

Curso 2003/04
CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS/9
I.S.B.N.: 84-7756-597-X

FRANCISCO JAVIER ACOSTA ARTILES

Estudio prospectivo de las variables
psicopatológicas asociadas a tentativas de suicidio
en pacientes esquizofrénicos

Directores

RAMÓN GRACIA MARCO
EDUARDO AGUILAR GARCÍA-ITURROSPE
MARÍA ROSARIO CEJAS MÉNDEZ



SOPORTES AUDIOVISUALES E INFORMÁTICOS
Serie Tesis Doctorales

A lo largo de estos años en los que he trabajado en esta tesis doctoral, he tenido la suerte de conocer a diferentes personas que han significado mucho para mí, y que me han enriquecido a nivel personal. También he disfrutado del amor y apoyo de mis familiares y mi mujer, lo que ha sido una fuente de energía para afrontar los proyectos y quehaceres diarios de mi vida. Sin todos ellos no hubiera podido realizar este trabajo que presento, por lo que me resulta un placer poder mostrar mi agradecimiento desde estas líneas.

A mi madre, por su inmenso amor y continuo sacrificio.

A Mercedes, mi mujer, por su gran amor y comprensión.

A mi padre y mis hermanos, por su amor y apoyo durante estos años.

Al Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias, de Tenerife. Durante mi periodo de especialización, fue una sorpresa para mí el progresar tanto como persona como profesionalmente, y principalmente fue gracias a ellos. Es un orgullo para mí poder contar entre ellos más amigos que buenos compañeros de trabajo.

Al Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Nunca pensé recibir una acogida tan inmediata y llena de confianza como la que me han brindado desde que volví a la isla donde nací.

A Pedro Aparicio, Alfredo Lombardo y Manolo Castillo. Me hicieron partícipe de una amistad acogedora y entusiasta, y han sido magníficas personas conmigo.

A José Alemán. Nuestra amistad desde que éramos niños ha sido un estímulo continuo, y por más que pasan los años no deja de sorprenderme.

A mis directores de tesis, por su paciencia, ideas y estímulo durante los momentos más difíciles de estos años.

A los pacientes, ya que en definitiva, este trabajo es por y para ellos.

A MI MADRE

‘La verdadera esperanza es rauda y vuela con alas de golondrina; crea dioses y reyes, y eleva al trono a las más humildes criaturas’.

William Shakespeare

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	13
1. A Evolución histórica del fenómeno del suicidio.....	14
1. B Modelos teóricos del fenómeno del suicidio.....	19
1. B 1 Teoría psiquiátrica.....	19
1. B 2 Teoría sociológica.....	20
1. B 3 Teoría psicoanalítica.....	22
1. B 4 Teoría cognitiva.....	23
1. B 5 Modelos explicativos actuales.....	24
1. C Concepto y Clasificación de las conductas suicidas.....	27
1. D Epidemiología de las conductas suicidas.....	30
1. D 1 Introducción.....	30
1. D 2 Problemas metodológicos.....	30
1. D 3 Epidemiología del suicidio.....	32
1. D 4 Epidemiología de la tentativa de suicidio.....	34
1. D 5 Relación entre suicidio y tentativa de suicidio.....	36
1. D 6 Epidemiología del suicidio y tentativa de suicidio en España	37
1. E Factores de riesgo de la conducta suicida.....	38
1. E 1 Factores biológicos.....	38
1. E 2 Factores sociodemográficos.....	42
1. E 3 Factores familiares.....	44
1. F Suicidio y enfermedad mental: Factores psicológicos y psicopatológicos.....	47
1. F 1 Introducción.....	47
1. F 2 Trastornos Afectivos.....	49
1. F 3 Alcoholismo.....	50
1. F 4 Trastornos de personalidad.....	51
1. F 5 Adicción a drogas.....	51
1. F 6 Trastornos neuróticos.....	52
1. F 7 Esquizofrenia.....	52
1. F 8 Suicidio como fenómeno independiente del diagnóstico psiquiátrico.....	53

2. EL SUICIDIO EN LA ESQUIZOFRENIA.....	54
2. A Importancia del fenómeno suicida en los pacientes	
esquizofrénicos.....	55
2. B Factores sociodemográficos.....	60
2. B 1 Sexo.....	60
2. B 2 Edad.....	61
2. B 3 Estado civil.....	62
2. B 4 Situación laboral.....	63
2. B 5 Nivel educativo.....	64
2. B 6 Antecedentes familiares de suicidio.....	64
2. C Características clínicas generales.....	65
2. C 1 Tiempo de evolución.....	65
2. C 2 Tentativas de suicidio previas.....	66
2. C 3 Cumplimentación del tratamiento.....	69
2. C 4 Tratamiento.....	70
2. C 5 Consumo de tóxicos.....	75
2. D Depresión y Desesperanza.....	76
2. D 1 ‘Depresión esquizofrénica’. Concepto.....	77
2. D 2 Depresión y suicidio.....	89
2. D 3 Desesperanza y suicidio.....	95
2. E Insight.....	101
2. F Sintomatología psicótica.....	104
2. G Sintomatología negativa.....	109
2. H Curso de la enfermedad deteriorante y agresivo.....	112
2. I Suicidio como fenómeno impredecible.....	115
2. J Subtipos de pacientes esquizofrénicos suicidas.....	118
2. K Conclusiones sobre el suicidio en la esquizofrenia.....	123
3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	125
3. A Objetivos.....	126
3. B Hipótesis.....	126

4. PACIENTES Y MÉTODO.....	128
4. A Obtención de la muestra.....	129
4. B Descripción de la muestra.....	133
4. B 1 Muestra dividida en dos grupos.....	134
4. B 2 Muestra dividida en tres grupos.....	137
4. B 3 Características sociodemográficas de la muestra reevaluada al año.....	139
4. B 4 Características clínicas generales de la muestra reevaluada al año.....	140
4. C Criterios de inclusión y exclusión.....	141
4. C 1 Criterios de inclusión.....	141
4. C 2 Criterios de exclusión.....	142
4. D Variables utilizadas.....	143
4. D 1 Variables sociodemográficas.....	143
4. D 2 Variables clínicas generales.....	144
4. D 3 Variables psicopatológicas.....	145
4. E Descripción de los instrumentos.....	146
4. E 1 Escala de los síndromes positivo y negativo de la esquizofrenia (PANSS).....	146
4. E 2 Escala de Depresión de Calgary (CDS).....	147
4. E 3 Escala de Desesperanza de Beck (BHS).....	149
4. E 4 Escala para evaluar la conciencia de poseer un desorden mental (SUMD).....	150
4. E 5 Escala de Intencionalidad Suicida de Beck.....	152
4. F Análisis Estadístico.....	153
 5. RESULTADOS.....	 154
5. A Análisis estadístico considerando tres grupos de pacientes según su suicidabilidad.....	155
5. B Análisis estadístico del grupo de esquizofrénicos suicidas, considerando dos subgrupos en función de la ‘motivación’ suicida al ingreso.....	174

6. DISCUSIÓN.....	182
6. A Estudio prospectivo considerando tres grupos según su suicidabilidad.....	183
6. B Estudio de subtipos de esquizofrénicos suicidas en función de la ‘motivación suicida’ al ingreso.....	211
7. CONCLUSIONES.....	227
8. BIBLIOGRAFÍA.....	231
9. APÉNDICE.....	252

INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN.

1. A EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL FENÓMENO DEL SUICIDIO.

El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas y diferentes culturas. Sin embargo, han sido muy diferentes las actitudes que han tomado las distintas sociedades hacia éste, en función de los principios religiosos, filosóficos e intelectuales presentes en cada momento histórico y cultural.

La valoración que se ha realizado de este fenómeno a lo largo de la historia ha sido tan variable, que ha llegado a aspectos tan contrapuestos como ser considerado en algunos momentos históricos y culturas como un acto elogiado de valor y libertad, mientras que en otras se ha valorado como acto de locura, cobardía y debilidad, merecedor de condenas. Sin embargo, sí encontramos cómo los argumentos a favor y en contra se repiten a lo largo de la historia.

En **Oriente**, el suicidio fue considerado durante siglos como un acto elogiado, probablemente influido porque la muerte la consideraban sólo como un cambio de forma.

En la India, las viudas se arrojaban a las piras funerarias de sus maridos, en una ceremonia denominada *Suttee*. Así, se llegaron a documentar en 1821 en toda la India 2.366 suicidios mediante este procedimiento, tal y como recoge Durkheim en su libro 'El Suicidio', en 1897. Finalmente, esta ceremonia fue declarada ilegal por los ingleses en 1829 (Durkheim, 1897).

En China había formas de suicidio institucionalizadas o toleradas, como las cometidas por un delito o derrota militar. Tenemos, por ejemplo, el episodio de suicidio masivo de unos 500 filósofos de la escuela de Confucio que se precipitaron al mar, tras la quema de sus libros sagrados (Sarró y De la Cruz, 1991).

En Japón, las tasas de suicidio han sido muy elevadas durante siglos. En la sociedad japonesa, el suicidio se relaciona directamente con el respeto a la tradición. Frecuentemente se trataba de una sanción auto inflingida por haber faltado a un papel determinado por su sociedad. En un principio las formas más utilizadas eran tirarse al

mar o enterrarse vivos. Posteriormente, se impuso el *hara-kiri* como la forma de suicidio más tradicional, excelentemente valorada por la sociedad (Evans y Farberow, 1988).

Nos centraremos en la cultura de **Occidente** para reflejar la evolución del fenómeno del suicidio.

En la Grecia clásica, Plutarco se interesó por el fenómeno del suicidio, llegando a recoger los ocurridos entre los siglos IV y III a.C., constatando que no eran infrecuentes las tentativas y los suicidios consumados entre los adolescentes griegos.

Los filósofos cínicos, estoicos, epicúreos y cireneos declaraban que la vida y la muerte eran indiferentes, y que diversas causas (patriotismo, honor, enfermedad, el amor, etc) justificaban el suicidio.

En los siglos posteriores a Cristo, lo más destacado y paradójico en Grecia era la doble moral con la que se contemplaba el suicidio, incluso dentro del mismo periodo histórico, variando entre la tolerancia y la condena. El suicidio era permitido si había sido autorizado previamente por los magistrados públicos. Por ejemplo, en Atenas se pedía la autorización al Senado, exponiendo los motivos por los que la vida se tornaba intolerable. Si la respuesta era favorable el suicidio era considerado legítimo. Sin embargo, se castigaba a los que se suicidaban para eludir a una condena por un delito que hubieran cometido, privándoles de sepultura o cortándoles la mano derecha (Sarró y De la Cruz, 1991; Evans y Farberow, 1988; Rodríguez Juan, 1997; Carbonell y González, 1997).

En la Roma Imperial también existía esta doble moral, habiendo grandes semejanzas con los procedimientos griegos. El individuo que quería morir exponía sus razones al Senado, que lo aceptaba o no, determinando incluso la forma de morir.

Aunque la conciencia pública condenaba el suicidio, existían causas aceptadas como desencadenantes de los actos suicidas (patriotismo, amor, honor, enfermedad, etc). El suicidio llegaba a ser considerado un privilegio para los nobles y ricos, mientras que estaba prohibido para los esclavos, hasta el punto de que el intento era condenado, paradójicamente, con la muerte. De manera similar ocurría con los soldados que hacían un intento; se les condenaba a muerte excepto si se consideraba que había un motivo excusable y aceptado, en cuyo caso el castigo era la expulsión del ejército.

El hecho de la honorabilidad con la que era valorado este acto cometido por la clase social alta propició numerosos suicidios ante la tiranía de algunos emperadores, para evitar la confiscación de sus bienes, o la deshonra de recibir una condena a muerte. Éste fue el caso del filósofo Séneca ante Nerón.

Sin embargo, y de forma progresiva, el Derecho Romano fue penalizando todas las formas de suicidio, excepto en aquellos casos en los que éste era considerado 'insanus of uriosus'. Se seguía, de esta forma, con la tradición platónica que admitía que era el resultado de un trastorno mental pasajero o permanente (Rodríguez Juan, 1997).

En cuanto al Cristianismo, en los primeros siglos no hay una condena explícita al suicidio, siendo admisible en algunas circunstancias, e incluso casi llegando a ser considerado como un gesto heroico (por ejemplo, la aceptación del martirio como forma de evitar el deshonor y como entrada directa al Reino de los Cielos). Sin embargo, esta actitud va cambiando progresivamente hasta la adopción de una postura intransigente. El cambio hacia esta postura era en parte comprensible debido a la atracción y fascinación que esta muerte voluntaria ejercía sobre los más creyentes y determinados grupos, pero también debido a la enorme influencia que tuvo San Agustín, que fue el primero que adoptó una actitud de clara condena hacia el suicidio, en el siglo IV. Se impuso la idea de que los cristianos debían aceptar la vida y la muerte como una decisión divina, lo que perdura hasta la actualidad.

En los sucesivos concilios se declaran diferentes condenas hacia el suicidio. Así, en el Concilio de Arlés (452 d.C.), se contempla como un acto realizado bajo inspiración demoníaca. En el Concilio de Braga (562 d.C.), las sanciones se extienden a todos los casos de suicidio independientemente de las circunstancias, y se radicalizan los castigos, sugiriéndose la negación de la misa y canto de los salmos, e incluso la prohibición de entierro en camposanto. En el Concilio de Toledo (693 d.C.) se decreta la excomunión para los que intenten el suicidio. La Iglesia pone a Judas como ejemplo: la traición a Cristo pasa a un segundo plano y sitúan el hecho de haberse ahorcado posteriormente como su condena irremisible.

En el siglo XIII, Santo Tomás de Aquino exalta la figura de San Agustín, y añade a los argumentos de éste, que no se puede disponer libremente de sí mismo porque no se pertenece a sí mismo, sino que se es criatura de Dios. Consideraba el suicidio como el más grave de los pecados contra Dios. Sin embargo, considera también la existencia de ciertas enfermedades mentales que no tienen que ver con las posesiones diabólicas con

las que se relacionaba al suicidio en otras épocas, y que una persona puede actuar de esta manera por ofuscaciones pasajeras. Con todo ello comienza a crear la idea de separar el mundo religioso de las enfermedades mentales.

En la Edad Media los suicidios fueron infrecuentes en Europa, debido a la gran influencia y arraigo que tenían las creencias religiosas y a la severa legislación canónica. El suicida era comparado con el peor de los criminales. La condena eterna, la degradación del cadáver y el deshonor hicieron infrecuente este acto.

Durante catorce siglos la Iglesia mantuvo el enterramiento diferenciado o privación de sepultura eclesiástica. En 1983 el nuevo código de Derecho Canónico retiró estas sanciones (Rodríguez Juan, 1997; Irurita, 1997; Evans y Farberow, 1988).

Durante el Renacimiento, aunque algunas posiciones filosóficas disentían de la valoración del suicidio como pecado o crimen, y lo justificaban en determinadas circunstancias de dolor y sufrimiento, a nivel popular persistían las mismas actitudes de condena hacia los suicidas (Sarró y De la Cruz, 1991).

Con la revolución francesa y el nacimiento de la Ilustración, se inicia la descriminalización del suicidio, en gran medida por la influencia de las obras de Rousseau y Hume. En esta época se exalta la libertad, la razón, los derechos humanos, y se comienza a contemplar el suicidio como un acto de racionalidad y libertad para decidir sobre la vida y la muerte de uno mismo. Inicialmente el suicidio sólo dejó de ser reprimido 'de hecho', perdiendo su carácter criminal. Finalmente también se derogaron las antiguas leyes represivas. Sin embargo, la Iglesia lo seguía prohibiendo y castigando, por lo que a nivel popular continuó la idea del pecado mortal.

Con el nacimiento del Romanticismo, en el siglo XVIII y primera mitad del XIX, se exalta el sentimiento, y se valoran las motivaciones psicológicas por encima de las éticas. Así, surge una época de melancolía literaria, con autores influyentes como Goethe, Victor Hugo, Byron, etc, que no se oponen al suicidio, y lo consideran como un acto libre y con frecuencia como expresión de desesperanza. La obra de Goethe, *Werther*, de 1774 en la que su joven protagonista se suicida, desencadenó una epidemia de suicidios entre los adolescentes europeos, siendo prohibida en varias ciudades.

Es con la aparición de las Ciencias Sociales, en el contexto del Capitalismo y la Sociedad Industrial, cuando se produce el fin de la represión del suicidio. Se empieza a considerarlo como un problema social, al igual que la pobreza, el crimen, la enfermedad, etc. Un ejemplo de esto lo tenemos con la obra del español Jesús Sarabia Pardo 'Suicidio como enfermedad social' de 1889 (Rodríguez Juan, 1997).

En la España de los siglos XVIII y XIX se seguía condenando el suicidio, al entenderse que iba contra Dios, si bien la pena era menor si se debía a enfermedad, miseria o falta de trabajo. Ya en el siglo XX la postura de los autores españoles frente al suicidio cambia, en gran medida influenciada por la obra de Durkheim, y comienza a cobrar más importancia la búsqueda de las causas de estas conductas en los ambientes social y moral de la época. También influyó notablemente la escuela psiquiátrica francesa, que defendía la idea del suicidio como consecuencia de un trastorno mental (Carbonell y González, 1997). Ambas teorías (sociológica y patológica) son descritas a continuación.

La época moderna del estudio del suicidio comienza con el cambio de siglo del XIX al XX, con dos líneas de investigación diferentes. La psicológica tuvo como representante a Freud, y buscaba la explicación al suicidio en base a los fenómenos psíquicos inconscientes intrapersonales. La sociológica estuvo representada por Durkheim, quien defendía que las motivaciones principales del suicidio se encontraban en las propias raíces de la sociedad. La sociedad marca, con sus ambientes moral y social y tendencias de cada época, penetrando en los individuos, los suicidios. Es decir, el suicidio es el resultado de la influencia y actuación de unos hechos sociales, que interactúan con estados individuales (Gracia, 1994; Hernández, 1997).

En la actualidad, el suicidio constituye un grave problema de Salud Pública, ya que se sitúa entre las principales causas de muerte. Además, finalmente ha quedado en manos de los estamentos médicos el valorar si una conducta suicida ha sido secundaria o no a un trastorno mental, así como el estudio, prevención y control de estas conductas. La sociedad ha declinado en el médico, por tanto, la responsabilidad de diferenciar entre los suicidios 'patológicos' y los 'racionales'. A nivel popular el suicidio sigue considerándose como un acto de locura o de libertad, y permanece en gran medida la prohibición moral por creencias religiosas (Carbonell y González, 1997).

En unas reflexiones acerca del suicidio, Costa Molinari, aunque asume que en la mayor parte de las ocasiones el suicidio tiene una base sobre trastornos psiquiátricos, y por tanto el paciente es subsidiario de tratamiento, comenta: *'... 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 condición 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'* (Costa Molinari, 1997).

1. B MODELOS TEÓRICOS DEL FENÓMENO DEL SUICIDIO.

Si bien el interés por el fenómeno del suicidio ha existido desde tiempos remotos en el hombre, es sólo a partir del siglo XIX cuando se comienzan a elaborar las primeras teorías que intentan explicar con un cierto rigor la conducta suicida.

Han sido tres las teorías clásicas acerca del suicidio, que alcanzaron mayor aceptación: patológica o psiquiátrica, sociológica y psicoanalítica. A éstas recientemente se ha unido una cuarta, la aportación de la psicología cognitiva.

1. B 1 TEORÍA PSIQUIÁTRICA.

Como ya se ha señalado, la concepción patológica del suicidio comienza con la escuela psiquiátrica francesa en el siglo XIX, que considera el suicidio como un síntoma de enfermedad mental.

Pinel, en su Clasificación de las Enfermedades Mentales, ya incluye el suicidio como una forma de conducta mórbida. Su discípulo Esquirol también se centró en el estudio del suicidio como síntoma de un trastorno mental, aunque también señaló que existía el suicidio desencadenado por pasiones humanas, al que se refería como una afección moral desencadenada por las múltiples incidencias de la vida. Además, indicó que las ideas de suicidio eran universales y a menudo normales (Sarró y De la Cruz, 1991).

De Boismont (1856), recogió una casuística de cerca de 5.000 suicidios, indicando que éste era la última manifestación de la desesperación.

También en esta época se investigó el suicidio mediante la búsqueda de lesiones cerebrales en las autopsias de las personas suicidas, mediante la presunción de que determinadas lesiones pudieran condicionar al suicidio (Sarró y De la Cruz, 1991). Asimismo, la escuela frenológica buscaba la causa del suicidio en diferentes localizaciones cerebrales.

Destaca en esta escuela la clasificación de los suicidios elaborada a partir de las investigaciones de Jousset y Moreau de Tours, que fue citada también por Durkheim (1897) en su obra.

Estos autores clasificaron el suicidio vesánico (patológico) en cuatro tipos:

Suicidio Maniático: Producido como consecuencia de alucinaciones y/o delirios.

Suicidio Melancólico: Relacionado con un estado de extrema depresión y angustia, con una visión negativa de la vida.

Suicidio Obsesivo: Debido a una idea fija de muerte, sin razón sólida alguna, que se ha apoderado del individuo, aunque éste reconozca la irracionalidad de la idea.

Suicidio Impulsivo o Automático: Resultado de una impulsión brusca inmediatamente irresistible, sin que le preceda ningún antecedente intelectual (Durkheim, 1899).

Posteriormente, Achille-Delmas (1932), expuso su teoría acerca de los suicidios, con tres puntos básicos: todo suicidio implica la existencia de un trastorno mental, el suicidio es un síntoma y no una enfermedad, y por último, el suicidio está ligado a la ansiedad 'orgánica' (González Seijo y Ramos, 1997 a).

Sin embargo, esta visión del suicidio como síntoma patológico fue duramente criticada por algunos autores como Deshaies (1947). Expuso que se había utilizado para tal conclusión, 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 (Sarró y De la Cruz, 1991).

1. B 2 TEORÍA SOCIOLÓGICA.

La figura principal de la teoría sociológica del suicidio la representa el sociólogo francés Emile Durkheim (1858-1917), que en 1897 publica su libro 'El Suicidio'. Éste se convertirá en modelo para la investigación futura. Realizó una brillante descripción

de los aspectos epidemiológicos del suicidio, teniendo su obra incluso influencia sobre las interpretaciones actuales sobre el fenómeno.

En su obra uno de los aspectos fundamentales a reseñar es que enfoca los suicidios como un hecho social; los explica desde esta perspectiva, y no por las motivaciones individuales de cada suicida (Alaszemski y Manthorpe, 1995).

Durkheim expone que la vida social no puede explicarse solamente a partir de ciencias como la Biología, la Psicología o la Química, puesto que la realidad de la sociedad se encuentra en sus valores, ideas y creencias instituidos por la colectividad, y en muchas ocasiones diferentes según cada cultura, que generan a su vez modos de conducta. Por tanto, para Durkheim el suicidio es el resultado de la influencia y actuación de los hechos sociales que interactúan con estados individuales. En este sentido hay que recalcar que Durkheim acepta también la existencia de suicidios motivados por trastornos mentales. De hecho, en su obra incluyó la clasificación de los suicidios vesánicos de Jousset y Moreau de Tours, que él encuadraba dentro de lo que denominó los 'factores extrasociales'.

Estudió las tasas de suicidio de diferentes países europeos, y cómo éstas se modificaban en función de factores sociales como la religión, la economía, la guerra, la situación familiar, etc. También realizó un análisis sobre el papel de la herencia, la imitación y los factores cósmicos del suicidio (González Seijo y Ramos, 1997 a).

Durkheim consideraba que el suicidio era el resultado de las influencias y el control de la sociedad, y propuso dos variables fundamentales a tener en cuenta: grado de interacción social y grado de reglamentación social (Gracia, 1994).

Basándose en su concepción sociológica, estableció la siguiente clasificación de los suicidios:

- Suicidio Egoísta: Consecuencia de la falta de integración social. Es muy común en las sociedades en las que los factores culturales subrayan el individualismo. Del estudio del suicidio egoísta, concluyó que el suicidio aumenta con la ciencia (si bien no es ésta la que lo condiciona) al disminuir la cohesión de la sociedad, y que la religión ejerce una acción profiláctica sobre el mismo (Durkheim, 1989; Alaszemski y Manthorpe, 1995).
- Suicidio Altruista: Se produce en sociedades rígidamente estructuradas, que contemplan el código de deberes de sentido grupal por encima del individuo, y al sacrificio por el grupo como una obligación moral. Por tanto, el individuo no se encuentra lo suficientemente diferenciado del grupo, siendo capaz de sacrificarse por

éste. Un ejemplo de este tipo de suicidio lo constituyen las altas tasas de suicidio en el ejército.

- Suicidio Anómico: Se produce cuando existe el quebrantamiento de los valores sociales, con la consiguiente desorientación y sentimiento de falta de significación en la vida. Con el término anomia se hace referencia a la situación social en la que los valores tradicionales han perdido autoridad, mientras que las nuevas normas e ideales carecen todavía de fuerza. Este tipo de suicidio aparece en diversas situaciones de crisis, como en guerras, industrialización de países subdesarrollados, movilidad social, etc (González Seijo y Ramos, 1997 a).

- Suicidio Fatalista: Se produce en situaciones de 'excesiva planificación', en la que los individuos tienen un porvenir implacablemente limitado, y por tanto, sus pasiones constreñidas debido a una disciplina opresora (Gracia, 1994).

1. B 3 TEORÍA PSICOANALÍTICA.

Las teorías psicoanalíticas tienen como consideración básica que los factores intrapersonales son la causa principal de suicidio.

Aunque Freud no se ocupó en su obra de forma amplia y explícita del suicidio, fue el primero que expuso explicaciones psicológicas a este fenómeno, defendiendo los motivos intrapsíquicos. Se constituyó como el autor más importante y punto de referencia para sus discípulos en esta teoría.

Para Freud, lo más importante en la psicodinamia del suicidio era la agresión y hostilidad hacia sí mismo al no poder ser exteriorizada. Es decir, consideraba al suicidio como un homicidio en 180 grados. También eran ideas fundamentales la ambivalencia amor-odio presente en la psicodinamia de todo suicida, así como el suicidio como manifestación de la pulsión de muerte existente en toda persona (Gracia, 1994).

Menninger (1938), en su obra 'El hombre contra sí mismo', también hacía referencia al concepto psicodinámico de agresión en relación al suicidio. Expone que se trata de un fenómeno complejo en el que intervienen tres elementos: el deseo de matar, el deseo de morir y el deseo de ser matado. El reconocimiento por parte del individuo de los deseos de matar, chocan frontalmente con el Superyó, lo cual de forma inconsciente genera sentimientos de culpa, con necesidad de castigo, de forma que el individuo llega a ser incapaz de creerse merecedor de seguir viviendo. El tercer componente, el deseo de

morir, lo divide en consciente e inconsciente. El deseo de morir consciente explica las frecuentes tentativas fracasadas, mientras que el deseo de morir inconsciente se manifiesta mediante el desarrollo de actividades temerarias (Hernández, 1997).

Sin embargo, diferentes autores discrepan de la teoría del instinto de muerte. Sullivan (1953), señala la importancia de las relaciones interpersonales, y añade también como factores a tener en cuenta en la conducta suicida la envidia y la angustia. Fenichel afirma que se comete suicidio cuando las esperanzas e ilusiones de una tranquilizadora gratificación se vinculan a la idea de suicidio (Gracia, 1994). Por último, Litman (1965), indica que además de la psicodinamia hay que tener en cuenta otros factores muy importantes, como los sentimientos o vivencias de desesperanza, inutilidad y abandono (González Seijo y Ramos, 1997 a).

Finalmente hay que señalar que aunque existen discrepancias entre los diferentes autores, todas las tendencias psicoanalíticas coinciden en que el suicidio se precede de una etapa de crisis psicológica y conflicto emocional, en la cual hay confusión y ambivalencia, mientras se trata de resistir y controlar las fantasías e impulsos que llevan a la autodestrucción (Gracia, 1994).

1. B 4 TEORÍA COGNITIVA.

Las teorías cognitivas son más recientes que las anteriores, y valoran como factores importantes en la conducta suicida, componentes no agresivos, como la desesperanza, la culpa, la indefensión, el abandono, la ansiedad, la dependencia, etc, que están presentes en la mayor parte de estos actos.

El autor más importante en esta teoría cognitiva es Aaron T. Beck, que en su obra 'Terapia Cognitiva de la Depresión' (5ª edición, 1983) expone que la sintomatología depresiva surge progresivamente de patrones cognitivos negativos y distorsionados, a través de lo que denomina la Tríada Cognitiva, en la que incluye: una visión negativa de sí mismo, tendencia a interpretar las experiencias de una forma negativa y una visión negativa acerca del mundo. Es a través de estos patrones cognitivos erróneos, junto con errores del procesamiento en la información (como generalizaciones excesivas, pensamiento absolutista y dicotómico, personalización, maximización y minimización), unido a la existencia previa de patrones cognitivos estables a los que denomina

‘Esquemas’, lo que hace surgir un pensamiento típico de la depresión, que se ha conceptualizado como ‘pensamiento primitivo’ (Beck, 1983).

Este pensamiento primitivo se define como global, absolutista, extremo, sin matices, categórico e irreversible.

Para Beck las ideas de suicidio surgen como una expresión extrema de un deseo de escapar a problemas o situaciones que la persona concibe como intolerables, insostenibles e irresolubles. La persona puede llegar a verse a sí mismo como una carga inútil, por lo que piensa que lo mejor para todos y para sí mismo sería estar muerto.

Por último, Beck define el concepto de desesperanza como un sistema de esquemas cognitivos sobre expectativas negativas de futuro (Hernández, 1997).

1. B 5 MODELOS EXPLICATIVOS ACTUALES.

Como ha ocurrido también en otras áreas de la Psiquiatría y la Medicina, en la actualidad han adquirido mucha mayor relevancia los modelos llamados ‘multidimensionales’, sobre los modelos ‘unidimensionales’, en cuanto al intento de explicación del fenómeno suicida. Resulta lógico que un fenómeno tan complejo como el de la conducta suicida no pueda ser explicado o entendido satisfactoriamente mediante modelos que se limitan a un enfoque determinado; esto es, los modelos unidimensionales que se han repasado anteriormente.

Podemos considerar los estudios de Weiss (1954) como el antecedente de los modelos multidimensionales actuales. Este autor destacó tres factores fundamentales en el suicidio: las actitudes del grupo en cada sociedad, las situaciones externas con las que se encuentra el individuo, y el carácter y personalidad del individuo.

Veremos a continuación, los seis modelos más importantes: ‘Modelo arquitectónico’ de Mack (1986), ‘Modelo de trayectorias de desarrollo del suicidio’ de Silverman y Felner (1995), ‘Modelo basado en el estado de la mente’ de Bonner y Rich (1987), ‘Modelo del cubo suicida’ de Shneidman (1992), ‘Modelo de sobreposición’ de Blumenthal (1988) y el ‘Modelo de estrés-diátesis’ de Mann (1999).

Lógicamente, la importancia de estos modelos multidimensionales no reside en su carácter explicativo, sino fundamentalmente en el intento de poder ofrecer un valor predictivo y preventivo. Estos modelos tratan de identificar las variables implicadas en la conducta suicida, lo cual implicaría la capacidad para poder actuar sobre dichas variables para prevenir en lo posible estas conductas (González Seijo y Ramos, 1997 a).

Modelo arquitectónico de Mack (1986).

Mack ha propuesto un modelo arquitectónico para el suicidio que constaría de los siguientes elementos: macrocosmos (sistema educativo, cultural, sociopolítico y económico), vulnerabilidad biológica, experiencias tempranas, organización de la personalidad, relaciones del individuo, psicopatología, ontogenia y circunstancias vitales.

Modelo de trayectorias de desarrollo del suicidio de Silverman y Felner (1995).

Estos autores utilizan el concepto de vulnerabilidad personal, que sería la resultante de la exposición a los factores de riesgo y a los factores protectores. Postulan que hay diferentes etapas en la vida en las que puede adquirirse una mayor vulnerabilidad, si bien ello no implica en todos los casos conductas suicidas. De esta forma, indican que sería posible actuar en cada una de estas etapas de la vida, en primer lugar, examinando la presencia de condiciones de riesgo suicida, y posteriormente, actuar sobre estos factores mediante programas específicos.

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

Estos autores consideran el fenómeno del suicidio como un proceso dinámico y circular, del que los individuos pueden salir y volver a entrar, según las variables implicadas en el suicidio que estén presentes en cada etapa.

Proponen la existencia de dos grupos de variables: el contexto socioindividual y el 'estado mental suicida'.

En cuanto al contexto socioindividual, éste comprende el ambiente social (en el que diferencian los factores propios del contexto social general y del contexto social inmediato), y el entramado individual (incluyen en éste las enfermedades psiquiátricas, los factores bioquímicos, factores cognitivos, evolutivos y de personalidad, el nivel de tolerancia al estrés y los modos de afrontamiento del mismo).

En cuanto al 'estado mental suicida', se trata de un término mediante el cual designan al conjunto de características psicológicas presentes e implicadas en la conducta suicida. Estas variables son: depresión, desesperanza, soledad, baja autoestima, falta de razones para vivir y valoración positiva del suicidio como medio para la resolución de problemas.

Modelo cúbico del suicidio de Shneidman (1992).

Shneidman propone en este modelo tres variables de orientación psicológica como los factores principales implicados en el suicidio: ‘dolor’, ‘perturbación’ y ‘presión’.

Por ‘dolor’ entiende el dolor psicológico que resulta de unas necesidades psicológicas frustradas. Llama ‘perturbación’ al estado alterado o perturbado que presentan estos individuos, e incluye la constricción de la percepción y la impulsividad. Por último, denomina ‘presión’ al conjunto de aspectos interiores y ambientales que afectan al individuo.

Para cada una de estas variables diseñó una escala de puntuación de gravedad que comprende desde 1 (el mejor estado) a 5 (gravedad).

Shneidman expuso su modelo de forma gráfica, mediante un cubo con 125 cubiletes; 25 de ellos en cada plano, por tanto, con 5 cubiletes en cada fila y columna. A cada una de las 3 caras visibles del cubo corresponde una variable: dolor, perturbación y presión. El cubilete en el que confluyen los grados de gravedad de cada variable (cubilete 5-5-5), representaría a los individuos suicidas.

Expone además que existen otros factores implicados (demográficos, familiares, antecedentes suicidas, etc), pero los considera periféricos, es decir, de considerable menor importancia.

Modelo de sobreposición de Blumenthal (1988).

Esta autora refiere la existencia de 5 grupos de factores de riesgo o áreas de vulnerabilidad: trastornos psiquiátricos, rasgos y trastornos de personalidad, factores psicosociales y ambientales, variables genéticas y familiares, y factores biológicos. Cada una de estas áreas corresponde a una esfera de influencia, y pueden ser representadas de manera gráfica mediante una serie de diagramas de Venn entrelazados (González Seijo y Ramos, 1997 a).

Modelo de estrés-diátesis de Mann (1999).

Mann et al han propuesto un modelo en el cual, el suicidio está determinado por el estresor (la enfermedad psiquiátrica), y la diátesis, entendida como una predisposición (tendencia a la ideación y conductas suicidas, agresividad/impulsividad, depresión subjetiva y desesperanza fundamentalmente) (Mann et al, 1999).

Lester ha publicado un interesante estudio al respecto de los modelos teóricos de la conducta suicida. En base a la historia psicobiográfica de 30 conocidos suicidas, comparó 15 modelos teóricos, obteniendo como resultado que los que mejor se adaptaban a los suicidas analizados eran el de Beck, el de Shneidman y el de Maris (Lester, 1994).

1. C CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS.

El término ‘suicidio’ ha aparecido tardíamente en la historia, viniendo a sustituir las voces antiguas de ‘matarse’, ‘asesinarse’ o ‘destruirse’, las cuales traducían el sentido de crimen contra uno mismo. La voz ‘suicidio’ es un latinismo proveniente de los vocablos *sui* (sí mismo) y *caedere* (matar), que ha aportado un carácter más abstracto y cultista que las anteriores voces.

La palabra *suicide* aparece utilizada por primera vez en Inglaterra, en la edición de 1643 de *Religio Medici*, escrita por T.Browne.

El *Diccionario de la Lengua Española* de la Real Academia contiene varios términos al respecto: ‘suicidio’: *acción y efecto de suicidarse*; ‘suicida’ (como sustantivo): *persona que se suicida*; ‘suicida’ (como adjetivo): *dícese del acto o conducta que daña o destruye al propio agente*; ‘suicidarse’: *quitarse violenta y voluntariamente la vida*.

Sin embargo, desde el punto de vista de la ciencia, las concepciones acerca del suicidio han evolucionado a lo largo de la historia, desde su valoración como un mero acto hasta contemplarlo como parte de un concepto más complejo y amplio como es la conducta suicida (Díaz et al, 1997).

Durkheim es el primer autor que realiza una definición de suicidio de forma que se delimite la conducta suicida de otras en las que también resulta la muerte. Para ello incluye en ésta las características de finalidad intencional y autoprovocación. Define además la tentativa de suicidio como un fracaso material de dicha intencionalidad.

Esta definición de Durkheim es una de las más citadas en el tema del suicidio: ‘*Se llama suicidio, toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo*

o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado. La tentativa es el mismo acto que hemos definido, detenido en su camino, antes de que dé como resultado la muerte’.

Esta definición ha sido cuestionada con posterioridad, al observar que la intencionalidad de los ‘suicidas’ no siempre era la de matarse, sino que existían otras frecuentes, tales como demandar atención, escapar a situaciones conflictivas, o incluso agredir vengativamente a otros con la propia muerte (Díaz et al, 1997).

Estas diferencias entre la definición propuesta por Durkheim y las concepciones actuales probablemente se deban al enfoque de la primera hacia el ‘suicidio e intento de suicidio’, en contraposición con el enfoque actual de tal definición dirigido hacia la ‘conducta suicida’, concepto que resulta más amplio y heterogéneo.

El concepto de ‘acto suicida’ fue introducido en 1969 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como *‘todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil’.*

En la CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades), publicada en 1992, las conductas suicidas se incluyen en el capítulo XX, sobre ‘Causas externas de morbilidad y mortalidad’. Desde el apartado X60 hasta el X84 se incluyen las Lesiones Autoinflingidas, que se definen como intoxicaciones o lesiones traumáticas que se inflinge deliberadamente un individuo. En esta última clasificación de la OMS es de destacar que se han obviado aspectos tales como voluntariedad, finalidad del acto y motivaciones conscientes o inconscientes (Hernández, 1997).

Se han realizado numerosos intentos de definiciones y clasificaciones por diferentes autores. Sin embargo, la complejidad del fenómeno ha impedido que se pueda consensuar y generalizar alguna.

Diekstra realizó una clasificación en la que definía los términos suicidio, tentativa de suicidio y parasuicidio. Ésta también ha recibido críticas en base a que no incluye la ideación suicida, y en segundo lugar, hay autores que consideran desafortunado el uso de términos como ‘parasuicidio’ o ‘pseudocidio’, ya que reducen la categoría de peligro inherente que tienen los intentos, y por tanto, puede provocar que se contemplen como simples gestos, lo cual resultaría peligroso. En cuanto a las definiciones, se exponen a continuación, no de forma literal, sino recogiendo los puntos principales que reúnen. Diekstra contempla el ‘suicidio’ como un acto de resultado mortal, desencadenado por la propia persona, con el conocimiento de que la acción conducía a la muerte. Define la

‘tentativa de suicidio’ como un acto de resultado no mortal, desencadenado por la propia persona, con el conocimiento de que la acción conduce a la muerte, que no llega a tal extremo debido a la intervención de otras personas o a otra serie de circunstancias. Por último, define ‘parasuicidio’ como el acto de resultado no mortal, desencadenado por la propia persona, con el conocimiento de que dicha acción produce lesiones o sobredosis, tanto si se produce este acto como si no, por ser interrumpido por otras personas o circunstancias, que persigue cambios en el ambiente y condiciones sociales (Díaz et al, 1997).

Las investigaciones epidemiológicas pusieron de manifiesto que las características y circunstancias de la mayoría de los que sobrevivían a un acto suicida no se correspondían con las de aquellos con suicidio consumado, siendo poblaciones muy distintas desde el punto de vista psiquiátrico y demográfico. Sin embargo, los grupos de tentativas suicidas y de suicidios no son homogéneos. Uno de los motivos es que el hecho de que un acto suicida conduzca o no a la muerte depende no sólo de las diferentes características de las poblaciones implicadas en estos actos y de las características de letalidad de éstos, sino también de factores que muchas veces sólo se pueden imputar al azar (Díaz et al, 1997).

Siguiendo la línea de lo reflejado por las investigaciones epidemiológicas, Shneidman afirma que las tentativas de suicidio tienen aspectos y contenidos propios que las diferencian de los suicidios consumados. También admite que ambos fenómenos comparten características comunes, como el hecho de que en ambos casos existe un componente de autolesión, aunque en el intento puede estar latente o ser ambivalente y vago. El suicidio consumado y la tentativa de suicidio son vistos como síntomas de dos poblaciones específicas con diferencias entre ambas, aunque convergen en diversos aspectos (Hernández, 1997).

Autores como Beck y Diekstra valoran la conducta suicida como un ‘continuum’ o gradación secuencial que va desde la ideación suicida, amenazas, gestos, tentativa hasta el suicidio consumado. Otros autores, como Menninger, Farberow, Giner y Leal, incluso amplían el concepto suicida hasta una extensa gama de conductas autodestructivas conscientes e inconscientes, heterogéneas en su forma y expresión, aunque todas ellas con un fondo común, como es el diálogo-juego con la idea de la muerte e implican un riesgo para la vida (Hernández, 1997).

1. D EPIDEMIOLOGÍA DE LA CONDUCTA SUICIDA.

1. D 1 INTRODUCCIÓN.

El suicidio es una de las conductas humanas que produce mayor atención de los diferentes estamentos de la sociedad, y especialmente, de la clase médica, fundamentalmente los psiquiatras, dado que con cierta frecuencia representa el fracaso del tratamiento del paciente, al tratarse de una conducta que en algunos casos puede prevenirse. Así, se sabe que más de la mitad de los suicidas consultan con su médico en el mes previo a su muerte, y más de un tercio con un servicio de psiquiatría, en el año anterior.

El suicidio representa un importante problema de salud pública, pues aunque para la población general la mortalidad por suicidio es baja (1-2 % de la mortalidad por cualquier causa), constituye la cuarta causa en importancia de pérdida de años potenciales de vida. De hecho, uno de los objetivos del programa de salud para de la OMS para el año 2000 fue la reducción de la tendencia alcista actual de la tasa de suicidios y tentativas de suicidios (Arranz, 1997).

1. D 2 PROBLEMAS METODOLÓGICOS.

En la conducta suicida podemos diferenciar tres niveles o categorías: ideación suicida, tentativa de suicidio y suicidio. Cada una de estas conductas presenta problemas metodológicos específicos, que en conjunto condicionan que en general los estudios epidemiológicos infraestimen la magnitud real del problema (Diekstra, 1993).

En cuanto a la ideación suicida, la prevalencia es difícil de establecer. En primer lugar, aunque existen cuestionarios específicos para la valoración de ésta, raramente se utilizan. Los más usados son los ítems referentes al suicidio de los test standard para la valoración del estado mental. Por otro lado, los estudios varían en cuanto al período de tiempo acerca del cual se valora la presencia o no de ideación suicida. Finalmente, no hay consenso en cuanto a la definición de ideación suicida (podría incluir, desde sentimientos de que la vida no vale la pena, hasta planes estructurados de suicidio). Por

todo ello, los datos extraídos de los diferentes estudios resultan difícilmente comparables (Arranz, 1997).

En cuanto a las tentativas de suicidio, no existen datos oficiales, por lo que la información ha de obtenerse generalmente a partir de los registros de urgencias de los hospitales. Ello implica un sesgo importante, ya que se calcula que más del 75 % de las tentativas no llegan a ponerse en conocimiento de ningún médico. De hecho, incluso se ha demostrado que la probabilidad de que un paciente sea remitido a un hospital no depende tanto de la gravedad médica del intento, sino del método empleado, por lo que intentos de suicidio serios pueden no ser remitidos a un hospital si no implican una complicación médica. Podemos concluir por tanto, que las tasas de tentativas de suicidio extraídas de los registros hospitalarios están claramente por debajo de las tasas reales de tentativas de suicidio entre la población general. En los últimos años la Oficina Regional Europea ha promovido un estudio multicéntrico llevado a cabo en 13 países europeos, que ha constituido tras su publicación, la primera referencia de datos comparables sobre la prevalencia de tentativas de suicidio en Europa (Diekstra, 1993; Arranz, 1997).

Por último, para el suicidio sí existen datos nacionales oficiales. Sin embargo, los datos de los diferentes países reflejan tasas muy dispares, por lo que surge la duda de si estas diferencias reflejan la realidad o se deben a diferentes métodos y criterios para la identificación de los casos de suicidio. A este respecto, Lester defiende que existen estas diferencias reales en las tasas de suicidio entre unos países y otros, y argumenta que éstas se deben a variaciones fisiológicas, psicológicas y sociales existentes entre éstos, si bien admite que al basarse en un estudio que compara sólo 17 países, los datos no se pueden generalizar (Lester, 1997).

Lo que sí está claro es que la tasa real de suicidios es superior a la que muestran las estadísticas oficiales, y ello se debe a varios factores. En primer lugar se debe a que no existen criterios de definición de suicidio consensuados. En segundo lugar, con cierta frecuencia resulta difícil diferenciar entre suicidio, muerte por causas naturales, muerte accidental y homicidio. A este respecto cabe señalar que en España las estadísticas ofrecidas por los Institutos Anatómicos Forenses tienen un alto grado de fiabilidad, dado que la legislación obliga a que todos los casos de muertes accidentales o en los que se sospecha suicidio u homicidio sean valorados por el Médico del Registro Civil o por

el forense. En tercer lugar, existen actitudes culturales en la sociedad hacia el suicidio que explican la tendencia de muchos familiares a no notificar el hecho, e incluso dificultar el reconocimiento oficial del mismo como suicidio (Arranz, 1997).

Sin embargo, a pesar de estas dificultades, diferentes estudios que valoran la magnitud de la infraestimación del suicidio concluyen que el tamaño de ésta es relativamente pequeño, y señalan que aunque se reclasificasen las muertes de origen incierto como suicidios, las cifras no aumentan en exceso. Por ello, diferentes autores indican que las conclusiones epidemiológicas extraídas de los datos oficiales son en general correctas, y que las diferencias entre los datos de los distintos países corresponden a diferencias reales de prevalencia (Diekstra, 1993; Lester, 1997).

1. D 3 EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO

En los países occidentales el suicidio representa alrededor de un 1 % en las mujeres y de un 2 % en hombres, con respecto a la mortalidad total por cualquier causa, situándose entre la 9ª y 10ª causa de muerte en la población general. Para el grupo de población comprendida entre los 15 y 34 años representa la 2ª o 3ª causa de muerte (Diekstra, 1993). Es evidente que constituye un serio problema de salud pública, para el que todavía no se han encontrado respuestas suficientes. Como ya se ha señalado, la OMS en su Comité Regional Europeo propuso como objetivo número 12 de salud para el año 2000, acciones tendentes a reducir la tasa de suicidio y tentativas de suicidio en Europa.

La OMS ha establecido una clasificación de las tasas de suicidio en una población como bajas, medias, altas y muy altas, en función del número de suicidios por 100.000 habitantes y año. Clasifican como bajas las inferiores a 5/100.000 hab./año, medias entre 5 y 15, altas entre 15 y 30, y muy altas las superiores a 30.

Las tasas de mortalidad de los diferentes países varían considerablemente, desde valores menores a 5/100.000 hab./año, como Malta, Egipto o Grecia, hasta las superiores a 30/100.000 hab./año, como en Hungría o Finlandia. La distribución de frecuencias no sigue un patrón continental, es decir, los patrones epidemiológicos presentan escasas diferencias entre los distintos continentes, encontrando países con entornos socio-culturales diferentes, que presentan tasas de suicidio similares, ya sean bajas, medias o altas. Esto sugiere que los factores que determinan la tasa de suicidio

son específicos de cada comunidad, y que el suicidio es una conducta humana propia de prácticamente todas las culturas, sean de sociedades industrializadas o no. Se ha señalado la existencia de un patrón geográfico-cultural, en el que los países latinoamericanos, árabes y países de la cuenca mediterránea presentan las tasas más bajas, mientras que en el centro y norte de Europa, así como en países poblados mayoritariamente por descendientes europeos (EEUU, Canadá, Australia, etc), presentan tasas relativamente más altas. En los países asiáticos, las tasas encontradas son muy dispares, y en cuanto a África, no se dispone de datos.

En Europa también se ha identificado un patrón, por el que los países del sur presentan las tasas más bajas, países del noroeste como Inglaterra y Holanda tienen tasas algo más altas, los países nórdicos conforman un grupo con tasas más altas, y por último, países centroeuropeos como Hungría y Rusia tienen las tasas más altas de Europa. Estas tasas han aumentado significativamente a lo largo del siglo en todos los países. Sin embargo, el orden jerárquico de estos en cuanto al suicidio se ha mantenido constante (Diekstra, 1993). Lester precisa, en este sentido, que desde la década de los 80 se ha objetivado una cierta tendencia al descenso de las tasas de suicidio en aquellos países con mayores tasas, así como un aumento en los que tradicionalmente presentaban las tasas más bajas (Lester, 1997).

En cuanto al suicidio por edades, la incidencia de suicidio en edades más jóvenes (15-24 años) es baja. Sin embargo, dada la baja mortalidad general de este grupo de edad, la importancia relativa del suicidio es muy significativa, situándose entre las 5 primeras causas de muerte en este grupo de edad en numerosos países. Según datos de la OMS (1991), los países con tasas de suicidio más altas entre adolescentes y jóvenes son Canadá, Sri Lanka, Finlandia, Austria y Suiza (Sáiz et al, 1997).

Las tasas más elevadas de suicidio se presentan, en casi todos los países, en mayores de 74 años, representando un problema de salud pública de gran importancia. De hecho, existen muchos países en todos los continentes para los cuales la tasa de suicidios se sitúa por encima de 30/100.000 hab./año, para este grupo de edad (Uruguay, Japón, Sri Lanka, Austria, Bélgica, Hungría, Dinamarca, Francia, etc) siendo la más elevada la de Hungría, que se sitúa en torno a 108 (Sáiz et al, 1997).

En cuanto al suicidio según sexo, se sabe con seguridad que la incidencia de suicidio es mayor entre varones que entre las mujeres (en torno a tres veces superior), hecho

constatado en todos los países y en los diferentes grupos de edad (Sáiz et al, 1997; Arranz, 1997).

Los métodos empleados varían de forma importante según los países, las culturas, características demográficas y épocas. En la elección del método intervienen múltiples factores, como la disponibilidad y accesibilidad de los mismos, su aceptación sociocultural, la imitación, y la confianza en su capacidad letal. Así, por ejemplo, en los Estados Unidos el 57 % de los suicidios consumados se producen mediante armas de fuego, mientras que en España, donde el acceso a las armas de fuego es más difícil, los métodos más empleados son la precipitación, las intoxicaciones y el ahorcamiento. En relación al sexo, los métodos más violentos son utilizados más por los varones, mientras que las mujeres suelen utilizar métodos menos violentos como la ingesta de fármacos (Arranz, 1997).

1. D 4 EPIDEMIOLOGÍA DE LA TENTATIVA DE SUICIDIO.

En el caso de las tentativas de suicidio no se disponen de datos oficiales en ningún país del mundo. Como ya se ha señalado, las fuentes de información son los registros de los servicios de urgencias de los hospitales y otros centros médicos, o bien encuestas en muestras de población, por lo que la tasas obtenidas resultan ser infraestimaciones de la tasa real.

Al igual que ocurre con el suicidio consumado, los diferentes estudios muestran una amplia variabilidad, surgiendo también la duda de si ésta se debe a problemas metodológicos o a la realidad. Lo que sí queda claro según diferentes estudios, a diferencia del suicidio consumado, es que la incidencia de la tentativa de suicidio es varias veces superior en mujeres que en varones. También estos estudios indican que es más frecuente en jóvenes que en adultos o ancianos. Concretamente, como señala Diekstra, el pico máximo de edad en ambos sexos y en todos los países corresponde a las edades entre 15 y 44 años (Diekstra, 1993).

Resulta interesante el hallazgo obtenido por algunos estudios, que encuentran una correlación temporal entre el aumento de las tasas de tentativas y las de suicidio consumado, lo que apoya la idea de que la evolución de las tentativas de suicidio corre paralela a la de los suicidios consumados (Diekstra, 1993).

Diekstra ha señalado que se ha producido un aumento brusco del parasuicidio en adolescentes y adultos jóvenes en el período de 1965-1980, etapa en la que también aumentó significativamente la tasa de suicidio en Europa (Diekstra, 1993).

Hace unos años fue publicado un amplio estudio organizado por la OMS, llamado 'WHO/EURO Multicentre Project on Parasuicide', considerado como el primero que aportaba datos fiables acerca de las tentativas de suicidio. Recogió datos pertenecientes al periodo 1989-1992, y en él participaron 16 centros de 13 países europeos. Desde un principio se establecieron una serie de premisas básicas que aseguraran validez y fiabilidad de los datos, iguales para todos los países. Los resultados de este estudio han confirmado los de estudios previos, como la amplia variabilidad entre los países y la incidencia respecto a edad y sexo (mayor incidencia entre los adolescentes y adultos jóvenes, especialmente entre las mujeres). Para el periodo del estudio, la mayor incidencia correspondió al centro finlandés (Helsinki), con 314/100.000 habitantes mayores de 15 años, mientras que la menor fue la del centro español (Guipúzcoa): 45/100.000 habitantes mayores de 15 años. La tasa media global (estandarizada por edad) fue de 186/100.000 en mujeres y 136/100.000 en hombres. A esto hay que añadir que los casos recogidos en los centros médicos representan una cuarta parte de la tasa real, por lo que ésta es cuatro veces superior a la tasa obtenida en el estudio (Arranz, 1997). Este proyecto tenía dos objetivos principales: en primer lugar, monitorizar las tendencias de la epidemiología del parasuicidio, que incluyera la identificación de factores de riesgo ('The Monitoring Study'), y en segundo lugar, realizar un estudio de seguimiento de la población parasuicida como grupo de riesgo de futuras conductas suicidas, con el fin de identificar características predictivas de tipo personal y social, que pudieran ser de utilidad para identificar la futura conducta suicida ('The Repetition-Prediction Study') (Sáiz et al, 1997).

Cabe citar a Diekstra como autor importante en el estudio de la epidemiología de la conducta suicida. Este autor, basándose en una extensa revisión bibliográfica, concluye que el parasuicidio es el predictor más importante del suicidio. De hecho, señala que entre un 10-14 % de las personas que realizan una tentativa de suicidio, cometerán suicidio posteriormente. Por ello, concluye que cualquier persona que realice una tentativa de suicidio tiene un riesgo de suicidio unas 100 veces mayor que la población general, en el año posterior a la tentativa (Diekstra, 1993).

Por último, Diekstra ha identificado tres motivos principales para la realización de la tentativas: cese o final para siempre, interrupción del sufrimiento, dormir, etc, y en

tercer lugar, llamar la atención con intención de movilizar a otros o cambiar situaciones vivenciadas como intolerables (Diekstra, 1993).

Los métodos más utilizados en las tentativas de suicidio son mayoritariamente los no violentos. Así lo reflejó también el estudio 'WHO/EURO Multicentre Project on Parasuicide', en el que los dos métodos más utilizados fueron la intoxicación (64 % en varones; 80 % en mujeres), y las incisiones, sobre todo en el antebrazo (17 % en varones; 9 % en mujeres) (Arranz, 1997).

1. D 5 RELACIÓN ENTRE SUICIDIO Y TENTATIVA DE SUICIDIO.

Desde un principio ha existido controversia acerca de si los sujetos que desean la muerte y aquellos que la desean y la consuman son similares o diferentes. Desde un punto de vista epidemiológico, y como ya se ha señalado, se sabe que la tentativa de suicidio es el principal factor de riesgo de suicidio consumado, estimándose que entre el 10-15 % de los individuos que realizan una tentativa terminarán consumando el suicidio, siendo este riesgo mayor durante el año posterior a la tentativa (del 1-2 %, lo que representa un riesgo 100 veces superior al de la población general). Además, estudiando de modo retrospectivo los casos de tentativas y de suicidios, se ha evidenciado que el 14-60 % de las tentativas tienen antecedentes de una o más tentativas previas, y que el 30-60 % de las personas que consuman el suicidio poseen antecedentes de tentativas previas (Sarró y De la Cruz, 1991; Diekstra, 1993).

Sin embargo, por otro lado, es indudable que las características demográficas de la población suicida y de la población que realiza tentativas de suicidio, son diferentes, aunque existe cierto solapamiento. El perfil del suicida es un varón de edad avanzada, mientras que las tentativas son más frecuentes en mujeres jóvenes. Además existen entre los suicidas trastornos psiquiátricos graves con mayor frecuencia en los que consuman el suicidio. No ocurre lo mismo con los factores sociales, dado que se ha visto que las diferencias en este tipo de factores para ambas poblaciones, son sólo de grado y duración. Por ello se dice que las acciones suicidas se escalonan jerárquicamente según un gradiente de riesgo de letalidad, y en muchos casos el cometerlas depende de la disponibilidad de medios y modelos suicidas (Diekstra, 1993).

La presente tesis doctoral está fundamentada, por un lado, en nuestra concordancia con esta visión de las conductas suicidas como un continuo que va desde la ideación suicida

hasta el suicidio consumado; por otro lado, en el hecho de que la tentativa es el mayor factor de riesgo para el suicidio consumado para la población general y para los pacientes con trastornos psiquiátricos, hecho señalado por diversos autores (Diekstra, 1993; Pederson et al, 1975; Paerregaard, 1975).

1. D 6 EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO Y TENTATIVA DE SUICIDIO EN ESPAÑA.

Las primeras estadísticas oficiales de suicidio publicadas en España con carácter periódico, datan de 1888, si bien éstas no ofrecían buena fiabilidad y además no distinguían entre tentativas de suicidio y suicidio (Sarró y De la Cruz, 1991).

Desde entonces y hasta la actualidad, en España se han realizado numerosos estudios epidemiológicos. Según datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) (1995), la tasa promedio de suicidio es de 5,9/100.000 habitantes/año. Estas tasas varían de forma importante entre unas provincias y otras. Así, Lugo es la provincia con la tasa más alta (18,3) y Valencia la que tiene la tasa más baja (0,4). Sólo dos provincias se encontraban con tasas consideradas por la OMS como altas (Lugo y Soria), mientras que diez tenían tasas consideradas por la OMS como bajas (entre las cuales se incluye S/C de Tenerife). El resto de provincias tenían tasas intermedias.

Durante este siglo en España, es remarcable que desde 1959 hasta 1980, las tasas de suicidio descendieron. Sin embargo, entre 1980 y 1992 las tasas han mostrado un incremento del 40,9 % (Alonso et al, 1996).

Sin embargo, las tasas de suicidio reales probablemente son más altas. Así lo parecen indicar diferentes estudios epidemiológicos, que indican tasas medias entre 10 y 15 suicidios por 100.000 habitantes y año.

En cuanto la Comunidad Canaria, Rodríguez Pulido et al realizaron un estudio de suicidio en nuestra comunidad, recogiendo 775 casos entre los años 1977 y 1983. Se produjo además un incremento de los suicidios durante el periodo analizado, con tasas de 6,8 por 100.000 habitantes y año en 1977, hasta 10,6 en 1983. Tales datos estaban en contradicción con los ofrecidos por el INE, que estimaba para el mismo periodo 381 casos de suicidio en Canarias, con una tendencia a la disminución durante este periodo (Rodríguez et al, 1991).

En cuanto a Tenerife, Gracia et al realizaron un estudio durante el mismo periodo, entre 1977 y 1983, en el que recogió 356 casos. Obtuvieron unas tasas también con

incrementos durante el periodo analizado, que variaron desde 10,7/100.000 habitantes/año en 1977, hasta 19,4 en 1983. Igualmente, las tasas oficiales ofrecidas por el INE (7/100.000 habitantes/año para 1977 y 12 para 1983) estaban muy por debajo de las obtenidas por este autor.

Atendiendo a variables sociodemográficas, Gracia encontró un predominio de los suicidios en las áreas rurales, de los varones sobre las mujeres, y de los separados o divorciados. Los métodos suicidas más utilizados fueron la defenestración, el ahorcamiento y la intoxicación con insecticidas (Gracia et al, 1988).

Para el caso de las tentativas de suicidio, las dificultades metodológicas son mayores, dado que éstas resultan mucho más fáciles de encubrir que el suicidio consumado. En base a los datos disponibles, se calcula que las tasas de conductas parasuicidas en España se encuentran entre 50 y 90/100.000 hab./año, si bien se admite, por motivos ya señalados, que las tasas reales deben ser muy superiores con toda probabilidad (Sáiz et al, 1997).

1. E FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA.

Como ya se ha indicado, la conducta suicida es un fenómeno complejo que no puede ser explicado por factores únicos, sino que en ésta la etiología es multifactorial, interviniendo factores de tipo biológico, sociodemográficos, familiares, psicológicos y psicopatológicos. La combinación de estos factores, cada uno influyendo en mayor o menor medida, es lo que puede originar un espectro de conductas suicidas, que pueden variar desde la ideación suicida hasta el suicidio consumado. En este apartado haremos una exposición de cada grupo de factores implicados.

1. E 1 FACTORES BIOLÓGICOS.

El estudio de factores biológicos en el suicidio reviste importantes dificultades. Además de que el suicidio no es un acontecimiento frecuente, existe gran concurrencia de depresión en estos, por lo que los factores de riesgo identificados podrían constituir

realmente marcadores biológicos de depresión. Por ello, para que un factor de riesgo sea específico de suicidio debe estar presente en ambos, pacientes suicidas depresivos y no depresivos.

Serotonina y suicidio.

La serotonina es el neurotransmisor que más se ha estudiado y relacionado con el suicidio. Hay múltiples estudios que indican que la disminución de la actividad serotoninérgica central se asocia a manifestaciones de tipo suicida, así como a actos de naturaleza violenta e impulsiva.

Los estudios *post mortem* realizados en personas que se habían suicidado no son muy numerosos ni concluyentes en sus resultados. Sin embargo, sí coinciden con los datos obtenidos en los estudios de líquido cefalorraquídeo (LCR), es decir, han constatado concentraciones bajas de Serotonina (5-HT) y de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA), metabolito de la serotonina, en determinadas zonas cerebrales.

En cuanto a los estudios en LCR, numerosos autores han evidenciado la existencia de disfunción serotoninérgica en pacientes deprimidos, en conductas suicidas, y en conductas impulsivas violentas y no violentas. Estos estudios han evidenciado una disminución de los niveles de 5-HIAA en LCR de las personas que han intentado suicidarse, señalando el posible papel predictor de los niveles bajos de 5-HIAA en el LCR en la recurrencia de actos suicidas. Sin embargo, con los datos existentes hasta el momento, no podemos considerarlo como un marcador ‘definitivo’ del riesgo suicida. Se ha sugerido además la existencia de asociación entre la disminución de estos niveles de 5-HIAA en el LCR y la violencia del acto suicida.

Otros campos de investigación de la relación entre serotonina y suicidio son los test neuroendocrinos de tipo serotoninérgico y los estudios plaquetarios. Estos últimos son útiles para el estudio del sistema serotoninérgico, dado que se ha hallado que las plaquetas tienen múltiples características comunes con las neuronas serotoninérgicas del SNC, por lo que resultan un modelo válido y accesible.

Asberg (1990) ha planteado que en las conductas suicidas existe una disfunción serotoninérgica, ya sea como consecuencia de la expresión de un factor genético, o de forma adquirida, lo que implica una vulnerabilidad para la realización de actos impulsivos o autodestructivos durante situaciones de crisis (Sáiz et al, 1997).

Recientemente Correa et al han hallado una asociación estadísticamente significativa entre la baja liberación de la prolactina en respuesta a la administración oral de fenfluramina, y conductas suicidas en pacientes esquizofrénicos. Obtuvieron este hallazgo en un grupo de esquizofrénicos con historia de tentativas suicidas previas, comparado con un grupo de esquizofrénicos sin tentativas previas y otro grupo sin patología psiquiátrica.

La fenfluramina es un agonista indirecto de la serotonina, con acción liberadora e inhibidora de su recaptación presináptica, y respuesta liberadora de prolactina dosis dependiente. Se considera que este test es altamente específico de la función serotoninérgica. La asociación entre baja liberación de prolactina en respuesta a la fenfluramina había sido estudiada y hallada previamente por otros autores para los pacientes depresivos y aquellos con trastornos de personalidad. A la vista de sus hallazgos y los previos, estos autores hipotetizan que la disfunción serotoninérgica está asociada con la conducta suicida, independientemente del diagnóstico psiquiátrico (Correa et al, 2002).

Otras monoaminas y suicidio.

Las otras monoaminas estudiadas que han tratado de relacionarse con las conductas suicidas son la dopamina (DA) y la noradrenalina (NA), y sus metabolitos, el ácido homovalínico (HVA) y el 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol (MHPG) respectivamente. Sin embargo, los estudios han sido mucho menos numerosos y concluyentes que para la serotonina. Los estudios realizados sobre niveles de HVA en el LCR y conductas suicidas son poco concluyentes, mientras que para la NA y su metabolito MHPG en LCR, los resultados son tan discordantes que parecen indicar que no existe relación entre este neurotransmisor y la conducta suicida (Sáiz et al, 1997). Contrariamente a esto, Tripodianakis et al han hallado en un estudio reciente niveles más altos de MHPG urinario, en un grupo de pacientes con tentativa suicida (la muestra incluía diferentes diagnósticos), con respecto al grupo control. Sin embargo, no hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en los niveles urinarios de HVA ni 5-HIAA. Estos autores señalan, que pese al hallazgo, no se puede saber si estos niveles preceden a la tentativa suicida o son consecuencia de la propia situación de estrés que supone la misma (Tripodianakis et al, 2002).

Cortisol y suicidio.

La depresión y situaciones de *arousal* incrementado, físico o psíquico, se pueden acompañar de liberación excesiva de cortisol. En la evaluación del estado de funcionamiento del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal, aparte de los estudios funcionales, se pueden hacer las siguientes determinaciones: cortisol basal en sangre, cortisol en LCR, y cortisol libre y 17-hidroxycorticosteroides en orina. El cortisol en orina fue el primer indicador biológico que se implicó en el riesgo de conducta suicida. Algunos estudios han señalado un aumento de cortisol en sangre y en orina asociado a las conductas suicidas. Sin embargo, en conjunto, los estudios sobre cortisol y suicidio no han podido ofrecer datos concluyentes (Sáiz et al, 1997).

Ismail et al, en un estudio sobre 64 pacientes esquizofrénicos a los que se realizó el test de supresión con dexametasona, hallaron una tasa de depresión de aproximadamente un tercio, mientras que sólo hubo en total un 2 % de pacientes que tuvieron una ‘no supresión de cortisol’ tras el test, contrariamente a estudios previos, que señalaban una alta frecuencia de este resultado. Esto sugiere para los autores, que la depresión en la esquizofrenia podría tener un perfil neuroendocrino diferente al de la depresión mayor en la población general (Ismail et al, 1998).

En un reciente e interesante estudio prospectivo, se midieron los niveles de cortisol tras el test de supresión de dexametasona, en pacientes esquizofrénicos en fase aguda y posteriormente tras una media de unos doce años. Los autores hallaron que los pacientes con historia de tentativas suicidas, tenían mayores niveles de cortisol basal, y ‘no supresión de cortisol’, que aquellos que no tenían tentativas. Además, aunque los pacientes con historia de tentativas tenían una media mayor en depresión, no hallaron correlación entre la intensidad de ésta y la no supresión de cortisol, por lo que postulan que por sí misma, la hiperactividad del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, esta asociada a la conducta suicida en la esquizofrenia (Plocka-Lewandowska et al, 2001).

Colesterol y suicidio.

Existen diferentes estudios que han señalado relación entre niveles bajos (o su disminución) de colesterol y mortalidad ‘no natural’ (suicidio, accidentes y violencia). Los estudios más recientes continúan afianzando la hipótesis que relaciona estos niveles bajos con el suicidio. Sin embargo, los problemas metodológicos no han permitido hasta ahora afirmar esta posible relación. Igualmente, tampoco queda claro el mecanismo por el cual los niveles bajos (o la disminución) de colesterol pueden predisponer al suicidio.

Existe evidencia de que la variación de los niveles en sangre de colesterol puede alterar la fluidez, viscosidad y función de las membranas neuronales (incluyendo la actividad receptorial), lo que puede afectar la transmisión serotoninérgica, pues se ha demostrado *in vitro* que la unión de la serotonina a sus receptores se puede modificar mediante la adición o sustracción de colesterol de las membranas sinápticas cerebrales. Por otro lado, Penttinen (1995) ha planteado que la mortalidad de causa violenta está realmente en relación con la interleucina 2, citokina que produce por un lado, descenso de los niveles de colesterol y por otro, disminución de la melatonina, lo que favorece la sintomatología depresiva y posibles conductas suicidas (Sáiz et al, 1997).

Recientemente Kim et al han hallado niveles de colesterol más bajos en un grupo de pacientes con tentativas suicidas, con respecto a un grupo de pacientes psiquiátricos sin tentativa, y a otro grupo control sin patología psiquiátrica. Asimismo hallaron una correlación inversa entre los niveles de colesterol y la gravedad de la tentativa. Sin embargo, señalan que al estudiar la muestra según diagnósticos, la asociación entre los niveles bajos de colesterol y tentativa de suicidio está presente para la depresión mayor y los trastornos de personalidad, pero no existe para la esquizofrenia ni el trastorno bipolar (Kim et al, 2002). Otros grupos de autores, como Tripodianakis et al y Atmaca et al también han hallado niveles más bajos de colesterol en un grupo de pacientes con tentativas suicidas con diferentes diagnósticos, comparados con un grupo control. Este último halló además una correlación positiva entre los niveles de colesterol y de leptina (hormona implicada en el metabolismo lipídico) en ambos grupos, e hipotetiza que los niveles bajos de esta hormona pueden estar asociados a las tentativas suicidas (Tripodianakis et al, 2002; Atmaca et al, 2002).

1. E 2 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.

Edad.

En la infancia, el suicidio constituye un hecho aislado.

En la mayoría de los países industrializados, las tasas de suicidio aumentan con la edad, siendo las más elevadas para los individuos mayores de 65 años. En este grupo de edad la importancia relativa del suicidio como causa de muerte es menor, dado que la alta mortalidad en este grupo de edad se debe fundamentalmente a enfermedades crónicas. Por el contrario, entre los jóvenes, aunque es menos frecuente, constituye una causa

importante de mortalidad (segunda o tercera causa de muerte), dada la baja mortalidad propia de este grupo de edad. Hay que señalar que en numerosos países se está produciendo un aumento de la tasa de suicidio en jóvenes.

En cuanto a las tentativas de suicidio, éstas son más frecuentes en jóvenes, sobre todo en mujeres (González y Ramos, 1997; Arranz, 1997).

Sexo.

Los varones tienen un riesgo de mortalidad por suicidio de 2 a 3 veces mayor que las mujeres (Arranz, 1997; González y Ramos, 1997; Qin et al, 2000). Las tentativas de suicidio son más frecuentes en mujeres. En los últimos años ha habido un aumento paulatino de suicidios en las mujeres (Arranz, 1997; González y Ramos, 1997), si bien Hawton en un artículo más reciente ha señalado que se está produciendo un aumento de las tasas de suicidio en varones jóvenes en muchos países, y un descenso en las tasas de las mujeres de más edad, y una estabilización en las jóvenes (Hawton, 2000).

Raza.

Los individuos de raza blanca tienen una frecuencia global de suicidios de aproximadamente el doble de la de otros grupos étnicos. En los últimos años, sin embargo, la diferencia en las tasas de suicidio de los individuos blancos y las de otras razas, ha ido disminuyendo (Arranz, 1997).

Situación Laboral.

Se ha demostrado la relación entre desempleo y conducta suicida. Así lo ponen de manifiesto diversos estudios, como el de Heikkinen et al, en Finlandia, quienes encontraron entre los suicidas un número de parados muy elevado para la tasa de parados de este país en aquel momento, que era del 5 % (Heikkinen et al, 1995).

Hay que tener en cuenta, como se ha señalado, que algunas de las características que predisponen a la falta de empleo pueden constituir también factores de riesgo para la conducta suicida: padecer trastornos psiquiátricos, abuso de alcohol y/o drogas, etc (González y Ramos, 1997).

Sin embargo, a medida que el desempleo se ha ido generalizando en el mundo occidental, ha disminuido el potencial del desempleo como factor de riesgo en la conducta suicida, hasta el punto de que en la actualidad su influencia resulta contradictoria. Se ha indicado que la importancia del desempleo como factor de riesgo

es mayor cuando esta situación se prolonga en el tiempo, cuando existe trastorno mental asociado o si existen conflictos interpersonales o sociales (Sarró y De la Cruz, 1991).

Estado Civil.

Casi todos los estudios realizados han demostrado que el suicidio se produce con mayor frecuencia entre las personas solteras, separadas-divorciadas o viudas. Se ha señalado al matrimonio como un factor protector, especialmente si se tienen hijos. Así lo han señalado grupos de autores como Heikkinen et al y Stack y Wasserman; estos dos autores indicaron que el matrimonio ejercía un papel protector, no sólo frente a las conductas suicidas sino también frente al consumo de alcohol y la delincuencia juvenil (Heikkinen et al, 1995; Stack y Wasserman, 1995).

En base a datos de estudios epidemiológicos en EEUU, se ha evidenciado que las personas solteras tienen tasas de suicidio aproximadamente dos veces superiores a las de las personas casadas, mientras que los viudos y divorciados presentan tasas 3 y 5 veces superiores, respectivamente (González y Ramos, 1997).

1. E 3 FACTORES FAMILIARES.

En las últimas décadas múltiples estudios coinciden en señalar el importante papel que juegan las conductas suicidas en la familia como factor de riesgo. A este respecto, Roy ha hallado que casi la mitad de los pacientes con historia familiar de suicidio realizan también una tentativa de suicidio (Roy, 1983 a), dato que ha sido corroborado por estudios desarrollados en nuestro país por autores como Montejo (1986) y Sarró (1993).

La agregación familiar de conductas suicidas se ha intentado explicar siguiendo dos líneas o categorías diferentes: por un lado, las que aluden a factores familiares no genéticos (como fenómeno psicológico de la identificación con el familiar suicida, y a otros factores), y por otro lado, las que aluden a los factores genéticos. De cualquier manera, se acepta que el suicidio sólo puede ser explicado en base a factores genéticos y ambientales, ya que probablemente deben existir ambos en la mayoría de los casos.

Factores familiares no genéticos.

Se ha observado que en ocasiones, sobre todo en adolescentes, el suicidio de un miembro de la familia da lugar a mecanismos de identificación y sugestión, dando lugar a imitación de la conducta suicida con cierta frecuencia. Otros factores incluyen las

relaciones familiares conflictivas, carencias afectivas y las pérdidas parentales precoces (González y Ramos, 1997).

Factores familiares genéticos.

Se ha planteado que el carácter hereditario de las conductas suicidas podría ser consecuencia de la transmisión genética de un trastorno psiquiátrico, sobre todo de tipo afectivo, o incluso de la existencia de un factor genético directamente asociado a la conducta suicida e independiente de la transmisión de la enfermedad afectiva, que podría actuar independiente o aditivamente a la depresión u otras enfermedades psiquiátricas, esto último apuntado por autores como Roy, Tsuang, Egeland y Sussex (Roy, 1983 a; Ros, 1997).

Roy (1983) halló que una historia familiar de suicidio incrementaba significativamente el riesgo de tentativas de suicidio en una amplia variedad de grupos diagnósticos (Ros, 1997).

Hay que señalar que los estudios que tratan de demostrar el carácter genético de la conducta suicida tienen importantes problemas metodológicos, debido a la dificultad que entraña el delimitar los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Uno de los primeros autores que realizó un estudio señalando la importancia de los factores genéticos en la conducta suicida fue Haberlandt (1965), que estudiando dos grupos de gemelos encontró una mayor concordancia de conductas suicidas entre las parejas monocigóticas que entre las dicigóticas.

Posteriormente otros autores han encontrado resultados similares. Así, Roy (1990) en un estudio sobre 176 parejas de gemelos en las que al menos uno de ellos se había suicidado, encontró un 11,3 % de concordancia (parejas suicidas) en monocigóticos, frente a un 1,8 % en dicigóticos, diferencia estadísticamente significativa.

Un estudio danés sobre gemelos monocigóticos encontró que en el 20 % de los casos en los que uno de los gemelos se había suicidado, el otro también cometía suicidio.

Por último, revisten especial interés los estudios de adopción, dado que eliminan el elemento de influencia que constituyen las complejas interacciones entre ambos gemelos, quedando mejor delimitado el aspecto genético.

Schulsinger (1979), estudiando los familiares biológicos de 57 adoptados que cometieron suicidio, y comparándolos con los familiares biológicos de un grupo de 57 controles adoptados, encontró un 4,5 % de incidencia de suicidio entre los familiares biológicos de los adoptados que cometieron suicidio, en comparación a un 0,7 % entre

los familiares biológicos de los controles adoptados. El estudio realizado por Wender (1986, citado por Kety), mostró resultados similares. Estos estudios hallaron una correlación altamente significativa para las personas relacionadas sólo genéticamente (padres biológicos) con los adoptados que se suicidaban o padecían depresión, aunque no los habían criado ni vivían en el mismo ambiente familiar, e incluso desconocían el paradero, depresión o suicidio de los sujetos adoptados (Ros, 1997).

A raíz de la evidencia de la existencia de base genética en el fenómeno del suicidio, y dada la posibilidad de realizar estudios de los códigos genéticos, en los últimos años se han desarrollado múltiples estudios que han tratado de determinar alteraciones en el mapa genético de los pacientes suicidas. Estos estudios se han centrado fundamentalmente en los alelos relacionados con las monoaminas que se han implicado en la conducta suicida: fundamentalmente la serotonina, aunque también se han realizado estudios sobre la dopamina y noradrenalina.

En cuanto a la Serotonina, los estudios que han tenido mayor importancia son aquellos que han relacionado el suicidio con polimorfismos en el gen de la Triptófano Hidroxilasa. Esta hipótesis ha sido establecida en base a diferentes estudios sobre diferentes polimorfismos, realizados por Roy (1997, 1999), Nielsen (1998), y Tsai (2000). Sin embargo, otros autores como Geijer, Bennett (2000), y Souery (2000), no han encontrado relación entre los polimorfismos que han estudiado y el suicidio (Gracia et al, 2001).

Otros autores han estudiado la relación entre las alteraciones en el gen transportador de la serotonina, encargado de la síntesis de la proteína responsable de la recaptación de la serotonina en la sinapsis. En esta línea, Bellivier (2000) en un estudio sobre población con Trastorno Afectivo (unipolares y bipolares), encontró asociación entre variaciones en este gen y realización de suicidios violentos. Gorwood (2000) encontró en su estudio sobre población de pacientes alcohólicos, relación entre alteraciones en este gen y mayor riesgo de conductas suicidas (Gracia et al, 2001).

En cuanto a la Dopamina, Persson (1999) no encontró relación significativa entre la conducta suicida y los alelos que estudió del gen del receptor D4 de la Dopamina (Gracia et al, 2001).

Concluyendo este tema, tenemos que aunque la relación entre alteraciones genéticas y suicidio es cada vez más evidente, e incluso los datos apuntan hacia unas alteraciones genéticas independientes de la patología psiquiátrica y en relación a los procesos

serotoninérgicos, los resultados de los que se dispone en la actualidad son todavía contradictorios y escasos.

1. F SUICIDIO Y ENFERMEDAD MENTAL: FACTORES PSICOLÓGICOS Y PSICOPATOLÓGICOS.

1. F 1 INTRODUCCIÓN

Los aspectos psicológicos de las conductas suicidas no serán nuevamente abordados, ya que se relataron anteriormente al referirnos a las teorías psicoanalíticas y cognitivas de estas conductas.

Sin embargo, sí quiero hacer referencia a dos autores en este campo (Ellis y Beck), por la importancia que atribuyo a sus estudios, en relación a esta tesis doctoral; y a algunos estudios realizados en los últimos años. Ellis y Ratliff estudiaron las características cognitivas asociadas a pacientes psiquiátricos suicidas y no suicidas. Según estos autores, los pacientes suicidas tienen una estructura cognitiva que predispone a la desesperanza, independientemente de la sintomatología depresiva. Señala que estos pacientes, ante situaciones de crisis pierden la esperanza, teniendo entonces un mayor riesgo de suicidio (Ellis y Ratliff, 1986). Este enfoque coincide claramente con el de otros autores, como Beck, sobre el que profundizaremos al describir los factores asociados al suicidio en el paciente esquizofrénico.

En un estudio sobre pacientes jóvenes con diferentes diagnósticos, que habían realizado tentativas de suicidio serias, comparados con un grupo control, Beautrais et al hallaron una asociación significativa con la desesperanza, el neuroticismo, y la atribución de un locus externo de control (Beautrais et al, 1999).

Gould et al, en su estudio sobre factores psicosociales asociados a suicidio consumado en una muestra de 120 jóvenes menores de 20 años, comparados con un grupo control, hallaron que estos factores tenían una influencia sobre el riesgo suicida comparable a la ejercida por los trastornos mentales. Los principales factores implicados fueron los problemas escolares, pobre comunicación con los padres, sucesos vitales estresantes y la historia familiar de suicidio (Gould et al, 1996).

A continuación describiré los estudios acerca de los factores psicopatológicos relacionados con la enfermedad mental y el suicidio.

La estrecha relación entre suicidio y enfermedad mental es evidente. El 98 % de las víctimas suicidas padecen algún trastorno de naturaleza psiquiátrica en el momento de su muerte (Ros, 1997).

Además, se considera el suicidio como la consecuencia más grave de los trastornos mentales. La mayoría de las enfermedades psiquiátricas graves conllevan elevado riesgo suicida (Appleby, 1992).

El riesgo relativo de suicidio de los pacientes psiquiátricos con respecto a la población general es claramente alto. Así, Appleby en su artículo de revisión señala un riesgo relativo de suicidio de 26, en pacientes que tuvieron contacto psiquiátrico en el último año (Appleby, 1992), mientras que King ha hallado un riesgo relativo de 31 (King, 1994).

En su revisión, en base a cálculos de Pokorny en 1966, señaló una tasa de suicidio para pacientes psiquiátricos de 165/100.000 hab./año, es decir, 16 veces superior a la de la población general (Appleby, 1992). El hallazgo de enfermedad psiquiátrica como factor más importante para el suicidio consumado se ha obtenido en un estudio realizado en la India, culturalmente muy diferente al mundo occidental, lo que sugiere para los autores que determinados factores de riesgo son universales. En este estudio otros factores fuertemente asociados fueron la historia familiar de psicopatología, y los sucesos vitales en el último mes (Vijayakumar y Rajkumar, 1999).

Numerosos autores, como Allebeck, Allgulander o Miles, consideran la enfermedad psiquiátrica como uno de los más poderosos predictores de suicidio. Allebeck considera la enfermedad mental como el predictor más relevante para la clínica diaria, si bien señala que su valor predictivo varía según factores como: diagnóstico, población sobre la que se realiza el diagnóstico (ambulatoria, hospitalizada), etapa de la enfermedad y método empleado para la valoración (Allebeck y Allgulander, 1990 a; Allebeck y Allgulander, 1990 b). En su estudio sobre suicidio en varones jóvenes, señalan el diagnóstico de enfermedad psiquiátrica durante el ingreso hospitalario, como el predictor más importante de suicidio en este grupo (Allebeck y Allgulander, 1990 b). Miles considera la enfermedad mental como la condición más importante asociada al suicidio, concluyendo que la mejor forma de prevenir la conducta suicida es el

tratamiento eficaz de la condición que subyace en esa conducta, es decir, en la mayoría de los casos, de la enfermedad psiquiátrica de base (Miles, 1977).

Los factores que influyen en la conducta suicida varían de unas enfermedades psiquiátricas a otras; incluso dentro de la misma enfermedad, diferentes estudios recogen diferentes factores, lo que refleja la complejidad del tema. Sin embargo, autores como Diekstra o Roy afirman que el predictor más importante asociado a suicidio en los pacientes psiquiátricos es la historia de tentativas de suicidio previas. Así, Roy señala que existen antecedentes de tentativa de suicidio previa (una o más) en el 50 % de los suicidios (Roy, 1982 b). Por su parte, y en el mismo sentido, Diekstra señala que entre el 30-60 % de los suicidios constituyen el final de una serie de tentativas de suicidio (una o más). Señala también que el 14 % de las personas que realizan una tentativa de suicidio, terminan suicidándose, teniendo un riesgo 100 veces superior al de la población general (Diekstra, 1993).

También en esta misma línea figura el estudio realizado por Pederson et al. Estos autores, comparando un grupo de pacientes con tentativa de suicidio con otro grupo de pacientes psiquiátricos y otro de población general, encontraron que el grupo de tentativa de suicidio tenía un riesgo suicida mayor que los otros dos grupos (Pederson et al, 1975).

Paerregaard, en un estudio de seguimiento durante 10 años, de 484 pacientes que realizaron tentativas de suicidio serias, encontró un riesgo suicida elevado durante los 5 ó 6 años siguientes a la tentativa, sobre todo en varones, si bien tras 10 años las diferencias de sexo desaparecían (Paerregaard, 1975).

Seguidamente señalaré algunas características particulares del suicidio asociado a diferentes enfermedades psiquiátricas.

1. F 2 TRASTORNOS AFECTIVOS.

Son numerosas las revisiones acerca del suicidio, que concluyen que los trastornos afectivos constituyen el grupo con mayor representatividad entre los suicidas. En un artículo de revisión, Miles señala la elevada incidencia de suicidio en la depresión, hecho reconocido por diversos autores. Estima el riesgo suicida para la depresión endógena en un 15 % (Miles, 1977). Hawton coincide en este porcentaje para suicidio en la depresión endógena, y señala que el riesgo es mayor en las etapas relativamente

iniciales de la enfermedad; indica además un mayor riesgo suicida para la depresión con delirios comparado con la depresión sin delirios (Hawton, 1987).

Malone (1995) considera el periodo de mayor riesgo de tentativa de suicidio, los tres primeros meses tras el comienzo de un episodio depresivo, y los cinco primeros años tras el comienzo si se trata de un episodio depresivo mayor, en ambos casos, independientemente de la duración o gravedad de la enfermedad (González y Ramos, 1997).

King, sin embargo, estudiando pacientes con psicosis afectivas que se suicidaron, encontró la mayor relación en varones con factores psicosociales, como el estado civil, vivir solos y el desempleo, mientras que para las mujeres el factor de riesgo más asociado fueron las tentativas de suicidio previas (King, 1994).

Por otro lado, Fawcett et al han señalado como factores de riesgo más frecuentemente asociados a suicidio la presencia de ansiedad, insomnio, anhedonia, pérdida de concentración y abuso de alcohol (Fawcett et al, 1990).

Otros autores como Beck et al, encuentran los aspectos cognitivos como los más relacionados con el riesgo de suicidio. Así, Beck defiende que el riesgo suicida de los pacientes depresivos se encuentra en relación con la desesperanza y con las expectativas negativas de futuro (Beck et al, 1985).

Un hecho en el que hay acuerdo es que la comorbilidad entre trastorno afectivo y otros trastornos psiquiátricos (sobre todo trastornos de personalidad, en especial los tipos límite y antisocial, y abuso de sustancias) resulta una combinación con un elevado riesgo de suicidio, tanto en adultos como en jóvenes (González y Ramos, 1997).

1. F 3 ALCOHOLISMO.

En su artículo de revisión, Miles expone que el 15 % de los pacientes alcohólicos se suicidan. A diferencia de otros trastornos psiquiátricos, en el alcoholismo el riesgo de suicidio no es mayor en las primeras etapas de la enfermedad, sino que aumenta con la evolución de ésta (Miles, 1977). Los mecanismos por los que el alcohol puede favorecer las conductas suicidas son: enturbamiento del juicio, aumento de la impulsividad, cambios en el humor y agravamiento de estados psicopatológicos preexistentes (González Ramos, 1997).

Por otro lado, Appleby en su revisión señala que un tercio de los alcohólicos que se suicidan han sufrido experiencias de pérdida en sus relaciones interpersonales en las semanas previas al suicidio (Appleby, 1992).

El riesgo elevado de suicidio en el alcoholismo es mayor aún cuando éste coexiste con depresión (González y Ramos, 1997).

1. F 4 TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.

Los trastornos de personalidad se asocian también a alto riesgo de suicidio, especialmente los tipos límite y antisocial. Miles atribuyó a los trastornos de personalidad psicopáticos un riesgo de suicidio de un 5 %, mientras que otros autores lo sitúan en torno al 10 % (Hawton, 1987).

En cuanto a las tentativas de suicidio, éstas también son muy frecuentes en los trastornos de personalidad (González y Ramos, 1997).

La comorbilidad entre trastorno de personalidad y trastornos afectivos, uso y abuso de tóxicos y alcohol, aumentan el riesgo de suicidio. A este respecto, resulta particularmente de riesgo la asociación de trastorno límite de personalidad y trastorno afectivo. Asimismo, la comorbilidad entre trastornos de personalidad y otros trastornos mentales da lugar a peores respuestas al tratamiento de la patología mental, lo que ensombrece el pronóstico y aumenta el riesgo de suicidio (Rubio, 1997).

1. F 5 ADICCIÓN A DROGAS.

La adicción a drogas también se asocia a mayor riesgo suicida. Se calcula que la incidencia de suicidio entre los consumidores de drogas es unas 20 veces la de la población general. El suicidio en este grupo de pacientes se produce con frecuencia por sobredosis de la propia droga, por lo que al estimar la tasa de suicidio ésta puede ser inferior a la real, al no poderse clasificar muchos de los suicidios como tales. Aún así, se calcula una tasa de suicidio para este grupo, del 10 % (Miles, 1977).

En cuanto a los mecanismos por los cuales el consumo de drogas predispone al suicidio, Bukstein et al han propuesto tres: disminución del juicio, producción de alteraciones agudas y crónicas del estado de ánimo, y por ocasionar alteración en las relaciones interpersonales (González y Ramos, 1997).

1. F 6 TRASTORNOS NEURÓTICOS.

Se han señalado diversas dificultades a la hora de establecer las tasas de suicidio en este tipo de trastornos: por una parte, la variedad de trastornos que se pueden incluir bajo el término 'neurótico', y por otro lado, por el bajo índice general de suicidios (Miles, 1977).

Sin embargo, otros autores como Allgulander (1994) han señalado que puede existir mayor riesgo de suicidio del esperado para este tipo de trastornos. Al menos esto concluye para el caso de las neurosis de ansiedad. Este autor realizó un estudio sobre pacientes diagnosticados de neurosis de ansiedad, con antecedentes de ingreso, encontrando un 18 % de suicidios o muertes indeterminadas, con mayor riesgo en los tres meses siguientes al abandono del hospital (González y Ramos, 1997).

King señaló que el riesgo de suicidio en los pacientes neuróticos estaba muy asociado a las tentativas de suicidio previas. Así, encontró que en el 72 % de los suicidios en pacientes neuróticos había existido tentativa en el mes anterior (King, 1994).

El riesgo suicida en la depresión neurótica ha sido establecido por Miles en su artículo de revisión, en un 15 %, similar al de la depresión endógena (Miles, 1977).

1. F 7 ESQUIZOFRENIA.

La incidencia de suicidio a lo largo de la vida en el paciente esquizofrénico se sitúa entre el 10 y el 13 %, en comparación con el hallado para la población general, un 1 % (Miles, 1977; Caldwell y Gottesman, 1992; Drake et al, 1985), o un 0,5-1 % según otro artículo de revisión (Roy, 1986). Además se calcula que entre un 20-40 % de los esquizofrénicos realizan tentativas de suicidio (Modestin et al, 1992), e incluso otros autores han obtenido otros porcentajes superiores, como se señalará más adelante (Landmark et al, 1987; Roy et al, 1984). Basta el apunte de estos datos para resaltar la importancia del fenómeno suicida en la esquizofrenia, tema que abordaremos en profundidad más adelante, al ser el objeto de esta tesis doctoral.

1. F 8 SUICIDIO COMO FENÓMENO INDEPENDIENTE DEL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO.

A este respecto cabe señalar la vertiente que defiende el suicidio como fenómeno asociado a determinados síntomas, que se encuentran en gran variedad de trastornos psiquiátricos, o incluso en personas sin patología mental (como por ejemplo los que están sometidos a situaciones vivenciales negativas o padecen enfermedades somáticas graves). En este sentido debemos destacar el estudio realizado por Ahrens y Linden, en el que estudiaron a 2383 pacientes esquizofrénicos y 1920 pacientes con trastornos afectivos. Como hallazgos, encontraron que el suicidio se hallaba relacionado con aspectos como la desesperanza, la presencia de rumiación del pensamiento y el aislamiento social, independientemente del diagnóstico psiquiátrico. Estos autores consideran por tanto, el suicidio como un fenómeno independiente del diagnóstico psiquiátrico, y aunque señalan que los síntomas asociados que identificaron no se podían contemplar como un síndrome específico, defienden que serían la expresión de una predisposición de determinados individuos, que se manifiestan cuando se padecen enfermedades psiquiátricas o cuando experimentan situaciones vivenciales muy negativas (Ahrens y Linden, 1996). La necesidad de contemplar esta posibilidad ha sido defendida también por Gracia et al recientemente. Los autores plantean que podríamos estar ante una entidad nosológica independiente. En una primera aproximación clínica, este síndrome estaría caracterizado por la presencia de anhedonia, rumiación del pensamiento, ansiedad intensa, y sobre todo, desesperanza (Gracia et al, 2001).

Beck et al realizaron un interesante estudio prospectivo sobre una población de 3.701 pacientes ambulatorios con diferentes diagnósticos, de los que 30 se suicidaron posteriormente. Las escalas utilizadas fueron la de ideación suicida actual, ideación suicida en su peor momento, y la escala de desesperanza de Beck. Para cada escala se establecieron puntos de corte de 'bajo riesgo' y 'alto riesgo' suicida. La variable más relacionada con el suicidio fue la ideación suicida en su peor momento (que mide la gravedad de la ideación y/o conducta suicida del paciente en el momento de su vida en el que estuvo más próximo al suicidio), con un *Odds ratio* de 13,8. Así, los pacientes que estaban en el grupo de 'alto riesgo' para esta escala tenían un riesgo casi 14 veces superior de suicidarse que los que estaban en el grupo de 'bajo riesgo'. Para este autor, este estudio indica la importancia de valorar la gravedad de la ideación suicida pasada, más que centrarse en la ideación suicida actual de forma aislada (Beck et al, 1999).

EL SUICIDIO EN LA ESQUIZOFRENIA

2. EL SUICIDIO EN LA ESQUIZOFRENIA.

2. A IMPORTANCIA DEL FENÓMENO SUICIDA EN LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS.

La importancia del fenómeno suicida en la Esquizofrenia era ya señalada por el propio Bleuler. Así, en su obra afirmaba "...la conducta suicida es el síntoma más grave de la esquizofrenia" (Bleuler, 1950).

Desde entonces los diferentes estudios realizados han confirmado la importancia del suicidio en la esquizofrenia, siendo evidente que su investigación y conocimiento es uno de los grandes retos de la Psiquiatría actual.

Disponemos de datos que dejan claro desde un principio la importancia de este fenómeno en la esquizofrenia. Así, se ha señalado que entre el 10 y el 13 % de los pacientes esquizofrénicos se suicidan (Miles, 1977; Drake et al, 1985; Caldwell y Gottesman, 1992; Reid, 1998 a), y que entre un 20 a 40 % de los pacientes esquizofrénicos realizan tentativas suicidas (Modestin et al, 1992). Otros autores han hallado porcentajes superiores, un 44 y un 55 % respectivamente (Landmark et al, 1987; Roy et al, 1984). El alto porcentaje de esquizofrénicos que consuman suicidio contrasta con el presente en la población general, en torno al 1 % (Caldwell y Gottesman, 1992; Harkavy-Friedman y Nelson, 1997).

Además, el suicidio constituye la principal causa de muerte prematura entre los pacientes esquizofrénicos (Caldwell y Gottesman, 1992). La tasa de suicidio en pacientes esquizofrénicos es entre 8 y 13 veces mayor que la de la población general (Meltzer, 2002 b), si bien tal como señala este autor, algún estudio ha llegado a señalar una tasa entre 20 y 50 veces superior (Meltzer y Okayli, 1995).

Más recientemente, en un estudio retrospectivo que cubría un periodo de seguimiento de 13 años en una muestra de 370 pacientes esquizofrénicos, Brown et al hallaron una Ratio Estandarizada de Mortalidad por causas naturales del doble que la población general; y por causas no naturales, 12 veces superior a la población general. La mayoría de las muertes por causas no naturales fueron por suicidio (73,7 %) (Brown et al, 2000). Ösby et al realizaron un estudio retrospectivo que cubría un periodo de 23 años e incluía

una muestra de 7784 pacientes diagnosticados de esquizofrenia y seguidos desde su diagnóstico inicial. Al igual que en el estudio de Brown et al, hallaron una mortalidad mayor en los pacientes esquizofrénicos, con una Ratio Estandarizada de Mortalidad de 2,8 para hombres y 2,4 en mujeres, con respecto a la población general. Las causas más frecuentes de muerte fueron las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y el suicidio. Para las mujeres, el exceso de muertes fue mayormente debido a causas naturales, con las enfermedades cardiovasculares como la principal causa. Para los hombres, el exceso de muertes fue ligeramente mayor para las causas no naturales, siendo el suicidio la principal causa de éstas. En conjunto, la principal causa de exceso de mortalidad fueron las muertes por causas naturales (Ösby et al, 2000).

Mayer-Gross en su tratado de psiquiatría señala “...*la enfermedad esquizofrénica en sí misma no es mortal, aunque frecuentemente culmine en el suicidio...*”. Indica que las tendencias suicidas se presentan en un 20 % de los esquizofrénicos, y que muchos suicidios de adolescentes se deben realmente a un “ataque esquizofrénico” (Mayer-Gross et al, 1974).

Kaplan coincide en la cifra de tentativas de suicidio, que sitúa en torno al 20 %, y señala una cifra de suicidio consumado entre esquizofrénicos crónicos del 4 %. Además, señala que el número de pacientes esquizofrénicos que se suicidan es mayor que el de pacientes maniaco-depresivos. Lehmann, en el capítulo sobre la Esquizofrenia del Tratado de Psiquiatría de Kaplan, diferencia dos tipos de suicidas esquizofrénicos, los que se suicidan “en respuesta a voces alucinatorias”, y los que lo hacen por estar “profundamente deprimidos”, si bien considera que muchos de estos suicidios pueden ser impredecibles (Kaplan y Sadock, 1989; Lehmann y Cancro, 1989).

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

paciente esquizofrénico como un fenómeno impredecible (Breier y Astrachan, 1984; Allebeck, 1987).

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

- 1) Factores sociodemográficos.
- 2) Características clínicas generales.
- 3) Depresión y desesperanza.
- 4) Insight.
- 5) Sintomatología psicótica.
- 6) Sintomatología negativa.
- 7) Curso de la enfermedad deteriorante y agresivo.

Por otra parte, y como ya se ha señalado, otros autores consideran el fenómeno como impredecible, y no lo asocian a ningún factor de riesgo claro, adoptando una visión nihilista en cuanto a este tema.

Finalmente, encontramos autores como Nieto, Nyman, o nuestro grupo de trabajo, que plantean que no hay homogeneidad en este grupo de pacientes suicidas, y que podemos establecer diferentes subtipos de esquizofrénicos suicidas.

Todos estos apartados serán comentados más adelante.

- 8) Suicidio como fenómeno impredecible.
- 9) Subtipos de pacientes esquizofrénicos suicidas.

Diferentes autores, como Harkavy-Friedman, Nelson y Reid, han señalado en sus artículos de revisión sobre el suicidio en la esquizofrenia, tanto la complejidad de este fenómeno como las dificultades y carencias metodológicas de los diferentes estudios. Así, existen dificultades en la obtención de muestras lo suficientemente amplias dada la relativa baja incidencia de suicidio, además de la obtención de un adecuado grupo control. También resulta compleja la obtención de muestras homogéneas, el establecimiento de la causa de la muerte, y el completo seguimiento de los pacientes cuando se propone como objetivo. Finalmente, una de las dificultades metodológicas

principales es la valoración psicopatológica del paciente que ha cometido suicidio, que debe realizarse a partir de las historias clínicas, con las limitaciones que ello conlleva.

Las carencias que presentan muchos de los estudios realizados son, entre otras, la recogida de datos a partir de historias en las que la información se ha recogido de forma no protocolizada, la ausencia de grupo control, la heterogeneidad diagnóstica en las muestras y el uso de estadística univariante únicamente. Además, señalan el escasísimo número de estudios existentes con carácter prospectivo (Harkavy-Friedman y Nelson, 1997; Reid, 1998 a).

En el estudio que presento, he evaluado mediante escalas los estados psicopatológicos, y mediante formularios de recogida de datos, las variables sociodemográficas y características clínicas generales. Todos estos datos pertenecientes al grupo de pacientes esquizofrénicos con tentativa suicida han sido comparados con un grupo control de pacientes esquizofrénicos ingresados por otros motivos. Como se detallará más adelante, para la reevaluación al año diferencié los grupos en ‘alta’, ‘media’, y ‘baja’ suicidabilidad, ya que algunos pacientes podrían haber cambiado su condición de ‘control’ a ‘caso’ si realizaban una tentativa suicida durante el año que transcurría entre ambas evaluaciones, siendo la división en tres grupos según el grado de suicidabilidad, más discriminante. Estimamos importante este diseño en este tipo de estudios, dado que muchos de los estudios previos sobre suicidio y esquizofrenia han sido criticados en su aspecto metodológico, al recoger los datos de los pacientes que se han suicidado, de forma retrospectiva a partir de las historias clínicas. Se ha señalado que estos valores recogidos de forma retrospectiva dependen mucho de la subjetividad del psiquiatra que realizó las anotaciones, de la limitada información que puede contener la historia clínica, de la subjetividad de la persona que interpreta la información de la historia clínica, etc; todo ello además acerca de aspectos clínicos muy subjetivos por su propia naturaleza (desesperanza, insight, ansiedad, etc). De hecho, esta limitación de los aspectos metodológicos de la mayoría de los estudios, parece haber sido uno de los factores que han influido a autores como Allebeck, Hawton o Breier, a adoptar una postura nihilista en cuanto al tema, y señalarlo como un fenómeno impredecible.

Otra característica principal del trabajo que presento, es que estudio a los pacientes que realizan tentativas de suicidio, siendo éstos los “casos”, sin necesidad de que se trate de un suicidio consumado, dado que en éste caso sería imposible realizar la valoración clínica del mismo. A este respecto, considero que el hecho de que la mayor parte de la

literatura indique a las tentativas previas como el factor de riesgo asociado con mayor frecuencia al suicidio, justifica el diseño de este estudio. Las tentativas de suicidio previas son consideradas por la mayoría de los autores, como uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio, tanto en la población general como en la esquizofrenia. Modestin et al han señalado que la frecuencia de tentativas de suicidio en pacientes esquizofrénicos está entre el 20 y el 40 % (Modestin et al, 1992), mientras que otros autores como Landmark y Roy señalan cifras superiores, de un 44 y un 55 % respectivamente (Landmark et al, 1987; Roy et al, 1984). Además, el 40-60 % de los esquizofrénicos que se suicidan presentan tentativas previas (Bernardo y Serra, 2002). Incluso otros autores han indicado porcentajes superiores, como Heilä et al, quienes hallan en su estudio retrospectivo que el 71 % de los esquizofrénicos que se suicidaron tenían una o varias tentativas previas (Heilä et al, 1997).

Soy consciente de que uno de los aspectos fundamentales para que este estudio tenga soporte es que la población de pacientes esquizofrénicos que realizan tentativas de suicidio sea similar a la población de pacientes esquizofrénicos que comete suicidio, de forma que los hallazgos que he obtenido de los pacientes con tentativas sean extrapolables a los pacientes que se suicidan. A este respecto, he de señalar que mientras Drake encuentra características clínicas diferentes entre suicidas y pacientes con tentativas (Drake y Cotton, 1986 b), otros autores como Roy no encuentran diferencias (Roy, 1982 a; Roy et al, 1984).

Acerca de la comparación entre ambos grupos de pacientes, si bien consideramos que probablemente no se trate de poblaciones idénticas, entendemos existente la estrecha relación entre ambos grupos, lo que justificaría el diseño de trabajos como el que presento. En este sentido resaltamos tres aspectos fundamentales, entre otros.

En primer lugar, la alta frecuencia de tentativas de suicidio en esta población, la asociación demostrada entre las tentativas y el suicidio consumado (como principal factor de riesgo de éste), y la posibilidad que brinda la situación de tentativa para valorar el estado psicopatológico y clínico del paciente, y para la realización de estudios prospectivos de los mismos.

En segundo lugar, muchos autores, como Beck, Diekstra, y nuestro grupo de trabajo consideran la conducta suicida como un continuo que va desde la ideación hasta la tentativa y el suicidio consumado.

Por último, señalar que en ocasiones, el hecho de que una tentativa de suicidio termine o no en suicidio consumado depende de muchos factores, como el azar o el metabolismo del paciente, de modo que parece imposible poder delimitar con seguridad ambos grupos de pacientes, si es que los hubiera.

2. B FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.

Los diferentes factores sociodemográficos han sido estudiados por diversos autores en un intento de encontrar si el suicidio en estos pacientes se asocia a determinadas características sociodemográficas. Aunque estos factores se han mostrado como ineficaces para delimitar en la práctica clínica los pacientes con mayor riesgo, sí han aportado en su conjunto un perfil del paciente esquizofrénico con mayor riesgo suicida, aunque sólo desde el punto de vista epidemiológico. A nivel clínico, la mayoría de los estudios no hallan diferencias significativas entre los esquizofrénicos suicidas y no suicidas en cuanto a las variables sociodemográficas (Cohen et al, 1994; Cejas, 1998; Gracia et al, 1999; Cejas et al, 2002; Aguilar et al, 2003; Kim et al, 2003). Estas variables sociodemográficas se exponen a continuación.

2. B 1 SEXO.

Ha quedado demostrado que al igual que ocurre con la población general, la mayoría de suicidios consumados en pacientes esquizofrénicos los realizan los varones. Este aspecto ha sido señalado por diferentes autores, tanto en artículos de revisión (Harkavy-Friedman, Appleby), como en estudios propios (Roy, Drake, Breier, Westermeyer).

También se ha señalado que los suicidios consumados en mujeres esquizofrénicas presentan un aumento relativo en relación con la población general y a otras patologías (Caldwell y Gottesman, 1992).

Sin embargo, cuando la población estudiada es la de esquizofrénicos que realizan tentativas de suicidio, diferentes autores como Roy o Drake no han encontrado diferencias significativas entre hombres y mujeres. Además, en la muestra de pacientes estudiados por Drake y Cotton, al comparar entre los esquizofrénicos con tentativa, con

los que habían consumado el suicidio, éste no encontró diferencias significativas en cuanto al sexo entre los dos grupos estudiados (Roy et al, 1984; Drake y Cotton, 1986 b).

2. B 2 EDAD.

Se ha demostrado que la mayoría de los suicidios en pacientes esquizofrénicos ocurre en pacientes jóvenes. En su artículo de revisión, Caldwell y Gottesman señalan que, al contrario de lo que sucede en la población general, el riesgo de suicidio en la esquizofrenia decrece con la edad. Señalan que los varones se suicidan más que las mujeres, y que el periodo de mayor riesgo para éstos se sitúa entre los 20-39 años, mientras que para las mujeres está entre los 30-39 años (Caldwell y Gottesman, 1992).

Diversos autores coinciden en señalar que el suicidio entre los pacientes esquizofrénicos ocurre mayoritariamente en jóvenes (Roy, 1982 a; Allebeck, 1987; Cheng et al, 1990; Appleby, 1992; Nieto et al, 1992).

Harkavy-Friedman y Nelson han señalado en su artículo de revisión sobre conducta suicida en pacientes esquizofrénicos, la probable asociación entre la mayoría de suicidios en edades jóvenes y la edad de inicio de la enfermedad, con mayor riesgo de suicidio durante las primeras fases de la misma (Harkavy-Friedman y Nelson, 1997).

También Drake et al han señalado el predominio de pacientes jóvenes y varones entre los esquizofrénicos suicidas, aspecto que indican tanto en su artículo de revisión como en su propio estudio sobre 15 pacientes esquizofrénicos que se suicidaron, si bien no resultaron variables significativas tras el análisis multivariante (Drake et al, 1984; Drake et al, 1985).

Ros Montalban ha cifrado la media de edad de los pacientes esquizofrénicos que se suicidan en los 30 años. Mostrando cifras similares, Breier y Astrachan sitúan la media de edad en los 30.3 ± 8.2 (Ros, 1997; Breier y Astrachan, 1984).

Westermeyer et al, en base a un estudio propio sobre 586 pacientes psiquiátricos psicóticos y no psicóticos en los que evaluaron los factores de riesgo suicida, señalan que durante la juventud los pacientes esquizofrénicos y otros pacientes psicóticos tienen mayor riesgo suicida que los pacientes psiquiátricos no psicóticos (Westermeyer et al, 1991).

2. B 3 ESTADO CIVIL.

La consideración predominante respecto al estado civil es que la mayoría de los esquizofrénicos suicidas son solteros. Sin embargo, como han indicado Breier y Astrachan, al ser ésta una característica muy frecuente en el global de los pacientes esquizofrénicos, no posee características predictivas (Breier y Astrachan, 1984).

En artículos de revisión, autores como Drake, Caldwell y Appleby han señalado el estado civil soltero como un factor de riesgo de suicidio en la esquizofrenia, al igual que ocurre con la población general (Drake et al, 1985; Caldwell y Gottesman, 1992; Appleby, 1992).

Westermeyer et al, en su estudio ya mencionado sobre 586 pacientes psiquiátricos, encontraron que los pacientes psicóticos (esquizofrenia y otras psicosis) tenían mayor riesgo de suicidio si eran solteros, blancos con mayor coeficiente intelectual, y con inicio gradual de la enfermedad (Westermeyer et al, 1991).

Sin embargo, varios autores no han encontrado resultados concluyentes en sus respectivos estudios, que se describen a continuación.

Roy indica, a partir de su estudio sobre 90 pacientes psiquiátricos suicidas (entre los que había 30 pacientes esquizofrénicos), que el estar soltero puede constituir un factor de riesgo para la conducta suicida. Sin embargo, estos resultados no se reproducen cuando estudia a pacientes esquizofrénicos con suicidio consumado, ni en su estudio sobre pacientes esquizofrénicos con tentativa de suicidio (Roy, 1982 a; Roy, 1982 b; Roy et al, 1984).

Drake et al, en su estudio sobre 15 pacientes esquizofrénicos que se suicidaron, comparados con un grupo control de 89 pacientes esquizofrénicos, encuentran que el 100 % de los suicidas estaba soltero. Sin embargo, también estaban solteros el 93 % de los esquizofrénicos del grupo control. Por otra parte, en su estudio comparativo entre 15 esquizofrénicos suicidas y 19 esquizofrénicos con tentativa de suicidio, no encuentra diferencias significativas en ninguna variable sociodemográfica (Drake et al, 1984; Drake y Cotton, 1986 b).

Allebeck, en su estudio sobre 32 pacientes esquizofrénicos que se suicidaron durante 11 años de seguimiento, en comparación con un grupo control de 64 pacientes esquizofrénicos, halla dentro de las variables sociodemográficas, un mayor riesgo suicida entre los pacientes con estado civil de soltero, divorciado y viudo. Sin embargo,

estos hallazgos sólo correspondieron al grupo de mujeres de la muestra, y no a los hombres ni a la muestra global (Allebeck, 1987).

Finalmente, Radomsky et al realizaron un estudio sobre 1048 pacientes ingresados consecutivamente en su unidad, con trastornos psicóticos, en los que estudiaron las conductas suicidas previas. No hallaron diferencias significativas en cuanto al estado civil entre los pacientes que habían tenido conductas suicidas y los que no. Sin embargo, cuando estudiaban el contacto social y las relaciones sentimentales sí hallaron para ambas variables diferencias significativas entre ambos grupos, por lo que postulan que la valoración de esta segunda variable podría ser más útil e indicada que la del estado civil (Radomsky et al, 1999).

2. B 4 SITUACIÓN LABORAL.

Diferentes autores consideran el desempleo como una característica típica del paciente esquizofrénico suicida. Así lo exponen autores como Drake y Appleby en sus artículos de revisión, y Ros, en el capítulo acerca del suicidio en la esquizofrenia, de su libro “La conducta suicida” (Drake et al, 1985; Appleby, 1992; Ros, 1997).

Especial hincapié hace Roy en este aspecto, en base a dos de sus estudios. En el primer estudio, en el que incluía 90 pacientes psiquiátricos suicidas, de los cuales 30 eran esquizofrénicos, encuentra dentro de las variables sociodemográficas al desempleo, el ser soltero y vivir solo como factores de riesgo suicida. En el estudio en el que incluye sólo a pacientes esquizofrénicos como muestra, sólo halla entre las variables sociodemográficas asociadas al suicidio, el desempleo (Roy, 1982 b; Roy, 1982 a).

Sin embargo, Harkavy-Friedman y Nelson consideran las conclusiones acerca de la situación laboral y del estado civil como controvertidas. Acerca de ello, exponen que tanto el desempleo como el ser soltero son características muy frecuentes en la población esquizofrénica global, por lo que estiman que serían necesarias nuevas investigaciones más exhaustivas acerca de estas variables, que aclaren la validez o no de éstas, como factores de riesgo para el suicidio en la esquizofrenia (Harkavy-Friedman y Nelson, 1997).

Además, Reid en su artículo de revisión señala que el desempleo y el estado civil soltero podrían ser indicadores de un deterioro funcional más grave producido por la enfermedad, gravedad que en sí misma ha sido considerada como uno de los factores de riesgo para el suicidio (Reid, 1998 a).

2. B 5 NIVEL EDUCATIVO.

En este aspecto, se ha asociado al buen ajuste premórbido, con buen nivel educativo y mayores expectativas de futuro, con mayor riesgo suicida. Sin embargo, otros autores han señalado el debut más precoz, que conlleva menor nivel educativo, y menor ajuste premórbido, como asociado a mayor riesgo suicida. A este respecto, Harkavy-Friedman y Nelson han indicado que probablemente se han identificado dos grupos de riesgo (Harkavy-Friedman y Nelson, 1997).

Drake indica en su artículo de revisión, el alto nivel educativo como factor de riesgo suicida en la esquizofrenia. También en su estudio propio sobre 15 pacientes esquizofrénicos que se suicidaron encontró un nivel educativo significativamente superior entre los suicidas con respecto al grupo control (Drake et al, 1984; Drake et al, 1985).

Cotton et al, en su estudio sobre una muestra de 20 pacientes esquizofrénicos suicidas, sobre los cuales obtuvieron información a partir de entrevistas con sus terapeutas, encontraron que la mayoría tenían un buen ajuste premórbido y buen nivel educativo (Cotton et al, 1985).

Sin embargo, Modestin, que estudió a 53 esquizofrénicos suicidas en comparación con 53 controles, halló que en general los suicidas tenían una enfermedad más severa y precoz, con peor ajuste social (Modestin et al, 1992).

2. B 6 ANTECEDENTES FAMILIARES DE SUICIDIO.

Roy ha señalado que la historia familiar de suicidio aumenta el riesgo de tentativas de suicidio en una gran variedad de trastornos, incluida la esquizofrenia. En su estudio, que incluía 243 pacientes con historia familiar de suicidio, encontró que casi la mitad de éstos realizaron tentativas de suicidio, porcentaje muy superior al grupo de pacientes sin tales antecedentes. La muestra estaba constituida por pacientes con diferentes diagnósticos. Al analizar el grupo de esquizofrénicos, casi la mitad (45,4 %) de los que tenían antecedentes familiares de suicidio había cometido alguna tentativa suicida, diferencia que resultó estadísticamente significativa con respecto a los esquizofrénicos sin antecedentes familiares de suicidio, que presentaban un porcentaje inferior (Roy, 1983 a).

De todas las variables descritas, podemos concluir que el perfil clásico 'sociodemográfico' del paciente esquizofrénico suicida es el de un varón joven, soltero, desempleado y con antecedentes familiares de suicidio. Sin embargo, y como se ha señalado, los datos al respecto según diferentes autores no son homogéneos, y no parece que puedan ayudar en la práctica clínica para conocer el riesgo de suicidio de los pacientes esquizofrénicos, dada la alta frecuencia de las características del perfil descrito entre la población esquizofrénica global.

2. C CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS GENERALES.

En este apartado incluiré el tiempo de evolución de la enfermedad, los antecedentes de tentativas previas, la cumplimentación del tratamiento, el tratamiento en sí mismo y el consumo de tóxicos. El curso de la enfermedad deteriorante y agresivo será analizado en otro apartado.

2. C 1 TIEMPO DE EVOLUCIÓN.

Existe acuerdo entre los diferentes autores en que los primeros 10 años de la enfermedad son los de mayor riesgo suicida. Este riesgo posteriormente va disminuyendo, si bien no remite completamente (Caldwell y Gottesman, 1992).

En este sentido, Westermeyer y Wilkinson han señalado que los primeros estadios de la enfermedad son los de mayor riesgo suicida. Westermeyer et al extienden este periodo de mayor vulnerabilidad a otros trastornos psicóticos además de la esquizofrenia (Wilkinson, 1982; Westermeyer et al, 1991).

En su estudio sobre pacientes esquizofrénicos suicidas, Roy encuentra que la media de duración de la enfermedad fue de 4,8 años (Roy, 1982 a).

Otro aspecto estudiado son los momentos de mayor riesgo suicida. Parece haber acuerdo en que estos momentos de mayor riesgo son los primeros días de ingreso, y aquellos en torno al alta hospitalaria. Ros Montalbán ha indicado que el 40 % de los pacientes esquizofrénicos que se suicidan, comenten este acto durante el ingreso

hospitalario. De éstos, la mitad de los casos ocurre en los primeros días tras el ingreso (Ros, 1997).

Rossau y Mortensen en su estudio sobre pacientes esquizofrénicos, realizan un enfoque dirigido a determinar estos momentos de mayor vulnerabilidad para las conductas suicidas, más que al estudio de los factores de riesgo en sí mismos. En éste, encuentran que los momentos de mayor riesgo suicida son los primeros días del ingreso, durante los permisos y tras el alta hospitalaria. En cuanto al periodo tras el alta hospitalaria, encuentran un mayor riesgo en los primeros 5 días; este alto riesgo se mantiene durante el primer mes, disminuyendo progresivamente tras éste (Rossau y Mortensen, 1997).

Coincidiendo con los hallazgos de Rossau, Roy encuentra en su estudio sobre 90 pacientes psiquiátricos suicidas, que 75 se suicidaron sin estar ingresados. De éstos, 61 habían recibido el alta hospitalaria recientemente; el 44 % de ellos se suicidaron en el primer mes tras el alta (Roy, 1982 b).

2. C 2 TENTATIVAS DE SUICIDIO PREVIAS.

Diferentes autores han encontrado una importante asociación entre los antecedentes de tentativas de suicidio y el suicidio consumado en el paciente esquizofrénico.

Modestin ha señalado que entre un 20-40 % de los pacientes esquizofrénicos realizan tentativas de suicidio. En su estudio retrospectivo sobre 53 pacientes esquizofrénicos suicidas en comparación con un grupo control de 53 esquizofrénicos no suicidas, halló diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a las tentativas previas y conductas suicidas durante el ingreso, concluyendo que los antecedentes de tentativas previas constituyen un factor de riesgo importante para el suicidio consumado (Modestin et al, 1992).

Si bien tenemos este 20-40 % de tentativas suicidas en el conjunto de esquizofrénicos (Modestin et al, 1992; Caldwell y Gottesman, 1992), éste porcentaje llega hasta el 44, 50 y el 55 % hallado por otros autores respectivamente (Landmark et al, 1987; Nyman y Jonsson, 1986; Roy et al, 1984).

En la actualidad hay autores que consideran el porcentaje de pacientes que realizan tentativas, algo mayor que el señalado por Caldwell. Así, en un artículo reciente, se señala que aproximadamente el 50 % de los esquizofrénicos realizan alguna tentativa suicida a lo largo de su vida (Meltzer et al, 2003).

En definitiva, y según dos importantes artículos de revisión, el porcentaje de pacientes esquizofrénicos que realizan al menos una tentativa suicida a lo largo de su vida varía entre el 18 y el 55 % (Roy, 1986; Siris, 2001).

Cuando la población estudiada es la de esquizofrénicos que han consumado suicidio, el porcentaje de éstos que cuenta con tentativas previas es mayor. El 40-60 % de los suicidas consumados presentan tentativas previas (Bernardo et al, 2002). Incluso otros autores han indicado porcentajes superiores, como Heilä et al, quienes halla en su estudio retrospectivo que el 71 % de los esquizofrénicos que se suicidaron tenían una o varias tentativas previas (Heilä et al, 1997).

Roy encontró diferencias significativas entre casos y controles en cuanto a las tentativas previas en sus dos estudios sobre pacientes psiquiátricos en general, y en un estudio sobre esquizofrénicos hospitalizados con suicidio consumado. De hecho, en este último estudio, cuando analiza el grupo de esquizofrénicos (componente mayoritario de la muestra) que se suicidaron, con el grupo control de esquizofrénicos, la única variable que mostró diferencias significativas fue el antecedente de tentativas previas, mayor para los suicidas consumados (Roy, 1982 a; Roy, 1982 b; Roy y Draper, 1995).

Taiminen concluye, a partir de su estudio sobre 28 pacientes esquizofrénicos suicidas, que las tentativas de suicidio previas son un importante factor de riesgo de suicidio en pacientes ingresados (Taiminen y Kujari, 1994).

Allebeck estudió un grupo de 32 pacientes esquizofrénicos que se suicidaron en comparación con un grupo control de 64 pacientes esquizofrénicos, encontrando que las tentativas de suicidio previas eran el factor más relacionado con el suicidio. Resultados similares fueron obtenidos por Cotton y Rossau (Allebeck, 1987; Cotton, 1985; Rossau y Mortensen, 1997).

En la misma línea, Shaffer et al consideran que el mejor factor predictor de suicidio consumado es el número de tentativas previas (Shaffer et al, 1974).

Dassori y Cheng, en sus estudios realizados sobre muestras de 801 y 148 pacientes respectivamente, en los que incluían grupos control, hallaron que las tentativas previas y la sintomatología depresiva estaban entre los principales factores relacionados con las tentativas actuales o planes suicidas (Dassori et al, 1990), y con los suicidios consumados (Cheng et al, 1990).

Stephens et al, en un estudio retrospectivo sobre 1212 pacientes esquizofrénicos hospitalizados no tratados con fármacos, de los cuales se suicidaron 28 durante el periodo en el que se disponía de datos (1913-1940), hallaron que las variables más relacionadas de forma estadísticamente significativa con el suicidio eran las tentativas previas, las ideas suicidas expresadas, pobre ajuste premórbido, depresión durante la hospitalización y los antecedentes de trastornos afectivos familiares (Stephens et al, 1999).

Stebalaj et al hallaron resultados similares en un estudio retrospectivo sobre pacientes hospitalizados, con 36 pacientes esquizofrénicos que se suicidaron, comparados con un grupo control. Las variables más relacionadas con el suicidio eran las conductas suicidas previas, depresión, y las relaciones con familiares insatisfactorias (Stebalaj et al, 1999).

Por su parte, Shah y Ganesvaran, en un estudio retrospectivo sobre pacientes esquizofrénicos hospitalizados, de los que 62 se suicidaron, comparados con un grupo control, hallaron asociación entre suicidio y tentativas previas, tentativas durante el ingreso, ideas suicidas previas y durante el ingreso, e ideación suicida fluctuante, entre las principales variables (Shah y Ganesvaran, 1999).

Walsh et al hallaron que las únicas variables relacionadas con las conductas suicidas (tentativas de suicidio y suicidios consumados), fueron las tentativas previas, como principal predictor, y los ingresos múltiples en los últimos dos años. Este estudio se realizó sobre 708 pacientes con psicosis, a los que se siguió durante 2 años (Walsh et al, 2001).

En un reciente estudio prospectivo, controlado y aleatorizado sobre pacientes con un primer episodio psicótico se halló que las únicas variables en situación basal asociadas a la realización de tentativas suicidas durante el año de seguimiento, fueron las tentativas suicidas durante el año previo a la evaluación basal, y las alucinaciones en su puntuación global (Nordentoft et al, 2002).

Sin embargo, otros autores no han encontrado diferencias significativas en este antecedente entre casos y controles.

Roy no halla diferencias significativas entre casos y controles para la variable tentativas previas en su estudio sobre esquizofrénicos crónicos con tentativas suicidas (Roy et al, 1984) ni en el de suicidio consumado en esquizofrénicos crónicos (Roy, 1982 a).

Drake no encontró diferencias significativas entre casos y controles para las tentativas previas en su estudio sobre 15 pacientes esquizofrénicos suicidas comparados con un grupo control de 89 esquizofrénicos (Drake et al, 1984). Tampoco encontró diferencias significativas en el estudio en el que comparaba los 15 esquizofrénicos suicidas con 19 esquizofrénicos con tentativa de suicidio (Drake y Cotton, 1986 b).

Cohen et al tampoco han hallado diferencias significativas entre casos y controles en cuanto a las tentativas previas (Cohen et al, 1990).

Por su parte, Cheng et al hallaron diferencias significativas para este antecedente entre casos y controles, sólo en hombres, y no en mujeres (Cheng et al, 1990).

Aportando una visión clínica al respecto, Breier y Astrachan señalan que aunque podemos considerar las tentativas de suicidio previas como un factor de riesgo para el suicidio consumado, resulta un dato poco útil para valorar el riesgo suicida inminente de un paciente esquizofrénico (Breier y Astrachan, 1984).

2. C 3 CUMPLIMENTACIÓN DEL TRATAMIENTO.

Existen muy pocos estudios en relación a la cumplimentación del tratamiento y suicidio en la esquizofrenia.

Virkkunen, en un estudio sobre la actitud del paciente hacia el tratamiento, en la esquizofrenia y psicosis paranoides, halló que los esquizofrénicos suicidas tenían actitudes más negativas frente al tratamiento que los no suicidas (Virkkunen, 1976). Similares hallazgos han obtenido Heilä et al, en un estudio retrospectivo sobre 88 pacientes esquizofrénicos que se suicidaron. Los pacientes que estaban ingresados fueron los que tenían unas actitudes más negativas o indiferentes frente al tratamiento, debiendo ser tratados en contra de su voluntad frecuentemente. De todos los suicidios, en un tercio de los casos se trataba de pacientes no cumplimentadores. Se halló además una asociación entre la no cumplimentación y alcoholismo. Para Heilä, probablemente la ‘no cumplimentación’ no sea un factor de riesgo específico para el suicidio en la esquizofrenia, pero juega un papel importante para la aparición de otros factores de riesgo, dado que precipita las recaídas, con repetidos ciclos de ingresos hospitalarios y altas, períodos para los que se ha demostrado un alto riesgo suicida (Heilä et al, 1999 b).

2. C 4 TRATAMIENTO.

En cuanto a este aspecto, en la literatura existente no sólo no existen resultados homogéneos, sino que es un tema de controversia entre diferentes autores.

La complejidad del estudio del tratamiento antipsicótico y el suicidio ha sido señalada por diversos autores. Palmer, en su artículo de revisión, señala que a esta complejidad se añade el hecho de la influencia de las diferentes dosis en distintos estudios. Por un lado, las dosis bajas serían inefectivas en la prevención del suicidio. Por otro, las dosis altas, al estar relacionadas con más efectos extrapiramidales y/o con mayor gravedad de la enfermedad, estarían asociadas a mayores tasas de suicidio (Palmer et al, 1999).

Heilä et al, en su estudio retrospectivo sobre 88 pacientes esquizofrénicos que se suicidaron, hallaron que una proporción importante de los pacientes, o no tenían un tratamiento antipsicótico en la dosis adecuada, o no cumplimentaban el tratamiento, o no respondían a un tratamiento antipsicótico adecuado. Esto, unido al hallazgo de que la mayoría de los suicidios (78 %) sucedió durante una fase activa de la enfermedad, de los cuales sólo el 54 % estaba tratado con dosis correctas de antipsicóticos, sugiere para estos autores la necesidad de mejorar el tratamiento psicofarmacológico de estos pacientes, especialmente en la fase activa, para reducir el riesgo suicida (Heilä et al, 1999 b).

Ha existido la idea de que los antipsicóticos podían incrementar el riesgo de suicidio debido a un efecto de falsa estabilidad de la mejoría clínica, así como por un efecto depresógeno de éstos. Así lo recoge Drake en su artículo de revisión, pero advierte que esta hipótesis no se ha podido reproducir en los estudios con un adecuado diseño (Drake et al, 1985). En la misma línea contraria a esta hipótesis, están los estudios de Cohen et al, quienes no sólo no hallan diferencias significativas entre casos y controles en la toma de tratamiento, sino que además encuentran que un número significativo de suicidios ocurre tras una interrupción brusca del tratamiento (Cohen, 1964). Asimismo, en el estudio ya mencionado de Virkkunen, este autor halló que los pacientes esquizofrénicos suicidas tenían una actitud más negativa frente al tratamiento comparados con los no suicidas (Virkkunen, 1976).

Por otro lado, en cuanto al posible efecto depresógeno de los antipsicóticos, los resultados de los estudios también tienden a desmentir esta hipótesis.

En este sentido, Johnson realiza un estudio en el que incluye 37 pacientes esquizofrénicos sin tratamiento, 89 en tratamiento depot, y 79 con tratamiento oral pero no depot. Halló síntomas depresivos en la mitad de los pacientes no tratados, mientras que en los pacientes esquizofrénicos tratados (con o sin depot) halló tales síntomas en un tercio de ellos. Otro hallazgo fue que los pacientes que tenían menos síntomas depresivos eran los que se mantenían en remisión con bajas dosis de tratamiento depot, mientras que la prevalencia de estos síntomas aumentaba en los pacientes que recibían altas dosis de antipsicóticos. Por último, halló que en los pacientes con tratamiento neuroléptico depot el riesgo de un episodio depresivo era tres veces superior al de una recaída psicótica. De todo ello, concluye que la depresión es un síndrome frecuente en la esquizofrenia, y que no existe relación entre el tratamiento antipsicótico y la depresión y conductas suicidas, salvo en una pequeña proporción de casos (Johnson, 1981). Iguales conclusiones obtienen en su estudio Möller y Von Zerssen, al hallar una reducción en el porcentaje de pacientes que tenían síntomas depresivos en el ingreso, tras ser tratados con antipsicóticos. En una muestra de 81 pacientes esquizofrénicos, se produjo una reducción del 63 al 23 % de los pacientes que presentaban síntomas depresivos tras su tratamiento (Möller y Von Zerssen, 1982). Ebrios y Bulbena, en su estudio de seguimiento de 10 años sobre 29 pacientes esquizofrénicos con depresión postpsicótica, en comparación con 41 controles, no hallan relación significativa entre el tratamiento con antipsicóticos y la aparición de depresión postpsicótica (Ebrios y Bulbena, 1987). Finalmente, Taiminen y Kujari hallan, en su estudio acerca de 28 pacientes esquizofrénicos suicidas y 28 esquizofrénicos como grupo control, que los suicidas tenían menores dosis de antipsicóticos y más síntomas depresivos (Taiminen y Kujari, 1994).

Montout et al realizaron un estudio de cohortes sobre una muestra de 2415 pacientes esquizofrénicos que fueron seguidos entre 1993 y 1997, para valorar la asociación entre el tratamiento y las causas de muerte. Entre los antipsicóticos, sólo hallaron asociación con el suicidio para el grupo de los tioxantenos, si bien señalan que ésta podría deberse al uso preferencial de este grupo de antipsicóticos en pacientes esquizofrénicos deprimidos y con riesgo suicida, ya que existen en la literatura científica recomendaciones para su uso en tal perfil clínico (Montout et al, 2002).

En un reciente estudio retrospectivo, que evaluó 31 estudios en los que hubo 1888 esquizofrénicos tratados con placebo, frente a 5264 que tenían tratamiento farmacológico, los autores no hallaron diferencias significativas entre ambos grupos en

suicidios consumados ni en tentativas de suicidio, si bien señalan que la mayoría de estos estudios no duró más de 8 semanas. Concluyen que con adecuadas precauciones, pueden llevarse a cabo los estudios sobre esquizofrénicos que incluyan un grupo con placebo (Stosorum et al, 2003).

Otro enfoque es el argumentado por otros autores, que indican que determinados efectos secundarios del tratamiento antipsicótico, como la acatisia, pueden aumentar el riesgo suicida. Así, Van Putten es el primer autor que relaciona el suicidio con la acatisia. Sobre este efecto secundario, Agra realiza una revisión bibliográfica en la que saca a relucir numerosos casos publicados por diferentes autores, además de cuatro casos propios, acerca de acatisia en pacientes tratados con neurolépticos depot, que finalizaron en suicidios. Describe el cuadro clínico como una acatisia, leve en las primeras 24 horas, que pasa a ser grave a las 48 horas, en la que el paciente presenta intensa inquietud y ansiedad, insomnio, ideación y tentativas de suicidio. Agra remarca al respecto que en estos casos la ideación suicida no tiene relación con clínica depresiva, sino con la grave vivencia angustiosa por la acatisia (Van Putten, 1974; Agra, 1990).

Por último, ha habido autores que han estudiado la relación entre determinados tratamientos antipsicóticos y su efecto sobre la sintomatología depresiva y suicidabilidad del paciente esquizofrénico.

Meltzer realizó un estudio sobre 420 pacientes afectos de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, diagnosticados entre 1986 y 1993. De éstos, 183 pacientes se consideraron resistentes al tratamiento, procediéndose a su ingreso e inicio de tratamiento con clozapina. Previamente al inicio del tratamiento, los pacientes fueron evaluados sobre suicidabilidad (mediante una puntuación que iba desde el 1 -ausencia de ideación suicida- hasta el 5 -tentativa de suicidio-), y depresión mediante la escala de Hamilton. Estas evaluaciones se repitieron cada semana durante todo el ingreso, y tras el alta a las 6 semanas, a los 3 y 6 meses, y posteriormente cada 6 meses hasta completar los 7 años que duró el estudio.

En cuanto al estado clínico previo al inicio de tratamiento con clozapina, no se encontraron diferencias significativas en la suicidabilidad ni en la sintomatología depresiva entre el grupo de pacientes resistentes y el grupo control. Sin embargo, tras la administración de la clozapina los niveles de suicidabilidad disminuyeron considerablemente, en relación a una disminución de los niveles de depresión. También

se observó una disminución de la desesperanza. En base a estos resultados, Meltzer postula que la clozapina posee un efecto de disminución de la suicidabilidad en los pacientes, mediado por una mejoría de la sintomatología depresiva y de la desesperanza. Este autor atribuye la mejoría de la depresión a un efecto antidepresivo de la clozapina, y la mejoría de la desesperanza a la mejor calidad de vida (Meltzer y Okayli, 1995). En artículos posteriores, este mismo autor señala una reducción de la mortalidad por suicidio en los pacientes esquizofrénicos tratados con clozapina de un 80-85 % (Meltzer, 1998; Meltzer, 1999). También Reid et al han sugerido que la clozapina reduce el riesgo suicida de los pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, al hallar en su estudio retrospectivo que cubría un periodo de 6 años, una tasa anual de suicidio de 63,1 por 100.000 pacientes, frente al 12,7 por 100.000 pacientes en los que estaban tratados con este fármaco (Reid et al, 1998 b).

Los estudios de Meltzer sobre la clozapina y suicidio han sido criticados por Sernyak, al entender que tenían errores metodológicos. Este autor no halló diferencias en las tasas de suicidio entre los pacientes tratados con clozapina y aquellos tratados con otros antipsicóticos (Sernyak et al, 2001). Sin embargo, el propio Meltzer, y Ertugrul han defendido la metodología empleada y señalado graves deficiencias metodológicas en el estudio de Sernyak (Meltzer, 2002 a; Ertugrul, 2002), y presenta los datos definitivos de un amplio estudio prospectivo de 2 años sobre 980 pacientes esquizofrénicos y esquizoafectivos. Se trata de un ensayo clínico controlado, aleatorizado, y ciego, sobre el efecto protector de la clozapina en la realización de tentativas suicidas u hospitalización por riesgo suicida, en comparación con la olanzapina. Ambos grupos de pacientes fueron asistidos con la misma frecuencia. La clozapina resultó superior, al presentar los pacientes tratados con ésta significativamente menos conductas suicidas, menos intervenciones especiales, hospitalizaciones, y tratamientos antidepresivos. La reducción en las medidas de suicidabilidad fue de un 22 - 24 % a favor de la clozapina. Por ello considera establecido el efecto protector sobre las conductas suicidas de la clozapina, y por tanto, su superioridad respecto a otros antipsicóticos (Meltzer, 2002 b; Meltzer et al, 2003).

Duggan et al realizaron un modelo con los datos existentes, para calcular el impacto que tendría una utilización de la clozapina acorde a las recomendaciones de uso en pacientes resistentes (frente a la utilización actual de este fármaco, que es menor). Hallaron que cada año se salvarían 53 vidas en el Reino Unido, se produciría una

reducción de costes, y se liberarían recursos sanitarios, por lo que recomiendan su mayor uso (Duggan et al, 2003).

Cada vez son más los autores que señalan que los beneficios de la clozapina en cuanto a la suicidabilidad están cada vez más establecidos, y superan claramente a sus efectos adversos y riesgo de muerte por agranulocitosis (Kerwin, 2003; Modai, 2003).

Wagstaff y Perry han realizado una revisión recientemente acerca de los estudios sobre clozapina y suicidio. El mecanismo por el cual la clozapina reduce la suicidabilidad se desconoce. Señalan que en Estados Unidos, desde finales del 2002, la FDA ha aprobado la indicación de la clozapina para la reducción del riesgo de conductas suicidas en la esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo (Wagstaff y Perry, 2003).

Finalmente, debemos citar la importancia que recientemente se está concediendo a la terapia psicológica en la esquizofrenia. Un autor importante en este aspecto es Birchwood, cuyos estudios se exponen con detalle más adelante. Este autor plantea la hipótesis de la vulnerabilidad psicológica como factor clave para el desarrollo de depresión. Las valoraciones psicológicas que el paciente tiene acerca de sí mismo, los síntomas y la enfermedad, determinarán esta vulnerabilidad (Birchwood et al, 1993). En base a ello ha remarcado la importancia de la psicoterapia como parte fundamental del tratamiento en la esquizofrenia. El enfoque psicoterapéutico con estos pacientes debe tener como objetivo fundamental fomentar los pensamientos y sentimientos que impedirían esta vulnerabilidad psicológica (Birchwood e Iqbal, 1998). En los últimos años otros autores han remarcado la necesidad de realizar esta psicoterapia con enfoque cognitivo. Walsh ha hecho esta recomendación recientemente, tras no hallar diferencias en la conducta suicida entre dos grupos de pacientes con psicosis, uno de los cuales recibía asistencia estándar, y el otro asistencia intensiva, en un estudio sobre 708 pacientes, que fueron incluidos en uno de los dos grupos de manera aleatoria y seguidos durante 2 años. Esta autora concluye que esta asistencia intensiva no tendrá repercusión en la reducción del riesgo suicida, a menos que se complemente con adecuados tratamientos farmacológico y psicológico (Walsh et al, 2001). Recientemente, en el primer año de seguimiento del estudio OPUS, ensayo clínico controlado y aleatorizado sobre pacientes con un primer episodio psicótico, no se halló diferencia significativa en cuanto a la realización de tentativas suicidas durante este periodo, entre los pacientes que recibieron asistencia estándar y los que recibieron asistencia integrada (Nordentoft et al, 2002).

2. C 5 CONSUMO DE TÓXICOS.

Es sabido que el alcoholismo y el consumo de tóxicos suponen, por sí mismos, un mayor riesgo de conducta suicida. Sin embargo, los resultados obtenidos al respecto para los pacientes esquizofrénicos no son coincidentes.

Por un lado, autores como Dassori o Allebeck han encontrado una asociación entre consumo de tóxicos y mayor riesgo suicida. Dassori, en una muestra de 801 pacientes esquizofrénicos encontró que los suicidas tenían significativamente más consumo de alcohol y otros tóxicos (Dassori et al, 1990). Allebeck encontró un mayor riesgo suicida entre los esquizofrénicos con abuso de alcohol (Allebeck, 1987). Más recientemente, Kelly et al hallaron que los pacientes esquizofrénicos con consumo de tóxicos actual que reingresaban presentaban de forma significativa mayor ideación suicida que los controles (grupo de consumo en el pasado y grupo de no consumidores). Sin embargo, no hallaron diferencias entre los tres grupos en cuanto a depresión (Kelly et al, 2000). Verdoux et al, estudiando pacientes con psicosis y primer ingreso, hallaron que la historia de consumo de tóxicos se asociaba de forma significativa con la historia de parasuicidio (Verdoux et al, 1999).

Gut-Fayand et al realizaron un estudio sobre 50 pacientes (48 esquizofrénicos y 2 esquizoafectivos), divididos en dos grupos (consumidores de tóxicos y no consumidores) en el que han hallado asociación significativa en los consumidores con la impulsividad y las tentativas suicidas. Sin embargo, no hallaron diferencias significativas entre ambos grupos con respecto a los síntomas negativos, depresivos, anhedonia, autonomía, respuesta al tratamiento ni variables sociodemográficas (Gut-Fayand et al, 2001).

Kim et al, en un estudio sobre 333 esquizofrénicos crónicos consecutivamente ingresados, divididos en 'suicidas' (desde ideación hasta tentativas suicidas), y 'no suicidas', hallaron tras la regresión logística, que las dos únicas variables que identificaban a los suicidas actuales eran la desesperanza (identificaba un 71 % de los suicidas) y la dependencia a tóxicos actual o previa (identificaba un 16 %), mientras que la única variable que identificaba a los pacientes con historia de suicidabilidad previa fue la desesperanza (Kim et al, 2003).

Por el contrario, diferentes autores como Roy, Drake, Cohen y Rossau, no encuentran diferencias significativas en el abuso de sustancias entre los pacientes esquizofrénicos

suicidas y los controles (Roy, 1982 a; Roy, 1984 et al; Drake et al, 1984; Cohen et al, 1994; Rossau y Mortensen, 1997).

2. D DEPRESIÓN Y DESESPERANZA.

La existencia de síntomas depresivos en la esquizofrenia ha sido señalada por diversos autores clásicos, como Kraepelin, Bleuler y Schneider. Desde entonces y hasta la actualidad, numerosos autores han estudiado la importancia de la depresión en la esquizofrenia, así como de otras características clínicas relacionadas: la desesperanza y el insight. Este último será abordado en otro apartado.

Kraepelin estableció diferencias entre la Psicosis Maníaco Depresiva y la ‘Demencia Precoz’, pero también señaló la existencia de síntomas depresivos en esta última (Bartels y Drake, 1988).

Posteriormente Bleuler profundiza en este aspecto, y así en su obra “Demencia Precoz. El grupo de las esquizofrenias” aborda en varias ocasiones este tema, y comienza no sólo a describir esta sintomatología depresiva en la esquizofrenia, sino también a diferenciar diferentes formas depresivas dentro de la enfermedad.

En relación a estos síntomas, Bleuler señala en su obra: *“La tríada de síntomas melancólicos, depresión anímica, inhibición del pensamiento y de la acción, es una de las perturbaciones agudas más frecuentes en la esquizofrenia”*.

Bleuler encuadra estos síntomas depresivos dentro de lo que denomina síntomas accesorios, y hace referencia a los ‘Estados Melancólicos’, en los que el paciente padece síntomas depresivos, con riesgo de suicidio, fenómeno que también recoge en su obra.

Como ya señalamos, también diferencia dos formas depresivas dentro de la enfermedad. Una de ellas la considera inherente al propio proceso patológico de la esquizofrenia, y la otra la describe como reactiva a la vivencia de la enfermedad, y la denomina ‘depresión psíquica’. Señala que esta forma es más frecuente al principio de la enfermedad, y hace referencia a ésta como “reacciones normales ante percepciones penosas”. Además, admite un tercer grupo, en los que “una psicosis maníaco depresiva está complicando la situación”.

Bleuler también aborda otros aspectos importantes relacionados, como las conductas suicidas y la conciencia de enfermedad o insight. Así, señala que como consecuencia de la conciencia de enfermedad y de las consecuencias psicosociales que ésta le produce, los pacientes pueden padecer cuadros depresivos también en estadios avanzados de la enfermedad (Bleuler, 1993).

Por último Schneider, si bien no da tanta importancia a la depresión en la esquizofrenia, incluye dentro de los síntomas de segundo orden de la esquizofrenia a lo que denomina ‘Distimias depresivas o alegres’ (Schneider, 1963).

Ya en la actualidad, seguimos encontrando importantes referencias a la depresión en la esquizofrenia, por parte de múltiples autores.

Siris, que realizó en 1991 una revisión acerca de 30 artículos publicados sobre síntomas depresivos en la esquizofrenia, señala una incidencia de esta sintomatología entre el 7 % y el 65 % (Siris, 1995), o entre el 7 % y el 75 %, en un artículo de revisión más reciente sobre el mismo tema (Siris, 2000). Concluye que la depresión en la esquizofrenia es un fenómeno frecuente en el curso longitudinal de la enfermedad, y que ésta se asocia a ideación suicida, tentativas de suicidio y suicidio consumado. Todo ello lo expone en un capítulo del libro “Schizophrenia”, publicado en 1995 (Siris, 1995). También en el Tratado de Psiquiatría de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), en su segunda edición, se indica que más del 60 % de los pacientes esquizofrénicos desarrollan síntomas depresivos significativos. Además señalan que en muchas ocasiones es difícil diferenciar estos síntomas, pues se solapan con los síntomas de la esquizofrenia. Por otro lado, en relación al suicidio, aluden a la sintomatología depresiva como factor de riesgo, además de las características sociodemográficas típicas del suicida esquizofrénico. Profundizando en el tema del suicidio, señalan que los pacientes con subtipo paranoide tienen mayor riesgo, en base a los sentimientos de inadecuación y desesperanza. Esta idea ha sido defendida previamente por autores como Fenton (Black y Andreasen, 1996).

2. D 1 ‘DEPRESIÓN ESQUIZOFRÉNICA’. CONCEPTO.

El hecho de que la sintomatología depresiva es frecuente en la esquizofrenia es algo aceptado por diferentes autores. Sin embargo, cuando se intenta profundizar en este

tema, abarcando aspectos como el origen, momento y pronóstico, surgen las discrepancias.

Siris, en su excelente artículo de revisión sobre depresión en la esquizofrenia, ha señalado que uno de los aspectos que ha contribuido a la confusión en este fenómeno, además de la complejidad intrínseca del mismo, es que muchos de los estudios realizados no han tenido en consideración la diferencia entre ‘depresión’ como afecto, síntoma o síndrome, cuando realmente reflejan estados clínicos con importantes diferencias (Siris, 2000).

Este mismo autor insiste en la necesidad de diferenciar entre las ‘Reacciones frente a decepción o estrés’ (entre las que distingue las de carácter agudo y crónico), las depresiones relacionadas con la esquizofrenia en sí misma, y por último, los efectos secundarios de la medicación (como por ejemplo la acinesia y la acatisia) (Siris, 2001).

Las ‘Reacciones frente a decepción o estrés’ resultan cuando una pérdida o una frustración impiden una expectativa en el paciente. Las de carácter agudo pueden surgir ante acontecimientos vitales en general, o pérdidas en particular. Las de carácter crónico las relaciona más con el estrés y decepción crónicas ante la enfermedad, las denomina como ‘desmoralización’, y se puede manifestar mediante la desesperanza (Siris, 2001).

La variabilidad en las cifras de depresión en la esquizofrenia resulta como consecuencia de los criterios diagnósticos utilizados, el tipo de pacientes estudiados (pacientes en fase aguda o pacientes crónicos), los diferentes instrumentos de medida, y la dificultad en distinguir los síntomas depresivos de los negativos y de los efectos extrapiramidales (Bartels y Drake, 1988; Becker, 1988)

La alta incidencia de síntomas depresivos en la esquizofrenia es reflejada por diversos autores. Bartels y Drake, en su artículo de revisión acerca de este tema, señalan una incidencia de estos síntomas en la esquizofrenia del 20-70 %, y del 25 % cuando se refiere a la depresión postpsicótica, cifras en las que coincide Becker en otro artículo de revisión (Bartels y Drake, 1988; Becker, 1988).

El término ‘depresión postpsicótica’ hace referencia al estado depresivo que se manifiesta en algunos pacientes esquizofrénicos una vez que ya ha remitido la sintomatología psicótica (o cuando persiste no predomina en el cuadro clínico) (Siris, 2000), que generalmente aparece tras meses después de esta remisión. Se ha señalado que puede aparecer en dos fases; en las primeras semanas posteriores a la remisión del episodio psicótico agudo, o bien sobre los 6 meses posteriores a la mejoría del episodio agudo (Bernardo et al, 2002). Birchwood halló una incidencia del 36 % de depresión

postpsicótica, de moderada intensidad al menos, sobre una muestra de 78 pacientes, durante un periodo de seguimiento de 12 meses tras el episodio psicótico agudo (Birchwood et al, 2000).

Recientemente Candido y Romney ha hallado que los episodios de depresión postpsicótica de los esquizofrénicos paranoides son de mayor intensidad sintomatológica, y mayor riesgo suicida, comparada con la depresión postpsicótica que padecen los esquizofrénicos no paranoides, si bien el perfil clínico y el nivel de anhedonia son similares en ambos grupos (Candido y Romney, 2002).

En base a un estudio propio sobre 94 pacientes esquizofrénicos crónicos de un centro psiquiátrico (50 ingresados y 44 en régimen ambulatorio seguidos en el centro), Markou encuentra unas tasas de depresión moderada del 42 % para los pacientes ingresados y del 47 % para los ambulatorios, mientras que las tasas de depresión grave fueron del 5 % y 4,5 % respectivamente (Markou, 1996).

Wassink et al hallaron una tasa del 34,3 % de depresión mayor sobre una muestra de 70 pacientes esquizofrénicos ingresados por primera vez (Wassink et al, 1999).

Gutiérrez et al hallaron en su muestra de 46 pacientes esquizofrénicos que el 67,3 % había presentado al menos un cuadro depresivo a lo largo de su enfermedad (Gutiérrez et al, 2000).

Un interesante estudio fue llevado a cabo por Zisook et al, quienes estudiaron una muestra de 60 pacientes esquizofrénicos ambulatorios, de edades mayores de 45 años, comparados con un grupo control de 60 pacientes sin trastornos psiquiátricos, emparejados por edad y sexo. Hallaron tasas de depresión en grado leve y moderado-grave, medidas por los 17 primeros ítems de la escala de Hamilton, significativamente más elevadas en el grupo de pacientes con esquizofrenia (75 % frente al 11,7 %), demostrando así la existencia de altas tasas de depresión también en pacientes esquizofrénicos de este grupo de edad. Además, hallaron correlación entre la gravedad de los síntomas depresivos y los síntomas positivos, pero no con la edad, sexo, síntomas negativos, extrapiramidales, ni dosis de neurolepticos (Zisook et al, 1999).

Sands y Harrow, en un estudio prospectivo sobre 70 pacientes esquizofrénicos comparados con 117 pacientes no esquizofrénicos, en los que realizaron evaluaciones clínicas al momento del ingreso y tras 4,5 y 7,5 años, hallaron que en cada evaluación alrededor de un tercio de los pacientes padecía un síndrome depresivo. Cuando se consideraba la evolución prospectivamente, casi la mitad de los pacientes padecía un

síndrome depresivo en una o en ambas valoraciones del seguimiento que se realizó. Además, hallaron que sólo un 35 % de los pacientes esquizofrénicos no tuvieron en su evolución ni síndrome depresivo ni depresión subsindrómica, lo que indica para los autores que sólo una minoría de los pacientes esquizofrénicos tienen un curso de la enfermedad 'no afectivo' (Sands y Harrow, 1999).

Bottlender et al han señalado que la depresión en los pacientes esquizofrénicos en fase aguda, podría constituir una dimensión psicopatológica diferenciada en un subgrupo de pacientes, tras hallar depresión clínicamente significativa en un 15,5 % de los pacientes esquizofrénicos ingresados por primera vez, características clínicas y sociodemográficas diferentes con respecto a los no deprimidos, y una ausencia de influencia significativa de los síntomas positivos, negativos ni extrapiramidales, sobre la depresión (Bottlender et al, 2000).

Todas estas tasas que se han obtenido resultan en conjunto muy elevadas en comparación con las tasas de depresión en la población general, que oscilan entre el 8-26 %.

Históricamente ha habido ideas acerca de la depresión en la esquizofrenia que se han ido rebatiendo por diferentes estudios.

Inicialmente existía la idea de que la existencia de síntomas depresivos era una señal clínica de mejoría y buen pronóstico de la esquizofrenia. En relación a esto, Pons et al realizaron un estudio sobre 50 pacientes esquizofrénicos ingresados que dividió en dos grupos, uno de 18 pacientes que padecieron depresión postpsicótica, y el otro de 32 que no la padecieron. Comparando los dos grupos, obtuvieron que los pacientes que tuvieron depresión postpsicótica fueron los que tuvieron a largo plazo un mejor pronóstico, con menos reingresos y periodos más largos sin ingresar (Pons et al, 1989). Sin embargo, la mayoría de los estudios han mostrado resultados contrarios a esto. Así, diferentes autores han hallado que existe relación entre la sintomatología depresiva en la esquizofrenia y el riesgo suicida (Roy, 1982 a; Roy et al, 1984; Drake et al, 1984; Addington y Addington, 1992), pobre funcionamiento social y aumento de recaídas (Becker, 1988; Bartels y Drake, 1988) y mayor duración de las hospitalizaciones (Johnson, 1981).

Otra idea que ha sido rebatida es la que señalaba a la sintomatología depresiva como restringida al estado postpsicótico. Numerosos estudios en las últimas décadas han

aclarado que la sintomatología depresiva puede aparecer en cualquier momento de la enfermedad: precediendo a la psicosis, en la fase prodrómica, concomitantemente con los síntomas psicóticos agudos, tras la remisión de los síntomas en la fase postpsicótica y en el curso crónico de la esquizofrenia (Johnson, 1981; House et al, 1987; Hirsch et al, 1989; Koreen et al, 1993; Birchwood et al, 2000).

Si bien la importancia de la sintomatología depresiva en la esquizofrenia cada vez está más establecida, desgraciadamente existe todavía muy poco consenso sobre las estrategias terapéuticas para ésta, como refleja una reciente publicación sobre una encuesta internacional, cumplimentada por 3443 psiquiatras de 24 países (Addington et al, 2002).

Otro aspecto que ha sido precisado es el de la diferenciación y diagnóstico de la depresión en la esquizofrenia. Autores como Becker y Drake han resaltado que los síntomas que permiten detectar mejor a los pacientes esquizofrénicos deprimidos son los de tipo cognitivo, como la desesperanza, desesperación, ideas de culpa e ideas de suicidio, dado que los síntomas somáticos típicos de la depresión mayor, como el insomnio o la inhibición no permiten la detección, pues pueden darse como síntomas de la propia esquizofrenia (Drake et al, 1984; Becker, 1988).

Bartels ha postulado que la depresión en la esquizofrenia es un fenómeno heterogéneo desde el punto de vista etiológico, fenomenológico y de respuesta al tratamiento. Por ello propone una clasificación de los diferentes tipos de depresión en la esquizofrenia. Ésta ha sido compartida y citada por otros autores, como Siris. A continuación se expone esta clasificación y las características de cada tipo.

- Síntomas depresivos secundarios a factores orgánicos:
 - Secundarios al tratamiento.
 - Secundarios al consumo de alcohol y a otras drogas.
 - Otras causas orgánicas.

- Síntomas depresivos asociados a síntomas psicóticos agudos:
 - Depresión intrínseca al episodio psicótico agudo.
 - Trastorno esquizoafectivo.

- Síntomas depresivos sin síntomas psicóticos agudos:
 - Pródromos depresivos.
 - Síntomas negativos de la esquizofrenia.
 - Síndrome depresivo secundario.
 - Desmoralización crónica.

Síntomas depresivos secundarios al tratamiento.

Como ya se señaló al hablar del tratamiento, existe una gran controversia respecto a si los neurolépticos inducen o no sintomatología depresiva.

Lo que sí parece aceptado por diferentes autores es que los neurolépticos producen con frecuencia efectos extrapiramidales que se pueden asociar a disforia. En este sentido y como ya se ha expuesto, autores como Van Putten y Agra han relacionado la acatisia inducida por neurolépticos con mayor riesgo suicida (Van Putten, 1974; Agra, 1990).

Un problema fundamental para el estudio de este tema es que algunos efectos extrapiramidales como la acinesia o la acatisia, pueden confundirse con sintomatología depresiva. Independientemente de ello, hay autores que han relacionado al tratamiento neuroléptico directamente con la aparición de un síndrome depresivo franco, al que han denominado “Depresión farmacógena”. Galdi ha expuesto que existe un grupo de pacientes genéticamente predispuestos a padecerla cuando reciben tratamiento neuroléptico. El cuadro tiene un origen nigroestriatal, según este autor, y responde a tratamiento anticolinérgico (Galdi, 1983).

Sin embargo, la mayoría de los autores no han encontrado en sus respectivos estudios relación entre el tratamiento neuroléptico y la clínica depresiva (Johnson, 1981; Möller y Von Zerssen, 1982; Ebrios y Bulbena, 1987; House et al, 1987; Hirsch et al, 1989; Taiminen y Kujari, 1994).

Síntomas depresivos secundarios al consumo de alcohol y otras drogas.

Se ha señalado que una causa de depresión en la esquizofrenia es el consumo de tóxicos, fundamentalmente el alcohol, siendo el grupo de pacientes más susceptible para ello, el de los jóvenes, con historia familiar de consumo de tóxicos y de trastornos afectivos (Bartels y Drake, 1988).

Síntomas depresivos secundarios a otras causas orgánicas.

Al igual que cualquier otro paciente, los pacientes esquizofrénicos pueden tener síndromes depresivos debidos a multitud de causas orgánicas.

Síntomas depresivos asociados a síntomas psicóticos agudos.

A este respecto, Bartels ha diferenciado la sintomatología depresiva asociada al episodio psicótico agudo, de la clínica de los trastornos esquizoafectivos.

También señala que los episodios psicóticos agudos se acompañan con frecuencia de sintomatología depresiva, como sentimientos de culpa, inhibición e insomnio, hecho defendido por otros autores como Johnson, Hirsch o Möller. Precisa además que aproximadamente la mitad de los pacientes con síntomas psicóticos agudos presentan sintomatología depresiva, y que de ellos, la mitad tienen una remisión espontánea de estos síntomas sobre la tercera semana, mientras que en la otra mitad los síntomas depresivos persisten (Bartels y Drake, 1988).

Otro autor que ha estudiado este tema ha sido Green, quien señala que con cierta frecuencia los síntomas depresivos quedan encubiertos por los síntomas productivos, y no se evidencian claramente hasta que éstos mejoran. Este autor estudió una población de pacientes esquizofrénicos en los dos primeros años de la enfermedad, y halló que los síntomas depresivos se presentan con mayor frecuencia asociados a los síntomas psicóticos que tras la remisión del episodio psicótico (Green et al, 1990).

Addington et al realizaron un estudio prospectivo sobre 13 pacientes que tuvieron un primer episodio de esquizofrenia, comparados con un grupo de 113 pacientes esquizofrénicos con recaída psicótica. En ambos grupos se valoró la presencia de sintomatología depresiva mediante la escala de Calgary para la depresión en la esquizofrenia, en la fase aguda, a los 3 meses y al año. Hallaron que la puntuación media reflejada por la escala de depresión de Calgary era superior para los pacientes con un primer episodio de esquizofrenia con respecto a los pacientes con recaídas, de forma estadísticamente significativa, en la fase aguda y a los 3 meses. Al año, los niveles de depresión seguían siendo superiores en el grupo de pacientes que sufrió un primer episodio, aunque ya no de manera estadísticamente significativa. A raíz de estos hallazgos Addington indica la existencia de síntomas depresivos durante las fases agudas psicóticas, y señala que los pacientes con un primer episodio de esquizofrenia deben ser cuidadosamente evaluados, ya que la depresión durante el primer episodio esquizofrénico y durante el primer año de enfermedad está asociada a mayor riesgo

suicida (Addington et al, 1998). También el estudio de Emsley et al señala la asociación entre síntomas depresivos y psicóticos. Sobre una muestra de 177 pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizofreniforme, hallaron una alta prevalencia de síntomas depresivos y de ansiedad en las mujeres y en pacientes con predominio de síntomas positivos. La depresión y ansiedad se correlacionó significativamente con los síntomas positivos, y de forma negativa con la edad (Emsley et al, 1999).

Recientemente Birchwood et al han hallado depresión durante un episodio psicótico agudo en un 70 % de los pacientes (Birchwood et al, 2000).

Pródromos depresivos.

Bartels ha señalado, en base a su trabajo de revisión, que los síntomas depresivos preceden frecuentemente a las recaídas psicóticas. Estos pródromos depresivos suelen tener una aparición repentina y evolucionar con rapidez hacia el episodio psicótico. Esta sintomatología prodrómica es con frecuencia mixta, con ansiedad, agitación y síntomas vegetativos (Bartels y Drake, 1988). Koreen et al, en un estudio propio sobre 70 pacientes con primeros episodios psicóticos, obtienen resultados acordes a lo expuesto por Bartels. En este estudio prospectivo y de 5 años de duración, hallaron que el 75 % de los pacientes tenía síntomas depresivos al inicio de los episodios psicóticos, y que la mayoría de ellos tuvieron una remisión de los síntomas depresivos al remitir el episodio psicótico. En base a sus resultados, indican que la depresión podría formar parte de la clínica de un primer episodio psicótico (Koreen et al, 1993).

Siris, haciendo referencia al modelo de estrés-diátesis en la esquizofrenia, ha señalado que en el punto intermedio de ambos extremos, existiría un grupo de individuos con un alto riesgo de padecer psicosis si sufren suficiente estrés, y que en éstos el propio acontecimiento de una depresión podría ser suficiente como para desencadenar los síntomas psicóticos. Ello explicaría el inicio de sintomatología depresiva como pródromo, seguido de los síntomas psicóticos, que ocurre con frecuencia al principio de la enfermedad, y en las recaídas psicóticas (Siris, 2000).

Síntomas negativos de la esquizofrenia.

Dado que en la práctica clínica con frecuencia resulta muy difícil diferenciar los síntomas negativos de la esquizofrenia de los síntomas depresivos, autores como Drake y Becker reiteran la importancia de los síntomas cognitivos de la depresión en los pacientes esquizofrénicos, como la desesperanza, ideas de culpa, ideas de suicidio o la

baja autoestima (Drake et al, 1984; Becker, 1988). Siris ha sugerido que el 'humor triste' podría ser el aspecto que mejor diferenciara a ambas entidades, estando presente en la depresión (Siris, 1995). Señala que existen síntomas negativos y depresivos que se solapan, como la disminución de interés, placer, energía y motivación, el retardo psicomotor y la menor capacidad de concentración. Sin embargo, el afecto aplanado sugiere sintomatología negativa, mientras que el 'humor triste' y los síntomas cognitivos como la culpa o las ideas de suicidio sugieren síntomas depresivos. Aun así, puede resultar muy difícil la diferenciación clínica en los pacientes con dificultades de comunicación interpersonal y de expresión de sus estados internos subjetivos (Siris, 2000). También Birchwood coincide con Siris en considerar que la mejor síntoma para diferenciar la depresión de la sintomatología negativa es el 'humor triste' (Birchwood et al, 2000).

Síndrome depresivo secundario.

Becker ha señalado que los síntomas depresivos persisten en más de la mitad de los pacientes tras la remisión de la fase aguda. Los síntomas más frecuentes de este cuadro son la apatía, pérdida de energía, disminución de la libido, ansiedad, culpa, desesperanza e ideación suicida (Becker, 1988).

Desmoralización crónica.

Bartels utiliza este concepto para denominar la grave desesperanza que tiene un grupo de pacientes esquizofrénicos. Estos pacientes presentan un buen insight en cuanto a la gravedad de la enfermedad, y sintomatología depresiva sobre todo a nivel cognitivo, como gran desesperanza de forma crónica, ideas de suicidio persistentes y baja autoestima, en ausencia de síntomas vegetativos de depresión. Este cuadro no responde a antidepresivos, y los pacientes que lo desarrollan con mayor frecuencia son los jóvenes, con alto nivel educativo, altas expectativas previas al inicio de la enfermedad, y con buen insight. Este grupo de pacientes tiene un alto riesgo suicida, y se piensa que pueden ser un grupo mayoritario dentro de los pacientes esquizofrénicos que han consumado el suicidio (Drake et al, 1984; Bartels y Drake, 1988). Siris ha encuadrado este concepto de desmoralización crónica dentro de las 'Reacciones frente a decepción o estrés'. En estas, diferencia las de carácter agudo, como las que suceden tras acontecimientos vitales estresantes, y que duran horas, días o semanas como máximo, y por otro lado, las de carácter crónico (desmoralización crónica, que surge como

decepción y estrés crónico ante la enfermedad). Ésta es duradera y resulta más difícil de diferenciar de otras formas de depresión. Señala además la importancia de identificar clínicamente a los pacientes con este fenómeno, pues en éstos las estrategias de tratamiento más adecuadas serían las psicológicas y psicosociales (Siris, 2000).

Por último, nos detendremos en las aportaciones de Birchwood, otro autor importante en el estudio de la depresión en la esquizofrenia. Este autor ha propuesto un enfoque cognitivo, argumentando que la depresión podría ser una consecuencia de una vulnerabilidad psicológica en el proceso de afrontamiento de la psicosis como enfermedad y suceso vital en el paciente.

Birchwood expone que la depresión, desesperanza e ideación suicida que padecen algunos pacientes durante el episodio agudo y tras el mismo son aspectos necesarios pero no suficientes para el suicidio, y señala la existencia de tal vulnerabilidad psicológica como otro aspecto fundamental.

Las valoraciones psicológicas que el paciente tiene acerca de sí mismo, los síntomas y la enfermedad determinarán la vulnerabilidad psicológica. Así, el paciente con mayor vulnerabilidad es aquél que no acepta la enfermedad, se siente impotente ante la psicosis, atrapado, derrotado e inhabilitado para la vida por la misma, e interioriza las actitudes de estigmatización de la enfermedad mental transmitidas por la sociedad. Por el contrario, no tendría esta vulnerabilidad el paciente que acepta la enfermedad, e intenta integrar el acontecimiento de la psicosis en su vida y conseguir un sentimiento de control sobre ella. Esta vulnerabilidad psicológica sería un factor clave para el desarrollo de depresión en estos pacientes (Birchwood e Iqbal, 1998). Ya desde 1993 este autor exponía esta hipótesis, en la que argumenta que el proceso que conduce a la depresión en estos pacientes sería un ‘continuum’ que comienza con vulnerabilidad psicológica de algunos pacientes ante el suceso vital e incontrolable que supone la psicosis, que conduce a una desmoralización crónica, y finalmente a la depresión. Por tanto, plantea que la depresión en la esquizofrenia puede ser en parte una reacción psicológica ante la enfermedad crónica (Birchwood et al, 1993).

Con el objetivo de valorar la relación entre los diferentes mecanismos psicológicos de afrontamiento de la psicosis, y la depresión, Drayton, Birchwood y Trower realizaron un estudio sobre 56 pacientes con esquizofrenia. Se identificaron dos estilos psicológicos de afrontamiento tras la mejoría clínica de una psicosis, que denominaron ‘integrador’ (en el que el paciente acepta la enfermedad, asume responsabilidad, intenta

entenderla, siente temor a las recaídas pero intenta tomar control sobre la misma) y ‘de encapsulado’ (en el que el paciente aísla en su vida la experiencia psicótica, la valoran como un suceso desagradable que ha interrumpido su vida, y no intentan indagar en la misma). Todos los pacientes que estaban moderada o gravemente deprimidos tenían un estilo de afrontamiento ‘de encapsulado’, por lo que estos autores postulan que este estilo de afrontamiento es un mecanismo de adaptación al trauma de la psicosis, que resulta inefectivo, ya que conduce con frecuencia a la depresión (Drayton et al, 1998).

Es la ‘valoración’ de la enfermedad que realiza el paciente, relacionada con el estilo de afrontamiento, y no la gravedad de la enfermedad en sí misma, la que determina esta vulnerabilidad psicológica. Rooke y Birchwood han argumentado que la psicosis resulta un acontecimiento vital grave e incontrolable, cuya ‘valoración’ psicológica comprende sentimientos de ‘atrapamiento o derrota’ (atrapamiento en una situación dolorosa, y sentimientos de incapacidad para conformar una identidad propia como persona), ‘pérdida’ (ataque directo a la autoestima de la persona, que se ve forzado a aceptar un rol subordinado) y ‘humillación’ (acontecimientos que minan el rango o estatus de la persona).

Así, la psicosis puede condicionar sentimientos de ‘pérdida’, desde el momento que limita las relaciones interpersonales, y los objetivos previos; ‘humillación’, dados los estigmas acerca de la enfermedad mental, transmitidos por la sociedad; y ‘atrapamiento’ frente a sus síntomas (voces, recaídas, ingresos forzosos). Al contrario que las distorsiones cognitivas, centrales en el modelo de Beck, en este modelo el elemento central sería la ‘valoración’ del paciente acerca de la psicosis. En este estudio prospectivo de 2,5 años sobre 49 esquizofrénicos, la variable más relacionada con la depresión de forma significativa fue el sentimiento de ‘atrapamiento’ por la enfermedad, tanto en el seguimiento como en el momento inicial. La pérdida de autonomía y de rol social (particularmente el empleo), se asociaron también a depresión (Rooke y Birchwood, 1998).

Birchwood propone que el enfoque psicoterapéutico fundamental con estos pacientes debe tener como objetivo los pensamientos y sentimientos que impedirían esta vulnerabilidad psicológica, es decir, la aceptación de la enfermedad, actitudes de responsabilidad y sentimientos de control sobre la misma, e integración de la enfermedad en la vida. Este autor realizó un estudio sobre 84 pacientes, de los cuales 49 padecían esquizofrenia y 35 trastorno bipolar. 18 pacientes estaban deprimidos, y fueron comparados con el grupo de los 66 pacientes restantes, no deprimidos. Se evaluaron

diversas variables clínicas cognitivas, como los sentimientos de control sobre la enfermedad, expectativas, sentimientos de estigmatización, etc. La variable que mejor diferenciaba a ambos grupos, de forma estadísticamente significativa, entre otras, fue el sentimiento de control sobre la enfermedad, ausente en los pacientes deprimidos y presente en los no deprimidos (Birchwood et al, 1993).

Recientemente Birchwood et al han publicado un interesante e importante artículo sobre las formas de depresión en la esquizofrenia. El objetivo básico era valorar la existencia o no de las formas de depresión en la esquizofrenia propuestas por Leff en 1990: síntomas depresivos presentes en el episodio agudo, que no reaparecen tras la remisión de los síntomas psicóticos; síntomas depresivos que surgen cuando remite la psicosis aguda, y por último, síntomas depresivos que surgen independientemente de la psicosis aguda, varios meses tras la recuperación (depresión postpsicótica). Para ello se evaluaron 105 pacientes diagnosticados de esquizofrenia u otros trastornos relacionados (trastorno delirante y trastorno psicótico agudo), que fueron ingresados, con un seguimiento en el que se realizaron 5 evaluaciones durante un año, tras el episodio psicótico agudo. Fueron valorados mediante diversas escalas los síntomas positivos, negativos, depresivos, y efectos secundarios de los antipsicóticos. Los resultados confirmaron dos de las tres formas citadas de depresión en la esquizofrenia. Por un lado, se halló que la depresión puede seguir el mismo curso que los síntomas positivos durante el episodio agudo y las recaídas, apareciendo concomitantemente. Por otro lado, también se halló que la depresión puede aparecer *de novo* durante el seguimiento, en los meses posteriores, sin que haya cambios en los síntomas positivos (por ejemplo, depresión postpsicótica). Sin embargo, no se halló que la depresión emergiera inmediatamente siguiendo a la remisión de los síntomas positivos en el episodio agudo. Como datos significativos, en este estudio se halló una incidencia de depresión en el episodio psicótico agudo, en el 70 % de los casos. El 36 % del total de los pacientes desarrollaron depresión postpsicótica, y en relación a este hallazgo los autores señalan la independencia de esta entidad con respecto a otras variables, dado que no hubo correlación con cambios en síntomas positivos, negativos, dosis de tratamiento ni en efectos secundarios. Además, todos los pacientes que desarrollaron depresión postpsicótica, en la valoración previa no estaban deprimidos. Por último, el riesgo de padecer depresión postpsicótica no tuvo relación con la presencia o no de depresión en el episodio psicótico agudo, por lo que estos autores postulan que los procesos que

subyacen a la depresión en el episodio agudo y a la depresión postpsicótica son diferentes, y constituyen entidades distintas (Birchwood, 2000).

Sobre la misma muestra de pacientes, Iqbal, Birchwood y colaboradores realizaron un estudio para evaluar la validez de la hipótesis de la vulnerabilidad psicológica como factor fundamental para el desarrollo de depresión postpsicótica. Para ello los pacientes también fueron evaluados mediante escalas que reflejan estos aspectos cognitivos. Estos autores hallaron que los pacientes que desarrollaron depresión postpsicótica tenían mayores sentimientos de pérdida, humillación y atrapamiento por la psicosis, tenían menor autoestima, mayor autocrítica y con mayor frecuencia atribuían el origen de la psicosis a ellos mismos, en comparación con los que no la desarrollaron. Sin embargo, no se halló vulnerabilidad psicológica en relación a las recaídas psicóticas. Por tanto, los autores concluyen que los mecanismos que subyacen en el desarrollo de la depresión postpsicótica dependen de la valoración que hace el paciente acerca de la psicosis, y la forma en que ésta influye en su persona, y las pérdidas personales y sociales, autocrítica, humillación y sentimientos de atrapamiento ocasionados por la misma. También admiten, por otra parte, que surge la controversia acerca de si ésta vulnerabilidad psicológica es causa o efecto (Iqbal et al, 2000).

Ya previamente Wciorka había realizado un interesante estudio sobre las actitudes psicológicas de afrontamiento ante la esquizofrenia. En su muestra halló tres tipos: la actitud integradora, la aisladora (equivalente a la de ‘encapsulado’), y la indecisa o vaga. Las actitudes integradoras se asociaron con mayor frecuencia a un mejor funcionamiento (Wciorka, 1988).

En resumen, los síntomas depresivos constituyen un fenómeno heterogéneo en la esquizofrenia, son muy frecuentes en esta enfermedad, y pueden aparecer en cualquier momento de la evolución. Además, estos poseen gran importancia al asociarse con frecuencia a conductas suicidas en los pacientes esquizofrénicos.

2. D 2 DEPRESIÓN Y SUICIDIO.

Roy, uno de los autores más significativos en el estudio del suicidio en la esquizofrenia, ha señalado que la sintomatología depresiva, el desempleo y el curso grave de la enfermedad, con mayor número de ingresos, son los factores de riesgo más importantes.

En un estudio comparó un grupo de 90 pacientes psiquiátricos que se suicidaron con un grupo control de otros 90 pacientes psiquiátricos no suicidas. De los 90 pacientes suicidas, 30 estaban diagnosticados de esquizofrenia. El estudio fue retrospectivo, y halló que los pacientes suicidas se diferenciaban de los controles en que estaban mayoritariamente solteros y desempleados y con antecedentes de tentativas previas. Además, tenían más antecedentes de cuadros depresivos, habían recibido tratamiento para éstos y su último ingreso había sido por motivos depresivos (Roy, 1982 b).

En el mismo año, Roy realiza el estudio exclusivamente sobre los 30 pacientes esquizofrénicos que se suicidaron, y los compara con un grupo control de 30 pacientes esquizofrénicos igualados por sexo (24 varones y 6 mujeres). Este estudio también es retrospectivo, obteniendo los datos a partir de las historias clínicas. Entre las variables sociodemográficas, sólo encuentra el desempleo como diferencia significativa en los esquizofrénicos suicidas comparado con los esquizofrénicos no suicidas. En cuanto a las variables clínicas, halla que los pacientes suicidas tienen una enfermedad con mayor número de recaídas, y que los suicidios son más frecuentes en los tres primeros meses tras el alta. Los pacientes suicidas tenían más antecedentes de depresión, estaban deprimidos en la última valoración, y su último ingreso había sido por síntomas depresivos o ideación suicida (Roy, 1982 a).

Posteriormente Roy realiza un estudio en el que compara 18 pacientes esquizofrénicos crónicos ambulatorios en fase de remisión de su sintomatología psicótica, que tenían depresión mayor en base a criterios DSM-III, con 18 pacientes esquizofrénicos crónicos ambulatorios sin síntomas depresivos en la valoración ni en los seis meses previos. En este estudio halla que los pacientes esquizofrénicos con depresión, mayoritariamente viven solos, tienen menor autoestima, más pérdidas parentales tempranas, tienen un curso de la enfermedad más grave con más ingresos, más recaídas depresivas y tratamientos para estos episodios, más acontecimientos vitales en los 6 meses previos a la depresión, y más antecedentes de tentativas previas. Roy también expone en base a su impresión clínica, que los pacientes que tienen síntomas depresivos tienen más síntomas negativos, y postula que ésta depresión se produce como consecuencia de las pérdidas afectivas y sociales que provoca la sintomatología negativa. Por otra parte, señala que la depresión en la esquizofrenia crónica podría tener un carácter reactivo, a la vista del mayor número de acontecimientos vitales en este grupo (Roy, 1983 b).

Por último, Roy realiza un estudio sobre 70 pacientes esquizofrénicos crónicos que requirieron ingreso, y contaban con antecedentes de tentativas de suicidio, y los

compara con un grupo control de 57 esquizofrénicos crónicos sin tentativas previas, que requirieron ingreso en la misma unidad en el mismo periodo de tiempo. Halló resultados similares a los de su estudio sobre esquizofrénicos con suicidio consumado (presentaron más antecedentes de depresión y de tratamiento antidepresivo, y mayor número de ingresos). Sin embargo, no halló diferencias significativas entre ambos grupos en las variables sociodemográficas (Roy et al, 1984).

La importancia de la depresión como factor de riesgo para las conductas suicidas en la esquizofrenia ha sido señalada también por otros autores, cuyos estudios expongo a continuación.

Dassori et al realizaron un estudio sobre una amplia muestra de 801 pacientes esquizofrénicos, que fueron evaluados entre 1983 y 1987. Establecieron dos grupos, uno de ellos de 257 pacientes que tenían indicadores suicidas a la evaluación, y el otro constituido por el resto. Se incluyeron como indicadores suicidas los deseos o planes suicidas, o el haber realizado una tentativa de suicidio. De la comparación entre ambos grupos, obtuvieron que los suicidas tenían una enfermedad más grave, y de los resultados concluyen que los factores de riesgo más importantes para evaluar el riesgo suicida en la esquizofrenia son los antecedentes de tentativas previas, la sintomatología depresiva y las dificultades para un funcionamiento adaptativo (Dassori et al, 1990).

Cheng et al encuentran resultados similares en su estudio retrospectivo sobre 74 pacientes esquizofrénicos que se suicidaron, que compararon con 74 pacientes esquizofrénicos no suicidas. Hallaron diferencias significativas en cuanto a tentativas previas, mayor gravedad de la enfermedad y antecedentes de episodios depresivos (Cheng et al, 1990).

Addington y Addington realizaron un estudio para tratar de establecer la relación entre las tentativas de suicidio y la sintomatología depresiva en los pacientes esquizofrénicos. Para ello estudiaron a 50 pacientes esquizofrénicos que ingresaron consecutivamente en las dos unidades de psiquiatría que participaban en el estudio. Se valoraron los niveles de depresión mediante la escala de depresión de Hamilton, la existencia de depresión mayor mediante el Present State Examination (PSE, Wing, 1974), y los síntomas positivos y negativos mediante la SAPS y SANS de Andreasen. Se analizó la correlación tanto de las tentativas previas como de la ideación suicida actual, con la sintomatología depresiva y psicótica. Este análisis se realizó tanto en el momento del

ingreso como tras la mejoría parcial. Los resultados mostraron una correlación entre las tentativas de suicidio previas y los niveles elevados de depresión y la existencia de depresión mayor, tanto en el momento del ingreso como tras la mejoría parcial. También la ideación suicida mostró correlación con la sintomatología depresiva en ambos momentos. Por otro lado, también se obtuvo una correlación entre la ideación suicida y la sintomatología negativa, si bien los autores señalan que podría deberse a un artefacto, al confundirse fácilmente en la clínica los síntomas negativos y los depresivos. Por último, también existió correlación entre la ideación suicida y algunos síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios). Los autores argumentan esta correlación como consecuencia de la depresión, que está presente también en periodos de sintomatología psicótica aguda de la enfermedad. No se halló correlación entre las tentativas de suicidio previas y los síntomas psicóticos (Addington y Addington, 1992).

Taiminen y Kujari, realizaron un estudio retrospectivo en el que compararon a 28 pacientes esquizofrénicos suicidas con un grupo control de 28 esquizofrénicos no suicidas. Los datos recogidos fueron los de la PANSS y los concernientes al tratamiento. Hallaron que los esquizofrénicos suicidas tenían más antecedentes de tentativas previas, menores dosis de neurolépticos, más síntomas depresivos y negativos, y menos síntomas positivos con respecto a los controles (Taiminen y Kujari, 1994).

En su estudio sobre pacientes psicóticos ingresados, Cohen et al hallaron que la historia de episodio depresivo mayor, resultaba estadísticamente significativa, tanto cuando comparaban los psicóticos alguna tentativa frente a aquellos sin ninguna, como cuando lo hacían entre psicóticos con tentativa actual y aquellos con tentativas previas. En el grupo de alguna tentativa frente a ninguna, también hallaron que los primeros tenían mayor depresión, desesperanza, sintomatología negativa y alucinaciones. También tenían un menor funcionamiento psicosocial previo al ingreso, menor alteración del pensamiento, y un inicio más insidioso de la enfermedad (Cohen et al, 1994)

En un estudio retrospectivo de Mata et al, sobre 170 pacientes esquizofrénicos que requirieron interconsulta psiquiátrica, de los que 40 habían realizado tentativa suicida, los autores hallaron que los pacientes con tentativa tenían de forma significativa mayor frecuencia de hipotimia y más antecedentes de trastornos afectivos y de tentativas previas, con respecto a los controles (Mata et al, 1998).

Gupta et al realizaron un estudio sobre 336 pacientes diagnosticados de esquizofrenia crónica o de trastorno esquizoafectivo, que fueron ingresados de forma consecutiva

durante el periodo 1990-1994 en su unidad. Establecieron dos grupos: los que habían realizado tentativas suicidas en su vida, y los que no. Hallaron que los pacientes que habían realizado tentativas suicidas, de forma significativa, habían tenido mayor número de episodios depresivos, y eran más jóvenes cuando fue el comienzo de su enfermedad y su primera hospitalización, lo que para los autores puede indicar la mayor gravedad de la enfermedad (Gupta et al, 1998).

En un estudio retrospectivo sobre 17 pacientes esquizofrénicos que se suicidaron, Saarinen et al hallaron que el 59 % de ellos estaban deprimidos en el momento del suicidio (Saarinen et al, 1999).

En el estudio retrospectivo finlandés sobre suicidios consumados en una muestra más amplia (92 esquizofrénicos), Heilä et al hallaron que el 64 % de los esquizofrénicos estaban deprimidos cuando se suicidaron (Heilä et al, 1997).

Radomsky et al, en un estudio sobre 1048 pacientes con trastornos psicóticos, ingresados consecutivamente en su unidad, hallaron que las conductas suicidas eran más frecuentes en los pacientes cuando coexistía un síndrome depresivo con el trastorno psicótico. Otro hallazgo fue que los pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo eran los que realizaban tentativas de suicidio de mayor gravedad (Radomsky et al, 1999).

De Hert et al realizaron un estudio retrospectivo sobre 63 pacientes que se suicidaron, diagnosticados de esquizofrenia, comparados con 63 pacientes como grupo control. Los pacientes de ambos grupos eran menores de 30 años cuando fueron seleccionados durante su ingreso, ya que el estudio se centró en esquizofrénicos jóvenes. Hallaron diferencias significativas en cuanto a depresión, historia de tentativas previas graves, historia familiar de suicidio, más recaídas y hospitalizaciones, actitud negativa hacia el tratamiento, sintomatología psicótica, conductas impulsivas, sexo masculino y mayor coeficiente intelectual premórbido (De Hert et al, 2001).

Bottlender et al hallaron en su estudio sobre pacientes con primeros episodios psicóticos, ideación suicida en un 40 % de los que estaban deprimidos, frente al 19 % de los no deprimidos (Bottlender et al, 2000).

Harkavy-Friedman et al realizaron un estudio sobre 52 pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, que habían realizado tentativas de suicidio, comparados con un grupo control de 104 pacientes que no había realizado tentativas previas. Hallaron que el motivo de la tentativa más frecuente al que aludían los pacientes era el estar deprimidos en el momento de la misma, aunque reconocen, que no pueden saber

cuántos realmente estaban entonces deprimidos, dado que el estudio de los pacientes no coincidía con el de la tentativa, al tratarse de tentativas previas. Los autores señalan la importancia de recoger el motivo de la tentativa aludido por el propio paciente (Harkavy-Friedman et al, 1999).

Restifo halló que los esquizofrénicos con tentativas suicidas se diferenciaban de los que no tenían tentativas en la presencia de síntomas cognitivos de la depresión (como sentimientos de culpa, infravaloración personal, ideas de suicidio y dificultades de concentración), al contrario que la historia de depresión mayor, por la que no se diferenciaban (Restifo, 1997).

Häfner et al estudiaron una muestra de 115 esquizofrénicos que fue evaluada de forma retrospectiva hasta el primer ingreso, y prospectiva durante 5 años desde entonces. En función de la existencia de ideación o tentativas suicidas durante este periodo, fueron clasificados en dos grupos: suicidas (si presentaron alguna o ambas), y no suicidas. Entre todas las variables clínicas estudiadas (síntomas positivos, negativos, depresivos, consumo de tóxicos, tentativas previas) hallaron que los pacientes ‘suicidas’ presentaban desde el curso inicial de la enfermedad (previamente al ingreso), significativamente más ‘sentimientos de culpa’ y ‘escasa autoconfianza’. También presentaban más antecedentes de tentativas previas, pero sólo en el análisis univariante (Häfner et al, 1999).

Altamura et al, en un estudio retrospectivo en el que compararon 22 pacientes esquizofrénicos o esquizoafectivos con historia de tentativas, frente a un grupo control de 81 sin tentativas, hallaron diferencias significativas entre ambos grupos para la duración de la psicosis inicial sin tratar durante más de un año, la historia de episodios depresivos mayores, el tratamiento con antipsicóticos clásicos (frente a los atípicos) y el abuso o dependencia a la nicotina, mayores para el grupo con tentativas. Además, hallaron que en un 90 % de los casos existían síntomas depresivos en las dos semanas previas a la realización de la tentativa suicida, si bien reconocen las limitaciones del estudio en este sentido, ya que al ser retrospectivo, esta información se obtuvo a partir de las historias clínicas. Las variables sociodemográficas analizadas (edad, sexo y estado civil) no mostraron diferencias significativas (Altamura et al, 2003).

Finalmente exponemos los hallazgos obtenidos por nuestro grupo de trabajo. Cejas realizó un estudio transversal sobre 32 esquizofrénicos que ingresaron en una Unidad de Agudos entre Abril de 1996 y Abril de 1997, comparados con un grupo control de 33

esquizofrénicos que ingresaron durante el mismo periodo por otros motivos. Se estudiaron variables sociodemográficas, y variables psicopatológicas como síntomas positivos y negativos mediante la PANSS, depresivos mediante la escala de Calgary, desesperanza mediante la escala de desesperanza de Beck, insight mediante los tres primeros ítems de la escala SUMD de Amador, intencionalidad suicida mediante la escala de intencionalidad suicida de Beck, y otras como la cumplimentación, tentativas previas y tiempo de evolución. No se hallaron diferencias significativas para ninguna de las variables sociodemográficas. Los pacientes esquizofrénicos con tentativa presentaron de forma significativa, una mayor puntuación en las escalas de depresión de Calgary y de Desesperanza de Beck, menor puntuación en la subescala positiva del PANSS, y mayor cumplimentación que los controles. En el análisis multivariante, hallamos que los esquizofrénicos con tentativa tenían mayor depresión, menos síntomas psicóticos y menor sintomatología negativa. La no aparición de la desesperanza en el análisis multivariante se argumenta que podría deberse al diseño del estudio, incluyendo la selección de la muestra, entre otros factores (Cejas, 1998; Gracia et al, 1999).

En otro estudio posterior también en fase aguda, hallamos que los esquizofrénicos con tentativa suicida presentaban significativamente mayor depresión, desesperanza y cumplimentación, y menor sintomatología psicótica. Sin embargo, en el análisis multivariante la única variable que permaneció significativa fue la depresión. No hallamos diferencias para ninguna variable sociodemográfica, al igual que en nuestro estudio previo. En cuanto a las correlaciones para el grupo de casos, hallamos que la depresión se correlacionaba de forma positiva con la desesperanza y la intencionalidad suicida. La desesperanza correlacionó de forma positiva con la depresión, intencionalidad suicida y con mayor conciencia de enfermedad. Por último, hallamos correlación positiva entre la conciencia de enfermedad y tiempo de evolución (Cejas et al, 2002; Aguilar et al, 2003).

2. D 3 DESESPERANZA Y SUICIDIO.

Diversos autores han resaltado la importancia de la desesperanza como factor de riesgo del suicidio. Estos autores en general otorgan importancia a la depresión, pero sobre todo al síntoma de la desesperanza. Incluso hay autores, como Drake y Cotton, que

postulan que si no existe desesperanza, desaparece la relación entre la depresión y el suicidio (Drake y Cotton, 1986 a).

Beck ha sido uno de los autores más importantes en el estudio de la desesperanza y la relación entre ésta y el suicidio, en pacientes con diferentes enfermedades psiquiátricas.

Este autor encuadra la desesperanza como un eslabón perdido entre la depresión y el suicidio, de forma que la desesperanza conlleva una disminución del deseo de vivir, y por tanto, a un aumento de la ideación suicida (Beck et al, 1975).

Además, postula que la desesperanza tiene un componente de *rasgo* presente en los pacientes con un modelo cognitivo depresivo. Esta desesperanza no se mantiene siempre en los mismos niveles, y los pacientes con este modelo cognitivo depresivo tienden a desesperanzarse ante situaciones vitales de estrés, como recaídas de su enfermedad o estresores ambientales (Beck et al, 1985).

Beck et al realizaron un estudio con una muestra de 291 pacientes, que incluía 193 pacientes depresivos y 98 esquizofrénicos crónicos. Hallaron una correlación entre desesperanza y suicidio para ambos grupos, aunque con puntuaciones de desesperanza algo menores en los pacientes esquizofrénicos con respecto a las obtenidas en los pacientes depresivos (Beck et al, 1975)

Beck et al realizaron también un estudio prospectivo en el que incluyeron a 207 pacientes que habían sido ingresados por ideación suicida, de diversos diagnósticos. Durante el seguimiento de 5-10 años, 14 pacientes se suicidaron. Hallaron que para estos 14 pacientes, los únicos predictores fiables de suicidio fueron la escala de desesperanza de Beck, y el ítem de pesimismo de la escala de depresión de Beck. Estableciendo un punto de corte de 10 o más en la puntuación de la escala de desesperanza, se identificaba al 91 % de los pacientes suicidas (Beck et al, 1985).

Unos años más tarde, Beck et al obtienen resultados similares en un estudio realizado sobre una amplia muestra, que incluyó a 1958 pacientes ambulatorios, con diversos diagnósticos. En este estudio, estableciendo el punto de corte de 9 o más en la escala de desesperanza, se identificaba al 94 % de los pacientes que se suicidaron. Señalan que se trata de una escala de alta sensibilidad (94 % en su estudio), pero no alta especificidad (41 % en su estudio), y con un alto porcentaje de falsos positivos (59 % en su estudio). De todas formas, Beck cuestiona la validez del término 'falso positivo' para el suicidio, ya que en este caso lo que valora la escala es la *potencialidad* del suicidio consumado, y no la conducta en sí misma; máxime si tenemos en cuenta que la evaluación del estudio cubre un periodo limitado, y no toda la vida del paciente (Beck et al, 1990).

También en relación a la desesperanza, y en un estudio prospectivo de pacientes con depresión mayor (316 pacientes, 5 años de seguimiento), Young et al han expuesto unas interesantes hipótesis y hallazgos. Estos autores postulan que la desesperanza que observamos en cualquier momento se compone de dos partes. Una sería la desesperanza basal; otra, el incremento de la desesperanza en relación a la 'sensibilidad' de la desesperanza a la depresión, y a la gravedad de la depresión. La 'sensibilidad' de la desesperanza es la 'tasa de incremento' de la desesperanza ante la depresión, característica de cada persona. La desesperanza basal y la 'sensibilidad' de la desesperanza representan 'rasgos' estables, pero constituyen elementos diferentes entre sí. Por tanto, la desesperanza en un momento determinado estaría condicionada por dos rasgos estables, y por la gravedad de la depresión.

En su estudio hallaron que los pacientes que realizaron posteriormente tentativas suicidas presentaban de forma significativa mayor desesperanza basal, con respecto a los que no realizaron tentativas, mientras que no se diferenciaron en la desesperanza cuando existía depresión, ni en la 'sensibilidad' de ésta a la depresión. Por todo ello, este autor remarca la importancia de la desesperanza basal, y opina que la cuestión más adecuada sería '¿qué desesperanza tiene el paciente cuando no está deprimido, y cuánto más aumenta cuando se deprime?', más que preguntarnos '¿qué desesperanza tiene este paciente deprimido?' (Young et al, 1996).

Otros autores también han estudiado la relación entre desesperanza y suicidio, hallando resultados en el mismo sentido.

Minkoff et al, en un estudio en el que incluyeron a 45 pacientes depresivos y 23 pacientes esquizofrénicos, hallaron una correlación entre desesperanza y suicidio en ambos grupos (Minkoff et al, 1973).

Wetzel et al realizaron un estudio sobre 73 pacientes ingresados, a los que evaluaron mediante la escala de desesperanza de Beck, la escala de ideación suicida de Beck, y la subescala de depresión del MMPI. Estos autores hallaron que las tentativas de suicidio estaban más relacionadas con la desesperanza que con la depresión. Si no existía desesperanza, no se encontraba correlación entre depresión y tentativa de suicidio (Wetzel et al, 1980).

Nekanda-Trepka et al obtuvieron también una correlación entre desesperanza y suicidio en su estudio sobre 86 pacientes depresivos (Nekanda-Trepka et al, 1983).

Otro autor muy importante en el estudio de la relación entre desesperanza y suicidio es Drake. Este autor centró sus estudios al respecto, en la población de pacientes esquizofrénicos.

Los resultados que obtiene en sus diferentes estudios le hacen coincidir con Beck en que la desesperanza constituye un eslabón fundamental en la asociación entre depresión y suicidio, de forma que si ésta no existe, no hay asociación entre ambas. Otro de los temas que resalta Drake es la evaluación de los síntomas de la depresión en la esquizofrenia. Señala que para ello es necesario centrarse más en los síntomas cognitivos de la depresión en estos pacientes, como la culpa, desesperanza, infravaloración o la ideación suicida, dado que los síntomas somáticos de la depresión pueden estar presentes en pacientes esquizofrénicos no deprimidos (Drake y Cotton, 1986 a).

En un estudio retrospectivo, en el que obtuvieron los datos a partir de las historias clínicas, Drake et al estudiaron un grupo de 15 pacientes esquizofrénicos que se habían suicidado durante su ingreso en un hospital psiquiátrico entre los años 1976 y 1980. El grupo control estaba formado por 89 pacientes esquizofrénicos, obtenido a partir de más de 160 pacientes esquizofrénicos que habían ingresado durante el mismo período. Comparando ambos grupos, no se hallaron diferencias significativas en las variables sociodemográficas, excepto el nivel educativo, que era mayor para los suicidas. En el análisis multivariante hallaron que los indicadores suicidas en estos pacientes eran la desesperanza, las amenazas suicidas y el temor a la desintegración mental. Las tentativas previas no resultaron significativas en el análisis univariante ni en el multivariante. Además, señalan que de las 10 variables que resultaron significativas inicialmente, estas 3 que persistieron significativas tras el análisis multivariante fueron las más orientadas al futuro, lo que coincide con las hipótesis de Beck sobre la fuerte asociación entre las expectativas negativas de futuro y suicidio (Drake et al, 1984).

Drake considera que existe mayor riesgo de suicidio en las fases no psicóticas de la enfermedad, en las que predomina la sintomatología depresiva, y elabora un perfil típico del paciente esquizofrénico suicida, siendo éste el paciente joven, con buen nivel educativo, con una enfermedad crónica con recaídas, dolorosa conciencia de enfermedad, temor a la 'desintegración mental', ideación suicida o amenazas suicidas, e importante desesperanza (Drake et al, 1984).

En un estudio posterior, también retrospectivo y sobre la misma muestra (15 pacientes esquizofrénicos que se suicidaron, y 89 controles), Drake y Cotton analizan la asociación entre depresión, desesperanza y suicidio. En base a los resultados concluyen, como ya se ha comentado, que la desesperanza es un eslabón fundamental entre la depresión y el suicidio en estos pacientes, y que sin ésta, no existe asociación entre depresión y suicidio (Drake y Cotton, 1986 a).

Finalmente, estos dos autores realizan un estudio en el que incluye a 15 pacientes esquizofrénicos que consumaron suicidio, comparados con 19 pacientes esquizofrénicos que realizaron tentativas de suicidio. En ambos grupos hallaron sintomatología depresiva, si bien los que consumaron el suicidio tenían mayores niveles de depresión y de desesperanza, y una peor situación social (Drake y Cotton, 1986 b).

Otros autores, cuyos estudios se citan a continuación, también han realizado estudios sobre la relación entre la desesperanza y el suicidio centrados en población esquizofrénica.

Cohen et al realizaron un estudio prospectivo sobre una muestra de 122 pacientes esquizofrénicos tratados a nivel ambulatorio. De éstos se suicidaron 8 pacientes durante el periodo de seguimiento. Estos autores hallaron que los pacientes que se suicidaron tenían ya desde la evaluación inicial, incluso varios años antes de suicidarse, mayor desesperanza y distrés, y mayor insatisfacción con sus vidas. Mientras que este distrés e insatisfacción con la vida, autoevaluado y subjetivo, resultó significativo, las evaluaciones objetivas del evaluador sobre las mismas áreas y otras no lo fueron (Cohen et al, 1990).

Aguilar et al estudiaron la desesperanza en un grupo de pacientes psicóticos de inicio, mediante la escala de desesperanza de Beck. Como resultados, obtuvieron que los pacientes esquizofrénicos presentaban mayor desesperanza que otros pacientes psicóticos. También hallaron mayores niveles de desesperanza en los pacientes que tenían antecedentes de tentativas previas en comparación con los que no tenían antecedentes de ello (Aguilar et al, 1995). Posteriormente realizó otro estudio sobre la misma muestra, en el que halló que la desesperanza se correlacionaba con los síntomas negativos y con peor evolución a corto plazo de la esquizofrenia, mientras que la sintomatología depresiva se correlacionaba con un mejor pronóstico (Aguilar et al, 1997).

Fenton et al, en un estudio retrospectivo sobre 322 pacientes con trastornos del espectro esquizofrénico, de los cuales 187 tenían esquizofrenia, hallaron una correlación entre la sintomatología positiva (delirios, hostilidad) y posteriores suicidios, mientras que los pacientes con ‘síndrome deficitario’ tenían menos suicidios posteriores. Fenton señala que los pacientes con mayor riesgo suicida son los que padecen esquizofrenia de tipo paranoide, que tienen un buen ajuste premórbido, edad de inicio más tardía, mayor coeficiente intelectual y capacidad de pensamiento abstracto, y curso intermitente con recaídas, mientras que los pacientes con esquizofrenia residual, con ‘síndrome deficitario’, son los de menor riesgo (Fenton et al, 1997). Así lo expone Fenton en su artículo de 1997, que cito con mayor detalle más adelante, en el apartado de sintomatología psicótica. En su artículo del año 2000, vuelve a exponer estos resultados, proporcionándoles un modelo explicativo más completo. En éste, relaciona la sintomatología positiva y negativa con la conciencia de enfermedad y desesperanza, tema al que ya aludía en su anterior artículo. Fenton expone que el paciente con esquizofrenia paranoide, con las características anteriormente descritas, tiene un mayor riesgo suicida al experimentar una ‘dolorosa conciencia de enfermedad’, expectativas negativas sobre el futuro, disminución de la autoestima y desesperanza. Por contra, el paciente con un ‘síndrome deficitario’, es decir, con grave sintomatología negativa, padece un deterioro cognitivo y menor capacidad para el pensamiento abstracto, que dificultan que posea conciencia de enfermedad. Además, presenta una apatía, embotamiento afectivo, desinterés y anhedonia que le protege de poder padecer depresión u otras experiencias dolorosas relacionadas, que conduzcan al suicidio (Fenton, 2000).

Kim et al realizaron un estudio sobre 333 esquizofrénicos crónicos que fueron consecutivamente ingresados, que fueron divididos en grupos según su suicidabilidad: ‘suicidas’ (ideación, planes, amenazas, tentativas), y ‘no suicidas’. También distinguieron entre suicidabilidad ‘actual’ y ‘previa’. Analizaron variables sociodemográficas, clínicas, psicopatológicas y cognitivas. La desesperanza, dependencia a tóxicos, y mejor insight resultaron mayores significativamente en los pacientes con suicidabilidad, actual o previa. Un mejor rendimiento en las pruebas neurocognitivas se asoció a una historia previa de suicidabilidad, pero no actual. La función neurocognitiva no mostró correlaciones con el insight ni con la desesperanza. Tras la regresión logística, las únicas variables predictivas para la suicidabilidad actual fueron la desesperanza (identificaba al 71 % de los suicidas) y la dependencia a tóxicos

(identificaba al 16 %), mientras que para la historia de suicidabilidad previa fue sólo la desesperanza. Por tanto, ni el insight ni la función neurocognitiva resultaron ser predictores de la suicidabilidad actual ni previa. Además, no hubo correlaciones entre insight y desesperanza. Como limitaciones de este estudio, los autores admiten que no estudiaron suicidios consumados, sino pacientes con ‘suicidabilidad’, que se trataba de esquizofrénicos con una duración de la enfermedad en torno a los 14 años, y que el insight y la desesperanza fueron evaluados mediante un único ítem de las escalas SADS (Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia) y HRDS (Hamilton Depression Rating Scale) respectivamente. Los autores señalan que según su estudio la desesperanza es el mejor predictor suicida en los esquizofrénicos crónicos (Kim et al, 2003).

2. E INSIGHT.

Uno de los síntomas característicos y prevalentes de la esquizofrenia es el ‘pobre insight’.

Los pacientes generalmente no son conscientes de la enfermedad en sí misma ni de las consecuencias que ésta tiene en sus vidas.

Bleuler ya hacía referencia a esta escasa conciencia de enfermedad, característica en la esquizofrenia. Desde entonces y hasta la actualidad, se han utilizado multitud de términos para denominarlo: ‘pobre insight’, ‘actitud sobre la enfermedad’, ‘negación defensiva’, ‘evasión’, ‘atribución externa’, ‘reacción de indiferencia’ (Wciorka, 1988; Greenfeld et al, 1989; Amador et al, 1991; David et al, 1992). Todos estos términos reflejan las diferentes aproximaciones conceptuales que se han realizado acerca del insight, desde los que lo han considerado como un mecanismo de defensa, hasta los que lo consideran secundario a un déficit cognitivo.

Un problema fundamental en cuanto al estudio del insight, es que durante muchos años no ha habido acuerdo entre los diferentes autores ni en el concepto ni en la forma de medirlo, por lo que resulta muy difícil la replicabilidad de los resultados anteriormente obtenidos.

En la actualidad se acepta que el insight es multidimensional, que está constituido por diferentes fenómenos (Wciorka, 1988; Greenfeld et al, 1989; David et al, 1992; Amador et al, 1991; Amador et al, 1993), y se han diferenciado dos subtipos: insight actual y retrospectivo (Amador et al, 1991; Amador et al, 1993).

Varios autores, como Carpenter y Wilson, han utilizado definiciones muy sencillas del insight para los estudios que han llevado a cabo. Estos autores lo definieron como ‘tener alguna conciencia de enfermedad mental’, y a la ausencia de insight como ‘la negación vigorosa por parte del paciente de estar enfermo’. Ambos autores obtuvieron en sus estudios una alta prevalencia del pobre insight en los pacientes esquizofrénicos crónicos. De hecho, en ambos estudios el pobre insight fue lo más frecuente (Carpenter et al, 1976; Wilson et al, 1986).

A este respecto, Amador ha indicado que aunque el pobre insight es característico de los trastornos psicóticos, es más frecuente en la esquizofrenia que en otros trastornos psicóticos (Amador et al, 1994). Similares datos han obtenido Cuesta et al en un reciente estudio sobre 75 pacientes que fueron consecutivamente ingresados, que presentaban al menos un síntoma psicótico. Hallaron pobre insight en pacientes esquizofrénicos en comparación con el mejor insight mostrado por los pacientes con trastornos afectivos. Sin embargo, apenas existieron diferencias en este aspecto entre los pacientes esquizofrénicos y esquizoafectivos (Cuesta et al, 2000).

Como veremos posteriormente con mayor detalle al exponer las escalas utilizadas, Amador aborda el insight como un concepto multidimensional, y considera que la conciencia global de enfermedad incluye aspectos como la conciencia de padecer un trastorno mental, conciencia de la necesidad de un tratamiento, y conciencia de las consecuencias sociales del trastorno. Además, considera la existencia de conciencia de enfermedad en cuanto a síntomas concretos (Amador et al, 1993).

Amador ha agrupado las técnicas de medida del insight en cinco bloques, de los cuales los dos primeros ofrecen dificultades para su valoración dada su subjetividad (Amador et al, 1991). En los últimos años se han desarrollado diferentes escalas para medir la conciencia de enfermedad en la esquizofrenia y trastornos psicóticos en general (McEvoy et al, 1989; David et al, 1992; Amador et al, 1993), necesarias para superar esta subjetividad, y así poder contrastar y replicar los resultados de los estudios actuales y futuros.

La relación entre el pobre insight y la gravedad de la sintomatología productiva es un tema controvertido. De existir esta relación y como así se ha considerado tradicionalmente, al mejorar la sintomatología productiva debería producirse una mejoría en el insight. Sin embargo, diferentes autores no han podido confirmarlo en sus respectivos estudios (McEvoy et al, 1989; Amador et al, 1993; Kemp y Lambert, 1995).

En cuanto a la relación entre insight y conductas suicidas, si bien no hay muchos estudios al respecto, diversos autores han postulado que los pacientes con mayor conciencia de enfermedad tienen mayor riesgo suicida, dado que esta conciencia de enfermedad les aumenta la desesperanza (Drake et al, 1984; Cotton et al, 1985; Bartels y Drake, 1988; Cohen et al, 1990).

En su estudio sobre conciencia de enfermedad y conductas suicidas en una muestra de 218 pacientes esquizofrénicos, Amador et al no hallaron asociación significativa entre la conciencia global de enfermedad y las conductas suicidas, pero sí entre la conciencia de padecer determinados síntomas de la enfermedad (delirios, asociabilidad, anhedonia, embotamiento afectivo) y estas conductas. Para este autor esto sugiere que la conciencia de padecer determinados síntomas, como los anteriormente citados, es más dañina para la autoestima del paciente y su esperanza acerca del futuro, mientras que la conciencia de padecer otros síntomas puede no ser tan desmoralizadora (Amador et al, 1996).

Schwartz y Petersen realizaron un estudio sobre 223 pacientes ambulatorios con esquizofrenia, para valorar la relación entre el insight y la ideación y conducta suicida. Se analizó estadísticamente cada uno de los tres primeros ítems de la escala de Amador (que miden la conciencia global de enfermedad) con la suicidabilidad. Hallaron que la conciencia de la necesidad de tratamiento estaba asociada con mayor suicidabilidad, de forma significativa. Sin embargo, no existía tal asociación para la conciencia de padecer un trastorno mental ni para la conciencia de las consecuencias sociales del trastorno (Schwartz y Petersen, 1999). Un año más tarde, y sobre una muestra mayor (267 pacientes esquizofrénicos ambulatorios), repitió su estudio, hallando una correlación estadísticamente significativa entre suicidabilidad y conciencia de la necesidad de tratamiento, conciencia de las consecuencias sociales del trastorno, y conciencia global de enfermedad. Sin embargo, no halló correlación entre la conciencia de padecer un trastorno mental y suicidabilidad (Schwartz, 2000).

En un reciente estudio prospectivo, sobre una muestra de 74 pacientes esquizofrénicos estables o con mínima psicopatología que fueron seguidos durante un año, Yen et al no encontraron asociación entre el insight y las conductas suicidas posteriores. No hubo asociación ni para la puntuación global de la escala (SAI: Schedule of Assessment of Insight; y SAI-E: Expanded version), ni para ninguna de las tres dimensiones del insight que evalúa, por separado (Yen et al, 2002).

2. F SINTOMATOLOGÍA PSICÓTICA.

Aunque históricamente se había considerado la sintomatología psicótica, fundamentalmente alucinaciones y delirios, como desencadenantes de las conductas suicidas en la esquizofrenia, en la actualidad existe escasa evidencia de que la sintomatología productiva por sí misma, desencadene conductas suicidas en estos pacientes. Así lo han indicado diferentes autores en base a los estudios realizados (Shaffer et al, 1974; Breier y Astrachan, 1984; Drake et al, 1984; Taiminen y Kujari, 1994).

Siris, en su artículo de revisión, señala que la sintomatología psicótica puede predisponer a las conductas suicidas de cuatro maneras. En primer lugar, al producir en los casos más graves un pensamiento irracional. En segundo lugar, y también en los casos más graves, induciendo alteraciones de conducta que finalicen en la muerte, aún cuando no fuese la intención del paciente. En tercer lugar estarían los actos suicidas desencadenadas por motivos psicóticos (como el paciente que se suicida como obediencia a las alucinaciones auditivas comandatorias hacia el suicidio, o el que se suicida como forma de escape ante sus perseguidores imaginarios). Por último, por el distrés y ánimo triste que puede desencadenar la sintomatología psicótica. Este autor lamenta que en la gran mayoría de los estudios de investigación no se ha tenido en cuenta esta diferenciación (Siris, 2001).

Zisook et al realizaron un estudio retrospectivo sobre 106 pacientes esquizofrénicos, que fueron estudiados de modo protocolizado durante los años 1987-1992, para evaluar

la influencia que ejercían las alucinaciones auditivas comandatorias en la conducta. Del total de los pacientes, un 43 % padecía este tipo de alucinaciones. Éstos no tuvieron conductas más violentas, ni tenían necesariamente una enfermedad más grave que los pacientes sin estas alucinaciones comandatorias. Además tampoco hallaron diferencias significativas en cuanto a la conducta suicida entre ambos grupos de pacientes (Zisook et al, 1995).

Fenton et al llevaron a cabo un estudio retrospectivo sobre una muestra de 322 pacientes, de los cuales 187 estaban diagnosticados de esquizofrenia, 87 de trastorno esquizoafectivo, 15 de trastorno esquizofreniforme, y 33 de trastorno esquizotípico de la personalidad. Se estudió la relación entre la conducta suicida y los síntomas positivos y negativos, que fueron medidos por la PANSS (Kay, 1987). También se estudió la relación entre estas conductas suicidas y los subtipos clásicos de esquizofrenia. Los pacientes con suicidio consumado (6,4 %), tenían de forma significativa menor puntuación global en la subescala negativa de la PANSS. Por otro lado, tenían puntuaciones de mayor gravedad en los síntomas de suspicacia y delirios de la subescala positiva, con respecto a los no suicidas. En cuanto a los subtipos de esquizofrenia, hallaron que los pacientes con mayor riesgo suicida eran los paranoides, mientras que los de menor riesgo fueron los residuales. Sobre la misma muestra, cuando se comparó a los pacientes con tentativas suicidas con los que no realizaron tentativa, se volvió a obtener una menor puntuación en la subescala negativa de la PANSS de manera significativa en los pacientes con tentativa de suicidio. Sin embargo, y a diferencia de los pacientes con suicidio consumado, se halló una menor puntuación en la subescala positiva de la PANSS con respecto a los controles.

En base a los resultados obtenidos sobre los pacientes con suicidio consumado, postulan que los síntomas propios de la esquizofrenia residual, como la indiferencia con respecto al futuro y el afecto embotado, disminuyen la conciencia dolorosa de enfermedad y por tanto el suicidio. Sin embargo, los pacientes en los que predomina la sintomatología positiva y los de subtipo paranoide, tienen en general un mejor ajuste premórbido, comienzo más tardío de la enfermedad, menor deterioro afectivo y cognitivo, siendo todo ello favorecedor de un estado disfórico y de desesperanza que aumenta el riesgo suicida (Fenton et al, 1997).

Kaplan et al realizaron un estudio prospectivo sobre 167 pacientes, de los cuales 70 eran esquizofrénicos y 97 depresivos sin síntomas psicóticos. Se consideró suicida a todo paciente que consumara suicidio, que realizara tentativa o que presentara ideación suicida. En base a sus resultados, los autores indicaron que la conducta suicida era un fenómeno influenciado por múltiples factores. De éstos, los que hallaron como más importantes fueron el pobre funcionamiento social tras el ingreso (con mayor importancia para el paciente esquizofrénico), la capacidad intelectual (con mayor importancia para el paciente depresivo) y sintomatología positiva y negativa. En cuanto a este último grupo, obtuvieron que determinados síntomas positivos, como las alucinaciones y los delirios eran factores de riesgo para el paciente esquizofrénico, mientras que determinados síntomas negativo-defectuales, como el retardo psicomotor y el pensamiento concreto, lo eran para el paciente depresivo (Kaplan et al, 1996).

Posteriormente, en un estudio prospectivo con un seguimiento de 7 años y medio, sobre 106 pacientes, con diagnóstico de esquizofrenia (71 pacientes) y trastorno esquizoafectivo (35 pacientes) que fueron hospitalizados en su unidad, Kaplan y Harrow hallaron que las variables que mejor predecían las conductas suicidas para el grupo de pacientes esquizofrénicos era la persistencia de sintomatología psicótica tras el alta, asociado a un pobre funcionamiento general. Estos autores postulan que si esta sintomatología psicótica y pobre funcionamiento general persisten de manera crónica, unido a conciencia de enfermedad, podría generar sentimientos de desesperanza en el paciente, aumentando el riesgo suicida (Kaplan y Harrow, 1999).

Planansky y Johnston, en su estudio sobre 205 pacientes esquizofrénicos que estuvieron ingresados durante al menos 18 meses en una unidad psiquiátrica, hallaron que los actos suicidas de los pacientes estaban asociados a la gravedad de su sintomatología y a distrés severo. En base a ello, plantean que la sintomatología psicótica aumenta la angustia y el distrés, lo que aumenta a su vez el riesgo suicida (Planansky y Johnston, 1971).

Shuwall y Siris realizaron un estudio sobre 68 pacientes esquizofrénicos y esquizoafectivos que padecían depresión postpsicótica. En base a los resultados que obtuvieron, estos autores indican que en los pacientes esquizofrénicos con sintomatología depresiva de base, la existencia de síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios) y/o ansiedad se asocia a un aumento de la ideación suicida, independientemente de los niveles de depresión. Sin embargo, también señalan que al tratarse de una muestra de pacientes esquizofrénicos con depresión, las conclusiones

obtenidas en este estudio puede que no sean extrapolables a los pacientes esquizofrénicos no deprimidos (Shuwall y Siris, 1994).

En el ya mencionado estudio de Addington y Addington sobre 50 pacientes esquizofrénicos que realizaron tentativa de suicidio, se halló una correlación entre ideación suicida y dos síntomas psicóticos, alucinaciones y delirios. Estos autores explican esta correlación argumentando que se debe a la sintomatología depresiva, que no sólo está presente en los periodos de remisión, sino también en los de reagudización de los síntomas psicóticos. Sin embargo, no hallaron correlación entre tentativas de suicidio previas y estos síntomas psicóticos (Addington y Addington, 1992).

Wilkinson, en su estudio retrospectivo sobre 39 pacientes esquizofrénicos que tuvieron un periodo de seguimiento de 10 a 15 años, halló que de los 3 pacientes que se suicidaron, dos de ellos tuvieron una recaída con alucinaciones y delirios poco antes de suicidarse (Wilkinson, 1982).

Nieto et al estudiaron a 43 pacientes esquizofrénicos que ingresaron en el hospital por razones médicas o quirúrgicas debido a tentativas de suicidio. Hallaron que el 80 % de los pacientes que realizaron una tentativa de suicidio seria, tenían sintomatología productiva en el momento de la misma. Este autor ha planteado que podrían existir dos grupos diferentes de pacientes esquizofrénicos suicidas: un grupo en el que predomina la sintomatología productiva y otro con predominio de la sintomatología depresiva (Nieto et al, 1992).

Heilä et al, en un estudio retrospectivo llevado a cabo en Finlandia (como parte del Proyecto Nacional de Prevención del Suicidio, basado en 'autopsias psicológicas') sobre 92 pacientes esquizofrénicos que se suicidaron, hallaron que el 78 % de los suicidios sucedió durante una fase activa de la enfermedad, el 64 % estaban deprimidos, y el 71 % tenían historia de tentativas previas. Estos autores, por tanto, han remarcado la importancia de la sintomatología productiva en relación al suicidio (Heilä et al, 1997), aspecto también resaltado por Nieto en su estudio ya mencionado, con resultados similares (Nieto et al, 1992). Posteriormente, sobre la misma muestra realizaron un estudio sobre el tratamiento de estos pacientes, hallando que sólo el 54 % estaba tratado con dosis correctas de antipsicóticos (Heilä et al, 1999 b).

En un estudio retrospectivo sobre 80 pacientes que se habían suicidado (diagnosticados de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno esquizotípico), comparados con un grupo control, Funahashi et al no hallaron diferencias entre ambos grupos en cuanto

a los síntomas psicóticos en su conjunto, ni en cuanto a las alucinaciones auditivas. Sin embargo, sí existían diferencias estadísticamente significativas en cuanto a ‘alucinaciones auditivas comandatorias hacia el suicidio’, mayor para el grupo suicida. Este autor postula que los síntomas positivos por sí mismos no tienen relación con el suicidio en la esquizofrenia, salvo en el caso de este tipo de alucinaciones auditivas (Funahashi et al, 2000).

Para evaluar la importancia de las alucinaciones auditivas comandatorias hacia el suicidio, Harkavy-Friedman et al estudiaron una muestra de 100 pacientes esquizofrénicos o esquizoafectivos, consecutivamente ingresados. Las evaluaciones acerca de las alucinaciones auditivas, tentativas suicidas y la interrelación entre ambas fueron retrospectivas. Comparando el grupo de pacientes con este tipo de alucinaciones con el grupo que no las padecía, no hallaron diferencias significativas en cuanto a las tentativas suicidas, variables clínicas ni sociodemográficas. Estas alucinaciones tampoco se asociaron a historia de depresión ni de abuso o dependencia a tóxicos. Señalan asimismo la alta frecuencia de estas alucinaciones en los pacientes de la muestra (22 – 31 %). Los autores concluyen que las alucinaciones auditivas comandatorias hacia el suicidio no son un factor predisponente hacia las tentativas suicidas, si bien en aquellos pacientes con mayor riesgo suicida (como por ejemplo los que han hecho tentativas previas) pueden aumentar el riesgo suicida cuando las padecen, por lo que probablemente existen otros factores implicados (Harkavy-Friedman et al, 2003)

Grunebaum et al realizaron un estudio sobre la relación de otro síntoma psicótico, el delirio, y el suicidio. Estudiando una amplia muestra de 429 pacientes con diagnósticos de depresión mayor, esquizofrenia y trastorno bipolar, no hallaron relación entre la presencia o ausencia de delirios en el momento del estudio y la existencia de ideación suicida en ese momento, ni con la letalidad o número de tentativas suicidas previas para ninguno de los tres grupos diagnósticos. Como limitaciones de este estudio, los autores señalan que no estudiaron otros síntomas psicóticos, ni la relación con el suicidio consumado, por lo que no pueden descartar que la presencia de ciertos tipos de delirios puedan ser indicadores de suicidio en un futuro (Grunebaum et al, 2001).

Birchwood y Chadwick han realizado un interesante estudio sobre las alucinaciones auditivas, en el que hallaron que las *creencias* que los pacientes tienen acerca de las

voces determinan el afecto, conductas de afrontamiento, y depresión de éstos, mientras que no hallaron relación entre el contenido, forma o topografía de las alucinaciones y estos aspectos. Aquellos pacientes que creían que sus voces eran poderosas y/o malévolas, estaban global y significativamente más deprimidos que aquéllos que calificaban sus voces de benévolas o benignas. Estos autores encuadran sus hallazgos en el contexto de un modelo cognitivo que defienden, en el que las alucinaciones son el suceso activador, y las *creencias* que el paciente tiene ante éstas determinan el afecto, el tipo de afrontamiento, y la posible depresión posterior. Los sentimientos de atrapamiento y de indefensión ante lo amenazante y poderoso de las voces determina la tendencia a la depresión en estos pacientes. En base a ello defienden la psicoterapia dirigida a modificar estas creencias potencialmente depresógenas (Birchwood y Chadwick, 1997).

2. G SINTOMATOLOGÍA NEGATIVA.

Los síntomas clásicos de la esquizofrenia también incluyen lo que en la actualidad denominamos síntomas negativos. Fueron definidos en 1982 por Andreasen y Olsen. Éstos son, entre otros, la apatía/abulia, anhedonia, alogia, embotamiento afectivo y los déficits atencionales (Black y Andreasen, 1996).

En esta tesis doctoral, al igual que en la mayoría de los estudios actuales, estudio estos síntomas englobados en lo que denominamos sintomatología negativa como marco conceptual, si bien en la actualidad se plantea el abordaje de la sintomatología de la esquizofrenia desde un punto de vista dimensional, más que sindrómico (Liddle et al, 1994).

Como ya he señalado anteriormente, existe una gran dificultad en la diferenciación entre síntomas negativos y depresivos en la esquizofrenia, lo que probablemente ha influido en que existan pocos estudios en torno a la sintomatología negativa y su relación con el suicidio, así como que exista controversia al respecto, dados los resultados diferentes e incluso contradictorios que se han obtenido.

Kitamura y Suga han señalado la posibilidad de que los síntomas negativos y depresivos en la esquizofrenia representen un mismo fenómeno. Admiten también que

puede tratarse de dos fenómenos diferentes, pero en cualquier caso, muy similares y difíciles de distinguir entre sí (Kitamura y Suga, 1991).

Diversos autores coinciden al admitir esta dificultad de diferenciación. Así, Addington al hallar en su estudio correlación entre ideación suicida y sintomatología negativa, lo atribuye a esta dificultad de diferenciación entre síntomas negativos y depresivos, que además se sobreponen con frecuencia (Addington y Addington, 1992).

Sax et al realizaron un estudio sobre 42 pacientes diagnosticados de esquizofrenia o de depresión mayor con síntomas psicóticos. Éstos fueron evaluados mediante el SAPS y el SANS (Andreasen, 1982), y la escala de depresión de Hamilton (Hamilton, 1960). En sus resultados hallaron, para ambos tipos de pacientes, una correlación directa entre la sintomatología negativa y depresiva. En base a ello, este autor indica que ambos síndromes se solapan, y señala que podría tratarse de diferentes manifestaciones con una fisiopatología común, o bien dos procesos independientes, sin estar claro en la actualidad (Sax et al, 1996).

Aunque existe la idea generalizada de que la sintomatología negativa se incrementa conforme mayor es el tiempo de evolución, Peralta y Cuesta han obtenido hallazgos no concluyentes en sus estudios sobre este aspecto, y señalan que podrían existir subgrupos de pacientes en los cuales la sintomatología negativa se establezca con el tiempo, o incluso remita parcialmente (Peralta y Cuesta, 1997).

En su estudio sobre depresión en pacientes esquizofrénicos crónicos, Roy señaló su impresión clínica al observar que los pacientes que padecen episodios depresivos tienen más síntomas negativos. A este respecto, expone que la sintomatología negativa puede provocar una serie de consecuencias sociofamiliares que conducen a un progresivo abandono social y laboral, lo cual puede generar sintomatología depresiva y mayor riesgo suicida (Roy et al, 1983 b).

Fenton et al, en su ya mencionado estudio en el que investigan la relación entre conducta suicida y los síntomas positivos y negativos, hallan que tanto los pacientes con suicidio consumado como los que realizaron tentativa de suicidio, tienen de forma significativa menores puntuaciones en la subescala negativa de la PANSS, con respecto a los controles. En base a sus resultados, postulan que determinados síntomas negativos, como la indiferencia con respecto al futuro y el afecto embotado, disminuyen la conciencia dolorosa de enfermedad y por tanto reducen el riesgo de suicidio (Fenton et al, 1997).

A una similar conclusión ha llegado Funahashi. En un estudio retrospectivo ya mencionado sobre 80 pacientes que se habían suicidado (diagnosticados de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno esquizotípico), comparados con un grupo control, los autores hallaron diferencias estadísticamente significativas en dos síntomas negativos de la PANSS: afecto embotado y retirada emocional, con puntuaciones mayores para el grupo control. Este autor postula que determinados síntomas negativos, como los mencionados, protegen frente al suicidio (Funahashi et al, 2000).

Por otra parte, y como ya se ha mencionado, Amador et al hallaron asociación significativa entre la *conciencia* de padecer determinados síntomas de la enfermedad, (entre los que estaban síntomas negativos: asociabilidad, anhedonia, embotamiento afectivo) y las conductas suicidas. Este autor sugiere que la conciencia de padecer determinados síntomas, como los citados, es más dañina para la autoestima del paciente y su esperanza acerca del futuro, mientras que la conciencia de padecer otros síntomas puede no ser tan desmoralizadora (Amador et al, 1996).

Potkin et al, en el primer estudio realizado sobre disfunción neurocognitiva y suicidabilidad en pacientes esquizofrénicos y esquizoafectivos, no han hallado asociación entre ambas en ninguno de los análisis realizados. La muestra estaba constituida por 188 pacientes, y establecieron grupos según el diagnóstico, según grados de suicidabilidad acorde a las puntuaciones de las escalas utilizadas, y según historia o no de tentativas previas. Estudiaron la asociación de las puntuaciones de las escalas utilizadas, y la suicidabilidad en especial, con la disfunción neurocognitiva. Hallaron correlaciones entre la disfunción neurocognitiva y la sintomatología negativa evaluada mediante la subescala negativa de la PANSS. Como limitaciones del estudio, señalan que evalúan la suicidabilidad según las escalas utilizadas e historia previa, y no el suicidio consumado. Por otra parte, la población estudiada era en conjunto de riesgo suicida, con lo que resultaba demasiado homogénea y pudo haber influido para que no se detectaran diferencias, según los autores (Potkin et al, 2002).

En un reciente estudio sobre 333 esquizofrénicos crónicos que ingresaron consecutivamente, los esquizofrénicos clasificados con una historia previa 'suicida' (ideación, planes, amenazas o tentativas) presentaron una mejor función cognitiva en la batería de test neurocognitivos, con respecto a los 'no suicidas', entre otras variables que resultaron significativas. La función neurocognitiva no mostró correlaciones con el

insight ni con la desesperanza. Sin embargo, tras la regresión logística, la función cognitiva no entraba en el modelo de las variables predictivas de suicidabilidad actual ni previa (Kim et al, 2003).

2. H CURSO DE LA ENFERMEDAD DETERIORANTE Y AGRESIVO.

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

Roy ha sido uno de los autores que más han resaltado la influencia de este aspecto en relación al suicidio en la esquizofrenia. En base a sus estudios este autor indica que entre los factores de riesgo más importantes para las conductas suicidas se encuentran la sintomatología depresiva, el curso grave de la enfermedad con mayor número de ingresos, y el mayor desajuste social con desempleo.

En su estudio retrospectivo sobre 30 pacientes esquizofrénicos que se suicidaron, comparados con un grupo control de 30 esquizofrénicos no suicidas, halló diferencias significativas en el curso de la enfermedad, que era más grave en el caso de los pacientes suicidas, siendo crónico con múltiples recaídas. Los controles tenían también un curso crónico pero muy pocas recaídas. Además encontró diferencias significativas en cuanto al desempleo, mayoritario entre los suicidas (Roy, 1982 a).

En el estudio en el que comparó a 70 pacientes esquizofrénicos que realizaron tentativa suicida con 57 esquizofrénicos sin tentativa, también halló diferencias significativas en cuanto al curso grave de la enfermedad con mayor número de ingresos entre los pacientes con tentativa. Sin embargo no halló diferencias significativas entre ambos grupos en ninguna variable sociodemográfica (Roy et al, 1984).

Por último, en su estudio ya mencionado sobre depresión en esquizofrénicos crónicos, Roy et al hallan que los pacientes esquizofrénicos con depresión, mayoritariamente viven solos, tienen un curso de la enfermedad más grave con más recaídas e ingresos, y más antecedentes de tentativas previas. Al observar que los pacientes que tienen

síntomas depresivos tienen más síntomas negativos, postula que la sintomatología negativa trae como consecuencia pérdidas sociales y laborales, lo que genera mayor sintomatología depresiva y mayor riesgo suicida (Roy et al, 1983 b).

Landmark et al realizaron un estudio retrospectivo sobre 118 pacientes esquizofrénicos, en los que las tendencias suicidas fueron cuantificadas por una escala que iba desde el 1 (ausencia de ideación suicida) hasta el 7 (dos o más tentativas de suicidio serias). Los pacientes que tenían conductas suicidas tenían significativamente más ingresos y pobre funcionamiento laboral, en comparación con los que no las habían presentado. Sin embargo este autor expone una importante observación respecto a los estudios sobre la gravedad de la enfermedad, cronicidad y múltiples ingresos, y su relación con las conductas suicidas. Advierte que todo ello podría ser una variable confundiente, dado que se conocen la ideación y tentativas suicidas de estos pacientes que tienen mayor contacto con las instituciones, simplemente porque se dispone de más datos sobre ellos. Por este motivo, expone que podrían no constituir un predictor válido de riesgo suicida (Landmark et al, 1987).

Nyman y Jonsson han indicado que los pacientes esquizofrénicos que se suicidan tienen una enfermedad resistente al tratamiento, con mayor número de recaídas e ingresos, mayor dependencia social y eficiencia disminuida. Como se expone más adelante, este autor también ha expuesto que podrían existir dos subtipos de pacientes esquizofrénicos suicidas, uno en el que el suicidio se produce en fases iniciales de la enfermedad y otro en fases más tardías (Nyman y Jonsson, 1986).

Dassori et al, sobre una amplia muestra de pacientes esquizofrénicos evaluados entre 1983 y 1987, establecieron dos grupos, uno constituido por los que tenían indicadores suicidas (deseos o planes suicidas, o haber realizado una tentativa de suicidio), y el otro por el resto. Hallaron que los pacientes con tendencias suicidas tenían una enfermedad más grave y deteriorante, con mayor sintomatología y peor ajuste social. Este autor concluye que los factores de riesgo más importantes para evaluar el riesgo suicida en la esquizofrenia son los antecedentes de tentativas previas, la sintomatología depresiva y las dificultades para un funcionamiento adaptativo (Dassori et al, 1990).

Cheng et al obtuvieron resultados similares en su estudio retrospectivo sobre 74 pacientes esquizofrénicos que se suicidaron, comparados con 74 esquizofrénicos no suicidas. Hallaron diferencias significativas en cuanto a mayor gravedad de la

enfermedad, antecedentes de tentativas previas e historia previa de depresión, para los pacientes que se suicidaron (Cheng et al, 1990).

Modestin et al realizaron un estudio retrospectivo sobre 53 pacientes esquizofrénicos ingresados en dos instituciones psiquiátricas suizas, que se suicidaron, que compararon con un grupo control de 53 pacientes esquizofrénicos no suicidas. Estudiaron las variables sociodemográficas y clínicas. El perfil de paciente esquizofrénico suicida hallado fue el de un inicio precoz de la enfermedad, con curso grave, mayor número de ingresos y duración de los mismos, antecedentes de tentativas previas, con frecuencia han tenido un modelo suicida en su entorno, y sin acontecimientos vitales como desencadenantes del suicidio. Como consecuencia del inicio precoz y curso grave de la enfermedad, estos pacientes tenían un mal ajuste social de forma precoz, y claras repercusiones psicosociales negativas, respectivamente. Muchos de ellos eran de clase social baja, tenían dificultades laborales, y estaban tutelados, habiendo pasado más de la mitad de los últimos 5 años en instituciones, o incapacitados para trabajar. Finalmente, si bien admite que puede haber factores de riesgo no evaluados en su estudio, Modestin concluye que los factores de riesgo más importantes para evaluar el riesgo suicida del paciente esquizofrénico son las conductas suicidas, el curso grave y deteriorante de la enfermedad, y los problemas en la esfera social, sobre todo la vocacional (Modestin et al, 1992).

En un reciente estudio retrospectivo sobre 22 pacientes esquizofrénicos o esquizoafectivos con historia de tentativas suicidas frente a un grupo control de 81 sin tentativas previas, Altamura et al hallaron que la variable más significativamente asociada fue la duración de la psicosis sin tratar durante más de un año en su inicio, con un Odds Ratio de 12,5. Otras variables que mostraron diferencias significativas fueron la historia de episodios depresivos mayores, el tratamiento con antipsicóticos clásicos (en comparación con los atípicos), y el abuso o dependencia a la nicotina. En relación a esta última variable, los autores consideran que podría ser realmente una consecuencia de un tipo de esquizofrenia más grave, con peor evolución, que se asocia a mayor riesgo suicida (Altamura et al, 2003).

2. I SUICIDIO COMO FENÓMENO IMPREDECIBLE.

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

Lehmann y Cancro también hacen referencia, en el Tratado de Psiquiatría de Kaplan y Sadock, al carácter impredecible de la conducta suicida, en un cierto número de pacientes esquizofrénicos “...*Algunos esquizofrénicos crónicos tienen impulsos suicidas impredecibles durante breves fases de desesperación...*” (Lehmann y Cancro, 1989).

Shaffer et al realizaron un estudio sobre 361 pacientes esquizofrénicos, durante 5 años, para obtener los factores de riesgo suicida. Este autor señala, en base a los resultados, que la conducta suicida en estos pacientes resulta difícilmente predecible con los medios habituales, dado que las escalas disponibles hasta ese momento, utilizadas para la valoración de factores sociodemográficos, proporcionaban muchos falsos positivos y negativos (Shaffer et al, 1974).

Breier y Astrachan realizaron un estudio retrospectivo sobre 20 pacientes suicidas durante el periodo 1970-1981, que tenían diagnósticos de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno esquizofreniforme, comparados con un grupo de pacientes suicidas no esquizofrénicos que se suicidaron en el mismo período y otro grupo de esquizofrénicos no suicidas. Estos autores sólo hallaron diferencias en cuanto al sexo para el grupo de pacientes esquizofrénicos suicidas en comparación con los otros grupos. Señalan que aunque las tentativas de suicidio previas están establecidas como un importante factor de riesgo de suicidio en estos pacientes, tienen una muy limitada utilidad para predecir y prevenir el suicidio inminente de un paciente en concreto. Además, en base a sus resultados señalan que estos pacientes no suelen comunicar directamente su intención suicida. Por todo ello, concluyen que el estudio de la suicidabilidad en la esquizofrenia debe realizarse en cada paciente concreto (Breier y Astrachan, 1984).

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

Este autor realizó un estudio retrospectivo sobre 32 pacientes esquizofrénicos que se suicidaron en un periodo de 11 años de seguimiento, comparados con un grupo control de 64 esquizofrénicos no suicidas. No halló diferencias significativas entre casos y controles, excepto para el consumo de alcohol en los varones y el estado civil en las mujeres. En base a estos resultados, Allebeck concluye que los esquizofrénicos suicidas no constituyen un subgrupo definido que posea características especiales, dentro de la población de esquizofrénicos (Allebeck, 1987).

Pokorny realizó en 1983 un estudio sobre 4800 pacientes psiquiátricos ingresados. En 1993 realizó un nuevo análisis estadístico de sus resultados, mediante regresión logística de las variables, en lugar del estudio estadístico inicial. Obtuvo los mismos resultados, es decir, que existieron muchos falsos positivos y que muy pocos suicidios fueron identificados. Este autor concluye que no es posible identificar a los pacientes en concreto que se suicidarán, sino que en todo caso lo que resulta posible es el estudio de los factores de riesgo que se asocian de forma significativa con las conductas suicidas en esta población (Pokorny, 1993).

Por último, destacaré las interesantes observaciones de Hawton en su artículo acerca de la valoración del riesgo suicida.

En primer lugar, señala que una de las principales dificultades que entraña la valoración del riesgo suicida es que se trata de un fenómeno relativamente poco frecuente, con lo que resulta alto el número de falsos positivos.

En segundo lugar, señala que los factores de riesgo pueden tener utilidad para identificar grupos de pacientes con alto riesgo, pero éstos resultan de limitada utilidad para identificar el riesgo suicida en un paciente en concreto.

En tercer lugar, considera que existen factores de riesgo 'a largo plazo' y 'a corto plazo' que no tienen porqué ser iguales. Los factores de riesgo que se han establecido se

han obtenido a partir de estudios que valoran el riesgo suicida a largo plazo, mientras que el clínico necesita valorar el riesgo suicida de un paciente concreto, en las próximas horas, días o semanas, por lo que estos factores de riesgo no parecen adecuarse a tales valoraciones.

En cuarto lugar, advierte sobre dos características propias de los factores de riesgo que reducen aún más su utilidad, que son la ‘variabilidad’ de los factores a lo largo de la vida del paciente, y la ‘no universalidad’.

Finalmente Hawton concluye que, dadas las limitaciones de los factores de riesgo para la valoración del riesgo suicida de un paciente en concreto, resulta de suma importancia la valoración de las características particulares de cada paciente, tales como las circunstancias de diversa índole en las que se encuentra en ese momento, o la viabilidad de un método suicida (Hawton, 1987).

Otros autores han obtenido hallazgos que no sostienen esta visión del suicidio esquizofrénico como imprevisible e impulsivo.

Para valorar esta creencia sobre la impulsividad y lo inesperado del suicidio en la esquizofrenia, Heilä et al realizaron un estudio retrospectivo sobre 86 pacientes esquizofrénicos que se habían suicidado, comparados con un grupo control de pacientes que se habían suicidado, con otros diagnósticos. Hallaron que la comunicación de la intención suicida (al pariente más próximo o al terapeuta) era tan frecuente en el grupo de esquizofrénicos como en el grupo control (Heilä et al, 1998).

Otros estudios previos también han obtenido hallazgos en la misma dirección. Así, Drake et al hallaron que dos tercios de los esquizofrénicos que consumaron suicidio, habían referido explícitamente tal intención en al menos un ingreso previo. Además, las amenazas suicidas fueron una de las tres variables que hallaron mayores para los esquizofrénicos que se suicidaron, comparados con esquizofrénicos como grupo control (Drake et al, 1984).

Nyman y Jonsson, en su estudio prospectivo sobre esquizofrénicos, hallaron que en todos los casos de suicidio consumado (10 pacientes), hubo advertencias suicidas, con asociación significativamente superior para este grupo (Nyman y Jonsson, 1986).

Finalmente, como señala Fenton y comparte nuestro grupo de trabajo, aunque el suicidio individual no puede predecirse, las conclusiones de las investigaciones disponibles acerca del suicidio esquizofrénico son aceptablemente consistentes como

para permitirnos la identificación de los pacientes de alto riesgo suicida, los periodos de alto riesgo, y reducir en lo posible este riesgo suicida mediante las estrategias de prevención y terapéuticas adecuadas (Fenton, 2000).

2. J SUBTIPOS DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS SUICIDAS.

Algunos autores han indicado la posibilidad de que los pacientes esquizofrénicos suicidas no constituyan una población homogénea, sino que puedan existir diferentes subtipos dentro de esta población.

Sin embargo, son pocos los autores que han planteado esta posibilidad, y escasos los estudios realizados al respecto, en comparación con la gran cantidad existente acerca del suicidio en la esquizofrenia. Pienso que existen dos factores principales que determinan la escasez de este tipo de estudios. Por un lado, la dificultad en conseguir un tamaño muestral suficiente, debido a la relativa baja frecuencia de suicidios consumados, y por otro, las limitaciones que entrañan los estudios retrospectivos, más asequibles para su realización en este tipo de población específica.

Lehmann, en la segunda edición del Tratado de Psiquiatría de Kaplan y Sadock, delimitan dos motivos principales por los que el paciente esquizofrénico puede suicidarse: motivos depresivos y motivos psicóticos. Con ello viene a delimitar dos subtipos de pacientes esquizofrénicos suicidas: los que tienen sintomatología depresiva predominante, lo que este autor denomina como reacción esquizoafectiva; y los que padecen francos síntomas psicóticos, que son la causa directa de la conducta suicida. Así, este autor expone: “...*El esquizofrénico puede suicidarse por estar profundamente deprimido, por ejemplo durante una reacción esquizoafectiva o, por el contrario, puede suicidarse en respuesta a las órdenes que está recibiendo de las voces alucinatorias...*” (Lehmann y Cancro, 1989).

Nieto et al realizaron un estudio retrospectivo sobre 253 pacientes que fueron hospitalizados por razones médicas o quirúrgicas como consecuencia de una tentativa suicida. De ellos, 43 pacientes estaban diagnosticados de esquizofrenia, y fueron

comparados con el resto en cuanto a variables sociodemográficas y psicopatológicas. Hallaron que el 80 % de los pacientes esquizofrénicos que habían realizado una tentativa de suicidio seria, tenían sintomatología productiva en el momento de la misma. Además, los métodos suicidas violentos estaban asociados de forma significativa a síntomas productivos. Estos autores, en base a los resultados obtenidos, postulan que podrían existir dos subtipos de pacientes esquizofrénicos suicidas:

Un subtipo sería aquél en el que predomina la sintomatología psicótica. Estos pacientes se caracterizarían por tener conductas suicidas más impulsivas y menos planificadas, con métodos más violentos que provocan menos mortalidad, aunque sí graves lesiones.

El otro subtipo sería aquél en el que predomina la sintomatología depresiva. Estos pacientes se caracterizarían por tener conductas suicidas más planificadas, menos violentas pero más letales (Nieto et al, 1992).

Nyman y Jonsson realizaron un estudio sobre 110 pacientes esquizofrénicos jóvenes ingresados consecutivamente entre 1964 y 1967, que fueron seguidos hasta 1981 o hasta su fallecimiento previo. Durante este periodo, un total de 53 pacientes (48,2 %) realizaron una o varias tentativas suicidas, y 10 pacientes (9,1 % del total de pacientes) se suicidaron. Las tentativas suicidas fueron realizadas en su mayoría por pacientes menores de 30 años, mientras que en los pacientes que consumaron el suicidio, la mitad fueron en menores de 30 años y la otra mitad a una mayor edad.

En cuanto a las características de las tentativas y suicidios consumados, muchas de las tentativas fueron graves, teniendo como consecuencia ingresos prolongados e incluso invalidez crónica. Además, todas las tentativas de suicidio valoradas fueron realizadas estando el paciente solo, lo que da muestra de la gravedad de las mismas. Finalmente, la intoxicación medicamentosa fue el método mayoritariamente empleado, tanto en las tentativas suicidas como en los suicidios consumados, sin que hubiera apenas diferencias entre ambos (60 y 66 % respectivamente).

Estos autores han sugerido que pueden existir dos subtipos de pacientes esquizofrénicos suicidas en función de la fase inicial o tardía de la enfermedad, lo que a su vez se asocia a diferente sintomatología y causas de las conductas suicidas.

El “suicida temprano” sería el paciente que tiene conductas suicidas en periodos iniciales de la enfermedad, sin síntomas defectuales, y que realiza la tentativa fundamentalmente como consecuencia de la desesperanza, ansiedad, sentimientos de ser diferente o pérdida de vínculos afectivos.

El “suicida tardío” sería el paciente con una enfermedad crónica y grave, con escasa respuesta al tratamiento, con mal ajuste social, y que realiza la tentativa fundamentalmente como consecuencia de crisis personales, como pérdidas afectivas o materiales (Nyman y Jonsson, 1986).

Esta visión acerca de los sucesos vitales, ha sido respaldada por Heilä et al. Sobre la muestra de suicidios consumados en Finlandia durante un año, que fueron estudiados retrospectivamente mediante ‘autopsia psicológica’, estos autores estudiaron una muestra de 72 pacientes esquizofrénicos que se habían suicidado, de los que se disponía de suficientes datos, comparados con un grupo control de 995 pacientes no esquizofrénicos que también se suicidaron. Su objetivo fue valorar la importancia de los sucesos vitales estresantes en el suicidio de los esquizofrénicos. Clasificaron los sucesos vitales en independientes de la conducta del paciente (fallecimiento o enfermedad de un familiar, enfermedad del propio paciente, etc), y probablemente dependientes de la conducta (problemas laborales, encarcelación, etc). Hallaron que globalmente, los sucesos vitales estresantes eran menos frecuentes en los pacientes esquizofrénicos que en la población no esquizofrénica (46 % frente al 83 %). Sin embargo, cuando analizaron los diferentes tipos de sucesos vitales y de fases de la esquizofrenia, hallaron que los sucesos vitales independientes en los esquizofrénicos en fase residual, eran mayores que en los esquizofrénicos en fase activa, de forma casi significativa (40 % frente al 17 %), igualando la proporción de sucesos vitales independientes en la población no esquizofrénica (40 %). Por ello, estos autores postulan que los sucesos vitales estresantes independientes podrían constituir un factor de riesgo importante para los pacientes esquizofrénicos en fase residual, mientras que en las fases activas, los factores ‘externos’ podrían no tener tanta importancia, sino los factores ‘internos’ relacionados con la propia enfermedad. Por otro lado, los sucesos vitales dependientes podrían tener mayor importancia en las fases activas, a través de su influencia sobre los factores ‘internos’, dado que al tratarse de sucesos dependientes incrementarían o producirían vergüenza y desesperanza en el paciente. Por último, estos autores atribuyen, al menos parcialmente, la menor proporción global de sucesos vitales en la población esquizofrénica que se suicidó, a la escasez de contactos sociales y de actividad laboral propia de los esquizofrénicos (Heilä et al, 1999 a).

Por otro lado, Heilä et al han sugerido que los factores de riesgo para el suicidio en la esquizofrenia podrían ser diferentes según las fases de tratamiento en la que se encuentre el paciente. En su estudio retrospectivo sobre 88 pacientes esquizofrénicos que se habían suicidado, éstos fueron clasificados en ‘residuales’ o ‘activos’, y en cuanto a la fase de la enfermedad, en ‘ingresados’, ‘alta hospitalaria reciente’ y ‘otros’. Hallaron que los factores de riesgo eran diferentes según las fases. Así, los pacientes que se suicidaron en los periodos de hospitalización y alta hospitalaria reciente (períodos de mayor riesgo) en comparación con los demás, se caracterizaban principalmente por una fase activa de la enfermedad, síntomas positivos e ideas de suicidio verbalizadas (recogidas en las historias clínicas). Los pacientes ingresados que se suicidaron tenían la mayor proporción de actitudes negativas o indiferentes hacia el tratamiento. Los pacientes con alta hospitalaria reciente, tenían la mayor prevalencia de alcoholismo comórbido, subtipo paranoide, recientes conductas suicidas, y mayor número de hospitalizaciones por año durante su enfermedad, así como la última hospitalización más corta. Por todo ello, estos autores sugieren que podríamos estar ante diferentes subgrupos de pacientes esquizofrénicos suicidas, con diferentes factores de riesgo en diferentes fases de tratamiento (Heilä et al, 1999 b).

En nuestro grupo de trabajo, Cejas realizó un estudio sobre 32 pacientes esquizofrénicos que realizaron una tentativa de suicidio, comparados con un grupo control de 33 esquizofrénicos que ingresaron en la misma unidad por otros motivos. Los pacientes fueron valorados mediante la escala de depresión de Calgary, escala de desesperanza de Beck, escala de intencionalidad suicida de Beck, el PANSS, y los tres primeros ítems de la escala para medir la conciencia de poseer un desorden mental (SUMD). En función del motivo al que aludían los pacientes como desencadenante de la tentativa suicida, se evidenció la existencia de dos grupos mayoritarios, los que aludían motivos psicóticos y los que aludían motivos depresivos. Entre ambos, representaban 26 de los 32 casos. En la comparación entre ambos grupos de pacientes según los motivos de la tentativa, se halló que el grupo de pacientes con motivos psicóticos presentaba puntuaciones más altas en la subescala positiva de la PANSS, mientras que el grupo de pacientes con motivos depresivos presentaba puntuaciones mayores de desesperanza. De todas formas ambos subgrupos presentaron puntuaciones de desesperanza por encima del punto de corte (establecido en 9 por Beck y en 8 por Aguilar, este último en pacientes psicóticos), y de existencia de depresión. Al igual que

en otros estudios previos, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas para las variables sociodemográficas (Cejas, 1998; Cejas et al, 2000). En base a estos hallazgos, Cejas ha postulado que pueden existir dos subtipos de pacientes esquizofrénicos suicidas, en los que su diferenciación no tiene porqué ser excluyente entre ambos; es decir, pueden compartir características comunes. Así, los pacientes de ambos subtipos se caracterizarían por tener una base de depresión y desesperanza, y mientras que en un subtipo (motivación depresiva) desencadenan la conducta suicida los factores más relacionados con la escasa expectativa ante su futuro y su enfermedad, en el otro subtipo (motivación psicótica) la desencadena el efecto estresor que produce la sintomatología productiva, en un paciente más vulnerable por la sintomatología depresiva y de desesperanza de base (Cejas et al, 2000).

En nuestro reciente estudio transversal en fase aguda, sobre una muestra en curso de la muestra definitiva de esta tesis doctoral (116 esquizofrénicos, de los cuales 56 eran casos), hallamos que el subgrupo con motivación depresiva estaba más deprimido, desesperanzado, con mayor conciencia de enfermedad, con más antecedentes de tentativas, y menor sintomatología psicótica; el subgrupo con motivación psicótica, a la inversa. Tras el análisis multivariante la única variable que permanecía con diferencias significativas entre ambos subgrupos fue la depresión, si bien hay que señalar que ambos subgrupos presentaron según los puntos de corte recomendados, puntuaciones propias de depresión y desesperanza, esta última de carácter moderado (Cejas et al, 2002; Aguilar et al, 2003).

Nuestro grupo de trabajo defiende la idea de que existen dos subtipos de pacientes esquizofrénicos suicidas en función de características psicopatológicas. Pensamos que resultaría indispensable la labor que permitiera diferenciar con mayor definición ambos subtipos de pacientes, dado que ello repercutiría en un abordaje más adecuado a nivel clínico, farmacológico, psicológico y social como prevención de las conductas suicidas para cada subtipo de pacientes. Entendemos, por tanto, que tal abordaje debe ser diferente según el subtipo de paciente esquizofrénico suicida.

En referencia al estudio que presento en esta tesis doctoral, nos planteamos si en una situación de estabilidad clínica se mantienen las diferencias psicopatológicas entre ambos subtipos, que fueron identificadas en los estudios transversales ya descritos, realizados por nuestro grupo de trabajo (Cejas, 1998; Cejas et al, 2000; Cejas et al,

2002; Aguilar et al, 2003). El mantenimiento de algunas características clínicas, y/o la remisión de otras, contribuiría a aclarar qué variables psicopatológicas se comportan como *rasgo*, y cuáles como *estado*. Este aspecto nos parece crucial, ya que las estrategias terapéuticas y de prevención resultarían diferentes según sea el comportamiento de las principales alteraciones psicopatológicas a tratar.

2. K CONCLUSIONES SOBRE EL SUICIDIO EN LA ESQUIZOFRENIA.

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

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

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

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

Algunos autores han señalado la importancia de la sintomatología psicótica como desencadenante de la conducta suicida. Aunque persiste cierta controversia, son escasos los autores que señalan que los síntomas psicóticos por sí solos pueden desencadenar las conductas suicidas. La mayoría de los autores que otorgan importancia a los síntomas psicóticos la señalan desde la perspectiva de que éstos pueden desencadenar o exacerbar otra sintomatología directamente relacionada con el riesgo suicida (depresión, desesperanza), o coexistir con otros síntomas en un perfil clínico determinado.

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

Por otra parte, se ha señalado al curso grave y deteriorante de la enfermedad como un factor de riesgo importante para las conductas suicidas en la esquizofrenia.

La posibilidad de que existan diferentes subtipos de pacientes esquizofrénicos suicidas ha sido planteada por algunos autores en los últimos años, visión que defiende en esta tesis doctoral.

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

Las aportaciones de Hawton al señalar las limitaciones y la complejidad del estudio de los factores de riesgo en el suicidio esquizofrénico, lejos de inducir una postura nihilista, deben propiciar que el clínico sepa valorar si el paciente pertenece a un grupo de alto riesgo suicida según sus características sociodemográficas, clínicas y psicopatológicas, pero también que tenga muy en cuenta las demás características propias de cada paciente en cada momento evolutivo, y su influencia sobre el riesgo suicida. Sin duda, ignorar cualquiera de estas dos facetas supone un grave error.

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

El estudio de los posibles subtipos esquizofrénicos suicidas, a la luz de los primeros hallazgos, resulta prioritario, ya que el abordaje preventivo y terapéutico de estos pacientes sería diferente para cada uno de ellos, con estrategias más definidas, adecuadas y eficaces para la reducción del riesgo suicida.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3. A OBJETIVOS

- 1.- Comprobar si existe un perfil psicopatológico asociado a la suicidabilidad del paciente esquizofrénico en periodos de estabilidad.
- 2.- Comprobar si se mantiene el patrón de asociaciones entre las variables psicopatológicas en los esquizofrénicos suicidas, en periodos de estabilidad.
- 3.- Estudiar la intensidad de las alteraciones psicopatológicas al año de la tentativa suicida, y las correlaciones con las presentes en la fase aguda.
- 4.- Estudiar si existen diferentes subtipos de pacientes esquizofrénicos suicidas identificables en periodos de estabilidad. En tal caso, analizar las diferencias, e identificar los perfiles psicopatológicos de cada subtipo.

3. B HIPÓTESIS

1. Existirá un perfil psicopatológico diferencial propio de los pacientes esquizofrénicos suicidas, aún en periodos de estabilidad.
2. El perfil psicopatológico y el patrón de asociaciones entre las variables del grupo de esquizofrénicos con tentativa, se mantendrá al año de ésta.
La desesperanza seguirá asociada a los síntomas depresivos y al insight un año después de la tentativa suicida.
3. Las alteraciones psicopatológicas disminuirán en intensidad al año de la tentativa, pero se mantendrán correlaciones con las puntuaciones iniciales.

4. Se podrán identificar subtipos de pacientes esquizofrénicos suicidas aún en periodos de estabilidad.

PACIENTES Y MÉTODO

4. PACIENTES Y MÉTODO

4. A OBTENCIÓN DE LA MUESTRA

Los pacientes de este estudio forman parte del Protocolo de Investigación sobre ‘Tentativas de Suicidio en Pacientes Esquizofrénicos’, que realizó el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias desde Abril de 1996 hasta Abril del 2000. Los pacientes que han sido incluidos en este estudio comenzaron a evaluarse en Abril de 1997, incluyendo casos y controles, hasta Abril de 1999. Con la realización de las reevaluaciones clínicas al año de la evaluación inicial, el estudio de los pacientes finalizó en Abril del año 2000.

El primer estudio realizado en nuestro Servicio encuadrado en el citado protocolo de investigación, consistió en un análisis transversal de las variables psicopatológicas asociadas a tentativas de suicidio en una muestra de 65 pacientes esquizofrénicos, evaluada entre Abril de 1996 y Abril de 1997. Este estudio fue la base para la tesis doctoral de la Dra. Cejas, cuyos resultados y conclusiones fueron expuestos en la introducción (Cejas, 1998).

En su estudio transversal, se analizó la muestra dividiéndola en dos grupos: casos y controles. Fueron considerados casos los pacientes diagnosticados de esquizofrenia según criterios CIE-10, que ingresaron en nuestra Unidad de Agudos por haber realizado una tentativa suicida, durante el periodo mencionado para la recogida de la muestra. Fueron considerados controles los pacientes diagnosticado de esquizofrenia según criterios CIE-10, que ingresaron en nuestra Unidad por otro motivo diferente al de una tentativa suicida, durante el mismo periodo de recogida de la muestra inicial.

Los pacientes que han sido incluidos en este estudio son aquellos que han sido diagnosticados de Esquizofrenia según criterios CIE-10, y que fueron atendidos en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital, requiriendo ingreso en la Unidad de Agudos de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias, durante el periodo comprendido entre Abril de 1997 y Abril de 1999.

Los pacientes acudieron al Servicio de Urgencias por iniciativa propia o de familiares, o fueron remitidos por su médico de cabecera o su psiquiatra de zona. Los pacientes

incluidos en este estudio fueron ingresados de forma consecutiva en nuestra Unidad de Agudos y fueron valorados previamente a su ingreso por el psiquiatra de guardia en el Servicio de Urgencias, que valoró la existencia de criterios de hospitalización para cada uno de ellos.

En nuestra provincia existían dos centros de referencia que cubrían las urgencias psiquiátricas las 24 horas, y que contaban con las dos únicas unidades de hospitalización de agudos de la provincia, con asistencia no sectorizada cuando se realizó el estudio. Estos dos centros eran el Hospital Psiquiátrico y el Hospital Universitario de Canarias, éste último donde he realizado este estudio. Los pacientes que podían tener cualquier complicación orgánica como consecuencia de la tentativa suicida eran remitidos de forma inicial, o bien tras valoración por el psiquiatra de guardia del Hospital Psiquiátrico, a nuestro hospital, ya que el hospital psiquiátrico no contaba con servicio de urgencias. Por ello, la gran mayoría de las tentativas de suicidio eran valoradas en nuestro hospital, por lo que consideramos que la muestra es representativa de la población de la isla de Tenerife.

Durante el periodo comprendido entre Abril de 1997 y Abril de 1999, todos los pacientes que cumplían los criterios definidos para pertenecer al grupo de ‘casos’ fueron incluidos. Por otra parte, fueron incluidos los pacientes que pertenecían al grupo de ‘controles’, que ingresaron consecutivamente. El final de la recogida de controles se determinó que fuese cuando se llegase a un número de pacientes para este grupo, similar al que se preveía que pudiera obtenerse durante el período señalado de dos años, usando como referencia el total de ‘casos’ que hubo en nuestra unidad durante el año anterior.

Posteriormente se comprobó que no existían diferencias significativas entre casos y controles en cuanto a edad, sexo y tiempo de evolución.

Esta muestra dividida en dos grupos, se utilizó para el análisis de los posibles subtipos de esquizofrénicos suicidas. Para ello analicé las variables en la muestra reevaluada al año, en el grupo de casos.

Los **casos** son todos los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia según criterios CIE-10, que ingresaron en nuestra unidad de agudos durante el periodo mencionado, por haber realizado una tentativa de suicidio. Los **controles** son los pacientes con

diagnóstico de esquizofrenia según criterios CIE-10, que ingresaron en nuestra unidad de agudos durante el periodo mencionado, por un motivo diferente al de una tentativa suicida.

Sin embargo, para el estudio prospectivo, principal objeto de esta tesis doctoral, se consideró que la presencia de tentativas previas en muchos pacientes del grupo control, invalidaba el mantenimiento de estos dos grupos como tales en la reevaluación anual. Por ello, se dividió para este cometido la muestra inicial en tres grupos. El grupo 1 lo constituyen los pacientes esquizofrénicos con alta suicidabilidad; el grupo 2 los pacientes esquizofrénicos con suicidabilidad media, y el grupo 3 los pacientes esquizofrénicos con baja suicidabilidad. Más adelante se describen los criterios seguidos para la inclusión de los pacientes en los diferentes grupos, así como el tamaño muestral que resultó para cada uno de los éstos, tras dividir la muestra inicial en los tres grupos descritos.

El diseño de este trabajo fue el de un estudio prospectivo. He realizado, inicialmente, un análisis descriptivo de las variables psicopatológicas asociadas a los 3 grupos descritos. Posteriormente, analizo las diferencias en las variables psicopatológicas existentes entre los 3 grupos, y entre los grupos extremos. Por otra parte, he analizado las asociaciones entre las variables psicopatológicas en la muestra total y en cada uno de los grupos y subgrupos. Para las variables psicopatológicas, he realizado un análisis de las correlaciones entre sus valores iniciales y en la reevaluación anual.

Por último, he realizado además un estudio de los posibles subtipos de esquizofrénicos suicidas en periodo de estabilidad, analizando la muestra reevaluada al año, de los pacientes que realizaron tentativa suicida inicialmente (casos).

En el **grupo 1**, o de **alta suicidabilidad**, se incluyó a todo paciente diagnosticado de esquizofrenia según criterios CIE-10, que fuera ingresado en nuestra Unidad de Agudos por haber realizado una tentativa suicida, durante el periodo mencionado para la recogida de la muestra inicial, y que contase con antecedentes de una o más tentativas de suicidio previas.

En el **grupo 2**, o de **suicidabilidad media** se incluyó a todo paciente diagnosticado de esquizofrenia según criterios CIE-10, que fuera ingresado en nuestra Unidad de Agudos por haber realizado una tentativa suicida, sin tener antecedentes de tentativas previas, y

a aquellos ingresados por otro motivo diferente al de la tentativa suicida, pero que tenían antecedentes de una o más tentativas suicidas.

En el **grupo 3**, o de **baja suicidabilidad** se incluyó a todo paciente diagnosticado de esquizofrenia según criterios CIE-10, que ingresó en nuestra Unidad por otro motivo diferente al de una tentativa suicida, durante el mismo periodo de recogida de la muestra inicial, sin antecedentes personales de tentativas.

Cada uno de los pacientes fue informado acerca de las características del estudio, obteniendo su consentimiento verbal de inclusión en éste.

Realicé la evaluación clínica y psicopatológica mediante escalas, a las cuarenta y ocho horas del ingreso, dado que pretendíamos eliminar en lo posible la influencia que un acontecimiento estresante (tentativa de suicidio e ingreso en los pacientes ingresados por una tentativa suicida; ingreso en los pacientes ingresados por otro motivo). Todas las valoraciones fueron realizadas por el mismo evaluador (el autor de esta tesis doctoral: médico residente de psiquiatría con experiencia previa en el manejo de todas las escalas incluidas en el protocolo). El evaluador era ciego a la condición de pertenencia al grupo de los pacientes, hasta el final de la valoración clínica. En esta última parte de la evaluación, tras la administración de las diferentes escalas utilizadas, se indagaba acerca de la existencia de tentativa suicida actual y antecedentes de tentativas previas. En caso de tratarse de paciente con tentativa suicida actual, se realizaban preguntas básicas concernientes a la tentativa (tipo o método de tentativa, y motivo de la misma), y se administraba la escala de intencionalidad suicida de Beck.

Para la reevaluación al año, se contactó con los pacientes incluidos en el estudio, vía telefónica, para concertar una cita para la evaluación clínica en las Consultas Externas de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias. En esta reevaluación anual, se administraron las mismas escalas utilizadas en la evaluación inicial, a excepción de la escala de intencionalidad suicida de Beck. El orden de la administración de las escalas en el contexto de la evaluación clínica fue el mismo, siendo al final las concernientes a la ausencia o no de tentativas de suicidio durante el año que transcurrió entre ambas evaluaciones. Al tratarse de una valoración clínica realizada por el mismo evaluador, éste no era ciego a la condición de pertenencia a un grupo, por lo que constituyó un posible sesgo. A este respecto, señalo sin embargo, que en la evaluación al año no se indagó sobre la existencia o no de tentativa suicida como motivo del ingreso inicial, por

lo que el evaluador no tenía constancia sobre la clasificación del paciente, a menos que recordara específicamente el caso.

Con el fin de reevaluar al paciente en condiciones de estabilidad, se fijó la idoneidad de que ésta fuera al año de la evaluación inicial. Para conseguir en mayor grado la estabilidad pretendida en los pacientes, aquellos que tuvieron recaída con reingreso, o bien tentativa suicida, durante los seis meses previos o el mes posterior a la reevaluación, fueron eliminados de la muestra evaluada al año. También fueron eliminados aquellos pacientes que durante el año que transcurrió desde la primera a la segunda evaluación, hubieran cometido tentativas suicidas, que supusieran un cambio en el grupo al que inicialmente pertenecían, dado que invalidaban el propósito de la reevaluación anual.

El objeto principal de la reevaluación anual era el alejamiento temporal de la fase aguda en la que fue evaluado el paciente inicialmente. Por otra parte, consideramos que esta evaluación en situación de alejamiento temporal no debía estar ‘contaminada’ por una situación clínica de nueva descompensación. Por ello, definimos unos criterios básicos de eliminación, ya descritos, que abarcaban a aquellos pacientes en situación clínica de recaída.

4. B DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

En primer lugar se describirán las características de la muestra dividida en dos grupos (casos y controles), que utilicé para el análisis en el grupo de casos, de los posibles subtipos de esquizofrénicos suicidas. Posteriormente, describiré las de la muestra al ser dividida en tres grupos (alta, media y baja suicidabilidad) utilizada para el análisis prospectivo. Para cada una de las divisiones (dos y tres grupos), se describirán también las características de la muestra que pudo ser reevaluada al año.

4. B 1 MUESTRA DIVIDIDA EN DOS GRUPOS.

Para el estudio de los posibles subtipos de pacientes esquizofrénicos suicidas, se utilizó la distribución de la muestra dividida en dos grupos: casos y controles, centrándose tal análisis en el grupo de casos.

Se consideró **caso** a todo paciente diagnosticado de esquizofrenia según criterios CIE-10, que fuera ingresado en la Unidad de Agudos durante el periodo de tiempo señalado, por haber realizado una tentativa de suicidio.

Se consideró **control** a todo paciente diagnosticado de esquizofrenia según criterios CIE-10, que fuera ingresado en la Unidad de Agudos durante el periodo de tiempo señalado, por un motivo diferente a la tentativa de suicidio.

La **muestra inicial** está constituida por 130 pacientes. El grupo de **casos** estaba constituido por **62 pacientes**, y el grupo de **controles** por **68 pacientes**.

En el grupo de casos, se establecieron 5 posibilidades como motivación principal para la realización de la tentativa suicida, según era referido por el paciente. Éstas fueron las siguientes: 1) Síntomas psicóticos. 2) Síntomas depresivos. 3) Efectos secundarios. 4) Problemas sociofamiliares. 5) Otros.

Tras el análisis descriptivo inicial (tabla I) se desprende que existen dos grupos mayoritarios de pacientes esquizofrénicos suicidas en función de sus motivos para la realización de la tentativa. Estos fueron los que alegaron motivos psicóticos, y los que alegaron motivos depresivos.

En el grupo de casos, 26 pacientes aludieron motivos psicóticos, 25 motivos depresivos, 3 efectos secundarios, 3 problemas sociofamiliares, y 5 ‘otros’.

Tabla I. Motivos de los pacientes esquizofrénicos para la realización de la tentativa suicida. Muestra inicial.

<i>MOTIVOS</i>	<i>1 Psicóticos</i>	<i>2 Depresivos</i>	<i>3 Efectos secundarios</i>	<i>4 Problemas sociofamil.</i>	<i>5 Otros</i>
<i>Nº Pacientes (Casos = 62)</i>	26	25	3	3	5

Motivo aludido para la tentativa suicida: 1) Síntomas psicóticos. 2) Síntomas depresivos. 3) Efectos secundarios. 4) Problemas sociofamiliares. 5) Otros.

En cuanto a la **muestra reevaluada al año**, del total de los **62 casos**, permanecían vivos 58 al año de la primera evaluación.

Por una parte, 10 pacientes no pudieron ser reevaluados: 4 de ellos por fallecimiento (2 por suicidio durante el año tras la evaluación inicial, 1 por suicidio consumado como consecuencia del acto inicial, y 1 por causa no psiquiátrica), 3 por negativa a acudir a la reevaluación, y 3 por imposibilidad de contacto.

Por otra parte, 5 pacientes fueron eliminados, todos ellos por recaída con ingreso en los seis meses previos a la reevaluación.

Por tanto, se pudo incluir en la muestra reevaluada definitiva a **47 pacientes**, lo que constituye el 75,8 % del grupo inicial, y el 81 % de los pacientes que permanecían vivos.

Esta muestra reevaluada al año es la analizada para el estudio de los posibles subtipos de esquizofrénicos suicidas en periodo de estabilidad.

En esta muestra, de los 47 pacientes, 21 aludieron motivos psicóticos para la realización de la tentativa suicida en la evaluación inicial, 18 motivos depresivos, 3 efectos secundarios, 3 problemas sociofamiliares, y 2 ‘otros’.

En la tabla II se refleja la configuración de la muestra reevaluada al año; algunos pacientes no pudieron ser reevaluados por diferentes circunstancias, mientras que otros fueron eliminados según los criterios establecidos.

Tabla II. Motivos de los pacientes esquizofrénicos para la realización de la tentativa suicida. Muestra reevaluada al año.

<i>MOTIVOS</i>	<i>1 Psicóticos</i>	<i>2 Depresivos</i>	<i>3 Efectos secundarios</i>	<i>4 Problemas sociofamil.</i>	<i>5 Otros</i>
<i>Nº Pacientes (Casos = 47)</i>	21	18	3	3	2

Motivo aludido para la tentativa suicida: 1) Síntomas psicóticos. 2) Síntomas depresivos. 3) Efectos secundarios. 4) Problemas sociofamiliares. 5) Otros.

Como se aprecia la tabla II, la mayoría de los pacientes (39 del total de 47) se encuadran en los dos grupos mayoritarios señalados.

Posteriormente evalué si estos dos subgrupos identificados en función de los motivos para la realización de la tentativa, siguen existiendo como tales al analizar su relación con variables independientes como las puntuaciones de las escalas de Depresión de Calgary, Desesperanza de Beck, subescalas positiva y negativa de la PANSS, y de Insight de Amador (puntuación global de los tres primeros ítems).

Para ello utilicé una nueva variable dependiente a la que denominé **motivación**, para la cual diferencié dos grupos: pacientes esquizofrénicos con motivos psicóticos para la realización de la tentativa suicida (Motivo 1), y pacientes con motivos depresivos (Motivo 2). El resto de las motivaciones fueron descartadas, ya que como he señalado, de los 47 pacientes que realizaron tentativa suicida, 39 se agrupan en alguno de estos dos grupos.

Se evaluaron las diferencias en cuanto a las variables psicopatológicas entre los dos subgrupos mayoritarios de pacientes con tentativa suicida, mediante el análisis univariante de todas las variables psicopatológicas incluidas en nuestro protocolo (subescala positiva y negativa de la PANSS, escala de Depresión de Calgary, escala de Desesperanza de Beck, y escala de Insight de Amador). Finalmente se realizó un análisis multivariante de las variables que resultaron significativas. El nivel de significación estadística se estableció en 0,05.

Las variables sociodemográficas y las clínicas generales no fueron analizadas, ya que en los estudios previos realizados por nuestro grupo de trabajo (Cejas, 1998; Gracia et al, 1999; Cejas et al, 2000; Aguilar et al, 2003; Cejas et al, 2002), no hallamos diferencias estadísticamente significativas entre ambos subtipos en el análisis transversal.

En este estudio se analizaron las variables psicopatológicas, recogidas mediante diferentes escalas, en la reevaluación anual, con el objetivo de valorar si persiste la existencia de subtipos de esquizofrénicos suicidas en periodo de estabilidad; esto es, un perfil psicopatológico diferencial, que permita su identificación y diferenciación.

4. B 2 MUESTRA DIVIDIDA EN TRES GRUPOS.

Distinguiremos entre la muestra inicial, y la muestra reevaluada al año.

La **muestra inicial** está constituida por un total de 130 pacientes. De éstos, 36 pacientes cumplieron los criterios para ser incluidos en el grupo 1 o de alta suicidabilidad; 57 pacientes los cumplieron para el grupo 2 o de suicidabilidad media, y 37 para el grupo 3 o de baja suicidabilidad. Los criterios de inclusión para cada grupo se describen más adelante.

Las características sociodemográficas y clínicas generales de la muestra inicial (130 pacientes) han quedado reflejadas en la tabla I de la sección de 'Resultados'. Son similares a las reflejadas más adelante, al describir las características de la muestra reevaluada al año (104 pacientes), principal objeto de esta tesis doctoral.

La **muestra reevaluada al año** la constituyen los pacientes que pudieron ser evaluados en una nueva entrevista, al año de la inicial, y que no fueron eliminados de la muestra. Hubo cuatro motivos para que algunos pacientes no pudieran ser reevaluados: negativa del paciente a ser valorado en esta segunda etapa del estudio, imposibilidad de contacto con el paciente, suicidio, y fallecimiento por causa no psiquiátrica.

Por otro lado, hubo tres criterios de eliminación de la muestra reevaluada. Dos de ellos buscaban excluir aquellos pacientes en situación de descompensación clínica; estos fueron la existencia de recaída con reingreso, o la realización de tentativa suicida, en los 6 meses previos, o mes posterior a la reevaluación.

El otro criterio de eliminación se derivó de la necesidad de mantener invariables en su conformación los grupos evaluados inicialmente, en la reevaluación anual. Por ello, se eliminó a aquellos pacientes que realizaron tentativa suicida en el año transcurrido tras la evaluación inicial, que supusiera cambio en la pertenencia a un grupo, con respecto al grupo inicial.

Del total de la **muestra inicial (130 pacientes)**, permanecían vivos al año de la primera evaluación 126 pacientes. Se pudo reevaluar a 115 pacientes, si bien tras ser eliminados 11 pacientes conforme a los criterios descritos, la **muestra reevaluada definitiva quedó constituida por 104 pacientes**, lo que supone el 80 % de la muestra inicial, y el 82,5 % de los pacientes que permanecían vivos.

Por tanto, hubo un total de 26 pacientes que no fueron incluidos en la muestra reevaluada. Del total, en 15 pacientes el motivo fue la imposibilidad de realizar tal

reevaluación por diferentes circunstancias, y en 11 pacientes, por ser eliminados de la muestra al cumplir alguno de los criterios de eliminación descritos.

En cuanto a las causas por las cuales **15 pacientes que no pudieron ser reevaluados**, en 4 pacientes fue por fallecimiento (suicidio o fallecimiento por causa no psiquiátrica), en 7 pacientes por negativa a ser reevaluado, y en 4 por imposibilidad de contacto.

De los 4 fallecidos, 2 fueron suicidios durante el año posterior a la evaluación inicial, 1 fue suicidio consumado, con fallecimiento unos días tras la evaluación inicial, y 1 fue fallecimiento por causa no psiquiátrica, durante el año tras la evaluación inicial.

En cuanto a los criterios de eliminación de la muestra reevaluada, de los **11 pacientes que fueron eliminados**, en 7 de ellos fue por recaída con reingreso en los seis meses previos a la reevaluación, y en 4, por la realización de tentativa que suponía un cambio en el grupo al que pertenecía. No hubo casos de pacientes eliminados por recaída con ingreso, o tentativa suicida, en el mes posterior a la reevaluación. Tampoco hubo casos de pacientes eliminados por realizar tentativa suicida en los seis últimos meses, que no supusiera cambio en el grupo al que pertenecía, pero sí una situación de descompensación clínica.

Del **grupo 1 (36 pacientes)**, permanecían vivos 33 al año de la primera evaluación.

Por una parte, 7 pacientes no pudieron ser reevaluados; 2 de ellos por negativa a acudir a tal reevaluación clínica, 2 por imposibilidad de contacto, y 3 por fallecimiento. De éstos, 2 pacientes se suicidaron durante el año siguiente a la evaluación inicial, y 1 de ellos falleció a los pocos días de la evaluación inicial, como consecuencia de su acto (suicidio consumado).

Por otra parte, 2 pacientes fueron eliminados, al haber tenido una recaída con reingreso en los seis meses previos a la reevaluación.

Por tanto, de este grupo, formaron parte de la muestra reevaluada definitiva **27 pacientes**, lo que constituye el 75 % del grupo inicial, y el 81,8 % de los pacientes que permanecían vivos.

Del **grupo 2 (57 pacientes)**, permanecían vivos 56 al año de la primera evaluación.

Por una parte, 5 pacientes no pudieron ser reevaluados; 3 de ellos por negativa a acudir a la reevaluación, 1 por imposibilidad de contacto, y 1 por fallecimiento por causa no psiquiátrica.

Por otra parte, 5 pacientes fueron eliminados; 3 de ellos por haber tenido una recaída con reingreso en los seis meses previos a la reevaluación, y 2 por realizar una tentativa suicida que suponía un cambio en el grupo al que pertenecían inicialmente, durante el año transcurrido tras la evaluación inicial.

Por tanto, de este grupo, formaron parte de la muestra reevaluada definitiva **47 pacientes**, lo que constituye el 82,5 % del grupo inicial, y el 83,9 % de los pacientes que permanecían vivos.

Del **grupo 3 (37 pacientes)**, todos permanecían vivos al año de la primera evaluación.

Por una parte, 3 pacientes no pudieron ser reevaluados; 2 de ellos por negativa a acudir a la reevaluación, y 1 por imposibilidad de contacto.

Por otra parte, 4 pacientes fueron eliminados; 2 de ellos por recaída con reingreso en los seis meses previos a la reevaluación, y 2 por realizar una tentativa suicida que suponía un cambio en el grupo al que pertenecía inicialmente, durante el año transcurrido tras la evaluación inicial.

Por tanto, de este grupo, formaron parte de la muestra reevaluada definitiva **30 pacientes**, lo que constituye el 81,1 % del grupo inicial.

4. B 3 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA REEVALUADA AL AÑO.

a) Sexo: De los 104 pacientes que configuran la muestra, 81 son hombres y 23 mujeres. En el grupo 1 (27 pacientes), 21 son hombres y 6 mujeres. En el grupo 2 (47 pacientes), 34 son hombres y 13 mujeres. En el grupo 3 (30 pacientes), 26 son hombres y 4 mujeres.

b) Edad: Oscila entre los 18 y los 62 años. La edad media es de $30,9 \pm 8,2$ años. En el grupo 1 la edad media es de $32,7 \pm 9$ años; en el grupo 2 es de $30,6 \pm 8,6$ años, y en el grupo 3 de $29,7 \pm 6,7$ años.

c) Estado civil: De los 104 pacientes de la muestra, sólo 13 estaban casados. La gran mayoría (91 pacientes) se incluyen en el grupo de 'soltero, viudo, divorciado o

separado'. De los 13 pacientes casados, dos pertenecen al grupo 1, cinco al grupo 2, y seis al grupo 3.

d) Situación laboral: De los 104 pacientes, sólo 17 estaban activos. La mayoría (87 pacientes) se encontraban inactivos laboralmente. De los 17 pacientes activos, tres pertenecen al grupo 1, nueve al grupo 2, y cinco al grupo 3.

e) Nivel educativo: La mayor parte de los pacientes tenían un nivel educativo bajo. De los 104 pacientes, sólo 33 tenían estudios secundarios o superiores. La mayor parte está constituida por pacientes con estudios primarios (70 pacientes), y sólo uno era analfabeto.

f) Antecedentes familiares de suicidio: De los 104 pacientes, sólo 32 tenían antecedentes familiares de suicidio, en familiares de primer o segundo rango. Se incluyeron como antecedentes familiares los casos de tentativas de suicidio y suicidio consumado. En el grupo 1 o de alta suicidabilidad (27 pacientes), 9 tenían antecedentes familiares. En el grupo 2 o de suicidabilidad media (47 pacientes), 18 tenían antecedentes familiares. Por último, en el grupo 3 o de baja suicidabilidad (30 pacientes), 5 tenían antecedentes familiares.

4. B 4 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS GENERALES DE LA MUESTRA REEVALUADA AL AÑO.

a) Tiempo de evolución: En la muestra, el tiempo medio de evolución es de $9,1 \pm 7,1$ años, oscilando entre un mínimo de 1,1 años y un máximo de 41 años. En el grupo 1, el tiempo medio de evolución es de $10,6 \pm 7,2$ años. En el grupo 2 es de $9,4 \pm 8$ años, y en el grupo 3 es de $7,2 \pm 4,9$ años.

b) Tentativas de suicidio previas: De los 104 pacientes, 54 pacientes tenían antecedentes de tentativas previas, una o varias. En el grupo 1 (27 pacientes), todos los pacientes tenían tentativas previas. En el grupo 2 (47 pacientes), 27 tenían tentativas previas. En el grupo 3 (30 pacientes), ninguno tenía tentativas previas.

c) Cumplimentación del tratamiento: La gran mayoría (98 de los 104 pacientes) cumplimentaban el tratamiento, en la reevaluación al año.

d) Tratamiento: De los 104 pacientes, 88 tenían tratamiento neuroléptico y 16 tenían tratamiento mixto (neuroléptico y antidepresivo o eutimizante). Unos pocos pacientes, por lo corto de su evolución clínica, no tenían tratamiento farmacológico antes del ingreso. Éstos fueron incluidos en el grupo de tratamiento correspondiente al fármaco pautado durante el ingreso.

e) Consumo de tóxicos: 46 pacientes cumplían criterios de Consumo perjudicial o Dependencia a tóxicos, actual o pasada. De éstos, 10 pertenecían al grupo de alta suicidabilidad, 22 al grupo de suicidabilidad media y 14 al grupo de baja suicidabilidad.

4. C CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4. C 1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Deben cumplirse todos los criterios siguientes.

- Para la muestra dividida en dos grupos:

a) Grupo de ‘Casos’.

- 1) Estar diagnosticado de Esquizofrenia según criterios CIE-10.
- 2) Haber realizado una tentativa de suicidio.
- 3) Haber requerido ingreso en nuestra unidad de agudos durante el periodo señalado.

b) Grupo de ‘Controles’.

- 1) Estar diagnosticado de Esquizofrenia según criterios CIE-10.
- 2) Haber requerido ingreso en nuestra unidad de agudos durante el periodo señalado.
- 3) El ingreso ha sido por motivos diferentes al de una tentativa de suicidio.

- Para la muestra dividida en tres grupos:

a) Grupo 1: Alta suicidabilidad.

- 1) Estar diagnosticado de Esquizofrenia según criterios CIE-10.
- 2) Haber realizado una tentativa de suicidio.
- 3) Tener antecedentes de tentativa/s de suicidio.
- 4) Haber requerido ingreso en nuestra unidad de agudos durante el periodo señalado.

b) Grupo 2: Suicidabilidad media.

- 1) Estar diagnosticado de Esquizofrenia según criterios CIE-10.
- 2) Haber realizado una tentativa de suicidio, sin contar con antecedentes de tentativa/s, o bien, no haber realizado tentativa actual, contando con antecedentes de una o varias tentativas (ninguna de ellas en el último año).
- 3) Haber requerido ingreso en nuestra unidad de agudos durante el periodo señalado.

c) Grupo 3: Baja suicidabilidad.

- 1) Estar diagnosticado de Esquizofrenia según criterios CIE-10.
- 2) No haber realizado tentativa de suicidio, actual ni en el pasado.
- 3) Haber requerido ingreso en nuestra unidad de agudos durante el periodo señalado.
- 4) El ingreso ha sido por motivos diferentes al de una tentativa de suicidio.

4. C 2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Debe darse cualquiera de los siguientes criterios.

- Para la evaluación inicial:

- 1) Negativa a ser incluido en el estudio.
- 2) Retraso Mental con CI constatado menor a 70.
- 3) En los pacientes con tentativa suicida, tener complicaciones físicas a consecuencia de la tentativa, que impidan su evaluación clínica y psicopatológica, durante más de 48 horas posteriores a la misma.
- 4) Pacientes esquizofrénicos sin tentativa actual, con antecedentes de una o varias tentativas suicidas, siendo ésta o la última durante el año previo a la evaluación

inicial.

- Para la reevaluación al año:

- 1) Haber realizado una tentativa de suicidio, en el año transcurrido tras la evaluación inicial, que supusiera un cambio en el grupo al que pertenecía el paciente.
- 2) Recaída con ingreso o tentativa suicida en los seis meses previos a la reevaluación al año, o en el mes posterior a ésta.
- 3) Negativa a ser incluido en la segunda fase del estudio.
- 4) Fallecimiento (suicidio u otras causas).
- 5) Imposibilidad de contacto.

Entendemos como **tentativa de suicidio**, todo acto autolesivo realizado por el sujeto, por el que el paciente expresa directamente el propósito de buscar la muerte, o bien cuando es valorado así por el psiquiatra aunque el paciente no lo exprese directamente. Hemos descartado aquellos actos que aún habiendo generado autolesiones, no tenían como propósito la muerte.

4. D VARIABLES UTILIZADAS

Las variables que han sido valoradas en este estudio son expuestas a continuación.

4. D 1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

Edad: Variable cuantitativa.

Trabajo: Variable cualitativa clasificada como sigue:

- 1) Activo
- 2) Inactivo

Educación: Variable cualitativa clasificada como sigue:

- 1) Analfabeto
- 2) Primaria
- 3) Secundaria o superior

Estado civil: Variable cualitativa clasificada como sigue:

- 1) Soltero, viudo, separado o divorciado.
- 2) Casado

Antecedentes familiares de suicidio: Variable cualitativa clasificada como sigue:

- 0) No antecedentes
- 1) Antecedentes en familiares de 1^{er} o 2^o grado

4. D 2 VARIABLES CLÍNICAS GENERALES.

Antecedentes personales de consumo de tóxicos: Variable cualitativa clasificada como sigue:

- 0) No antecedentes
- 1) Consumo perjudicial o dependencia a tóxicos pasada o actual.

Tentativas de suicidio previas: Variable cualitativa clasificada como sigue:

- 1) Sí
- 2) No

Tiempo de evolución: Variable cuantitativa.

Cumplimentación: Variable cualitativa, obtenida mediante la entrevista clínica con el paciente y a partir de información proporcionada por familiares, acerca de la toma o no del tratamiento que el paciente tiene indicado. Clasificada como sigue:

- 1) Sí
- 2) No

Motivo de la tentativa: Variable cualitativa, obtenida mediante la entrevista clínica, en la que el paciente expresa el motivo principal que le condujo a realizar la tentativa suicida. Clasificada como sigue:

- 1) Síntomas psicóticos
- 2) Síntomas depresivos
- 3) Efectos secundarios de la medicación
- 4) Problemas sociofamiliares
- 5) Otros

Intencionalidad suicida: Variable cuantitativa. Obtenida a partir de la puntuación global de la Escala de Intención Suicida de Beck.

4. D 3 VARIABLES PSICOPATOLÓGICAS.

Síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia: Variables cuantitativas. Obtenidas a partir de las puntuaciones totales de las subescalas positiva y negativa de la PANSS.

Síntomas depresivos: Variable cuantitativa en este estudio. Obtenida a partir de la puntuación total de la Escala de Depresión de Calgary.

Desesperanza: Variable cuantitativa en este estudio. Obtenida a partir de la puntuación total de la Escala de Desesperanza de Beck.

Conciencia de enfermedad: Variable cuantitativa en este estudio. Obtenida a partir de la suma de los tres primeros ítems de la escala de Amador para indagar sobre la conciencia de poseer un desorden mental (SUMD).

En cuanto al uso de la Escala para medir los Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia (PANSS), somos conscientes de la controversia existente en la actualidad acerca del modelo bidimensional que mide esta escala (síntomas positivos y negativos). Diversos autores, como Liddle, Cuesta y Peralta, proponen modelos tridimensionales, e incluso cuatridimensionales para la medición de los síntomas esquizofrénicos (Liddle y

Barnes, 1990; Liddle et al, 1994; Peralta et al, 1992; Peralta y Cuesta, 1994 a) y han criticado los modelos dicotómicos propuestos por Crow, en los que se han basado las escalas SANS y SAPS, desarrolladas por Andreasen en 1982 y 1984 respectivamente, y la PANSS, desarrollada por Kay et al en 1987. Sin embargo, en la actualidad existe falta de consenso acerca de estos modelos multidimensionales. Por ello, y dada la amplia experiencia y contrastada utilidad de la escala PANSS, hemos decidido el uso de la misma para la evaluación psicopatológica de los pacientes. Además, en este estudio no he pretendido analizar la existencia o no de estas dimensiones, sino cuantificar de la manera más fiable posible la existencia e intensidad de la sintomatología positiva y negativa.

Los síntomas depresivos han sido medidos por la Escala de Calgary para la Depresión, ya que ha sido elaborada específicamente para pacientes con esquizofrenia, y es la más estudiada y de contrastada utilidad. Además, resulta de uso sencillo y ha demostrado ser la escala que mejor diferencia entre los síntomas depresivos, negativos y efectos secundarios, que con frecuencia presentan estos pacientes.

Para la medición de la Depresión, Desesperanza y el Insight, he utilizado tres escalas específicas que han sido validadas y avaladas para su utilización en pacientes psicóticos en diversos estudios. Estas son la escala de Depresión de Calgary, escala de Desesperanza de Beck, y los tres primeros ítems de la escala de Amador para medir la conciencia de padecer un trastorno mental (SUMD), respectivamente.

4. E DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

4. E 1 ESCALA DE LOS SÍNDROMES POSITIVO Y NEGATIVO DE LA ESQUIZOFRENIA (PANSS) (Kay et al, 1987).

La PANSS fue desarrollada por Kay y colaboradores, basada en el estudio de cientos de pacientes esquizofrénicos agudos y crónicos. Surge como un intento de superar los problemas de validez que presentaban otras escalas, y de delimitar mejor el constructo positivo / negativo. Para ello seleccionaron aquellos síntomas que mejor se podían atribuir como correspondientes a uno u otro tipo, excluyendo a su vez aquellos síntomas de filiación dudosa.

Esta escala ha sido analizada exhaustivamente por sus autores desde el punto de vista psicométrico en varios estudios. En ellos han hallado que posee una alta validez y fiabilidad (Kay et al, 1987; Kay et al, 1988; Kay y Singh, 1989; Kay y Sevy, 1990).

En este estudio he utilizado la versión española de esta escala, que ha sido traducida y validada (Cuesta y Peralta, 1994). Estos autores han hallado que posee una buena fiabilidad interobservador para las escalas positiva y negativa, adecuada validez de constructo y elevada validez de criterio en relación con las escalas de síntomas positivos y negativos (SAPS y SANS) de Andreasen. Además, han obtenido con ella una distribución normal de las puntuaciones de las subescalas, al igual que con la versión original, y una prevalencia similar de los subtipos de esquizofrenia (Peralta y Cuesta, 1994 a).

La PANSS consta de 30 ítems correspondientes a síntomas que se puntúan desde 1 (ausente) hasta 7 (extremo). La puntuación la realiza el evaluador, basándose en una entrevista clínica semiestructurada de unos 30-40 minutos de duración. Esta escala comprende tres subescalas: la positiva (PANSS-P), que comprende 7 ítems; la negativa (PANSS-N), que comprende otros 7 ítems, y la de psicopatología general (PANSS-PG), que comprende 16 ítems. Esta escala evalúa el estado psicopatológico del paciente en la semana previa a la evaluación (incluyendo la evaluación durante la propia entrevista), y la información se obtiene a partir de la entrevista clínica, y también de la proporcionada por el personal sanitario del hospital o de la familia según esté o no ingresado el paciente.

No hay puntos de corte establecidos para las puntuaciones directas obtenidas de esta escala, sino que éstas se transforman mediante una tabla de conversión de percentiles (Cuesta y Peralta, 1994; Bobes et al, 2000).

En este estudio he utilizado las puntuaciones obtenidas en las subescalas positiva y negativa.

4. E 2 ESCALA DE DEPRESIÓN DE CALGARY (CDS) (Addington et al, 1993).

Esta escala fue diseñada específicamente para la evaluación de los síntomas depresivos en los pacientes esquizofrénicos. Fue elaborada a partir de dos escalas ya existentes y aceptadas mayoritariamente para la evaluación de síntomas depresivos en la población general: la Present State Examination (PSE) (Wing et al, 1974), y la Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) (Hamilton, 1960).

Con objeto de medir la validez y fiabilidad de la escala, su autor realizó un estudio sobre 100 esquizofrénicos ambulatorios y 50 ingresados, a los que evaluó mediante la propia escala de depresión de Calgary (CDS), la HDRS, el Beck Depression Inventory (BDI) (Beck et al, 1961), los ítems de depresión, culpa y suicidabilidad de la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Green et al, 1990), y parte de la versión modificada del PSE. Halló que la CDS presentaba una alta fiabilidad interevaluador, con una correlación intraclase de 0,895 y un porcentaje de acuerdo con los ítems del 86 %. Se obtuvo una elevada correlación entre el CDS y las otras medidas de depresión. La fiabilidad interna del CDS correspondió a un alfa de Cronbach de 0,78 para pacientes ingresados, 0,71 para ambulatorios, y un alfa global de 0,79 (Addington et al, 1993).

Por otra parte, para valorar la especificidad de la CDS los autores realizaron un estudio sobre 31 esquizofrénicos ingresados, a los que evaluaron mediante la CDS, la PANSS (Kay et al, 1987), y la Simpson Angus Scale para síntomas extrapiramidales (Simpson et al, 1966). No hallaron correlación significativa entre los niveles de depresión hallados por la CDS y las puntuaciones de los síntomas negativos y extrapiramidales, por lo que concluyen que la CDS es capaz de discriminar entre estos tipos de síntomas (Addington et al, 1993). El propio autor y otros han llegado a la misma conclusión en sus respectivos estudios posteriores. Así, diferentes autores han señalado que la CDS es una herramienta útil para diferenciar los síntomas depresivos de los negativos y extrapiramidales. También señalan que resulta de mayor especificidad que la escala de Hamilton para la evaluación de síntomas depresivos en los pacientes esquizofrénicos (Addington et al, 1994; Addington et al, 1996 a; Collins et al, 1996). En este sentido, diferentes estudios han señalado que la escala de Hamilton para la Depresión (HDRS), incluye ítems cuyos síntomas se pueden solapar con determinados síntomas negativos o efectos e extrapiramidales. De hecho, esta escala fue específicamente diseñada para población general deprimida y validada en ésta (Nakaya et al, 1998).

La CDS ha sido utilizada por diferentes autores en pacientes esquizofrénicos y en psicóticos en general (Azorin et al, 1994; Addington y Addington, 1996 b; Yuen et al, 1996; Atkinson et al, 1997; Moreno et al, 1997).

La Escala de Depresión de Calgary es una escala heteroadministrada, que consta de 9 ítems. La puntuación de los ocho primeros se realiza en base a preguntas estructuradas, mientras que la del noveno se realiza a partir de la impresión clínica del evaluador. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, siendo 0 (ausente), 1 (leve), 2 (moderado) y 3 (grave). Esta

escala evalúa la existencia de síntomas depresivos en las dos semanas previas a la administración (incluyendo la evaluación clínica durante la entrevista).

Los puntos de corte recomendados por los autores son de 0 a 5 (no depresión) y de 6 a 27 (depresión) (Bobes et al, 2000).

En nuestro estudio hemos utilizado la versión española de esta escala, que ha sido traducida y validada por Manzanera y colaboradores. Las conclusiones de este autor fueron presentadas en el II Congreso Nacional de Psiquiatría (Manzanera et al, 1997).

4. E 3 ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK (Beck et al, 1974).

Esta escala fue creada por Beck y colaboradores en 1974. Sus autores demostraron en su trabajo original que la escala poseía validez concurrente y de constructo (Beck et al, 1974). También ha sido demostrada su fiabilidad y validez predictiva por diferentes autores en numerosos estudios, que la han utilizado en poblaciones clínicas de diferentes edades y patologías, como niños (Kazdin et al, 1986), adolescentes (Steer et al, 1993; Kumar y Steer, 1995), adultos (Steer et al, 1993), ancianos (Hill et al, 1988), población general (Green, 1981), población psiquiátrica general (Durham, 1982; Beck et al, 1985), alcohólicos (Beck et al, 1976), pacientes con crisis de pánico (Beck et al, 1991), pacientes con consumo de tóxicos (Breier-Williford y Bramlett, 1995). Diversos autores la han utilizado en pacientes esquizofrénicos (Minkoff et al, 1973; Beck et al, 1975; Lester y Beck, 1976; Drake y Cotton, 1986 a; Jones et al, 1994).

Éstos han hallado una buena consistencia interna con coeficientes de Kuder-Richardson 20 (KR-20) dentro del rango 0,82 – 0,93.

Por otro lado, algunos autores han recomendado su uso en estudios como el que presento, ya que la consideran de especial utilidad para la evaluación del riesgo de depresión y suicidio en pacientes psicóticos (Sweeny et al, 1991).

La Escala de Desesperanza de Beck es autoadministrada, y su objetivo es medir la desesperanza. La escala está constituida por 20 ítems con sentencias a las que se debe responder ‘Verdadero’ o ‘Falso’. Estas sentencias están formuladas para medir las expectativas del paciente de poder conseguir las cosas que valora, o superar las situaciones vitales desagradables (Steer, 1993). Nueve ítems están codificados en falso y once en verdadero. Los unos se asignan a las expectativas negativas y los ceros a las positivas. De esta manera, la puntuación total tiene un rango que oscila entre el 0 y el

20, en el que 0 sería la ausencia de desesperanza y 20 la presencia de desesperanza en grado máximo.

Los puntos de corte recomendados son los siguientes: de 0 a 3 (ninguna o mínima); de 4 a 8 (leve); de 9 a 14 (moderada); de 15 a 20 (grave) (Bobes et al, 2000).

Otros puntos de corte se han establecido para diferenciar de modo dicotómico entre no desesperanza y desesperanza; estos han sido establecidos en 9 por Beck, y en 8 por Aguilar, este último en pacientes psicóticos (Cejas, 1998; Cejas et al, 2000; Aguilar et al, 1995).

La escala utilizada en esta tesis ha sido la versión española de la Escala de Desesperanza de Beck. Aguilar halló para esta versión una consistencia interna y estabilidad aceptables, en un estudio sobre una muestra de pacientes con psicosis de inicio (Aguilar et al, 1995).

4. E 4 ESCALA PARA EVALUAR LA CONCIENCIA DE POSEER UN DESORDEN MENTAL (SUMD) (Amador et al, 1993).

Esta escala fue desarrollada por Amador y colaboradores en 1993, con el objetivo de medir en el paciente el grado de conciencia de poseer un desorden mental (insight).

Fue validada por sus autores en una población de 43 pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia o Trastorno Esquizoafectivo. Hallaron que la escala poseía validez y fiabilidad. Asimismo, encontraron una correlación positiva entre la puntuación de los tres primeros ítems de conciencia general de enfermedad actual, y el ítem de insight de la escala de depresión de Hamilton (Hamilton, 1960), y con la puntuación de insight que el médico que realizaba el ingreso indicaba sobre una escala de 1 a 5 (Amador et al, 1993).

La escala ha sido utilizada por diversos autores en pacientes con esquizofrenia (Young et al, 1993; Amador et al, 1994; Amador et al, 1996; Kemp y Lambert, 1995; Cuesta et al, 2000), trastornos esquizoafectivos y trastornos afectivos (Amador et al, 1994; Amador et al, 1996; Cuesta et al, 2000).

Según los autores de esta escala, el insight no puede considerarse como un fenómeno unitario, sino multidimensional. Defienden que algunos pacientes pueden tener conciencia de enfermedad en cuanto a algunos síntomas y aspectos de la enfermedad, y no de otros, y que por ello debe valorarse este fenómeno con la mayor especificidad posible para cada paciente. Las escalas existentes hasta ese momento medían el insight

desde una perspectiva unitaria, con lo que resultaban muy limitadas e inadecuadas para la valoración de un fenómeno complejo y multidimensional como el insight. Además de este aspecto, sus autores insisten en que el insight es un fenómeno continuo y no dicotómico, dado que el paciente puede tener insight parcial.

Estos autores consideran que en relación al insight existen dos procesos fundamentales que deben ser valorados: la conciencia y la atribución. La ‘conciencia’ hace referencia al reconocimiento por parte del paciente de padecer determinados signos y síntomas de la enfermedad. La ‘atribución’ hace referencia a la explicación u origen que el paciente atribuye como causante de esos síntomas. Además, realizan una distinción entre conciencia y atribución ‘actual’ (en relación a los síntomas actuales) y ‘pasada’ (en relación a los síntomas de episodios previos).

La escala valora de un modo multidimensional la conciencia de poseer un desorden mental. Es un instrumento heteroadministrado, cuya información se obtiene a partir de la entrevista clínica directa. Consta de 20 ítems, cada uno de los cuales puntúa de 1 a 5, en la que el 1 implica la máxima conciencia o atribución, y el 5 la ausencia de éstas. Así, las puntuaciones altas reflejan una mala conciencia o atribución.

Los 3 primeros ítems son los que reflejan la conciencia general de enfermedad. Dado que cada uno de ellos se miden para el momento ‘actual’ y el ‘pasado’, resultan 2 subescalas en las que están englobados los ítems generales. Estos ítems son: 1) Conciencia global de poseer un desorden mental, 2) Conciencia de los efectos y necesidad de la medicación y 3) Conciencia de las repercusiones sociales de padecer un desorden mental.

Los autores no proporcionan puntos de corte, ni para la evaluación de los tres primeros ítems, ni para la escala total. Mientras mayor puntuación, menor insight (Bobes et al, 2000).

Los 17 ítems restantes valoran la conciencia de padecer signos y síntomas específicos. Dado que para cada uno de ellos se mide la ‘conciencia’ y ‘atribución’ ‘actual’ y ‘pasada’, resultan 4 subescalas en la que están englobados estos ítems específicos.

Sus autores han resaltado que se puede utilizar cualquier subescala o ítem individual, independientemente del resto, según los objetivos del investigador. También pueden utilizarse de forma aislada los tres primeros ítems para medir la conciencia general de enfermedad (Amador, 1993), como he realizado en este estudio.

En base esto, en esta tesis doctoral he utilizado los tres primeros ítems de la escala de Amador, para la evaluación de la conciencia general de poseer un desorden mental, tanto en la evaluación inicial tras el ingreso, como en la reevaluación al año.

4. E 5 ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK (Beck et al, 1974)

Esta escala fue creada por Beck y colaboradores en 1974, con el objetivo de permitir la medición del grado de intencionalidad suicida del paciente en una tentativa de suicidio determinada. Además de Beck et al, diversos autores la han utilizado en estudios sobre diferentes poblaciones. Dyer y Kreitman la aplicaron en su estudio sobre 120 pacientes que habían realizado una tentativa de suicidio (Dyer y Kreitman, 1984). Kotila la utilizó en un estudio sobre tentativas de suicidio en jóvenes entre 15 y 24 años, en el que halló una alta correlación entre la gravedad de la intencionalidad suicida y el diagnóstico de psicosis (Kotila, 1988). Fernández Rivas et al la han utilizado en España, en su estudio sobre 72 jóvenes entre 15 y 24 años que acudieron a un servicio de urgencias tras haber realizado una tentativa de suicidio (Fernández Rivas et al, 1995).

La escala de Intencionalidad Suicida de Beck es un instrumento heteroadministrado, cuya información se obtiene a través de una entrevista semiestructurada con el paciente. Consta de 15 ítems, que consisten en cuestiones acerca de la tentativa y del paciente con respecto a ésta, con respuestas que puntúan de forma graduada entre 0 y 2, de menor a mayor gravedad. La puntuación total oscila entre un mínimo de 0 y un máximo de 30.

Los 15 ítems de la escala están divididos en dos bloques. El primer bloque consta de 8 ítems, y se corresponde con las 'Circunstancias objetivas relacionadas con el intento de suicidio' según lo denominó Beck. Estos datos se obtienen a partir de las preguntas del entrevistador sobre aspectos concernientes a la planificación y circunstancias de la tentativa. El segundo bloque consta de los 7 ítems restantes, y se corresponde con el 'self-report' o 'Autoinforme', que es la valoración propia del paciente en cuanto a la tentativa. Existe un tercer bloque con 5 ítems adicionales, aunque éstos no se incluyen en la puntuación total. Éstos valoran ciertos aspectos que han podido influir en la realización de la tentativa de suicidio, como el consumo de alcohol o drogas en torno a ésta, tentativas previas, etc.

No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad (Bobes et al, 2000).

La versión que ha sido utilizada en nuestros estudios ha sido la traducida por nuestro equipo.

4. F ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis estadístico realizado en esta tesis doctoral se utilizó el programa estadístico SPSS versión 11.0.

Se han empleado pruebas estadísticas no paramétricas, al comprobar que varias variables no tienen una distribución normal.

El nivel de significación estadística se situó previamente al análisis en $P < 0,05$ para todos los casos.

Fueron realizados los siguientes análisis:

1. Estadística descriptiva de todas las variables sociodemográficas, clínicas generales y psicopatológicas, en la evaluación inicial y al año.
2. Prueba de Kruskal-Wallis entre los tres grupos para las variables psicopatológicas: síntomas depresivos, desesperanza, insight, síntomas positivos, y síntomas negativos.
3. U de Mann Whitney entre los dos grupos extremos para las mismas variables psicopatológicas y posterior Regresión logística, con método condicional hacia delante.
4. Correlaciones de Spearman, en todos los grupos, para las variables psicopatológicas estudiadas.
5. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para cada una de las variables psicopatológicas entre las dos evaluaciones del estudio (inicial y al año), para la muestra total y cada uno de los tres grupos.

Para el análisis de los posibles subtipos de esquizofrénicos suicidas se realizó:

6. U de Mann-Whitney de las variables psicopatológicas para los dos subgrupos de esquizofrénicos suicidas, atendiendo a la motivación de la tentativa suicida, y posterior Regresión logística con método condicional hacia delante.

RESULTADOS

5. RESULTADOS

5. A ANÁLISIS ESTADÍSTICO CONSIDERANDO TRES GRUPOS DE PACIENTES SEGÚN SU SUICIDABILIDAD.

1. La estadística descriptiva de las distintas variables sociodemográficas, clínicas generales, y de evaluación psicopatológica, está recogida en las Tablas III a VI. En ellas se reflejan tales variables en la evaluación inicial (Tablas III y IV), y en la reevaluación al año (Tablas V y VI).

Distintas variables no seguían una distribución normal, como por ejemplo las variables depresión (Gráficos 1 y 2) y desesperanza (Gráficos 3 y 4) en las evaluaciones inicial y al año.

2. En el análisis de los tres grupos en la evaluación al año, mediante la Prueba de Kruskal-Wallis, hallamos diferencias estadísticamente significativas en las escalas de Desesperanza de Beck (J_i al cuadrado (2, $N = 104$) = 6,26; $P < 0,05$) y de Depresión de Calgary (J_i al cuadrado (2, $N = 104$) = 6,50; $P < 0,05$), siendo mayores las puntuaciones para el grupo de mayor suicidabilidad (Gráficos 5 y 6). Existe una relación directa entre las puntuaciones de ambas escalas y la suicidabilidad (Tabla VI). Los rangos promedio para la escala de Desesperanza fueron: grupo 1 = 64,8; grupo 2 = 49,1; grupo 3 = 46,7; y para la Depresión: grupo 1 = 64,7; grupo 2 = 49,7; grupo 3 = 46 (Tabla VII).

Para el resto de las variables no hallamos diferencias significativas.

3. Tras el análisis de los grupos extremos para las cinco variables psicopatológicas estudiadas, mediante la U de Mann-Whitney, hallamos diferencias significativas en la escala de Depresión de Calgary ($U = 259$; $Z = - 2,4$; $P < 0,05$) y en la escala de Desesperanza de Beck ($U = 262$; $Z = - 2,3$; $P < 0,05$), con puntuaciones mayores para el grupo de Alta suicidabilidad (Tabla VIII). Asimismo hallamos una tendencia a la significación para los síntomas negativos ($U = 301,5$; $Z = - 1,7$; $P = 0,098$). En la Regresión logística incluimos como variables independientes aquellas que en el análisis univariante resultaron significativas (escalas de Depresión de Calgary y de Desesperanza de Beck), y la que mostró tendencia a la significación (subescala negativa de la PANSS), con método condicional hacia delante.

Tras aplicar la Regresión logística, las variables que permanecieron en la ecuación fueron la escala de Desesperanza de Beck (Beta = - 0,25; Error típico = 0,089; Wald = 8,17; gl = 1; $P < 0,005$; Odds Ratio = 0,77) y la subescala negativa de la PANSS (Beta = 0,13; Error típico = 0,051; Wald = 7,11; gl = 1; $P < 0,05$; Odds Ratio = 1,14) (Gráficos 7 y 8).

Mientras que la escala de Desesperanza por sí sola permite identificar correctamente un 63,2 % de los pacientes (48,1 % de los pacientes de Alta suicidabilidad, y 76,7 % de los pacientes de Baja suicidabilidad), cuando entra también en la ecuación la subescala negativa de la PANSS se identifica correctamente un 68,4 % de los pacientes, a costa de un aumento considerable en el % de pacientes de Alta suicidabilidad identificados (66,7 % de los pacientes de Alta suicidabilidad, y 70 % de los de Baja suicidabilidad).

Al estimarse que podrían existir variables de confusión en el conjunto de variables, se realizó también la comparación entre ambos grupos extremos para las variables sociodemográficas y clínicas generales, sin hallar diferencias significativas. Sólo se halló una tendencia a la significación para la variable ‘medicación’ (Tabla IX). Tras realizar un análisis multivariante en el que se incluyeron todas las variables, los resultados y el modelo resultaron idénticos a los hallados cuando se analizaron sólo las variables psicopatológicas.

4. Las correlaciones no-paramétricas (Spearman) resultaron significativas para la escala de Depresión de Calgary y la escala de Desesperanza de Beck ($r = 0,78$; $P < 0,001$) en el grupo de alta suicidabilidad. La escala de Insight no correlacionó de forma significativa con ninguna de estas dos variables en este grupo de pacientes. También en el grupo de alta suicidabilidad hallamos una correlación directa entre la subescala PANSS + y las escalas de Desesperanza de Beck ($r = 0,43$; $P < 0,05$), de Depresión de Calgary ($r = 0,42$; $P < 0,05$), e Insight de Amador ($r = 0,53$; $P < 0,005$). Por último, también hallamos para este grupo de pacientes correlación entre la subescala PANSS - y las escalas de Desesperanza de Beck ($r = 0,50$; $P < 0,01$) y de Depresión de Calgary ($r = 0,67$; $P < 0,001$) (Tabla XI). En la tabla X se muestran las correlaciones halladas para la muestra total reevaluada, y en las tablas XII y XIII las halladas para los grupos de suicidabilidad media y baja suicidabilidad, respectivamente.

5. Las Pruebas de Wilcoxon fueron significativas para las 5 variables psicopatológicas a un nivel de significación = 0,001, para la muestra total. Las correlaciones entre los dos momentos de evaluación (inicial y al año) fueron las siguientes: escala de Desesperanza de Beck ($Z = - 6,06$; $P < 0,001$), escala de Depresión de Calgary ($Z = - 7,26$; $P < 0,001$),

escala de Insight de Amador ($Z = -6,34$; $P < 0,001$), PANSS + ($Z = -7,67$; $P < 0,001$), PANSS - ($Z = -3,30$; $P = 0,001$). En la tabla XIV se muestran los resultados de las pruebas de Wilcoxon para la muestra total y para cada uno de los tres grupos.

Tabla III. Características sociodemográficas y clínicas generales. Muestra inicial.

<i>N = 130</i>	<i>Grupo 1 Alta suicidabilidad (n = 36)</i>	<i>Grupo 2 Suicidabilidad media (n = 57)</i>	<i>Grupo 3 Baja suicidabilidad (n = 37)</i>	<i>P</i>
Sexo	Hombres = 28 Mujeres = 8	Hombres = 43 Mujeres = 14	Hombres = 32 Mujeres = 5	n.s.
Edad	32,5 ± 9,8	29,5 ± 8,3	29,2 ± 7,2	n.s.
Estado Civil	Casados = 3 Otros = 33	Casados = 6 Otros = 51	Casados = 6 Otros = 31	n.s.
Situación Laboral	Activos = 5 Desempleados = 31	Activos = 13 Desempleados = 44	Activos = 7 Desempleados = 30	n.s.
Nivel Educativo	Sin estudios = 0 Primarios = 25 Secundarios ó > =11	Sin estudios = 1 Primarios = 38 Secundarios ó > =18	Sin estudios = 0 Primarios = 27 Secundarios ó > =10	n.s.
A. F. Suicidio	No = 25 Sí = 11	No = 36 Sí = 21	No = 31 Sí = 6	n.s.
Tiempo Evolución	9,9 ± 7,9	8,3 ± 7,6	6,9 ± 5,5	n.s.
A. P. Tóxicos	No = 20 Sí = 16	No = 30 Sí = 27	No = 21 Sí = 16	n.s.
Cumplimen- tación	Sí = 25 No = 11	Sí = 33 No = 24	Sí = 19 No = 18	n.s.
Tratamiento	Neuroléptico = 23 Mixto = 12 Antidepresivo = 1	Neuroléptico = 51 Mixto = 6 Antidepresivo = 0	Neuroléptico = 34 Mixto = 3 Antidepresivo = 0	<0,05

* Prueba Ji al cuadrado, excepto para Edad y Tiempo de Evolución (Prueba de Kruskal-Wallis). Los datos reflejados para estas dos variables corresponden a la Media y Desviación Típica.

Tabla IV. Escalas de evaluación psicopatológica. Muestra inicial.

<i>N = 130</i>	<i>Grupo 1 Alta suicidabilidad (n = 36)</i>	<i>Grupo 2 Suicidabilidad media (n = 57)</i>	<i>Grupo 3 Baja suicidabilidad (n = 37)</i>	<i>P</i>
Escala de Depresión Calgary	11 (3-21)	5 (0-15)	3 (0-10)	<0,001
Escala de Desesperanza Beck	15 (1-20)	8 (1-19) n = 54*	4 (0-19) n = 36*	<0,001
Escala de Insight Amador	9 (3-15)	9 (3-15)	11 (3-15)	n.s.
PANSS +	19,5 (8-40)	21 (7-42)	23 (11-38)	<0,05
PANSS –	22,5 (12-35)	22 (10-46)	23 (13-35)	n.s.

* Prueba de Kruskal-Wallis. Los datos reflejados en la tabla corresponden a la Mediana y el Rango.

* Hubo 4 pacientes (tres del grupo 2, y uno del grupo 3), que no pudieron realizar la escala de desesperanza de Beck debido a graves trastornos del pensamiento.

Tabla V. Características sociodemográficas y clínicas generales. Muestra reevaluada al año.

<i>N = 104</i>	<i>Grupo 1 Alta suicidabilidad (n = 27)</i>	<i>Grupo 2 Suicidabilidad media (n = 47)</i>	<i>Grupo 3 Baja suicidabilidad (n = 30)</i>	<i>P</i>
Sexo	Hombres = 21 Mujeres = 6	Hombres = 34 Mujeres = 13	Hombres = 26 Mujeres = 4	n.s.
Edad	32,7 ± 9	30,6 ± 8,6	29,7 ± 6,7	n.s.
Estado Civil	Casados = 2 Otros = 25	Casados = 5 Otros = 42	Casados = 6 Otros = 24	n.s.
Situación Laboral	Activos = 3 Desempleados = 24	Activos = 9 Desempleados = 38	Activos = 5 Desempleados = 25	n.s.
Nivel Educativo	Sin estudios = 0 Primarios = 19 Secundarios ó > = 8	Sin estudios = 1 Primarios = 30 Secundarios ó > = 16	Sin estudios = 0 Primarios = 21 Secundarios ó > = 9	n.s.
A. F. Suicidio	No = 18 Sí = 9	No = 29 Sí = 18	No = 25 Sí = 5	n.s.
Tiempo Evolución	10,6 ± 7,2	9,4 ± 8	7,2 ± 4,9	n.s.
A. P. Tóxicos	No = 17 Sí = 10	No = 25 Sí = 22	No = 16 Sí = 14	n.s.
Cumplimen- tación	Sí = 25 No = 2	Sí = 45 No = 2	Sí = 28 No = 2	n.s.
Tratamiento	Neuroléptico = 19 Mixto = 8	Neuroléptico = 42 Mixto = 5	Neuroléptico = 27 Mixto = 3	0,058

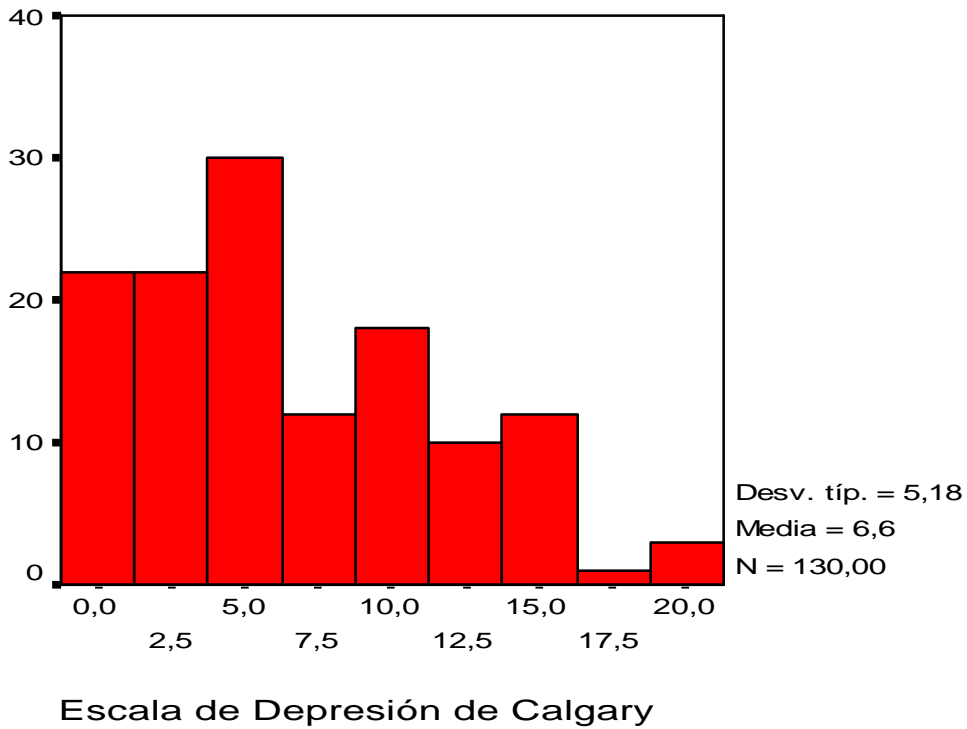
* Prueba Ji al cuadrado, excepto para Edad y Tiempo de Evolución (Prueba de Kruskal-Wallis). Los datos reflejados para estas dos variables corresponden a la Media y Desviación Típica.

Tabla VI. Escalas de evaluación psicopatológica. Muestra reevaluada al año.

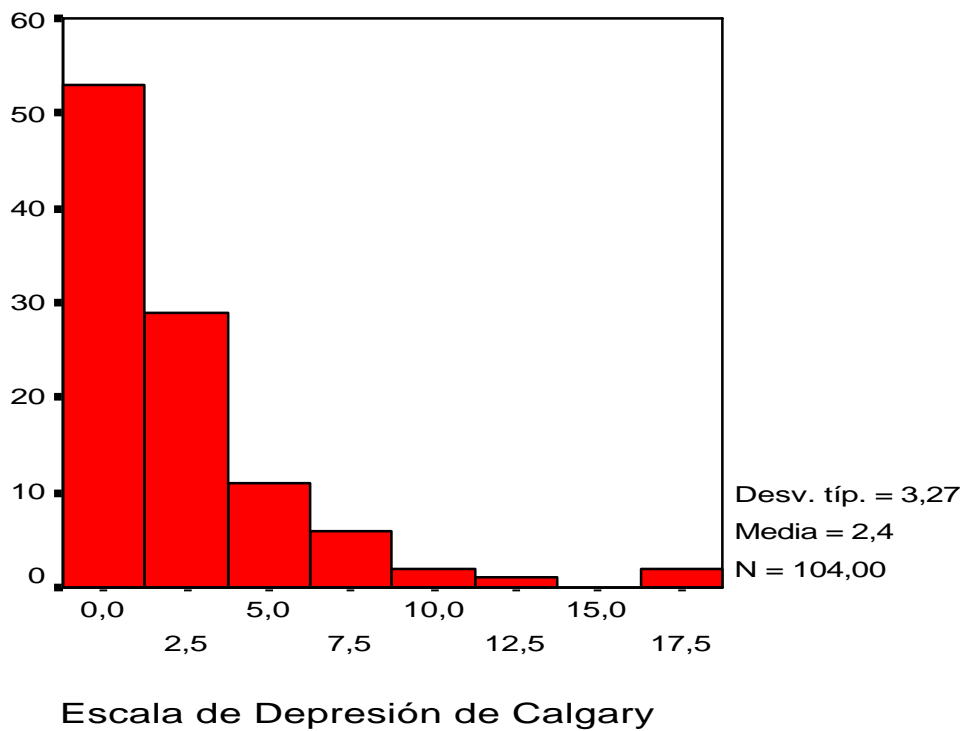
<i>N = 104</i>	<i>Grupo 1 Alta suicidabilidad (n = 27)</i>	<i>Grupo 2 Suicidabilidad media (n = 47)</i>	<i>Grupo 3 Baja suicidabilidad (n = 30)</i>	P
Escala de Depresión Calgary	3 (0-17)	1 (0-17)	1 (0-10)	< 0,05
Escala de Desesperanza Beck	5 (1-19)	3 (0-18)	3 (0-18)	< 0,05
Escala de Insight Amador	6 (3-11)	5 (3-15)	6,5 (3-15)	n.s.
PANSS +	13 (7-29)	13 (7-39)	13 (5-21)	n.s.
PANSS –	19 (8-32)	18 (7-33)	21 (7-35)	n.s.

* Prueba de Kruskal-Wallis. Los datos reflejados en la tabla corresponden a la Mediana y el Rango.

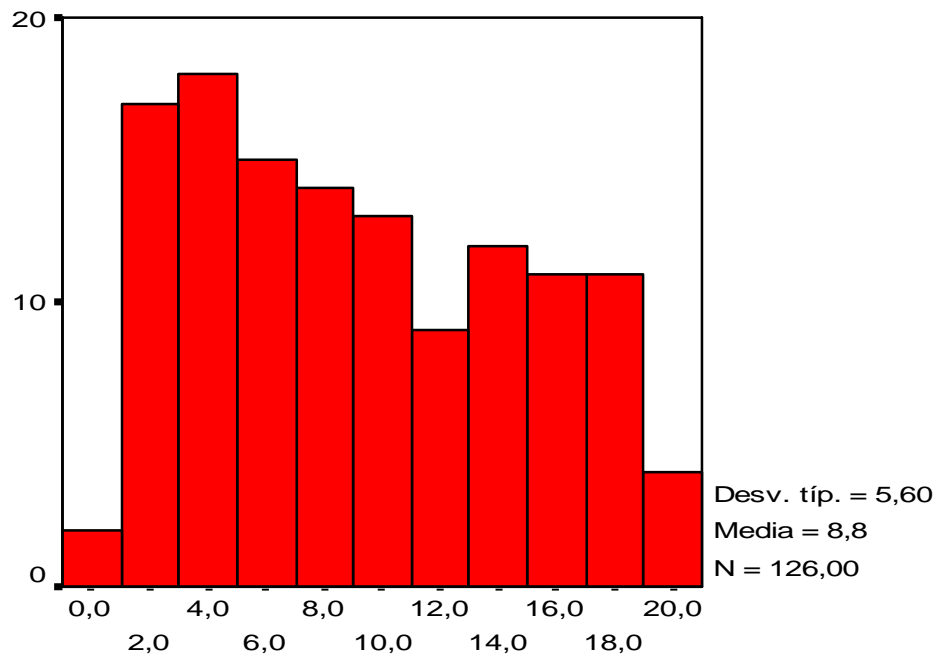
**Gráfico 1. Escala de Depresión de Calgary.
Muestra inicial (N = 130).**



**Gráfico 2. Escala de Depresión de Calgary.
Muestra reevaluada (N = 104).**



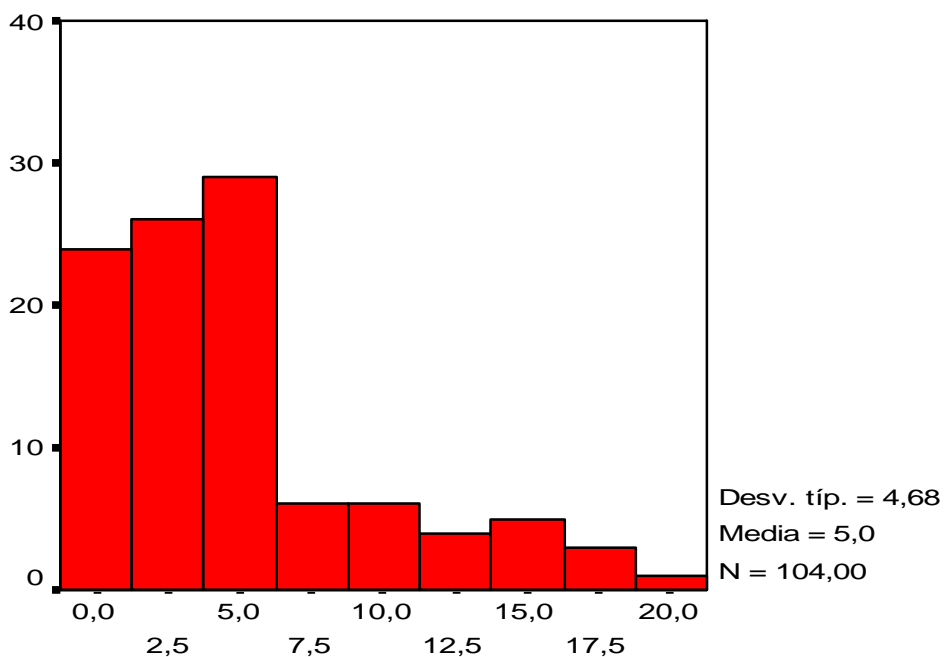
**Gráfico 3. Escala de Desesperanza de Beck.
Muestra Inicial (N = 126*).**



Escala de Desesperanza de Beck

* Hubo 4 pacientes (tres del grupo 2, y uno del grupo 3), que no pudieron realizar la escala de desesperanza de Beck debido a graves trastornos del pensamiento.

**Gráfico 4. Escala de Desesperanza de Beck.
Muestra reevaluada (N = 104).**



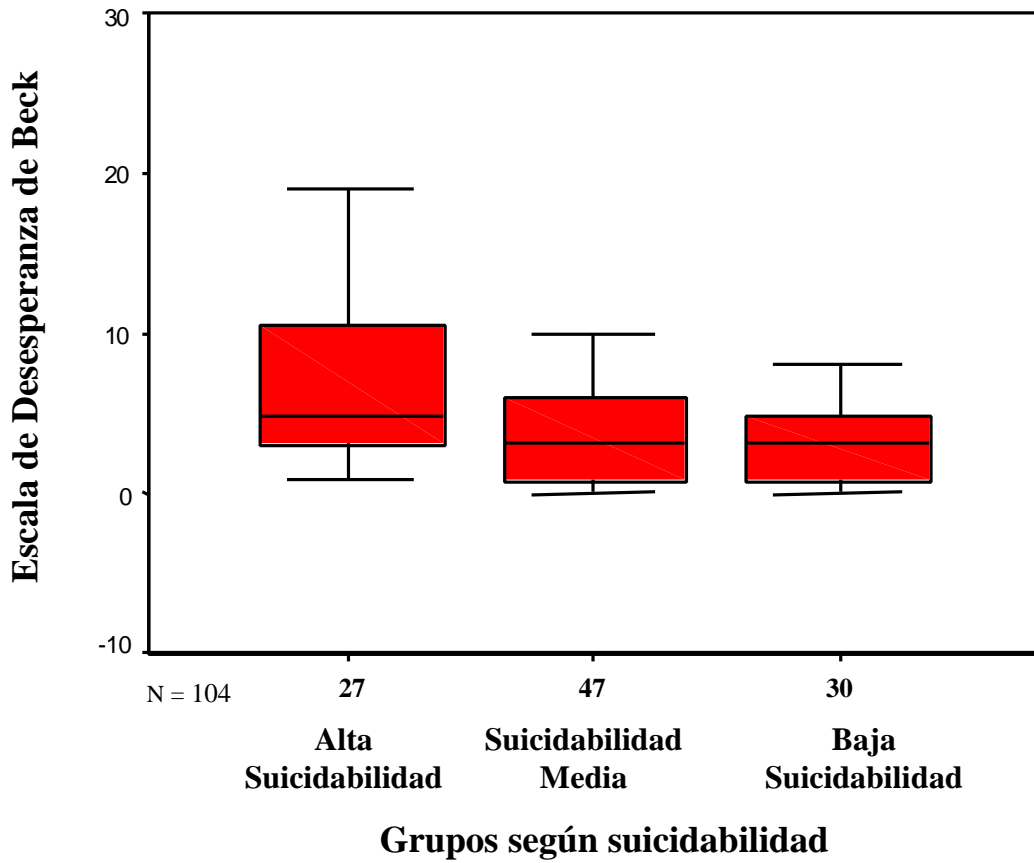
Escala de Desesperanza de Beck

Tabla VII. Escalas de Desesperanza de Beck y Depresión de Calgary en los tres grupos según suicidabilidad.

<i>N = 104</i>	<i>Escala de Desesperanza de Beck</i> <i>Rangos Promedio</i> <i>P < 0,05</i>	<i>Escala de Depresión de Calgary</i> <i>Rangos Promedio</i> <i>P < 0,05</i>
<i>Grupo 1</i> <i>Alta Suicidabilidad</i> <i>(n = 27)</i>	64,8	64,7
<i>Grupo 2</i> <i>Suicidabilidad Media</i> <i>(n = 47)</i>	49,1	49,7
<i>Grupo 3</i> <i>Baja Suicidabilidad</i> <i>(n = 30)</i>	46,7	46,0

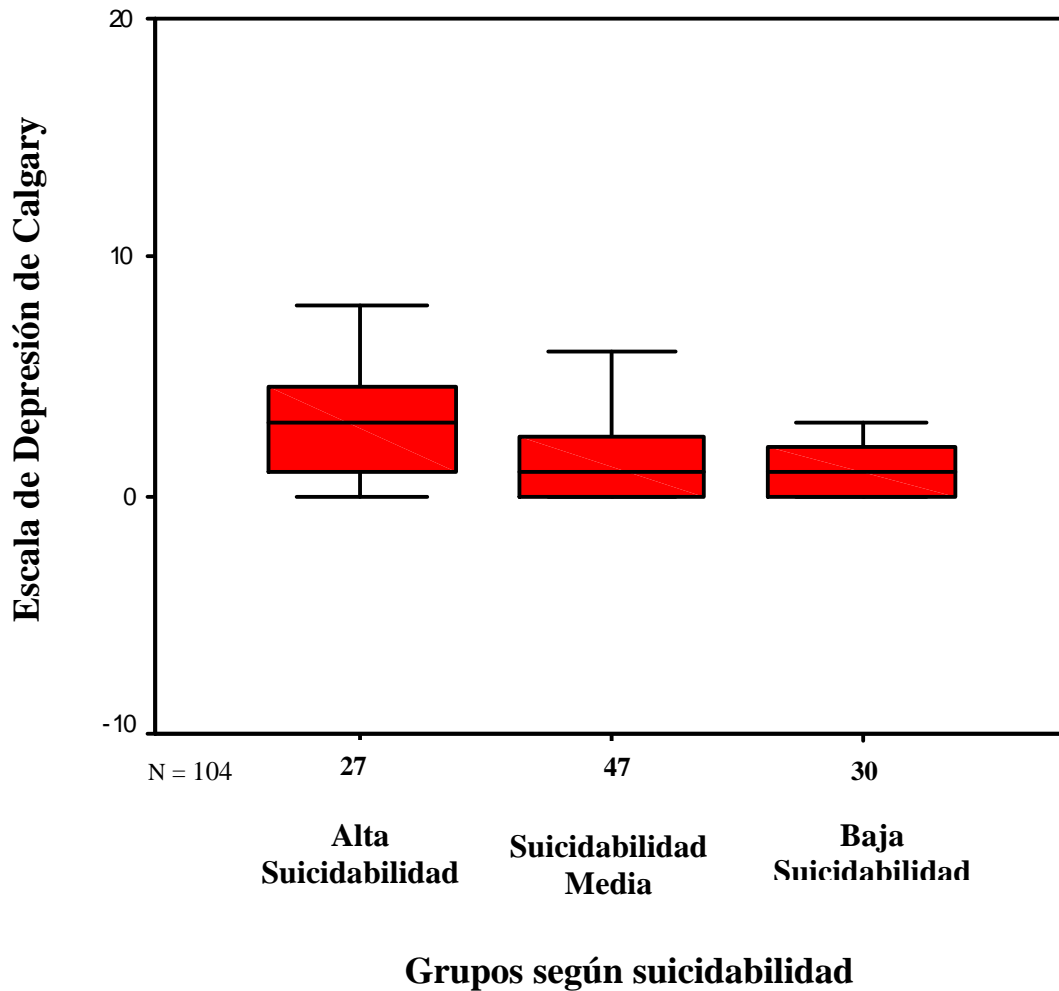
* Prueba de Kruskal-Wallis.

Gráfico 5. Escala de Desesperanza de Beck en los tres grupos según suicidabilidad. Muestra reevaluada al año (N = 104).



* Prueba de Kruskal-Wallis.

Gráfico 6. Escala de Depresión de Calgary en los tres grupos según suicidabilidad. Muestra reevaluada al año (N = 104).



* Prueba de Kruskal-Wallis.

Tabla VIII. Escalas de evaluación psicopatológica en los grupos extremos. Muestra reevaluada al año.

<i>N = 57</i>	<i>U</i>	<i>Grupo 1 Alta suicidabilidad (n = 27)</i>	<i>Grupo 3 Baja suicidabilidad (n = 30)</i>	<i>P</i>
Escala de Depresión de Calgary	259	34,4	24,1	< 0,05
Escala de Desesperanza de Beck	262	34,3	24,2	< 0,05
Escala de Insight de Amador	388	28,4	29,6	n.s.
PANSS +	352,5	30,9	27,2	n.s.
PANSS –	301,5	25,2	32,4	0,098

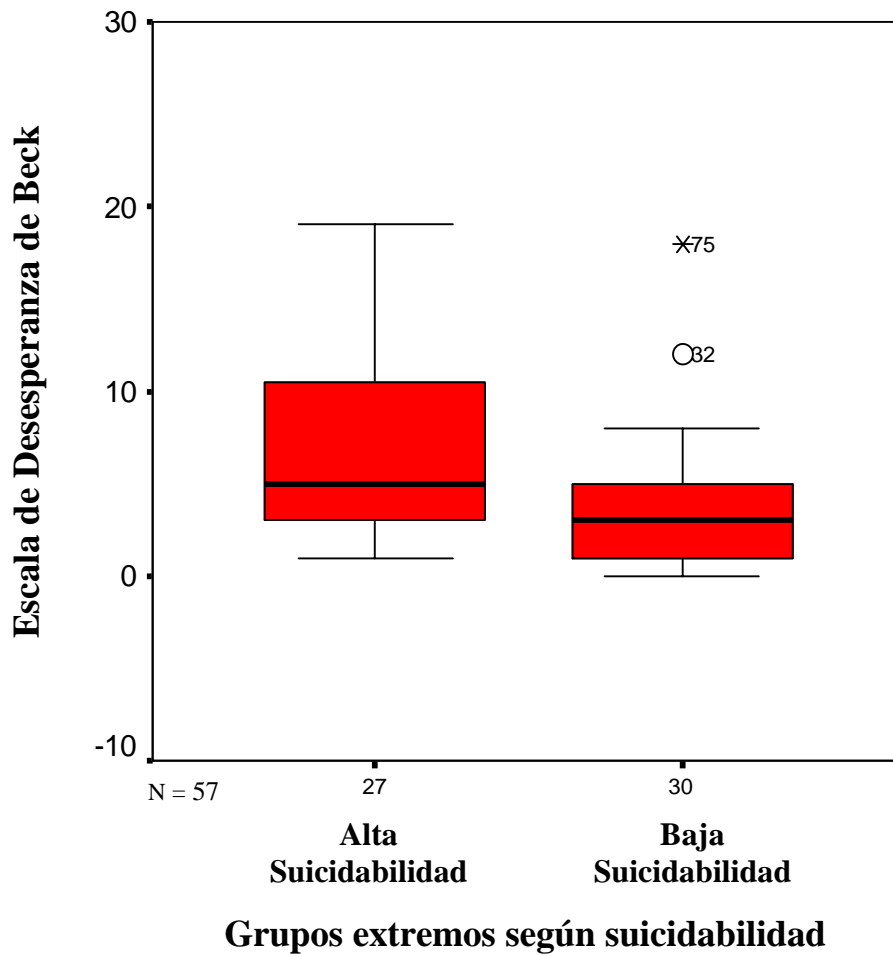
* U de Mann-Whitney. Los datos reflejados para ambos grupos corresponden a los Rangos Promedio. Escala de Insight de Amador = Tres primeros ítems del SUMD; PANSS + = subescala positiva del PANSS; PANSS – = subescala negativa del PANSS.

Tabla IX. Características sociodemográficas y clínicas generales de los grupos extremos. Muestra reevaluada al año.

<i>N = 57</i>	<i>Grupo 1 Alta suicidabilidad (n = 27)</i>	<i>Grupo 3 Baja suicidabilidad (n = 30)</i>	<i>P</i>
Sexo	Hombres = 21 Mujeres = 6	Hombres = 26 Mujeres = 4	n.s.
Edad	31,74	26,53	n.s.
Estado Civil	Casados = 2 Otros = 25	Casados = 6 Otros = 24	n.s.
Situación Laboral	Activos = 3 Desempleados = 24	Activos = 5 Desempleados = 25	n.s.
Nivel Educativo	Sin estudios = 0 Primarios = 19 Secundarios ó > = 8	Sin estudios = 0 Primarios = 21 Secundarios ó > = 9	n.s.
A. F. Suicidio	No = 18 Sí = 9	No = 25 Sí = 5	n.s.
Tiempo Evolución	32,78	25,60	n.s.
A. P. Tóxicos	No = 17 Sí = 10	No = 16 Sí = 14	n.s.
Cumplimentación	Sí = 26 No = 1	Sí = 30 No = 0	n.s.
Tratamiento	Neuroléptico = 19 Mixto = 8	Neuroléptico = 27 Mixto = 3	0,061

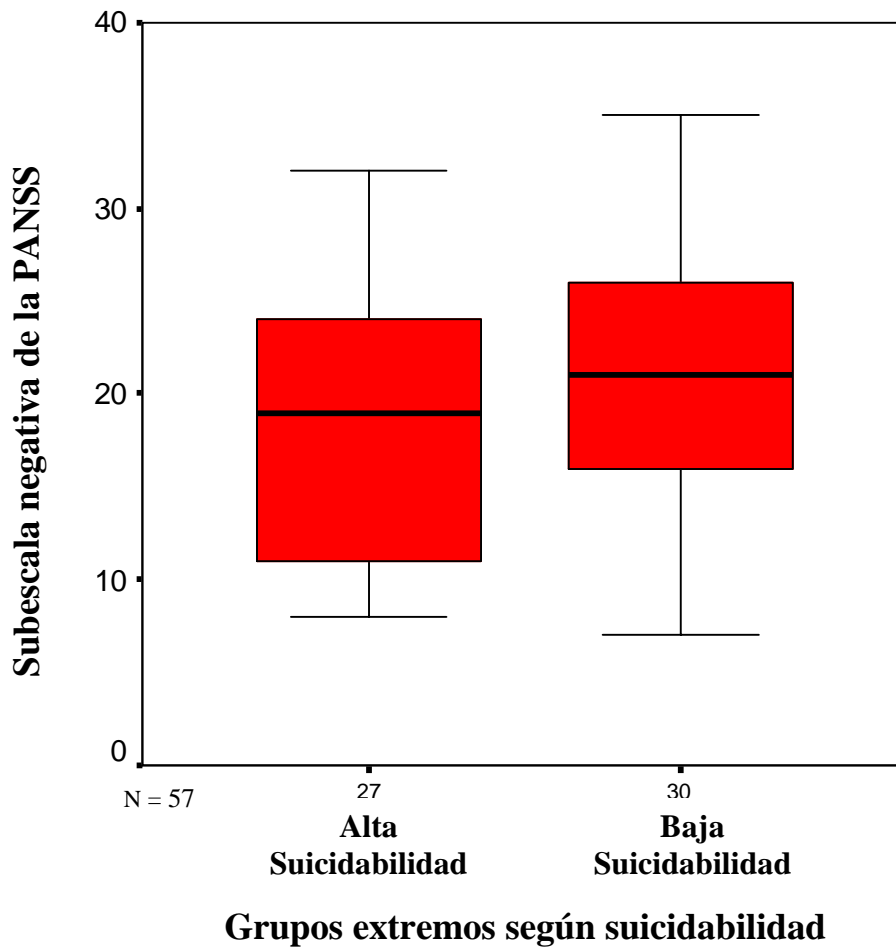
* Prueba Ji al cuadrado, excepto Edad y Tiempo de Evolución (U de Mann-Whitney). Los datos reflejados para estas dos variables corresponden a los rangos promedio.

**Gráfico 7. Escala de Desesperanza de Beck en los grupos extremos.
Muestra reevaluada al año.**



* U de Mann-Whitney

**Gráfico 8. Subescala negativa de la PANSS en los grupos extremos.
Muestra reevaluada al año.**



* U de Mann-Whitney

Tabla X. Correlación de las variables psicopatológicas en la muestra total, reevaluada al año.

<i>N = 104</i>	<i>BHS</i>	<i>CDS</i>	<i>SUMD</i>	<i>PANSS +</i>	<i>PANSS –</i>
<i>BHS</i>					
<i>CDS</i>	0,60 <i>P < 0,001</i>				
<i>SUMD</i>	0,66 n.s.	– 0,07 n.s.			
<i>PANSS +</i>	0,33 <i>P = 0,001</i>	0,15 n.s.	0,40 <i>P < 0,001</i>		
<i>PANSS –</i>	0,37 <i>P < 0,001</i>	0,21 <i>P < 0,05</i>	0,32 <i>P = 0,001</i>	0,36 <i>P < 0,001</i>	

* Coeficientes: Rho de Spearman.

BHS (Beck Hopelessness Scale); CDS (Calgary Depression Scale); SUMD (Scale to assess Unawareness of Mental Disorder); PANSS + (subescala PANSS positiva); PANSS – (subescala PANSS negativa).

Tabla XI. Correlación de las variables psicopatológicas en el grupo de Alta Suicidabilidad, reevaluado al año.

<i>n = 27</i>	<i>BHS</i>	<i>CDS</i>	<i>SUMD</i>	<i>PANSS +</i>	<i>PANSS –</i>
<i>BHS</i>					
<i>CDS</i>	0,78 <i>P < 0,001</i>				
<i>SUMD</i>	0,12 n.s.	0,19 n.s.			
<i>PANSS +</i>	0,43 <i>P < 0,05</i>	0,42 <i>P < 0,05</i>	0,53 <i>P < 0,005</i>		
<i>PANSS –</i>	0,50 <i>P < 0,01</i>	0,67 <i>P < 0,001</i>	0,32 n.s.	0,38 n.s.	

* Coeficientes: Rho de Spearman.

BHS (Beck Hopelessness Scale); CDS (Calgary Depression Scale); SUMD (Scale to assess Unawareness of Mental Disorder); PANSS + (subescala PANSS positiva); PANSS – (subescala PANSS negativa).

Tabla XII. Correlación de las variables psicopatológicas en el grupo de Suicidabilidad Media, reevaluado al año.

<i>n = 47</i>	<i>BHS</i>	<i>CDS</i>	<i>SUMD</i>	<i>PANSS +</i>	<i>PANSS –</i>
<i>BHS</i>					
<i>CDS</i>	0,55 <i>P < 0,001</i>				
<i>SUMD</i>	0,04 n.s.	– 0,10 n.s.			
<i>PANSS +</i>	0,40 <i>P < 0,01</i>	0,21 n.s.	0,37 <i>P < 0,05</i>		
<i>PANSS –</i>	0,37 <i>P < 0,01</i>	0,18 n.s.	0,19 n.s.	0,33 <i>P < 0,05</i>	

* Coeficientes: Rho de Spearman.

BHS (Beck Hopelessness Scale); CDS (Calgary Depression Scale); SUMD (Scale to assess Unawareness of Mental Disorder); PANSS + (subescala PANSS positiva); PANSS – (subescala PANSS negativa).

Tabla XIII. Correlación de las variables psicopatológicas en el grupo de Baja Suicidabilidad, reevaluado al año.

<i>n = 30</i>	<i>BHS</i>	<i>CDS</i>	<i>SUMD</i>	<i>PANSS +</i>	<i>PANSS –</i>
<i>BHS</i>					
<i>CDS</i>	0,43 <i>P < 0,05</i>				
<i>SUMD</i>	0,03 n.s.	– 0,28 n.s.			
<i>PANSS +</i>	0,09 n.s.	– 0,23 n.s.	0,40 <i>P < 0,05</i>		
<i>PANSS –</i>	0,40 <i>P < 0,05</i>	– 0,03 n.s.	0,38 <i>P < 0,05</i>	0,49 <i>P < 0,01</i>	

* Coeficientes: Rho de Spearman.

BHS (Beck Hopelessness Scale); CDS (Calgary Depression Scale); SUMD (Scale to assess Unawareness of Mental Disorder); PANSS + (subescala PANSS positiva); PANSS – (subescala PANSS negativa).

Tabla XIV. Correlación entre evaluación inicial y reevaluación al año para las variables psicopatológicas.

	<i>Muestra total (N = 104)</i>	<i>Grupo 1 Alta suicidabilidad (n = 27)</i>	<i>Grupo 2 Suicidabilidad media (n = 47)</i>	<i>Grupo 3 Baja suicidabilidad (n = 30)</i>
<i>BHS</i>	Z = - 6,06 P < 0,001	Z = - 4,18 P < 0,001	Z = - 3,92 P < 0,001	Z = - 1,76 P = 0,078
<i>CDS</i>	Z = - 7,26 P < 0,001	Z = - 4,55 P < 0,001	Z = - 4,65 P < 0,001	Z = - 3,04 P < 0,01
<i>SUMD</i>	Z = - 6,34 P < 0,001	Z = - 2,30 P < 0,05	Z = - 4,26 P < 0,001	Z = - 4,25 P < 0,001
<i>PANSS +</i>	Z = - 7,67 P < 0,01	Z = - 3,80 P < 0,05	Z = - 4,70 P < 0,001	Z = - 4,71 P < 0,001
<i>PANSS -</i>	Z = - 3,30 P = 0,01	Z = - 2,61 P < 0,01	Z = - 3,15 P < 0,01	Z = - 0,53 P = 0,59

* Pruebas de Wilcoxon.

BHS (Beck Hopelessness Scale); CDS (Calgary Depression Scale); SUMD (Scale to assess Unawareness of Mental Disorder); PANSS + (subescala PANSS positiva); PANSS - (subescala PANSS negativa).

5. B ANÁLISIS ESTADÍSTICO DEL GRUPO DE ESQUIZOFRÉNICOS SUICIDAS, CONSIDERANDO DOS SUBGRUPOS EN FUNCIÓN DE LA ‘MOTIVACIÓN’ SUICIDA AL INGRESO.

Análisis Univariante. Las variables analizadas fueron: puntuaciones globales de las escalas de Desesperanza de Beck, escala de Depresión de Calgary, SUMD (tres primeros ítems), y subescalas positiva y negativa de la PANSS, todas ellas cuantitativas.

En el análisis de los subtipos de esquizofrénicos suicidas, tras aplicar la U de Mann-Whitney, los dos subgrupos de pacientes diferenciados en función de la variable motivación, presentaron diferencias significativas en la Escala de Depresión de Calgary ($U = 99$; $Z = -2,6$; $P < 0,05$) y en la Escala de Desesperanza de Beck ($U = 103$; $Z = -2,4$; $P < 0,05$) (Gráfico 9), con puntuaciones mayores para el subgrupo de pacientes con motivación depresiva en la tentativa suicida (Tabla XV).

Tabla XV. Escalas de evaluación psicopatológica en los Subgrupos establecidos según la Motivación suicida. Muestra reevaluada al año.

<i>N = 39</i>	<i>U</i>	<i>Motivación Psicótica 1 (n = 21)</i>	<i>Motivación Depresiva 2 (n = 18)</i>	<i>P</i>
Escala de Depresión de Calgary	99	15,7	25	0,010
Escala de Desesperanza de Beck	103	15,9	24,8	0,015
Escala de Insight de Amador	172	19,2	20,9	n.s.
PANSS +	155,5	18,4	21,9	n.s.
PANSS –	181,5	20,4	19,6	n.s.

* U de Mann-Whitney. Los datos reflejados para cada subgrupo corresponden a los rangos promedio. MOTIVO 1 = Motivación Psicótica; MOTIVO 2 = Motivación depresiva. Escala de Insight de Amador = Tres primeros ítems del SUMD; PANSS + = subescala positiva del PANSS; PANSS – = subescala negativa del PANSS.

Por tanto, hallamos diferencias estadísticamente significativas entre ambos subtipos para dos de las variables psicopatológicas analizadas: depresión y desesperanza. Los pacientes con motivos depresivos para la realización de la tentativa suicida, al año presentaban mayor sintomatología depresiva y mayor desesperanza, con respecto a los pacientes con motivos psicóticos. En la tabla XV se reflejan estos hallazgos, sobre el grupo de casos, reevaluado al año (N = 39), dividido en función de la nueva variable ‘motivación’.

Al estimarse que podrían existir variables de confusión en el conjunto de variables, se realizó también la comparación entre los dos subgrupos para las variables sociodemográficas y clínicas generales. Se hallaron diferencias significativas para las variables Tiempo de Evolución (U = 68; Z = - 3,4; P < 0,001), y Edad (U = 96; Z = - 2,6; P < 0,01). Las variables Tentativas Previas (Ji al cuadrado = 3,72; P = 0,054) y el Nivel Educativo (Ji al cuadrado = 2,89; P = 0,089) mostraron una tendencia a la significación (Tabla XVI).

Tabla XVI. Características sociodemográficas y clínicas generales en los Subgrupos según la Motivación suicida. Muestra reevaluada al año.

<i>N = 39</i>	<i>Motivación Psicótica 1 (n = 21)</i>	<i>Motivación Depresiva 2 (n = 18)</i>	P
Sexo	Hombres = 16 Mujeres = 5	Hombres = 14 Mujeres = 4	n.s.
Edad	15,57	25,17	< 0,01
Estado Civil	Casados = 2 Otros = 19	Casados = 1 Otros = 17	n.s.
Situación Laboral	Activos = 4 Desempleados = 17	Activos = 1 Desempleados = 17	n.s.
Nivel Educativo	Sin estudios = 0 Primarios = 16 Secundarios ó > = 5	Sin estudios = 0 Primarios = 9 Secundarios ó > = 9	0,089
A. F. Suicidio	No = 12 Sí = 9	No = 13 Sí = 5	n.s.
Tentativas Previas	No = 11 Sí = 10	No = 4 Sí = 14	0,054
Tiempo Evolución	14,24	26,72	<0,001
A. P. Tóxicos	No = 12 Sí = 9	No = 11 Sí = 7	n.s.
Cumplimentación	Sí = 20 No = 1	Sí = 17 No = 1	n.s.
Tratamiento	Neuroléptico = 18 Mixto = 3	Neuroléptico = 12 Mixto = 6	n.s.

* Prueba Ji al cuadrado, excepto para Edad y Tiempo de Evolución (U de Mann-Whitney). Los datos reflejados para estas dos variables corresponden a los rangos promedio.

Tras realizar correlaciones no-paramétricas (Spearman) en cada uno de los subgrupos según la motivación suicida, hallamos las correlaciones que se muestran en las tablas XVII y XVIII. En los análisis de correlaciones fueron incluidas las variables psicopatológicas y aquellas sociodemográficas y clínicas generales entraron en el modelo tras la regresión logística.

En el subgrupo de motivación psicótica (tabla XVII), la escala de Depresión de Calgary correlacionó de forma significativa con la escala de Desesperanza de Beck ($r = 0,61$; $P < 0,01$). La subescala PANSS + mostró una correlación directa con las escalas de Desesperanza de Beck ($r = 0,71$; $P < 0,001$) y de Depresión de Calgary ($r = 0,55$; $P < 0,01$). La subescala PANSS – mostró una correlación directa con las escalas de Desesperanza de Beck y de Depresión de Calgary ($r = 0,62$; $P < 0,01$ en ambas), y con la subescala PANSS + ($r = 0,70$; $P < 0,001$). Ni la escala de Insight ni el Nivel Educativo mostraron correlación con ninguna de las demás variables. La variable Tentativas Previas mostró una correlación inversa con la escala de Desesperanza de Beck ($r = -0,45$; $P < 0,05$). Por último, el Tiempo de Evolución mostró una correlación directa con la subescala PANSS – ($r = 0,44$; $P < 0,05$).

En el subgrupo de motivación depresiva (tabla XVIII), la escala de Depresión de Calgary mostró una significativa y fuerte correlación con la escala de Desesperanza de Beck ($r = 0,85$; $P < 0,001$). La subescala PANSS + correlacionó directamente con la escala de Insight ($r = 0,63$, $P = 0,05$). La subescala PANSS – correlacionó con la escala de Depresión de Calgary ($r = 0,49$; $P < 0,05$). Ni el Nivel Educativo ni las Tentativas Previas mostraron correlación con ninguna de las demás variables. El Tiempo de Evolución mostró una correlación directa con las escalas de Desesperanza de Beck ($r = 0,50$; $P < 0,05$) y de Depresión de Calgary ($r = 0,57$; $P < 0,05$).

Tabla XVII. Correlación de las variables en el subgrupo de motivación psicótica. Muestra reevaluada al año.

N = 21	<i>BHS</i>	<i>CDS</i>	<i>SUMD</i>	<i>PANSS</i> +	<i>PANSS</i> -	<i>N. EDUC.</i>	<i>TENT. PREV.</i>	<i>T. EVOL.</i>
<i>BHS</i>								
<i>CDS</i>	0,61 <i>P</i> < 0,01							
<i>SUMD</i>	n.s.	n.s.						
<i>PANSS</i> +	0,71 <i>P</i> < 0,001	0,55 <i>P</i> < 0,01	n.s.					
<i>PANSS</i> -	0,62 <i>P</i> < 0,01	0,62 <i>P</i> < 0,01	n.s.	0,70 <i>P</i> < 0,001				
<i>N. EDUC.</i>	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.			
<i>TENT. PREV.</i>	- 0,45 <i>P</i> < 0,05	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
<i>T. EVOL.</i>	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,44 <i>P</i> < 0,05	n.s.		

* Coeficientes: Rho de Spearman.

BHS (Beck Hopelessness Scale); CDS (Calgary Depression Scale); SUMD (Scale to assess Unawareness of Mental Disorder); PANSS + (subescala PANSS positiva); PANSS - (subescala PANSS negativa); N. EDUC. (Nivel Educativo); TENT. PREV (Tentativas Previas); T.EVOL. (Tiempo de Evolución).

Tabla XVIII. Correlación de las variables en el subgrupo de motivación depresiva. Muestra reevaluada al año.

N = 18	<i>BHS</i>	<i>CDS</i>	<i>SUMD</i>	<i>PANSS</i> +	<i>PANSS</i> –	<i>N. EDUC.</i>	<i>TENT. PREV.</i>	<i>T. EVOL.</i>
<i>BHS</i>								
<i>CDS</i>	0,85 <i>P</i> < 0,001							
<i>SUMD</i>	n.s.	n.s.						
<i>PANSS</i> +	n.s.	n.s.	0,63 <i>P</i> = 0,05					
<i>PANSS</i> –	n.s.	0,49 <i>P</i> < 0,05	n.s.	n.s.				
<i>N. EDUC.</i>	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.			
<i>TENT. PREV.</i>	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
<i>T. EVOL.</i>	0,50 <i>P</i> < 0,05	0,57 <i>P</i> < 0,05	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	

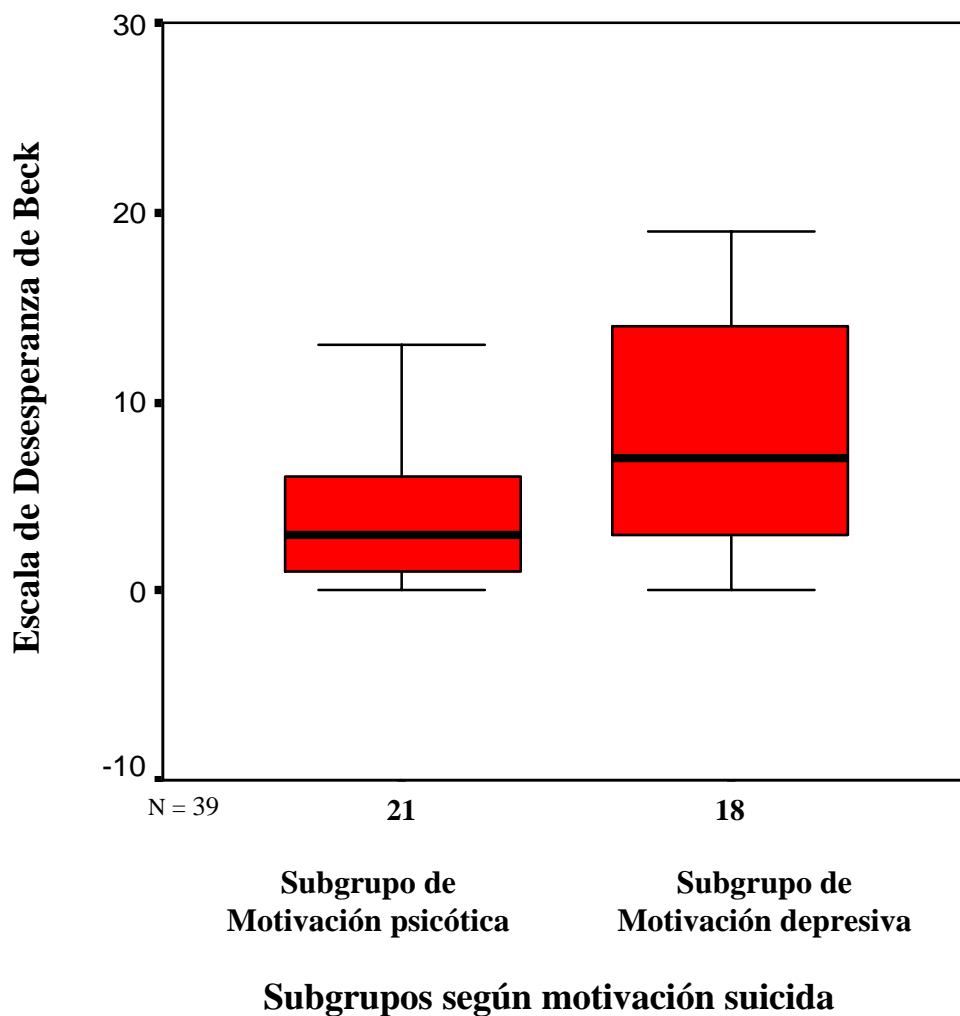
* Coeficientes: Rho de Spearman.

BHS (Beck Hopelessness Scale); CDS (Calgary Depression Scale); SUMD (Scale to assess Unawareness of Mental Disorder); PANSS + (subescala PANSS positiva); PANSS – (subescala PANSS negativa); N. EDUC. (Nivel Educativo); TENT. PREV (Tentativas Previas); T.EVOL. (Tiempo de Evolución).

Análisis multivariante. Tras aplicar una Regresión logística utilizando el método condicional por pasos hacia delante, incluyendo como variables independientes las variables que resultaron significativas y con tendencia a la significación en el análisis univariante, hallamos un modelo en el cual las variables que permanecen en la ecuación son el Nivel Educativo (Beta = 2,43; Error típico = 1,09; Wald = 4,93; gl = 1; *P* = 0,026; Odds ratio = 11,33), el Tiempo de Evolución (Beta = 0,21; Error típico = 0,08; Wald = 6,74; gl = 1; *P* = 0,09; Odds ratio = 1,24) (Gráfico 10) y las Tentativas Previas (Beta = – 2,08; Error típico = 1,14; Wald = 3,31; gl = 1; *P* = 0,069; Odds ratio = 0,12). Estas

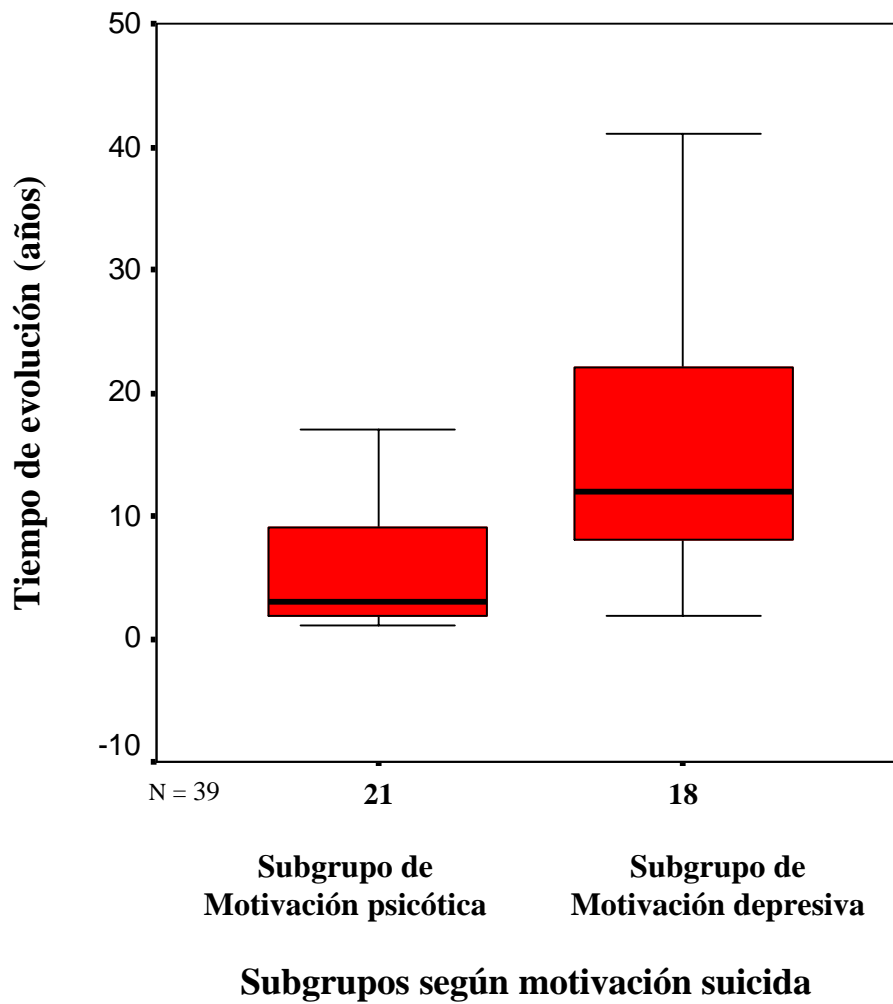
variables permiten clasificar un 74,4 % de los pacientes correctamente (76,2 % de los pacientes con motivación psicótica para la tentativa suicida, y un 72,2 % de los pacientes con motivación depresiva). Se realizó también la Regresión logística incluyendo todas las variables, y la ecuación resultó idéntica.

Gráfico 9. Escala de Desesperanza de Beck en los Subgrupos según la motivación suicida. Muestra reevaluada al año.



* U de Mann-Whitney

Gráfico 10. Tiempo de Evolución en los Subgrupos según la motivación suicida. Muestra reevaluada al año.



* U de Mann-Whitney

DISCUSIÓN

6. DISCUSIÓN

6. A ESTUDIO PROSPECTIVO CONSIDERANDO TRES GRUPOS SEGÚN SU SUICIDABILIDAD.

La importancia del suicidio en la esquizofrenia es indiscutible en la actualidad. Entre el 10 – 13 % de los esquizofrénicos se suicidan (Miles, 1977; Drake et al, 1985; Caldwell y Gottesman, 1992; Reid, 1998 a) y el suicidio es la causa principal de muerte prematura en la esquizofrenia (Caldwell y Gottesman, 1992). Además, entre el 20 – 55 % de los esquizofrénicos comenten alguna tentativa suicida (Modestin et al, 1992; Roy et al, 1984).

A pesar de la importancia de este fenómeno, existen muy pocos estudios que evalúen las características psicopatológicas del esquizofrénico suicida, de modo prospectivo, y en situación de estabilidad, como el estudio que presento. Esto ha sido debido, por una parte, a la complejidad metodológica que entraña el estudio de este fenómeno, y a la complejidad intrínseca que comportan la mayoría de las características clínicas que han de ser estudiadas.

En cuanto a las **dificultades metodológicas**, el estudio de los esquizofrénicos con suicidio consumado conlleva unas limitaciones obvias que ya fueron señaladas, como el hecho de ser un suceso poco frecuente, el establecimiento de la causa de la muerte, la imposibilidad de realizar una evaluación clínica, o de realizar un estudio prospectivo como el que presento. Ya fueron comentados los hallazgos que daban soporte a la evaluación de las tentativas suicidas como modelo similar al de los suicidas consumados, y las ventajas que ello nos brinda. Por otra parte, la probable heterogeneidad del conjunto de esquizofrénicos suicidas, debe haber contribuido a la disparidad de hallazgos entre los diferentes estudios.

En cuanto a las dificultades derivadas de la complejidad de los fenómenos clínicos implicados, basta señalar cómo hasta hace pocos años no se ha conseguido disponer de escalas adecuadas, y de demostrada validez y fiabilidad, de aspectos tan esenciales pero complejos, como la depresión o el insight.

Por otra parte son numerosos los estudios con importantes **limitaciones metodológicas**, como utilizar una muestra muy reducida, la heterogeneidad diagnóstica de las mismas, no incluir un grupo control, carecer de evaluaciones a doble ciego, basar la recogida de datos a partir de las anotaciones de las historias clínicas (en estudios retrospectivos sobre suicidas consumados), analizar los resultados sólo con estadística univariante, o el uso de escalas inadecuadas o poco útiles para la valoración de diferentes aspectos psicopatológicos del esquizofrénico.

La heterogeneidad de los resultados en los diferentes estudios, probablemente se debe a una heterogeneidad metodológica entre éstos, y a heterogeneidad real entre los esquizofrénicos suicidas, aspecto en el que profundizaré al discutir sobre los probables subtipos de esquizofrénicos suicidas.

No hallamos diferencias significativas entre casos y controles para las variables sociodemográficas, en nuestros estudios transversales en fase aguda (Cejas, 1998; Gracia et al, 1999; Cejas et al, 2002; Aguilar et al, 2003), ni en el análisis descriptivo de los tres grupos en este estudio, en la muestra inicial ni en la reevaluada al año (Tablas III y IV de Resultados), como tampoco las han hallado otros autores (Roy et al, 1984; Drake et al, 1984; Cheng et al, 1990; Cohen et al, 1994; Harkavy-Friedman y Nelson, 1997; Harkavy-Friedman et al, 1999; Kim et al, 2003), por lo que en el estudio que presento en reevaluación anual no fueron incluidas en el análisis.

En mi *primer objetivo* he planteado dilucidar si existe un perfil psicopatológico asociado a la suicidabilidad del paciente esquizofrénico en periodo de estabilidad.

La mayoría de los estudios se han centrado en el perfil psicopatológico presente en fase aguda, que aunque útil, resulta limitado. En la práctica clínica, resultaría de gran valor el poder identificar a los esquizofrénicos suicidas aún en situación de alejamiento temporal de las crisis, para así poder desarrollar las estrategias de prevención, terapéuticas y de vigilancia adecuadas.

De acuerdo con mi primera hipótesis, aún al año de la evaluación inicial, los esquizofrénicos pertenecientes al grupo de 'alta suicidabilidad', presentaron un perfil psicopatológico identificable. Al analizar los grupos extremos mediante la U de Mann-Whitney y Regresión logística posterior, el grupo de alta suicidabilidad presentó mayor desesperanza y menor sintomatología negativa, con respecto al grupo de baja

suicidabilidad. Por otra parte, en la prueba de Kruskal-Wallis entre los tres grupos, el grupo de alta suicidabilidad presentó mayor depresión y desesperanza que los otros grupos.

Por tanto, y en cuanto al binomio depresión-desesperanza, mientras que en nuestros estudios de fase aguda la variable significativa ha sido la depresión, mayor para los pacientes con tentativa suicida (Cejas, 1998; Gracia et al, 1999; Cejas et al, 2002; Aguilar et al, 2003), en el estudio actual es la desesperanza, mayor para los pacientes de alta suicidabilidad, si consideramos el análisis más discriminante entre los pacientes que buscamos identificar; esto es, los más suicidas, y los que no lo son.

La **depresión** ha resultado significativa en nuestros estudios de fase aguda (Cejas, 1998; Gracia et al, 1999; Cejas et al, 2002; Aguilar et al, 2003), pero no en el estudio actual, cuando analizamos los grupos extremos.

Nuestros *hallazgos en fase aguda* afianzan la asociación defendida por diversos autores entre la depresión y el suicidio en la esquizofrenia. Por otra parte, las correlaciones halladas, apuntan a que la desesperanza, depresión e insight podrían formar parte de un mismo constructo relacionado (Cejas, 1998; Gracia et al, 1999; Cejas et al, 2002; Aguilar et al, 2003).

En nuestro estudio sobre la muestra en curso (116 pacientes), en fase aguda, donde diferenciamos entre casos (tentativas) y controles, hallamos que los esquizofrénicos con tentativa suicida tenían significativamente mayor depresión y desesperanza, mayor cumplimentación, y menor sintomatología psicótica. Sin embargo, en el análisis multivariante la única variable que permanecía significativa fue la depresión. Otros hallazgos interesantes fueron la correlación en el grupo de casos, de la depresión con desesperanza e intención suicida, y de la desesperanza con depresión, intención suicida y con mayor conciencia de enfermedad (Cejas et al, 2002; Aguilar et al, 2003).

Como expuse previamente, existe acuerdo en que la depresión (con mayor o menor importancia de la desesperanza según los autores) constituye un factor de riesgo de suicidio en la esquizofrenia. Podemos recordar, como datos significativos, el hallazgo de altas tasas de depresión en los esquizofrénicos que consumaron suicidio, entre el 59 % que halló Saarinen, y el 64 % de Heilä, en sus estudios retrospectivos (Saarinen et al, 1999; Heilä et al, 1997). En otro estudio retrospectivo sobre suicidios consumados en esquizofrénicos, De Hert halló una fuerte asociación entre depresión y suicidio, con un

Odds Ratio de 36 para la depresión; con diferencia, la mayor hallada entre todas las variables analizadas (De Hert et al, 2001). Estos estudios evaluaron la depresión de forma retrospectiva, en fase aguda o de crisis; por tanto, identificando su componente principal de *estado*.

Aunque nuestros hallazgos y los de otros autores apuntan a que la depresión posee principalmente un carácter de *estado*, y que resulta la variable más importante en situación aguda, también hemos obtenido hallazgos que sugieren que posee además un componente de *rasgo*, al igual que otros autores. Este componente de *rasgo* de la depresión probablemente estaría encuadrado en el ‘esquema cognitivo de desesperanza - depresión’ estable a lo largo del tiempo y existente en un grupo de esquizofrénicos suicidas, y que describo más adelante.

En este sentido, existen estudios cuyos hallazgos son indicativos de un patrón basal de depresión, o cuando menos una tendencia a la recurrencia de la misma.

Addington, halló en su estudio prospectivo, que los esquizofrénicos con tentativas previas tenían mayores niveles de depresión, no sólo en la fase aguda de hospitalización, sino también a los seis meses de ésta (Addington y Addington, 1992). Roy halló sobre una muestra de esquizofrénicos con suicidio consumado una historia de episodios depresivos previos, el tratamiento previo con antidepresivos, o un último ingreso debido a motivos depresivos (Roy, 1982 a); o en el estudio de Cheng, más antecedentes de episodios depresivos y tentativas previas (Cheng et al, 1990). Es de destacar que en su otro estudio de esquizofrénicos con tentativas previas comparados con un grupo de esquizofrénicos sin tentativas, Roy obtiene las mismas variables significativas que en su estudio sobre suicidio consumado, salvo el último ingreso debido a motivos depresivos (Roy et al, 1984).

Ya en este estudio, cuando analizamos los tres grupos de la muestra reevaluada al año, tanto la desesperanza como la depresión resultan mayores en el grupo de alta suicidabilidad con respecto a los otros dos grupos, de forma significativa. La depresión mostró tal significación a expensas de una mediana de 3, que se correspondería con ‘no depresión’ en una clasificación dicotómica. Esta mayor puntuación podría ser consecuencia de aquellos síntomas más cognitivos y estables que valora esta escala (como la desesperanza, infravaloración personal, o los sentimientos de culpa) y que serían los que persistirían en este grupo de pacientes con un esquema cognitivo de desesperanza - depresión. Sin embargo, no puedo asegurarlo, ya que no analizamos cada

uno de los síntomas depresivos por separado. Aunque probablemente el análisis de los grupos extremos sea más discriminante, este hallazgo resulta también de interés.

Si bien la relación entre la depresión esquizofrénica y el suicidio en la actualidad parece indiscutible, existe controversia en la actualidad sobre diversos aspectos de ésta, hecho que parece derivado de la complejidad del fenómeno en sí y de las dificultades metodológicas para su estudio. En este sentido, los temas más importantes sobre los que se debate son los tipos de depresión y los factores que la desencadenan.

La **desesperanza** ha resultado significativa en este estudio (reevaluación anual) al analizar los grupos extremos, mientras que no lo fue en nuestros estudios de fase aguda.

Los esquizofrénicos de alta suicidabilidad presentaron mayor desesperanza y menor sintomatología negativa, con respecto a los de baja suicidabilidad.

La desesperanza también resultó significativa al analizar los tres grupos, junto con la depresión, mayores para los esquizofrénicos de alta suicidabilidad.

En mi opinión el principal motivo para que la desesperanza sea la variable más importante para diferenciar a los esquizofrénicos de los grupos extremos en la reevaluación anual es el carácter más estable de ésta con respecto a la depresión. En fase de estabilidad, los esquizofrénicos con una desesperanza basal, implicada en un esquema cognitivo de desesperanza - depresión (desesperanza como *rasgo*), presentarían diferencias en las puntuaciones de esta variable con respecto a aquellos sin este esquema cognitivo, como así ha sido en este estudio. Sin embargo, en fase aguda, si bien los esquizofrénicos con desesperanza basal aumentan sus niveles de desesperanza (como *estado*) de forma reactiva a estrés (vital, por descompensación de su enfermedad y/o depresión), los esquizofrénicos sin esta desesperanza basal pueden presentar desesperanza como *estado*, ante la situación de crisis. Estos niveles de desesperanza en este grupo normalmente no serían tan altos como en aquellos en los que subyace un grado de desesperanza basal, pero sí lo suficiente como para que no pudiéramos detectar diferencias significativas entre ambos grupos. En nuestro estudio en fase aguda, en el que la desesperanza no resultó significativa tras el análisis multivariante (Cejas et al, 2002; Aguilar et al, 2003), los esquizofrénicos con tentativa suicida presentaron, según los puntos de corte recomendados, niveles de desesperanza de carácter moderado con una mediana de 11; mientras que los controles presentaron un nivel de desesperanza leve, con una mediana de 5.

En este estudio, los esquizofrénicos de alta suicidabilidad presentaron una desesperanza significativamente mayor que los otros grupos, con una mediana de 5, correspondiente a ‘desesperanza leve’, frente a los grupos de media y baja suicidabilidad, que presentaron una mediana de 3, es decir ‘desesperanza ausente o mínima’ (Tabla VI de Resultados).

No olvidemos que en este estudio, no analizo la existencia o no de ninguna de las variables de modo dicotómico, sino la intensidad de las mismas y las diferencias entre los grupos analizados. De este modo, en el caso de la depresión y la desesperanza, han sido medidas mediante los resultados que ofrecen las escalas de Depresión de Calgary y de Desesperanza de Beck, respectivamente, y no por una clasificación del tipo ‘presente’ o ‘ausente’.

Realmente una clasificación dicotómica de la sintomatología en un estudio como el que presento no tendría sentido. Por una parte, la naturaleza y la realidad clínica de las alteraciones psicopatológicas que estudiamos no se adecuan a una clasificación de este tipo. Por otra parte, las escalas que valoran las alteraciones psicopatológicas generalmente no consideran el tipo de clasificaciones ‘presente’, o ‘ausente’, y las que lo incluyen, se basan en estudios de fase aguda, con lo que no resultaría extrapolable a una evaluación en periodo de estabilidad, que busca identificar las variables con carácter de *rasgo*, de menor intensidad.

En la literatura existen pocos estudios prospectivos sobre esquizofrénicos suicidas, que serían los ideales para el estudio de este esquema cognitivo de desesperanza - depresión basal. Sin embargo, la mayoría de estos escasos estudios han obtenido hallazgos muy interesantes que dan soporte a esta hipótesis, y coinciden con nuestros hallazgos.

En este sentido, destaca el estudio de Cohen, quien halla que los esquizofrénicos de su muestra que terminaron suicidándose, presentaban de forma significativa mayor desesperanza y distrés subjetivo que los no suicidas ya desde la evaluación basal varios años antes (Cohen et al, 1990).

Aguilar halló que los pacientes con tentativas previas tenían mayores niveles de desesperanza al ingreso que aquellos sin tentativas, y que la ideación suicida al ingreso se correlacionaba con mayor desesperanza al mes y a los tres meses (Aguilar et al, 1995).

Kim et al, en su estudio sobre esquizofrénicos crónicos, tras diferenciar entre esquizofrénicos ‘suicidas’ (incluían desde ideación hasta tentativas suicidas) y ‘no

suicidas', hallaron que las únicas variables predictivas fueron la desesperanza y la dependencia a tóxicos para la suicidabilidad actual (siendo la desesperanza la de mayor aportación al modelo), y la desesperanza para la historia de suicidabilidad previa. Estos autores señalan que la desesperanza parece ser el mejor predictor suicida en los esquizofrénicos crónicos (Kim et al, 2003).

Estos resultados también afianzan la hipótesis de Beck sobre el modelo cognitivo de desesperanza basal, y explicarían la existencia de más tentativas previas ya que se trata de pacientes más vulnerables y tendentes al suicidio ante las situaciones de crisis.

Nuestros hallazgos sobre la desesperanza, mayor en los esquizofrénicos suicidas aún en periodo de estabilidad, coinciden también con los interesantes hallazgos de Young en su estudio prospectivo, sobre una muestra de pacientes con depresión mayor. Este autor halló que los pacientes que realizaron posteriormente tentativas suicidas presentaban significativamente mayor desesperanza basal, que aquellos que no presentaron estas conductas; mientras que la desesperanza cuando existía depresión, y la 'sensibilidad' de ésta a la depresión no fueron significativamente diferentes entre ambos grupos (Young et al, 1996). En este sentido, la desesperanza más importante para este autor sería la basal, y así, señala que la cuestión clave sería '¿qué desesperanza tiene el paciente cuando no está deprimido, y cuánto más aumenta cuando se deprime?', más que preguntarnos '¿qué desesperanza tiene este paciente deprimido?'.

Por tanto, realmente nuestros hallazgos se corresponden mayormente con los obtenidos por Young y con sus hipótesis, aunque también con las hipótesis de Beck. Mientras que Beck hipotetiza que la intensidad de la desesperanza que valoramos en una 'crisis' puede predecir futuras conductas suicidas, dado que ésta volverá a aumentar en sucesivas fases de crisis hasta niveles similares, conllevando sucesivos riesgos suicidas (Beck et al, 1990), Young halla e hipotetiza que la desesperanza basal como *rasgo*, estable a lo largo del tiempo, es la relacionada con el riesgo suicida en el futuro (Young et al, 1996). Así, en nuestra evaluación en fase aguda no hallamos diferencias significativas para la desesperanza entre los grupos de casos y controles en el análisis multivariante (Cejas, 1998; Gracia et al, 1999; Cejas et al, 2002; Aguilar et al, 2003), pero sí en fase de estabilidad; desesperanza que sería la que este autor señala como estable, o de *rasgo*.

Como ya señalé, en el grupo de alta suicidabilidad, la mediana de la escala de desesperanza de Beck fue de 5, lo que se correspondería con un grado de desesperanza 'leve', al contrario que los otros dos grupos, que presentaron una mediana de 3, esto es, 'ninguna o mínima'. Dado que la evaluación corresponde al periodo de estabilidad, este valor se corresponde con lo esperado, es decir, una desesperanza basal como *rasgo*, leve pero existente, que ante crisis y derivado de sus características de *estado* aumentaría hasta niveles altos, con riesgo suicida.

Sin embargo, algunos autores y nuestro grupo de trabajo, hemos obtenido hallazgos que apuntan a que la desesperanza posee además un componente de *estado*, y que podría ser una variable importante en fase aguda para la identificación del esquizofrénico suicida.

Drake et al hallaron que los esquizofrénicos que se suicidaron tenían mayor desesperanza que los controles (Drake et al, 1984), y considera que ésta constituye un eslabón indispensable entre la depresión y el suicidio (Drake y Cotton, 1986 a).

Ya en este estudio, cuando analizamos los tres grupos de la muestra total (N = 130) en fase aguda, tanto la depresión como la desesperanza fueron mayores para el grupo de alta suicidabilidad con respecto a los otros dos grupos (Tabla IV de Resultados). Por su parte, en nuestros estudios previos de fase aguda, aunque la desesperanza no resultó significativa tras el análisis multivariante, sí lo fue en el univariante, y en ambos estudios hallamos correlaciones entre la depresión y la desesperanza (Cejas, 1998; Gracia et al, 1999; Cejas et al, 2002; Aguilar et al, 2003). Por último, el hecho de no haber obtenido diferencias significativas para la desesperanza en los análisis multivariantes de nuestros estudios previos en fase aguda, no implica que la desesperanza no sea un factor de riesgo para el suicidio, sino que no permite *identificar* tanto como la depresión a los esquizofrénicos suicidas en estas fases. Recordemos que uno de los motivos para ello es que los esquizofrénicos controles también presentan una desesperanza como *estado* ante situaciones de crisis.

De hecho, pienso que tanto la depresión como la desesperanza son factores de riesgo para el suicidio esquizofrénico en fase aguda.

En resumen, y a la vista de nuestros hallazgos y los de otros autores, aunque la depresión tiene un componente principal de *estado*, y la desesperanza de *rasgo*, ambas poseen características de rasgo y de estado, probablemente están implicadas en un esquema cognitivo de desesperanza - depresión, y existe gran interrelación entre ambas.

A este respecto, si revisamos la literatura existente, los estudios más significativos que hallan la depresión como el principal factor de riesgo para el suicidio esquizofrénico, la hallan en fase aguda, es decir, en el periodo en el que el paciente se suicidó o hizo una tentativa suicida (Roy, 1982 a; Heilä et al, 1997; Saarinen et al, 1999; De Hert et al, 2001). Mientras que los que hallan la desesperanza como un factor de riesgo clave la evidencian generalmente distanciada en el tiempo con respecto a la tentativa o suicidio consumado (Beck et al, 1985; Beck et al, 1990; Cohen et al, 1990; Aguilar et al, 1995; Young et al, 1996; Fenton et al, 1997; Kim et al, 2003). Estos hallazgos en definitiva, refuerzan nuestra hipótesis de la desesperanza más como *rasgo* y la depresión más como *estado*.

La **relación entre la depresión y la desesperanza** en la esquizofrenia es un aspecto delicado, y escasamente abordado por los diferentes autores. De hecho, un análisis de los diferentes argumentos podría hacer pensar en contradicciones entre algunos de ellos. Así, por ejemplo, mientras Birchwood al exponer su hipótesis de la vulnerabilidad psicológica, argumenta que la desmoralización crónica (desesperanza) conduce finalmente a la depresión, Beck expone que cuando se produce la depresión (u otros factores de estrés), la desesperanza aumenta. Sin embargo, estas afirmaciones aparentemente contrapuestas cobran sentido cuando tenemos en cuenta las interrelaciones entre ambas, y que la desesperanza posee características de *rasgo* y de *estado*. Así, Birchwood se refiere a la desesperanza como desmoralización crónica, es decir, como *rasgo*, mientras que Beck hacía referencia en esta ocasión a las variaciones de la desesperanza ante distintos factores, esto es, la desesperanza como *estado*.

De todas formas, e independientemente de la aparente relación de causa – efecto que pudiera existir entre ambas, en mi opinión gran parte de esta dificultad para establecer relaciones entre ambas variables, es que la desesperanza está imbricada en la depresión. Por un lado, tenemos que la desesperanza es un componente cognitivo de la depresión (de hecho, uno de los ítems de la escala de Depresión de Calgary es la desesperanza). Por otra parte, ésta cobra mayor importancia cuando pensamos que, tal como señalaba Drake, la depresión en la esquizofrenia se caracteriza sobre todo por sintomatología de tipo cognitivo, como la desesperanza y las ideas de suicidio, aspecto este último que ha sido hallado altamente dependiente de la propia desesperanza.

Coincido con la opinión al respecto de Birchwood, quien considera que la desesperanza o ‘desmoralización crónica’ y la depresión forman parte de un ‘continuum’ (Birchwood

et al, 1993). Esta desmoralización crónica ha sido encuadrada por Siris en las ‘Reacciones frente a decepción o estrés’, de carácter crónico (Siris, 2000).

Además, no existe una relación causa – efecto unidireccional entre ambas, sino que ambas pueden desencadenar aumentos en la otra. Así, por ejemplo, la desesperanza mantenida en el tiempo (desesperanza como rasgo) puede provocar finalmente depresión. En otros pacientes, el padecer un episodio depresivo, puede aumentar la desesperanza, dado que ésta es uno de los componentes de la primera, y porque la depresión constituye en sí misma una situación de ‘crisis’; estas ‘crisis’ se han demostrado aspecto clave para el incremento de la desesperanza a costa de su componente de *estado*.

Aunque tanto la depresión como la desesperanza pueden existir independientemente sin que exista la otra, normalmente coexisten en grado variable. Como han señalado Drake y Cotton al respecto, los pacientes raramente tienen desesperanza en ausencia de humor triste (Drake y Cotton, 1986 a).

Por tanto, pienso que existe una relación directa entre la depresión y la desesperanza en el paciente esquizofrénico, ya que la segunda es uno de los componentes de la primera, ambas pueden variar según la influencia de la otra, y coexisten en un esquema cognitivo de depresión - desesperanza. Además, la desesperanza constituye un eslabón muy importante, y para algunos autores indispensable, con el suicidio.

El hallazgo de una mayor desesperanza en el grupo de alta suicidabilidad con respecto al grupo de baja suicidabilidad, confirma la hipótesis en la que sostuve que existirían diferencias entre los grupos, ya que pienso que existe un **‘estilo o esquema cognitivo de desesperanza - depresión’** que se mantiene estable a lo largo del tiempo en un grupo de pacientes esquizofrénicos. Con el propósito de dar soporte a esta hipótesis, y ver qué características psicopatológicas se comportaban como *rasgo* y cuáles como *estado*, realicé el estudio que presento, con estas características.

Nuestros hallazgos y mi hipótesis coinciden con lo expuesto por Beck. Aunque los estudios de este autor no se centraron en pacientes esquizofrénicos, sus hipótesis han sido progresivamente afianzadas por los hallazgos de diferentes e importantes estudios sobre esquizofrénicos.

Beck hipotetiza que un grupo de pacientes tienen un modelo cognitivo de desesperanza, y que ésta supone el eslabón más directamente relacionado con el suicidio. Como tal modelo cognitivo, éste se mantiene estable en el tiempo, por lo que podemos

categorizarla como una variable de *rasgo*, que Beck denomina desesperanza basal. Sin embargo, insiste en que la desesperanza tiene además un importante componente de *estado*, ya que ésta aumenta ante situaciones de depresión y/o estrés, y es este aumento el que comporta un mayor riesgo suicida. Además, halla que esta desesperanza basal aumenta de forma similar en un mismo paciente ante sucesivos episodios depresivos o de estrés. Por lo tanto, ya este autor señalaba que la desesperanza poseía características de *rasgo*, pero también de *estado* (Beck et al, 1985; Beck et al, 1990).

Ya sobre población esquizofrénica, fue Drake quien halló la importancia de la desesperanza para el suicidio esquizofrénico, y Birchwood quien amplía los conocimientos sobre el modelo cognitivo propuesto por Beck, al hallar la base psicológica que predispone al mismo, que es la que llama ‘vulnerabilidad psicológica’ (Drake et al, 1984; Drake y Cotton, 1986 a; Birchwood et al, 1993; Birchwood e Iqbal, 1998).

Aunque en la literatura no existe una descripción clara del esquema o estilo cognitivo propio del paciente que muestra esta desesperanza basal y estable, las diferentes características que apuntan los autores más relevantes al respecto me permiten conformar un modelo en la actualidad. Lo he denominado como ‘esquema cognitivo de desesperanza - depresión’. Como veremos a continuación, y coincidiendo con Birchwood, pienso que en estos pacientes existe un ‘continuum’ entre ambas, máxime cuando consideramos que la mayor parte de los síntomas de depresión en la esquizofrenia son de tipo cognitivo, y buena parte de ellos tiende a mantenerse en el tiempo con menor intensidad que en fases de depresión aguda.

Para describir este esquema, Beck hace referencia a unos esquemas cognitivos estables, organizados sobre una base de expectativas negativas.

Recordemos que en un estudio prospectivo halló que los únicos indicadores suicidas fiables de los que consumaron suicidio, desde la evaluación inicial 5-10 años antes, fueron la escala de desesperanza de Beck, y el ítem de pesimismo de la escala de Beck, si bien la muestra comprendía pacientes de todos los diagnósticos (Beck et al, 1985).

Los hallazgos de Cohen en su estudio prospectivo sobre esquizofrénicos con suicidio consumado fueron muy significativos para el soporte de la hipótesis de Beck, al hallar que desde varios años antes de suicidarse, estos pacientes presentaban significativamente mayor desesperanza, y mayor distrés e insatisfacción con sus vidas subjetivo y autoevaluado (destacando los sentimientos de soledad y de insatisfacción

con las relaciones sociales). Sin embargo, las valoraciones objetivas realizadas por los evaluadores sobre estos mismos aspectos y otros, no resultaron significativas, lo que refuerza la hipótesis de Beck de un esquema cognitivo negativo (Cohen et al, 1990).

También los hallazgos de un estudio prospectivo más reciente apoyan esta hipótesis. En este se obtuvo que desde las fases iniciales de la esquizofrenia (previo al ingreso), las únicas variables significativamente diferentes entre los esquizofrénicos suicidas (presentaron ideas o tentativas suicidas durante el periodo prospectivo de 5 años) y los no suicidas, fueron la ‘escasa autoconfianza’ y los ‘sentimientos de culpa’, mayores para los primeros (Häfner et al, 1999).

Birchwood y su grupo de trabajo han ampliado la comprensión de este modelo centrándose además sobre pacientes esquizofrénicos. Señalan como aspectos claves de este esquema cognitivo la ‘valoración’ que el paciente realiza de la psicosis en su vida, con sentimientos de pérdida, humillación, atrapamiento, derrota por la misma, y de falta de control sobre la psicosis. Por otra parte, destaca la ‘atribución’ de la psicosis; aspecto que tienden a achacar a ellos mismos, con mayor autocrítica y menor autoestima. Todo ello condiciona, en definitiva, una incapacidad de conformar una identidad propia positiva como persona (Beck et al, 1985; Beck et al, 1990; Birchwood et al, 1993; Birchwood e Iqbal, 1998; Iqbal et al, 2000).

Digamos que las características descritas son propias de los sentimientos, reacciones y valoraciones más íntimas y profundas que realiza la ‘persona’ que padece la psicosis, y que estas son aspectos que desencadenan y se traducen en un nivel psicopatológico más fácilmente identificable en la evaluación clínica como ‘desesperanza’ y ‘depresión’. A la vista de estas características resulta comprensible la defensa del ‘continuum’ entre ambas, ya que se entremezclan pensamientos y sentimientos propios de desesperanza (como la conciencia de enfermedad, atrapamiento y derrota por la psicosis con la consiguiente escasa expectativa de futuro), y de depresión (como la autocrítica, infravaloración personal, y sentimientos de humillación).

Este esquema cognitivo predispone a que las valoraciones que el paciente hace sobre sí mismo, su enfermedad y su vida, sean negativas.

Me parecen especialmente significativos los hallazgos de Rooke, Birchwood y colaboradores en su estudio prospectivo (segunda evaluación a los 2,5 años). Estos autores hallan en el grupo de esquizofrénicos deprimidos, un alto grado de estabilidad

de las puntuaciones de depresión entre ambas evaluaciones, y una alta correlación de la desesperanza con la depresión. Además, el sentimiento de ‘atrapamiento’, un alto insight y una valoración de ‘pérdida’ de rol social y autonomía se asociaron significativamente a la depresión. La variable con más fuerte asociación fue el sentimiento de ‘atrapamiento’, tanto en la evaluación inicial como en la reevaluación. Por último, también hallaron para el conjunto de esquizofrénicos (deprimidos y no deprimidos) una importante estabilidad en las valoraciones de ‘atrapamiento’, ‘pérdida’ de rol social y autonomía, y la ‘atribución’ de causalidad (Rooke et al, 1998). Todos estos resultados indican la estabilidad de estos aspectos cognitivos, y la relación de éstos con la depresión y la desesperanza, conformando un modelo cognitivo, un ‘continuum’, tal y como defiende a la vista de nuestros propios hallazgos.

La hipótesis de la **vulnerabilidad psicológica** propuesta por Birchwood, a mi entender, viene a explicar el por qué algunos pacientes presentan una desesperanza o desmoralización crónica, y otros no. No creo que esto pueda ser secundario solamente a los sustratos ‘biológico’ o ‘social’ que conllevan la enfermedad, y pienso como este autor, que en la génesis y mantenimiento de un aspecto tan cognitivo como la desesperanza, subyacen fundamentalmente mecanismos de tipo psicológico. Tal y como halló este autor, las *actitudes de afrontamiento* que adopta el paciente ante la enfermedad resultan determinantes para el desarrollo o no de desesperanza crónica y depresión. Realmente, es indudable que ante un suceso vital tan importante como es la psicosis, la persona reacciona con determinados mecanismos de defensa y afrontamiento. El estilo de afrontamiento ‘de encapsulado’, es el relacionado con la desesperanza y depresión posteriores, y como señala Birchwood, es un mecanismo de defensa que resulta inefectivo.

Por otra parte, existen diversos estudios que fueron expuestos en la introducción, que han hallado que los esquizofrénicos suicidas tienen más antecedentes de **tentativas previas** que los no suicidas, y ello es indicativo de un patrón de recurrencia caracterizado por la vulnerabilidad ante las situaciones de crisis, que desencadena con mayor facilidad estas conductas suicidas, y en cuya base estaría según la hipótesis de Beck y nuestro grupo de trabajo, un esquema cognitivo con desesperanza basal, y en cuya génesis según Birchwood, se situaría la vulnerabilidad psicológica.

Las tentativas previas constituyen un factor de riesgo demostrado para el suicidio esquizofrénico, y al ser indicativo indirectamente de este patrón cognitivo basal y mayor vulnerabilidad, constituye por ambos motivos, uno de los aspectos más útiles para diferenciar el grado de suicidabilidad del paciente esquizofrénico. De hecho, este ha sido uno de los principales criterios para la diferenciación en tres grupos según grado de suicidabilidad, en este estudio. Es de resaltar que al menos entre el 20 y el 55 % de los esquizofrénicos realizan alguna tentativa suicida (Modestin et al, 1992; Roy et al, 1984), y que de los esquizofrénicos que consuman suicidio, un alto porcentaje de ellos cuenta con este antecedente, que llega hasta el 73 % en el estudio de Drake (Drake et al, 1984).

En cuanto a los **factores desencadenantes**, Beck ya señalaba que sobre un estilo cognitivo con desesperanza basal, la existencia de ‘crisis’ desencadena aumentos en el nivel de desesperanza y con ello, del riesgo suicida.

Estoy totalmente de acuerdo con la observación de que debe existir una ‘crisis’ como desencadenante para el aumento de esta desesperanza basal, y que éste no se produce de forma espontánea. No olvidemos que los pacientes esquizofrénicos normalmente experimentan mayor estrés ante los acontecimientos adversos o vitales, ya que la enfermedad en sí misma les limita la capacidad de afrontamiento de los problemas diarios de la vida.

Estos factores desencadenantes podrían ser derivados por una parte, del empeoramiento de los síntomas de la propia enfermedad, y por otra, de acontecimientos vitales. Además, tal y como comparto, algunos autores como Birchwood y Rooke, consideran la psicosis en sí misma como un acontecimiento vital principal en la vida de la persona, y determinados síntomas de la enfermedad (alucinaciones, por ejemplo) y consecuencias derivadas de ésta (ingresos involuntarios, pérdidas de trabajo, etc), vienen a ‘recordar’ a la persona la psicosis como acontecimiento vital principal, y predisponen a la depresión (Rooke et al, 1998). Entre los factores derivados de la propia enfermedad, tenemos por ejemplo, el estrés que produce la sintomatología psicótica, sobre todo cuando se producen en pacientes basalmente deprimidos, conllevando un alto riesgo suicida (Shuwall y Siris, 1994). Son muy escasos los estudios en la actualidad que hallan la sintomatología psicótica por sí misma como un factor de riesgo para el suicidio, y sin embargo, cada vez más los que hallan su importancia cuando coexiste con otra sintomatología de base, lo que apoya este modelo. Otro factor derivado de la propia enfermedad sería la existencia de depresión, que puede aumentar la desesperanza, e

incluso, como argumenta Siris en base al modelo de diátesis - estrés, podría ser un estresor desencadenante de recaídas psicóticas (Siris, 2000).

Por otra parte, la importancia de los acontecimientos vitales como factor de riesgo para el suicidio esquizofrénico ha sido recientemente afianzada por los interesantes y complejos estudios de Heilä et al, lo que determina la inclusión de estos factores externos a la enfermedad, en este modelo (Heilä et al, 1999 a).

Existen pocos estudios sobre este tema, probablemente por la complejidad metodológica que entrañan. Aunque estoy de acuerdo con que los acontecimientos vitales pueden aumentar la desesperanza y/o la sintomatología psicótica, y por tanto el riesgo suicida, mi estudio no puede ofrecer resultados a este respecto, ya que no fue diseñado para ello.

En este estudio, en aquellos pacientes en los que hubo una crisis vital determinante, ésta quedó recogida, o bien en los apartados de motivación de la tentativa: 'Otros', 'Problemas sociofamiliares', o en la 'Motivación psicótica' o 'Motivación depresiva' si es que tal crisis desencadenó este tipo de sintomatología.

El estudio de estos factores requiere generalmente complejos diseños metodológicos centrados exclusivamente en ellos, y normalmente se trata de estudios retrospectivos que puedan contar con un número muy amplio de pacientes, como en los estudios de Heilä y su grupo de trabajo. Por tanto, con frecuencia los acontecimientos vitales precipitan cuadros clínicos de depresión, y en otras ocasiones, de exacerbación de sintomatología psicótica al constituir un importante estresor. Resultan necesarios más estudios que aborden con metodología precisa, no sólo los aspectos clínicos ni los acontecimientos vitales por separado, sino que establezcan asociaciones entre ambas.

Por tanto, definiendo la importancia de las 'crisis' como desencadenantes del aumento de la desesperanza y riesgo suicida, ya que la mayoría de los estudios apuntan hacia la existencia de tales 'crisis' o factores desencadenantes; y constituye un aspecto esencial del modelo cognitivo de desesperanza - depresión que definiendo; esto es, la influencia de los factores estresantes internos (de la propia enfermedad), o externos (acontecimientos vitales) sobre el mismo.

La **sintomatología negativa** mostró una tendencia a la significación en el análisis univariante, mientras que tras el análisis multivariante, mostró diferencias significativas. Así, los pacientes del grupo de alta suicidabilidad presentaron menor sintomatología negativa que los de baja suicidabilidad. Por tanto, en la reevaluación anual, los pacientes

de alta suicidabilidad presentaron mayor desesperanza, y menor sintomatología negativa.

Los pacientes del grupo de alta suicidabilidad presentaron una mediana de 19 en la subescala PANSS -. Este valor corresponde con el percentil 25 en la tabla de percentiles de esta escala, esto es, con una significación clínica de 'bajo' (Cuesta y Peralta, 1994). Por su parte, los pacientes del grupo de baja suicidabilidad presentaron una mediana de 21 en esta subescala negativa, lo que se corresponde con el percentil 35, y una significación clínica de 'medio' (Cuesta y Peralta, 1994).

En uno de nuestros estudios en fase aguda hallamos también tras el análisis multivariante una menor sintomatología negativa, entre otras variables, en los esquizofrénicos con tentativa (Cejas, 1998; Gracia et al, 1999), pero no en otro, en el que ambos grupos mostraron niveles muy similares (Cejas et al, 2002; Aguilar et al, 2003).

Existen pocos estudios sobre la relación entre la sintomatología negativa y el suicidio esquizofrénico, y los resultados no han sido homogéneos. Sin duda, un aspecto que ha influido para ello es la difícil diferenciación entre los síntomas negativos primarios, secundarios, y los síntomas depresivos. De hecho, varios autores han hecho mención expresa a esta dificultad de diferenciación y al solapamiento entre ambos síndromes. Sax et al hallaron una correlación directa entre los síntomas depresivos y negativos en los dos grupos que conformaban su muestra, por lo que señalan que ambos síndromes se solapan, y no son independientes (Sax et al, 1996). Kitamura y Suga incluso han llegado a plantear que los síntomas depresivos y negativos de la esquizofrenia podrían representar un mismo fenómeno (Kitamura y Suga, 1991). Por último Addington, al hallar correlación entre la ideación suicida y los síntomas negativos, la explica por esta dificultad de diferenciarlos de los síntomas depresivos (Addington y Addington, 1992).

Algunos autores han hipotetizado que la sintomatología negativa podría ser un factor de riesgo para el suicidio. Así, Roy ha señalado que los síntomas negativos traen como consecuencia pérdidas sociales y laborales, que generan depresión y mayor riesgo suicida (Roy et al, 1983b). Cohen et al hallaron mayor sintomatología negativa en psicóticos que habían realizado alguna vez una tentativa, frente a los que no. Sin embargo no resultaron significativos cuando compararon los psicóticos con tentativa

actual frente a los que tenían tentativas previas (Cohen et al, 1994). Por su parte, Amador et al hallaron una asociación significativa entre la *conciencia* de padecer determinados síntomas (entre los que estaban como síntomas negativos la asociabilidad, anhedonia y embotamiento afectivo) y las conductas suicidas. Este autor ha postulado que la conciencia de padecer ciertos síntomas, como los señalados, es más dolorosa para el paciente e incrementa su desesperanza, mientras que la conciencia de padecer otros no resulta tan dolorosa (Amador et al, 1996).

Nuestros hallazgos están en consonancia con lo hipotetizado y hallado por ciertos autores, como Fenton y Funahashi, que señalan que los síntomas negativos son un factor protector para el suicidio esquizofrénico.

Fenton expone que el paciente con esquizofrenia paranoide tiene un mayor riesgo suicida al experimentar una ‘dolorosa conciencia de enfermedad’, expectativas negativas sobre el futuro, disminución de la autoestima y desesperanza. Por contra, el paciente con un ‘síndrome deficitario’, es decir, con grave sintomatología negativa, padece un deterioro cognitivo y menor capacidad para el pensamiento abstracto, que dificultan que posea conciencia de enfermedad. Además, presenta una apatía, embotamiento afectivo, desinterés y anhedonia que le protegen de poder padecer depresión u otras experiencias dolorosas relacionadas, que conduzcan al suicidio (Fenton et al, 1997; Fenton, 2000). Frente al 1,5 % de suicidios hallado para los esquizofrénicos ‘deficitarios’, el 8 % de los esquizofrénicos ‘no deficitarios’ se suicidó durante el periodo evaluado. Cuando la distinción clínica fue ‘subtipo paranoide’ frente a ‘subtipo no paranoide’, consumaron suicidio el 12 % frente al 3 % respectivamente (Fenton, 2000). Funahashi et al hallaron en su estudio retrospectivo que los esquizofrénicos que se habían suicidado presentaban menores puntuaciones en el afecto embotado y retirada emocional con respecto a los controles, por lo que este autor señala que determinados síntomas negativos protegen frente al suicidio (Funahashi et al, 2000).

En mi opinión, y coincidiendo con la visión de estos dos últimos autores, los síntomas negativos son un factor protector frente al suicidio gracias a que impiden la ‘dolorosa’ conciencia de enfermedad y en general atenúan en gran medida la capacidad del paciente para experimentar depresión u otros sentimientos dolorosos relacionados con la suicidabilidad. Así, síntomas como el embotamiento afectivo y la indiferencia hacia el futuro serían protectores frente al suicidio gracias a este aspecto mencionado.

En este estudio la puntuación total de la subescala negativa mostró diferencias significativas, mientras que los diferentes síntomas negativos no fueron analizados por separado. Nuestros hallazgos coinciden con lo señalado por Fenton, quien halló también que los esquizofrénicos controles tenían una mayor puntuación total en los síntomas negativos. Este autor además analizó los síntomas negativos de forma individual, hallando este efecto protector para todos los síntomas negativos incluidos en la subescala negativa de la PANSS. Funahashi también analizó los diferentes síntomas negativos de forma individual.

Aunque pienso que los síntomas negativos considerados globalmente poseen este efecto protector frente al suicidio, creo que este hecho no contradice las hipótesis de otros autores que los señalan como factores de riesgo.

Así, como señaló Amador, la *conciencia* de padecer *determinados síntomas*, como la asociabilidad, anhedonia y embotamiento afectivo, puede resultar ‘dolorosa’ y predisponer a la depresión y conductas suicidas (Amador et al, 1996) Aunque en este estudio no hemos hallado correlaciones entre la sintomatología negativa y el insight, conviene recordar que no hemos utilizado la escala completa de Amador para el insight, ni por tanto un análisis de cada ítem ni tales correlaciones, por lo que no podemos ofrecer resultados al respecto. Por otra parte, determinados síntomas negativos como la propia asociabilidad serían desencadenantes de desajustes sociolaborales, que a su vez predispondrían a la depresión y las conductas suicidas (Cohen et al, 1994). Mientras que la existencia de embotamiento afectivo (sin conciencia de padecer tal síntoma) y la indiferencia hacia el futuro resultarían protectores (Fenton et al, 1997; Fenton, 2000).

Es por ello que considero que aunque los síntomas negativos considerados globalmente constituyen un factor protector frente al suicidio esquizofrénico, los futuros estudios deberían realizar también un análisis pormenorizado de cada uno de ellos, para la identificación de ciertas asociaciones concretas, que podrían constituir en su lugar, factores de riesgo.

En resumen, los pacientes esquizofrénicos de alta suicidabilidad, al año de la evaluación inicial, se diferencian de los esquizofrénicos de baja suicidabilidad, en que los primeros presentan desesperanza (aunque leve) y/o baja sintomatología negativa.

En cuanto a la **utilidad clínica** de nuestros hallazgos, aunque ningún hallazgo en general permite la identificación de los pacientes concretos que se suicidarán, pienso

que sí permiten la identificación de un grupo de pacientes esquizofrénicos con alto riesgo suicida. El perfil de este paciente sería el de un esquizofrénico, generalmente con tentativa/s previa/s, en el cual podemos identificar aún en periodo de estabilidad, una persistencia de la desesperanza (generalmente en grado leve), con algunos síntomas depresivos (probablemente cognitivos), encuadrados en un ‘estilo cognitivo de desesperanza - depresión’ que ya he descrito. Se trataría además de un paciente con una baja sintomatología negativa, y probablemente por ello encuadrado en el subtipo paranoide. Sería un paciente que ante situaciones de crisis presenta depresión y un aumento importante de la desesperanza basal con ideación suicida.

Por tanto, este perfil nos debe alertar ante su mayor riesgo suicida, sobre todo ante la aparición de situaciones de crisis, ya sea por la propia enfermedad, como síntomas psicóticos o depresión; o bien por acontecimientos vitales.

Muchos de estos pacientes cuentan con antecedentes de recaídas o situaciones de crisis previas, en los que conviene evaluar la desesperanza y la depresión, ya que nos da una idea del nivel de desesperanza y riesgo suicida que pueden alcanzar en sucesivas descompensaciones.

De todas formas, las tentativas previas no serían un criterio indispensable para que un paciente pueda ser de alto riesgo suicida. En la práctica clínica encontramos pacientes sin tentativas previas, en los que este perfil es identificado claramente, y deben ser evaluados cuidadosamente en cuanto al riesgo suicida durante su evolución. No debemos olvidar que aunque la mayor parte de los esquizofrénicos que se suicidan cuentan con tentativas previas, existe otra parte de ellos que consuman el suicidio en la primera vez.

El hallazgo de este perfil nos debe alertar aún más si nos encontramos ante un paciente que posee otra serie de características clínicas que han demostrado constituir mayor riesgo suicida, como el estar en los primeros diez años de la enfermedad, tener un curso con múltiples recaídas e ingresos, antecedentes de depresión e ideación suicida e ingresos por tal motivo, etc.

Por último, debemos tener en cuenta las características más inmediatas y propias de cada paciente, como la relevancia de los acontecimientos vitales según la historia personal, la ausencia de soporte social, el vivir solo, o el tener fácil acceso a armas o al material necesario para cometer el suicidio, por ejemplo. En este sentido estoy de acuerdo con las observaciones de Hawton sobre la necesidad de valorar estos aspectos más inmediatos, particulares y del entorno del paciente (Hawton, 1987), pero no con la

postura nihilista que adopta en cuanto al suicidio esquizofrénico. Pienso que en la actualidad existen suficientes hallazgos y acuerdo sobre diferentes factores de riesgo, de demostrada relación con el suicidio esquizofrénico, que nos permiten identificar a pacientes y etapas de alto riesgo, y desarrollar las estrategias de tratamiento y prevención necesarias para minimizar la incidencia del suicidio en este grupo de esquizofrénicos.

La existencia de un perfil identificable en ambas fases, aguda (Cejas, 1998; Gracia et al, 1999; Cejas et al, 2002; Aguilar et al, 2003) y también en periodo de estabilidad, permite mayores probabilidades en la clínica diaria para identificar los esquizofrénicos suicidas.

Por tanto, resulta posible la identificación de un alto porcentaje los pacientes esquizofrénicos de alta suicidabilidad, aún en periodo de estabilidad, con respecto a los pacientes de baja suicidabilidad, gracias al perfil descrito. En este estudio, sólo con la desesperanza, se identifica un 63,2 % de los pacientes correctamente (48,1 % de los pacientes de alta suicidabilidad, y 76,7 % de los pacientes de baja suicidabilidad), mientras que cuando consideramos también la sintomatología negativa, se identifica un 68,4 % de los pacientes correctamente. Lo que resulta más importante es que al considerar ambas variables psicopatológicas se produce un incremento importante de los pacientes identificados correctamente, sobre todo de los de alta suicidabilidad, lo cual es nuestro objetivo clínico primordial: se identifica correctamente al 66,7 % de los pacientes de alta suicidabilidad y un 70 % de los de baja suicidabilidad.

En resumen, en la reevaluación anual, la persistencia de desesperanza (aunque leve), y/o baja sintomatología negativa, nos permite identificar correctamente en nuestra muestra a la mayoría (66,7 %) de los pacientes de alta suicidabilidad, con respecto a los de baja suicidabilidad.

Si bien la **cumplimentación y el tratamiento** no mostraron diferencias significativas entre los tres grupos en la reevaluación anual, cuando analizamos la muestra inicial total, el grupo de alta suicidabilidad presenta significativamente más tratamientos mixtos, lo que apuntaría a que estos pacientes presentan con mayor frecuencia depresión.

En nuestro estudio en fase aguda sobre una muestra dividida en casos y controles, la cumplimentación fue significativamente mayor en los casos (Cejas et al, 2002; Aguilar

et al, 2003). Un motivo fundamental que consideramos responsable de este hallazgo es el sesgo en la selección de la muestra, ya que los controles correspondían mayoritariamente a pacientes con una descompensación psicótica motivada por un abandono del tratamiento.

Un hallazgo que nos ha resultado llamativo, tanto en nuestros estudios de fase aguda (Cejas, 1998; Gracia et al, 1999; Cejas et al, 2002; Aguilar et al, 2003) como en este estudio en reevaluación anual, es que los pacientes con tentativa suicida, o pertenecientes al grupo de alta suicidabilidad, mayoritariamente cumplimentaban el tratamiento. En este sentido debo señalar dos aspectos. Por un lado, ni mi hipótesis ni los datos obtenidos apoyan que el tratamiento antipsicótico sea un factor de riesgo suicida, ya que el número de pacientes que aludió efectos secundarios como desencadenante de la tentativa suicida fue mínimo. La mayoría de los estudios, como expuse en la introducción, indican que los tratamientos antipsicóticos mejoran la sintomatología depresiva con respecto a los no tratados, y no hallan como factor de riesgo a estos fármacos. Por otra parte y sin embargo, los datos parecen indicar al menos que la cumplimentación del tratamiento no previene las conductas suicidas, es decir, que los tratamientos farmacológicos no reducen el riesgo suicida (a excepción de la clozapina).

La identificación de este grupo de esquizofrénicos con un estilo cognitivo de desesperanza - depresión, me lleva a considerar que sería necesario complementar el **tratamiento** farmacológico con una psicoterapia específica para este tipo de pacientes. Distintos autores ya han señalado esta necesidad, como Beck en sus estudios sobre pacientes depresivos (Beck et al, 1985), Walsh en su estudio sobre pacientes psicóticos (Walsh et al, 2001), y Birchwood e Iqbal sobre esquizofrénicos (Birchwood e Iqbal, 1998). Estos últimos autores, en base a sus hipótesis, propugnan una psicoterapia dirigida a evitar los pensamientos y sentimientos que motivan y mantienen la vulnerabilidad psicológica, que como he señalado, vendría a representar el primer elemento del 'continuum'. Nuestro grupo de trabajo también defiende la psicoterapia como indispensable para este grupo de pacientes, si queremos reducir el riesgo suicida. Sin embargo, al no tratarse este estudio de un ensayo clínico y no tener un diseño específico para evaluar este aspecto, metodológicamente complejo, no podemos ofrecer resultados que sustenten esta hipótesis.

Pienso que en la actualidad sería de enorme trascendencia la realización de estudios que aclaren esta hipótesis, es decir, la reducción o no del riesgo suicida tras la adición de una psicoterapia adecuada, máxime si consideramos que a excepción de la clozapina, ningún tratamiento psicofarmacológico ni las medidas de asistencia intensiva han demostrado reducir la tasa de suicidio en los pacientes esquizofrénicos. En cuanto a la clozapina, cada vez hay más evidencias sobre la reducción de la suicidabilidad en los pacientes esquizofrénicos, sobre todo por los ensayos clínicos amplios y exhaustivos dirigidos por Meltzer en los últimos años, lo que ha llevado a la FDA, desde finales del 2002, a aprobar su indicación para reducir el riesgo suicida en los pacientes esquizofrénicos y esquizoafectivos (Meltzer, 2002 b; Meltzer et al, 2003; Wagstaff y Perry, 2003).

En mi *segundo objetivo* me planteé comprobar si se mantiene el patrón de asociaciones entre las variables psicopatológicas en los pacientes suicidas, en la reevaluación al año. Mi hipótesis fue que el perfil psicopatológico y el patrón de asociaciones entre las variables del grupo de esquizofrénicos con tentativa, se mantendría al año de ésta; y que la desesperanza seguiría asociada a los síntomas depresivos y al insight un año después de la tentativa suicida.

En cuanto al mantenimiento del **perfil psicopatológico en periodo de estabilidad**, con respecto al obtenido en fase aguda, hemos obtenido un perfil similar, aunque no idéntico. Mientras que en fase aguda sobre la muestra en curso (N = 116) hallamos en el análisis multivariante que la única variable significativa era la depresión, mayor para los casos (Cejas et al, 2002; Aguilar et al, 2003), en la evaluación al año, el grupo de ‘alta suicidabilidad’ presentó significativamente mayor depresión y desesperanza en el análisis de los tres grupos; y mayor desesperanza y menor sintomatología negativa, en el análisis de los grupos extremos. Como ya señalé, pienso que el hecho de que la desesperanza resultase significativa en fase de estabilidad y no en fase aguda podría deberse principalmente a dos factores. Por una parte, por la diferente configuración de los grupos en nuestro estudio en fase aguda, y en la evaluación al año. La diferenciación de tres grupos probablemente resulta más discriminante, y de hecho, al analizar la muestra total en fase aguda y en la reevaluación anual dividida en tres grupos, tanto la depresión como la desesperanza son mayores para el grupo de alta suicidabilidad.

Por otra parte, en fase aguda el componente de *estado* de la desesperanza presente en un gran número de pacientes ante situaciones de crisis, puede haber influido para que no se hallaran diferencias significativas en el análisis multivariante, entre pacientes que sí presentan diferencias en cuanto a la desesperanza como *rasgo*, como esquema cognitivo, como ha sido hallado en este estudio en periodo de estabilidad.

De cualquier forma, conviene señalar que en nuestro estudio en fase aguda, la desesperanza sí resultó significativamente mayor en los casos en el análisis univariante, y que hallamos correlaciones entre la depresión y la desesperanza (Cejas et al, 2002; Aguilar et al, 2003).

En cuanto a las **correlaciones** halladas, en nuestro estudio en fase aguda sobre la muestra en curso (N = 116), donde diferenciamos entre casos y controles, hallamos correlación en el grupo de casos, de la depresión con desesperanza e intención suicida, y de la desesperanza con depresión, intención suicida y con mayor conciencia de enfermedad (Cejas et al, 2002; Aguilar et al, 2003).

La correlación de la depresión con la desesperanza y la intención suicida nos resulta comprensible y esperable, dado que las dos primeras forman parte de un mismo constructo, y para ambas existen fuertes evidencias de su relación con el suicidio consumado. Por otra parte, la desesperanza estuvo correlacionada también con la conciencia de enfermedad, y a su vez ésta, con un mayor tiempo de evolución. Es probable que un mayor tiempo de evolución permita la adquisición progresiva de mayor conciencia de enfermedad, lo que puede favorecer la aparición de desesperanza.

Ya en este estudio en la evaluación al año, hemos hallado en el grupo de alta suicidabilidad, correlaciones significativas para la escala de Depresión de Calgary y la escala de Desesperanza de Beck ($r = 0,76$; $P < 0,001$). En esta fase no hubo análisis de intención suicida, ya que se trataba de evaluaciones al año, sin tentativa suicida. Estas correlaciones halladas entre la depresión y la desesperanza, tanto en fase aguda como en fase de estabilidad, refuerzan nuestra hipótesis de la desesperanza y depresión como pertenecientes a un mismo constructo.

Por otra parte, y contrariamente a mi hipótesis, no hemos hallado correlación en la evaluación al año, entre la desesperanza y el insight. Tampoco hemos hallado correlación entre la depresión y el insight. Esta ausencia de correlación entre el insight y la depresión y la desesperanza, se halló para la muestra total y para cada uno de los tres

grupos por separado. Actualmente pienso que el insight, sobre todo en fase de estabilidad, podría asociarse a variables como la depresión y/o la desesperanza en función de las características de otros aspectos fundamentales e íntimamente relacionados con éste. Estos aspectos serían la *valoración o respuesta psicológica*, y el *estilo de afrontamiento* ante la enfermedad. En este sentido, dos pacientes con una misma puntuación en la escala de insight podrían estar predispuestos o no a la depresión y desesperanza según fueran estos aspectos cognitivos señalados. En cuanto a esta ausencia de correlación entre el insight y la desesperanza, si bien no dispongo de la evaluación específica de estos aspectos cognitivos, podría deberse a que algunos pacientes desarrollan un estilo de afrontamiento adecuado tras la adquisición de conciencia de enfermedad.

Por tanto, el insight en mi estudio no resulta significativamente diferente en el análisis de los tres grupos, ni en fase aguda ni en la reevaluación al año, y además, he obtenido una ausencia de correlación entre el insight y la depresión y la desesperanza, variables psicopatológicas que sí han mostrado una asociación significativa con la suicidabilidad en nuestra muestra. En este sentido nuestros hallazgos coinciden con el reciente estudio prospectivo de Yen et al, en el que no hallan asociación entre el insight evaluado inicialmente en un grupo de esquizofrénicos con psicopatología mínima, y las conductas suicidas durante el año de evaluación (Yen et al, 2002).

Al igual que en este estudio, Kim et al no hallaron correlaciones entre insight y desesperanza, en su estudio sobre esquizofrénicos crónicos. Aunque los esquizofrénicos con suicidabilidad actual o previa (incluían desde ideación hasta tentativas suicidas) presentaron un mejor insight, tras el análisis multivariante no resultó ser una variable predictiva, y fue la desesperanza la más importante en el modelo (Kim et al, 2003).

Una clara correlación hallada, ya que se observó en la muestra total y en cada uno de los tres grupos, fue la existente entre la PANSS + y el SUMD. La correlación directa en este caso realmente implica una relación inversa entre la sintomatología psicótica y el insight (ya que a mayor puntuación de la escala de Amador, menor insight). Por tanto, mientras mayor es la sintomatología productiva el insight es menor. La relación entre la psicosis, especialmente la esquizofrenia, y el pobre insight es un hecho ya reconocido desde hace tiempo (Carpenter et al, 1976; Wilson et al, 1986; Amador et al, 1994; Cuesta et al, 2000).

Una de las correlaciones halladas más interesantes es la de la sintomatología positiva con la desesperanza y la depresión. Esta correlación está presente en el grupo de alta suicidabilidad, y sin embargo ausente en el grupo de baja suicidabilidad, lo que sugiere la existencia de un grupo de esquizofrénicos con una desesperanza - depresión basal, en los cuales la sintomatología psicótica desencadena un importante aumento de éstas y por tanto de las conductas suicidas. Tal y como señalaban Shuwall y Siris a este respecto, los síntomas psicóticos pueden aumentar el riesgo suicida, pero no en todos los pacientes, sino en aquellos que presentan depresión y desesperanza, con mayor vulnerabilidad (Shuwall y Siris, 1994). Esto puede explicar el porqué de estas correlaciones en el grupo de alta suicidabilidad y no en el de baja suicidabilidad. Conviene señalar además que la sintomatología psicótica en los tres grupos en la reevaluación anual fue muy similar (mediana de 13 en los tres grupos).

Por último, otra de las claras correlaciones halladas fue la de la sintomatología negativa con la desesperanza, ya que se obtuvo para la muestra total, y para cada uno de los tres grupos por separado. En este sentido, el padecer sintomatología negativa podría inducir desesperanza en los pacientes esquizofrénicos. Amador halló que la conciencia de padecer determinados síntomas, entre los que se encontraban la asociabilidad, la anhedonia y el embotamiento afectivo, aumenta la dolorosa conciencia de enfermedad, y con ello la desesperanza y el riesgo suicida (Amador et al, 1996). También han sido señalado el desajuste sociolaboral que genera la sintomatología negativa como desencadenante de depresión (Roy et al, 1983 b).

Por otra parte, la dificultad de diferenciación y solapamiento entre los síntomas negativos y depresivos puede haber influido para que se produzca esta correlación.

En mi *tercer objetivo* me planteé estudiar la intensidad de las alteraciones psicopatológicas al año de la tentativa suicida, y las correlaciones con las presentes en la fase aguda. Mi hipótesis fue que las alteraciones psicopatológicas disminuirían en intensidad al año de la tentativa, pero se mantendrían correlaciones con las puntuaciones iniciales.

Acorde a esta hipótesis, hemos hallado tal **disminución de la intensidad** de las alteraciones psicopatológicas en los esquizofrénicos suicidas con respecto a la fase aguda, lo que apunta a que poseen también características de *estado*.

La escala de Depresión de Calgary en el estudio en fase aguda (Cejas et al, 2002; Aguilar et al, 2003), en el grupo de casos tuvo una mediana de 10 (depresión), mientras que en la evaluación al año el grupo de alta suicidabilidad presentó una mediana de 3 (depresión ‘ausente’).

La escala de Desesperanza de Beck tuvo una mediana de 11 (desesperanza ‘moderada’) en el grupo de casos en fase aguda (Cejas et al, 2002; Aguilar et al, 2003), mientras que se redujo a 5 (desesperanza ‘leve’) en el grupo de alta suicidabilidad en la evaluación al año. Sin embargo, al analizar la muestra total de este estudio en fase aguda, dividida en tres grupos, el grupo de alta suicidabilidad tuvo una desesperanza con una mediana de 15 (desesperanza ‘grave’), frente a los valores de 8 y 4 (ambos desesperanza ‘leve’) que presentaron los grupos de suicidabilidad media y baja suicidabilidad, respectivamente.

Tenemos, por tanto, que una vez que el componente de *estado* propio de la situación de crisis desaparece, se reduce la intensidad de la depresión y la desesperanza, pero persisten lo suficiente (ambas en el de los tres grupos, y sólo la desesperanza en análisis de grupos extremos) como para seguir diferenciando a los pacientes de ‘alta suicidabilidad’ en función de sus características de *rasgo*, encuadradas en el esquema cognitivo que defiende.

El insight en fase aguda (Cejas et al, 2002; Aguilar et al, 2003), pasó de 9 (insight intermedio) en el grupo de casos, a 6 (considerable insight) en el grupo de alta suicidabilidad, en la evaluación anual. Por tanto, los esquizofrénicos suicidas también presentaron una reducción en la intensidad del síntoma ‘pobre insight’.

La subescala positiva del PANSS pasó de una mediana de 19,5 en fase aguda en el grupo de casos (Cejas et al, 2002; Aguilar et al, 2003), a 13 en la evaluación al año, en el grupo de alta suicidabilidad.

Al contrario que otros autores (McEvoy et al, 1989; Amador et al, 1993; Kemp y Lambert, 1995), y aunque no hemos utilizado una metodología específica para este aspecto, nuestros hallazgos apuntan a que se produce una mejoría del insight concomitantemente con una reducción en la sintomatología productiva. Además, hemos hallado una clara correlación entre el insight y la sintomatología positiva, de forma que mientras más sintomatología productiva, peor es el insight. Esta correlación se obtuvo

para el grupo total de esquizofrénicos en fase de estabilidad, y para cada uno de los tres grupos por separado.

Por último, la subescala negativa de la PANSS, pasó de una mediana de 22 en fase aguda (Cejas et al, 2002; Aguilar et al, 2003), a 19 en la evaluación al año, en el grupo de alta suicidabilidad. Esta disminución resulta atribuible, por un lado, al solapamiento y dificultad de diferenciación clínica entre los síntomas negativos y depresivos (Addington y Addington, 1992, Sax et al, 1996; Siris, 2000). En este sentido, pienso que en nuestro estudio en fase aguda existe mayor puntuación en esta subescala negativa, al tratarse de esquizofrénicos mayormente deprimidos, en los cuales se recogieron como síntomas negativos, algunos que realmente eran (o estaban condicionados por) síntomas depresivos. En la evaluación al año, aunque no deja de existir tal dificultad, la existencia de menor sintomatología depresiva en conjunto permite una mejor diferenciación, e induce en caso de error a no tan altas puntuaciones en los síntomas negativos. Por otra parte, también es probable que existan síntomas negativos secundarios al tratamiento antipsicótico, que serían más prominentes en fase aguda que en la reevaluación anual.

En cuanto al otro aspecto de esta hipótesis, el mantenimiento de las **correlaciones con las puntuaciones iniciales**, hemos hallado que las pruebas de Wilcoxon fueron significativas para las 5 variables psicopatológicas analizadas, a un nivel de significación = 0,001. Las correlaciones entre las dos muestras (inicial y al año) fueron las siguientes: escala de Desesperanza de Beck ($Z = -6,06$; $P < 0,001$), escala de Depresión de Calgary ($Z = -7,26$; $P < 0,001$), escala de Insight de Amador ($Z = -6,34$; $P < 0,001$), PANSS + ($Z = -7,67$; $P < 0,001$), PANSS - ($Z = -3,30$; $P = 0,001$). Estos resultados sostienen mi hipótesis de que se mantendrían las correlaciones entre ambas fases, y parece indicar que las cinco variables analizadas tienen características de rasgo. Por su parte, la disminución en la intensidad de las variables psicopatológicas analizadas, apunta a que poseen también características de estado.

Sólo cuando he analizado cada uno de los grupos por separado he hallado algunas ausencias de correlaciones, en el grupo de baja suicidabilidad. En este grupo, la sintomatología negativa no mostró una correlación significativa. A mi entender, pueden existir dos grandes motivos que justifiquen este hallazgo, y ambos no tienen por qué ser excluyentes. En primer lugar, por la dificultad de diferenciación y solapamiento entre síntomas negativos y depresivos; y la existencia de síntomas negativos primarios y secundarios difícilmente diferenciables. En segundo lugar, porque efectivamente la

evolución temporal de la sintomatología negativa sea variable o heterogénea para el conjunto de los pacientes. Este aspecto está en consonancia con lo señalado por Peralta y Cuesta, quienes opinan tras valorar los hallazgos de sus estudios, que a pesar de la tendencia al aumento de los síntomas negativos con la cronicidad, es posible que existan subgrupos de pacientes en los que éstos se estabilicen con el tiempo, e incluso que remitan parcialmente (Peralta y Cuesta, 1997).

La otra variable que no mostró correlación significativa en el grupo de baja suicidabilidad fue la desesperanza, si bien mostró una tendencia a la significación ($P = 0,078$). Mientras que en general los valores de la desesperanza son menores en la reevaluación al año, en este grupo ($n = 30$) hay 10 pacientes que muestran un ligero aumento de ésta. No obstante, recordemos que en este grupo la mediana de la desesperanza se correspondió con una significación clínica para la escala de 'leve' en fase aguda, y 'ninguna o mínima' en la reevaluación al año. Es posible que en un conjunto de pacientes con desesperanza leve o ausente, sea más difícil que se produzca una reducción homogénea de la misma, ya que de por sí se parte de valores muy bajos o de ausencia de desesperanza en fase aguda, y que pueda variar debido a diversos factores dentro de tales rangos leves.

6. B ESTUDIO DE SUBTIPOS DE ESQUIZOFRÉNICOS SUICIDAS EN FUNCIÓN DE LA ‘MOTIVACIÓN SUICIDA’ AL INGRESO.

En mi *último objetivo* me planteé dilucidar si existen subtipos de pacientes esquizofrénicos suicidas, y si pueden ser identificados también en periodo de estabilidad.

En estudios en fase aguda de nuestro grupo de trabajo, Cejas halló dos subtipos de esquizofrénicos suicidas en función de la motivación suicida a la que aludían: motivos psicóticos, y motivos depresivos. En estos dos subgrupos existían además características diferenciales desde el punto de vista psicopatológico (Cejas, 1998; Cejas et al, 2000; Cejas et al, 2002; Aguilar et al, 2003). Sin embargo, dado que se trataba de un estudio transversal, cuyas evaluaciones correspondían sólo a la fase aguda (tras la realización de la tentativa suicida) permanecía como interrogante cuáles de las variables diferenciales se comportaban como *estado*, y cuáles como *rasgo*. Al igual que para el estudio de los esquizofrénicos según suicidabilidad, este aspecto resulta crucial, no sólo para el entendimiento más preciso del suicidio esquizofrénico, sino para las estrategias terapéuticas y preventivas, que serían diferentes según los hallazgos. Para ello era necesario la realización de un estudio prospectivo, como el que presento en esta tesis doctoral.

Por tanto, la existencia de subtipos de esquizofrénicos suicidas determinaría un abordaje terapéutico diferente para cada subtipo. A su vez, dentro de cada subtipo, el dilucidar qué alteraciones psicopatológicas se comportan como *rasgo* y cuáles como *estado*, deriva hacia un enfoque de tratamiento y prevención de conductas suicidas diferente, según sea el comportamiento de tales alteraciones implicadas.

En los **estudios de nuestro grupo de trabajo** Cejas halló que ambos subtipos se diferenciaban, en fase aguda, en dos de las variables analizadas: síntomas psicóticos y desesperanza. Los pacientes que alegaron motivos psicóticos tenían mayor sintomatología psicótica y menor desesperanza, mientras los que alegaron motivos depresivos presentaban mayor desesperanza, y menos síntomas psicóticos. Sin embargo, ambos subtipos presentaban puntuaciones de desesperanza considerable (según los puntos de corte recomendados, de grado ‘moderado’) y existencia de depresión,

atendiendo a los puntos de corte. No se hallaron diferencias significativas en cuanto a las variables sociodemográficas ni para las características clínicas generales (Cejas, 1998; Cejas et al, 2000).

Como señaló Cejas, estamos ante una población globalmente deprimida y desesperanzada. Aunque en su estudio la depresión no diferenciaba entre ambos subtipos, las puntuaciones en la escala de depresión del grupo de casos (tentativas) considerados globalmente eran significativamente más altas que las del grupo control, y se correspondían con la existencia de depresión.

Tal y como expone, sobre esta situación basal de depresión y desesperanza, en un subtipo de pacientes la aparición de sintomatología psicótica, al actuar como factor estresor, podría precipitar la realización de tentativas suicidas; mientras que en otro subtipo, un mayor nivel de desesperanza asociado a depresión, menor sintomatología psicótica, y generalmente mayor conciencia de enfermedad, constituye una mayor vulnerabilidad para la realización de tentativas (Cejas, 1998; Cejas et al, 2000).

Estos hallazgos y conclusiones estaban en consonancia con lo señalado por autores como Drake, Cohen o Aguilar, que han hallado un estado basal de desesperanza en los pacientes esquizofrénicos suicidas, y que con frecuencia está asociada a un humor depresivo (Drake et al, 1984; Drake y Cotton, 1986 a; Cohen et al, 1990; Aguilar et al, 1995). Tal y como señalaron también Shuwall y Siris, los síntomas psicóticos pueden aumentar el riesgo suicida, pero no en todos los pacientes, sino en aquellos con depresión y desesperanza, con mayor vulnerabilidad (Shuwall y Siris, 1994)

En su estudio, Cejas halló una tendencia a la significación de las tentativas previas, mayores para el subgrupo de pacientes con motivación depresiva. La manifestación de esta tendencia, y no una significación estadística, pudo deberse, como señalaba su autora, a lo reducido del tamaño muestral de cada subgrupo (Cejas, 1998; Cejas et al, 2000).

En nuestro otro estudio en fase aguda, hemos hallado en el análisis univariante que el subgrupo de motivación depresiva tiene significativamente más antecedentes de tentativas previas que el subgrupo de motivación psicótica (Cejas et al, 2002; Aguilar et al, 2003).

Para el conjunto de las variables analizadas, y en este mismo estudio, hallamos que el subgrupo de esquizofrénicos suicidas con motivación depresiva tenía mayor depresión,

desesperanza, conciencia de enfermedad, más antecedentes de tentativas previas y menor sintomatología psicótica que el subgrupo con motivación psicótica, si bien en el análisis multivariante la única variable que permanecía en el modelo fue la depresión. De todas formas, y al igual que en nuestro estudio previo, ambos subgrupos presentaron puntuaciones propias de desesperanza en grado ‘moderado’, y de existencia de depresión (Cejas et al, 2002; Aguilar et al, 2003). Como discutiré más adelante, en el estudio que presento también hallamos una tendencia a la significación para la variable Tentativas previas, mayor para el subgrupo de motivación depresiva, y fue una de las variables que entró en el modelo tras el análisis multivariante. El hallar más tentativas previas en el subgrupo de motivación depresiva sugiere un patrón basal de desesperanza - depresión en un grupo de esquizofrénicos suicidas, que conduce de forma recurrente a conductas suicidas, en la línea del esquema cognitivo de desesperanza - depresión que defiende.

En cuanto al estudio prospectivo que presento, también hallé **dos subgrupos mayoritarios** en función de la motivación suicida aludida al ingreso: los que aludían motivos psicóticos, y los que aludían motivos depresivos.

En la muestra reevaluada al año, 39 de los 47 pacientes se incluían en alguno de los dos grupos mayoritarios: 21 aludían motivos psicóticos, y 18 motivos depresivos. En los diferentes estudios realizados por nuestro grupo de trabajo hemos obtenido mayor número de pacientes con motivación psicótica que con motivación depresiva, al contrario de lo encontrado por otros autores (Harkavy-Friedman et al, 1999). De todas formas en los dos estudios en fase aguda hemos hallado en ambos subgrupos una base de depresión y desesperanza (Cejas, 1998; Cejas et al, 2000; Cejas et al, 2002; Aguilar et al, 2003).

Aunque se identificaron estos dos subgrupos mayoritarios en función de la motivación suicida, también se recogieron otros motivos, claramente minoritarios. Éstos fueron los ‘Efectos secundarios de la medicación’, ‘Problemas sociofamiliares’ y ‘Otros’. Todas estas posibilidades ya han sido discutidas previamente.

Además de lo realizado por nuestro grupo de trabajo, **pocos autores** han estudiado la posible distinción de subtipos de esquizofrénicos suicidas. Lehmann, Nieto, Nyman, y recientemente Heilä, han realizado esta diferenciación, el primero desde un punto de vista teórico, y los restantes incluyendo nuestro grupo de trabajo, a raíz de hallazgos en

estudios propios (Lehmann y Cancro, 1989; Nieto et al, 1992; Nyman y Jonsson, 1986; Heilä et al, 1999 b).

Nieto et al realizaron una diferenciación de los subtipos de esquizofrénicos suicidas similar a la de nuestro grupo de trabajo. Distinguieron entre los que tenían un predominio de la sintomatología psicótica y los que presentaban sintomatología depresiva fundamentalmente (Nieto et al, 1992). De todas formas, la distinción no fue la misma, ya que este autor no establecía la diferenciación en función del motivo al que aludía al paciente para la realización de la tentativa, sino por el predominio de la sintomatología. Por su parte, Nyman señaló que existían dos grupos de esquizofrénicos suicidas con diferencias clínicas: el ‘suicida temprano’ y el ‘suicida tardío’ (Nyman y Jonsson, 1986). En los últimos años ha sido Harkavy-Friedman la que ha utilizado la misma distinción establecida por nuestro grupo de trabajo (Harkavy-Friedman et al, 1999).

El hecho de que probablemente estamos ante una población heterogénea, que la gran mayoría de las veces ha sido abordada como homogénea, ha podido contribuir a la diversidad de hallazgos según diferentes estudios, a su vez heterogéneos en sus diseños, y a que algunos autores llegasen a considerar el suicidio esquizofrénico como un fenómeno impredecible.

Tal y como señalé en mi hipótesis, hemos hallado diferencias significativas entre ambos subgrupos aún en periodo de estabilidad, lo que afianza la existencia de subtipos de esquizofrénicos suicidas, que se mantienen diferenciables como tales no sólo en fase aguda, sino también a lo largo del tiempo.

Tras realizar el análisis univariante de los dos subgrupos de pacientes que fueron reevaluados al año, hallamos diferencias significativas en dos de las variables psicopatológicas: Escala de Depresión de Calgary, y Escala de Desesperanza de Beck, con puntuaciones mayores para los pacientes con motivación depresiva. Tras analizar también las variables sociodemográficas y clínicas generales al estimar que podrían existir variables de confusión, hallamos diferencias significativas para las variables Tiempo de evolución y Edad, mayores en el subgrupo de motivación depresiva. Las variables Nivel educativo y antecedentes de Tentativas mostraron una tendencia a la significación, también mayores en el subgrupo de motivación depresiva. Sin embargo,

tras el análisis multivariante, las únicas variables que entraron en el modelo fueron el Tiempo de evolución, los antecedentes de Tentativas, y el Nivel Educativo.

La **desesperanza y la depresión** fueron mayores en el subgrupo de motivación depresiva, en este estudio de los subtipos de esquizofrénicos suicidas en periodo de estabilidad. Es decir, los pacientes que realizaron una tentativa suicida por motivos depresivos presentaron mayor desesperanza y depresión al año de la misma, con respecto a aquellos que la realizaron por motivos psicóticos. Sin embargo, no entraron en el modelo tras el análisis multivariante, siendo otras variables las que permiten una mejor identificación de los pacientes de cada subgrupo.

El hallazgo de estas diferencias entre ambos subgrupos aún al año de la tentativa suicida en la depresión y desesperanza, además de otras variables que mostraron diferencias significativas y serán discutidas más adelante, tiene varias implicaciones. Por una parte, refuerza la hipótesis de la existencia de subtipos de esquizofrénicos suicidas. Por otra, señala que ambas variables poseen características de *rasgo*, si bien al analizar de modo más global nuestros resultados y los de otros autores, los hallazgos apuntan a que en la depresión el componente predominante es el de *estado*, y en la desesperanza es el de *rasgo*. Por último, sugieren nuevamente que ambas están relacionadas, y que son el aspecto más evidenciable del esquema cognitivo de desesperanza - depresión existente en un grupo de pacientes esquizofrénicos. Nuestros hallazgos, tanto en el estudio prospectivo general, como el obtenido sobre la desesperanza en este estudio de los subtipos, están en consonancia con las hipótesis de Birchwood y Young, que consideran la desesperanza principalmente como una variable de *rasgo* (Birchwood et al, 1993; Birchwood e Iqbal, 1998; Young et al, 1996). Cohen halló una mayor desesperanza en los pacientes esquizofrénicos que consumaron suicidio, desde la evaluación realizada varios años antes (Cohen et al, 1990). En la misma línea tenemos los hallazgos de Aguilar, que halló mayor desesperanza en los pacientes psicóticos que tenían antecedentes de tentativas, comparados con los que no las tenían (Aguilar et al, 1995). A costa de su componente de *estado*, la desesperanza no se mantiene siempre en el mismo nivel, sino que se incrementa ante situaciones vitales de estrés, ya sean recaídas de la enfermedad o estresores ambientales. Otros autores como Beck han defendido esta hipótesis, al igual que nuestro grupo de trabajo (Beck et al, 1985; Beck et al, 1990).

El hecho de que ni la depresión ni la desesperanza sean variables que permitan la mejor identificación de los subgrupos de pacientes esquizofrénicos suicidas, podría deberse a que ambas pueden estar presentes en los dos subgrupos. Recordemos que en nuestros estudios previos, ambos subgrupos mostraron una base de depresión y desesperanza (Cejas, 1998; Cejas et al, 2000; Cejas et al, 2002; Aguilar et al, 2003). En un periodo de estabilidad, este perfil persistiría de forma atenuada, probablemente por la existencia de un ‘esquema cognitivo de desesperanza - depresión’, lo que dificultaría una identificación de cada uno de los subtipos mediante estas variables. La mayor desesperanza y depresión halladas en este estudio mientras mayor suicidabilidad en el análisis de los tres grupos, y mayor desesperanza en el análisis de los dos grupos extremos, señalan que en conjunto, ambos subtipos de esquizofrénicos suicidas presentan mayor desesperanza y depresión que los pacientes de baja suicidabilidad, si bien en la comparación entre ambos subgrupos, los pertenecientes al de motivación depresiva muestran mayores puntuaciones en las escalas de desesperanza y depresión.

En resumen, en uno de nuestros estudios de fase aguda, los esquizofrénicos suicidas con motivación depresiva se identificaban tras el análisis multivariante por una mayor desesperanza y menor sintomatología psicótica con respecto a los de esquizofrénicos con motivación psicótica (Cejas, 1998; Cejas et al, 2000), mientras que en el otro estudio se identificaban por una mayor depresión (Cejas et al, 2002; Aguilar et al, 2003). De todas formas, en ambos estudios, los dos subtipos presentaron puntuaciones propias de desesperanza ‘moderada’, y de existencia de depresión.

En el estudio actual sobre la muestra reevaluada al año, tanto la desesperanza como la depresión fueron mayores en el subgrupo de motivación depresiva, pero tras el análisis multivariante son otras variables las que permiten la mejor identificación de cada subgrupo de esquizofrénicos suicidas.

Las tres variables que permiten una mejor identificación de los subtipos de esquizofrénicos suicidas en periodo de estabilidad en este estudio son el Tiempo de evolución, las Tentativas previas y el Nivel educativo.

Los esquizofrénicos suicidas pertenecientes al subtipo de motivación depresiva mostraron un mayor **Tiempo de evolución** con respecto a aquellos con motivación psicótica. Nyman y Jonsson señalaron una distinción de subtipos de esquizofrénicos suicidas en función del tiempo de evolución. Para estos autores, mientras que el ‘suicida

temprano' realiza la tentativa suicida como consecuencia de la desesperanza y sentimientos de ser diferente, el 'suicida tardío' es aquel con una enfermedad crónica y grave, que realiza la tentativa como consecuencia de crisis personales (pérdidas afectivas o materiales) (Nyman y Jonsson, 1986). Sin embargo, nuestros hallazgos no son comparables con los de estos autores. Por una parte, nuestra muestra en su conjunto presenta una media de edad propia de pacientes jóvenes ($30,9 \pm 8,2$ años). Por otra parte, estos autores no consideran la distinción establecida por nuestro grupo de trabajo, y no otorgan mayor relevancia a la sintomatología psicótica.

El hallazgo de este mayor tiempo de evolución en los esquizofrénicos suicidas de motivación depresiva podría explicarse de dos maneras fundamentalmente. En primer lugar, que al producirse una mayor sintomatología psicótica sobre todo en los estadios iniciales de la enfermedad, ésta y las consecuencias de la misma, se asocian a tiempos de evolución menores. En segundo lugar, que un mayor tiempo de evolución se asocie a un mayor riesgo de desarrollar desesperanza y depresión en un subgrupo de pacientes, y con ello el riesgo suicida. El hallazgo de correlaciones significativas entre el tiempo de evolución y la desesperanza y depresión, en el subgrupo de motivación depresiva, y la ausencia de éstas entre el tiempo de evolución y los síntomas psicóticos en ninguno de los subgrupos, afianza la segunda de las explicaciones.

Por otra parte, los esquizofrénicos suicidas con motivación depresiva mostraron más antecedentes de **Tentativas previas** que aquéllos con motivación psicótica. Si bien en el análisis univariante mostró una tendencia a la significación ($P = 0,054$), tras el análisis multivariante resultó ser una de las tres variables que mejor identificaban cada subgrupo. Recordemos que en nuestros estudios de fase aguda habíamos hallado en el análisis univariante tendencia a la significación de esta variable (Cejas, 1998; Cejas et al, 2000), y significación (Cejas et al, 2002; Aguilar et al, 2003), presentando los esquizofrénicos suicidas con motivación depresiva más antecedentes de tentativas.

En general, un mayor tiempo de evolución en este subgrupo de pacientes, determina una mayor probabilidad de presentar más tentativas con respecto al otro subgrupo. Sin embargo, me parece más atribuible a los mayores niveles de desesperanza y depresión que presenta este subgrupo, probablemente como esquema cognitivo, lo que determinaría un patrón de recurrencia ante las crisis, de alto riesgo suicida, por el aumento de la depresión y desesperanza.

Como ya he señalado, las tentativas previas son un demostrado factor de riesgo suicida en la esquizofrenia, y el porcentaje de pacientes esquizofrénicos que realizan al menos

una tentativa suicida a lo largo de su vida varía entre el 18 y el 55 % (Roy, 1986; Siris, 2001).

Por último, los esquizofrénicos suicidas de motivación depresiva mostraron un mayor **Nivel educativo** con respecto a los de motivación psicótica. También esta variable mostró una tendencia a la significación ($P = 0,089$), y sin embargo, fue una de las que entraron en el modelo tras el análisis multivariante. Otros autores han hallado previamente un mayor nivel educativo en los esquizofrénicos con suicidio consumado, con respecto a los controles (Drake et al, 1984; Drake et al, 1985; Cotton et al, 1985), aunque otros estudios han hallado lo contrario (Modestin et al, 1992). Sin embargo, estos estudios no se realizaron con una diferenciación en subgrupos como la que presento, sino sobre muestras globales de esquizofrénicos suicidas. Harkavy-Friedman y Nelson, ante esta disparidad de hallazgos señalaron que probablemente se habían identificado dos grupos de riesgo (Harkavy-Friedman y Nelson, 1997). En este sentido, nuestros hallazgos parecen estar acordes a la hipótesis de estos autores, si bien no hemos utilizado una metodología específica para evaluarla.

Probablemente, un mayor nivel educativo implique una mayor facilidad para la adquisición de conciencia de enfermedad, que puede resultar ‘dolorosa’ y conllevar tendencia a la desesperanza - depresión, y mayor probabilidad de que las tentativas de suicidio sean realizadas bajo una motivación depresiva. Sin embargo, no existe correlación entre ambas variables (nivel educativo e insight) en este subgrupo. De todas formas conviene recordar que en este estudio no he valorado aspectos psicológicos asociados a la ‘cualidad’ del insight, como la *valoración* de la psicosis, o el *estilo de afrontamiento*, por lo que no puedo ofrecer conclusiones más sólidas al respecto. Independientemente de este aspecto, resulta destacable que no hallamos correlaciones del Nivel educativo con ninguna otra variable en ninguno de los dos subgrupos. Esto, unido al hecho de ser una de las tres variables que permiten identificar mejor a los pacientes de cada subgrupo, y de hecho, con el mayor Odds Ratio (OR = 11,33), indica que el mayor nivel educativo constituye un factor de riesgo para que las tentativas suicidas, si se producen, sean bajo una motivación depresiva, de forma independiente de otros factores.

Dada la escasez de estudios sobre subtipos de esquizofrénicos suicidas, y menos aún mediante la distinción establecida por nuestro grupo de trabajo, no puedo señalar mayores concordancias o diferencias con hallazgos de otros estudios. De hecho, hasta

mi conocimiento este es el primer estudio que evalúa la existencia y posibilidad de diferenciación de subgrupos de esquizofrénicos suicidas en periodo de estabilidad.

Con las tres variables que entran en el modelo tras el análisis multivariante (Tiempo de evolución, Tentativas previas y Nivel Educativo), se consigue identificar al 74,4 % de los esquizofrénicos suicidas; concretamente, al 76,2 % de los pacientes con motivación psicótica para la tentativa suicida, y al 72,2 % de los pacientes con motivación depresiva. A mi entender, se trata de unos porcentajes bastante altos, que refuerzan la hipótesis de la existencia de subtipos de esquizofrénicos suicidas, en función de la motivación suicida, y que mantienen sus diferencias aún en periodo de estabilidad.

En definitiva, el **subgrupo de motivación depresiva** se identifica por un mayor tiempo de evolución, mayor nivel educativo, y más antecedentes de tentativas suicidas. Además presentan mayor desesperanza y depresión, lo probablemente se debe a la existencia de un esquema cognitivo de desesperanza - depresión, con especial tendencia ante las conductas suicidas ante situaciones de crisis. Este esquema cognitivo no sería exclusivo de este subgrupo sino en todo caso, *más acusado* que en otros esquizofrénicos suicidas. Recordemos que en conjunto ambos subgrupos presentan mayor desesperanza y depresión que los esquizofrénicos de baja suicidabilidad.

En cuanto al **subgrupo de motivación psicótica**, se identifica por un menor tiempo de evolución, menor nivel educativo, y menos antecedentes de tentativas suicidas. Además, se trata de pacientes con menor desesperanza basal, pero que podrían ser más sensibles a acontecimientos como la sintomatología psicótica, la depresión o las crisis vitales, cuya desesperanza en estos episodios podría aumentar hasta niveles similares a los que presenta el otro subgrupo suicida. Como señalaré más adelante, en este subgrupo hallamos una correlación directa entre la subescala PANSS + y las escalas de Depresión de Calgary y de Desesperanza de Beck.

Por una parte, tal y como señalaron Shuwall y Siris, la sintomatología psicótica causa un mayor estrés y riesgo suicida en aquellos pacientes con depresión y desesperanza basal, más vulnerables (Shuwall y Siris, 1994).

Por otra parte, la diferente ‘sensibilidad’ de la desesperanza que pueden presentar los distintos pacientes ante acontecimientos como la depresión ha sido defendida por Young; ‘sensibilidad’ entendida como la magnitud de la repercusión que se produce en

la desesperanza ante la depresión, y como un componente independiente y estable de la desesperanza (Young et al, 1996). Es probable que la ‘sensibilidad’ a la sintomatología psicótica y crisis en general no sea la misma en los diferentes esquizofrénicos, y que en un subgrupo de pacientes, aún en ausencia de un perfil acusado de desesperanza - depresión basal, la existencia de crisis desencadene altos niveles de desesperanza y riesgo suicida, condicionada por el componente de *estado* de la desesperanza, y esta mayor ‘sensibilidad’.

En cuanto a la **utilidad clínica** de estos hallazgos para poder diferenciar estos subtipos de esquizofrénicos, parece claro que en periodo de estabilidad la dificultad debe resultar mayor. Por una parte, las diferencias entre los subtipos se atenúan, debido a la disminución en la intensidad de los síntomas, permaneciendo aquellos estables o de *rasgo*, como el esquema cognitivo al que he hecho referencia. Otra dificultad añadida es que bajo nuestra perspectiva, ambos subtipos no son excluyentes, y defendemos que comparten aspectos comunes. Así, mientras el subtipo de motivación depresiva mostró en fase aguda mayor desesperanza (Cejas, 1998; Cejas et al, 2000) o depresión (Cejas et al, 2002; Aguilar et al, 2003), y el subtipo de motivación psicótica mayor sintomatología psicótica, ambos subgrupos presentaron puntuaciones propias de desesperanza y depresión. Sin embargo, pienso que los hallazgos son suficientes como para permitirnos tal distinción en muchos casos, ya que contamos con un perfil clínico diferencial. Así, un paciente con nivel educativo alto, con antecedentes de tentativas suicidas, mayor tiempo de evolución, con desesperanza - depresión basal, probablemente si realiza una tentativa suicida sea bajo una motivación depresiva.

El hecho de que hallemos diferencias entre ambos subgrupos aún en periodo de estabilidad sustenta aún más nuestra hipótesis de la existencia de subtipos de esquizofrénicos suicidas. Sin embargo, el perfil identificador no se compone de ninguna variable psicopatológica a costa de su componente de *rasgo*. Aunque la depresión y la desesperanza son mayores en el subgrupo de motivación depresiva (lo que sugiere nuevamente que ambas poseen características de *rasgo*), ninguna de ellas resulta ser una de las variables que permita una mejor identificación de cada subtipo. A mi entender, dos factores ya mencionados pueden haber determinado este aspecto: la atenuación de las variables psicopatológicas en periodo de estabilidad, y la existencia de características comunes, como la desesperanza basal, probablemente por el esquema cognitivo al que he aludido.

Nuestros hallazgos sobre subtipos de esquizofrénicos suicidas diferenciables aún en periodo de estabilidad comportan importantes **implicaciones terapéuticas** a mi entender. Como ya señalé, existiría un *subgrupo* de esquizofrénicos suicidas con un estilo cognitivo de desesperanza - depresión, en el cual debemos complementar el tratamiento farmacológico con una psicoterapia dirigida a evitar los sentimientos y pensamientos propios de la vulnerabilidad psicológica, y fomentar un estilo de afrontamiento eficaz ante el suceso que supone la psicosis (estilo ‘integrador’).

Por otro lado, existiría otro *subgrupo* de esquizofrénicos sin este claro estilo cognitivo de forma basal, pero cuya desesperanza aumenta de forma intensa ante la sintomatología psicótica. En este sentido, y acorde con los hallazgos e hipótesis de Birchwood y su grupo de trabajo, probablemente sería útil la complementación del tratamiento farmacológico con una psicoterapia cognitiva dirigida a cambiar las creencias que tiene el paciente acerca de sus alucinaciones auditivas. Tal como halló Birchwood, eran las creencias acerca de las alucinaciones, (y no otras características como intensidad, frecuencia o contenido), las que condicionaban una mayor tasa de depresión en estos pacientes. Las creencias sobre la omnipotencia, malevolencia de éstas, con sentimientos de impotencia y atrapamiento ante ellas desembocan con frecuencia en depresión en este grupo de pacientes, lo que provoca que aumenten las conductas suicidas (Birchwood y Chadwick, 1997; Birchwood e Iqbal, 1998).

Por último haré referencia a las **correlaciones** más relevantes halladas para cada uno de los dos subgrupos de esquizofrénicos suicidas según la motivación aludida.

Para ambos subgrupos (motivación psicótica y motivación depresiva), la escala de Depresión de Calgary correlacionó directa y significativamente con la escala de Desesperanza de Beck, lo que refuerza la idea defendida de la desesperanza-depresión como un mismo constructo. Esta correlación es especialmente importante para el subgrupo de motivación depresiva ($r = 0,85$; $P < 0,001$).

Otra correlación hallada en ambos subgrupos fue la subescala PANSS – con la escala de Depresión de Calgary. Es probable, como ha sido señalado por varios autores (Addington y Addington, 1992; Sax et al, 1996; Kitamura y Suga, 1991), que la dificultad de diferenciación y solapamiento entre ambos tipos de síntomas sea la causa de esta asociación. Sin embargo y por otra parte, no hay que olvidar que la

sintomatología negativa provoca desajuste sociolaboral, el cual a su vez puede generar depresión, tal y como ha sido señalado por algunos autores (Roy et al, 1983 b).

Es de destacar la ausencia de correlaciones del Nivel educativo con ninguna otra variable en ambos subgrupos. El significado clínico de este hallazgo fue comentado previamente.

Otra correlación fue la hallada entre la subescala PANSS – con la escala de Desesperanza de Beck en el subgrupo de motivación psicótica. Como señalé anteriormente, la existencia de sintomatología negativa con una conciencia de padecer estos síntomas puede desembocar en desesperanza y aumento del riesgo suicida (Amador et al, 1996), aunque no puedo aportar datos al respecto debido a que no se analizaron estos aspectos específicos. Nuevamente, la dificultad de diferenciación entre la sintomatología negativa y depresiva podría explicar esta correlación.

Destaca también la ausencia de correlaciones significativas en ambos subgrupos entre la escala de Insight y las escalas de Depresión de Calgary y de Desesperanza de Beck. El insight sólo mostró correlación con la subescala PANSS + en el subgrupo de motivación psicótica (a mayor sintomatología psicótica, mayor puntuación en la escala de Insight de Amador; es decir, menor insight). Ya hice referencia previamente a los motivos que pienso podrían determinar esta ausencia de correlaciones del insight con la desesperanza y depresión, aspecto que ha sido común a todos los grupos (grupo total, alta, media y baja suicidabilidad) y subgrupos analizados (motivación psicótica y motivación depresiva).

La correlación entre el Tiempo de evolución y las escalas de Desesperanza de Beck y de Depresión de Calgary, en el subgrupo de motivación depresiva, sugiere la existencia de un esquema cognitivo de desesperanza - depresión en este subgrupo, que se mantiene presente a pesar de los años transcurridos de enfermedad, merced a su cualidad de *rasgo* o de esquema cognitivo.

La correlación más interesante hallada es la existente entre la subescala PANSS + y las escalas de Desesperanza de Beck y de Depresión de Calgary. Esta correlación está presente sólo en el subgrupo de motivación psicótica. Tal y como apuntaba al hallar esta correlación en el grupo de alta suicidabilidad, parece existir un grupo de esquizofrénicos con desesperanza - depresión basal, en los cuales la sintomatología psicótica desencadena un aumento o una persistencia de éstas, y por tanto de las conductas suicidas. Al darse esta correlación en el subgrupo de motivación psicótica, y no en el de

motivación depresiva, se afianza la idea de que la sintomatología psicótica no aumenta el riesgo suicida por sí sola, ni en todos los pacientes, sino en aquellos con una base de depresión y desesperanza, más vulnerables (Shuwall y Siris, 1994). Recordemos que en el estudio de nuestro grupo de trabajo en fase aguda, ambos subgrupos presentaban altas puntuaciones en desesperanza y depresión, pero mientras que en uno la escasa expectativa de futuro con mayor desesperanza, era el desencadenante de las conductas suicidas, en el otro era esta sintomatología productiva la que resultaba el factor estresor desencadenante de estas conductas (Cejas, 1998; Cejas et al, 2000). Como señalé previamente, son muy escasos los estudios que hallan la sintomatología psicótica por sí misma como factor de riesgo suicida, mientras que cada vez más los que señalan su carácter de factor de riesgo cuando coexiste con otra sintomatología de base.

Harkavy-Friedman et al, en un estudio centrado sobre alucinaciones auditivas comandatorias hacia el suicidio y su relación con tentativas suicidas, cuando compararon el grupo con historia de estas alucinaciones y el grupo sin historia, no hallaron diferencias significativas en cuanto a las tentativas suicidas. Estos autores concluyeron que este tipo de alucinaciones por sí solas no son un factor predisponente hacia las tentativas suicidas, aunque pueden aumentar el riesgo suicida de aquellos pacientes más vulnerables o de mayor riesgo suicida cuando las padecen (Harkavy-Friedman et al, 2003).

Uno de los escasos estudios que han hallado asociación entre síntomas psicóticos por sí mismos y suicidio consumado, fue el realizado por Funahashi et al, quienes al comparar entre los grupos suicida y control, no hallaron diferencias en cuanto a los síntomas psicóticos en su conjunto, pero sí para las alucinaciones auditivas comandatorias hacia el suicidio, mayores significativamente en el grupo suicida (Funahashi et al, 2000).

En resumen, en periodo de estabilidad, continúan diferenciándose ambos subgrupos de esquizofrénicos suicidas. Aunque la desesperanza y la depresión son mayores en el subgrupo de motivación depresiva, las que permiten la mejor identificación son el Tiempo de evolución, los antecedentes de Tentativas previas y el Nivel educativo, mayores en los esquizofrénicos suicidas de este subgrupo. Por otra parte, el subgrupo de motivación psicótica, si bien no presenta mayor sintomatología psicótica (recordemos que se trata de un periodo de estabilidad), sí presenta correlaciones entre ésta y la desesperanza y depresión.

Para finalizar esta discusión globalmente considerada, me gustaría señalar las **limitaciones de este estudio** que presento.

En primer lugar, este estudio evalúa pacientes esquizofrénicos que han realizado tentativas suicidas, y no suicidio consumado. De todas formas, un estudio sobre suicidios consumados impediría la realización de un estudio prospectivo como el que presento, y además presenta inconvenientes que ya fueron señalados en la introducción. Los aspectos básicos que justifican la evaluación de esquizofrénicos con tentativas suicidas, en lugar de esquizofrénicos con suicidio consumado, son el hecho admitido de que ambas poblaciones están estrechamente relacionadas, y mientras algunos autores han hallado diferencias entre ambas (Drake y Cotton, 1986 b), otros no (Roy, 1982 a; Roy et al, 1984), y en los últimos años varios autores defienden la idea de un *continuum* suicida que va desde la ideación suicida hasta las tentativas y suicidio consumado (Hernández, 1997). Además, la asociación entre tentativas suicidas previas y suicidio consumado en los pacientes esquizofrénicos es un hecho demostrado, constituyendo un factor de riesgo indiscutible (Shaffer et al, 1974; Roy, 1982 a; Roy, 1982 b; Roy y Draper, 1995; Cotton, 1985; Allebeck, 1987; Cheng et al, 1990; Taiminen y Kujari, 1994; Rossau y Mortensen, 1997; Shah y Ganesvaran, 1999; Stephens et al, 1999; Walsh et al, 2001), y el hecho de que una tentativa suicida no sea un suicidio consumado muchas veces depende del azar. Por último, la evaluación de los pacientes con tentativas suicidas permite una evaluación clínica y psicopatológica precisa, realizar estudios prospectivos, e indagar acerca de la motivación suicida.

Una de las principales limitaciones de este estudio, es que no dispongo de evaluaciones psicológicas específicas, como por ejemplo sobre el ‘esquema cognitivo de desesperanza - depresión’, o de otros aspectos psicológicos como las *valoraciones* que hace el paciente sobre la psicosis en su vida, o el *estilo de afrontamiento* frente a la misma, por lo que no puedo ofrecer un mayor sustento a mi hipótesis sobre este esquema cognitivo, ni a la necesidad de complementar el tratamiento farmacológico con una psicoterapia específica, aspectos ambos que he defendido.

La ausencia de datos sobre estos dos últimos aspectos psicológicos que he mencionado me impiden dar sustento a mi impresión actual sobre el insight y el suicidio en la esquizofrenia. Como comenté previamente, pienso que los valores de cualquier escala de insight deberían complementarse con una evaluación de las valoraciones de la psicosis y estilo de afrontamiento frente a la misma, ya que estos factores psicológicos podrían resultar determinantes.

Por otra parte, y también en cuanto al insight, el hecho de haber utilizado los tres primeros ítems para evaluar la conciencia general de enfermedad, y no la escala completa de Amador, me impide realizar análisis más precisos como la relación entre la conciencia de padecer determinados síntomas y las conductas suicidas. De todas formas, su autor ha señalado que cualquiera de los ítems de la escala puede ser utilizado de forma independiente, así como los tres primeros ítems para evaluar la conciencia general de enfermedad (Amador, 1993).

De similar forma, el análisis de forma global de la sintomatología psicótica y negativa, mediante las puntuaciones globales de las subescalas correspondientes de la PANSS, no me permite realizar un estudio pormenorizado de cada uno de los síntomas de ambos tipos, y su relación con las conductas suicidas.

Las dosis y tipo de antipsicóticos que recibían los pacientes no fueron controlados, por lo que me limita a la hora de señalar la posible ineficacia de los antipsicóticos en la prevención de las conductas suicidas.

Aunque he defendido la importancia de los acontecimientos vitales y ‘crisis’ en el modelo que defiendo, no fueron recogidos los acontecimientos vitales en este estudio. De todas formas, pienso que el estudio de éstos no tiene cabida en un trabajo como el que presento, ya que requieren muestras muy amplias, propias de estudios retrospectivos, y probablemente una metodología muy compleja y centrada en este aspecto, como los estudios realizados por Heilä y su grupo de trabajo en los últimos años.

El establecimiento de grupos y subgrupos en el estudio que presento, ofrece, como en cualquier otro estudio, la posibilidad de que los criterios utilizados no se adecuen totalmente a la ‘realidad’. A mi entender esto resulta un inconveniente inherente al propio ‘método científico’, cuyas ventajas sobrepasan claramente a sus defectos, y resulta la única forma aprobada de avanzar en el conocimiento de esta ‘realidad’. En este estudio me he basado fundamentalmente en la importancia indiscutible de las tentativas de suicidio en cuanto a su asociación con el suicidio consumado, y en criterios de alejamiento temporal con respecto a la última tentativa realizada.

Por último, no he contado con criterios definidos de ‘estabilidad’ para la evaluación realizada al año, sino con criterios que buscaban excluir a aquellos pacientes en situaciones de descompensación clínica. A este respecto he de señalar dos aspectos. Por una parte, esto ha sido así ya que cualquier conjunto de criterios que pretendiesen asegurar una estabilidad clínica en el paciente esquizofrénico podría resultar artificial y

muy limitante. De hecho, y como se observa en la práctica clínica, la sintomatología presente en un paciente esquizofrénico podría ser propia de su mayor estado de estabilidad posible, mientras que para otro con el mismo diagnóstico podría representar un estado de descompensación. Es por ello que creo que por la naturaleza tan compleja de la esquizofrenia, la diferente gravedad de los pacientes, la subjetividad de muchos de los aspectos evaluados, y las particularidades de cada paciente, no resulta posible ni adecuado el establecimiento de criterios de ‘estabilidad’.

Por otra parte, y derivado de este aspecto, de forma estricta no podría utilizar expresiones como ‘periodo de estabilidad’, sino en su lugar ‘alejamiento temporal con respecto a la fase aguda’. Sin embargo, a lo largo de esta tesis doctoral he utilizado ambas expresiones, la primera de un modo más laxo y para facilitar un entendimiento más sencillo. De todas formas, he de señalar que la estabilidad entendida desde un punto de vista más clínico (y no estrictamente metodológica desde el punto de vista científico), acorde a las posibilidades que la naturaleza de la enfermedad ofrece, pienso que sí se ha conseguido en este estudio, gracias a los criterios de exclusión que han sido utilizados, para eliminar las situaciones clínicas de descompensación.

CONCLUSIONES

7. CONCLUSIONES

- 1) Al año de la evaluación inicial, existe un perfil psicopatológico identificable en los esquizofrénicos de alta suicidabilidad.
- 2) El perfil identificado del esquizofrénico de alta suicidabilidad es el de un paciente con existencia de desesperanza a pesar del alejamiento temporal de una fase aguda, y/o baja sintomatología negativa, a diferencia del perfil del esquizofrénico de baja suicidabilidad.
- 3) En este estudio la desesperanza y sintomatología negativa permiten identificar a la mayoría de los esquizofrénicos de alta suicidabilidad (66,7 %) y de baja suicidabilidad (70 %), en la reevaluación al año.
- 4) La desesperanza es la variable más importante para identificar a los esquizofrénicos de alta suicidabilidad, en situación de alejamiento temporal de una fase aguda.
- 5) El grupo de alta suicidabilidad presenta mayor depresión y desesperanza con respecto a los otros dos grupos, lo que sugiere que ambas poseen características de *rasgo*.
- 6) La baja sintomatología negativa presente en el grupo de alta suicidabilidad, sugiere que los síntomas negativos son un factor protector para el suicidio esquizofrénico.
- 7) La desesperanza es la variable más importante para identificar a los esquizofrénicos suicidas, mientras que en nuestros estudios de fase aguda fue la depresión. Esto sugiere que si bien ambas poseen características de *rasgo* y *estado*, en la desesperanza es mayor el componente de *rasgo*, y en la depresión el de *estado*.
- 8) La sintomatología psicótica no mostró diferencias significativas en ninguno de los análisis realizados, lo que sugiere que no resulta útil para identificar a los esquizofrénicos suicidas en periodo de estabilidad.

9) El insight no mostró diferencias significativas en ninguno de los análisis realizados, ni correlaciones con la depresión ni con la desesperanza en ninguno de los grupos ni subgrupos, lo que sugiere que no resulta útil para identificar a los esquizofrénicos suicidas en periodo de estabilidad.

10) El hallazgo de una correlación directa entre la depresión y la desesperanza en todos los grupos y subgrupos analizados sugiere que ambas están íntimamente relacionadas y pertenecen a un mismo constructo.

11) La correlación entre la sintomatología psicótica y la desesperanza y depresión, en el grupo de alta suicidabilidad, apunta a que la desesperanza - depresión basal se halla asociada a la sintomatología psicótica en un grupo de esquizofrénicos.

12) La disminución en la intensidad de las variables psicopatológicas en la reevaluación al año, con respecto a la hallada en fase aguda, apunta a que todas poseen un componente de *estado*.

13) La correlación para todas las variables psicopatológicas en la muestra total, entre la fase aguda y la reevaluación al año, sugiere que todas poseen un componente de *rasgo*.

14) La ausencia de correlaciones entre la fase aguda y la reevaluación al año para la sintomatología negativa en uno de los grupos analizados, sugiere que la evolución de la misma en cuanto a intensidad es variable para cierto grupo de pacientes.

15) Los subgrupos de esquizofrénicos suicidas establecidos en función de la motivación suicida aludida al ingreso, identificados en nuestros estudios de fase aguda, siguen presentando diferencias psicopatológicas en la reevaluación al año, lo que refuerza la hipótesis de la existencia de subtipos de esquizofrénicos suicidas.

16) El subgrupo de motivación depresiva mostró mayor desesperanza y depresión, mayor nivel educativo, mayor tiempo de evolución y más antecedentes de tentativas, en contraposición al subgrupo de motivación psicótica.

17) Aunque ambos subgrupos de esquizofrénicos suicidas no presentan diferencias en los síntomas psicóticos, éstos muestran una correlación directa con la depresión y la desesperanza sólo en el subgrupo de motivación psicótica.

18) Al año de la evaluación inicial, las variables nivel educativo, tiempo de evolución, y antecedentes de tentativas, permiten identificar a la mayoría de los esquizofrénicos suicidas con motivación psicótica (76,2 %) y con motivación depresiva (72,2 %), mientras que ninguna de las variables psicopatológicas resulta de superior utilidad.

BIBLIOGRAFÍA

8. BIBLIOGRAFÍA

- Addington D, Addington J. Attempted suicide and depression in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85: 288-291.
- Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Assessing depression in schizophrenia: The Calgary Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1993; 163 (Supl 22): 39-44.
- Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Specificity of the Calgary Depression Scale for Schizophrenics. *Schizophr Res* 1994; 11(3): 239-244.
- Addington D, Addington J, Atkinson M. A psychometric comparison of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia and the Hamilton Depression Rating Scale. *Schizophr Res* 1996 a; 19(2-3): 205-212.
- Addington D, Addington J, Patten S. Gender and affect in schizophrenia. *Can J Psychiatry* 1996 b; 41(5): 265-268.
- Addington D, Addington J, Patten S. Depression in people with first-episode schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998; 172 (Supl 33): 90-92.
- Addington DD, Azorin JM, Falloon IR, Gerlach J, Hirsch SR, Siris SG. Clinical issues related to depression in schizophrenia: an international survey of psychiatrists. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105(3): 189-195.
- Agra S. Neurolépticos de acción prolongada y riesgo de suicidio. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* 1990; 10(33): 181-189.
- Aguilar E, Hidalgo M, Cano R, López J, Campillo M, Hernández J. Estudio prospectivo de la desesperanza en pacientes psicóticos de inicio: Características psicométricas de la escala de Desesperanza de Beck en este grupo. *Anales de Psiquiatría* 1995; 2(4): 121-125.
- Aguilar E, Haas G, Manzanera F, Hernández J, Gracia R, Rodado M. Hopelessness and first-episode psychosis: a longitudinal study. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96: 25-30.
- Aguilar EJ, Leal C, Acosta FJ, Cejas MR, Fernández L, Gracia R. A psychopathological study of a group of schizophrenic patients after attempting suicide. Are there two different clinical subtypes? *Eur Psychiatry* 2003; 18(4): 190-192.

- Ahrens B, Linden M. Is there a suicidality syndrome independent of specific major psychiatric disorder? Results of a split half multiple regression analysis. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94: 79-86.
- Alaszemski A, Manthorpe F. Durkheim, social integration and suicide rates. *Nursing Times* 1995; 91 (25): 34-35.
- Allebeck P, Varla A, Kristjansson E, Wistedt B. Risk factors for suicide among patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 76: 414-419.
- Allebeck P, Allgulander C. Psychiatric diagnoses as predictors of suicide. *Br J Psychiatry* 1990 a; 157: 339-344.
- Allebeck P, Allgulander C. Suicide among young men: psychiatric illness, deviant behavior and substance abuse. *Acta Psychiatr Scand* 1990 b; 81: 565-570.
- Alonso I, Regidor E, Rodríguez C, Gutiérrez-Fisac. Principales causas de muerte en España. *Med Clin* 1996; 107: 441-445.
- Altamura AC, Bassetti R, Bignotti S, Pioli R, Mundo E. Clinical variables related to suicide attempts in schizophrenic patients: a retrospective study. *Schizophr Res* 2003; 60: 47-55.
- Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1991; 17(1): 113-132.
- Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of insight in Psychosis. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 873-879.
- Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SA, Clark SC. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 826-836.
- Amador XF, Friedman JH, Kasapis Ch, Yale SA, Flaum M, Gorman JM. Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1185-1188.
- Andreasen N. Negative symptoms in schizophrenia: definition and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39: 784-788.
- Appleby L. Suicide in psychiatric patients: Risk and Prevention. Review article. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 749-758.
- Arranz F. Epidemiología de la conducta suicida. En: Ros Montalbán S, ed. *La conducta suicida*. Madrid: Libro del Año, 1997; 43-62.

- Arranz F. Factores psicológicos-conductuales y psicosociales de riesgo suicida. En: Ros Montalbán S, ed. La conducta suicida. Madrid: Libro del Año, 1997; 81-96.
- Atkinson M, Zibic S, Chuang H. Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology. *Am J Psychiatry* 1997; 154(1): 99-105.
- Atmaca M, Kuloglu M, Tezcan E, Ustundag B, Gecici O, Firidin B. Serum leptin and cholesterol values in suicide attempters. *Neuropsychobiology* 2002; 45: 124-127.
- Azorin JM, Blin O, Philippot P. Clinical aspects of depression in the psychotic patients. *Encephale* 1994; 20(4): 663-666.
- Bartels S, Drake R. Depressive symptoms in schizophrenia: comprehensive differential diagnosis. *Compr Psychiatry* 1988; 29(5): 467-483.
- Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. *Suicide Life Threat Behav* 1999; 29(1): 37-47.
- Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol*, 1974; 42(6): 324-333.
- Beck AT, Kovacs M, Weissman A, Hopelessness and suicidal behavior. An overview. *JAMA* 1975; 234(11): 1146-1149.
- Beck AT, Weissman A, Kovacs M. Alcoholism, hopelessness and suicidal behavior. *J Stud Alcohol* 1976; 37(1): 66-77.
- Beck A, Rush A, Shaw B, Emery G. *Terapia cognitiva de la depresión*, 5.^a ed. Bilbao: Descleé de Brouwer, 1983.
- Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalised with suicidal ideation. *Am J Psychiatry* 1985; 142(5): 559-563.
- Beck AT, Brown G, Berchick R, Stewart B, Steer R. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 190-195.
- Beck AT, Steer RA, Sanderson WC, Skeie TM. Panic disorder and suicidal ideation and behavior: discrepant findings in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 1991; 148(9): 1195-1199.

- Beck AT, Brown GK, Steer RA, Dahlsgaard KK, Grisham JR. Suicide Ideation at Its Worst Point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide Life Threat Behav* 1999; 29(1): 1-9.
- Becker R. Depression in schizophrenia. *Hosp Commun Psychiatry* 1988; 39(12): 1269-1275.
- Bernardo M, Serra M. Depresión en la esquizofrenia: implicaciones clínicas y terapéuticas. *Actas Esp Psiquiatr* 2002; 30 (Monográfico 2): 48-59.
- Berrios E, Bulbena A. Post psychotic depression: The Fulbourn cohort. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 76: 89-93.
- Birchwood M, Mason R, MacMillan F, Healy J. Depression, demoralization and control over psychotic illness: a comparison of depressed and non-depressed patients with chronic psychosis. *Psychol Med* 1993; 23: 387-395.
- Birchwood M, Chadwick P. The omnipotence of voices: testing the validity of a cognitive model. *Psychol Med* 1997; 27: 1345-1353.
- Birchwood M, Iqbal Z. Depression and suicidal thinking in psychosis: a cognitive approach. En: Wykes T, Tarrier N, Lewis S, eds. *Outcomes and Innovation in psychological treatment of schizophrenia*. Chichester: John Wiley & Sons, 1998; 81-100.
- Birchwood M, Iqbal Z, Chadwick P, Trower P. Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. I. Ontogeny of post-psychotic depression. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 516-521.
- Black D, Andreasen N. Esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme y trastorno delirante (paranoide). En: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA, eds. *Tratado de Psiquiatría*, 2.^a ed. Barcelona: Ancora, 1996; 435-490.
- Bleuler E. *Demencia Precoz. El grupo de las Esquizofrenias*, 2.^a ed. Edición española. Buenos Aires, 1993.
- Bobes J, González MP, Sáinz PA, Bascarán MT, Bousoño M. *Instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Universidad de Oviedo. Área de Psiquiatría, 2000.
- Bottlender R, Strauß A, Möller HJ. Prevalence and background factors of depression in first admitted schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 153-160.
- Breier A, Astrachan B. Characterization of Schizophrenic patients who commit suicide. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 206-209.

- Breier-Williford S, Bramlett RK. Time perspective of substance abuse patients: comparison of the scales in Standford Time Perspective Inventory, Beck Depression Inventory, and Beck Hopelessness Scale. *Psychol Rep* 1995; 77 (3 pt 1): 899-905.
- Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 212-217.
- Caldwell C, Gottesman I. Schizophrenia. A high risk factor for suicide: Clues to risk reduction. Review article. *Suicide Life Threat Behav* 1992; 22(4): 479-493.
- Candido CL, Romney DM. Depression in paranoid and nonparanoid schizophrenic patients compared with major depressive disorder. *J Affect Disord* 2002; 70: 261-271.
- Carbonell C, González JC. Evolución histórica del fenómeno suicida. En: Bobes J, González JC, Sáiz P, eds. *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Barcelona: Masson, 1997; 1-4.
- Cejas M. Estudio transversal de las variables psicopatológicas asociadas a tentativa de suicidio en una muestra de pacientes esquizofrénicos. Tesis doctoral. La Laguna: Universidad de La Laguna, 1998.
- Cejas M, Aguilar E, Villaverde M, Fernández L, China E, Gracia R. Subtipos de pacientes esquizofrénicos con tentativas suicidas. *Actas Esp Psiquiatr* 2000; 28(1): 1-6.
- Cejas Méndez MR, Acosta Artilles F, Aguilar García-Iturrospe E, Gracia Marco R. Esquizofrenia y Suicidio. En: Pichot P, ed. *Ciclo vital y trastornos psiquiátricos graves*. Madrid: Aula Médica, 2002; 97-113.
- Cheng K, Leung C, Lo W, Lam T. Risk factors of suicide among schizophrenics. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 81: 220-224.
- Cohen S, Leonard C, Farberow N. Tranquilizers and suicide in schizophrenic patients. *Arch Gen Psychiatry* 1964; 11: 312-317.
- Cohen L, Test M, Brown R. Suicide and schizophrenia: Data from a prospective community treatment study. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 602-607.
- Cohen S, Lavelle J, Rich CL, Bromet E. Rates and correlates of suicide attempts in first-admission psychotic patients. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90: 167-171.
- Collins AA, Remington G, Coulter K, Birkett K. Depression in schizophrenia: a comparison of three measures. *Schizophr Res* 1996; 20(1-2): 205-209.

- Correa H, Duval F, Mokrani MC, Bailey P, Trémeau F, Staner L et al. Serotonergic function and suicidal behavior in schizophrenia. *Schizophr Res* 2002; 56: 75-85.
- Costa Molinari J. Prólogo. En: Ros S. ed. *La Conducta Suicida*. Madrid: Libro del Año, 1997.
- Cotton PC, Drake RE, Gates C. Critical treatment issues in suicide among schizophrenics. *Hosp Commun Psychiatry* 1985; 36: 534-536.
- Cuesta MJ, Peralta V. Manual de puntuación de la PANSS. Versión española. 1994.
- Cuesta MJ, Peralta V, Zarzuela A. Reappraising insight in psychosis. Multi-scale longitudinal study. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 233-240.
- Dassori A, Mezzich J, Keshavan M. Suicidal indicators in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 81: 409-413.
- David A, Buchanan A, Reed A, Almeida O. The assessment of insight in Psychosis. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 599-602.
- De Hert M, McKenzie K, Peuskens J. Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study. *Schizophr Res* 2001; 47: 127-134.
- Díaz J, Sáiz P, Bousoño M, Bobes J. En: Bobes J, González J, Sáiz P, eds. *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Barcelona: Masson, 1997; 13-20.
- Diekstra R. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1993; (Supl 371): 9-20.
- Drake RE, Gates C, Cotton PC, Whitaker A. Suicide among schizophrenics: who is at risk? *J Nerv Ment Dis* 1984; 172: 613-617.
- Drake R, Gates C, Whitaker A, Cotton P. Suicide among schizophrenics: a review. *Compr Psychiatry* 1985; 26(1): 90-100.
- Drake RE, Cotton PC. Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1986 a; 148: 554-559.
- Drake R, Cotton P. Suicide among schizophrenics: a comparison of attempters and completed suicides. *Br J Psychiatry* 1986 b; 149: 784-787.
- Drayton M, Birchwood M, Trower P. Early attachment experience and recovery from psychosis. *Br J Clinical Psychology* 1998; 37: 269-284.

- Duggan A, Warner J, Knapp M, Kerwin R. Modelling the impact of clozapina on suicide in patients with treatment-resistant schizophrenia in the UK. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 505-508.
- Durham TW. Norms, reliability and item analysis of the Hopelessness Scale in general psychiatric, forensic psychiatric and college populations. *J Clin Psychology* 1982; 38(3): 597-600.
- Durkheim E. *El Suicidio*, 3ª ed. Edición española. Madrid: AKAL, 1989.
- Dyer J, Kreitman N. Hopelessness, Depression and suicidal intent in parasuicide. *Br J Psychiatry* 1984; 144: 127-133.
- Ellis T, Ratliff K. Cognitive characteristics of suicidal and non suicidal psychiatric inpatients. *Cognitive Therapy and Research* 1986; 10(6): 625-634.
- Emsley RA, Oosthuizen PP, Joubert AF, Roberts MC, Stein DJ. Depressive and anxiety symptoms in patients with schizophrenia and schizophreniform disorder. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(11): 747-751.
- Ertugrul A. Clozapine and Suicide (carta). *Am J Psychiatry* 2002; 159(2): 323.
- Evans G, Farberow NL. *The Encyclopedia of Suicide*. New York: Facts on File, 1988.
- Fawcett J, Scheftner W, Fogg L, Clark D, Young M, Hedeker D. Time-related predictors of suicide in major affective disorders. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1189-1194.
- Fenton W, McGlashan T, Victor B, Blyler C. Symptoms, Subtype and Suicidality in patients with Schizophrenia spectrum disorders. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 199-204.
- Fenton W. Depression, suicide, and suicide prevention in schizophrenia. *Suicide Life Threat Behav* 2000; 30(1): 34-49.
- Fernández Rivas A, González M, Mondragón M, Noguerras B, Lasa A. Escala de intencionalidad suicida de Beck aplicada a una muestra de tentativas de suicidio de adolescentes y adultos jóvenes. *Rev Psiq Inf Juvenil* 1995; 1: 45-51.
- Funahashi T, Ibuki Y, Domon Y, Nishimura T, Akehashi D, Sugiura H. A clinical study on suicide among schizophrenics. *Psychiatry Clin Neurosci* 2000; 54: 173-179.
- Galdi J. The causality of depression in schizophrenia. Discussion. *Br J Psychiatry* 1983; 142: 621-625.

- González Seijo J, Ramos Y. Aproximación teórica al fenómeno suicida. En: Bobes J, González J, Sáiz P, eds. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Barcelona: Masson, 1997 a; 5-12.
- González Seijo J, Cocaña I, Bousoño M, Fernández J. Factores psicológicos y psicopatológicos. En: Bobes J, González J, Sáiz P, eds. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Barcelona: Masson, 1997 b; 59-68.
- González M, Sáiz P, Bobes J, González P. Factores sociodemográficos. En: Bobes J, González Seijo J, Sáiz P, eds. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Masson. Barcelona: Masson, 1997; 46-53.
- Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. Arch Gen Psychiatry 1996; 53: 1155-1162.
- Gracia R, Rodríguez F, Morera A, Doreste J, González de Rivera J. Suicide on Tenerife Island. Eur J Psychiatr 1988; 2(3): 170-188.
- Gracia R. Las conductas suicidas y parasuicidas. En: Seva A, ed. Psicología Médica. Zaragoza: INO, 1994; 319-333.
- Gracia Marco R, Cejas Méndez MR, Villaverde ML, Acosta Artilles F, Herreros González O, Aguilar García-Iturrospe E. Variables psicopatológicas asociadas a tentativa de suicidio en pacientes esquizofrénicos. Psiquiatría Biológica 1999; 6(4): 148-153.
- Gracia Marco R, Cejas Méndez MR, Ros Montalbán S. Suicidio: ¿Una entidad nosológica independiente? En Pichot P, ed. Diagnóstico diferencial y racionalización del tratamiento psicofarmacológico. Madrid: Aula Médica, 2001; 457-482.
- Green MF, Nuechterlein KH, Ventura J, Mintz J. The temporal relationship between depressive and psychotic symptoms in recent-onset schizophrenia. Am J Psychiatry 1990; 147(2): 179-182.
- Green SM. Levels of measured hopelessness in the general population. Br J Clinical Psychology 1981; 20: 11-14.
- Greenfeld D, Strauss J, Bowers M, Mandelkern M. Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis. Schizophr Bull 1989; 15: 245-252.
- Grunebaum MF, Oquendo MA, Harkavy-Friedman JM, Ellis SP, Li S, Haas GL et al. Delusions and Suicidality. Am J Psychiatry 2001; 158(5): 742-747.

- Gupta S, Black DW, Arndt S, Hubbard WC, Andreasen NC. Factors associated with suicide attempts among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1998; 49(10): 1353-1355.
- Gut-Fayand A, Dervaux A, Olié JP, Lôo H, Poirier MF, Krebs MO. Substance abuse and suicidality in schizophrenia: a common risk factor linked to impulsivity. *Psychiatry Res* 2001; 102: 65-72.
- Gutiérrez Rodríguez M, García Cabeza I, Sánchez Díaz EI, González de Chávez M. Experiencias depresivas en el curso de la esquizofrenia. *Archivos de Psiquiatría* 2000; 63(1): 81-92.
- Häfner H, Löffler W, Maurer K, Hambrecht M, der Heiden W. Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 105-118.
- Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23: 56-62.
- Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal Of the Society of Clinical Psychology* 1976; 6: 278-296.
- Harkavy-Friedman J, Nelson E. Management of the suicidal patient with schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 1997; 20(3): 625-640.
- Harkavy-Friedman JM, Restifo K, Malaspina D, Kaufmann CA, Amador XF, Yale SA et al. Suicidal behavior in schizophrenia: Characteristics of individuals who had and had not attempted suicide. *Am J Psychiatry* 1999; 156(8): 1276-1278.
- Harkavy-Friedman JM, Kimhy D, Nelson EA, Venarde DF, Malaspina D, Mann JJ. Suicide attempts in schizophrenia: the role of command auditory hallucinations for suicide. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(8): 871-874.
- Hawton K. Assessment on suicide risk. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 145-153.
- Hawton K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 484-485.
- Heikkinen ME, Isometsa ET, Marttunen MJ, Aro HM, Lonnqvist JK. Social factors in suicide. *Br J Psychiatry* 1995; 167: 747-753.
- Heilä H, Isometsä ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Lonnqvist JK. Suicide and schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age- and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997; 154(9): 1235-1242.

- Heilä H, Isometsä ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Lönnqvist JK. Antecedents of suicide in people with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 330-333.
- Heilä H, Heikkinen ME, Isometsä ET, Henriksson MM, Marttunen MJ, Lönnqvist JK. Life events and completed suicide in schizophrenia: a comparison of suicide victims with and without schizophrenia. *Schizophr Bull* 1999 a; 25(3): 519-531.
- Heilä H, Isometsä ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Lönnqvist JK. Suicide victims with schizophrenia in different treatment phases and adequacy of antipsychotic medication. *J Clin Psychiatry* 1999 b; 60(3): 200-208.
- Hernández J. El proceso suicida. En: Ros Montalbán S, ed. *La Conducta Suicida*. Madrid: Libro del Año, 1997; 29-41.
- Hirsch S, Jolley A, Barnes T, Liddle P, Curson D, Patel A. Dysphoric and depressive symptoms in chronic schizophrenia. *Schizophr Res* 1989; 2: 259-264.
- House A, Bostock J, Cooper J. Depressive syndromes in the year following onset of a first schizophrenic illness. *Br J Psychiatry* 1987; 151: 773-779.
- Iqbal Z, Birchwood M, Chadwick P, Trower P. Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. II. Testing the validity of a social ranking model. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 522-528.
- Irurita J. Proceso suicida. Análisis de factores de riesgo. Tesis doctoral. Las Palmas de Gran Canaria: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, 1997.
- Ismail K, Murray RM, Wheeler MJ, O'Keane V. The dexamethasone suppression test in schizophrenia. *Psychol Med* 1998; 28: 311-317.
- Johnson D. Studies of depressive symptoms in schizophrenia. I) The prevalence of depression and its possible cause. II) A two-year longitudinal study of symptoms. III) A double-blind trial of orphenadrine against placebo. IV) A double-blind trial of Nortriptyline for depression in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1981; 139: 89-101.
- Kamali M, Kelly L, Gervin M, Browne S, Larkin C, O'Callaghan E. The prevalence of comorbid substance misuse and its influence on suicidal ideation among in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 452-456.
- Kaplan H, Sadock B. *Tratado de Psiquiatría*, 2.^a ed. Barcelona: Salvat, 1989.

- Kaplan K, Harrow M. Positive and negative symptoms as risk factors for later suicidal activity in schizophrenia versus depressives. *Suicide Life Threat Behav* 1996; 26(2): 105-121.
- Kaplan K, Harrow M. Psychosis and functioning as risk factors for later suicidal activity among schizophrenia and schizoaffective patients: a disease-based interactive model. *Suicide Life Threat Behav* 1999; 29(1): 10-24.
- Kay S, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13: 261-276.
- Kay S, Opler L, Lindenmayer J. Reliability and validity of the positive and negative syndrome scale for schizophrenia. *Psychiatry Res* 1988; 23: 99-110.
- Kay S, Singh M. The positive-negative distinction in drug-free schizophrenic patients. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 711-718.
- Kay S, Sevy S. Pyramidal model of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1990; 16: 537-545.
- Kazdin AE, Rodgers A, Colbus D. The Hopelessness Scale for children: psychometric characteristics and concurrent validity. *J Consult Clin Psychol* 1986; 54(2): 241-245.
- Kemp RA, Lambert TJ. Insight in schizophrenia and relationship to psychopathology. *Schizophr Res* 1995; 18: 21-28.
- Kerwin R. Preventing suicide (carta). *Br J Psychiatry* 2003; 182: 366.
- Kim CH, Jayathilake K, Meltzer HY. Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophr Res* 2003; 60: 71-80.
- Kim YK, Lee HJ, Yoon DK, Choi SH, Lee MS. Low serum cholesterol is correlated to suicidality in a Korean sample. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105(2): 141-148.
- King E. Suicide in mentally ill. An epidemiological sample and implications for clinicians. *Br J Psychiatry* 1994; 165: 658-663.
- Kitamura T, Suga R. Depressive and negative symptoms in major psychiatry disorders. *Compr Psychiatry* 1991; 32: 88-94.
- Koreen A, Siris S, Chakos M, Alvir J, Mayerhoff D, Lieberman J. Depression in first episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1643-1648.
- Kotila L. Age-specific characteristics of attempted suicide in adolescence. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 79: 436-443.

- Kumar G, Steer RA. Psychosocial correlates of suicidal ideation in adolescent psychiatric inpatients. *Suicide Life Threat Behav* 1995; 25(3): 339-346.
- Landmark J, Cernovsky Z, Merskey H. Correlates of suicide attempts and ideation in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1987; 151: 18-20.
- Lehmann H, Cancro R. Esquizofrenia: rasgos clínicos. En: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Salvat, 1989.
- Lester D, Beck AT. Suicidal behavior in neurotics and psychotics. *Psychol Rep* 1976; 39: 549-550.
- Lester D. A comparison of 15 theories of suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1994; 24(1): 80-88.
- Lester D. Suicide in an international perspective. *Suicide Life Threat Behav* 1997; 27(1): 104-111.
- Liddle P, Barnes T. Syndromes of chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 558-561
- Liddle P, Carpenter W, Crow T. Syndromes of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1994; 165: 721-727.
- Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 181-189.
- Manzanera FJ, López JC, Hidalgo MD, Hernández J. Estudio psicométrico de la escala de Calgary para la depresión, en una muestra de esquizofrénicos españoles (póster). Valencia, II Congreso Nacional de Psiquiatría, 1997.
- Markou P. Depression in schizophrenia: a descriptive study. *Aust N Z J Psychiatry* 1996; 30: 354-357.
- Mata F, Bango J, Portugal E, Sánchez A, Ponce M, Santo-Domingo J. Tentativas de suicidio en pacientes esquizofrénicos. *Anales de Psiquiatría* 1998; 14(10): 416-419.
- Mayer-Gross W, Slater E, Roth M. *Psiquiatría Clínica*. Buenos Aires: Paidós, 1974.
- McEvoy J, Apperson J, Appelbaum P, Ortlip P, Brechosky J, Hammill K. Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *J Nerv Ment Dis* 1989; 177: 43-47.
- Meltzer H, Okayli G. Reduction of suicidality during clozapine treatment of neuroleptic-resistant schizophrenia: impact on risk-benefit assessment. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 183-190.

- Meltzer H. Suicide in schizophrenia: risk factors and clozapine treatment. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Supl 3): 15-20.
- Meltzer H. Suicide and schizophrenia: Clozapine and the InterSePT Study. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Supl 12): 47-50.
- Meltzer H. Clozapine and Suicide (carta). *Am J Psychiatry* 2002 a; 159(2): 323-324.
- Meltzer H. Suicidality in schizophrenia: a review of the evidence for risk factors and treatment options. *Curr Psychiatry Rep* 2002 b; 4: 279-283.
- Meltzer HY, Alphas L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60(1): 82-91.
- Miles Ch P. Conditions predisposing to suicide: a review. *J Nerv Ment Dis* 1977; 164: 231-246.
- Minkoff K, Bergman E, Beck AT, Beck R. Hopelessness, depression and attempted suicide. *Am J Psychiatry* 1973; 130(4): 455-459.
- Modai I. Clozapine and prevention of suicide in schizophrenia (carta). *CNS Drugs* 2003; 17(4): 281-283.
- Modestin J, Zarro I, Waldvogel D. A Study of suicide in Schizophrenic Inpatients. *Br J Psychiatry* 1992; 160: 398-401.
- Möller H, Von Zerssen D. Depressive states occurring during the neuroleptic treatment of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1982; 8(1): 109-117.
- Montout C, Casadebaig F, Lagnaoui R, Verdoux H, Philippe A, Begaud B et al. Neuroleptics and mortality in schizophrenia: prospective analysis of deaths in a French cohort of schizophrenic patients. *Schizophr Res* 2002; 57: 147-156.
- Moreno J, Hernández JL, Santamarina S, Uría T. Estudio de aparición de sintomatología depresiva en una muestra de pacientes esquizofrénicos a tratamiento ambulatorio (póster). Valencia, II Congreso Nacional de Psiquiatría, 1997.
- Nakaya M, Komahashi T, Ohmori K, Suwa H. The composition of the depressive syndrome in acute schizophrenia. *Schizophr Res* 1998; 34: 151-157.
- Nekanda-Trepka C, Bishop S, Blackburn I. Hopelessness and depression. *Br J Psychiatry* 1983; 22: 46-60.
- Nieto E, Vieta E, Gastó C, Vallejo J, Cirera E. Suicide attempts of high medical seriousness in schizophrenic patients. *Compr Psychiatry* 1992; 33: 384-387.

- Nordentoft M, Jeppesen P, Abel M, Kasso P, Petersen L, Thorup A et al. OPUS study: suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first episode psychosis. *Br J Psychiatry* 2002; 181 (Supl 43): 98-106.
- Nyman A, Jonsson H. Patterns of self-destructive behavior in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1986; 73: 252-262.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 10ª Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Criterios diagnósticos de investigación. Madrid: Meditor, 1994.
- Ösby U, Correia N, Brandt L, Ekblom A, Sparén P. Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm County, Sweden. *Schizophr Res* 2000; 45: 21-28.
- Paerregaard G. Suicide among attempted suicide: a 10 year follow-up. *Suicide* 1975; 5(3): 140-144.
- Palmer DD, Henter ID, Wyatt RJ. Do antipsychotic medications decrease the risk of suicide in patients with schizophrenia? *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Supl 2): 100-103.
- Pederson A, Tefft B, Babigian H. Risks of mortality of suicide attempters compared with psychiatric and general populations. *Suicide* 1975; 5(3): 145-157.
- Peralta V, León J, Cuesta M. Are there more two syndromes in schizophrenia? A critique of the positive-negative dichotomy. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 335-343.
- Peralta V, Cuesta M. Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1994 a; 22(4): 171-177.
- Peralta V, Cuesta M. Lack of insight: Its status within schizophrenic psychopathology. *Biol Psychiatry* 1994 b; 36: 559-561.
- Peralta V, Cuesta M. Dimensiones de psicopatología y cronicidad en la esquizofrenia. En: Gutiérrez Fraile M, Ezcurra Sánchez J, Pichot P, eds. *Cronicidad en psiquiatría*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, 1997; 323-331.
- Planansky K, Johnston R. The occurrence and characteristics of suicidal preoccupation and acts in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1971; 47: 473-483.

- Plocka-Lewandowska M, Araszkievicz A, Rybakowski JK. Dexamethasone suppression test and suicide attempts in schizophrenic patients. *Eur Psychiatry* 2001; 16: 428-431.
- Pokorny A. Suicide prediction revisited. *Suicide Life Threat Behav* 1993; 23(1): 1-10.
- Pons R, Tsiolakoglou I, Corominas A, Lázaro L, Llovet J. Estudio evolutivo de las depresiones postpsicóticas. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 1989; 16(2): 63-74.
- Potkin SG, Anand R, Alphs L, Fleming K. Neurocognitive performance does not correlate with suicidality in schizophrenic and schizoaffective patients at risk for suicide. *Schizophr Res* 2002; 59: 59-66.
- Qin P, Agerbo E, Westergard-Nielsen N, Eriksson T, Mortensen PB. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 546-550.
- Radomsky ED, Haas GL, Mann JJ, Sweeney JA. Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Am J Psychiatry* 1999; 156(10): 1590-1595.
- Reid S. Suicide in schizophrenia. A review of the literature. *Journal of Mental Health* 1998 a; 7(4): 345-353.
- Reid WH, Mason M, Hogan T. Suicide prevention effects associated with clozapine therapy in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Psychiatr Serv* 1998 b; 49(8): 1029-1033.
- Restifo K. Suicidal behavior in schizophrenia: The impact of premorbid adjustment, awareness of illness and depression (abstract). *Dissertation Abstracts International* 1997; 58: 426.
- Rodríguez Juan E. Introducción histórica. En: Ros Montalbán S, ed. *La Conducta Suicida*. Madrid: Libro del Año, 1997; 19-27.
- Rodríguez F, Sierra A, Gracia R, Doreste J, Delgado S, González de Rivera J. Suicide in the Canary Islands, 1977-1983. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84:520-523.
- Rooke O, Birchwood M. Loss, humiliation and entrapment as appraisals of schizophrenic illness: A prospective study of depressed and non-depressed patients. *Br J Clinical Psychology* 1998; 37: 259-268.

- Ros S. Neurobiología de la conducta suicida. En: Ros Montalbán S, ed. La Conducta Suicida. Madrid: Libro del Año, 1997; 65-81.
- Rossau C, Mortensen P. Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: nested case-control study. Br J Psychiatry 1997; 171: 355-359.
- Roy A. Suicide in chronic schizophrenia. Br J Psychiatry 1982 a; 141: 171-177.
- Roy A. Risk factors for suicide in psychiatric patients. Arch Gen Psychiatry 1982 b; 39: 1089-1095.
- Roy A. Family History of Suicide. Arch Gen Psychiatry 1983 a; 40: 971-974.
- Roy A, Thompson R, Kennedy S. Depression in chronic schizophrenia. Br J Psychiatry 1983 b; 142: 465-470.
- Roy A, Mazonson A, Pickar D. Attempted suicide in chronic schizophrenia. Br J Psychiatry 1984; 144: 303-306.
- Roy A. Depression, attempted suicide, and suicide in patients with chronic schizophrenia. Psychiatr Clin North Am 1986; 9(1): 193-206.
- Roy A, Draper R. Suicide among psychiatry hospital in-patients. Psychol Med 1995; 25: 199-202.
- Rubio V. Conducta suicida y trastornos de la personalidad. En: Ros Montalbán S, ed. La Conducta Suicida. Madrid: Libro del Año, 1997; 123-128.
- Saarinen PI, Lehtonen J, Lönnqvist. Suicide risk in schizophrenia: an analysis of 17 consecutive suicides. Schizophr Bull 1999; 25(3): 533-542.
- Sáiz P, González M, Bousoño M, Bobes J. Estudio de los factores de riesgo suicida y parasuicida. Factores biológicos. En: Bobes J, González J, Sáiz P, eds. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Barcelona: Masson, 1997; 35-45.
- Sáiz P, González M, Cocaña I, Bobes J. Epidemiología. En: Bobes J, González J, Sáiz P. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Barcelona: Masson, 1997; 21-33.
- Sands JR, Harrow M. Depression during the longitudinal course of schizophrenia. Schizophr Bull 1999; 25(1): 157-171.
- Sarró B, De la Cruz, C. Los Suicidios. Barcelona: Martínez Roca, 1991.
- Sax K, Strakowski S, Keck P, Upadhyaya V, West S, McElroy S. Relationships among negative, positive and depressive symptoms in schizophrenia and psychotic depression. Br J Psychiatry 1996; 168: 68-71.

- Schneider K. *Psicopatología clínica*, 2.^a ed. Edición española. Madrid: Paz Montalbo, 1963; 192.
- Schwartz RC, Petersen S. The relationship between insight and suicidality among patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187(6): 376-378.
- Schwartz RC. Insight and suicidality in schizophrenia: a replication study. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188(4): 235-237.
- Sernyak MJ, Desai R, Stolar M, Rosenheck R. Impact of Clozapine on completed suicide. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 931-937.
- Shaffer JW, Perlin S, Schmidt CW. The prediction of suicide in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1974; 159: 349-355.
- Shah A, Ganesvaran T. Suicide among psychiatric in-patients with schizophrenia in an Australian mental hospital. *Med Sci Law* 1999; 39(3): 251-259.
- Shuwall M, Siris S. Suicidal ideation in postpsychotic depression. *Compr Psychiatry* 1994; 35(2): 132-134.
- Simpson GM, Amuse D, Blair JP. Phenothiazine produced extrapyramidal system disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1966; 10: 199-208.
- Siris S. Depression and Schizophrenia. En: Hirsch SR, Weinberger DR, eds. *Schizophrenia*. Oxford: Blackwell Science, 1995; 128-145.
- Siris S. Depression in schizophrenia: Perspective in the era of “atypical” antipsychotic agents. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1379-1389.
- Siris S. Suicide and schizophrenia. *J Psychopharmacol* 2001; 15(2): 127-135.
- Stack S, Wasserman I. Marital status, alcohol abuse and attempted suicide: A logit model. *J Addict Dis* 1995; 14(2): 43-51.
- Steblaj A, Tavcar R, Dernovsek MZ. Predictors of suicide in psychiatric hospital. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 383-388.
- Steer RA, Kumar G, Beck AT. Hopelessness in adolescent psychiatric inpatients. *Psychol Rep* 1993; 72: 559-564.
- Stephens J, Richard P, McHugh P. Suicide in patients hospitalized for schizophrenia: 1913-1940. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187(1): 10-14.
- Storosum JG, van Zwieten BJ, Wohlfarth T, de Haan L, Khan A, van den Brink W. Suicide risk in placebo vs active treatment in placebo-controlled trials for schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60(4): 365-368.

- Sweeny JA, Haas GL, Weiden PJ. Evaluación clínica de la esquizofrenia. En: Wetzler S, ed. *Medición de las enfermedades mentales: Evaluación psicométrica para los clínicos*. Barcelona: Ancora, 1991; 89-110.
- Taiminen TJ, Kujari H. Antipsychotic medication and suicide risk among schizophrenic and paranoid in-patients. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90: 247-251.
- Tripodianakis J, Marcianos M, Sarantidis D, Agouridaki M. Biogenic amine turnover and serum cholesterol in suicide attempt. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002; 252: 38-43.
- Van Putten T. Why do schizophrenic patients refuse to take their drugs? *Arch Gen Psychiatry* 1974; 31: 67-72.
- Verdoux H, Liraud F, Gonzales B, Assens F, Abalan F, Van Os J. Suicidality and substance misuse in first-admitted subjects with psychotic disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 389-395.
- Vijayakumar L, Rajkumar S. Are risk factors for suicide universal? A case-control study in India. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99: 407-411.
- Virkkunen M. Attitude to treatment before suicide in schizophrenia and paranoid psychosis. *Br J Psychiatry* 1976; 128: 47-49.
- Wagstaff AJ, Perry CM. Clozapine: In prevention of suicide in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *CNS Drugs* 2003; 17(4): 273-280.
- Walsh E, Harvey K, Higgitt A, Fraser J, Murray R. Suicidal behaviour in psychosis: prevalence and predictors from a randomised controlled trial of case management. Report from the UK700 trial. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 255-260.
- Wassink TH, Flaum M, Nopoulos P, Andreasen NC. Prevalence of depressive symptoms early in the course of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1999; 156(2): 315-316.
- Wciorka J. A clinical typology of schizophrenic patients' attitudes towards their illness. *Psychopathology* 1988; 21: 259-266.
- Westermeyer J, Harrow M, Marengo J. Risk for suicide in schizophrenia and other psychotic and non-psychotic disorders. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179: 259-266.
- Wetzel R, Margulies T, Davis R, Karam E. Hopelessness, depression and suicide intent. *J Clin Psychiatry* 1980; 41(5): 159-160.
- Wilkinson D. The suicide rate in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1982; 140: 138-141.

- Wilson WH, Ban TA, Guy W. Flexible system criteria in chronic schizophrenia. *Compr Psychiatry* 1986; 27: 259-265.
- Wing JK, Cooper JE, Sartorius N. The measurement and classification of psychiatric symptoms. London: Cambridge University Press, 1974.
- Yen CF, Yeh ML, Chen CS, Cheng HH. Predictive value of insight for suicide, violence, hospitalization, and social adjustment for outpatients with schizophrenia: a prospective study. *Compr Psychiatry* 2002; 43(6): 443-447.
- Young DA, Davila R, Scher H. Unawareness of illness and neuropsychological performance in chronic schizophrenia. *Schizophr Res* 1993; 10: 117-124.
- Young MA, Fogg LF, Scheftner W, Fawcett J, Akiskal H, Maser J. Stable Traits Components of Hopelessness: Baseline and Sensitivity to Depression. *J Abnorm Psychol* 1996; 105(2): 155-165.
- Yuen O, Caligiuri MP, Williams R, Dickson RA. Tardive dyskinesia and positive and negative symptoms of schizophrenia. A study using instrumental measures. *Br J Psychiatry* 1996; 168(6): 702-708.
- Zisook S, Byrd D, Kuck J, Jeste D. Command hallucinations in outpatients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1995; 56: 462-465.
- Zisook S, McAdams LA, Kuck J, Harris MJ, Bailey A, Patterson TL et al. Depressive symptoms in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1999; 156(11): 1736-1743.

APÉNDICE

**ESQUIZOFRENIA Y SUICIDIO.
PROTOCOLO DE RECOGIDA DE DATOS Y VARIABLES.
EVALUACIÓN INICIAL Y REEVALUACIÓN ANUAL**

EVALUACIÓN INICIAL

NOMBRE

Nº HISTORIA

TELÉFONO Y DIRECCIÓN

EDAD

TIEMPO DE EVOLUCIÓN

SEXO

- 1: Hombre**
- 2: Mujer**

ESTADO CIVIL

- 1: Soltero, viudo, separado o divorciado**
- 2: Casado**

SITUACIÓN LABORAL

- 1: Activo**
- 2: Inactivo**

EDUCACIÓN

- 1: Analfabeto**
- 2: Primaria**
- 3: Secundaria o mayor**

TENTATIVA ACTUAL

- 1: Sí**
- 2: No**

MOTIVO DE LA TENTATIVA

- 1: Síntomas Psicóticos**
- 2: Síntomas Depresivos**
- 3: Efectos Secundarios**
- 4: Problemas Sociofamiliares**
- 5: Otros**

TIPO DE TENTATIVA

- 1: Ingesta de fármacos**
- 2: Precipitación**
- 3: Autolesión**
- 4: Otros**

TENTATIVAS PREVIAS

- 1: Sí**
- 2: No**

NÚMERO DE TENTATIVAS PREVIAS

TRATAMIENTO ACTUAL

- 1: Antipsicótico**
- 2: Antidepresivo**
- 3: Mixto (Indicar)**

CUMPLIMENTACIÓN

- 1: Sí**
- 2: No**

ANTECEDENTES O CONSUMO ACTUAL DE TÓXICOS

- 0: No**
- 1: Sí (Especificar)**

ANTECEDENTES FAMILIARES DE SUICIDIO

- 0: No**
- 1: Sí (familiares de primer o segundo rango)**

PANSS POSITIVO

PANSS NEGATIVO

ESCALA DE DEPRESIÓN DE CALGARY

ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK

ESCALA DE INSIGHT DE AMADOR

ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK

GRUPO AL QUE PERTENECE

1: Alta Suicidabilidad

2: Suicidabilidad Media

3: Baja Suicidabilidad

REEVALUACIÓN ANUAL

NOMBRE

EDAD

TIEMPO DE EVOLUCIÓN

ESTADO CIVIL

- 1: Soltero, viudo, separado o divorciado**
- 2: Casado**

SITUACIÓN LABORAL

- 1: Activo**
- 2: Inactivo**

EDUCACIÓN

- 1: Analfabeto**
- 2: Primaria**
- 3: Secundaria o mayor**

TRATAMIENTO ACTUAL

- 1: Antipsicótico**
- 2: Antidepresivo**
- 3: Mixto (Indicar)**

CUMPLIMENTACIÓN

- 1: Sí**
- 2: No**

ANTECEDENTES O CONSUMO ACTUAL DE TÓXICOS

- 0: No**
- 1: Sí (Especificar)**

ANTECEDENTES FAMILIARES DE SUICIDIO

- 0: No**
- 1: Sí (familiares de primer o segundo rango)**

**REINGRESO O TENTATIVA SUICIDA EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES O
MES POSTERIOR A REEVALUACIÓN**

- 1: Sí**
- 2: No**

TENTATIVA SUICIDA DURANTE EL ÚLTIMO AÑO

- 1: Sí**
- 2: No**

PANSS POSITIVO

PANSS NEGATIVO

ESCALA DE DEPRESIÓN DE CALGARY

ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK

ESCALA DE INSIGHT DE AMADOR

GRUPO AL QUE PERTENECE

- 1: Alta Suicidabilidad**
- 2: Suicidabilidad Media**
- 3: Baja Suicidabilidad**

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE INVESTIGACIÓN PARA LA ESQUIZOFRENIA.

Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10).

F 20.0 – F 20.3. Criterios generales para la esquizofrenia tipo paranoide, hebefrénica, catatónica e indiferenciada.

G 1. Al menos uno de los síndromes, síntomas y signos listados en el apartado 1) o bien *por lo menos* dos de los síntomas y signos listados en 2) deben haber estado presentes la mayor parte del tiempo durante un episodio de enfermedad psicótica de *por lo menos un mes* de duración (o algún tiempo durante la mayor parte de los días).

1) Por lo menos uno de los siguientes:

- a) Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o pasividad, referidas claramente al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones específicas y percepciones delirantes.
- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad o que discuten entre sí acerca del enfermo u otro tipo de voces alucinatorias procedentes de alguna parte del cuerpo.
- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son propias de la cultura del individuo y que son inverosímiles, tales como las que se refieren a la identidad religiosa o política, a capacidades y poderes sobrehumanos (por ejemplo, ser capaz de controlar el clima o estar en comunicación con seres de otro mundo).

2) Al menos dos de las siguientes:

- a) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no muy estructuradas y fugaces, sin contenido afectivo claro, o de ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante al menos un mes.
- b) Neologismos, interceptación o bloqueo del curso del pensamiento, que dan lugar a incoherencia o lenguaje circunstancial.

- c) Conducta catatónica, tal como excitación, posturas características o flexibilidad cética, negativismo, mutismo y estupor.
- d) Síntomas ‘negativos’, tales como marcada apatía, empobrecimiento de la expresión verbal y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales (síntomas que suelen llevar al aislamiento social y a la disminución de los rendimientos). Debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión o a medicación neuroléptica.

G2. Criterio de exclusión más frecuente usado:

- 1) Si en el enfermo se satisfacen también los criterios para un episodio maníaco (F30) o depresivo (F32), los criterios listados más arriba en G1 (1) y G1 (2), deben satisfacerse antes de haber aparecido el trastorno del humor.
- 2) El trastorno no es atribuible a una enfermedad orgánica cerebral (en el sentido en que se especifica en F00-F09) o a intoxicación (F1x.0), dependencia (F1x.2) o abstinencia (F1x.3 y F1x.4) relacionadas con alcohol u otras drogas.

TENTATIVA DE SUICIDIO. DEFINICIÓN.

Entendemos como **tentativa de suicidio**, todo acto autolesivo realizado por el sujeto, por el que el paciente expresa directamente el propósito de buscar la muerte, o bien cuando es valorado así por el psiquiatra aunque el paciente no lo exprese directamente. Hemos descartado aquellos actos que aún habiendo generado autolesiones, no tenían como propósito la muerte.

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

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 Susplicacia / persecución.....	1	2	3	4	5	6	7
P7 Hostilidad.....	1	2	3	4	5	6	7
Subtotal	<hr/>						

2) SUBESCALA NEGATIVA

N1 Afecto embotado / adormecido.....	1	2	3	4	5	6	7
N2 Retirada emocional.....	1	2	3	4	5	6	7
N3 Contacto pobre.....	1	2	3	4	5	6	7
N4 Retirada social apática / pasiva.....	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	<hr/>						

3) SUBESCALA PSICOPATOLOGÍA 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 Manierismo y actitud postural.....	1	2	3	4	5	6	7
G6 Depresión.....	1	2	3	4	5	6	7
G7 Retraso motor.....	1	2	3	4	5	6	7
G8 Falta de cooperación.....	1	2	3	4	5	6	7
G9 Contenidos de pensamiento 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 e insight.....	1	2	3	4	5	6	7
G13 Alteración de la voluntad.....	1	2	3	4	5	6	7
G14 Deficiente control de 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	<hr/>						

TOTAL _____

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

1. Depresión.

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

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

0 – Ausente.

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

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

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

2. Desesperanza.

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

0 – Ausente.

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

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

3 – Severo (sensación persistente y angustiosa de desesperanza)

3. Autodesprecio.

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

0 – Ausente.

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

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

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

4. Ideas de referencia de culpa.

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

0 – Ausente.

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

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

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

5. Culpa patológica.

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

0 – Ausente.

- 1 – Leve (el sujeto se siente, a veces, culpable sobre algunas faltas menores, pero menos del 50% del tiempo)
- 2 – Moderado (el sujeto normalmente, más del 50% del tiempo, se siente culpable sobre acciones pasadas cuyo significado exagera.)
- 3 – Severo (el sujeto normalmente siente que se le va a acusar por todo lo que ha 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
- 1 – Leve (depresión presente, pero no hay variación diurna)
- 2 – Moderado (la depresión se menciona espontáneamente como peor por la mañana)
- 3 – Severo (la depresión es marcadamente peor por la mañana, con deterioro del funcionamiento que mejora por la tarde)

7. Despertar precoz.

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

- 0 – Ausente
- 1 – Leve (ocasionalmente se levanta, hasta 2 veces por semana, una hora o más antes de la hora habitual en que se despierta o que suena el despertador)
- 2 – Moderado (a menudo se despierta temprano, hasta 5 veces por semana, una hora o más antes de la hora habitual en que se despierta o que suena el despertador)
- 3 – Severo (a diario se despierta una hora o más antes de la hora habitual)

8. Suicidio.

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

0 – Ausente.

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

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

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

9. Depresión observada.

Basado en las observaciones del entrevistador durante la entrevista entera.

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

0 – Ausente.

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

2 – Moderado (el sujeto parece triste y apesadumbrado a lo largo de la entrevista, con voz monótona y desesperanzada, 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 DE DESESPERANZA DE BECK (Beck et al, 1974).

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

- | | | |
|--|---|---|
| 1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo..... | V | F |
| 2. Puedo darme por vencido/a, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo/a..... | V | F |
| 3. Cuando las cosas van muy mal, me alivia saber que las cosas no pueden permanecer siempre así..... | V | F |
| 4. No puedo imaginar cómo podrá ser mi vida dentro de 10 años..... | V | F |
| 5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que pudiera querer hacer..... | V | F |
| 6. En el futuro espero conseguir lo que más me interesa..... | V | F |
| 7. Mi futuro me parece oscuro..... | V | F |
| 8. Sucede que soy especialmente afortunado, y espero más cosas buenas de la vida de lo que la gente suele conseguir por término medio..... | V | F |
| 9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro..... | V | F |
| 10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para el futuro..... | V | F |
| 11. Todo lo que puedo ver por delante de mí, es más desagradable que agradable..... | V | F |

12. No espero conseguir lo que realmente deseo..... V F
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy
ahora..... V F
14. Las cosas no van a funcionar como yo quisiera..... V F
15. Tengo una gran confianza en el futuro..... V F
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier
cosa..... V F
17. Es muy improbable que pueda lograr alguna satisfacción real en el
futuro..... V F
18. El futuro me parece vago e incierto..... V F
19. Espero más bien épocas buenas que malas..... V F
20. No merece la pena que intente conseguir algo que deseo, porque
probablemente no lo conseguiré..... V F

**ESCALA PARA EVALUAR LA CONCIENCIA DE POSEER UN
DESORDEN MENTAL (SUMD; TRES PRIMEROS ITEMS)
(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?

Actual	Pasado	
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 MEDICACIÓN.

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

Actual	Pasado	
0	0	Item no relevante
1	1	Conciencia: 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 considerar 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 fue ingresado por un desorden mental, o que fue injustamente ingresado, traído a la fuerza, contra su voluntad, o engañado?

Actual	Pasado	
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 considerar la idea
4	4	
5	5	Sin conciencia: no cree haber ingresado debido a un desorden mental

ESCALA DE INTENCIÓN SUICIDA (Beck et al, 1974)

Para todos los ítems de la escala, use el código número “9” para “No Aplicable”. No incluir las puntuaciones de “9” 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.

Intento más letal

Intento más reciente

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 (como 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 (p.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 o 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	0. Ninguna
1	1. Comunicación equívoca
2	2. Comunicación inequívoca

II. Autoinforme.

9. Propósito declarado del intento

0	0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza
1	1. Componentes de “0” y “2”
2	2. Escapar, acabar, resolver problemas

10. Expectativas de fatalidad

0	0. Pensó que la muerte era improbable
1	1. Pensó que la muerte era posible pero no probable
2	2. Pensó que la muerte era probable o segura

11. Concepción sobre la letalidad del método

0	0. Se hizo menos de lo que pensaba que sería letal
1	1. No estaba seguro de si lo que hizo sería letal
2	2. Igualó o superó lo que pensaba que sería letal

12. Seriedad del Intento

0	0. No intentó acabar con su vida
1	1. Inseguro sobre la seriedad para acabar su vida
2	2. Intentó seriamente acabar con su vida

13. Actitud hacia vivir/morir

0	0. No quería morir
1	1. Componentes de “0” y “2”
2	2. Quería morir

14. Concepción sobre la rescatabilidad médica

0	0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica
1	1. Estaba inseguro de si la muerte podría evitarse mediante atención médica
2	2. Estaba seguro de su muerte incluso si recibía atención médica

15. Grado de premeditación

0	0. Ninguna; impulsivo
1	1. Meditó sobre el suicidio durante tres horas o menos antes del intento
2	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	0. Lamenta haber realizado el intento; se siente estúpido, avergonzado (señalar cuál)
1	1. Acepta tanto el intento como su fracaso
2	2. Lamenta el fracaso del intento

17. Visualización de la muerte

0	0. Vida después de la muerte, reunión con sus antepasados
1	1. Sueño sin fin, oscuridad, el fin de las cosas
2	2. No concepciones de (o pensamientos sobre) la muerte

18. Número de Intentos Previos

0	0. Ninguno
1	1. Uno o dos
2	2. Tres o más

19. Relación entre Ingesta de Alcohol y el Intento

0	0. Cierta ingesta de alcohol previa pero no relacionada con el intento, descrita como no suficiente para alterar el juicio, el sentido de realidad
1	1. Suficiente ingesta alcohólica para alterar el juicio, el sentido de la realidad y disminuir la responsabilidad
2	2. Ingesta intencional de alcohol con el fin de facilitar la consecución del intento
9	9. 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	0. Cierta ingesta de drogas previa pero no relacionada con el intento, descrita como no suficiente para alterar el juicio, el sentido de realidad
1	1. Suficiente ingesta de drogas para alterar el juicio, el sentido de la realidad y disminuir la responsabilidad
2	2. Ingesta intencional de drogas con el fin de facilitar la consecución del intento
9	9. No ingesta de drogas inmediatamente previa al intento

ESTIMACIÓN DEL CLÍNICO SOBRE LA FIABILIDAD

Fiabilidad estimada del paciente

- 0. Dudosa
- 1. Pobre
- 2. Aceptable
- 3. Buena

VARIABLES QUE INFLUYEN SOBRE LA FIABILIDAD DEL PACIENTE

Confusión como consecuencia médica del intento

0. Ninguna	1. Leve	2. Moderada	3. Severa
------------	---------	-------------	-----------

Desorientación en el momento del intento debido al abuso de alcohol o drogas

0. Ninguna	1. Leve	2. Moderada	3. Severa
------------	---------	-------------	-----------

Desorientación en el momento del intento debido al estado emocional

0. Ninguna	1. Leve	2. Moderada	3. Severa
------------	---------	-------------	-----------

Falta de sinceridad o resistencia a dar información

0. Ninguna	1. Leve	2. Moderada	3. Severa
------------	---------	-------------	-----------

Actual deterioro de la memoria, amnesia, 'bloqueo', en relación al intento

0. Ninguna	1. Leve	2. Moderada	3. Severa
------------	---------	-------------	-----------

Actual abstinencia, mutismo parcial, incapacidad para verbalizar

0. Ninguna	1. Leve	2. Moderada	3. Severa
------------	---------	-------------	-----------

Ítems objetivos que el paciente no respondió explícitamente (listados por número):

Confianza del clínico en sus inferencias sobre las preguntas anteriores:

0. N/A	1. Baja	2. Moderada	3. Alta
--------	---------	-------------	---------

Ítems "autoinformados" que el paciente no respondió explícitamente (listados por número):

Confianza del clínico en sus inferencias sobre las preguntas anteriores:

0. N/A	1. Leve	2. Moderada	3. Alta
--------	---------	-------------	---------

Estimación global del clínico de la validez de la escala como medida de suicidabilidad, a la vista de todos los factores anteriores

0. Baja	1. Moderada	2. Alta
---------	-------------	---------