



**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Medicina**



**Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez”**

**BÚSQUEDA DE VARIABLES DE RIESGO, PREDICTORAS  
ASOCIADAS A TENTATIVA DE SUCIDIO EN PACIENTES  
CON ESQUIZOFRENIA**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN PSIQUIATRÍA PRESENTA:

CLARISA VILLASEÑOR ROBLEDO

**Asesores:**

**Asesor Teórico  
Metodológico**

DRA JUANA GABRIELA GARZA

CONTRERAS

-----

**Asesor**

DR. FELIX ARMANDO AMBROSIO GALLARDO

-----

México, D. F. Mayo del 2013.



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.

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero mostrar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que han colaborado conmigo en el desarrollo de esta tesis, sin cuyo apoyo esta cruzada no se hubiera llevado a cabo:

En primer lugar a mis asesores en este trabajo y a todas aquellas personas involucradas a lo largo de mi formación como Psiquiatra; por su apoyo, su confianza, su amistad y por dejarme aprender de ellos la práctica de la psiquiatría.

A mi familia, por su fe en mí.

A mis amigos que siempre estuvieron ahí, animándome, aguantando mis ataques ocasionales de desesperación o de euforia.

A los pacientes, por quienes todo este esfuerzo tiene sentido. Sin ellos nada de esto hubiera sido posible.

A todos muchísimas gracias.

# ÍNDICE

<b>LISTA DE TABLAS.....</b>	<b>i</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>ii</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>MARCO TEORICO .....</b>	<b>2</b>
EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL FENÓMENO SUICIDA .....	2
TEORÍA PATOLÓGICA.....	10
TEORÍA PSICANALÍTICA .....	13
TEORÍAS COGNITIVAS .....	15
OTROS MODELOS EXPLICATIVOS.....	17
CONCEPTO DE LA CONDUCTA SUICIDA .....	19
EPIDEMIOLOGÍA DE LA CONDUCTA SUICIDA .....	21
FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN MÉXICO .....	22
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.....	22
FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES .....	24
IDEACIÓN SUICIDA Y PLAN SUICIDA COMO FACTOR DE RIESGO PARA INTENTO SUICIDA .....	24
MÉTODO UTILIZADO.....	25
INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS. ....	25
FACTORES AMBIENTALES Y FAMILIARES.....	26
CIRCUNSTANCIAS Y EVENTOS DE VIDA ADVERSOS. ....	26
FACTORES DE RIESGO NEUROBIOLÓGICOS .....	27
FACTORES DE RIESGO GENÉTICOS .....	28
SUICIDIO Y ENFERMEDAD MENTAL.....	28
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. ....	31
Trastornos afectivos.....	32
Trastornos de personalidad.....	32
Uso de sustancias. ....	32
EL SUICIDIO EN LA ESQUIZOFRENIA.....	33
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO Y ESQUIZOFRENIA .....	37
NEUROBIOLOGÍA DE LOS SÍNTOMAS AFECTIVOS EN ESQUIZOFRENIA .....	40
MANEJO DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y RIESGO SUICIDA.....	41
INSIGHT Y SUICIDIO.....	44
<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>45</b>
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	45
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	46
JUSTIFICACIÓN .....	46
OBJETIVOS.....	47
GENERAL .....	47
ESPECÍFICOS.....	47
HIPÓTESIS:.....	48
MATERIAL Y MÉTODOS.....	49
TIPO DE ESTUDIO:.....	49
DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA. ....	49
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	50

-Criterios de Inclusión:.....	50
-Criterios de Exclusión:.....	51
-Criterios de Eliminación: (ambos casos y controles).....	52
VARIABLES:.....	52
Variables sociodemográficas .....	52
Variables clínicas:.....	52
DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS.....	53
ENTREVISTA CLÍNICA ESTRCUTURADA PARA LOS TRASTORNOS DEL DSM-IV (Structured Clinical Interview for .....	53
DSM-IV Disorders) .....	53
ESCALA DE DESEPERANZA DE BECK (HOPELESSNESS SCALE, HS) .....	55
ESCALA DE DEPRESIÓN DE CALGARY (CALGARY DEPRESSION SCALE, CDS).....	56
ESCALA PARA EL SÍNDROME POSITIVO Y NEGATIVO DE LA ESQUIZOFRENIA (POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE, PANSS).....	57
ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK (SUICIDE INTENT SCALE, SIS) .....	59
ESCALA DE VALORACIÓN DE LA NO CONCIENCIA DE TRASTORNO MENTAL (SCALE OF .....	61
UNAWARENESS OF MENTAL DISORDER, SUMD).....	61
PROCEDIMIENTO .....	63
CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	64
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>65</b>
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>77</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>85</b>
BIBLIOGRAFÍA .....	87
ANEXOS.....	97
INTRUMENTOS .....	97

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1.....	64
Tabla 2.....	65
Tabla 3.....	65
Tabla 4.....	66
Tabla 5.....	66
Tabla 6.....	67
Tabla 7.....	67
Tabla 8.....	68
Tabla 9.....	69
Tabla 10.....	71
Tabla 11.....	71
Tabla 12.....	72
Tabla 13.....	73

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar en los servicios de Observación y Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos (UCEP) en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, los síntomas psicopatológicos que prevalecen en el paciente esquizofrénico al haber presentado una tentativa de suicidio reciente.

**MATERIAL Y METODOS.** Se trata de un estudio transversal comparativo de casos y controles de pacientes esquizofrénicos cuya muestra está formada por una población total de 60 individuos (30 caso y 30 controles) a cada uno de los cuales se les aplicaron las escalas que miden las variables clínicas Desesperanza, Depresión, Intencionalidad Suicida, Síndrome positivo y negativo y conciencia de enfermedad, además de una encuesta que nos permite analizar variables sociodemográficas. Se aplicaron las pruebas estadísticas ANOVAS, Chi-cuadrada, exacta de Fisher y regresión logística.

**RESULTADOS:** Dentro de las variables sociodemográficas se encontró estadísticamente significativo variables como el estado civil y la religión. En cuanto a las variables clínicas se muestran datos estadísticamente significativos para la escala de psicopatología general del PANSS, la escala de Depresión de Calgary, escala de Desesperanza de Beck como predictores de intento suicida.

**CONCLUSIONES.** La presencia de depresión y desesperanza en los pacientes esquizofrénicos incrementan el riesgo de suicidio no así la presencia de síntomas positivos o la conciencia de enfermedad.

**PALABRAS CLAVE:** Esquizofrenia, suicidio, depresión, intencionalidad suicida, desesperanza, conciencia de enfermedad, PANSS.

## INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno cuyo riesgo suicida oscila entre el 4 y el 5%. Muchos factores se han visto involucrados en este proceso suicida, los cuales difieren de aquellos observados en la población general. Entre los factores clínicos encontrados están el presentar intentos suicidas previos, la depresión, el abuso de sustancias y la desesperanza. Dentro de los factores biopsicosociales se destaca sobre todo la presencia de un nivel adecuado de funcionalidad previo a la aparición de la enfermedad, la carga genética en familiares de primer grado.

El riesgo suicida es alto tras el primer año posterior al diagnóstico de esquizofrenia; muchos de los suicidios se cometen tras egresar de una hospitalización.

El manejo del riesgo suicida no sólo involucra el tratamiento farmacológico sino también intervenciones a nivel psicosocial.

Sin embargo, aunque en la actualidad se identifican algunos factores de riesgo suicida en pacientes con esquizofrenia, aun estamos muy lejos de encontrar aquellas variables definitivas para predecir este tipo de conducta.

## **MARCO TEORICO**

### **EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL FENÓMENO SUICIDA**

El suicidio es un fenómeno humano universal presente en todas las épocas históricas. Sin embargo, las distintas sociedades han mantenido hacia él actitudes enormemente variables en función de los principios filosóficos, religiosos o intelectuales imperantes en cada momento.

Como otros muchos aspectos humanos, la valoración del suicidio ha evolucionado con un carácter cíclico. Se ha considerado un acto enaltecido, muestra de valor y libertad, o bien se ha despreciado como un acto de cobardía y debilidad. El suicida ha sido considerado un héroe, un loco o un poseso. Lo anterior da testimonio de cómo cada cultura puede haber vivido y comprendido las conductas humanas (Irrutia J 1997) (35).

Dentro de la mitología maya Ixtab era la diosa del suicidio, también era la divinidad de la horca. En la tradición Maya, el suicidio era considerado una manera extremadamente honorable de morir, a un nivel similar que el de las víctimas humanas de sacrificios, guerreros caídos en batalla, mujeres muertas al momento de dar a luz o sacerdotes (Isais, 2007) (36).

Entre los pueblos persas, caldeos y hebreos, donde el suicidio no estaba prohibido, los cronistas recogen varios suicidios colectivos. También en África era una conducta común. Tres mil años antes de Cristo, los egipcios consideraban a los suicidas como seres indignos. Se les negaba el embalsamamiento y se les quemaba. También data de esta época la primera nota de suicidio conocida, escrita por un consejero a su faraón. Cuentan las crónicas que Cleopatra (año 31 A.C.) se suicidó con un áspid al verse asediada por los romanos.

La cultura oriental veía el suicidio como un acto indiferente o elogiado, ya que la muerte sólo significaba un cambio de forma. En China algunos métodos de suicidio estaban semiinstitucionalizados o tolerados, como los que se cometían por una buena causa, tras un delito o una derrota militar.

Así 500 filósofos de la escuela de Confucio se precipitaron al mar para no sobrevivir a la quema de los libros sagrados.

En Japón acostumbraban a tirarse al mar o enterrarse vivos. Posteriormente el seppuku y el hara-kiri se impusieron como formas de suicidio tradicional.

En la India las viudas se inmolaban en la pira funeraria de su marido, se suicidaron mediante este procedimiento 706

viudas indias en la provincia de Bengala, mientras que en 1821 lo hicieron 2366 mujeres en toda la India. Esta ceremonia llamada *Suttee*, fue declarada ilegal por los ingleses en 1829.

En Europa tenemos algunos ejemplos de actitudes elogiosas hacia el suicidio, como el caso de los celtas que glorificaban a quienes se daban muerte voluntariamente. Los pueblos godos creían que quienes fallecían de muerte natural estaban destinados a pudrirse eternamente en antros llenos de animales ponzoñosos; por ello en los límites de la tierra de los Visigodos existía la llamada "roca de los abuelos" desde cuya altura se precipitaban los viejos cuando estaban cansados de la vida.

En la Grecia clásica se podía apreciar cierta ambivalencia entre el derecho a morir con toda dignidad y la condena sin paliativos del suicidio injustificado. Llegó a considerarse como una injusticia para la ciudad. A los suicidas se les negaban los honores fúnebres, se les amputaba la mano derecha y el resto del cuerpo se enterraba lejos de la ciudad. Por otro lado, los candidatos al suicidio legal debían exponer sus razones al consejo de los seiscientos del senado, donde el deshonor o el aburrimento se consideraban

motivo suficiente, y la propia institución les proporcionaba la cantidad de cicuta necesaria.

En la Roma imperial, aunque la conciencia pública lo condena, el patriotismo, el amor, el honor, la enfermedad, etc., fueron causas aceptadas y loadas como desencadenantes de actos suicidas. Había una institución semejante a la griega, de manera que el individuo que quería matarse debía someter sus razones al Senado, que lo aceptaba o no, e incluso determinaba la forma de morir. Mientras que el suicidio de los esclavos estaba prohibido hasta el punto de que el intento era condenado con la muerte, en el caso de los ricos y nobles se consideraba un privilegio.

Pero progresivamente hubo un cambio en la actitud, el Derecho Romano fue penalizando cada vez más la muerte voluntaria salvo en las que el suicida se consideraba "insanus of uriosus", siguiendo con ello la tradición platónica que lo consideraba el resultado de un trastorno mental pasajero o permanente.

En los primeros siglos del cristianismo, el suicidio era admisible en algunas circunstancias, pero esta opinión se fue modificando hasta asumir una actitud intransigente. Los motivos por los que la religión católica condenó el suicidio

resultan difíciles de valorar. En el nuevo testamento no hay ninguna referencia al respecto. Hasta el siglo IV D.C no se evidencia una actitud hostil por parte de la iglesia, pero es a partir de San Agustín, cuando los cristianos deben aceptar la vida y la muerte como una decisión divina. En el Concilio de Arlés (452 d. C.) la iglesia declaró por primera vez que el suicidio era un crimen producto de la inspiración del demonio. Un siglo después, en el Concilio de Braga se radicalizan los castigos al suicida, y sugieren la prohibición de entierro en camposanto, la negación de la misa y el canto de los salmos. En el Concilio de Toledo (693 d.C.) se decreta la excomunión para quienes lo intenten. En el siglo XIII, Santo Tomás de Aquino considera al suicidio como un pecado mortal contra Dios.

La Edad Media, marcada por la influencia de las grandes religiones, supuso el rechazo frontal al suicidio. Las leyes canónicas y civiles equipararon al suicida con el peor de los criminales. La amenaza de condenas, degradación del cadáver y deshonor hicieron infrecuentes estas conductas.

Durante 14 siglos la iglesia mantuvo el enterramiento diferenciado o privación de sepultura eclesiástica, además de la negación de la misa exequial. Fue en 1983 cuando el nuevo

código de Derecho Canónico retiró estas sanciones (Irurita, 1997) (37)

Durante el Renacimiento, aunque a nivel popular persistían las actitudes de condena al suicida, algunas posiciones filosóficas disentían de la noción de suicidio como pecado o crimen, justificándolo en determinadas circunstancias de dolor y sufrimiento.

Tras la revolución francesa, a partir de las obras de Rousseau y Hume, la Ilustración inició la descriminalización del suicidio. La exaltación de la razón, la libertad y los derechos humanos, proporcionaron al suicidio la consideración de racional, el hombre era libre de decidir sobre su vida y su muerte. El suicidio se despenalizó y se derogaron la degradación del cadáver, la difamación a perpetuidad y la confiscación de bienes.

En el siglo XVIII y primera mitad del XIX surge el Romanticismo, que exalta el sentimiento, valorando motivaciones psicológicas por encima de las éticas. En conjunto no se oponen al suicidio, porque siempre se le implicó con la moral y la religión, sin tenerlo en cuenta como un acto libre y con frecuencia expresión de desesperanza. Así tras la publicación en 1774 de la obra de

Goethe, "Los sufrimientos del joven Werther" se produjo una auténtica epidemia de suicidios, fundamentalmente en jóvenes.

El fin de la represión del suicidio, coincide con la aparición de las ciencias sociales que nacen con el capitalismo y la sociedad industrial: donde se empieza a considerarlo como un problema social junto con la pobreza, el alcoholismo, el crimen o la enfermedad.

La época moderna del estudio del suicidio comenzará con el cambio de siglo, y centradas en dos líneas de investigación diferentes:

*La psicológica:* busca la explicación al suicidio de los fenómenos psíquicos inconscientes intrapersonales. Su figura representativa es Freud.

*La sociológica:* Sostiene que las motivaciones del acto suicida se encuentran en las raíces mismas de la sociedad.

No obstante también alcanzó cierta aceptación la idea procedente de la escuela psiquiátrica francesa, del suicidio como resultado de un trastorno mental (Irrutia J 1997) (38).

En la actualidad el suicidio es un grave problema de salud pública. A nivel popular el suicidio sigue siendo sinónimo de libertad o de locura, cuya prevención y control ha quedado en manos de los estamentos médicos. Parece pues que la sociedad ha declinado en el médico la responsabilidad

de determinar cuales de los suicidios son "racionales" y cuales "patológicos".

Costa Molinari en unas reflexiones sobre el suicidio dice "... en sí mismo el suicidio no es un hecho patológico. Es una conducta singular en la que se proyecta toda la personalidad del sujeto, sus condiciones biológicas, su situación emocional, sus problemas, sus esperanzas -o carencia de ellas- sus deseos, sus ambiciones, sentimientos, relaciones interpersonales, proyectos, acontecimientos psicobiográficos, actuales y remotos, en fin, de todos aquellos innumerables elementos que concurren en la toma de decisiones tan sumamente arriesgadas".

Aunque advierte que en muchas ocasiones las razones aducidas pueden tener su base en trastornos patológicos, sobre todo de la esfera afectiva y por lo tanto ser tributarios de tratamiento (Irrutia J 1997) (39).

### **MODELOS TEÓRICOS DEL FENOMENO SUICIDA.**

Aunque siempre ha existido interés por el fenómeno suicida, no es hasta el siglo XIX cuando se elaboran las primeras teorías que intentan abordar con cierto rigor el análisis de esta conducta.

Tres fueron las aproximaciones teóricas clásicas que alcanzaron una mayor madurez y aceptación: patológica,

sociológica y psicoanalítica; a las que posteriormente se añadió la aportación de la psicología cognitiva.

#### **TEORÍA PATOLÓGICA.**

La concepción patológica del suicidio aparece a principios del siglo XIX a cargo de la escuela psiquiátrica francesa, que considera al suicidio como un síntoma de enfermedad mental.

Pinel introduce al suicidio como una forma de conducta mórbida. Su discípulo Esquirol (1838), ofrece una teoría global del suicidio con una concepción clínica y patológica. Según este autor, todo suicidio es "el efecto de una enfermedad o un delirio agudo...". Centró su estudio del suicidio como síntoma de enfermedad mental, aunque también apuntó que existían suicidios provocados por las pasiones humanas, refiriéndose a él, como una afección moral desencadenada por las múltiples incidencias de la vida.

En esta época se llegaron a analizar las anomalías morfológicas y funcionales de las personas que intentaban suicidarse, buscándose mediante la autopsia de los suicidas las lesiones que podían condicionar el suicidio. Algunos años después, Achille-Delmas (1932) expuso su teoría acerca de los suicidios, que él consideraba patológicos y ligados a trastornos constitucionales orgánicos. Esta teoría tenía tres

puntos: todo suicidio implica una enfermedad mental, el suicidio es un síntoma y no una enfermedad, el suicidio está ligado a la ansiedad orgánica.

Esta visión del suicidio fue duramente criticada por autores como Deshaies (1947). Según este autor la escuela francesa realizó un razonamiento lógico del suicidio como un acto de locura bajo la forma de un silogismo falso: si algunas personas son suicidas y algunos enfermos mentales se suicidan, los suicidas son enfermos mentales (González 2004) (40).

#### **TEORIA SOCIOLOGICA**

Los fundamentos de la teoría sociológica parten del sociólogo francés Emile Durkheim (1858-1917), quien en 1897 publica "El Suicidio", libro que se ha establecido como modelo de las investigaciones sociológicas y cuyos argumentos siguen influyendo en las interpretaciones actuales sobre el suicidio.

En su obra, este autor considera al suicidio como un "hecho social" que sólo puede ser explicado sociológicamente, y no por las motivaciones individuales del suicida. Por tanto centra su estudio en las tasas de suicidio de diferentes países europeos y cómo éstas se ven modificadas por la

influencia de factores sociales tales como la religión, la situación familiar, la economía, la guerra.

Considera que el suicidio es el resultado de las influencias y el control de la sociedad, y propone dos variables que hay que tener en cuenta: el grado de integración social y el grado de reglamentación social.

Distinguió cuatro tipos de suicidio

- Suicidio Altruista: En el que el individuo no está suficientemente diferenciado del grupo social al que pertenece, siendo capaz de sacrificarse por el grupo. Es típico de sociedades rígidas que ponen por encima del individuo un código de deberes de sentido grupal.

- Suicidio Anómico: Se produce cuando el quebrantamiento de los valores sociales conduce a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significación de la vida.

- Suicidio Egoísta: resulta de la alienación del individuo respecto a su medio social, es decir, es consecuencia de la falta de integración social, y es muy común allí donde los factores culturales subrayan el individualismo. Durkheim observó como la guerra franco-prusiana de 1870 tuvo como consecuencia una disminución de la tasa de suicidio en ambos países. Según este autor ello se

debería a que en situaciones de crisis aumentaría la integración social y disminuiría el suicidio egoísta.

- Suicidio Fatalista: Se produciría por una excesiva "planificación", viéndose los individuos con un porvenir implacablemente limitado, y sus pasiones constreñidas por una disciplina opresora.

Entre sus conclusiones destacan:

a) El suicidio progresa con la ciencia. El hombre se mata porque la sociedad de la que forma parte ha perdido su cohesión.

b) La religión ejerce una acción profiláctica sobre el suicidio porque constituye una sociedad.

c) El suicidio varía en razón inversa con el grado de desintegración de los grupos sociales de que forma parte el individuo (González 2004) (41).

### **TEORÍA PSICONALÍTICA**

Las teorías psicoanalíticas consideran que la causa principal del suicidio se encuentra en los factores intrapersonales.

Las principales formulaciones teóricas relacionadas con este punto de vista derivan de Freud y sus discípulos.

Freud no se ocupó de una manera específica del suicidio, encontrando en su obra sólo referencias dispersas. A pesar de

ello las aportaciones más importantes de la obra de Freud son:

- La idea fundamental del suicidio como parte del homicidio.

- La ambivalencia amor-odio que está presente en la dinámica de todo suicida.

- La asociación de la agresividad, y por tanto del suicidio, a la manifestación de una pulsión de muerte que al buscar constantemente un reposo eterno puede encontrar su expresión en el suicidio.

La obra de Meninger entronca con el pensamiento de Freud, pudiendo ser considerada la doctrina psicoanalítica clásica sobre el suicidio. Afirma que existen en todos nosotros fuertes propensiones hacia la propia destrucción y éstas llegan a hacerse efectivas cuando se combinan múltiples factores y circunstancias. Por otro lado niega la atribución del suicidio a causas inmediatas evidentes y reconocibles a primera vista.

El suicidio en el que intervendrían elementos autopunitivos, agresivos y eróticos se manifestaría como un acto complejo en el que participan tres elementos:

- Deseo de matar
- Deseo de estar muerto

- Deseo de morir

La teoría del instinto de muerte es discutida por autores posteriores, así Sullivan (1953) subraya la importancia de las relaciones interpersonales y añade los conceptos de angustia y envidia a tener en cuenta en la conducta suicida. Horney (1981) considera la trascendencia de los trastornos provocados culturalmente en las experiencias de desarrollo del niño, y Fenichel afirma que el suicidio se lleva a cabo porque las esperanzas e ilusiones de una tranquilizadora gratificación se hallan vinculadas a la idea de suicidio.

A pesar de las discrepancias, la mayoría de las tendencias psicoanalíticas coinciden en que el suicidio es precedido por un periodo de crisis psicológica y conflicto emocional, durante el cual la víctima potencial es conscientemente ambivalente y está confusa, mientras trata de controlar y resistir las fantasías e impulsos que la empujan a la autodestrucción (González 2004) (42).

#### **TEORIAS COGNITIVAS**

Las teorías cognitivas incluyen en la conducta suicida componentes valorados como no agresivos, entre los que destacan la ansiedad, la culpa, la dependencia, la desesperanza, la indefensión y el abandono, que según estas

teorías constituyen aspectos psicológicos esenciales en la mayor parte de los actos suicidas.

Beck (1983) en su obra "Terapia cognitiva de la depresión", dice que toda la sintomatología depresiva surge de patrones cognitivos negativos y distorsionados a través de la Triada cognitiva que incluye: una visión negativa de sí mismo, tendencia a interpretar las experiencias de una forma negativa y una visión negativa del mundo. A través de estos patrones negativos erróneos, junto con errores de procesamiento de la información del tipo de generalizaciones, minimización y maximización, pensamiento absolutista y dicotómico y otros, unido a la existencia previa de patrones cognitivos estables que denomina "Esquemas", hacen surgir un pensamiento en la depresión que se denomina PRIMITIVO.

Este pensamiento primitivo, característico de la depresión se define como un pensamiento global, sin matices, categórico e irreversible.

Para Beck las ideas de suicidio se interpretan como una expresión extrema de un deseo de escapar a aquellos problemas o situaciones que parecen irresolubles e intolerables. El paciente puede verse a sí mismo como una carga inútil y pensar que sería mejor para todos que muriera. Define el concepto de desesperanza como un sistema de esquemas

cognitivos sobre expectativas negativas de futuro. Los pensamientos suicidas surgen cuando el paciente conceptualiza su situación como insostenible (González 2004) (43).

#### **OTROS MODELOS EXPLICATIVOS.**

En la actualidad cobran mayor importancia los modelos explicativos multidimensionales que han venido a sustituir a anteriores modelos unidimensionales en la explicación de la conducta suicida.

Dentro de estos modelos destacan:

- Modelo arquitectónico de Mack (1986) que consta de:
  - macrocosmo: sistema educativo, sociopolítico, cultural y económicos
  - vulnerabilidad biológica
  - experiencias tempranas
  - organización de la personalidad
  - las relaciones del individuo
  - la psicopatología
  - la ontogenia
  - las circunstancias vitales
  
- Modelo de trayectorias de desarrollo del suicidio de Silverman y Felner (1995):

Existirían una serie de factores que conducirían al suicidio y que se deben estar desplegando durante un determinado tiempo.

Utiliza el concepto de vulnerabilidad personal, que sería la resultante de la exposición a los factores de riesgo y a los protectores. Así, desarrollos tempranos problemáticos pueden hacer que un sujeto tenga vulnerabilidad al suicidio, aunque según estos autores se puede intervenir sobre dicha vulnerabilidad mediante programas específicos.

- Modelo basado en el estado de la mente de Bonner y Rich (1987):

Consideran el fenómeno suicida como un proceso dinámico y circular del que el sujeto puede salir o volver a entrar. Reúne las variables en dos grupos:

En primer lugar el contexto socioindividual del sujeto que incluye aspectos del ambiente social y del entramado individual del sujeto, y en segundo lugar el "estado mental suicida" que hace referencia al conjunto de características psicológicas que rodean y acompañan a la conducta suicida. Estas variables son: depresión, desesperanza, baja autoestima, soledad, falta de razones para vivir y valoración positiva del suicidio como medio para la resolución de problemas.

- Modelo cúbico del suicidio de Shneidman (1992):

Propone un modelo explicativo cuya representación gráfica sería un cubo con 125 cubiletes, 25 de ellos en cada plano. Cada una de las tres caras visibles del cubo corresponde a un componente del modelo: dolor, perturbación y presión.

La cara anterior la forma el dolor, referido al dolor psicológico. La cara lateral la perturbación, y la cara superior la presión. Cada uno de estos factores tiene un gradiente del 1 al 5, de manera que los sujetos con 5 de los tres factores serían los suicidas.

- Modelo de sobreposición de Blumenthal (1988):

Para esta autora los factores de riesgo se asocian en 5 áreas de vulnerabilidad que son: Trastornos psiquiátricos, rasgos y trastornos de personalidad, factores psicosociales y ambientales, variables genéticas y familiares, factores biológicos (González 2004) (44).

### **CONCEPTO DE LA CONDUCTA SUICIDA**

Una definición común de Suicidio es que es una muerte auto inducida, con evidencia ya sea de manera implícita o explícita de que una persona intento morir (APA 2005) (68).

El suicidio es una forma de muerte violenta una decisión individual en la cual influye una multiplicidad de

condiciones de orden biológico, psicológico, social, cognitivo, de género, desarrollo, entre otras.

La palabra suicidio es un latinismo que proviene de las expresiones latinas "sui", si mismo y "caedere" matarse, que lo define como el hecho de matarse así mismo.

Aparece tardíamente y con un carácter más abstracto y cultista que anteriores voces que lo preceden como "matarse", "destruirse" o "asesinarse".

El diccionario de la Real Academia Española presenta varios términos en relación con esta palabra: "suicidio", acción y efecto de suicidarse. "Suicida" (Sust), persona que se suicida. "Suicida" (adj), dicese del acto o conducta que daña o destruye al propio agente. "Suicidarse", quitarse violenta y voluntariamente la vida.

La conducta suicida es generalmente referida como la presencia de ideación suicida, plan suicida e intento suicida (gesto suicida e intento severo). La ideación suicida es considerada como "tener pensamientos o fantasías acerca de la propia muerte". Se considera que una persona tiene un plan suicida cuando ha establecido en cierta medida una fecha, lugar, método e incluso ha elaborado una carta de despedida para cuando cometa suicidio. Y por último, el intento suicida

es la conducta autolesiva llevada a cabo con la finalidad de morir, pero que no logra su propósito. Para su estudio se han diferenciado dentro del intento suicida dos clasificaciones: el gesto suicida (un acto de autolesión pero sin el propósito de autodestrucción) y el intento severo (cuya finalidad es la de terminar con la propia vida). (Cota, Borges 2007) (25)

### **EPIDEMIOLOGIA DE LA CONDUCTA SUICIDA**

La prevalencia de suicidio es muy diversa según las distintas de regiones y países del mundo. Las tasas más bajas se registran en América Latina y en países Musulmanes encontrándose una tasa <6.5 suicidios por 100,000 habitantes por año; mientras que en regiones del Este de Europa se registran las tasas más altas con más de 27 suicidios por cada 100,000 habitantes por año. Estados Unidos y en los países Nórdicos en cambio encontramos cifras medias 12 a 18 suicidios por cada 100,000 personas por año (Mann JJ et al 2008) (69). Las tasas de suicidio en inmigrantes suelen ser similares a las sus países de origen en comparación de las tasas de sus países de residencia (Malefant EC 2008) (70). Las tasas de suicidio son altas en ancianos especialmente si existe el antecedente de intento suicida en la juventud (Pritchard c. et al 2008) (71).

Las tasas de suicidio consumado en México son las más bajas en el mundo. Actualmente se reporta una media nacional de 5 por cada 100 mil habitantes. Sin embargo la OMS reporta un incremento del 62% en su tasa de mortalidad por suicidio en su último informe en 2001. México fue el sexto país con tasas de crecimiento más altas para el suicidio en el periodo de 1980 a 1999 con un crecimiento de un 90.3% en los hombres y de 25.0% en las mujeres. El incremento del suicidio entre 1990 y 2000 fue de 150% para los mexicanos entre los 15-24 años, lo que representa el incremento más grande entre 28 países latinoamericanos. La población mexicana de 15-24 años de edad es hoy día de las más afectadas con 28% de todos los suicidios en 2007. En este grupo de edad el suicidio es ya la cuarta causa de muerte entre los varones y la segunda para las mujeres. Según la última Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2008 existe una prevalencia en nuestro país del 2.3% para la ideación suicida, del 1.0% para plan suicida y 0.6% para intento suicida (Borges et al 2009) (14).

## **FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN MEXICO**

### **FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS.**

Edad. La prevalencia de cualquier ideación, plan e intento suicida es baja en el grupo de edades inferiores a los 14 años pero se incrementa con la edad siendo el grupo de edad con mayor riesgo el grupo que va de los 15 a los 24 años (Borges et al 2009) (15). La ideación suicida comienza a incrementarse a los 10 años, el plan suicida y los intentos a los 12 años. Es alrededor de los 15 años el periodo identificado como el de mayor riesgo para la ideación, plan e intento suicida. También se ha encontrado que la probabilidad de presentar el primer intento de suicidio es más alta durante el primer año de haber comenzado con ideación suicida y de tener un plan para cometer suicidio (Cota, Borges 2007) (27)

Género. Las mujeres presentan mayores prevalencias de ideación, plan e intento suicida. Con respecto a los varones (Borges et al 2009) (16). Incluso en estudios de población general se ha encontrado que las mujeres presentan mayor prevalencia de por vida en ideación, plan e intento suicida que los hombres (Cota, Borges 2007) (26)

Escolaridad. Se encuentra una tendencia inversa entre nivel educativo y la prevalencia de ideación y conducta suicida: los extremos de los niveles educativos

(analfabetismo y licenciatura o más) presentan los valores mas extremos de las prevalencias siendo mayores en los que presentan "ninguna escolaridad" (Borges et al 2009) (17).

Estado civil. Las personas "casadas o en unión libre" presentan las prevalencias más bajas y los "separados/divorciados" las más elevadas, elevándose 3.3 veces la probabilidad de presentarla (Guilherme et al 2009) (18).

Religión. Aquellos que cuentan con una religión cuentan con un factor protector para intento, ideación o plan suicida (Borges et al 2009) (18).

Situación económica. Los niveles más bajos de disponibilidad de recursos muestran prevalencias más elevadas de conducta suicida (ideación, plan e intento suicida). Mientras que las personas con nivel socioeconómico alto tienden a reportar mayores porcentajes de intentos suicidas serios (Borges et al 2009) (19). En México las personas que presentan intento suicida indican que la mayoría pertenecen a familias con ingresos de entre 3 y 4 salarios mínimos (Cota, Borges 2007) (28)

## **FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES**

### **IDEACION SUICIDA Y PLAN SUICIDA COMO FACTOR DE RIESGO PARA INTENTO SUICIDA**

Entre las personas con ideación suicida el 34.1% reporta tener un plan y 27.2% un intento de suicidio. La transición de la ideación suicida al intento es mucho más alta entre aquellos con un plan (53.3%) (Cota, Borges 2007) (29)

#### **METODO UTILIZADO**

Los métodos utilizados exclusivamente por mujeres para el intento de suicidio fueron el intentar ahogarse o pegarse a sí mismas y los utilizados por hombres fueron la intoxicación con veneno o gas y el uso de armas de fuego. En poblaciones clínicas con pacientes que presentaron intento de suicidio en nuestro país, el método más empleado por mujeres fue la sobredosis de medicamentos. Sin distinguir entre sexos o edad de los pacientes, también se encontraron como principales medios para el intento suicida la ingestión de medicamentos, líquidos y venenos; herida por un arma blanca y de fuego, lanzamiento al vacío, choque eléctrico y ahorcamiento. Entre los fármacos más utilizados se encuentran las benzodiacepinas y la carbamazepina (Cota, Borges 2007) (30)

#### **INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS.**

Se reporta en nuestra población que el promedio de intentos para los hombres fue de 3.13 +/- 1.4 con un rango de

2 a 5 veces, mientras que en mujeres fue de 3.7 +/- 3.0 con un rango de 2 a 20 veces en la vida. Los estudios en escenarios clínicos indican que entre el 20.1% y el 22% de los pacientes que ingresaron por intento de suicidio, lo habían intentado previamente (Forteza et al 2005) (31)

#### **FACTORES AMBIENTALES Y FAMILIARES.**

En los varones la violencia en las relaciones familiares esta más relacionada con la sintomatología depresiva e ideación suicida, mientras que en las mujeres, además de la violencia familiar, también influye el estrés por los problemas con sus hermanos y porque papa y/o mamá se enfermaron. Las mujeres muestran ser más vulnerables a la dinámica familiar y presentan mayor riesgo de ideación suicida si sufren maltrato por parte del padre. La inestabilidad en relación con la pareja marital e intrafamiliar, así como pareja no fija es la segunda causa de intento suicida (Unikel et al 2006) (33).

#### **CIRCUNSTANCIAS Y EVENTOS DE VIDA ADVERSOS.**

En el caso de las mujeres, los eventos de vida precipitantes de ideación suicida son: perdidas como divorcio, separación, muerte del cónyuge y que un hijo se vaya de la casa; en el caso de los hombres: problemas en el

trabajo, desempleo, peleas y reunirse con personas que toman mucho (Forteza et al 2005) (34)

#### **FACTORES DE RIESGO NEUROBIOLÓGICOS**

La búsqueda de posibles marcadores se ha enfocado en la neurotransmisión serotoninérgica. Se ha reportado una asociación entre la conducta suicida y niveles bajos del metabolito del ácido 5-hidroxiindolacético en muestras de líquido cefalorraquídeo de pacientes con depresión. Aunque estos resultados no son constantes en todos los pacientes con depresión (Carlbog A. et al 2010) (72) Por otro lado los bajos niveles séricos de colesterol han sido asociados con un incremento en el riesgo suicida. Lo anterior sugiere, aunque no de manera certera y para lo cual se requieren mas estudios, que en los mecanismos implicados en la conducta suicida existe una correlación entre el metabolismo de los lípidos y la neurotransmisión serotoninérgica a nivel de sistema nervioso central (Olie E. et al 2011) (73). La disfunción a nivel de eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal ha sido reportada en múltiples estudios asociada a riesgo suicida en pacientes con esquizofrenia (Plocka et al 2008) (82)

## **FACTORES DE RIESGO GENÉTICOS**

Estudios en gemelos y adopción han demostrado que la conducta suicida tiene un componente genético, relacionado con el sistema serotoninérgico, se ha reportado una asociación entre el gen transportador de serotonina 2A (5HTR2A) y la triptófano hidroxilasa (TPH1), sin embargo aun no concluyente. En otra área de estudio se reporta un déficit en la expresión de un gen relacionado con la dopamina (DARPP-32) y su papel en la regulación del metabolismo de la serotonina en pacientes con conducta suicida (Beldcamp et al 2008) (83). Otros estudios en cambio se han enfocado en las neurotrofinas, proteínas que están involucradas en el desarrollo de las neuronas. Aun no hay resultados concluyentes (Zaii CC. et al 2011) (74).

## **SUICIDIO Y ENFERMEDAD MENTAL**

Se define como enfermedad mental según la OMS a una alteración de tipo emocional, cognitivo y /o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. Lo que dificulta a la persona

su adaptación al entorno cultural y social en el que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo.

Un trastorno mental incrementa aproximadamente cinco veces la probabilidad de ocurrencia de ideación suicida y aproximadamente 10 veces la presencia, ya sea de un plan o de un intento de suicidio (Capasso et.al 2008) (20). En Europa y los Estados Unidos se ha documentado que más del 90% de las personas que cometen suicidio son portadores de un trastorno psiquiátrico (Bertolote et al 2008) (75).

Borges y cols, en nuestro país, reportaron que contar con antecedentes de cualquier trastorno psiquiátrico es común entre los individuos con ideación suicida (81%), con plan (89%) y con intento (82%). Los trastornos con una mayor asociación con el comportamiento suicida fueron: con la ideación suicida, la distimia; con el plan, el abuso y dependencia de alcohol, y con el intento, la distimia y los trastornos relacionados con el control de impulsos, estos últimos relacionados con la depresión y la desesperanza. Se reporta también que entre mayor comorbilidad psiquiátrica se encuentra en los sujetos mayor es el riesgo suicida. La presencia de tres o más trastornos psiquiátricos se asocian con un incremento de 5.7 en la probabilidad de cometer suicidio en comparación con los sujetos sin presencia de

trastornos psiquiátricos, mientras que el plan y la ideación, aumentan en un 5.2 y 7.2 respectivamente (Borges, et al 2008) (32)

En un estudio realizado en Europa donde se analizó de manera retrospectiva una población de 21,169 personas con presencia de suicidio entre 1981 y 1997 se demostró en general que la hospitalización a causa de cualquier padecimiento psiquiátrico implica un riesgo elevado de presentar suicidio. Siendo entre los hombres las patologías que implican un mayor riesgo la depresión, el trastorno límite de la personalidad, otros trastornos afectivos y reacción de estrés agudo o reacción de ajuste. Entre las mujeres el riesgo fue alto en aquellas con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, trastorno bipolar, trastorno depresivo recurrente, consumo de sustancias (alcohol). Siendo la Demencia el trastorno psiquiátrico común en ambos géneros. En general el riesgo disminuye conforme aumenta la edad. En las personas mayores de 35 años de edad el trastorno depresivo recurrente y la esquizofrenia aumentan el riesgo suicida en ambos géneros. Para la población entre los 30 y los 60 años el trastorno depresivo recurrente en hombres y el trastorno límite de la personalidad en mujeres son las patologías psiquiátricas que

incrementan la ocurrencia de suicidio. Ya cerca de los 60 años el riesgo suicida se encuentra asociado a reacción por estrés agudo y reacción de ajuste ( Ping Qin 2011) (21)

Individuos diagnosticados con una enfermedad mental severa entre ellos esquizofrenia, presentan un alto riesgo de mortalidad (Capasso et.al 2008) (10) Se estima que estos individuos mueren entre 10 y 15 años antes que el promedio de la población general (Chang et al 2011) (11), ya que presentan síntomas de riesgo tales como ánimo depresivo, alucinaciones auditivas y visuales, ideas delirantes, heteroagresividad así como conductas violentas (Large et al 2011) (12)

### **Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.**

Los pacientes con diagnósticos que corresponden al espectro psicótico tienen una mayor prevalencia de suicidio y conductas suicidas, siendo esto una de las principales causas de muerte entre esta población (Palmer BA et al 2008) (76). Dado que más adelante haremos una amplia referencia al riesgo suicida de los pacientes esquizofrénicos no nos detendremos ahora en este apartado.

### **Trastornos afectivos**

En el mismo estudio realizado por Ping Qin se señala que el trastorno depresivo recurrente es una de las principales causas de riesgo suicida, se señala también que la población de la tercera edad es la más vulnerable y que contribuye a una cuarta de las muertes por suicidio en personas mayores de 55 años( Ping Qin 2011) (22)

### **Trastornos de personalidad.**

Ping Qin destaca que el trastorno límite de la personalidad presenta un riesgo alto muy particularmente en la población joven adulta en un nivel de severidad comparado al de la Esquizofrenia y a la depresión. (Ping Qin 2011) (23)

### **Uso de sustancias.**

Los trastornos relacionados con alcohol o el uso de cualquier otra sustancia ya sea como patología única o asociada a otros trastornos psiquiátricos incrementa de manera considerable el riesgo suicida, esto en adultos jóvenes y en población de la 3era y 4ta década de la vida respectivamente. Se considera que dichas patologías ocupan el segundo lugar después del trastorno depresivo en la

influencia de la presencia de suicidio especialmente si cursan con una evolución crónica y se asocian a alguna otra patología psiquiátrica.

La intoxicación por alcohol está involucrada en el 64 % de los intentos suicidas y de suicidios consumados; mientras que la dependencia por alcohol lo está en un 7% (Ping Qin 2011) (24)

### **EL SUICIDIO EN LA ESQUIZOFRENIA.**

El suicidio es una de las principales causas de muerte entre los pacientes con esquizofrenia en comparación con la población general aumentado en 5 a 8 veces el riesgo de suicidio (Inskip et al 2008) (1).

Entre el 40 y 50% de los pacientes con esquizofrenia refieren la presencia de ideación suicida en algún momento de su vida. Así mismo entre un 20 y un 50% han reportado la presencia de intento suicida (Breier et al 2010) (2) y sólo de un 4 a un 13% de los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia se suicidan (Harris, Barraclough 2007) (3)

La mayor parte de los suicidios en pacientes con Esquizofrenia ocurre durante los primeros 10 años a partir

del diagnóstico de la enfermedad y 50% de ellos ocurre durante los primeros 2 años, en una edad promedio de 30 años. Sin embargo es más probable que el intento suicida se cometa las primeras semanas o meses después de un internamiento, dentro de los 6 meses aproximadamente. (Cannon et al 2010) (8). Siendo esta relación resultado de la presencia de "depresión postesquizofrenia" (Pompili et al 2007) (9). La coexistencia de abuso de sustancias y alcoholismo aumenta o puede empeorar las conductas impulsivas que condicionan un aumento en el riesgo de intencionalidad suicida y aislamiento social. (Gut-Fayand et al 2009) (7).

El suicidio en la esquizofrenia es especialmente importante en los pacientes con un primer episodio de psicosis, reportándose, en múltiples estudios en el 2-5% de esta población; encontrándose una tasa 2.7 veces mayor de riesgo suicida en comparación con los pacientes que tienen un curso crónico de la enfermedad (Dutta, R. et al 2010) (62). En un estudio longitudinal de seguimiento por 1 año realizado por Fredyszyn y cols en el Centro de Intervención y Prevención Temprana en Psicosis en Estados Unidos, con una muestra de 94 pacientes se encontró que el riesgo suicida es más alto en el primer mes de tratamiento posterior al primer cuadro psicótico, disminuyendo rápidamente en los 5 meses

posteriores (Fredyszyn et al 2010) (63). Levine y cols encontraron a través de un estudio retrospectivo en una muestra de 2293 pacientes que el 8.5% (196 pacientes) de ellos presentaron un intento suicida en su primera hospitalización y que el 6.6% (151 pacientes) a lo largo de los 4 a 7 años siguientes (Levine et al 2010) (64).

En pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia la detección de factores de riesgo suele ser un factor esencial para la implementación apropiada de intervenciones (Guilherme et al 2009) (14). Entre los factores de riesgo se encuentran: la presencia de intentos suicidas previos, el grado de letalidad de los mismos, desesperanza, la presencia de síntomas psicóticos, precauciones mínimas tomadas por el paciente de ser rescatado durante el intento (Hela et al 2007) (4). Una enfermedad severa (comienzo temprano de la enfermedad, numero de hospitalizaciones por recaída y altas dosis de antipsicóticos empleada) (Siris SG 2008) (5). La presencia de síntomas psicóticos, alucinaciones o ideas delirantes, su presencia en diversos estudios han sido inconsistente, sin embargo se ha reportado que la presencia de alucinaciones de comando se ha asociado a la presencia de riesgo suicida, pero no de manera común como otros factores. Coexistencia de síntomas depresivos (Tandon, Jibson 2009)

(6). Los síntomas depresivos incrementan de manera importante el riesgo suicida, se ha reportado que hasta un 64% de los pacientes que cometen suicidio han experimentado síntomas depresivos tales como sentimiento de impotencia e inutilidad. (Hawton, K et al) (46). Berger y cols en una revisión realizada a 29 estudios sobre factores de riesgo para suicidio en pacientes con primer episodio psicótico reportaron que los factores de riesgo mas importantes fueron la presencia previa de trastornos depresivos (OR=3.03), intentos suicidas previos reportado hasta en el 73% de los pacientes con esquizofrenia (OR=4.09), consumo de sustancias (OR= 3.21), pobre adherencia a tratamiento (OR=3.75) y perdida reciente (OR=4.03) (Berger et al 2006) (65). Thorup y cols encontraron en un estudio transversal realizado a un grupo de 578 adultos con un primer episodio psicótico algunas diferencias en cuanto a género; así, los hombres presentaron mayor severidad en cuanto a presencia de síntomas negativos, una peor funcionalidad laboral y social premorbidas, abuso de sustancias, mayor desempleo, solteros y de raza blanca. En cambio en las mujeres solo se encontró mayor severidad en cuanto a síntomas positivos y sentimientos de minusvalía (Thorup et al 2007) (66). Barret y cols en un estudio realizado a 194 pacientes con presencia de un primer episodio psicótico

encontró que la presencia de síntomas depresivos, insight, así como creencias negativas acerca de la psicosis aumentaban el riesgo de suicidio (Barret et al 2010) (67).

#### **TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO Y ESQUIZOFRENIA**

Los síntomas afectivos se presentan de manera común dentro de la esquizofrenia; entre ellos, los síntomas depresivos que se reportan en casi el 80% de los pacientes mientras que los síntomas maniacos en un 20% (an der Heiden, W et al) (45). La presencia de trastornos del estado de ánimo o de síntomas afectivos de manera conjunta con Esquizofrenia sugieren que estas dos entidades son parte de un espectro continuo en lugar de entidades separadas, de acuerdo a esto el trastorno esquizoafectivo se sitúa en el punto medio entre la psicosis con síntomas depresivos por un lado y la depresión con síntomas psicóticos en el extremo opuesto o bien, se sugiere que es un trastorno que se presenta de manera intermitente a lo largo de este espectro. (Cheniaux, E et al) (51). Los síntomas depresivos se pueden presentar como un trastorno esquizoafectivo (10-30%), como un síndrome o un subsíndrome depresivo, estas dos últimas entidades pueden estar presentes antes, durante o después de un episodio psicótico y hasta en un 83% de los pacientes en los meses posteriores a la hospitalización (Corcoran, C.M. et al) (47).

Se ha documentado que en los pacientes con riesgo de desarrollar esquizofrenia, los síntomas depresivos y ansiosos pueden preceder al desarrollo de un primer episodio psicótico (Felmet, K et al) (49).

Algunos autores coinciden con que la depresión es parte inherente de los síntomas de la Esquizofrenia, ya sea formando parte de la fase prodrómica que indica una recaída hasta en un 60 a un 75% según reporte de familiares de pacientes con esquizofrenia (Mulholland C, Cooper S) (60); como un componente primario de la fase aguda muy susceptible de tratamiento o simplemente como un síntoma que aparece en algún momento posterior a un episodio psicótico (Majadas et al 2012) (48), que puede persistir o empeorar y muchas de las veces es asociado a un peor pronóstico (Felmet, K et al) (50). Algunos autores coinciden en que la presencia de síntomas afectivos en un 30% de los pacientes se encuentra presente 4.5 años antes de un primer episodio psicótico y en un 40% de los casos estos síntomas prevalecen 7.5 años en promedio acompañando al paciente a lo largo de su enfermedad (Sands JR, Harrow M.) (61). En un estudio realizado en 2007 por Majadas y cols en diversos centros hospitalarios en España reportando una prevalencia de trastorno depresivo del 31% (95% de intervalo de confianza) en una población de 95

pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia y donde concluyen que los síntomas depresivos se encuentran en un 75%, en estos pacientes, en la fase estable de la enfermedad, que son subdiagnosticados y que muchas veces se confunden con síntomas negativos. Así mismo se concluye que la presencia de síntomas depresivos se asocia a una serie de factores adversos como: comorbilidad médica, problemas en el desempeño laboral, una pobre calidad de vida, un riesgo alto de recaídas u hospitalizaciones y un alto riesgo de suicidio. (Majadas et al 2012) (35). Y que estos síntomas depresivos, se presentan en el marco de la presencia de efectos adversos secundarios a fármacos, como resultado del abuso de sustancias o en respuesta a factores estresantes (Corcoran, C.M. et al) (50).

Otro estudio realizado por Hayes del 2007 al 2012 en una población de 6880 individuos con diagnósticos de trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo y esquizofrenia, se observó una disminución del riesgo de mortalidad en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar no así en pacientes con esquizofrenia (HR 0.7 95% CI 0.4-0.96 p= 0.02) siendo el factor de riesgo mas importante asociado con el aumento en el riesgo de la mortalidad, en estos últimos pacientes, la depresión (HR 1.5 95% CI 1.1-2.2 p=0.019). Sin embargo este

mismo factor se encontró como protector en pacientes con trastorno esquizoafectivo (HR 0.3 95% CI 0.1-0.8 p=0.021) (Hayes et. al 2011) (13)

#### **NEUROBIOLOGIA DE LOS SINTOMAS AFECTIVOS EN ESQUIZOFRENIA**

Es bien conocido el papel que juega la disfunción del sistema de neurotransmisión dopaminérgico en la génesis de los síntomas clásicos de la esquizofrenia. De esta manera se explica que la presencia de un exceso de dopamina a nivel del sistema mesolímbico produce los síntomas positivos. Los síntomas negativos y cognitivos son debidos a una disminución en la cantidad de dopamina en la región prefrontal dorsolateral mientras que en la región prefrontal ventromedial la disminución en la cantidad de dopamina contribuye a la presencia de síntomas negativos y afectivos en el paciente con esquizofrenia. Sin embargo la disfunción del sistema dopaminérgico trae consigo la alteración del sistema serotoninérgico ya algunos receptores de serotonina tienen una mayor influencia en la liberación de dopamina. Así, los receptores 5HT1A y 5HT2C funcionan como un acelerador en la liberación de dopamina, mientras que el receptor 5HT2A es un freno para la liberación de la misma. La serotonina también regula la liberación de norepinefrina, pero sólo como un feedback negativo de ambos receptores 5HT2A

y 5HT<sub>2C</sub>, que inhiben la liberación de norepinefrina. Los receptores presinápticos alfa 2 regulan también su liberación de manera que son llamados "autorreceptores" ; cuando estos receptores reconocen la norepinefrina, interrumpen su liberación.(Stahl, S. 2008) (52).

#### **MANEJO DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y RIESGO SUICIDA.**

##### ***ANTIPSICÓTICOS***

El bloqueo de los receptores D<sub>2</sub> de dopamina, esencialmente por los antipsicóticos de primera generación, incrementa la presencia de síntomas afectivos y negativos ya que el bloqueo de estos receptores a nivel de la corteza prefrontal contribuye a ello. Mientras que el antagonismo de los receptores de 5HT<sub>2A</sub> (propiedad compartida por muchos de los antipsicóticos) y 5HT<sub>2C</sub> así como del receptor D<sub>2</sub> en los antipsicóticos de segunda generación, reducen la presencia de síntomas negativos, afectivos y cognitivos ya que pueden causar la liberación de dopamina y norepinefrina en determinadas áreas del cerebro, en concreto en el área prefrontal. (Stahl, S. 2008) (53). La Olanzapina y la ziprazidona, antipsicóticos con actividad antagonista sobre 5HT<sub>2C</sub> han demostrado una gran utilidad en el tratamiento del trastorno bipolar (Kjelby, E. et al 2011) (56).

En la depresión la neurotransmisión de la dopamina se encuentra disminuida, existe una deficiencia de la actividad de los receptores D2 y D3 de la dopamina. El agonismo parcial de los receptores D2/D3 por fármacos como el Aripiprazol, además de la afinidad por los receptores 5HT1A, 5HT2A, 5HT2C, no sólo generan mejoría en los síntomas psicóticos, sino también en los síntomas afectivos (Berman, R.M. et al 2007) (54). El incremento de la neurotransmisión noradrenérgica, a través de la inhibición de la recaptura de norepinefrina, es otro de los mecanismos investigados, que poseen los antipsicóticos de segunda generación, que mejoran el estado de ánimo; teniendo dentro del grupo de antipsicóticos a la ziprazidona y la quetiapina como sus exponentes. Además, la ziprazidona posee de manera adicional la inhibición de la recaptura de serotonina dentro de sus mecanismos de acción lo que también contribuye a su efecto antidepresivo. Otro de los mecanismos que hace que los antipsicóticos tengan propiedades antidepresivas es el antagonismo de los receptores alfa 2, misma que presentan antipsicóticos como la risperidona y la paliperidona. (Kjelby, E. et al 2011) (55). Y finalmente, se ha encontrado que la Clozapina es el único fármaco que disminuye el riesgo suicida y es el único recomendado en

pacientes con conductas o ideación suicida (Buchanan, R.M. et al 2010) (56)

### ***ANTIDEPRESIVOS***

Los antidepresivos son prescritos hasta en un 43% junto con los antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia. El citalopram, un inhibidor de la recaptura de serotonina, ha demostrado que mejora los síntomas depresivos y disminuye la ideación suicida en pacientes con esquizofrenia (Zisook, S. et al 2010) (57). Por otra parte, se ha demostrado que mirtazapina, un antagonista serotoninérgico 5TH2A y 2C; antagonista de los receptores alfa-2 y agonista del receptor 5HT1A, en combinación con el tratamiento antipsicótico mejora los síntomas negativos y cognitivos; usando de la misma manera fluvoxamina se ha comprobado que mejora los síntomas negativos resistentes a tratamiento debido al agonismo sobre receptores 5HT2A (Silver. H. et al 2011) (58)

### ***ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO***

Aunque algunos estabilizadores en el estado de ánimo como el litio, el valproato y la lamotrigina son prescritos comúnmente junto con antipsicóticos en esquizofrenia, existe poca evidencia y no se encuentran aprobados para su uso en depresión en estos pacientes (Citrome, L. 2009) (59).

## **INSIGHT Y SUICIDIO**

El insight es definido a través de tres dimensiones: el reconocimiento de poseer una enfermedad mental; adherencia tratamiento; y la facultad de reconocer los fenómenos mentales que lo aquejan como patológicos (David AS. et al 1990). Por lo menos un 50 a un 80% de los pacientes con esquizofrenia no creen que posean una enfermedad mental. El insight no es un fenómeno estático, aunque puede persistir en algunos pacientes, este puede mejorar con el tratamiento (Wiffen BD et al 2010) (78). La presencia de insight en las tres dimensiones en un paciente se asocia con menor cantidad de síntomas, mejor adherencia a tratamiento, mejor funcionamiento social y mejor desempeño laboral. Sin embargo también se asocia a la aparición de síntomas depresivos y de desesperanza y una menor calidad de vida (Valiente C et al 2011) (79). Múltiples estudios indican que altos niveles de insight, pueden aumentar el riesgo de conductas suicidas en pacientes con esquizofrenia, debido a que en los pacientes con una funcionalidad premorbida adecuada al enfrentarse a las limitaciones de una enfermedad mental puede generar sentimientos de minusvalía y culpa. Otra hipótesis apunta a las creencias que el paciente tiene acerca de la enfermedad mental, que en la mayor parte de los casos estas suelen ser

negativas (Kao YC et al 2011) (80). Por otro lado otros estudios no reportan esta relación e incluso algunos reportan que el tener alto grado de insight es un factor protector debido a que incrementa la adherencia a tratamiento (Restifo et al) (81).

## **METODOLOGIA**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Dentro de los actos que realiza el ser humano y que conlleva a un riesgo inminente de atentar en contra de su propia existencia se encuentra el suicidio. Acto que cobra relevancia cuando se involucra la existencia de una enfermedad mental de fondo como es la Esquizofrenia. La existencia de diversos síntomas que conforman la psicopatología de esta enfermedad, nos puede hacer creer que el suicidio en estos pacientes es de carácter multifactorial, impredecible y hasta cierto punto inabordable. Dejando en innumerables ocasiones incompleto el tratamiento y la prevención de este fenómeno con miras sólo al control de algunos síntomas psicopatológicos, entre ellos los síntomas

positivos, negativos, y los efectos secundarios inducidos por fármacos, etc. Dejando de lado síntomas afectivos que los lleva a un cuadro depresivo y a la desesperanza, en donde también se ve involucrada la conciencia de enfermedad. Y con ello la posibilidad de encontrar un conjunto de variables que desempeñen papel predictivo en dicha conducta.

### **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿La depresión, desesperanza, los síntomas positivos y la presencia de conciencia de enfermedad incrementan el riesgo de suicidio en el paciente con diagnóstico de esquizofrenia?

### **JUSTIFICACIÓN**

Es importante determinar aquellos factores asociados y probablemente de riesgo, que nos ayuden a tener un mayor conocimiento del fenómeno suicida (intencionalidad) en pacientes Esquizofrénicos y así permitir un grado de prevención de tales conductas, generando programas psicoeducativos y de terapia grupal enfocados a la detección, estudio y prevención de futuras conductas suicidas en este tipo de pacientes.

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Determinar en los servicios de Observación y Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos (UCEP) en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, los síntomas psicopatológicos que prevalecen en el paciente esquizofrénico al haber presentado una tentativa de suicidio reciente.

### **ESPECÍFICOS**

1. Comparar los síntomas depresivos que prevalecen en los pacientes esquizofrénicos que ingresan a hospitalización por intento de suicidio con aquellos que ingresan a hospitalización por diferentes motivos.
2. Comparar la presencia de desesperanza que prevalece en los pacientes esquizofrénicos ingresan a hospitalización por intento de suicidio con aquellos que ingresan a hospitalización por diferentes motivos.
3. Comparar los síntomas positivos, negativos y psicopatología general del PANSS) que prevalecen en los pacientes esquizofrénicos que ingresan a hospitalización

por intento de suicidio con aquellos que ingresan a hospitalización por diferentes motivos.

4. Comparar el grado de conciencia de enfermedad que prevalece en los pacientes esquizofrénicos que ingresan a hospitalización por intento de suicidio con aquellos que ingresan a hospitalización por diferentes motivos.

5. Comparar las variables sociodemográficas que prevalecen en los pacientes esquizofrénicos que ingresan a hospitalización por intento de suicidio, con aquellos que ingresan a hospitalización por diferente motivo al intento de suicidio.

6. Determinar el riesgo de intento suicida con todas las variables en su conjunto.

### **HIPÓTESIS:**

La depresión, desesperanza, los síntomas positivos y la presencia de conciencia de enfermedad incrementan el riesgo de suicidio en el paciente con diagnóstico de esquizofrenia

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **TIPO DE ESTUDIO:**

Se trata de un estudio transversal comparativo de **casos y controles**.

### **DESCRIPCION DE LA MUESTRA.**

La muestra será no aleatoria, por cuota y estará constituida por 30 casos y 30 controles.

Los casos serán todos los pacientes esquizofrénicos (según resultados de la entrevista clínica estructurada para trastornos del Eje I del DSM-IV) que ingresen al área de observación o a la Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos (UCEP) durante el periodo de Septiembre de 2012 a Enero de 2013, hasta completar las muestras, por haber realizado una tentativa de suicidio reciente.

Los controles serán todos aquellos pacientes esquizofrénicos (según resultados de la entrevista clínica estructurada para trastornos del Eje I del DSM-IV) que ingresen en nuestra unidad durante el periodo de Septiembre

de 2012 a Enero de 2013, hasta completar la muestra, por cualquier motivo ajeno a una tentativa de suicidio.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **-Criterios de Inclusión:**

#### a) Casos:

1) Contar con diagnóstico de Esquizofrenia según resultados de la entrevista clínica estructurada para trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I)

2) Haber requerido ingreso en el área de Observación o en la Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos de nuestra unidad del periodo de septiembre de 2012 a enero de 2013 por tentativa de suicidio.

3) Contar con una edad entre los 18 y 59 años.

#### b) Controles:

1) Contar con diagnóstico de Esquizofrenia según resultados de la entrevista clínica estructurada para trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I)

2) Haber requerido ingreso en nuestra unidad del periodo de septiembre de 2012 a enero de 2013 por cualquier motivo ajeno a tentativa de suicidio.

3) Contar con una edad entre los 18 y 59 años.

**-Criterios de Exclusión:**

a) Casos:

1) Negativa a colaborar en el protocolo.

2) Retraso mental

3) Que se demuestre que el intento suicida haya sido ocasionado por el efecto de una droga o estupefaciente al momento de realizarlo.

4) Mayores de 60 años

b) Controles:

1) Negativa a colaborar en el protocolo.

2) Retraso mental

3) Mayores de 60 años

**-Criterios de Eliminación: (ambos casos y controles)**

1) No terminar los cuestionarios y entrevistas.

2) Cualquier situación que no permita continuar con el estudio.

**VARIABLES:**

**Variables sociodemográficas**

- Edad
- Género
- Ocupación
- Escolaridad
- Estado civil
- Religión

**Variables clínicas:**

- Tiempo de evolución
- Numero de intentos suicidas previos

- Antecedentes familiares de suicidio
- Antecedentes personales de consumo de tóxicos
- Intencionalidad suicida (medida con Escala de Intencionalidad Suicida de Beck)
- Desesperanza (medida con Escala de Desesperanza de Beck)
- Síntomas Depresivos (medido con Escala de Calgary para depresión)
- Síntomas Positivos y Negativos (Medidos a través de puntuaciones totales de las subescalas positiva y negativa del PANSS)
- Conciencia de enfermedad (Medidos a través de la Escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental SUMD)

## **DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS.**

### **ENTREVISTA CLÍNICA ESTRCUTURADA PARA LOS TRASTORNOS DEL DSM-IV**

**(Structured Clinical Interview for**

**DSM-IV Disorders)**

La Entrevista clínica estructurada para los trastornos del DSM-IV (SCID) se ha diseñado para que, con un alto grado

de fiabilidad y validez, permita realizar el diagnóstico de la mayoría de los trastornos clínicos (Eje I) y de los trastornos de personalidad (Eje II) del DSM-IV. La SCID consta de dos tipos de entrevista: la SCID-VC (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Clinician Version; a veces también denominada «SCID-I») y la SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders). La SCID-VC consta de dos tipos de entrevista: a) una entrevista de exploración del sujeto, su entorno y sus problemas clínicos, denominada Visión general, y b) seis entrevistas específicas que constituyen otros tantos módulos, cada uno de ellos destinado a evaluar un tipo de trastornos del DSM-IV. Las entrevistas específicas constituyen seis módulos: A) episodios afectivos (episodio depresivo mayor, maniaco...); B) síntomas psicóticos (ideas delirantes, alucinaciones...); C) trastornos psicóticos (esquizofrenia, trastorno delirante...); D) trastornos del estado de ánimo (trastorno bipolar I, depresivo mayor...); E) trastornos relacionados con sustancias (dependencia del alcohol, de anfetamina...), F) ansiedad y otros trastornos (trastorno de angustia, obsesivo-compulsivo...) En cuanto a fiabilidad y validez la SCID-VC produce diagnósticos más fiables, precisos y válidos que las entrevistas clínicas normales. La

fiabilidad entre entrevistadores ( $\kappa$ ) suele rondar entre 0,70 y 1,00.

#### **ESCALA DE DESEPERANZA DE BECK (HOPELESSNESS SCALE, HS)**

Es una escala diseñada para evaluar, desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre el futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida. Las puntuaciones obtenidas en desesperanza es un predictor útil de posible suicidio. Consta de 20 ítems a los que el individuo ha de responder verdadero o falso. Las respuestas señaladas como verdadero en los ítems 2,4,9,11,12,14,16,17,18 y 20 valen un punto y las señaladas como falso en esos ítems 0 puntos. Las respuestas señaladas como falso en los ítems 1,3,5,6,8,10,13,15,19 valen 1 punto y las señaladas como verdadero en esos ítems valen 0 puntos. Es un instrumento autoaplicado. La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación oscila entre 0 y 20. En función de la puntuación total se tienen los siguientes puntos de corte: 0-8: riesgo bajo de cometer suicidio (0-3: ninguno o mínimo; 4-8: leve). 9-20: riesgo alto de cometer suicidio (9-14: moderado; 15-20: alto. Fiabilidad: Presenta una consistencia interna aceptable, que puede ser evidenciada con coeficientes alfa de Cronbach de 0,82 a 0,84. El análisis de su estructura

factorial refleja como más adecuada una solución unifactorial. Además es un instrumento estable, probablemente gracias a sus características de rasgo, con una buena sensibilidad (85,7%) y una adecuada especificidad (76,2%). Validez: En cuanto a la validez de constructo, existen correlaciones significativas entre la desesperanza y la ideación suicida ( $r = 0,37-0,70$ ), así como entre la desesperanza y los síntomas depresivos ( $r = 0,35-0,54$ ).

#### **ESCALA DE DEPRESIÓN DE CALGARY (CALGARY DEPRESSION SCALE, CDS)**

Es una escala para medir el nivel de depresión en los pacientes esquizofrénicos, tanto en la fase aguda como en los estadios deficitarios. Consta de 9 ítems; para los 8 primeros la propia escala facilita las preguntas para su exploración, mientras que el último es un ítem observacional para el que no se proporcionan preguntas específicas. Los ítems se puntúan según una escala tipo Likert de 4 valores de intensidad: 0, ausente; 1, leve; 2, moderado y 3, grave. Ha de ser administrada por el clínico. El marco de referencia temporal son las 2 semanas previas. Proporciona una puntuación total de la gravedad de la depresión, que se obtiene sumando la puntuación en cada ítem (0 a 3). La puntuación total oscila entre 0 y 27 puntos. El punto de corte recomendado es: 0-5: no depresión; 6-27: depresión.

Fiabilidad: Su consistencia interna es elevada (alfa de Cronbach entre 0,70 y 0,90), y muestra así mismo buenos valores de fiabilidad inter-observadores (en torno a 0,90). Validez: La escala muestra una elevada correlación con otros instrumentos de evaluación de la depresión, como por ejemplo la Escala de Depresión de Hamilton o el Inventario de Depresión de Beck (coeficiente de correlación de 0,80). La validez predictiva es adecuada; para el punto de corte que los autores de la escala proponen (mayor a 5), la sensibilidad está en torno al 75 %, con especificidad próxima al 100%. Especial interés tiene su validez divergente, por la ausencia de asociación con síntomas positivos, negativos y extrapiramidales. En comparación con la Escala de Depresión de Hamilton, la Escala de Depresión de Calgary no se correlaciona con los síntomas positivos y negativos evaluados con la PANSS, en tanto que la Escala de Depresión de Hamilton sí lo hace.

**ESCALA PARA EL SÍNDROME POSITIVO Y NEGATIVO DE LA ESQUIZOFRENIA  
(POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE, PANSS)**

Esta escala consta de 30 ítems que evalúan el síndrome esquizofrénico desde una doble perspectiva. Dimensional: evalúa la gravedad del síndrome positivo, del negativo y de la psicopatología general del trastorno esquizofrénico.

Categorial: clasifica el trastorno esquizofrénico en positivo, negativo o mixto. Los 30 ítems conforman las 4 escalas: positiva, negativa, compuesta, psicopatología general. Cada ítem se puntúa según una escala de Likert de 7 grados de intensidad o gravedad. En esta escala el 1 siempre equivale a ausencia de síntoma y el 7 a presencia con una gravedad extrema. Proporciona cuatro puntuaciones dimensionales: síndrome positivo, negativo, escala compuesta y psicopatología general. La puntuación en las escalas positiva, negativa y psicopatología general se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Las puntuaciones oscilarán entre 7 y 49 para las escalas positiva y negativa y entre 16 y 112 para psicopatología general. La puntuación de la escala compuesta se obtiene restando la puntuación en la escala negativa a la puntuación en la escala positiva. Esta escala puede tener valencia positiva o negativa, oscilando sus valores entre -42 y +42. No existen puntos de corte para las puntuaciones directas obtenidas, sino que estas se transforman mediante una tabla de conversión de percentiles. Además de la puntuación comentada, la PANSS proporciona también una información categorial, indicando si el trastorno esquizofrénico es positivo, negativo o mixto. Positivo cuando la valencia de la escala compuesta es +. Y negativo cuando la

valencia de la escala compuesta es -. El PANSS cuenta además con 3 subescalas o dimensiones medidas a través de los distintos ítems de la escala y son: subescala de excitación, valorada por los ítems P4,PG14,PG4,P7; subescala de manía constituida por los ítems P4,PG14,PG8 Y P7; la subescala depresiva formada por PG1,PG2,PG3 y PG6. El análisis del coeficiente alfa indicó una alta confiabilidad interna y homogeneidad entre los reactivos, con rango de los coeficientes entre 0.73 y 0.83 ( $p<0.001$ ) para cada una de las escalas. La confiabilidad de la escala de psicopatología general de acuerdo con los análisis estadísticos fue de 0.80 ( $p<0.001$ ) los índices de confiabilidad en el test-retest, aplicado a los pacientes en quienes no remitieron sus síntomas durante un intervalo de tres a seis meses, fue de 0.89, 0.82, 0.81 y 0.77 para las escalas positiva, negativa, compuesta y de psicopatología general respectivamente.

**ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK (SUICIDE INTENT SCALE, SIS)**

Es una escala diseñada para evaluar las características de la tentativa suicida: circunstancias en las que se llevó a cabo, 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). 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. 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. 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. En cuanto a 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 Depression Scale y Hopelessness Scale for Children.

**ESCALA DE VALORACIÓN DE LA NO CONCIENCIA DE TRASTORNO MENTAL**

**(SCALE OF**

**UNAWARENESS OF MENTAL DISORDER, SUMD)**

Se trata de una escala que valora a través de un enfoque multidimensional el grado de conciencia de enfermedad, y categoriza de acuerdo a una puntuación establecida la conciencia actual y pasada con respecto a: a) tener un desorden mental, b) la necesidad de tratamiento, c) las consecuencias de un desorden mental, d) signos y síntomas específicos.

Esta escala se fundamenta en el supuesto mantenido por sus autores de que el insight no es un fenómeno unitario, sino que por el contrario puede recibir mayor especificación, ya que los pacientes pueden tener mayor insight dentro de algunos y no todos los signos y síntomas de la enfermedad.

A su vez consideran que el insight está compuesto por dos procesos: la conciencia y la atribución. Y hacen una distinción entre la conciencia y atribución actual (en relación con los síntomas presentes) y pasada (en relación a los síntomas de episodios previos). Consta de 6 ítems generales y 4 subescalas. Todos los ítems se puntúan de 1 a 5

puntos, siendo los puntajes más altos los que dan idea de una mala conciencia. Las cuatro subescalas están compuestas por 17 ítems cada una. Están diseñadas para medir la conciencia y atribución actual y pasada de síntomas y signos. La escala se aplica de forma heteroadministrada a través de una entrevista directa. Pudiéndose administrar cualquier subescala o ítem individual independientemente de los otros. También puede utilizarse aisladamente los tres primeros ítems de conciencia global. Validez: Conciencia de trastorno mental 0,427, Conciencia de los efectos de la medicación 0,374, Conciencia de las consecuencias sociales 0,288, Subescala de conciencia 0,505, Subescala de atribución 0,239. Fiabilidad: los resultados muestran un coeficiente de fiabilidad entre observadores altos en todas las subescalas del instrumento, así como correlaciones significativas entre el ítem de conciencia de trastorno de la PANSS y aquellas subescalas de la SUMD que evalúan más propiamente conciencia de trastorno. El rango del CCI (coeficiente de correlación intraclase) entre las dos valoraciones por ítem del mismo paciente fue de 0,75 a 0,99 (media: 0,84). El CCI para el valor del total de la subescala fue 0,94. La subescala de conciencia y la subescala de atribución no se correlacionaron de forma significativa ( $Rho=0,22$ ).

## **PROCEDIMIENTO**

La información fue obtenida a través de una valoración clínica y psicométrica realizada en el **grupo de casos** en un plazo posterior a las *cuarenta y ocho horas del ingreso al servicio de Observación o al servicio de UCEP (Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos) de nuestra Institución*, y fue obtenida por el mismo evaluador (residente de psiquiatría con experiencia previa en el manejo de todas las escalas incluidas en el protocolo). Se decide realizarla dos días después del ingreso para tratar de obviar en la medida de lo posible la influencia que un acontecimiento estresante (tentativa de suicidio en el grupo de casos) sobre la respuesta en las escalas psicométricas. La entrevista se realizó hasta en 2 sesiones debido a la cantidad de escalas aplicadas y de acuerdo a la disponibilidad del paciente. Todos los pacientes fueron informados de las características del estudio y se solicitó la firma de un consentimiento informado antes de incluirlos en el protocolo.

Se considero que en aquellos casos en que un paciente reingresó varias veces en nuestra unidad durante el periodo que dure el estudio, sólo se le incluyó en el protocolo en el primer ingreso, excepto en aquellos pacientes que ingresaron

en una primera ocasión por tentativa de suicidio y en una segunda por otra sintomatología, o al contrario.

En el caso del **grupo control** la valoración clínica y psicométrica se realizó en el mismo plazo de tiempo (*cuarenta y ocho horas*) después del ingreso a cualquier servicio del Hospital, con excepción de Psicogeriatría, con aplicación del mismo número de escalas y la información pertinente sobre el estudio a través de un consentimiento informado.

### **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El presente trabajo cumplió con las recomendaciones de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52° Asamblea general Mundial Celebrada en Edimburgo, Escocia, del 2002, que guía a los médicos en las investigaciones médicas.

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país, el trabajo realizado se clasifica en la categoría 1, en base al título segundo, artículo 17, que lo clasifica como investigación sin riesgo, ya que no hubo manipulación de variables. Así mismo se solicitó consentimiento de participación voluntaria, el cual fue leído y firmado por cada participante.

## RESULTADOS

El tamaño total de la muestra fue de 60 pacientes. Se formaron 2 grupos, el grupo control (pacientes con diagnóstico de esquizofrenia sin presencia de intento suicida como motivo de ingreso a hospitalización) con 30 individuos; y el grupo de casos (pacientes con diagnóstico de esquizofrenia con presencia de intento suicida como motivo de ingreso a hospitalización) con 30 individuos.

Respecto a los datos demográficos en el grupo de CASOS: 30 pacientes (16 hombres y 14 mujeres) con una edad de 31.0 años + 9.3 (Media + SD). El 50% de ellos poseían estudios en nivel secundaria, mientras que el 26.6% los poseían en primaria y el resto tenían estudios en preparatoria o superior. Ninguno era analfabeta.

En cuanto a la situación laboral, el 86.6% contaban con una ocupación, mientras el resto no estaban incluido en el mercado laboral. El 100% eran solteros. El 80% profesaba alguna religión contra el 20% que no lo hacía.

En el grupo CONTROL: 30 pacientes (20 hombres y 10 mujeres) con una edad de 33.7 años + 10.8 (Media + SD). El 80% de ellos poseían estudios en secundaria y preparatoria, mientras que un 10% tenían estudios de primaria y el otro 10% superiores. Ninguno de los casos era analfabeto.

En cuanto a la situación laboral, el 86.6% contaban con alguna ocupación, el resto no estaban incluido en el mercado laboral. El 83.3% eran solteros, el 13.3% ya no contaba con pareja y sólo el 3.3% eran casados. El 43.3% profesaba alguna religión contra el 56.6% que no lo hacía.

Del total de la población el 30% presentaba antecedente de consumo de sustancias y el 11.7% contaba con antecedentes familiares de suicidio.

Para cada grupo (casos y controles) se analizó la relación entre variables sociodemográficas por medio de tablas de contingencia utilizando Chi Cuadrada o Exacta de Fisher buscando significancia estadística con un valor de  $p < 0.05$ . Encontrándose estadísticamente significativo variables como el estado civil  $p=0.52$ , y la religión con una  $p=0.07$ .

Tabla 1. Tabla de contingencia variable estado civil comparando grupo de casos y controles.

		GRUPO		Total
		Control	Casos	
Estado civil	Cas	1	0	1
	Solt	25	30	55
	D/S	3	0	3
	Viudo	1	0	1
Total		30	30	60
Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	G1	Sig	
Estadístico exacto de Fisher			.052	

Cas= casado Solt= soltero D/S= divorciado/ separado

Tabla 2. Tabla de contingencia variable religión comparando grupo casos y controles.

		GRUPO		Total
		Control	Casos	
Religión	Con	13	24	37
	Sin	17	6	23
Total		30	30	60
Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	G1	Sig	
Chi-cuadrado de Pearson	8.531	1	.003	
Corrección por continuidad	7.051	1	.008	
Estadístico exacto de Fisher			.007	

Al aplicar la prueba de regresión logística con la finalidad de saber cómo influye cada una de las variables sociodemográficas sobre la presencia de suicidio sólo se encontró como estadísticamente significativo la variable religión con  $p= 0.03$ .

Tabla 3. Regresión logística religión en el suicidio.

Regresión logística						
Chi cuadrado	G1	Sig.				
8.803	1	.003				
R cuadrado de Nagelkerke						
18.2%						
		B	Sig.	Exp (B)	I.C. 95%	
	RELIGION	-1.655	.005	.191	.061	.604

No se encuentran resultados estadísticamente significativos en variables sociodemográficas como edad, sexo, ocupación y escolaridad en la relación de grupos de casos y controles y tampoco las variables como predictoras de suicidio.

Tabla 4. Tabla de contingencia variable sexo comparando grupo casos y controles.

		GRUPO		Total
		control	casos	
Sexo	M	10	14	24
	H	20	16	36
Total		30	30	60
Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	G1	Sig	
Chi-cuadrado de Pearson	1.111	1	.292	
Corrección por continuidad	.625	1	.429	
Estadístico exacto de Fisher			.430	

M= mujer H= Hombre

Tabla 5. Tabla de contingencia variable ocupación comparando grupo casos y controles.

		GRUPO		Total
		control	casos	
ocupación	Sin O	26	26	52
	Con O	4	4	8
Total		30	30	60
Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	G1	Sig	
Chi-cuadrado de Pearson	.000	1	1.000	
Corrección por continuidad	.000	1	1.000	
Estadístico exacto de Fisher			1.000	

Sin O= sin ocupación Con O= con ocupación

Tabla 6. Regresión logística Edad en el suicidio.

Regresión logística						
Chi cuadrado	gl	Sig.				
1.077	1	.299				
R cuadrado de Nagelkerke						
2.4%						
		B	Sig.	Exp(B)	I.C. 95%	
	Edad	-.027	.305	.973	.924	1.025

Tabla 7. Regresión logística escolaridad en el suicidio.

Regresión logística						
Chi cuadrado	gl	Sig.				
1.898	1	.168				
R cuadrado de Nagelkerke						
4.2%						
		B	Sig.	Exp (B)	I.C. 95%	
	escolaridad	-.384	.176	.681	.390	1.188

En cuanto a las **variables clínicas** podemos decir que la media en cuanto a tiempo de evolución de la esquizofrenia se sitúa para el grupo de casos en 10.5 años y para el grupo control en 10.8 años. Así tanto para la población del grupo control y el grupo de casos existía en promedio un intento suicida como antecedente en el 51.7% de la población total.

La aplicación de la prueba estadística ANOVA para comparación de grupos muestra dentro de las variables clínicas que existe un valor estadísticamente significativo en la Escala de Desesperanza de Beck ( $p=0.003$ ) como factor de riesgo para suicidio, encontrando también valores significativos en la Escala de Psicopatología General del PANSS ( $P=.000$ ), así en los pacientes con riesgo suicida la puntuación de esta escala es mayor. Igualmente es estadísticamente significativo el valor de "p" en las Escalas

de Intencionalidad Suicida de Beck ( $p=0.000$ ) y en la Escala de Depresión de Calgary ( $p=0.000$ ) como factores de riesgo para suicidio.

Tabla 8. Comparación grupo de casos y controles y variables clínicas

Variable	Grupo	N	Media	DES. STD.	Sig.
EDBC	NO INTENTO SUICIDIO	30	10.0	4.8	.003
	SI INTENTO SUICIDIO	30	13.8	4.7	
	Total	60	11.9	5.1	
SP	NO INTENTO SUICIDIO	30	21.7	6.1	1.000
	SI INTENTO SUICIDIO	30	18.7	4.8	
	Total	60	21.7	5.4	
SN	NO INTENTO SUICIDIO	30	23.4	2.7	.249
	SI INTENTO SUICIDIO	30	20.4	3.8	
	Total	60	23.9	3.3	
SG	NO INTENTO SUICIDIO	30	34.6	5.8	.000
	SI INTENTO SUICIDIO	30	41.3	6.8	
	Total	60	38.0	7.1	
EISB	NO INTENTO SUICIDIO	30	10.6	7.4	.000
	SI INTENTO SUICIDIO	30	18.8	3.2	
	Total	60	14.7	7.0	
EDC	NO INTENTO SUICIDIO	30	7.3	3.6	.000
	SI INTENTO SUICIDIO	30	13.1	4.3	
	Total	60	10.2	4.9	

EDBC: escala de desesperanza de Beck, SP: síntomas positivos de panss, SN: síntomas negativos de panss, SG: psicopatología general de panss, EISB: escala de intencionalidad suicida de beck, EDC: escala de desesperanza de beck

Al aplicar regresión logística en estas variables no se encuentra significancia estadística con respecto a tiempo de evolución del padecimiento, número de intentos suicidas previos, antecedentes familiares de suicidio o antecedente en de consumo de sustancias en relación al suicidio.

Tabla 9. Regresión logística variables clínicas

Regresión logística						
Chi cuadrado	G1	Sig.				
.034	1	.854				
R cuadrado de Nagelkerke						
0.1%						
		B	Sig.	Exp (B)	I.C. 95%	
	TEP	-.007	.854	.993	.924	1.068
Regresión logística						
Chi cuadrado	G1	Sig.				
.357	1	.550				
R cuadrado de Nagelkerke						
0.8%						
		B	Sig.	Exp (B)	I.C. 95%	
	NIP	-.239	.551	.788	.359	1.728
Regresión logística						
Chi cuadrado	G1	Sig.				
1.498	1	.221				
R cuadrado de Nagelkerke						
3.3%						
		B	Sig.	Exp (B)	I.C. 95%	
	AFS	1.030	.242	2.800	.498	15.734
Regresión logística						
Chi cuadrado	G1	Sig.				
1.278	1	.258				
R cuadrado de Nagelkerke						
2.8%						
		B	Sig.	Exp (B)	I.C. 95%	
	ACS	-.643	.263	.526	.171	1.620

TEP= tiempo de evolución del padecimiento. NIP= numero de intentos suicidas previos. AFS= antecedentes familiares de suicido. ACS= antecedente de consumo de sustancias

Sin embargo al analizarse el resto de las variables clínicas (Escala de Desesperanza de Beck, Escala de Intencionalidad Suicida de Beck, Escala de Depresión de Calgary y Escala de Conciencia de Enfermedad) comparando grupo de caso y controles por medio de tablas de contingencia se encuentra que la presencia de desesperanza en grado severo es estadísticamente significativa  $p= 0.03$  en el grupo de casos debido a las características de los pacientes que pertenecían este. Así mismo la depresión se encuentra de manera estadísticamente significativa ( $p= 0.15$ ) en el grupo de casos en un 90%. En cuanto a conciencia de enfermedad no se encuentra un resultado estadísticamente significativo.

Tabla 10. Tabla de contingencia variable Escala de Desesperanza de Beck (EDBCC) comparando grupo casos y controles.

		GRUPO		Total
		Control	Casos	
EDBCC	No D	3	1	4
	Leve	6	5	11
	Mod	15	5	20
	Sev	6	19	25
Total		30	30	60
Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	G1	Sig	
Estadístico exacto de Fisher			.003	

Tabla 11. Tabla de contingencia variable Escala de Depresión de Calgary (EDCC) comparando grupo casos y controles.

		GRUPO		Total
		control	Casos	
EDCC	No D	12	3	15
	Dep	18	27	45
Total		30	30	60
Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	G1	Sig	
Chi-cuadrado de Pearson	7.200	1	.007	
Corrección por continuidad	5.689	1	.017	
Estadístico exacto de Fisher			.015	

No Dep= no depresión, Dep= depresión

Tabla 12. Tabla de contingencia variable Escala de Valoración de la no conciencia de Enfermedad Mental (SMUD) comparando grupo casos y controles.

		GRUPO		Total
		control	Casos	
SMUD	Conc	3	2	5
	CP	18	25	43
	No C	9	3	12
Total		30	30	60
Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	G1	Sig	
Chi-cuadrado de Pearson	4.340	2	.114	
Estadístico exacto de Fisher			.120	

La aplicación de regresión logística para estas variables y su asociación como predictoras de suicidio sólo muestran datos estadísticamente significativos para la escala de psicopatología general del PANSS, la escala de Depresión de Calgary, escala de Desesperanza de Beck y de Intencionalidad Suicida de Beck no así para la Escala de Conciencia de Enfermedad.

Tabla 13. Regresión logística variables clínicas como predictoras de suicidio

Regresión logística						
Chi cuadrado	G1	Sig.				
8.880	1	.003				
R cuadrado de Nagelkerke						
18.3%						
		B	Sig.	Exp (B)	I.C. 95%	
	EDBC	.166	.006	1.180	1.049 1.328	
Regresión logística						
Chi cuadrado	G1	Sig.				
.000	1	1.000				
R cuadrado de Nagelkerke						
0.0%						
		B	Sig.	Exp (B)	I.C. 95%	
	SP	.000	1.000	1.000	.910 1.098	
Regresión logística						
Chi cuadrado	G1	Sig.				
1.383	1	.240				
R cuadrado de Nagelkerke						
3.0%						

		B	Sig.	Exp(B)	I.C. 95%	
	SN	.093	.247	1.098	.938	1.285
Regresión logística						
Chi cuadrado	G1	Sig.				
14.768	1	.000				
R cuadrado de Nagelkerke						
29.1%						
		B	Sig.	Exp(B)	I.C. 95%	
	SG	.160	.001	1.174	1.070	1.288
Regresión logística						
Chi cuadrado	G1	Sig.				
29.617	1	.000				
R cuadrado de Nagelkerke						
51.9%						
		B	Sig.	Exp(B)	I.C. 95%	
	EISB	.410	.001	1.507	1.186	1.914
Regresión logística						
Chi cuadrado	G1	Sig.				
24.733	1	.000				
R cuadrado de Nagelkerke						
45.0%						
		B	Sig.	Exp(B)	I.C. 95%	
	EDC	.342	.000	1.408	1.184	1.675
Regresión logística						
Chi cuadrado	G1	Sig.				
1.569	1	.210				
R cuadrado de Nagelkerke						
3.4%						
		B	Sig.	Exp(B)	I.C. 95%	
	SMUD	-.319	.221	.727	.437	1.211

EDBC: escala de desesperanza de Beck, sP: síntomas positivos de panss, SN: síntomas negativos de panss, SG: psicopatología general de panss, EISB: escala de intencionalidad suicida de beck, EDC: escala de desesperanza de beck

## DISCUSIÓN

Tal y como podemos observar en nuestros resultados, no existen en nuestra muestra diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de casos y controles en los que respecta a las variables sociodemográficas, edad, sexo, nivel educativo, ocupación, ni en variables clínicas como antecedentes familiares de suicidio y antecedentes personales de consumo de tóxicos.

En este sentido, las variables sociodemográficas que se han considerado, en la literatura, características del paciente esquizofrénico suicida es el de un varón joven, soltero, desempleado, con antecedentes familiares de suicidio y consumo de tóxicos a lo que se asocian además las variables clínicas que analizaremos más adelante. Sin embargo estas características no pueden ser suficientes para identificar un grupo de pacientes de riesgo, puesto que la mayoría son características comunes en los pacientes esquizofrénicos en general.

La esquizofrenia es la enfermedad mental que comporta mayor riesgo suicida en los jóvenes. Los pacientes esquizofrénicos suicidas reportados tienen una edad media de unos 30 años y son varones en su mayoría (en nuestra muestra es de 31.0 para la edad y 53% del grupo de casos son varones)

a diferencia de la media de la población general y de otras patologías en las que está en torno a los 50 años. Esto se puede deber, entre otras cosas, al hecho de que la esquizofrenia tiene una edad de comienzo en torno a la segunda década de la vida y al mayor riesgo suicida en los primeros estadios de la enfermedad. Los datos recogidos en la literatura apuntan un riesgo suicida más precoz en el hombre que en la mujer, situándose el de los primeros entre los 20-39 años, mientras que el riesgo en la mujer se retrasa hasta los 30-39 años. Si consideramos que el debut de la enfermedad en las mujeres suele ser algo más tardío que en los varones, esto apoyaría la idea mantenida por la mayor parte de los estudios de que el suicidio esquizofrénico es más frecuente en los primeros años de la enfermedad.

Un alto porcentaje de estos pacientes no encuentran acceso al campo laboral y son solteros lo que según la literatura esto último incrementa hasta 3.3 veces el riesgo de suicidio; pero estas características son comunes a un gran número de esquizofrénicos, suicidas o no. De hecho, cuando los estudios se realizan comparando pacientes esquizofrénicos suicidas con pacientes esquizofrénicos no suicidas, un gran número de autores no encuentran diferencias significativas entre ambos grupos en lo que respecta a estas variables

sociodemográficas. En este estudio (91.6% de la población es soltera) no se encontró a la variable "estado civil" como factor predictivo estadísticamente significativo para conductas suicidas en estos pacientes, sin embargo al comparar pacientes esquizofrénicos con o sin intento suicida, entre estos grupos, si constituyó un factor de riesgo a considerar. Así mismo no existe en este estudio significancia estadística en cuanto a ocupación.

Los trastornos relacionados con el uso de cualquier sustancia asociada a otros trastornos psiquiátricos incrementa de manera considerable el riesgo suicida, en adultos jóvenes y en población de la 3era y 4ta década de la vida. Sin embargo en nuestro estudio (30% del total de la población con consumo positivo) no se encuentra significancia estadística al respecto de esta variable.

Los antecedentes familiares de suicidio, son considerados actualmente dentro del campo de estudio de la genética en la cual aun no se muestran resultados concluyentes al respecto. En este estudio (11.7% de la población) esta variable no encontró significancia estadística como valor predictor de conducta suicida. En cambio, en este estudio la religión (presente en el 61.6% de la población vs 38.3% no presente) resulto ser un factor

protector para aquellos que contaban con ella en la comparación de grupos caso-control tal como lo refiere la literatura; además de tener significancia estadística como factor predictor de suicidio.

La mayor parte de los autores que han estudiado el suicidio en pacientes psicóticos, y en particular en esquizofrénicos, señalan a las tentativas de suicidio como uno de los factores de riesgo más frecuentes del suicidio en este grupo de pacientes, factor que comparten con la población general. Sin embargo este estudio no encuentra diferencias significativas cuando se compara un grupo de pacientes esquizofrénico con intento suicida con un grupo control de esquizofrénicos. Pero este trabajo de investigación corrobora, el alto porcentaje de pacientes suicidas con historia de tentativas previas, con más de la mitad de su población (51.7%) y que se llega a reportar hasta en un 73% en la literatura.

Con lo anterior podemos confirmar en nuestro estudio que los pacientes esquizofrénicos suicidas suelen ser varones, con una edad media de 30 años, solteros, escolaridad en nivel básico; que el 10% poseía antecedente de consumo de sustancias, un 6.2% tenían antecedentes familiares de suicidio, un 38.3% no profesaba una religión y un 51.7%

contaba con tentativas de suicidio previas. Pero aunque algunas de estas características pudieran diferenciarlos de otros pacientes suicidas; consideramos que son características compartidas en gran medida por los pacientes esquizofrénicos en general, secundarias en muchos casos a las propias características de la enfermedad y que por lo tanto no son suficientes para distinguir poblaciones de riesgo suicida dentro de los pacientes esquizofrénicos, aunque deban tenerse en cuenta cuando además se asocien otras variables clínicas que consideramos de especial interés, y que analizamos en esta tesis.

En la hipótesis de este trabajo se señaló que la depresión, desesperanza, los síntomas positivos y la presencia de conciencia de enfermedad incrementan el riesgo de suicidio en el paciente con diagnóstico de esquizofrenia.

En el análisis realizado en la literatura se encontró que el considerar como factor de riesgo de suicidio a la sintomatología depresiva es algo defendido por muchos. En general podemos distinguir un grupo de autores que defienden como factor de riesgo más importante de suicidio en este tipo de pacientes la desesperanza y los síntomas depresivos y otro grupo que defiende al suicidio como un acto secundario a la gravedad de la enfermedad psicótica y asociado en alguna

manera a la sintomatología productiva de la misma; y otros mas mencionan que la conducta suicida del paciente esquizofrénico es en general una conducta impredecible, sin factores de riesgo claros que nos permitan distinguir un subgrupo de pacientes esquizofrénicos con mayor probabilidad suicida. Los resultados que arroja este trabajo está de acuerdo con gran número de estudios de investigación realizados por múltiples autores y que señalan a la depresión como factor de riesgo más importante de suicidio. Obteniéndose como resultado que en general, los pacientes con tentativa de suicidio están significativamente más deprimidos y desesperanzados que el grupo control. E incluso las variables de desesperanza y depresión en este estudio son significativas como predictoras de suicidio. Sin embargo aunque la presencia de depresión y desesperanza es significativa en el grupo de casos, no es nada despreciable su presencia, aunque en menor severidad, en el grupo control; lo que nos hace suponer que este grupo existe la presencia de depresión y desesperanza lo que concuerda también con los estudios publicados en donde se menciona que existe hasta una prevalencia del 40% de síntomas depresivos en la población esquizofrénica. Junto a este importante número de autores que consideran a la depresión como el factor de riesgo más

importante del suicidio esquizofrénico, aparece otro grupo de investigadores, según se menciona en la literatura, que consideran concretamente a la desesperanza como el factor de riesgo más importante de la conducta suicida de manera que consideran que sin este síntoma, el vínculo que existe entre depresión y suicidio desaparece. Sin embargo como podemos constatar en este estudio la desesperanza es un factor presente incluso en el grupo control de una manera significativa difícil de separar en nuestra muestra de la depresión y hace constar su importante papel junto con la depresión como predictoras de riesgo suicida.

Hay muy poca evidencia de que los síntomas psicóticos por sí mismos precipiten conductas suicidas. En nuestro análisis estadístico los pacientes con tentativa suicida presentan significativamente menos clínica psicótica que los controles, (la media de sus puntuaciones es menor en el grupo de casos que de controles) y esta menor productividad psicótica se asocia a mayor riesgo suicida; además la sintomatología positiva de la escala de PANSS no es estadísticamente significativas en ninguno de los grupos; concluyendo con ello que no se cumple en este aspecto nuestra hipótesis ya que no se encuentra asociación con respecto a la conducta suicida en pacientes con esquizofrenia. Aunque poco

claro en la literatura revisada la mayoría de los autores encuentran como nosotros menor asociación de riesgo suicida en pacientes con mayor sintomatología negativa; en nuestros resultados las puntuaciones en la escala negativa por sí solas, no presenta diferencias significativas entre casos y controles y al igual que los síntomas positivos no muestran significancia estadística como predictores de conducta suicida. Sin embargo en nuestro estudio es estadísticamente significativo la Psicopatología General, dicho resultado se puede explicar probablemente porque esta escala se encuentra formada de 3 dimensiones entre ellas la depresiva (formada por las preguntas 1,2,3 y 6 de la Psicopatología General) y cuyos puntajes tal vez pudieron resultar elevados, en relación con la presencia de sintomatología depresiva en el paciente.

Por otro lado, y en lo que respecta a la conciencia de enfermedad, en este estudio no se encontraron diferencias significativas entre casos y controles en ANOVA ni en tablas de contingencia; tampoco se encontró asociación entre la conciencia de enfermedad y las tentativas de suicidio al realizar regresión logística. Es decir, en este estudio, a diferencia de lo que muestran algunos autores en la literatura, no se encuentra que una mayor conciencia de

enfermedad está asociada con un mayor riesgo de suicidio. Nuevamente a este respecto tampoco validando nuestra hipótesis.

Tal y como proponen algunos autores, es indudable que el análisis individualizado de cada caso es fundamental en la clínica para considerar el riesgo suicida de un paciente esquizofrénico. Sin embargo en este trabajo se considera, de acuerdo con nuestros resultados, que existen determinadas variables psicopatológicas que permiten distinguir no sólo poblaciones de riesgo, sino momentos críticos dentro del proceso de la enfermedad esquizofrénica de un determinado paciente, y que el conocimiento y la valoración de tales factores podría hacer que la conducta suicida de estos pacientes no fuera tan impredecible como se ha supuesto en ocasiones.

## **CONCLUSIONES**

- 1) Los pacientes con tentativas suicidas presentan como factores de riesgo la ausencia de religión y el ser soltero, el resto de las características sociodemográficas no son diferentes a los esquizofrénicos del grupo control.

- 2) El grupo de pacientes con tentativa suicida presentaban mayores puntuaciones de depresión y desesperanza.
  
- 3) El grupo de casos, esquizofrénicos que ingresaron por tentativa de suicidio, se asoció con mayor puntuación en la escala de Depresión de Calgary, y con menor puntuación en las subescalas positiva y negativa del PANSS; lo que caracteriza a los pacientes con tentativa como un paciente con clínica depresiva y poca sintomatología productiva, al mismo tiempo que menos síntomas negativos que los controles.
  
- 4) Los pacientes que realizaron una tentativa de suicidio no presentan globalmente una mayor conciencia general de enfermedad que los controles.
  
- 5) La escala de Depresión de Calgary se relaciona directamente con la escala de Desesperanza de Beck, de manera que los pacientes con más síntomas depresivos tienen también más desesperanza.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Allebeck P, Wistedt B. Mortality in schizophrenia: a ten-year follow-up based on the Stockholm County inpatient register. *Arch Gen Psychiatry*. 2008; 43:650-653.
2. Breier A, Schreiber JL, Dyer J, et al. National Institute of Mental Health longitudinal study of chronic schizophrenia: prognosis and predictors of outcome. *Arch Gen Psychiatry*. 2010; 48:239- 246.
3. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2007; 170:205-228.
4. Heila H, Isometsa ET, Henriksson MM, et al. Suicide and schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age- and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2007; 154:1235-1242.
5. Siris SG. Suicide and schizophrenia. *J Psychopharmacol*. 2008; 15:127-135.

6. Tandon R, Jibson MD. Suicidal behavior in schizophrenia: diagnosis, neurobiology, and treatment implications. *Curr Opin Psychiatry*. 2009; 16:193-197.
7. Gut-Fayand A, Dervaux A, Olie JP, et al. Substance abuse and suicidality in schizophrenia: a common risk factor linked to impulsivity. *Psychiatry Res*. 2007; 102:65-72.
8. Cannon M, Buckley P, Larkin C. Suicide in schizophrenia. *Irish J Psychol Med*. 2010; 8:19-21.
9. Pompili M, Mancinelli I, Tatarelli R. Suicide and schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2007; 54:747-748.
10. Capasso RM, Lineberry TW, Bostwick JM, Decker PA, St. Sauver J. Mortality in schizophrenia and schizoaffective disorder: an Olmsted County, Minnesota cohort:1950-2005. *Schizophr Res* 2008;98(1-3):287-94.
11. Chang CK, Hayes RD, Perera G, Broadbent MTM, Fernandes AC, Lee WE, et al. Life expectancy at birth for people with serious mental illness from a secondary mental health care case register in London, UK. *PLoS One* 2011;6(5).
12. Large M, Sharma S, Cannon E, Ryan C, Nielssen O. Risk factors for suicide within a year of discharge from psychiatric hospital: a systematic meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 2011;45(8):619-28.

13. Richard D. H, Chin-Kuo Ch , Andrea F, Aysha B, David To, Matthew B, Matthew H, Robert S. Associations between symptoms and all-cause mortality in individuals with serious mental illness. *Journal of Psychosomatic Research* 72 (2012) 114-119.

[14.15.16.17.18.19] Guilherme Borges, Maria Elena Medina-Mora, Ricardo Orozco, Christiane Ouéda, Jorge Villatoro, Clara Fleiz. Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental* 2009;32:413-42

[21.22.23.24] Ping Qin. The impact of psychiatric illness on suicide: Differences by diagnosis of disorders and by sex and age of subjects. *Journal of Psychiatric Research* 45 (2011) 1445-1452.

[25.26.27.28.29] Marisol Cota, Guilherme Borges. Estudios sobre Conducta Suicida en Mexico: 1998-2008.

[30.31.34] González-Forteza, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina-Mora, M. E., Fleiz, C., Bermúdez, P., Amador, N. (2005) Prevalencia del intento suicida en estudiantes de la Ciudad de México: Medición 2000. *La Psicología Social en México*, 9, 298-304.

32. Borges, G., Nock, M. K., Medina-Mora, M. E., Benjet, C., Lara, C., Chiu, W. T., Kessler, R. C. (2008). The

Epidemiology of Suicide-Related Outcomes in Mexico. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37 (6), 627-640.

33. Unikel, C., Gómez-Peresmitré, G., González-Forteza, C. (2006). Suicidal behavior, risky eating behaviours and psychosocial correlates in mexican female students. *European Eating Disorders Review*. 14, 414-421.

34. Susana Majadasa, Jose Olivaresb, Jaime Galanc, Teresa Diez. Prevalence of depression and its relationship with other clinical characteristics in a sample of patients with stable schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* 53 (2012) 145-151.

[35,37,38,39]. Irurita Lotasa M. Juncal. "Procesos Suicidas. Análisis de Factores de Riesgo" Tesis Doctoral en Psiquiatría. Universidad Las Palmas de La Gran Canaria. 1997.

36. Isais, Miguel Ángel. "Del homicidio voluntario a la monomania suicida: perspectivas históricas y explicativas de un mismo fenómeno." En: *Estudios Sociales Nueva Época*. México. No. 1. (2007).

[40,41,42,43,44] Juan Carlos González S. "Tentativas de suicidio en la adolescencia". Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. 2004.

45. an der Heiden, W. et al. Depression in the long-term course of schizophrenia. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 255, 174-184 (2008).

46. Hawton, K. et al. (2008) Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br. J. Psychiatry* 187, 9-20.

[47,48,51] Corcoran, C.M. et al. (2011) The relationship of social function to depressive and negative symptoms in individuals at clinical high risk for psychosis. *Psychol. Med.* 41, 251-261.

[49,50] Felmet, K. et al. (2011) Elderly patients with schizophrenia and depression: diagnosis and treatment. *Clin. Schizophr. Relat. Psychoses* 4, 239-250.

51. Cheniaux, E. et al. (2008) Does schizoaffective disorder really exist? A systematic review of the studies that compared schizoaffective disorder with schizophrenia or mood disorders *J. Affect. Disord.* 106, 209-217.

[52,53]. Stahl, S. (2008) Psychosis and schizophrenia. In *Stahl's Essential Psychopharmacology*. Cambridge University Press.

54. Berman, R.M. et al. (2007) The efficacy and safety of aripiprazole as adjunctive therapy in major depressive

disorder: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J. Clin. Psychiatry* 68,843-853.

[55,56]. Kjelby, E. et al. (2011) Anti-depressive effectiveness of olanzapine, quetiapine, risperidone and ziprasidone: a pragmatic, randomized trial. *BMC Psychiatry* 11, 145.

57. Zisook, S. et al. (2010) Augmentation with citalopram for suicidal ideation in middle-aged and older outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder who have subthreshold depressive symptoms: a randomized controlled trial. *J. Clin. Psychiatry* 71, 915-922.

58. Silver, H. et al. (2011) SSRI augmentation of antipsychotic alters expression of GABA(A) receptor and related genes in PMC of schizophrenia patients. *Int. J. Neuropsychopharmacol.* 14, 573-584.

59. Citrome, L. (2009) Adjunctive lithium and anticonvulsants for the treatment of schizophrenia: what is the evidence? *Expert Rev. Neurother.* 9, 55-71.

60. Mulholland c, cooper s. the symptoms of depression in schizophrenia and its management. *adv Psychiatr treat.* 2008; 6: 169-77.

61. Sands JR, Harrow M. Depression during the longitudinal course of schizophrenia. *schizophr Bull.* 2009; 25: 157-71.

62. Dutta, R., Murray, R.M., Hotopf, M., Allardyce, J., Jones, P.B., Boydell, J., 2010. Reassessing the long-term risk of suicide after a first episode of psychosis. *Arch Gen Psychiatry.* 67, 1230-1237.

63. Fedyszyn, I.E., Robinson, J., Matyas, T., Harris, M.G., Paxton, S.J., 2010. Temporal pattern of suicide risk in young individuals with early psychosis. *Psychiatry Res.* 175 (1-2), 98-103.

64. Levine, S.Z., Bakst, S., Rabinowitz, J., 2010. Suicide attempts at the time of first admission and during early course schizophrenia: a population based study. *Psychiatry Res.* 177 (1-2), 55-59.

65. Berger, G., Fraser, R., Carbone, S., McGorry, P., 2006. Emerging psychosis in young people – Part 1 – key issues for detection and assessment. *Aust. Fam. Physician* 35 (5), 315-321.

66. Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Ohlenschlaeger, J., Christensen, T., Krarup, G., Jorgensen, P., Nordentoft, M., 2007. Gender differences in young adults with first episode schizophrenia spectrum disorders at

baseline in the Danish OPUS study. *J. Nerv. Ment. Dis.* 195 (5), 396-405.

67. Barrett, E.A., Sundet, K., Faerden, A., Nesvag, R., Agartz, I., Fosse, R., Mork, E., Steen, N.E., Andreassen, O.A., Melle, I., 2010. Suicidality before and in the early phases of first episode psychosis. *Schizophr. Res.* 119 (1-3), 11-17.

68. [No authors listed]. American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am. J. Psychiatry* 160(Suppl. 11), 1-60 (2005).

69. Mann JJ, Apter A, Bertolote J et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 294(16), 2064-2074 (2008).

70. Malenfant EC. Suicide in Canada's immigrant population. *Health Rep.* 15(2), 9-17 (2008).

71. Pritchard C, Hansen L. Comparison of suicide in people aged 65-74 and 75+ by gender in England and Wales and the major Western countries 1979-1999. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 20(1), 17-25 (2008).

72. Carlborg A, Winnerback K, Jonsson EG, Jokinen J, Nordstrom P. Suicide in schizophrenia. *Expert Rev. Neurother.* 10(7), 1153-1164 (2010).

73. Olie E, Picot MC, Guillaume S, Abbar M, Courtet P. Measurement of total serum cholesterol in the evaluation of suicidal risk. *J. Affect. Disord.* 133(1-2), 234-238 (2011).
74. Zai CC, Manchia M, De Luca V et al. The brain-derived neurotrophic factor gene in suicidal behaviour: a meta-analysis. *Int. J. Neuropsychopharmacol.* 30, 1-6 (2011).
75. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis* 25(4), 147-155 (2004).
76. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch. Gen. Psychiatry* 62(3), 247-253 (2005).
77. David AS. Insight and psychosis. *Br. J. Psychiatry* 156, 798-808 (1990).
78. Wiffen BD, Rabinowitz J, Lex A, David AS. Correlates, change and 'state or trait' properties of insight in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 122(1-3), 94-103 (2010).
79. Valiente C, Provencio M, Espinosa R, Chaves C, Fuentenebro F. Predictors of subjective well-being in patients with paranoid symptoms: is insight necessarily advantageous? *Psychiatry Res.* 189(2), 190-194 (2011).

80. Kao YC, Liu YP. Suicidal behavior and insight into illness among patients with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr. Q.* 82(3), 207-220 (2011).

81. Restifo K, Harkavy-Friedman JM, Shrout PE. Suicidal behavior in schizophrenia: a test of the demoralization hypothesis *J. Nerv. Ment. Dis.* 197(3), 147-153 (2009).

82. Plocka-Lewandowska M, Araszkievicz A, Rybakowski JK. Dexamethasone suppression test and suicide attempts in schizophrenic patients. *Eur. Psychiatry* 16, 428-431 (2008).

83. Feldcamp LA, Souza RP, Romano-Silva M, Kennedy JL, Wong AH. Reduced prefrontal cortex DARPP-32 mRNA in completed suicide victims with schizophrenia. *Schizophr. Res.* 103, 192-200 (2008).

ANEXOS

INTRUMENTOS

ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUCTURADA  
PARA LOS TRASTORNOS DEL EJE I DEL DSM-IV®

# SCID-I

VERSIÓN CLÍNICA

## Cuaderno de puntuaciones

Michael B. First, M.D.  
Robert L. Spitzer, M.D.  
Miriam Gibbon, M.S.W.  
Janet B. W. Williams, D.S.W.

Biometrics Research Department,  
New York State Psychiatric Institute,  
Department of Psychiatry,  
Columbia University,  
New York, New York

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Número de registro: \_\_\_\_\_ Fecha de la evaluación: \_\_\_\_\_

Clinico: \_\_\_\_\_

Fuentes de información  
(marque lo que correspondía):

- Paciente
- Familia/amigos/colegas
- Profesional de la salud
- Registros médicos

**C. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS**

		D1 pág. 36	
C1	Los síntomas psicóticos no aparecen durante los episodios afectivos:	no    sí	C1
		↓ D1 pág. 36	

**CRITERIOS PARA LA ESQUIZOFRENIA**

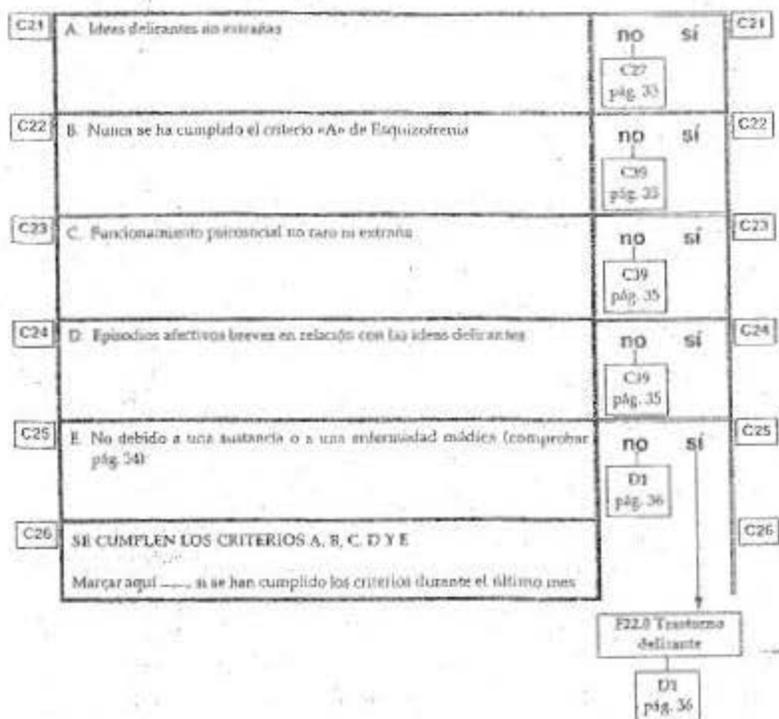
C2	A. Un mes con síntomas de fase activa	no    sí	C2
		↓ C21 pág. 32	
C3	D. El Trastorno esquizoafectivo y el Trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado	no    sí	C3
		↓ C38 pág. 31	
C4	C. Duración de 6 meses	no    sí	C4
		↓ C13 pág. 30	
C5	B. Deterioro marcado del funcionamiento personal	no    sí	C5
		↓ C39 pág. 35	
C6	E. No debido a una sustancia o a una enfermedad médica (marcar en página 34)	no    sí	C6
		↓ D1 pág. 36	
C7	LOS CRITERIOS A, B, C, D Y E SE CUMPLEN. Marcar aquí <input type="checkbox"/> si se han cumplido los criterios durante el último mes.	↓ Esquizofrenia	C7



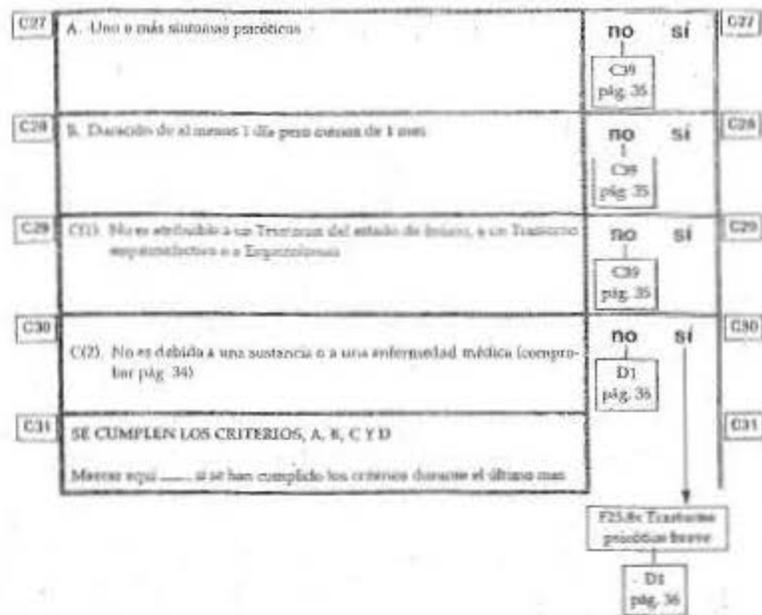
**CRITERIOS PARA EL TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO**

C16	A. Episodio afectivo simultáneo con síntomas «A» de Esquizofrenia	no sí	C16
		C19 pág. 36	
C17	B. Ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 7 semanas en ausencia de síntomas afectivos	no sí	C17
		C19 pág. 36	
C18	C. Síntomas afectivos presentes durante una parte sustancial del tiempo	no sí	C18
		C19 pág. 36	
C19	D. No es debido a una sustancia o a una enfermedad médica (comprobar pág. 36)	no sí	C19
		D1 pág. 36	
C20	SE CUMPLEN LOS CRITERIOS A, B, C Y D Marcar aquí _____ si se han cumplido los criterios durante el último año:		C20
		FDS.x Trastorno esquizoafectivo	
		D1 pág. 36	

**CRITERIOS PARA EL TRASTORNO DELIRANTE**



**CRITERIOS PARA EL TRASTORNO PSICÓTICO BREVE**



**CRITERIOS PARA EL TRASTORNO PSICÓTICO DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA**

C35  
pág. 35

C32	A. Alucinaciones o ideas delirantes recurrentes. Notas:	? - +	C32
C33	B/C. La alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica, y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental. Notas:	? - + C35 pág. 35	C33
C34	SE CUMPLEN LOS CRITERIOS A Y B/C Codifique F06.2 si predominan las ideas delirantes Codifique F06.0 si predominan las alucinaciones Especificar la enfermedad médica: _____ Marcar aquí _____ si se han cumplido los criterios durante el último año	- + ↓	C34

F06 = Trastorno psicótico debido a enfermedad médica

- C6, pág. 29
- C14, pág. 30
- C18, pág. 31
- C25, pág. 32
- C30, pág. 33

Puntuaciones: ? = Información no evaluada; - = Ausente (o ausente/br); + = Presente

**CRITERIOS PARA EL TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POR SUSTANCIAS**

C35	<p>A. Alucinaciones o ideas delirantes</p> <p>Notas:</p>	<p>? - +</p>	C35
C36	<p>B. O bien:</p> <p>(1) los síntomas del criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación o abstinencia</p> <p>(2) el consumo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración</p> <p>Notas:</p>	<p>? - +</p> <p>C6, pág. 29 C14, pág. 30 C19, pág. 31 C25, pág. 32 C30, pág. 33</p>	C36
C37	<p>C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un Trastorno psicótico no inducido por sustancias</p> <p>Notas:</p>	<p>? - +</p> <p>C6, pág. 29 C14, pág. 30 C19, pág. 31 C25, pág. 32 C30, pág. 33</p>	C37
C38	<p><b>SE CUMPLEN LOS CRITERIOS A, B Y C</b></p> <p>Codificar:</p> <p>F10.51 Trastorno psicótico inducido por alcohol con ideas delirantes</p> <p>F10.52 Trastorno psicótico inducido por alcohol con alucinaciones</p> <p>F19.51 Trastorno psicótico inducido por otras sustancias con ideas delirantes</p> <p>F19.52 Trastorno psicótico inducido por otras sustancias con alucinaciones</p> <p>Marcar aquí <input type="checkbox"/> si se han cumplido los criterios durante el último mes</p>	<p>- +</p> <p>F10.51/F10.52/ F19.51/F19.52</p> <p>Trastorno psicótico inducido por sustancias</p> <p>C6, pág. 29 C14, pág. 30 C19, pág. 31 C25, pág. 32 C30, pág. 33</p>	C38
C39	<p>F29 Trastorno psicótico no especificado</p> <p>Marcar aquí <input type="checkbox"/> si el diagnóstico se ha verificado durante el último mes</p>	<p>+ D1 pág. 36</p>	C39

Puntuaciones: ? = Información inadecuada; - = Ausente (o subumbral); + = Presente

### ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK (Beck et al 1974)

Este cuestionario se compone de 20 frases. Si la frase describe tu actitud DURANTE LA ULTIMA SEMANA, INCLUYENDO HOY, marca V (verdadero), y si no, marca F (falso). Lee cuidadosamente cada frase.

1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo..... V F 1
2. Puedo darme por vencido/a, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mi mismo/a..... V F 2
3. Cuando las cosas van muy mal, me alivia saber que las cosas no pueden permanecer siempre así..... V F 3
4. No puedo imaginar como podrá ser mi vida dentro de 10 años..... V F 4
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que pudiera querer hacer..... V F 5
6. En el futuro espero conseguir lo que más me interesa..... V F 6
7. Mi futuro me parece oscuro..... V F 7
8. Sucede que soy especialmente afortunado, y espero mas cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio. V F 8
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro..... V F 9
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para el futuro..... V F 10
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí, es más desagradable que agradable..... V F 11
12. No espero conseguir lo que realmente deseo..... V F 12
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora..... V F 13
14. Las cosas no van a funcionar como yo quisiera..... V F 14
15. Tengo una gran confianza en el futuro..... V F 15
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa..... V F 16
17. Es muy improbable que pueda lograr alguna satisfacción real en el futuro..... V F 17
18. El futuro me parece vago e incierto..... V F 18
19. Espero mas bien épocas buenas que malas..... V F 19
20. No merece la pena que intente conseguir algo que deseo, porque probablemente no lo conseguiré..... V F 20

**ESCALA DE SINTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS PARA LA  
ESQUIZOFRENIA (PANSS)**

**1) SUBESCALA POSITIVA**

P1 Delirios	1	2	3	4	5	6	7
P2 Desorganización conceptual	1	2	3	4	5	6	7
P3 Conducta alucinatoria	1	2	3	4	5	6	7
P4 Excitación	1	2	3	4	5	6	7
P5 Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
P6 Suspicacia/persecución	1	2	3	4	5	6	7
P7 Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7
						Subtotal	_____

**2) SUBESCALA NEGATIVA**

N1 Afecto adormecido/embotado	1	2	3	4	5	6	7
N2 Retirada emocional	1	2	3	4	5	6	7
N3 Disminución de la simpatía	1	2	3	4	5	6	7
N4 Retirado social apático/pasivo	1	2	3	4	5	6	7
N5 Dificultad para pensar en abstracto	1	2	3	4	5	6	7
N6 Dificultad para la conversación fluida	1	2	3	4	5	6	7
N7 Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7
						Subtotal	_____

**3) SUBESCALA PSICOPATOLOGIA GENERAL**

G1 Preocupación somática	1	2	3	4	5	6	7
G2 Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
G3 Sentimientos de culpabilidad	1	2	3	4	5	6	7
G4 Tensión	1	2	3	4	5	6	7
G5 Manerismo y actitud postural	1	2	3	4	5	6	7
G6 Depresión	1	2	3	4	5	6	7
G7 Hérasis motor	1	2	3	4	5	6	7
G8 Falta de cooperación	1	2	3	4	5	6	7
G9 Contenido de pensamientos inusual	1	2	3	4	5	6	7
G10 Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
G11 Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
G12 Falta de juicio y discernimiento	1	2	3	4	5	6	7
G13 Alteración de la voluntad	1	2	3	4	5	6	7
G14 Deficiente control impulsos	1	2	3	4	5	6	7
G15 Preocupación	1	2	3	4	5	6	7
G16 Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7
						Subtotal	_____

SULUBUN P. URB.

TOTAL \_\_\_\_\_

## ESCALA DE INTENCIÓN SUICIDA

(Beck, Schuyler & Herman, 1974)

Fecha:  
Evaluador:

Para todos los ítems de la escala, use el código número "0" para "No Aplicable". No incluir las puntuaciones de "0" al calcular la puntuación total.

Clave: Columna izquierda = para el intento más letal realizado en su vida. Fecha:  
Columna derecha = para el intento de suicidio más reciente. Fecha:

### I. Circunstancias Objetivas Relacionadas con el Intento de Suicidio.

<u>Intento más letal</u>	<u>Intento más reciente</u>
	1. Aislamiento
0	0. Alguien presente
1.	1. Alguien cerca o en contacto visual o auditivo
2.	2. Nadie cerca ni en contacto visual o auditivo
	2. Sincronización
0	0. La intervención es probable
1.	1. La intervención no es probable
2.	2. La intervención es altamente improbable
	3. Precauciones para evitar ser Descubierto/Intervención
0	0. No precauciones
1.	1. Precauciones pasivas (no evitar a otros pero no hacer nada para impedir su intervención; solo en la habitación con la puerta no bloqueada)
2.	2. Precauciones activas (como bloquear la puerta)
	4. Actuar para Conseguir Ayuda durante/después del Intento
0	0. Informó a un socorredor potencial sobre el intento
1.	1. Contactó pero no informó específicamente al socorredor potencial sobre el intento
2.	2. No contactó ni informó a un socorredor potencial
	5. Actos Finales Anticipatorios de la Muerte (ej testamento, regalos, seguros)
0	0. Ninguno
1.	1. Pensó sobre ello o hizo algunos preparativos
2.	2. Hizo planes definidos o completó preparativos
	6. Preparación Activa del Intento
0	0. Ninguna
1.	1. Mínima a moderada
2.	2. Extensa
	7. Nota Suicida
0	0. Ausencia de nota
1.	1. Nota escrita, pero rota; pensó sobre la nota
2.	2. Presencia de nota

8. Comunicación Clara de la Intención antes del Intento
- 0. Ninguna
  - 1. Comunicación equívoca
  - 2. Comunicación inequívoca

## II. Autoinforme

9. Propósito Declarado del Intento
- 0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza
  - 1. Componentes de "0" y "2"
  - 2. Escapar, acabar, resolver problemas
10. Expectativas de Fatalidad
- 0. Pensó que la muerte era improbable
  - 1. Pensó que la muerte era posible pero no probable
  - 2. Pensó que la muerte era probable o segura
11. Concepción sobre la Letalidad del Método
- 0. Se hizo menos de lo que pensaba que sería letal
  - 1. No estaba seguro de si lo que hizo sería letal
  - 2. Igualó o superó lo que pensaba que sería letal
12. Seriedad del Intento
- 0. No intentó acabar su vida
  - 1. Inseguro sobre la seriedad para acabar su vida
  - 2. Intentó seriamente acabar con su vida
13. Actitud hacia Vivir/Morir
- 0. No quería morir
  - 1. Componentes de "0" y "2"
  - 2. QUISIERA MORIR
14. Concepción de la Rescatabilidad médica
- 0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica
  - 1. Estaba inseguro de si la muerte podría evitarse mediante atención médica
  - 2. Estaba seguro de su muerte incluso si recibía atención médica
15. Grado de Premeditación
- 0. Ninguna; impulsivo
  - 1. Meditó el suicidio durante tres horas o menos antes del intento
  - 2. Meditó el suicidio durante más de tres horas antes del intento

**III. Otros Aspectos (No Incluidos en la Puntuación total)**

16. Reacción al intento
- 0. Lamenta haber realizado el intento, se siente estúpido, avergonzado (señalar cuál)
  - 1. Acepta tanto el intento como su fracaso
  - 2. Lamenta el fracaso del intento
17. Visualización de la Muerte
- 0. Vida después de la muerte, reunión con sus antepasados
  - 1. Sueño sin fin, oscuridad, el fin de las cosas
  - 2. No concepciones de, o pensamientos sobre, la muerte
18. Número de Intentos Previos
- 0. Ninguno
  - 1. Uno o dos
  - 2. Tres o más
19. Relación entre Ingesta de Alcohol y el intento
- 0. Cierta ingesta de alcohol previa pero no relacionada con el intento, desorbita como no suficiente para alterar el juicio, el sentido de realidad
  - 1. Suficiente ingesta alcohólica para alterar el juicio, el sentido de la realidad y disminuir la responsabilidad
  - 2. Ingesta intencional de alcohol con el fin de facilitar la consecución del intento
  - 3. No ingesta de alcohol inmediatamente previa al intento
20. Relación entre Ingesta de Drogas e intento (narcóticos, alucinógenos, etc., cuando la droga no se usa para el suicidio)
- 0. Cierta ingesta de drogas previa pero no relacionada con el intento, desorbita como no suficiente para alterar el juicio, el sentido de realidad
  - 1. Suficiente ingesta de drogas para alterar el juicio, el sentido de la realidad y disminuir la responsabilidad
  - 2. Ingesta intencional de drogas con el fin de facilitar la consecución del intento
  - 3. No ingesta de drogas inmediatamente previa al intento

**ESCALA DE DEPRESION 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 la mitad del tiempo durante las dos últimas semanas, presente diariamente.

3 - Severo. Animo 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 por 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 de culpa.

¿ Tiene el sentimiento de que se le está echando la culpa por algo o incluso que 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.

¿ Tiene a acusarse por pequeñas cosas que ha hecho en el pasado?.

¿ Piensa que se 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 él / ella exagera.
- 3 - Severo. El sujeto normalmente siente que él / ella se le va a acusar por todo lo que ha ido 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. No depresión.
- 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. No hay despertar precoz.
- 1 - Leve. Ocasionalmente se levanta ( hasta 2 veces por semana ) 1 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 ) 1 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 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 una voz monótona y desesperanzada y, 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 PARA INDAGAR LA CONCIENCIA DE POSEER UN DESORDEN MENTAL (S.U.M.D.) (Amador et al 1993)

1. CONCIENCIA DE POSEER UN DESORDEN MENTAL

PIENSA El sujeto que posee un desorden mental, un problema psiquiátrico o una dificultad emocional ?

A	P
0	0 Item no relevante
1	1 Conciencia : el sujeto cree claramente que posee un desorden mental
2	2
3	3 Conciencia intermedia : el sujeto no está completamente seguro pero puede considerar la idea
4	4
5	5 No hay conciencia de poseer un desorden mental

2. CONCIENCIA SOBRE LOS EFECTOS DE LA MEDICACION

Cree el sujeto que la medicación disminuyó la intensidad y la frecuencia de sus síntomas ?

A	P	
0	0	Item no relevante
1	1	El sujeto cree claramente que la medicación disminuyó la intensidad y la frecuencia de sus síntomas
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: el sujeto no está del todo seguro pero puede conciderar la idea
4	4	
5	5	Sin conciencia : Considera que la medicación no ayudó en nada

### 3 CONCIENCIA DE LA NECESIDAD DE UN TRATAMIENTO

Qué opina el sujeto acerca de las razones de su internación o tratamiento ? . Considera que fué ingresado por un desorden mental , o que fué injustamente admitido , traído a la fuerza , contra su voluntad o engañado ?

A	P
0	0 Item no relevante
1	1 Conciencia : el sujeto considera que ingresó debido a un desorden mental
2	2
3	3 Conciencia intermedia : no está del todo seguro pero puede conciderar la idea
4	4
5	5 Sin conciencia : no cree haber ingresado debido a un desorden mental .

No \_\_\_

## ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA Y CLINICA

- Edad:
- Sexo:
- Estado civil:

Casado\_\_\_ Soltero\_\_\_ Unión libre\_\_\_ Divorciado/ separado\_\_\_  
Viudo\_\_\_

- Religión:
- Ocupación:

Activo\_\_\_ Inactivo\_\_\_

- Escolaridad:

Analfabeto\_\_\_ Primaria\_\_\_ Secundaria\_\_\_ Superior\_\_\_

- Tiempo de evolución del padecimiento:
- Número de intentos previos a la fecha:

Ninguno\_\_ Uno\_\_\_ Dos o mas\_\_\_

- Antecedentes familiares de suicidio

No antecedentes\_\_\_ Antecedentes en 1° y 2°\_\_\_

- Antecedentes personales de consumo de sustancias

No antecedentes\_\_\_ Antecedentes de consumo\_\_\_

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**BÚSQUEDA DE VARIABLES DE RIESGO, PREDICTORAS ASOCIADAS A  
TENTATIVA DE SUCIDIO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA.**

El propósito del presente estudio es investigar si factores psicopatológicos como depresión, desesperanza, presencia de síntomas positivos, así como insight en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide son causantes de intencionalidad suicida. Con mi participación contribuiré a aumentar el marco teórico de los conocimientos acerca del padecimiento que me han diagnosticado.

Mi participación consistirá en responder siete instrumentos de evaluación, que me podrán ocupar cerca de 2 horas, por lo que se realizarán en dos sesiones de 1 hora cada una. Los instrumentos son: una encuesta sociodemográfica, la entrevista clínica estructurada para los diagnósticos del Eje-I del DSM-IV (SCID-I), Escala de desesperanza de Beck, Escala de depresión de Calgary, Escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS), Escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental, Escala de intencionalidad suicida de Beck.

**Beneficios:** Los fines del estudio son sólo investigación y contribuirá a obtener información sobre intencionalidad suicida en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide.

**Confidencialidad:** mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o en la publicación de los resultados. La información sólo será consultada por los investigadores involucrados en el estudio.

**Riesgos:** durante la aplicación de los cuestionarios, es posible que se traten temas sensibles por lo que recibiré ayuda inmediata por alguno de los psiquiatras involucrados en el proyecto.

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

Contacto: si tuviera alguna pregunta o duda acerca del estudio, puedo contactar a la Dra. Clarisa Villaseñor Robledo al teléfono 044 55 40 33 12 75.

-----  
Nombre y Firma del paciente

-----  
Fecha

-----  
Testigo

-----  
Fecha

