aplica
Escala Depresión Calgary	4.52	3.890	0	15	6 puntos
Escala Ideación Suicida de Beck	5.25	4.627	0	18	8 puntos
Escala de Riesgo Suicida	3.13	2.994	0	13	6 puntos

de Plutchik					
-------------	--	--	--	--	--

Resultados inferenciales

La correlación con la prueba de Pearson, entre los puntajes totales de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y la Escala de Ideación Suicida de Beck fue de $r=.508$, con $p=.001$, entre la Escala de Ideación Suicida de Beck y la Escala de Depresión de Calgary fue de $r=.682$, con $p=.001$ y entre la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y la Escala de Depresión de Calgary fue de $r=.541$, con $p=.001$. Entre la PANSS subescala negativa y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik una $r= -.127$, con $p=.333$ y con la Escala de Ideación Suicida de Beck de $r= -.119$, con $p=.364$; por otra parte, entre la PANSS subescala positiva y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik una $r= +.475$, con $p=.001$ y con la Escala de Ideación Suicida de Beck una $r= +.304$, con $p=0.18$.

Mediante la prueba de Chi cuadrada se analizó la diferencia en la media para las variables principales entre los grupos del PANSS Total puntaje alto/bajo (mayor y menor a 75 puntos, respectivamente) encontrándose para los casos de presencia/ausencia de Ideación Suicida por la Escala de Beck (mayor o menor de 6 puntos), una $Chi^2=0.167$, 2gl, $p=.448$. Para los grupos resultantes del PANSS Subescala Positiva puntaje alto/bajo (mayor y menor a 25 puntos) contra la presencia/ausencia de Ideación Suicida por la Escala de Beck, una $Chi^2=6.213$, 2gl, $p=.013$ y entre los grupos del PANSS Subescala Negativa puntaje alto/bajo

(mayor y menor a 75 puntos) contra la presencia/ausencia de Ideación Suicida por la Escala de Beck, se encontró una $\chi^2=8.591$, 2 gl, $p=.005$.

Asimismo se analizaron mediante Chi cuadrada los grupos del PANSS Total puntaje alto/bajo contra la presencia/ausencia de Riesgo Suicida por la Escala de Plutchik, encontrándose una $\chi^2=3.648$, 2 gl, $p=.060$, entre los grupos del PANSS Subescala Positiva puntaje alto/bajo (mayor y menor a 25 puntos) contra la presencia/ausencia de Riesgo Suicida por la Escala de Plutchik, encontrándose una $\chi^2=14.545$, 2gl, $p=.001$ y entre los grupos del PANSS Subescala Negativa puntaje alto/bajo (mayor y menor a 75 puntos) contra la presencia/ausencia de Riesgo Suicida por la Escala de Plutchik, encontrándose una $\chi^2=3.470$, 2 gl, $p=.061$.

Finalmente se aplicó la misma prueba para los grupos del PANSS Total puntaje alto/bajo contra la presencia/ausencia de Depresión por la Escala de Calgary, encontrándose una $\chi^2=.280$, 2 gl, $p=.399$.

Mediante la prueba T de Student se analizó la diferencia en las medias obtenidas para cada escala entre los grupos de puntaje alto y bajo del PANSS Total. Encontrándose para la Escala de Ideación Suicida de Beck $t= -.470$, $gl=58$, $p=0.640$, IC -3.0 a 1.89, para la Escala de Depresión de Calgary $t= -.076$, $gl=58$, $p=0.940$, IC -2.16 a 2.00 y para las medias entre cada grupo en la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik una $t= -1.425$, $gl=58$, $p=0.159$, IC -2.70 a 0.45, no resultando significativa ninguna diferencia.

Se aplicó la misma prueba para analizar la diferencia en las medias obtenidas para cada escala entre los grupos de puntaje alto y bajo del PANSS Positivo. Encontrándose para la Escala de Ideación Suicida de Beck $t= -2.43$, $gl=58$, $p=0.018$, IC -5.1 a -0.5, para la Escala de Depresión de Calgary $t= -2.28$, $gl=58$, $p=0.026$, IC -4.2 a -0.2 y para las medias entre cada grupo en la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik $t= -2.28$, $gl=58$, $p=0.006$, IC -3.6 a -0.6, resultando todas las pruebas con diferencias significativas.

Por último, para la diferencia en las medias obtenidas para cada escala entre los grupos de puntaje alto y bajo del PANSS Negativo. Encontrándose para la Escala de Ideación Suicida de Beck $t=2.69$, $gl=58$, $p=0.009$, IC 0.7 a 5.3, para la Escala de Depresión de Calgary $t=1.66$, $gl=58$, $p=0.10$, IC -0.3 a 3.6 y para las medias entre cada grupo en la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik $t=1.44$, $gl=58$, $p=0.15$ e IC -0.4 a 2.6, siendo significativa la diferencia solo para la media en la Ideación Suicida entre dichos grupos.

5. Discusión

Se encontró una moderada correlación entre los puntajes de las escalas aplicadas, destacando la relación entre la ideación suicida (Escala de Ideación Suicida de Beck) y depresión (Escala de Calgary) en los pacientes con Esquizofrenia, en nuestro estudio el nivel de correlación es concordante con lo publicado en la literatura donde, por ejemplo, podemos constatar que la ideación suicida y el ánimo depresivo, son los mejores predictores en el paciente esquizofrénico (Kasckow et al, 2010), aunque este último generalmente se

confunde con la sintomatología negativa, evidenciando la pertinencia en la aplicación de mediciones específicas de riesgo suicida para esta población, porque se ha encontrado que hasta el 73% de los pacientes esquizofrénicos con suicidio consumado presentaron un reporte explícito de ideación suicida (Pompili et al, 2011), al respecto es conocida la dificultad en la diferenciación por el clínico de los estados depresivos con la anhedonia y el aplanamiento afectivo, así como la dificultad para el paciente en la articulación de los estados subjetivos (Siris, 2001).

Asimismo se encontró una relación inversa entre los síntomas negativos con la ideación suicida y riesgo suicida, con lo cual se fundamenta la presencia del fenómeno de atenuación del riesgo suicida en nuestra población clínica, que también ha sido caracterizado en estudios previos (Fenton et al, 1997).

Por otra parte la relación directa y significativa entre los síntomas positivos con el riesgo suicida y la ideación suicida en nuestro estudio, se encuentra en concordancia con otros resultados en donde han investigado sobre la asociación de los síntomas positivos de la Esquizofrenia como factor de riesgo para el intento suicida (Siris, 2000); en otros estudios se encontró que las alucinaciones y delirios son factores de riesgo específicos e independientes en particular para los pacientes que cursan con alucinaciones imperativas de suicidio, a esto se añaden conductas impredecibles y la falla del juicio (Fialko et al, 2006).

A manera de confirmación de los resultados, al dividir la muestra en rangos bajo o alto para cada una de las variables se encontró que en los pacientes con

Esquizofrenia, aquellos con alta sintomatología positiva mostraron una mayor proporción de riesgo suicida y valores supraumbrales en la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik. Los pacientes con alta sintomatología positiva presentaron significativamente ideación suicida y riesgo suicida, con valores superiores al umbral en las Escalas de Ideación Suicida y Riesgo Suicida, lo cual los convierte en una población clínica altamente vulnerable. En el contexto de nuestros resultados, la literatura reporta una mediación de la depresión como variable mayor e intermediaria entre la elevada sintomatología positiva y la presencia de ideación suicida en pacientes con Esquizofrenia (Lancu et al, 2010).

Además en nuestro estudio se corroboró que los pacientes con alta sintomatología negativa se diferenciaban por no contar con calificaciones arriba del umbral para ideación suicida y tener una baja tendencia al riesgo suicida, sin que ello tuviera significancia estadística; es posible que en un estudio con mayor poder estadístico conformara un probable factor protector, en este sentido la literatura resulta ambigua y no concluyente (Makara-Studzinska y Koslak, 2009).

Los pacientes con altos síntomas positivos muestran, además, un promedio mayor en las Escalas de Depresión de Calgary, Riesgo Suicida de Plutchik e Ideación Suicida de Beck que los pacientes con escasos síntomas positivos. Por otra parte los pacientes con altos síntomas negativos presentan una ideación suicida media significativamente menor y este hallazgo pudiera ser a su vez, de acuerdo con la literatura, un indicador en los pacientes tanto de la protección atribuida a la baja

impulsividad como de la dificultad de plantear los estados internos (Ampalam et al, 2012).

Lo anterior también puede deberse a diversos factores, como son la pertinencia de las preguntas formuladas propositivamente en las escalas para los pacientes esquizofrénicos con abundantes síntomas negativos, de lo cual se hace énfasis en la necesidad de la ponderación del resultado de la evaluación clinimétrica y psicométrica con los hallazgos de la evaluación clínica del experto (Flanagan y Compton, 2012).

Por otra parte para los pacientes con elevada sintomatología positiva, se encontró consistencia alta del riesgo suicida determinado por las escalas aplicadas, conformando una evidencia de la pertinencia de las mediciones propuestas, precisamente en la determinación del riesgo suicida en este subgrupo de pacientes con Esquizofrenia, más no así en el subgrupo de pacientes con elevada sintomatología negativa, en los cuales los resultados no son determinantes.

6. Conclusión

Existen diferencias en el riesgo suicida y la ideación suicida de acuerdo a la presencia de sintomatología positiva o negativa y al nivel de esta que posibilita identificar por los medios clinimétricos a la población clínica de pacientes con Esquizofrenia en mayor riesgo.

El presente estudio es el primero en nuestro medio que conjunta la medición de las variables de riesgo suicida, sintomatología negativa, sintomatología positiva del

PANSS, ideación suicida y sintomatología depresiva, en la determinación del riesgo suicida en pacientes con Esquizofrenia. Los resultados de nuestro estudio son concordantes con lo reportado en la literatura internacional en muestras clínicas.

Los principales resultados de nuestro estudio permiten establecer que la ideación suicida en el paciente esquizofrénico se encuentra asociada al nivel de sintomatología positiva y de impulsividad. Asimismo, arroja hallazgos suficientes para estudiar en muestras más amplias la asociación, probablemente protectora, entre la sintomatología negativa y la ideación suicida en el paciente con esta patología.

En particular, se demuestra que el uso de las escalas de Depresión de Calgary, Riesgo Suicida de Plutchik y PANSS, tiene una utilidad probada en la caracterización del riesgo suicida en los pacientes esquizofrénicos en nuestro medio, sugiriéndose la ponderación de los resultados en conjunto con la evaluación clínica.

En diversas latitudes se han propuesto mediciones adaptadas a la población de pacientes con Esquizofrenia, el presente estudio contribuye a proponer la medición del fenómeno del riesgo suicida haciendo uso de múltiples instrumentos.

7. Bibliografía

- Pompili M. Amador X, et al. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Annals of General Psychiatry* 2007; 6:10-18.
- Siris S. Depression in schizophrenia: perspective in the era of “atypical” antipsychotic agents. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1379-1389.
- Fenton W. McGlashan T, et al. Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1997; 154:199-204.
- Harris E. Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170:205-228.
- Brent D. Risk factor for adolescent suicide and suicidal behavior; mental and substance abuse disorders, family environmental factors and life stress. 1995. p. 52-64.
- Malone K. Clinical assessment versus methods in the assessment of suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1601-1607.
- Addington D. Addington J. Attempted suicide and depression in schizophrenia. *Act Psychiatric Scan* 1992; 66:85-89.
- Allebeck P. Allgulander C. Suicide among young men: psychiatric illness, deviant behavior and substance abuse. *Act Psychiatric Scan* 1990; 81:565-570.
- Landmark J. Cernousky Z. Correlates of suicide attempts and ideation in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1987; 151:18-20.
- Preston E. Hansen L. A Systematic Review of Suicide Rating Scales in Schizophrenia. *Crisis* 2005; (4):170–180.
- Gonzalez-Macip S. Diaz-Martinez A, Ortiz Leon S, et al. Características psicométricas de la escala de ideación suicida de Beck en estudiantes universitarios de la ciudad de Mexico. *Salud Mental*, 2000; 23(2):21-30.
- López S. López M. Ideación suicida y desesperanza en pacientes psiquiátricos hospitalizados. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* 2008; 14:33-41.
- Palmer B. Pankratz V, Bostwick J. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:247-53.
- Inskip H. Harris E, Barraclough B. Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998; 172:35-37.

-Brown S. Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. Br J Psychiatry 1997; 171:502-508.

-Zisook S. Byrd D, et al. Command hallucinations in outpatients with schizophrenia. J Clin Psychiatry 1995; 56:462-465.

-Siris S. Suicide and schizophrenia. J Psychopharmacol 2001; 15(2):127-135.

Anexo 1. Consentimiento Informado

Evaluación del Riesgo Suicida en pacientes con Esquizofrenia en control por la Consulta Externa

Este documento es una invitación para participar en un proyecto de investigación que nos permitirá detectar los factores de riesgo asociados a la presentación de conductas suicidas en los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia que son atendidos en esta Unidad a través de la Consulta Externa.

Con la aplicación de las siguientes escalas se podrá determinar el grado de severidad de la Esquizofrenia en ese momento, así como síntomas que pueden asociarse con riesgo suicida, ya que se ha descrito como un evento de frecuente presentación pero de difícil detección, principalmente en enfermedades psiquiátricas crónicas, como la Esquizofrenia.

La finalidad de este estudio es poder identificar riesgos de mayor significancia clínica asociados con las conductas suicidas en pacientes que se encuentran aparentemente estables en control ambulatorio, con la intención de disminuir el número de suicidios consumados, a través de la detección oportuna y el tratamiento especializado de estos pacientes.

En caso de que usted amablemente decida ayudarnos con esta investigación, se calcula que este proceso tomará como máximo 1 hora de su tiempo. Usted será escuchado y atendido por un profesional durante todo el procedimiento, pudiendo solicitar en cualquier momento que se suspenda la prueba.

Toda la información que usted comparta con nosotros será estrictamente confidencial y usada EXCLUSIVAMENTE con fines de investigación. Usted se beneficiará de un diagnóstico clínico más oportuno y por consiguiente, un pronóstico más favorable de su enfermedad. En cualquier momento puede hacer preguntas sobre el procedimiento y en caso de desacuerdo podrá retirarse en el momento que desee.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del entrevistador

Nombre y firma 1er. Testigo

Nombre y firma 2do. Testigo

Fecha: _____

Anexo 2. Cédula de recolección de datos y variables

CÉDULA DE REGISTRO DE CASOS

Nombre: _____ No. Expediente: _____ Fecha de reclutamiento
muestral: _____

Sector I. Datos sociodemográficos

Edad: ___ años

Sexo: M ___ F ___

Escolaridad: Ninguna __, Primaria __, Secundaria __, Media superior __, Licenciatura __,
Posgrado __

Edo civil: Soltero __, Casado/Unión libre __, Divorciado/separación duradera __, Viudez __

Ocupación: Ninguna __, Hogar __, Estudiante __, Empleado __, Oficio __, Profesionista __

Sector II. Resultado de entrevista diagnóstica diferencial

Cumple al interrogatorio dirigido para Esquizofrenia.....Si ___ No ___

Cumple al interrogatorio dirigido para un diagnóstico excluyente de Esquizofrenia.....Si ___ No ___

Cumple Criterios de inclusión en el estudio..... Si ___ No ___

Sector III. Requisitos éticos

Acepta y firma consentimiento informado SI ___ NO ___

FOLIO DEL CASO: ___/60

Sector IV. Resultados de la entrevista diagnóstica para Esquizofrenia

A) DSM-IV TR, Cumple al interrogatorio dirigido para:

Esquizofrenia.....Si ___ No ___

Tipo: Paranoide __ Desorganizado __ Catatónico __ Indiferenciado __ Residual __

Sector V. Resultados de las escalas aplicadas

A) Escala de Síntomas Positivos y Negativos para la Esquizofrenia, PANSS

Subescala positiva P1 a P7.....___

Subescala negativa N1 a N7.....___

Subescala Psicopatología General G1 a G16.....___

B) Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (ERSP)

Puntaje total.....___

Riesgo suicida (6 o más puntos).....NO ___ SI ___

C) Escala de Depresión de Calgary

Puntaje total.....___

D) Escala de Ideación Suicida de Beck

Puntaje total.....___

Anexo 3. Instrumentos

ESCALA DE SÍNTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS PARA LA ESQUIZOFRENIA/PANSS (Kay et al, 1987).

1) SUBESCALA POSITIVA

1 2 3 4 5 6 7

P1 Delirios.....

P2 Desorganización conceptual.....

P3 Conducta alucinatoria.....

P4 Excitación.....

P5 Grandiosidad.....

P6 Susplicacia / persecución.....

P7 Hostilidad.....

Subtotal _____

2) SUBESCALA NEGATIVA

N1 Afecto embotado / adormecido.....

N2 Retirada emocional.....

N3 Contacto pobre.....

N4 Retirada social apática / pasiva.....

N5 Dificultad para pensar en lo abstracto.....

N6 Dificultad para la conversación fluida.....

N7 Pensamiento estereotipado.....

Subtotal _____

3) SUBESCALA PSICOPATOLOGÍA GENERAL

G1 Preocupación somática.....

G2 Ansiedad.....

G3 Sentimientos de culpabilidad.....

G4 Tensión.....

G5 Manierismo y actitud postural.....

G6 Depresión.....

G7 Retraso motor.....

G8 Falta de cooperación.....

G9 Contenidos de pensamiento inusual.....

G10 Desorientación.....

G11 Atención deficiente.....

G12 Falta de juicio e insight.....

G13 Alteración de la voluntad.....

G14 Deficiente control de impulsos.....

G15 Preocupación.....

G16 Evitación social activa.....

Subtotal _____

TOTAL _____

ESCALA DE RIESGO SUICIDA (Plutchik R./Van Praga HM, 1994).

Responda solo Sí o No, según sea el caso.

Preguntas:

1. Usted acostumbra a tomar pastillas como aspirina o tabletas para dormir. Sí _____ No _____
2. Usted tiene problemas para quedarse dormido. Sí _____ No _____
3. Usted algunas veces siente que va a perder el control de sí mismo. Sí _____ No _____
4. Tiene usted poco interés en estar con personas. Sí _____ No _____
5. Usted presiente que su futuro va a ser más malo que bueno. Sí _____ No _____
6. Usted alguna vez ha sentido que vale poco. Sí _____ No _____
7. Se siente desesperanzado en cuanto a su futuro. Sí _____ No _____
8. Usted a menudo se siente tan frustrado que solo desea estar acostado y libre de conflictos. Sí _____ No _____
9. Usted se siente deprimido ahora. Sí _____ No _____
10. Está usted separado, divorciado o viudo. Sí _____ No _____
11. Alguien en su familia ha tratado de suicidarse. Sí _____ No _____
12. Ha estado usted alguna vez tan enojado que ha sentido que podría matar a alguien. Sí _____ No _____
13. Usted ha pensado alguna vez en suicidarse. Sí _____ No _____
14. Alguna vez le ha dicho a alguien que usted podría suicidarse. Sí _____ No _____
15. Alguna vez ha tratado de matarse. Sí _____ No _____

TOTAL: _____

ESCALA DE DEPRESIÓN DE CALGARY (Manzanera et al, 1997).

1. Depresión.

¿Cómo describiría su estado de ánimo durante las dos últimas semanas? ¿Se mantiene razonablemente alegre o ha estado muy deprimido o con la moral muy baja recientemente?

En las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha estado... (utilizando sus propias palabras): todos los días, todo el día?
0 – Ausente.

1 – Leve (expresa tristeza o desánimo con las preguntas).

2 – Moderado (estado de ánimo claramente depresivo que persiste menos de la mitad del tiempo durante las dos últimas semanas; presente diariamente).

3 – Severo (ánimo depresivo muy marcado, que persiste diariamente durante más de la mitad del tiempo, interfiriendo en el normal funcionamiento motor y social).

2. Desesperanza.

¿Cómo ve el futuro? ¿Puede ver algún futuro o la vida le parece sin esperanza? ¿Ha renunciado o todavía tiene motivos para seguir adelante?

0 – Ausente.

1 – Leve (a veces se ha sentido desesperanzado durante la última semana, pero todavía tiene algún grado de esperanza en el futuro).

2 – Moderado (persistente, moderada sensación de desesperanza durante la última semana. Se le puede persuadir para admitir la posibilidad de que las cosas mejoren).

3 – Severo (sensación persistente y angustiosa de desesperanza).

3. Autodesprecio.

¿Qué opinión tiene de usted mismo cuando se compara con otras personas? ¿Se siente mejor, o no tan bueno, o casi lo mismo que la mayoría? ¿Se siente inferior o incluso sin valor?

0 – Ausente.

1 – Leve (algo de inferioridad; no la cantidad suficiente como para sentirse que no vale la pena).

2 – Moderado (el sujeto se siente sin valor, pero menos del 50% del tiempo).

3 – Severo (el sujeto se siente sin valor más del 50% del tiempo. Se le puede estimular para que se sienta de otra manera).

4. Ideas de referencia/culpa.

¿Tiene el sentimiento de que se le está echando la culpa por algo o incluso se le acusa erróneamente? ¿De qué? (No incluya la culpa o acusación justificada; excluya delirios de culpa).

0 – Ausente.

1 – Leve (el sujeto se siente culpabilizado, pero no acusado, menos del 50% del tiempo).

2 – Moderado (persistente sensación de ser culpabilizado y/o sensación ocasional de ser acusado).

3 – Severo (sensación persistente de ser acusado. Cuando se le insiste, reconoce que no es así).

5. Culpa patológica.

¿Tiende a acusarse por pequeñas cosas que ha hecho en el pasado? ¿Piensa que merece estar tan preocupado sobre esto?

0 – Ausente.

1 – Leve (el sujeto se siente, a veces, culpable sobre algunas faltas menores, pero menos del 50% del tiempo).

2 – Moderado (el sujeto normalmente, más del 50% del tiempo, se siente culpable sobre acciones pasadas cuyo significado exagera).

3 – Severo (el sujeto normalmente siente que se le va a acusar por todo lo que ha salido mal, incluso cuando no es responsabilidad suya).

6. Depresión matutina.

Cuando se ha sentido usted deprimido las últimas semanas, ¿ha notado que la depresión fuera peor en algún momento particular del día?

0 – Ausente.

1 – Leve (depresión presente, pero no hay variación diurna).

2 – Moderado (la depresión se menciona espontáneamente como peor por la mañana).

3 – Severo (la depresión es marcadamente peor por la mañana, con deterioro del funcionamiento que mejora por la tarde).

7. Despertar precoz.

¿Se levanta más temprano por la mañana de lo que es normal para usted? ¿Cuántas veces a la semana le ocurre?

0 – Ausente.

1 – Leve (ocasionalmente se levanta, hasta 2 veces por semana, una hora o más antes de la hora habitual en que se despierta o que suena el despertador).

2 – Moderado (a menudo se despierta temprano, hasta 5 veces por semana, una hora o más antes de la hora habitual en que se despierta o que suena el despertador).

3 – Severo (a diario se despierta una hora o más antes de la hora habitual).

8. Suicidio.

¿Ha sentido que la vida no merece la pena vivirla? ¿Alguna vez le ha apetecido acabar con todo? ¿Qué pensó hacer? ¿Lo intentó realmente?

0 – Ausente.

1 – Leve (pensamientos frecuentes de estar mejor muerto o ideas de suicidio ocasionales).

2 – Moderado (ha considerado el suicidio deliberadamente con un plan, pero no ha hecho ninguna tentativa).

3 – Severo (intento suicida aparentemente diseñado para acabar en muerte; por ejemplo, se le descubre accidentalmente o con medios ineficaces).

9. Depresión observada.

Basado en las observaciones del entrevistador durante la entrevista entera. La pregunta “¿Le apetece llorar?” usada en momentos apropiados durante la entrevista puede obtener información útil para esta observación.

0 – Ausente.

1 – Leve (el sujeto parece triste y apesadumbrado, incluso durante parte de la entrevista, sobre temas afectivamente neutros).

2 – Moderado (el sujeto parece triste y apesadumbrado a lo largo de la entrevista, con voz monótona y desesperanzada, a veces, llora o se le saltan las lágrimas).

3 – Severo (el sujeto se ahoga en tópicos inquietantes, frecuentemente suspira profundamente y llora abiertamente o está persistentemente en un estado de estupor depresivo).

ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE BECK

Instrucciones: Por favor lea cuidadosamente la siguiente instrucción.

Seleccione en un círculo la frase que mejor describa como se ha sentido en la semana previa, incluyendo lo actual. Antes de elegir una frase lea todas las opciones para cada pregunta.

Parte A.

1.

0 - Tengo un fuerte deseo de seguir viviendo.

1 - Mi deseo de seguir viviendo es débil.

2 - No tengo deseos de seguir viviendo.

2.

0 - Absolutamente no he tenido ideas de cometer suicidio.

1 - Tengo algunas ideas de cometer suicidio.

2 - He tenido moderada a severamente ideas de cometer suicidio.

3.

0 - Las razones para seguir viviendo pesan más que las razones para cometer suicidio.

1 - El peso de las razones para seguir viviendo es el mismo que para cometer suicidio.

2 - Las razones para cometer suicidio pesan más que las de seguir viviendo.

4.

0 - No tengo deseos de suicidarme.

1 - Tengo un deseo leve de suicidarme.

2 - Tengo un deseo moderado a severo de suicidarme.

5.

0 - Si nos encontráramos en peligro de morir, los ayudaría.

1 - Si encontrara a alguien en riesgo de morir, me resignaría a su destino.

2 - Si sus vidas estuvieran en riesgo, no haría nada para evitar mi propia muerte.

Nota: Si contesto con "0" a las preguntas 4 y 5, pase directamente a la pregunta 20. Si contesto con un "1" o "2" a las preguntas 4 o 5, continúe con la pregunta 6.