

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

**«Estudio transversal de las variables psicopatológicas
asociadas a la tentativa de suicidio en una muestra
de pacientes esquizofrénicos»**

**Autor: M^a del Rosario Cejas Méndez
Director: Dr. Eduardo Aguilar García-Iturrospe**

Departamento de Medicina Interna y Psiquiatría

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

En primer lugar a todos los compañeros del servicio de psiquiatría del HUC por su apoyo, su confianza, su amistad y por dejarme aprender de ellos la práctica de la psiquiatría.

A la Unidad de Investigación del HUC, y en especial a Alejandro, por la paciencia con que supo transmitirme los, hasta entonces, oscuros secretos de la estadística.

A mi familia, por soportar estos meses de trabajo constante, y por su fe en mí.

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

A los directores de mi tesis por su constante apoyo, estímulo y ayuda.

A los pacientes, por quienes todo este esfuerzo tiene sentido.

Sin ellos nada de esto hubiera sido posible. A todos muchísimas gracias.

A MI PADRE

...¿Cómo desmenuzar plácidamente el miedo
comprender por fin que no es una excusa
sino un escalofrío parecido al disfrute
sólo que amarguísimo y sin atenuantes?

Los suicidas no tienen problemas al respecto,
deciden derrotarse y a veces lo consiguen
entran en el miedo como en una piragua
sin remos y con rumbo de cascada
son los descubridores del alivio
pero la paz les dura una milésima...

MARIO BENEDETTI. "Preliminar del Miedo"

RAMON GRACIA MARCO, PROFESOR TITULAR DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD
DE LA LAGUNA, CERTIFICA QUE:

La Tesis realizada por M^a del Rosario Cejas Méndez, titulada
**“Estudio transversal de las variables psicopatológicas asociadas a
tentativa de suicidio en una muestra de pacientes esquizofrénicos”**
ha sido realizada bajo su dirección y es apta para su defensa.

La Laguna, 28 de Octubre de 1998

EDUARDO AGUILAR GARCIA-ITURROSPE, DOCTOR EN
MEDICINA Y CIRUGÍA POR LA UNIVERSIDAD DE MURCIA, CERTIFICA
QUE:

La Tesis realizada por M^a del Rosario Cejas Méndez, titulada
**“Estudio transversal de las variables psicopatológicas asociadas a
tentativa de suicidio en una muestra de pacientes esquizofrénicos”**
ha sido realizada bajo su dirección y es apta para su defensa.

ÍNDICE

Capítulo 1 Introducción

1.A EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL FENÓMENO SUICIDA	11
1.B MODELOS TEÓRICOS DEL FENÓMENO SUICIDA	18
1.B1 Teoría psiquiátrica	18
1.B2 Teoría sociológica	19
1.B3 Teoría psicoanalítica	22
1.B4 Teoría cognitiva	24
1.B5 Otros modelos explicativos	25
1.C CONCEPTO DE CONDUCTA SUICIDA	28
1.D EPIDEMIOLOGÍA DE LA CONDUCTA SUICIDA	32
1.D1 Problemas metodológicos	32
1.D2 Epidemiología del suicidio	34
1.D3 Epidemiología de las tentativas de suicidio	36
1.D4 Relación entre suicidio y tentativa de suicidio	37
1.D5 Epidemiología del suicidio en España	39
1.E FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA	41
1.E1 Factores Biológicos	41
1.E2 Factores sociodemográficos	43
1.E3 Factores genéticos	45
1.F SUICIDIO Y ENFERMEDAD MENTAL	46
1.F1 Depresión	49
1.F2 Alcoholismo	50
1.F3 Esquizofrenia	51
1.F4 Neurosis y trastornos de personalidad	51
1.F5 Adicción a drogas	52

Capítulo 2. El suicidio esquizofrénico

2.A IMPORTANCIA DEL FENÓMENO SUICIDA EN LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS .	55
2.B FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	60
2.B1 Características clínicas generales	67
2.C DEPRESIÓN, DESESPERANZA Y SUICIDIO	76
2.C1 El concepto de depresión esquizofrénica	78
2.C2 Depresión y suicidio	86

2.C3 <i>Suicidio y desesperanza</i>	93
2.C4 <i>Insight y suicidio</i>	98
2.D LA IMPORTANCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA PSICÓTICA	03
2.E CURSO DE LA ENFERMEDAD DETERIORANTE Y AGRESIVO	111
2.F SUBGRUPOS SUICIDAS DE LA POBLACIÓN ESQUIZOFRÉNICA	115
2.G SUICIDIO COMO FENÓMENO IMPREDECIBLE	119
2.H CONCLUSIONES SOBRE EL SUICIDIO ESQUIZOFRÉNICO	124

Capítulo 3 **Objetivos**

Capítulo 4 **Material y método**

4.A OBTENCIÓN DE LA MUESTRA	130
4.B DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	133
4.C CRITERIOS DE INCLUSIÓN/ EXCLUSIÓN	135
4.D VARIABLES UTILIZADAS.	137
4.E DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS	142
4.F ANÁLISIS ESTADÍSTICO	152

Capítulo 5 **Resultados**

5.A ANÁLISIS DESCRIPTIVO	156
5.B ANÁLISIS INFERENCIAL. PRIMERA HIPÓTESIS	159
5.B1 <i>Análisis univariante</i>	160
5.B2 <i>Análisis multivariante</i>	170
5.C SEGUNDA HIPÓTESIS	172
5.C1 <i>Análisis univariante</i>	173
5.C2 <i>Análisis multivariante</i>	183
5.D TERCER OBJETIVO	183

Capítulo 6 **Discusion**

7. CONCLUSIONES	
8. BIBLIOGRAFÍA	
9. APÉNDICE	

1. INTRODUCCION

1.A EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL FENÓMENO SUICIDA

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

Como otros muchos aspectos humanos, la valoración del suicidio ha evolucionado con un carácter cíclico. Se ha considerado un acto enaltecido, muestra de valor y libertad, o bien se ha despreciado como un acto de cobardía y debilidad. El suicida ha sido considerado un héroe, un loco o un poseso. Ha despertado temor o fascinación, sin embargo los argumentos a favor o en contra se reiteran a lo largo de los siglos, siendo testimonio de cómo cada cultura puede haber vivido y comprendido las conductas humanas.

Entre los pueblos persas, caldeos y hebreos, donde el suicidio no estaba prohibido, los cronistas recogen varios suicidios colectivos. También en Africa era una conducta común. Tres mil años antes de Cristo, los egipcios consideraban a los suicidas o a los que lo intentaban como seres indignos. Se les negaba el embalsamamiento y se les quemaba. Sin embargo, el faraón Sesostris se suicidó lenta y lúcidamente. También data de esta época la primera nota de suicidio conocida, escrita por un consejero a su faraón.

Cuentan las crónicas que Cleopatra VII (año 31 a.d.C.) se suicidó con un áspid al verse asediada por los romanos (Irurita, 1997).

La cultura oriental veía el suicidio como un acto indiferente o elogiado, ya que la muerte sólo significaba un cambio de forma. En China algunos métodos de suicidio estaban semiinstitucionalizados o tolerados, como los que se cometían por una buena causa, tras un delito o una derrota militar. Así 500 filósofos de la escuela de Confucio se precipitaron al mar para no sobrevivir a la quema de los libros sagrados (Sarró, 1991).

En Japón acostumbraban a tirarse al mar o enterrarse vivos. Posteriormente el seppuku y el hara-kiri se impusieron como formas de suicidio tradicional (Evans, 1988).

En la India las viudas hindú se inmolaban en la pira funeraria de su marido, tal y como recoge Durkheim en su libro "El Suicidio", en 1817 se suicidaron mediante este procedimiento 706 viudas indias en la provincia de Bengala, mientras que en 1821 lo hicieron 2366 mujeres en toda la India (Durkheim, 1982). Esta ceremonia llamada *Suttee*, fue declarada ilegal por los ingleses en 1829.

En Europa tenemos algunos ejemplos de actitudes elogiosas hacia el suicidio, como el caso de los celtas que glorificaban a quienes se daban muerte voluntariamente. Los pueblos godos creían que quienes fallecían de muerte natural estaban destinados a pudrirse eternamente en antros llenos de animales ponzoñosos; por ello en los límites de la tierra de los Visigodos existía la llamada "roca de los abuelos" desde cuya altura se precipitaban los viejos cuando estaban cansados de la vida (Carbonell, 1997).

En España contamos entre los íberos con ejemplos de suicidio de toda una población, como fueron los casos de Numancia y Sagunto; así como

formas de suicidio ritual entre los antiguos habitantes de las Islas Canarias (Carbonell, 1997).

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

Las enseñanzas de los estoicos, epicúreos, cínicos y cirineos planteaban que vivir o morir era indiferente, y consideraban al patriotismo, la amistad, el amor, la castidad, la enfermedad, el honor o la gloria como justificaciones del acto suicida. (Evans, 1988, Rguez Juan, 1997, Carbonell, 1997).

En la Roma imperial, aunque la conciencia pública lo condena, el patriotismo, el amor, el honor, la enfermedad, etc., fueron causas aceptadas y loadas como desencadenantes de actos suicidas.

Había una institución semejante a la griega, de manera que el individuo que quería matarse debía someter sus razones al Senado, que lo aceptaba o no, e incluso determinaba la forma de morir. Mientras que el suicidio de los esclavos estaba prohibido hasta el punto de que el intento era condenado con la muerte, en el caso de los ricos y nobles se consideraba un privilegio.

La tiranía de algunos emperadores propició el suicidio como alternativa a una condena a muerte o la confiscación de los bienes. Nerón ordenó varios suicidios, entre ellos el del filósofo Séneca.

Pero progresivamente hubo un cambio en la actitud, el Derecho Romano fue penalizando cada vez más la muerte voluntaria salvo en las que el suicida se consideraba "insanus of uriosus", siguiendo con ello la tradición platónica que lo consideraba el resultado de un trastorno mental pasajero o permanente (Rguez. Juan, 1997).

En los primeros siglos del cristianismo, el suicidio era admisible en algunas circunstancias, pero esta opinión se fue modificando hasta asumir una actitud intransigente.

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

En el siglo XIII, Santo Tomás de Aquino considera al suicidio como un pecado mortal contra Dios.

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

Durante 14 siglos la iglesia mantuvo el enterramiento diferenciado o privación de sepultura eclesiástica, además de la negación de la misa exequial. Fue en 1983 cuando el nuevo código de Derecho Canónico retiró estas sanciones (Rguez Juan, 1997, Evans, 1988, Irurita, 1997).

Durante el Renacimiento, aunque a nivel popular persistían las actitudes de condena al suicida, algunas posiciones filosóficas disentían de la noción de suicidio como pecado o crimen, justificándolo en determinadas circunstancias de dolor y sufrimiento (Sarró, 1991).

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

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

frecuencia expresión de desesperanza. Así tras la publicación en 1774 de la obra de Goethe, "*Los sufrimientos del joven Werther*" se produjo una auténtica epidemia de suicidios, fundamentalmente en jóvenes.

El fin de la represión del suicidio, coincide con la aparición de las ciencias sociales que nacen con el capitalismo y la sociedad industrial: se empieza a considerarlo como un problema social junto con la pobreza, el alcoholismo, el crimen o la enfermedad (Rguez Juan, 1997).

Durante los siglos XVIII y XIX en España se condenaba el suicidio porque iban en contra del orden establecido o contra Dios, aunque la pena era menor si estos actos se debían a la miseria, la enfermedad o la falta de trabajo.

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

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

La sociológica: *Sostiene* que las motivaciones del acto suicida se encuentran en las raíces mismas de la sociedad. Representada por Durkheim, para quien sería la sociedad quien marcaría en cada instante el contingente de muertes voluntarias y las tendencias de esa misma sociedad las que penetrando en los individuos los impulsaría a matarse (Gracia, 1994).

A principios del siglo XX las posiciones de los autores españoles respecto al suicidio se vieron muy influenciadas por la obra de Durkheim, y se buscan las causas del suicidio en los ambientes moral y social de la

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

En la actualidad el suicidio es un grave problema de salud pública. A nivel popular el suicidio sigue siendo sinónimo de libertad o de locura, cuya prevención y control ha quedado en manos de los estamentos médicos, a los que les correspondería determinar si una conducta suicida es fruto o no de un proceso morboso.

Parece pues que la sociedad ha declinado en el médico la responsabilidad de determinar cuales de los suicidios son “racionales” y cuales “patológicos”.

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

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

1.B MODELOS TEORICOS DEL FENOMENO SUICIDA.

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

Tres fueron las aproximaciones teóricas clásicas que alcanzaron una mayor madurez y aceptación: patológica, sociológica y psicoanalítica; a las que recientemente se añadió la aportación de la psicología cognitiva.

1.B 1: Teoría psiquiátrica.

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

Pinel introduce al suicidio como una forma de conducta mórbida. Su discípulo Esquirol (1838), ofrece una teoría global del suicidio con una concepción clínica y patológica. Según este autor, todo suicidio es “el efecto de una enfermedad o un delirio agudo...”. Centró su estudio del suicidio como síntoma de enfermedad mental, aunque también apuntó que existían suicidios provocados por las pasiones humanas, refiriéndose a él, como una afección moral desencadenada por las múltiples incidencias de la vida (Sarró, 1991).

De Boismont (1856), recogió una casuística de cerca de 5000 suicidios, e indicó que el suicidio era la última manifestación de la desesperación (Glez, 1997).

En esta época se llegaron a analizar las anomalías morfológicas y funcionales de las personas que intentaban suicidarse, buscándose mediante

la autopsia de los suicidas las lesiones que podían condicionar el suicidio (Sarró, 1991).

Algunos años después, Achille-Delmas (1932) expuso su teoría acerca de los suicidios, que él consideraba patológicos y ligados a trastornos constitucionales orgánicos. Esta teoría tenía tres puntos: todo suicidio implica una enfermedad mental, el suicidio es un síntoma y no una enfermedad, el suicidio está ligado a la ansiedad orgánica (Glez Seijo, 1997).

Esta visión del suicidio como síntoma patológico de la teoría psiquiátrica fue duramente criticada por autores como Deshaies (1947). Según este autor la escuela francesa realizó un razonamiento lógico del suicidio como un acto de locura bajo la forma de un silogismo falso: si algunas personas son suicidas y algunos enfermos mentales se suicidan, los suicidas son enfermos mentales (Sarró, 1997).

1.B 2 Teoría sociológica.

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

En su obra, este autor considera al suicidio como un “hecho social” que sólo puede ser explicado sociológicamente, y no por las motivaciones individuales del suicida (Alaszemski, 1995). Por tanto centra su estudio en las tasas de suicidio de diferentes países europeos y cómo éstas se ven modificadas por la influencia de factores sociales tales como la religión, la

situación familiar, la economía, la guerra. Así mismo, incluye en su trabajo un análisis sobre el papel de la herencia, la imitación y los factores cósmicos del suicidio (Glez Seijó, 1997).

Considera que el suicidio es el resultado de las influencias y el control de la sociedad, y propone dos variables que hay que tener en cuenta: el grado de integración social y el grado de reglamentación social (Gracia, 1994).

Distinguió cuatro tipos de suicidio

- Suicidio Altruísta: En el que el individuo no está suficientemente diferenciado del grupo social al que pertenece, siendo capaz de sacrificarse por el grupo. Es típico de sociedades rígidas que ponen por encima del individuo un código de deberes de sentido grupal. Para Durkheim la alta tasa de suicidio en el ejército sería la evidencia de este tipo de suicidios.

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

- **Suicidio Egoísta: resulta de la alienación del individuo respecto a su medio social, es decir, es consecuencia de la falta de integración social, y es muy común allí donde los factores culturales subrayan el individualismo. Durkheim observó como la guerra franco-prusiana de 1870 tuvo como consecuencia una disminución de la tasa de suicidio en ambos países. Según este autor ello se debería a que en situaciones de crisis aumentaría la integración social y disminuiría el suicidio egoísta. (Durkheim, 1982; Alaszemski,1995).**

- Suicidio Fatalista: Se produciría por una excesiva “planificación”, viéndose los individuos con un porvenir implacablemente limitado, y sus pasiones constreñidas por una disciplina opresora (Gracia, 1994).

Es importante señalar que aunque para Durkheim el suicidio es el resultado de la influencia y actuación de unos hechos sociales que interactúan con estados individuales, asume también la enfermedad mental como una causa de suicidio. Así en su obra asume la clasificación dada por Jasset y Moreau de Tours, que clasifican el suicidio vesánico en cuatro tipos.

- a) Melancólico: Estado general de extrema depresión, con una visión negra y angustiosa de la vida.
- b) Maniático: Debido a alucinaciones o delirios
- c) Obsesivo: Causado por la idea fija de la muerte que se ha apoderado del individuo sin razón alguna, aunque este reconozca la irracionalidad de la idea.
- d) Impulsivo o automático: Impulsión brusca e inmediata, sin que le preceda ningún antecedente intelectual. (Durkheim, 1982)

Durkheim apuntó a lo largo de sus investigaciones que no existía un suicidio, sino suicidios, pues aunque el acto era siempre un acto individual, elegido voluntariamente por una persona, sus causas desencadenantes eran distintas e incluso opuestas entre sí.

Entre sus conclusiones destacan:

- a) **El suicidio progresa con la ciencia. El hombre se mata porque la sociedad de la que forma parte ha perdido su cohesión.**
- b) **La religión ejerce una acción profiláctica sobre el suicidio porque constituye una sociedad.**
- c) **El suicidio varía en razón inversa con el grado de desintegración de los grupos sociales de que forma parte el individuo.**

1.B 3 Teoría psicoanalítica

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

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

Freud no se ocupó de una manera específica del suicidio, encontrando en su obra sólo referencias dispersas. A pesar de ello las aportaciones más importantes de la obra de Freud son:

- La idea fundamental del suicidio como parte del homicidio.
- La ambivalencia amor-odio que está presente en la dinámica de todo suicida.
- La asociación de la agresividad, y por tanto del suicidio, a la manifestación de una pulsión de muerte que al buscar constantemente un reposo eterno puede encontrar su expresión en el suicidio. (Gracia, 1994).

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

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

- Deseo de matar
- Deseo de estar muerto
- Deseo de morir

La teoría del instinto de muerte es discutida por autores posteriores, así Sullivan (1953) subraya la importancia de las relaciones interpersonales y añade los conceptos de angustia y envidia a tener en cuenta en la conducta suicida. Horney (1981) considera la trascendencia de los trastornos provocados culturalmente en las experiencias de desarrollo del niño, y Fenichel afirma que el suicidio se lleva a cabo porque las esperanzas e ilusiones de una tranquilizadora gratificación se hallan vinculadas a la idea de suicidio (Gracia, 1994).

A pesar de las discrepancias, la mayoría de las tendencias psicoanalíticas coinciden en que el suicidio es precedido por un periodo de crisis psicológica y conflicto emocional, durante el cual la víctima potencial es conscientemente ambivalente y está confusa, mientras trata de controlar y resistir las fantasías e impulsos que la empujan a la autodestrucción (Gracia, 1994).

1.B 4 Teorías Cognitivas

Las teorías cognitivas incluyen en la conducta suicida componentes valorados como no agresivos, entre los que destacan la ansiedad, la culpa, la

dependencia, la desesperanza, la indefensión y el abandono, que según estas teorías constituyen aspectos psicológicos esenciales en la mayor parte de los actos suicidas.

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

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

Para Beck las ideas de suicidio se interpretan como una expresión extrema de un deseo de escapar a aquellos problemas o situaciones que parecen irresolubles e intolerables. El paciente puede verse a sí mismo como una carga inútil y pensar que sería mejor para todos que muriera. Define el concepto de desesperanza como un sistema de esquemas cognitivos sobre expectativas negativas de futuro. Los pensamientos suicidas surgen cuando el paciente conceptualiza su situación como insostenible (Hernández, 1997).

1. B 5 Otros modelos explicativos.

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

Dentro de estos modelos destacan (Glez Seijo, 1997):

-Modelo arquitectónico de Mack (1986): consta de:

-macrocosmo: sistema educativo, sociopolítico, cultural y económicos

-vulnerabilidad biológica

-experiencias tempranas

-organización de la personalidad

-las relaciones del individuo

-la psicopatología

-la ontogenia

-las circunstancias vitales

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

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

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

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

Consideran el fenómeno suicida como un proceso dinámico y circular del que el sujeto puede salir o volver a entrar. Reúne las variables en dos grupos: en primer lugar el contexto socioindividual del sujeto que incluye aspectos del ambiente social y del entramado individual del sujeto, y en segundo lugar el “estado mental suicida” que hace referencia al conjunto de características psicológicas que rodean y acompañan a la conducta suicida. Estas variables son: depresión, desesperanza, baja autoestima, soledad, falta de razones para vivir y valoración positiva del suicidio como medio para la resolución de problemas.

-Modelo cúbico del suicidio de Shneidman (1992):

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

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

-Modelo de sobreposición de Blumenthal (1988):

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

Un trabajo interesante en relación con los modelos teóricos explicativos de la conducta suicida es el realizado por Lester. Este autor compara 15 teorías suicidas aplicándolas a la historia psicobiográfica de 30 conocidos suicidas. De las 15 teorías estudiadas, la de Beck, la de Shneidman y la de Maris se ajustan mejor que las otras 12 a la vida de los suicidas analizados (Lester, 1994).

1.C CONCEPTO DE CONDUCTA SUICIDA

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

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

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

Desde el punto de vista de la ciencia, las concepciones sobre el suicidio evolucionaron desde verlo como mero acto, hasta contemplarlo como parte de un concepto más amplio y complejo como es la conducta suicida (Díaz, 1997).

Durkheim en su obra “El Suicidio” dice, “se llama suicidio todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado.

La tentativa de suicidio es el mismo acto que hemos definido, detenido en su camino, antes de que de cómo resultado la muerte”.

Esta definición supone una primera delimitación de la conducta suicida de otras en las que también resulta la muerte. Esta delimitación se realiza sobre la base de la finalidad de la conducta y el concepto de autoprovocación. Para este autor la tentativa de suicidio es un fracaso material de dicha intencionalidad.

Sin embargo trabajos posteriores llevaron a cuestionar esta definición, al mostrar que no siempre la intencionalidad de los suicidas era matarse, otras intencionalidades frecuentes son demandas de atención, escapar de situaciones conflictivas, o incluso agredir a otros con la propia muerte (Díaz, 1997).

Schneidman es un ejemplo actual de los que opinan que las tentativas de suicidio tienen aspectos y contenidos propios que las diferencian de los suicidios consumados; si bien ambos fenómenos comparten características comunes, en ambos casos existe un componente de autolesión, aunque en el intento puede estar latente o ser ambivalente o 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).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), introdujo en 1969 la expresión “acto suicida” para englobar todo hecho en el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y el conocimiento del verdadero móvil.

En la CIE-10 (clasificación internacional de enfermedades), publicada en 1992, en el capítulo XX, sobre “causas externas de mortalidad y morbilidad”, se incluye en el apartado X60 hasta X84 las Lesiones Autoinflingidas, que se definen como intoxicaciones o lesiones traumáticas que se produce deliberadamente el individuo. Como dato importante a señalar de esta última clasificación de la OMS es que se ha obviado el tema de la voluntariedad y la finalidad del acto, y de las motivaciones conscientes o inconscientes.

Los estudiosos del suicidio han propuesto numerosas definiciones y clasificaciones, pero aún no se ha generalizado ninguna.

Diekstra recogió los criterios más frecuentemente utilizados de suicidio, tentativa de suicidio y parasuicidio. Describe el suicidio como un acto con un fin mortal, que se inicia deliberadamente y es realizado por el sujeto con el conocimiento o esperanza de muerte. La tentativa, según este autor, es un acto no habitual con un fin no fatal, que se realiza de forma deliberada por la persona que se causa autolesiones o se las causaría si los demás no intervinieran. El parasuicidio es un acto no habitual, con un fin no fatal, que es iniciado por la persona con un fin no mortal, que provoca autolesiones si no hay intervención externa; se persigue conseguir cambios en el ambiente y condiciones sociales (Diekstra, 1993).

Algunos autores como Beck o Diekstra valoran los actos suicidas como una graduación secuencial que va desde la ideación, amenaza, tentativa hasta el suicidio consumado. Para otros autores como Meninger, Giner o Leal el concepto se amplía a una extensa gama de posibilidades destructivas heterogéneas en su forma y su expresión, aunque con un fondo común como

es el diálogo- juego con la idea de la muerte e implican un riesgo para la vida (Hernández, 1997).

Sin embargo, con frecuencia, tentativa y suicidio se emplean indistintamente, ya que resulta difícil estar seguro de si el individuo quería morir o no. Muchos suicidas que no tienen éxito confiesan cierto grado de ambivalencia sobre el resultado, de modo que una definición basada en el intento resulta poco útil.

La introducción de términos como parasuicida o pseudosuicida aplicados a todos los supervivientes ha tenido el efecto desafortunado de reducir la categoría de peligro inherente a los intentos, y permitir que se consideren como simples gestos puede resultar peligroso. La supervivencia del suicida depende de muchos factores, muchos de los cuales sólo pueden ser atribuidos a la suerte; en el caso de la intoxicación por fármacos, adquieren importancia factores como el haber ingerido o no alimentos, el vomitar, el ser un metabolizador lento, su función hepática, renal y cardiaca, etc. Por ello, estamos de acuerdo con Irurita al señalar que es poco prudente el ignorar el peligro potencial de cualquier acto suicida, convendría resaltar que ideación, tentativa y suicidio forman parte de un complejo proceso (Irurita, 1997).

1.D EPIDEMIOLOGIA DE LA CONDUCTA SUICIDA

1.D 1 Problemas metodológicos:

En la conducta suicida podemos diferenciar tres niveles o categorías: ideación suicida, tentativa de suicidio y suicidio. Aunque existe un importante

solapamiento entre ellas, a efectos de recogida de información con fines estadísticos, cada una de estas categorías presenta problemas metodológicos específicos, que hacen que la mayoría de los estudios epidemiológicos infraestimen el problema (Diekstra, 1993).

La prevalencia de la ideación suicida es difícil de valorar por varias razones. Aunque existen cuestionarios específicos para valorar la ideación suicida, en los estudios epidemiológicos generalmente se utilizan los ítems específicos sobre suicidio de los tests standard de valoración del estado mental. Por otro lado los estudios divergen en cuanto al tiempo acerca del cual se le pregunta al sujeto sobre la presencia de ideación suicida. Y por último no hay acuerdo en cuanto a lo que se considera exactamente ideación suicida (que podría incluir desde la idea de que la vida no vale la pena, hasta planes estructurados para quitarse la vida) (Arranz, 1997).

En cuanto a las tentativas de suicidio, a falta de datos oficiales, la información se obtiene generalmente a partir de los registros de los servicios de urgencias de los hospitales, lo que implica un sesgo importante, ya que intentos serios de suicidio pueden no acabar en un hospital si no implican complicaciones orgánicas. Como señala Arranz, citando a Diekstra, alrededor del 75% de las tentativas no llegan a ponerse en conocimiento de un profesional médico, de manera que la probabilidad de que un paciente sea enviado a un hospital depende, no tanto de la gravedad de la tentativa sino del método empleado (Arranz, 1997). De todo esto se deduce que la tasa de

tentativas de suicidio extraídas de los registros hospitalarios infraestiman la tasa real de tentativas de suicidio de la población general.

Finalmente en cuanto al suicidio sí existen datos oficiales nacionales, sin embargo los datos de los diferentes países difieren entre sí enormemente, lo que ha planteado la duda de si estas diferencias reflejan la realidad o si por el contrario se deben a diferencias de método y criterio utilizados.

A este respecto trabajos como los de Lester defienden la veracidad de estas diferencias en las tasas de suicidio entre unos países y otros, que según este autor se deben a variaciones fisiológicas, psicológicas y sociales existentes en las diferentes naciones (Lester, 1997).

En cualquier caso, la tasa de suicidios es superior a la que arrojan las estadísticas oficiales debido a varios factores. En primer lugar a los distintos criterios de definición del suicidio en diferentes trabajos. En segundo lugar, no siempre es sencillo diferenciar un suicidio de una muerte natural o accidental. En tercer lugar, existen ciertas actitudes culturales hacia el suicidio que explican la tendencia de los familiares a no notificar el hecho (Arranz, 1997). A pesar de lo cual, existen trabajos que sugieren que las conclusiones epidemiológicas basadas en los datos oficiales son en general correctas, y que las diferencias entre los distintos países corresponden a diferencias reales de prevalencia (Diekstra, 1993; Lester, 1997).

Sin embargo Gracia y Rguez, como veremos al hablar de la epidemiología del suicidio en nuestra comunidad, encuentran que los resultados oficiales dados por el INE no se ajustan a los obtenidos por ellos. Para estos autores el problema radica en que muchas muertes violentas o

súbitas que requieren ser investigadas, son recogidas inicialmente por el INE especificando la causa última de la muerte (Herida incisa, hemorragia cerebral, etc), en espera de los resultados de la investigación. El problema es que en muchas ocasiones los resultados últimos de tales investigaciones llegan tarde o no llegan, con lo cual quedan muchas muertes sin especificar en los registros oficiales (Gracia, 1988; Rguez-Pulido, 1991).

1.D 2 Epidemiología del suicidio.

Se calcula que en los países occidentales, el suicidio representa alrededor de un 1% de las mujeres y un 2% de los hombres, con respecto a la mortalidad por cualquier causa, situándose entre la 9ª o 10ª causa de muerte en la población general. Es la 2ª o 3ª causa de muerte para aquellos de edad comprendida entre 15 y 34 años (Diekstra, 1993). Constituye por tanto un serio problema de salud pública para el que aún no se han encontrado respuestas suficientes. En este sentido la OMS en su Comité Regional Europeo propone como objetivo número 12 para el año 2000, acciones tendentes a descender la tasa de suicidio y tentativas de suicidio en el territorio europeo.

La OMS clasifica las tasas de suicidio de una comunidad en bajas, medias, altas y muy altas, en función del número de suicidios/ 100.000 habitantes/ año. De modo que cifras inferiores a 5/100.000/ año se consideran bajas, tasas entre 5 y 15 medias, entre 15 y 30 altas, y por encima de 30 muy altas.

Las tasas de suicidio varían de unos países a otros, existiendo un patrón en el que destaca que los países del Sur de Europa tienen tradicionalmente las tasas de suicidio más bajas. En segundo lugar los países del noroeste como el Reino Unido y Holanda con tasas algo más altas. Los países nórdicos constituyen un tercer grupo con tasas más altas, y un cuarto grupo lo forman los países de Europa Central, comenzando por Bélgica y terminando en Hungría con Rusia. Este esquema de suicidio se ha mantenido a lo largo de este siglo. Según Diekstra las tasas de suicidio han subido significativamente a lo largo del siglo en todos los países, sin embargo el orden jerárquico de los países se ha mantenido constante (Diekstra, 1993).

Sin embargo Lester señala que a partir de la década de los 80 se ha objetivado una cierta tendencia al descenso de los suicidios en los países de mayor tasa de suicidio y por el contrario un aumento de esta conducta en aquellos países tradicionalmente con índices más bajos de suicidio (Lester, 1997).

Para este autor las diferencias entre la tasa de suicidio de los diferentes países podrían estar explicadas por diferencias fisiológicas, psicológicas y sociales, pero hace hincapié en que dado que en su trabajo sólo compara 17 países estos resultados no se pueden generalizar (Lester, 1997).

La incidencia de suicidios dentro de los grupos de edad más jóvenes (15-24 años) es un hecho bastante infrecuente, pero debido a la baja mortalidad general de este grupo de edad, la importancia relativa del suicidio es digna de ser remarcada. El suicidio figura entre las 5 primeras causas de muerte en este grupo de edad en numerosos países. Según la OMS (1991),

los países con más alta tasa de suicidio en adolescentes y jóvenes serían Canadá, Sri Lanka, Austria, Finlandia y Suiza (Sáiz, 1997).

El suicidio en la edad anciana constituye un problema de considerable importancia, ya que existen muchos países donde la tasa de suicidios para individuos mayores de 74 años se sitúa por encima de 30 (Uruguay, Japón, Singapur, Sri Lanka, Austria, Bélgica, la antigua Checoslovaquia, Dinamarca, Francia, Alemania, Hungría, Suiza), siendo las tasas más elevadas las encontradas en Hungría (Sáiz, 1997).

En cuanto al sexo, las estadísticas muestran como claramente, en todos los países y áreas geográficas hay una mayor incidencia de suicidio entre los varones que entre las mujeres(Sáiz, 1997).

1.D 3 Epidemiología de las tentativas suicidas.

Ya hemos señalado al hablar de los problemas metodológicos del estudio epidemiológico del suicidio, las dificultades para el estudio de las tentativas suicidas al no haber registros oficiales, y fundamentar los datos en los registros de los servicios de urgencias de los hospitales, a los que como hemos comentado no llegan todas las tentativas que se realizan.

Diekstra, en su artículo sobre la epidemiología del suicidio y parasuicidio, afirma que este último ha ascendido bruscamente en los adolescentes y adultos jóvenes en el período de 1965-1980, etapa en la que también ha aumentado significativamente la tasa de suicidio en Europa.

Para este autor, y en función de una intensa revisión bibliográfica realizada por él, el Parasuicidio es el predictor más importante de suicidio. Señala que entre un 10-14 % de las personas involucradas en una tentativa de suicidio, mueren por suicidio posteriormente. Por lo tanto, señala, cualquier persona que realice una tentativa tiene un riesgo de suicidio sobre una 100 veces mayor que la población general (Diekstra, 1993).

Este autor recoge como motivos para explicar la tentativa tres categorías diferentes:

- a) Cese o final para siempre
- b) Interrupción del sufrimiento por un tiempo, dormir, etc
- c) Llamada con intención de movilizar a otros o cambiar condiciones vivenciadas como intolerables (Diekstra, 1993).

En cuanto a la prevalencia de las tentativas suicidas varía en función de los países estudiados y sobre todo en función de que los datos se obtengan mediante estudio de la utilización de servicios o mediante seguimiento de muestras de población.

Lo más significativo es que las tentativas de suicidio son más frecuentes en mujeres que en hombres, y que el máximo pico de edad en ambos sexos y en todos los países ocurre entre los 15 y los 44 años (Diekstra, 1993).

1.D 4 Relación entre suicidio y tentativa de suicidio.

La discusión entre los que consideran que los que desean la muerte y los que la desean y consuman el suicidio son poblaciones diferentes es una discusión clásica. Pero numerosos estudios ponen de manifiesto que la

tentativa de suicidio es, desde el punto de vista epidemiológico, el principal factor de riesgo del suicidio, estimándose que entre un 10-15% de los individuos que realizan una tentativa acaban suicidándose, presentando un riesgo 100 veces superior al de la población general; de manera inversa el 14-60% de las tentativas tienen antecedentes de una o más tentativas previas, y el 30-60% de las personas que consuman el suicidio tienen historia de tentativas previas (Sarró, 1991; Diekstra, 1993).

Por otra parte es indudable que las características sociodemográficas de las personas que realizan tentativas son diferentes a las que consuman el suicidio, aunque existe cierto solapamiento. Sin embargo, las diferencias relativas a los factores sociales son sólo de grado y duración. En consecuencia se podría decir que la conducta suicida se escalona jerárquicamente según un gradiente de riesgo de letalidad y en muchos casos el llevarlas a cabo depende de la disponibilidad de modelos suicidas y de medios (Diekstra, 1993).

Esta tesis doctoral se fundamenta por un lado, en que nuestro punto de vista está en concordancia con esta visión de la conducta suicida como un continuo que va desde la ideación suicida hasta el suicidio consumado.

Por otra parte, en la consideración, demostrada por numerosos estudios (Diekstra, 1993; Paerregaard, 1975; Pederson, 1975) de que la tentativa es el mayor factor de riesgo de conductas suicidas tanto en la población general como en los pacientes psiquiátricos, como abordaremos con más detalle más adelante.

1. D 5 Epidemiología del suicidio en España.

Las primeras estadísticas oficiales de suicidio publicadas en España se remontan a 1888, aunque la fiabilidad de las mismas era baja y no existía separación entre suicidios consumados y tentativas de suicidio (Sarró, 1991).

En España, según datos facilitados por el INE (1995), la tasa promedio de suicidio es de 5.9 /100.000 habitantes año. Las tasas varían notablemente de unas provincias a otras, siendo Lugo la provincia donde se encuentra la tasa más elevada (18.3), y Valencia la que tiene la tasa más baja (0.4)

De las provincias descritas, sólo dos tienen tasas por encima de las descritas por la OMS como altas, Lugo y Soria. 10 provincias españolas, entre las que se encuentra Tenerife, tienen tasas de suicidio consideradas por la OMS como bajas. El Resto tienen tasas medias.

En la evolución de las tasas de suicidio en España durante este siglo, se produce una disminución durante la guerra civil, y un incremento del 4.9% entre 1980-1992 (Alonso, 1996).

Centrándonos en la epidemiología del suicidio en nuestra región, merecen especial atención los trabajos publicados por Rodríguez-Pulido y Gracia en los que estudian la frecuencia y características del suicidio tanto en la comunidad como en nuestra isla.

Rodríguez-Pulido realiza un estudio del suicidio en la comunidad canaria entre los años 1977 y 1983. Obtuvo 775 casos de suicidio en ese periodo, con un incremento de los suicidios durante el periodo analizado, que van desde 6.8/100000 en 1977, hasta 10.6/100000 en 1983. Estos datos están en

contradicción con los resultados oficiales del INE que consideraba para el mismo periodo un número global de suicidio en Canarias de 381, con una tendencia a la disminución entre 1877 y 1983 (Rodríguez-Pulido, 1991).

En relación con la tasa de suicidio en nuestra isla, los datos obtenidos por Gracia, para el mismo periodo (1977-1983), suma un total de 356 casos, igualmente con una tendencia al alza en el número de suicidios por año, encontrando una tasa de 10.7/100000 en 1977, y de 19.4/100000 en el 83. Las tasas encontradas por este autor están muy por encima de las tasas oficiales del INE que para los mismos años son de 7/100000 y de 12/100000.

Desde el punto de vista sociodemográfico predominan los suicidios en las áreas rurales, con predominio de los varones sobre las mujeres y de los divorciados o separados. Los métodos suicidas más utilizados son la defenestración, el ahorcamiento y la intoxicación con insecticidas (Gracia, 1988).

1.E FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA

1. E 1 Factores Biológicos

- Serotonina y otras monoaminas

De todos los neurotransmisores relacionados directa o indirectamente con las conductas suicidas es la serotonina (5-HT), la que ha recibido mayor atención por parte de los investigadores. Numerosas evidencias vinculan la disminución de la actividad serotoninérgica central con manifestaciones de tipo suicida, así como con otros actos de naturaleza violenta e impulsiva.

Los estudios post mortem realizados en personas que se han suicidado no resultan concluyentes en sus resultados, pero parece que apoyan el dato de una disminución de 5-Ht y su metabolito, el 5 hidroxindolacético (5-HIAA) en determinadas zonas cerebrales de víctimas de suicidio.

Los estudios sobre serotonina y 5-HIAA en líquido cefalorraquídeo (LCR) muestra una disminución de los niveles de 5-HIAA en personas que han intentado suicidarse. Señalan el posible papel predictor de los niveles bajos de 5-HIAA en el LCR en la recurrencia de actos suicidas; y la posible asociación entre disminución de 5-HIAA y la violencia del acto suicida.

Pero con los datos de los que se dispone hasta hoy, no podemos afirmar que los niveles de 5-HIAA en LCR constituyan un marcador definitivo de riesgo suicida.

Otros estudios realizados sobre plaquetas y con test neuroendocrinos de tipo serotoninérgico también tratan de estudiar la implicación de este neurotransmisor en la conducta suicida.

La dopamina y la noradrenalina, junto con sus metabolitos, el ácido Homovanílico (HVA), y 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol (MHPG), son las otras dos monoaminas que se han relacionado con el riesgo de actos suicidas. Algunos trabajos han encontrado una disminución de HVA en pacientes depresivos que han realizado conductas suicidas. Otros han planteado la posible relación inversa entre niveles de HVA y letalidad del acto suicida. Por último se ha planteado el posible valor predictivo de los niveles bajos de HVA en la repetición de conductas suicidas (Sáiz, 1997).

- **Cortisol**

Aunque el cortisol en orina fue el primer indicador biológico implicado en el suicidio, existen discordancia en los resultados de los estudios que tratan de implicar al eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal en la realización de conductas suicidas. Algunos trabajos señalan aumento de cortisol tanto en orina como en sangre asociado a la realización de actos suicidas.

- **Colesterol**

El mecanismo por el cual la disminución de los niveles séricos de colesterol pueden predisponer al suicidio no está establecido en la actualidad. Aunque existe la evidencia que la variación en los niveles séricos de colesterol puede alterar la fluidez, viscosidad y función de las membranas neuronales, y los cambios en dichas membranas podrían ser relevantes para neurotransmisores como la serotonina.

Otros autores lo relacionan con la acción de la interleukina 2, citocina que por un lado daría lugar a la disminución del colesterol plasmático y por otro a una disminución de la melatonina que redundaría en tendencias depresivas y posibles conductas suicidas (Sáiz, 1997).

1.E 2 Factores sociodemográficos

-Edad: En la mayoría de los países industrializados, las tasas de suicidio consumado se incrementan con la edad, encontrándose las cifras más elevadas entre los individuos mayores de 65 años. Por el contrario, entre los jóvenes el suicidio es una causa importante de mortalidad, a pesar de ser

menos frecuente que en las personas de edad, aunque en numerosos países se está asistiendo a un aumento de la tasa de suicidio en jóvenes.

La tentativa de suicidio es más común en las personas jóvenes (Arranz, 1997; González, 1997).

-Sexo: Los varones presentan un riesgo de 2 a 3 veces mayor que las mujeres de mortalidad por suicidio. Por el contrario las tentativas son más frecuentes en mujeres (Arranz , 1997).

-Raza: Entre los individuos de raza blanca la frecuencia global de suicidio es aproximadamente el doble de la de otros grupos étnicos.

-Situación Laboral: Estudios llevados a cabo sobre todo en países nórdicos, como el realizado por Heikkinen ponen de manifiesto una relación directa entre desempleo y suicidio. En el estudio realizado por este autor el número de suicidas en paro era sorprendentemente elevado en relación con la tasa de parados en Finlandia en el momento del estudio que estaba alrededor del 5% (Heikkinen, 1995).

No obstante cabe añadir que a medida que el desempleo se ha ido generalizando en el mundo occidental, el papel que éste tenía como posible precipitante de la conducta suicida ha ido disminuyendo, y en la actualidad su valoración es contradictoria. De modo que la relación suicidio desempleo es más importante cuanto mayor es el riesgo de desempleo, si existe trastorno mental asociado o si existen conflictos interpersonales o sociales (Sarró, 1991).

- **Estado Civil:** Prácticamente todos los estudios coinciden en señalar al suicidio como más frecuente en personas solteras, divorciadas o viudas. Stack señala la relación que existe entre el estado civil y la conducta suicida , para este autor el matrimonio reduce las conductas suicidas de los individuos, así como el consumo de alcohol y la delincuencia juvenil (Stack, 1995). También Heikkinen encuentra en su muestra que en relación con la población general, los suicidas eran más frecuentemente solteros, divorciados y viudos (Heikkinen, 1995).

- **Antecedentes Familiares:** En las últimas décadas numerosos estudios han confirmado el papel que desempeña las conductas suicidas en la familia como factor de riesgo.

Según Roy, casi la mitad de los pacientes con historia familiar de suicidio realizan también una tentativa suicida (Roy, 1983).

Se han elaborado numerosas hipótesis que tratan de explicar esta agregación familiar de conductas suicidas. Las explicaciones propuestas pueden agruparse en dos categorías: el fenómeno psicológico de la identificación con el familiar suicida y los factores genéticos en la transmisión de la conducta suicida (González, 1997).

1.E 3 Factores genéticos

El suicidio puede ser considerado como ejemplo de conducta en la que los factores ambientales y genéticos pueden ser necesarios para explicar su naturaleza, pero individualmente considerados no son suficientes.

A partir de los trabajos de Schulsinger 1979, que encuentra una mayor incidencia de suicidio en la familia biológica que en la adoptiva de 57 suicidas que fueron adoptados al nacer, así como de los de Hange que encuentra una concordancia respecto al suicidio en 4 parejas de gemelos univitelinos, se incrementa el interés hacia la posibilidad de la predisposición genética de la conducta suicida (Ros, 1997).

En esta línea autores como Roy o Tsuang apuntan la posibilidad de factores genéticos para la conducta suicida independientes de la herencia de los trastornos afectivos u otras patologías psiquiátricas (Roy, 1983 a)

1. F SUICIDIO Y ENFERMEDAD MENTAL

Aunque el suicidio en los enfermos mentales es sólo un caso especial de una conducta más general, los pacientes psiquiátricos forman un grupo particularmente susceptible de presentar comportamientos suicidas.

Por otro lado el suicidio es la consecuencia más grave de la patología psiquiátrica, y la mayoría de las enfermedades psiquiátricas graves entrañan elevado riesgo suicida (Appleby, 1992).

En su trabajo de revisión sobre riesgo suicida en pacientes psiquiátricos, y citando a autores como Pokorny o Barraclough, Appleby advierte que el riesgo relativo de suicidio de los pacientes que tuvieron contacto psiquiátrico en el último año es de 26; y se eleva a 39 cuando consideramos a pacientes en edades comprendidas entre 35-44 años. Señala además que la tasa de suicidio

para pacientes psiquiátricos por año, calculada por Pokorny en 1966 es de 165/100000, 16 veces superior a la de la población general (Appleby, 1992).

Por su parte King encuentra un riesgo relativo de suicidio en los sujetos con reciente contacto psiquiátrico de 31, en relación con la población general (King, 1994).

Para autores como Allebeck, la enfermedad psiquiátrica es uno de los más poderosos predictores de suicidio, y probablemente el más relevante dentro del contexto de la clínica diaria. Sin embargo señala que uno de los problemas que presenta la enfermedad mental como indicador de riesgo de conductas suicidas es que ese valor predictivo depende de una serie de factores tales como: la población sobre la que se realiza el diagnóstico (pacientes hospitalizados, ambulatorios), el momento de la enfermedad en que esa valoración se realiza y el método empleado para la misma.

Como muestra de lo expuesto Allebeck encuentra resultados diferentes al estudiar una cohorte de 50465 reclutas del servicio militar de su país entre los años 1969-70 y de los que hace un seguimiento durante 13 años.

En este estudio el riesgo relativo de suicidio de los pacientes diagnosticados de alguna patología psiquiátrica en el momento del reclutamiento (3.1) fue considerablemente menor que el de aquellos pacientes diagnosticados de patología psiquiátrica durante ingreso hospitalario durante el tiempo que duró el seguimiento (16.7). Además los diagnósticos psiquiátricos relacionados con riesgo autolítico también variaron, siendo los trastornos neuróticos, los trastornos de personalidad y el abuso de drogas las patologías asociadas a conductas suicidas cuando el diagnóstico fue en el momento del reclutamiento; y siendo los trastornos psicóticos en general y la esquizofrenia

en particular los más asociados con conductas suicidas en pacientes ingresados (Allebeck, 1990(a); Allebeck, 1990 (b)).

Para este autor el diagnóstico de enfermedad psiquiátrica durante ingreso hospitalario es el predictor más importante de suicidio en varones jóvenes (Allebeck, 1990(b)).

Para Miles la gran mayoría de los suicidios están asociados con número relativamente pequeño de condiciones, y dentro de estas condiciones la más obvia es la enfermedad mental. Por tanto según Miles para prevenir la conducta suicida lo que hay que hacer es tratar la condición que subyace a esta conducta y que mayoritariamente es una enfermedad psiquiátrica (Miles, 1977).

En cuanto a cuales son los factores que influyen en el suicidio de los pacientes psiquiátricos, señalar que varían de unas patologías a otras y también dentro de la misma patología de unos estudios a otros. Appleby recoge en su revisión los datos de varios trabajos que señalan como factores de riesgo desde características psicosociales que comparten con la población general como son el estado civil (más riesgo los no casados), el vivir sólo o el desempleo; hasta la presencia de sintomatología depresiva.

Sin embargo el dato que con mayor frecuencia se asocia a suicidio en los pacientes psiquiátricos es la historia de tentativas de suicidio previas, existiendo este antecedente en alrededor del 50% de los casos (Roy, 1982).

Diekstra, como ya hemos señalado al hablar de la epidemiología de la conducta suicida, considera que es el predictor de suicidio más importante. Según este autor entre el 30-60% de los suicidios son el final de una serie de

tentativas previas cuyo número puede oscilar entre 1 y 20, o más. Además señala que alrededor del 14% de las personas que realizan una tentativa acaban muriendo por suicidio, siendo su riesgo 100 veces superior al de la población general (Diekstra, 1993).

Paerregaard hizo un seguimiento durante 10 años de 484 pacientes que realizaron tentativas serias de suicidio. Señala que el riesgo suicida es elevado durante los 5 o 6 años siguientes a la tentativa, sobre todo en los varones, aunque después de 10 años las diferencias de sexo desaparecen (Paerregaard, 1975).

Pederson compara un grupo de pacientes con tentativa suicida con un grupo de pacientes psiquiátricos y con población general. Como resultado de su estudio encuentra que el grupo de tentativa tiene mayor riesgo suicida que la población general y que el grupo de pacientes psiquiátricos (Pederson, 1975).

En otro aspecto, Ellis estudio las características cognitivas de pacientes psiquiátricos suicidas y no suicidas. Este autor defiende que los pacientes suicidas tendrían una estructura cognitiva que predispone a la desesperanza, independientemente de la sintomatología depresiva. De manera que ante situaciones de crisis o estrés estos pacientes pierden la esperanza con lo que aumentan el riesgo de suicidio (Ellis, 1986). Esta visión es mantenida por otros autores como Beck, de cuyas conclusiones hablaremos más extensamente al describir los factores asociados al suicidio esquizofrénico.

Abordaremos a continuación de forma somera algunas de las características particulares del suicidio asociadas a las diferentes patologías psiquiátricas.

1.F1 Depresión:

En su revisión Miles señala que la elevada incidencia de suicidio en la depresión es reconocida por todos los autores. Este autor estima el riesgo suicida para la depresión endógena en un 15%, porcentaje confirmado en la revisión realizada por Hawton. Este último hace referencia en su artículo a que el riesgo de suicidio en este tipo de pacientes es mayor durante fases relativamente iniciales de la enfermedad, y que se produce como cabe esperar durante los episodios de depresión, y no en las fases de remisión.

Señala además que los pacientes depresivos con sintomatología delirante pueden tener mayor riesgo suicida que pacientes similares pero sin delirios (Hawton, 1987).

Para Beck el riesgo suicida de los pacientes depresivos está en relación con la desesperanza y con las expectativas negativas de futuro (Beck, 1985).

King encuentra que en los pacientes varones con psicosis afectivas que cometieron suicidio los factores de riesgo eran de tipo psicosocial, básicamente el estado civil, el vivir solos y el desempleo. Para las mujeres el factor de riesgo asociado eran las tentativas previas (King, 1994).

Por último se ha señalado un aumento del riesgo de suicidio en pacientes con trastornos afectivos asociado a ansiedad, insomnio, anhedonia, pérdida de concentración y abuso de alcohol (Fawcett, 1990).

1.F2 Alcoholismo:

Según Miles el 15% de los alcohólicos se suicidan. Aunque existe un cierto solapamiento entre alcoholismo y depresión, la mayoría de los investigadores clasifican a los pacientes suicidas en uno u otro grupo, por lo que según Miles, esto no hace que las tasas de suicidio aumenten erróneamente en un grupo o en el otro (Miles, 1977).

A diferencia de otros pacientes psiquiátricos, el riesgo suicida de los pacientes alcohólicos no es mayor en las primeras etapas de la enfermedad, sino que aumenta con la evolución de ésta; de hecho, según Miles, el riesgo suicida correlaciona mejor con la cirrosis que con el suicidio en general.

Como recoge Appleby en su revisión parece que un tercio de los alcohólicos suicidas han sufrido experiencias de pérdida en sus relaciones interpersonales pocas semanas antes del suicidio (Appleby, 1992).

1.F3 Esquizofrenia:

Dado que más adelante haremos una amplia referencia al riesgo suicida de los pacientes esquizofrénicos no nos detendremos ahora en este apartado. Señalar sólo que para Miles el riesgo suicida de los pacientes esquizofrénicos se estima en un 10%, siendo múltiples los factores tanto sociodemográficos como psicopatológicos que se han asociado al suicidio de este tipo de pacientes.

1.F4 Neurosis y trastornos de personalidad

Miles destaca las dificultades que existen para tratar de establecer la tasa de suicidios en los pacientes con estas patologías y que se debe

fundamentalmente a la variedad de diagnósticos que subyacen al término “neurótico”; el bajo índice general de suicidios y a que en muchos de los trabajos revisados por él, algunos de los pacientes que se suicidaban lo hacían durante episodios psicóticos (Miles, 1977).

Cuando distingue exclusivamente las depresiones neuróticas de otros cuadros, considera que tienen un riesgo suicida igual al de las depresiones endógenas y que se sitúa en un 15%.

En los trabajos de King el riesgo suicida de los pacientes neuróticos se asoció a tentativas previas recientes, el 72% en el mes antes de su muerte (King, 1994).

En relación con los trastornos de personalidad, Miles (1977) atribuye un riesgo de un 5% a los trastornos de personalidad psicopática, para otros autores es más elevada, en torno al 10% (Hawton, 1987).

En el capítulo referente a los trastornos de personalidad y conducta suicida del libro de Ros Montalban, “*La Conducta Suicida*”, se señala a estos trastornos como una importante causa de conducta suicida, considerando que las tentativas suicidas son muy frecuentes en los trastornos límite, histriónico, dependiente, narcisista y antisocial.

El trastorno límite de la personalidad asociado con trastornos afectivos es el más frecuentemente asociado a suicidio consumado.

Además señalan que la comorbilidad de estos trastornos con otros trastornos mentales, producen un empeoramiento del pronóstico y de la respuesta al tratamiento de la patología mental, lo que hace que el riesgo de presentar conductas suicidas aumente (Rubio, 1997).

1.F5 Adicción a drogas:

Los adictos a drogas, tiene unas altas tasas de mortalidad. Las muertes ocurren en la juventud y suelen estar asociadas a la droga. Dado que muchas veces la muerte ocurre por una sobredosis de la droga a la que el paciente es adicto, a la hora de estimar la tasa de suicidios se tiende a ser conservador. Así y todo se calcula en torno al 10% (Miles, 1977).

Creo que merece la pena, para terminar, señalar el trabajo realizado por Ahrens en un grupo de 2383 pacientes esquizofrénicos y 1920 pacientes con trastornos afectivos. Como resultado de su trabajo, este autor encuentra que el riesgo suicida depende de la desesperanza, de la presencia de rumiación del pensamiento y del aislamiento social, independientemente de los diagnósticos psiquiátricos que tuvieran. En función de tales resultados propone que la suicidabilidad podría ser un fenómeno independiente de cualquier patología psiquiátrica, dado que los síntomas asociados fuertemente al suicidio, se encuentran frecuentemente en gran variedad de trastornos psiquiátricos, e incluso en personas que no tienen antecedentes de patología mental, como aquellos con enfermedades somáticas graves, o sometidos a situaciones vivenciales negativas. Estos síntomas según este autor, aunque no se pueden considerar como constitutivos de un síndrome específico, serían la expresión de una predisposición de ciertos individuos que se manifestaría sólo cuando se desarrollan enfermedades psiquiátricas o se les somete a situaciones vivenciales muy negativas (Ahrens, 1996).

2. EL SUICIDIO ESQUIZOFRENICO

2.A IMPORTANCIA DEL FENOMENO SUICIDA EN LOS PACIENTES ESQUIZOFRENICOS

Prevenir el suicidio, conocer sus desencadenantes, adivinar el momento, o comprender los motivos que llevan al paciente esquizofrénico a poner fin a su vida es uno de los grandes retos que los investigadores de finales de siglo tienen por delante.

Pero la importancia y consideración del fenómeno suicida de los pacientes esquizofrénicos queda ya remarcada por el propio Bleuler cuando en su obra señala “...la conducta suicida es el síntoma más grave de la esquizofrenia...” (Bleuler, 1950).

Mayer-Gross en su tratado de psiquiatría afirman “...la enfermedad esquizofrénica en sí misma no es mortal, aunque frecuentemente culmine en el suicidio...” . Cifran las tendencias suicidas en un 20% y subrayan que muchos suicidios de adolescentes se deben a un ataque esquizofrénico (Mayer-Gross, 1974).

Para autores como Kaplan, el número de sujetos esquizofrénicos que se suicidan es mayor que el de pacientes maniaco-depresivos. Aunque diferencia dos tipos de suicidas esquizofrénicos, los que se suicidan por estar “*profundamente deprimidos*” y los que lo hacen “*en respuesta a voces alucinatorias*”, considera que muchos de estos suicidios pueden ser impredecibles. Cifra el índice de suicidio consumado entre esquizofrénicos

crónicos en un 4%. Las tentativas de suicidio las sitúa alrededor del 20% (Kaplan, 1989).

En las últimas décadas numerosos investigadores han tratado de estudiar esta conducta, en un intento de identificar los factores de riesgo que se asocian al fenómeno y que nos permitieran diseñar estrategias de intervención para prevenir tales actos.

Aunque son múltiples los factores de riesgo postulados, hoy por hoy aún sigue estando poco claro cuáles son las causas que inducen a algunos pacientes esquizofrénicos a suicidarse, lo que ha llevado a plantear a autores como Allebeck o Breier que la conducta suicida del esquizofrénico es una conducta impredecible (Allebeck, 1987, Breier, 1984).

Otros investigadores por el contrario consideran la existencia de ciertos factores que pueden aumentar el riesgo de la conducta suicida en este grupo de pacientes. Agruparemos estos factores para su análisis en cinco apartados diferentes, que comprenden los factores más frecuentemente propuestos por los diferentes autores revisados, como asociados a la conducta suicida del esquizofrénico. Estos son:

- 1) Factores sociodemográficos
- 2) Sintomatología depresiva y desesperanza
- 3) Predominio de los síntomas productivos.
- 4) Curso de la enfermedad deteriorante y agresivo.

5) Aunque pocos, algunos investigadores como Kaplan o Nieto han planteado la posibilidad de que no se trate de un grupo homogéneo, sino que existieran diferentes tipos de pacientes esquizofrénicos suicidas.

Además como ya señalamos existe un grupo de investigadores para los que la conducta suicida del esquizofrénico es impredecible y no asociada a ningún factor de riesgo claro. Adoptan por tanto una postura nihilista que comentaremos brevemente al final.

A pesar de las mencionadas posturas nihilistas de algunos autores, y de las dificultades metodológicas con la que se encuentran los estudios sobre pacientes suicidas, consideramos que el estudio de la conducta suicida del paciente esquizofrénico sigue siendo prioritario en el momento actual, teniendo en cuenta que un 10% de los pacientes esquizofrénicos se suicidan (Miles, 1977) y que entre un 20 a un 40% de ellos realizan tentativas suicidas (Modestin, 1992).

En relación con la postura de autores como Allebeck, Breier o Hawton, que consideran al suicido esquizofrénico como un fenómeno impredecible, nos gustaría señalar que una de los fundamentos para dicha actitud, es que consideran que los factores de riesgo obtenidos en estudios retrospectivos de pacientes que se han suicidado podrían ser poco fiables.

Efectivamente, uno de los problemas metodológicos de este tipo de estudios es que la recogida de los datos de los pacientes se realiza retrospectivamente, casi siempre a partir de la historia clínica, aportándose

valores poco reproducibles, al depender de la subjetividad del psiquiatra que realizó dichas anotaciones, en valores a menudo muy subjetivos (Insight, desesperanza, ansiedad...). Es por ello que consideramos importante el diseño de trabajos como el desarrollado por nosotros, en los que estudiamos a pacientes que han realizado una tentativa de suicidio, analizando con escalas psicométricas parámetros clínicos y psicopatológicos concretos y comparándolos con un grupo control.

Consideramos que el hecho de que la mayor parte de la literatura al respecto esté de acuerdo en que las tentativas previas es el factor de riesgo asociado con mayor frecuencia al suicidio, justifica por sí solo estudios como el que presentamos. En cuanto a las tentativas previas la mayor parte de los autores consideran uno de los factores de riesgo más importante de suicidio, tanto en la población general, como en la esquizofrenia. Para Modestin, la frecuencia de tentativas de suicidio en este grupo de pacientes asciende a un 20-40%; incluso otros autores como Landmark y Roy plantean cifras superiores, de un 44% y un 55% respectivamente (Landmark, 1987; Roy, 1984).

Evidentemente se podría argumentar que las características de los pacientes que realizan tentativas de suicidio no son exactamente iguales a las de los que consuman el suicidio. A este respecto, y centrándonos en los pacientes esquizofrénicos, debemos señalar que mientras Drake encuentra características clínicas diferentes entre suicidas y tentativas de suicidio (Drake,1986), no es así en el estudio realizado por Roy sobre pacientes esquizofrénicos con tentativas suicidas, donde encuentra como factores de riesgo más importantes el mayor número de ingresos y la sintomatología

depresiva, factores que junto con el desempleo se asocian al suicidio consumado en un grupo de esquizofrénicos crónicos (Roy, 1982(a); Roy, 1984).

En nuestra opinión puede que no estemos hablando de poblaciones totalmente idénticas, pero la asociación repetidamente demostrada entre ambos fenómenos, y la alta frecuencia de tentativas en pacientes esquizofrénicas, así como la posibilidad que ofrece esta población de valoración in situ de la clínica así como de estudios prospectivos de los factores psicopatológicos que pueden estar asociados a este tipo de conductas, justifican el desarrollo de estudios como el que presentamos. Además consideramos, de acuerdo con otros autores como Beck o Diekstra que la conducta suicida puede entenderse como un continuo entre la ideación, la tentativa y el suicidio consumado. En ocasiones, como ya mencionamos con anterioridad, el que el acto suicida quede en tentativa o se convierta en suicidio consumado depende de factores tales como la suerte o el metabolismo del paciente, lo que hace que esa frontera entre suicidio y tentativa se convierta a menudo en una línea de muy difícil delimitación.

2. B FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS:

Los investigadores han tratado de determinar si los esquizofrénicos suicidas se diferencian de los no suicidas en determinadas características sociodemográficas, tales como edad, sexo, situación laboral, estado civil, y nivel educativo. Factores estos que permitirían dibujar las características sociodemográficas

de los pacientes esquizofrénicos con mayor riesgo de suicidio desde un punto de vista epidemiológico.

Así el perfil del paciente esquizofrénico con riesgo suicida es:

SEXO: La mayoría de los suicidios cometidos por pacientes esquizofrénicos son realizados por varones. Característica que comparte con la población general. Sin embargo los suicidios de mujeres esquizofrénicas, como recoge Caldwell en su artículo de revisión, presentan un aumento relativo en relación con la población general y a otras patologías (Caldwell, 1992).

Este concepto del predominio de varones dentro de los suicidas esquizofrénicos está apoyado por autores como Appleby, Westermeyer, Roy, Breier, Drake o Harkavy-Friedman. En todos sus trabajos, tanto los de revisión de la literatura como es el caso de Appleby y de Harkavy-Friedman, como en los propios de investigación del resto, han encontrado una mayor proporción de varones dentro de su muestra de esquizofrénicos suicidas.

A este respecto creo que merece la pena señalar que cuando la población de estudio son pacientes esquizofrénicos que realizan tentativas de suicidio, ni Roy ni Drake encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres. En el caso de Drake, al comparar la muestra de pacientes con tentativa, con otra de esquizofrénicos que habían consumado el suicidio, no encontró diferencias significativas en cuanto al sexo entre los dos grupos estudiados (Roy, 1984; Drake, 1986).

EDAD: La mayor parte de los estudios revisados recogen el suicidio esquizofrénico esta realizado mayoritariamente por pacientes jóvenes. Caldwell señala que el riesgo de suicidio de los pacientes esquizofrénicos, al contrario de lo que ocurre con la población general, decrece con la edad, señala además que los varones se suicidan más jóvenes que las mujeres. Los varones tienen un mayor riesgo en un período que iría de los 20-39 años, mientras el riesgo para las mujeres lo establece este autor entre los 30-39 años (Caldwell, 1992).

Ros Montalban cifra la media de edad de los esquizofrénicos suicidas en 30 años. En el estudio realizado por Breier la media de edad de los suicidas se situaba en 30.3 años \pm 8.2 (Ros, 1997; Breier, 1984).

Otros autores como Drake y Cotton, tanto en su trabajo de revisión como en un estudio realizado sobre 15 pacientes esquizofrénicos suicidas señala el predominio de los pacientes jóvenes y varones (Drake, 1984; Drake, 1985). También encuentra que los pacientes con tentativas de autolisis son pacientes jóvenes, y sin diferencias significativas en esta variable con los que culminaron el suicidio (Drake, 1986).

Westermeyer corrobora en este sentido lo referido en cuanto a la juventud de los esquizofrénicos suicidas, en una muestra de 586 pacientes psiquiátricos psicóticos y no psicóticos en los que se evaluó los factores de riesgo suicida. Para este autor durante la juventud, los pacientes esquizofrénicos y otros pacientes psicóticos tienen mayor riesgo de cometer suicidio que los pacientes psiquiátricos no psicóticos (Westermeyer, 1991).

Otros autores relevantes en el estudio del suicidio de los pacientes esquizofrénicos como Roy, Cheng, Nieto, Appleby y Allebeck coinciden en considerar que los pacientes suicidas que cometen suicidio son mayoritariamente jóvenes (Roy, 1982 (a); Cheng, 1990; Nieto, 1992; Appleby, 1992; Allebeck, 1987).

Harkavy-Friedman, en una revisión sobre factores de riesgo de la conducta suicida de los esquizofrénicos hace referencia también a la posible asociación de esto con la edad de inicio de la enfermedad, y el riesgo mayor de estos pacientes durante las primeras fases de la enfermedad (Harkavy-Friedman, 1997).

ESTADO CIVIL: Autores como Roy, Breier o Westermeyer consideran que los pacientes esquizofrénicos suicidas son mayoritariamente solteros. Pero es una variable cuyos resultados en algunos estudios son inconsistentes. Para el propio Breier, aunque efectivamente los suicidas esquizofrénicos son solteros, además de blancos y jóvenes; al ser ésta una característica muy frecuente en el global de los pacientes esquizofrénicos no le atribuye características predictivas (Breier, 1984).

Roy considera que el estar soltero puede ser un factor de riesgo para la conducta suicida. Sin embargo estos resultados que obtiene cuando estudió una población de 90 pacientes psiquiátricos entre los que se encontraban 30 pacientes esquizofrénicos, no se reproducen cuando estudia a pacientes esquizofrénicos crónicos con suicidio consumado, ni tampoco cuando estudia a

esquizofrénicos que realizaron una tentativa de suicidio (Roy, 1882(a); Roy, 1982 (b); Roy, 1984).

En el estudio ya mencionado de Westermeyer sobre 586 pacientes psiquiátricos, uno de los resultados obtenidos por este autor es que en los pacientes psicóticos (esquizofrénicos y no esquizofrénicos) el mayor riesgo suicida lo presentaban los solteros, blancos con mayor coeficiente intelectual, y con un inicio gradual de la enfermedad (Westermeyer, 1991).

En los respectivos artículos de revisión de la bibliografía al respecto realizados por Appleby y Caldwell consideran el ser soltero como factor de riesgo de las conductas suicidas del esquizofrénico; factor que comparten con la población general (Appleby, 1992; Caldwell, 1992).

Para Drake, los pacientes esquizofrénicos suicidas son "...típicamente solteros y desempleados en el momento de la tentativa..." como recoge en su artículo de revisión. En su conocido trabajo sobre riesgo suicida en que analiza las características clínicas y sociodemográficas de 15 pacientes esquizofrénicos suicidas con un grupo control de 89 pacientes esquizofrénicos, los 15 suicidas estaban solteros, pero también lo estaban el 93% de los no suicidas. En su estudio comparativo entre 15 suicidas y 19 esquizofrénicos que cometieron tentativas de suicidio no encuentra diferencias significativas en estos dos grupos en relación con ésta ni ninguna otra variable sociodemográfica (Drake, 19884; Drake, 1985; Drake, 1986).

Por su parte Allebeck compara una muestra de 32 pacientes esquizofrénicos que cometieron suicidio durante 11 años de seguimiento, con un grupo control formado por 64 pacientes esquizofrénicos. Dentro de las variables sociodemográficas, Allebeck encuentra un aumento del riesgo suicida entre los solteros, divorciados y viudos, pero sólo entre las mujeres de la muestra. No en los varones ni en la muestra global (Allebeck, 1987).

SITUACION LABORAL: Aunque tradicionalmente se ha dado por sentado que otra de las características sociodemográficas de los suicidas esquizofrénicos es su situación de desempleo, Harkavy-Friedman considera que tanto en esta variable como en la anterior los resultados de los diferentes estudios que él revisa muestran controversia. Además, como en otras tantas de las variables sociodemográficas expuestas, se trata de una característica muy habitual dentro de la población esquizofrénica global, por lo que concluye que son aún necesarias nuevas investigaciones que analicen la validez de esta variable, junto con el estado civil, como factores de riesgo de la población esquizofrénica para la realización de conductas suicidas (Harkavy-Friedman, 1997).

El desempleo como factor de riesgo de la conducta suicida es defendido básicamente por Roy en sus dos trabajos ya mencionados realizados en una población de pacientes psiquiátricos, de los cuales 30 eran esquizofrénicos, y en una población de pacientes esquizofrénicos crónicos. En el primer estudio junto al desempleo se encuentran otras variables sociodemográficas como el ser soltero o el vivir solo. Cuando la población es sólo esquizofrénica, la única

variable sociodemográfica que se mantiene asociada al suicidio es el desempleo (Roy, 1982(a); Roy, 1982 (b)).

También queda recogido como factor asociado a las conductas suicidas del esquizofrénico en el libro *La Conducta Suicida* de Ros Montalban, en el capítulo dedicado a la conducta suicida del esquizofrénico (Ros, 1997). Como mencionamos ya anteriormente, Drake define al suicida esquizofrénico como típicamente desempleado, y también lo recoge así la revisión realizada por Appleby (Drake, 1985; Appleby, 1992).

NIVEL EDUCATIVO: Ambos, el buen ajuste premórbido, con mayor nivel educativo y mayores expectativas de futuro; y lo contrario, la enfermedad más severa y con debut más precoz que originaría menor nivel educativo, y menor ajuste premórbido, se han asociado con riesgo suicida.

Defendiendo la primera tesis encontramos autores como Drake y Cotton. El primero recoge en su revisión, al nivel educativo alto como factor de riesgo de la conducta suicida. Además en su estudio ya mencionado sobre 15 suicidas estos presentan significativamente mayor nivel educativo que el grupo control (Drake, 1984, Drake, 1985).

Por su parte Cotton encuentra que en su muestra de pacientes esquizofrénicos suicidas, obtenida de la entrevista a 20 terapeutas que habían estado tratando a pacientes esquizofrénicos que se suicidaron, presentaban en general un buen ajuste premórbido con buen nivel educativo (Cotton, 1985).

Por el contrario el estudio de Modestin llevado a cabo con 53 suicidas esquizofrénicos y 53 controles, encuentra que los suicidas presentaron una enfermedad más severa y precoz, y un peor ajuste social (Modestin, 1992).

ANTECEDENTES FAMILIARES SUICIDIO: En su artículo sobre la Historia Familiar de Suicidio en los pacientes psiquiátricos, Roy señala que una historia familiar de suicidio incrementa el riesgo de tentativa suicidas en una gran variedad de pacientes, incluidos los esquizofrénicos. En su estudio de 243 pacientes con historia familiar de suicidio, casi la mitad realizaron tentativas de suicidio (Roy, 1983 a).

ANTECEDENTES DE CONSUMO DE TOXICOS: Como señalamos al hablar de la enfermedad mental y el riesgo suicida, el alcoholismo y el consumo de otros tóxicos presentan por si mismo un elevado riesgo de conductas suicidas. En la esquizofrenia, algunos autores como Allebeck o Dassori han encontrado una asociación de conductas suicidas con consumo de tóxicos. Allebeck encuentra un mayor riesgo suicida en los varones esquizofrénicos que presentan un patrón de abuso de alcohol (Allebeck, 1987). Dassori por su parte encuentra en su muestra de 801 pacientes esquizofrénicos que los suicidas presentaron significativamente más consumo de alcohol y otras sustancias (Dassori, 1990).

Por el contrario otros estudios ya mencionados como los de Roy, Drake, o más recientemente Cohen o Rossau, en sus

respectivas muestras de esquizofrénicos suicidas no encuentran diferencias significativas en cuanto al abuso de sustancias entre los pacientes suicidas y los controles (Cohen, 1994; Rossau, 1997).

De lo expuesto parece deducirse que aunque el patrón clásico del esquizofrénico suicida es el de un varón joven, soltero y desempleado. Con posible abuso de sustancias y antecedentes familiares de suicidio. Los datos de la literatura especializada al respecto no son homogéneos, y existe cierta controversia en cuanto a estas características y en cómo pueden servir de predictor de las conductas suicidas.

2. B 1 Características clínicas generales:

Comentaremos en este apartado las características en relación con el tiempo de evolución de la enfermedad, los antecedentes de tentativas previas y la cumplimentación del tratamiento.

La relación del suicidio con el curso y la gravedad de la enfermedad lo analizaremos más adelante en un apartado aparte, pues lo hemos considerado como ya mencionamos, como uno de los 5 grupos de factores o características que los investigadores han asociado al incremento significativo de las conductas suicidas de los pacientes esquizofrénicos.

TIEMPO DE EVOLUCION: En general la literatura especializada está de acuerdo en considerar los primeros 10 años de la enfermedad como los de mayor riesgo suicida, luego el riesgo va disminuyendo, aunque no remite completamente (Caldwell, 1992).

Roy en su estudio sobre una muestra de pacientes psiquiátricos suicidas señala una media de duración del tratamiento para los pacientes esquizofrénicos de la muestra de 2.9 ± 2.7 años (Roy, 1982b). Así mismo en su estudio de pacientes esquizofrénicos suicidas, la media de duración de la enfermedad fue de 4.8 años (Roy, 1982 a).

Por su parte autores como Wilkinson y Westermeyer consideran los primeros estadios de la enfermedad como los de mayor riesgo suicida. Este último en las conclusiones de su trabajo señala que los pacientes esquizofrénicos y otros pacientes psicóticos son especialmente vulnerables al suicidio en los primeros estadios de la enfermedad (Wilkinson, 1982; Westermeyer, 1991).

Por otro lado parece que los momentos en torno al alta hospitalaria y los primeros días del ingreso son especialmente vulnerables para la realización de tentativas de suicidio. Según Ros Montalbán, el 40% de los esquizofrénicos se suicidan durante el ingreso hospitalario, siendo la mitad de los casos en los primeros días de la admisión y muy raro después del año (Ros, 1997).

De acuerdo con esto están los resultados de un estudio realizado por Rossau sobre pacientes esquizofrénicos. En este estudio su autor se plantea

determinar, más que factores de riesgo, momentos de mayor vulnerabilidad para la realización de conductas suicidas por parte de los pacientes esquizofrénicos. Encuentra que uno de los momentos de mayor riesgo se produce inmediatamente después del ingreso, durante los permisos y tras el alta. En este último periodo, los 5 primeros días son los de mayor riesgo, se mantiene alto durante el primer mes tras el alta para luego ir descendiendo progresivamente (Rossau, 1997).

Roy encuentra que de sus 90 pacientes psiquiátricos suicidas, 75 se suicidaron sin estar ingresados. De esos 75, 61 habían sido dados de alta hacía poco tiempo. El 44% lo hicieron en el primer mes tras el alta (Roy, 1982b)

TENTATIVAS PREVIAS: A pesar de haber mencionado en otros apartados de esta introducción la importancia que los investigadores le han dado a los antecedentes de tentativas de suicidio como factor de riesgo del suicidio consumado nos detenemos nuevamente en este apartado por la importancia clínica que tienen estas conductas en el paciente esquizofrénico.

Como ya mencionamos, Modestin y colaboradores, encuentra que entre un 20-40% de los pacientes esquizofrénicos realizan tentativas de suicidio según señala en la referencia a sus estudios de revisión. En su trabajo retrospectivo en el que compara 53 pacientes esquizofrénicos suicidas con un número igual de esquizofrénicos no suicidas, obtiene como resultado que los antecedentes de tentativas previas son un factor de riesgo

importante del suicidio consumado, encontrando diferencias significativas en cuanto a los antecedentes de tentativas previas y a la existencia de conductas suicidas durante el ingreso entre casos y controles (Modestin, 1992). Taiminen, en un estudio sobre 28 pacientes esquizofrénicos suicidas confirma los datos de Modestin, advirtiendo de que las tentativas de suicidio son un importante factor de riesgo de suicidio en pacientes ingresados (Taiminen, 1994).

Roy analizando una muestra de 127 pacientes esquizofrénicos crónicos encuentra que 70 de ellos, (el 55.1%) tenían antecedentes de tentativas de suicidio (Roy, 1984). También los datos aportados por Landmark sobre 118 esquizofrénicos ponen de manifiesto la alta prevalencia de tentativas suicidas dentro de esta población. En el caso de este estudio, el 44% de los pacientes tenían antecedentes de tentativas previas (Landmark, 1987). Shaffer considera que el factor que predice con más potencia el suicidio consumado es el número de tentativas previas (Shaffer, 1974).

Sin embargo los resultados no están tan claros cuando se trata de establecer diferencias significativas entre los pacientes suicidas valorados puntualmente y un grupo control de esquizofrénicos. En este sentido existen estudios que encuentran

diferencias entre casos y controles mientras que otros no lo establecen así.

Allebeck al comparar un grupo de 32 pacientes esquizofrénicos que cometieron suicidio, con 64 controles esquizofrénicos, señala que las tentativas previas fue el factor más fuertemente relacionado con el suicidio (Allebeck, 1987) Los trabajos de Cotton y de Rossau están de acuerdo con este autor (Cotton, 1985; Rossau, 1997).

Cheng encuentra diferencias significativas en esta variable entre suicidas y no suicidas, sólo en el grupo de los varones, no en las mujeres (Cheng, 1990).

Roy, además de señalar, como acabamos de mencionar, la alta prevalencia de tentativas suicidas en la población esquizofrénica, encuentra diferencias significativas entre casos y controles en dos de sus trabajos. Sobre una población de 90 pacientes psiquiátricos suicidas y 90 controles, entre los que se encontraban 30 esquizofrénicos que suicidas, encuentra que los antecedentes previos de tentativas suicidas presenta diferencias significativas entre casos y controles (Roy, 1982 b). Encuentra también estas mismas diferencias cuando estudia los factores de riesgo de 37 pacientes psiquiátricos ingresados que se suicidaron, con un número igual de pacientes ingresados no suicidas (Roy, 1995). Sin embargo cuando sus trabajos se centran sólo en

población esquizofrénica, aunque la frecuencia de tentativas de suicida previas es alta, no existen diferencias significativas entre casos y controles, tanto en el estudio de suicidas consumados, como de tentativas suicidas (Roy, 1982 a; Roy, 1984).

En sus muestras Drake también encuentra una alta prevalencia de tentativas suicidas en estos pacientes. En su muestra de 15 suicidas, el 73% tenían antecedentes de tentativas previas, pero sin embargo estos no presentaban diferencias significativas con un grupo control de 89 esquizofrénicos, de los que el 48% también tenía antecedentes (Drake, 1984; Drake, 1986 a). Tampoco encuentra diferencias estadísticas en cuanto a esta variable cuando compara 15 esquizofrénicos suicidas con 19 que habían realizado una tentativa (Drake, 1986 b).

Otros autores como Cohen o Nieto, este último al comparar esquizofrénicos con otros pacientes, tampoco encuentran diferencias significativas en cuanto a los antecedentes de tentativas previas (Cohen, 1990; Nieto, 1992).

Breier señala que aunque las tentativas de suicidio se consideran un factor de riesgo de suicidio consumado, son menos útiles a la hora de predecir la suicidabilidad inminente de un paciente esquizofrénico (Breier, 1984).

CUMPLIMENTACION DEL TRATAMIENTO: Nada claro está en la literatura revisada al respecto, cómo influye la cumplimentación o el abandono

del tratamiento de la medicación neuroléptica en el riesgo de conductas suicidas.

Caldwell en su revisión, señala que tanto un exceso de dependencia al tratamiento, como una desilusión con el mismo se han relacionado con un aumento en el riesgo de suicidio (Caldwell, 1992).

Drake hace referencia, también en un artículo de revisión, a cómo el uso de antipsicóticos se ha considerado como posible causa de suicidio por lo que algunos autores consideraban como un efecto de falsa estabilidad de la mejoría clínica, así como un efecto depresógeno. Sin embargo este autor advierte que en los estudios bien controlados al respecto no se han podido reproducir tales hipótesis (Drake, 1985).

En este sentido están los trabajos de Cohen, quien no encuentra diferencias entre casos y controles en la toma de medicación. Además obtiene como resultado que un significativo número de suicidios ocurría después de una interrupción brusca del tratamiento (Cohen, 1964).

Virkkunen encontró que los esquizofrénicos suicidas tenían una actitud más negativa al tratamiento que el resto de los esquizofrénicos (Virkkunen, 1976).

En cuanto al suicidio como respuesta a los efectos secundarios propios de los neurolépticos, es Van Putten en 1974 el primero en relacionar el suicidio con la acatisia.

Agra describe un cuadro secundario al tratamiento con neurolépticos depot, que según este autor supone una urgencia psiquiátrica por el elevado

riesgo suicida. Fundamenta esta descripción en una revisión bibliográfica en la que recoge datos de numerosos autores que habían publicado casos de pacientes que se suicidaron tras la administración de neurolépticos depot, y en cuatro casos propios.

El cuadro se caracteriza por una acatisia leve a las 24 horas, que pasa a ser severísima a las 48 horas, acompañándose de insomnio, ideación y tentativas de suicidio. Comienza a remitir a las 72 horas. Según Agra, las ideas suicidas de estos pacientes se presentan en ausencia de clínica depresiva y proceden de la vivencia angustiosa causada por la grave acatisia (Agra, 1990).

Otros autores como Johnson defienden la no relación entre la toma de neurolépticos y la sintomatología depresiva del esquizofrénico, y secundariamente de la aparición de conductas suicidas.

Estudia una población formada por 37 pacientes esquizofrénicos que no habían tomado neurolépticos, 89 en tratamiento con depot, y 79 crónicos sin depot. Obtiene síntomas depresivos en la mitad de los que no habían tomado tratamiento, y en un tercio de los crónicos, tanto los que tenían depot como los que no. Para este autor la depresión es un síndrome frecuente dentro de la esquizofrenia, y sólo en una pequeña proporción podría ser atribuido a los tratamientos. De hecho, dentro de su muestra, los pacientes que se mantienen en remisión con bajas dosis de depot son los que menos síntomas depresivos tienen (Johnson, 1981).

Möller investiga 81 pacientes esquizofrénicos y paranoides ingresados y en tratamiento con depot. Observa que existe un 63% de pacientes con

síntomas depresivos al ingreso, y que estos mejoran durante el mismo, de manera que al alta sólo un 23% los presentan. Para Möller los neurolépticos no son una causa importante de depresión en el esquizofrénico (Möller, 1982).

Igualmente para Berrios, los neurolépticos no juegan un papel importante en el desarrollo de depresión postpsicótica. Este autor sigue durante 10 años a una cohorte de 29 esquizofrénicos con depresión postpsicótica y a 41 controles. No encuentra diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a duración del tratamiento ni a la dosis del mismo (Berrios, 1987).

Por último hacer mención a los estudios de Taiminen con 28 esquizofrénicos suicidas y 28 controles esquizofrénicos. Este autor obtiene en sus resultados que los suicidas de su muestra tienen menor dosis de neurolépticos y más síntomas depresivos (Taiminen, 1994).

2. C DEPRESION, DESESPERANZA Y SUICIDIO.

Aún cuando Kraepelin diferenció entre Demencia Precoz y Psicosis Maníaco-Depresivas, este autor reconoce la presencia de síntomas depresivos dentro del primer grupo de patologías, como señala Bartels en una revisión sobre síntomas depresivos en la esquizofrenia (Bartels, 1988).

Posteriormente Bleuler, en su obra *“Demencia Precoz. El grupo de las esquizofrenias”* hace varias referencias a la sintomatología depresiva que

aparece en estos cuadros. En la introducción general a su obra señala “... *En los casos de Demencia Precoz, encontramos no raramente síntomas positivos de perturbación maníaco-depresiva, pero complicadas con las características específicas de la Demencia Precoz*”.

Posteriormente, cuando aborda el estudio de lo que él define como síntomas accesorios, y en relación con lo que llama “Estados Melancólicos” hace referencia tanto a la sintomatología depresiva como al suicidio, al que alude dentro de este mismo apartado.

Comienza diciendo “*La triada de síntomas melancólicos, depresión anímica, inhibición del pensamiento y de la acción, es una de las perturbaciones agudas más frecuentes en la esquizofrenia*”

Distingue además dos diferentes formas depresivas dentro del paciente esquizofrénico, una reactiva a la vivencia de la enfermedad, a las que llama depresiones psíquicas, y considera que son más frecuentes al principio de la enfermedad, entendiéndolas como “*reacciones normales ante percepciones penosas*”; y otra que el autor considera inherentes al propio proceso patológico de la esquizofrenia. Un tercer grupo admitido por Bleuler, serían aquellos casos en los que “*una psicosis maníaco-depresiva está complicando la situación*”.

Es interesante como hace además referencia a lo que hoy entendemos como insight o conciencia de enfermedad, al comentar que aunque las depresiones son más frecuentes en las primeras fases de la enfermedad, pueden aparecer en estadios avanzados como consecuencia de la conciencia de las implicaciones psicosociales que la enfermedad genera. “... *encontramos genuinos estados de depresión melancólica inclusive en los esquizofrénicos de larga data. Estos pacientes pueden tener una dolorosa conciencia de su triste*

situación, de su capacidad de actuar. Muchos tratan entonces de obtener alguna claridad acerca de sí mismos y de su estado, pero no consiguen su propósito.”

Dentro de esta descripción de la sintomatología melancólica del paciente esquizofrénico hace referencia a las conductas suicidas. *“Comete brutales intentos de suicidio golpeándose la cabeza contra la pared, o saltando de la cama para dar de cabeza en el piso, e infligiéndose toda clase de mutilaciones.”*

Por su parte, Schneider, aunque sin darle especial relevancia incluye dentro de los síntomas de segundo orden de la esquizofrenia a lo que llama “Distimias depresivas o alegres” (Schneider, 1963).

En el Libro “Schizophrenia” 1995 editado por Hirsch y Weinberger, en el capítulo referente a la depresión en la esquizofrenia, Siris recoge los resultados obtenidos por él en un estudio previo realizado en el año 1991, y donde estudia 30 trabajos publicados en relación con sintomatología depresiva en pacientes esquizofrénicos, observando una incidencia de estos síntomas que varían en los diferentes trabajos entre un 7% hasta un 65%.

Para este autor, se puede generalizar el concepto de que alguna forma o formas de depresión son frecuentes en el curso longitudinal de la esquizofrenia. Considera además que estos síntomas depresivos se asocian con suicidio consumado, con tentativas suicidas y con ideación suicida (Siris, 1995).

En la segunda edición del Tratado de Psiquiatría de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), se señala que más del 60% de los pacientes esquizofrénicos desarrollan síntomas depresivos significativos, aunque advierte de que en muchas ocasiones es difícil diagnosticar tales síntomas porque se solapan con los síntomas de la esquizofrenia (Black, 1996).

En este mismo tratado y en referencia al suicidio esquizofrénico considera, además de las características sociodemográficas que clásicamente definen al suicida esquizofrénico, a la sintomatología depresiva como factor de riesgo. Asumen las ideas de autores como Fenton de que los pacientes con el subtipo paranoide tienen mayor riesgo, y lo explican en base a la presencia de sentimientos de inadecuación y desesperanza (Black, 1996).

2. C 1 El concepto de depresión esquizofrénica

Como acabamos de mencionar, el concepto de que los pacientes esquizofrénicos pueden presentar sintomatología depresiva se ha mantenido históricamente, desde el propio Kraepelin hasta la más reciente edición del Tratado de Psiquiatría de la Sociedad Americana de Psiquiatría.

Sin embargo, donde no ha habido tanto consenso es en la consideración del origen, momento y pronóstico que los síntomas depresivos juegan dentro de la clínica esquizofrénica.

Partiendo de esta base, Bartels y Drake realizan un excelente artículo de revisión donde inicialmente analizan lo que ellos llaman los “mitos clínicos” de la depresión esquizofrénica, proponiendo posteriormente un sistema de clasificación de lo que consideran distintos tipos de depresión dentro de la esquizofrenia.

Estos autores señalan una incidencia de síntomas depresivos dentro de la patología esquizofrénica en torno a 20-70%, y un 25% de la que se denominó depresión postpsicótica (Bartels, 1988). Estas cifras también son mantenidas por Becker en otro trabajo de revisión realizado el mismo año (Becker, 1988).

Más recientemente, Markou estudia una población de 50 esquizofrénicos crónicos ingresados en un centro psiquiátrico, y 44 esquizofrénicos ambulatorios seguidos en el mismo centro. Utilizando el PANSS y las escalas de depresión de Hamilton y Beck, obtiene un 5% de depresión severa en los pacientes ingresados y un 4.5% en los ambulatorios. Las tasas de depresión moderada se mantenían en torno al 42% para los ingresados y 47% para los otros (Markou, 1996).

Vemos por tanto que son tasas muy altas en relación con el porcentaje de depresión de la población general que oscila entre un 8-26%.

Como señala Bartels en su revisión, existe para muchos autores el concepto de que la aparición de síntomas depresivos es una señal de mejoría y de buen pronóstico de la esquizofrenia, dentro de esta línea está el trabajo de Pons en el que estudia 50 pacientes esquizofrénicas de su hospital y a las que se les había tratado con neurolepticos. De las 50 pacientes 32 casos no presentaron depresión en el estadio postpsicótico, mientras que 18 sí lo hicieron. Al comparar ambos grupos obtiene que las pacientes que se deprimieron presentaron a largo plazo un mejor pronóstico, con menos reingresos y periodos más largos sin ingresar (Pons, 1989). Sin embargo, este concepto no puede ser mantenido si se tienen en cuenta los trabajos de

investigación que relacionan la sintomatología depresiva del paciente esquizofrénico con un elevado riesgo suicida (Roy, 1982a; Roy, 1984; Drake, 1984; Addington, 1992), mayor duración de la hospitalización (Johnson, 1981), pobre funcionamiento social y aumento de las recaídas (Bartels, 1988; Becker, 1988).

Por otro lado, en los inicios de la investigación de la clínica depresiva del paciente esquizofrénico, los esfuerzos se centraron en la observación de los estados postpsicóticos, considerando la sintomatología depresiva del esquizofrénico como focalizada en los periodos de remisión de la clínica psicótica. Sin embargo la evidencia de múltiples estudios realizados en las últimas dos décadas ponen de manifiesto que la sintomatología depresiva puede aparecer en cualquier momento de la enfermedad (Johnson, 1981; House, 1987; Hirsch, 1989; Koreen, 1993).

En cuanto a las manifestaciones clínicas de estos cuadros depresivos, Becker llama la atención sobre el hecho de que los síntomas somáticos típicos de una depresión mayor, tales como el insomnio, o la inhibición pueden no distinguir a los esquizofrénicos depresivos, ya que estos mismos síntomas pueden presentarse en estos pacientes sin trastornos afectivos. Insiste, igual que ya propone Drake en su estudio sobre riesgo suicida de pacientes esquizofrénicos (Drake, 1984), en que los síntomas cognitivos de la depresión, tales como la desesperanza, la desesperación, la culpa o las ideas suicidas son los que permiten distinguir estos pacientes de los que no están deprimidos (Becker, 1988).

Para Bartels, la depresión dentro de la esquizofrenia es un fenómeno heterogéneo desde un punto de vista etiológico, fenomenológico, y de respuesta al tratamiento. Propone una clasificación en varios tipos que exponemos a continuación y que es compartida por autores como Siris que la menciona en el capítulo sobre depresión en esquizofrenia dentro del libro “Schizophrenia” de 1995 :

- Síntomas depresivos secundarios a factores orgánicos:
 1. Secundarios al tratamiento
 2. Secundarios al consumo de alcohol u otras drogas
 3. Otras causas orgánicas
- Síntomas depresivos asociados a síntomas psicóticos agudos:
 1. Depresión intrínseca al episodio psicótico agudo
 2. Trastorno esquizoafectivo
- Síntomas depresivos sin síntomas psicóticos agudos:
 1. Pródromos depresivos
 2. Síntomas negativos de la esquizofrenia
 3. Síndrome depresivo secundario
 4. Desmoralización crónica.

Comentaremos brevemente cada uno de estos apartados.

Los efectos secundarios de la medicación: Existe una enorme controversia en cuanto a si los tratamientos neurolepticos inducen o no sintomatología depresiva.

Lo que sí es evidente es que los neurolepticos clásicos producen frecuentemente efectos extrapiramidales que se asocian a disforia. Además,

los propios efectos secundarios, tales como la akinesia o la acatisia pueden confundirse con sintomatología depresiva.

Pero independientemente de que los neurolépticos puedan imitar síntomas depresivos, un grupo de autores los ha relacionado directamente con la aparición de un síndrome depresivo franco. Así Galdi define una “Depresión farmacogenética”, según la cual existiría un grupo de pacientes genéticamente predispuestos para sufrirla cuando reciben tratamiento neuroléptico, según este autor este cuadro tendría un origen nigroestriatal y respondería a anticolinérgicos (Galdi, 1983).

Otros autores como Van Putten, o el ya comentado estudio de Agra relacionan el tratamiento neuroléptico con síntomas depresivos y elevado riesgo de suicidio (Van Putten, 1974; Agra, 1990).

Sin embargo son muchos los estudios que no relacionan la clínica depresiva con el tratamiento (Johnson, 1981; Móller, 1982; House, 1987; Berrios, 1987; Hirsch, 1989; Taiminen, 1994).

El consumo de tóxicos: Según Bartels, un cierto porcentaje de cuadros depresivos dentro de la esquizofrenia son secundarios al consumo de tóxicos, básicamente alcohol. Los pacientes jóvenes, con historia familiar de consumo de tóxicos y de trastorno afectivos presentan el mayor riesgo de desarrollar depresión por consumo de alcohol (Bartels, 1988).

Otros factores orgánicos: Hay que tener en cuenta que numerosas enfermedades y tratamientos pueden inducir estados depresivos, algo a tener

en cuenta cuando realizamos el diagnóstico diferencial de los pacientes esquizofrénicos que presentan síntomas afectivos.

Síntomas depresivos asociados a síntomas psicóticos agudos: Bartels distingue la aparición de sintomatología depresiva asociada a un episodio psicótico, y lo diferencia de los trastornos esquizoafectivos.

Para este autor, y para autores como Hirsch, Móller o Johnson, los episodios psicóticos agudos suelen presentar con frecuencia sintomatología depresiva asociada, con insomnio, sentimientos de culpa, negativismo, o inhibición. Según Bartels, aproximadamente la mitad de los pacientes presentan al ingreso sintomatología depresiva. De ellos, la mitad sufren una remisión espontánea de la clínica depresiva alrededor de la tercera semana, mientras que en la otra mitad persisten los síntomas (Bartels, 1988).

Green al estudiar una población de pacientes esquizofrénicos en los primeros estadios de la enfermedad (2 primeros años), obtiene como resultados que los síntomas depresivos suelen aparecer asociados a los síntomas psicóticos, con mayor frecuencia que tras la remisión del episodio psicótico. Aunque como su autor indica en ocasiones quedan solapados por los síntomas productivos y no se manifiestan claramente hasta que estos mejoran (Green, 1990)

Pródromos depresivos: Para este autor, y en base a su revisión al respecto, los síntomas depresivos preceden frecuentemente a las recaídas psicóticas. Los pródromos depresivos suelen aparecer de repente y evolucionan rápidamente hacia una fase psicótica. Estos síntomas son con

frecuencia mixtos, con ansiedad, agitación y síntomas vegetativos (Bartels, 1988).

En relación a este concepto, Koreen estudio una población de 39 varones y 31 mujer que presentaban su primer episodio psicótico, realizando un estudio prospectivo durante 5 años. Los síntomas depresivos se evaluaron con la escala de depresión de Hamilton. Se les pasó así mismo escalas para medir efectos extrapiramidales y sintomatología psicótica.

El 75% de los pacientes tenían síntomas depresivos al inicio del cuadro, asociados con síntomas psicóticos. La mayoría de ellos presentaron una remisión de los síntomas depresivos cuando remitió el cuadro psicótico.

Para este autor, la depresión podría formar parte de la clínica de un primer episodio psicótico (Koreen, 1993).

Síntomas negativos: Como se pone de manifiesto claramente en la clínica diaria es con frecuencia difícil distinguir entre lo que clásicamente entendemos como síntomas negativos (empobrecimiento del lenguaje, del afecto de las funciones cognitivas y sociales) y los síntomas depresivos.

Por ello como ya hemos indicado autores como Becker o Drake enfatizan en síntomas tales como la desesperanza, la culpa u la baja autoestima para distinguir a los esquizofrénicos con cuadros depresivos (Becker, 1988; Drake, 1984).

Disforia Aguda: Para Bartels, en estados no psicóticos de la enfermedad, y como respuesta a acontecimientos estresantes se puede desarrollar lo que define como disforia aguda o depresión transitoria (Bartels, 1988).

Síndrome depresivo secundario: Los síntomas depresivos persisten en más de la mitad de los pacientes una vez remitida la fase aguda. Para Becker los síntomas que definen este cuadro en los pacientes esquizofrénicos son la ansiedad, la culpa, la pérdida de energía, apatía disminución de la libido, desesperanza e ideación suicida (Becker, 1988).

Desmoralización crónica: Bartels advierte que existe un grupo de pacientes donde la sintomatología depresiva está profundamente arraigada y no responde a los tratamientos farmacológicos. Estos pacientes presentan una desmoralización crónica, entendiendo por desmoralización a una grave desesperanza en respuesta a un problema real y permanente.

Como señala Drake los pacientes más predispuestos a este estado son los jóvenes, con alto nivel educativo y grandes expectativas previas al desarrollo de su enfermedad (Drake, 1984).

Esta desmoralización se debe identificar cuando el paciente mantiene una desesperanza crónica y una baja autoestima, en ausencia de síntomas vegetativos de depresión. Las expectativas elevadas, el insight en cuanto a la severidad de su enfermedad y las persistentes ideas suicidas caracterizan el cuadro. Los pacientes con estas características presentan elevado riesgo suicida y pueden estar sobrerrepresentados en esa población esquizofrénica que consuma el suicidio (Drake, 1984; Bartels, 1988).

En definitiva los síntomas depresivos son muy comunes dentro de la enfermedad esquizofrénica. Pueden aparecer en cualquier momento de la enfermedad, probablemente son un fenómeno heterogéneo pero de especial

relevancia dado su asociación con conductas suicidas dentro de esta población.

2. C 2 Depresión y suicidio

Uno de los investigadores más significativos en este campo en las últimas décadas es Alex Roy. Este autor ha elaborado varios estudios con objeto de identificar los factores de riesgo del suicidio esquizofrénico. Como resultado de tales trabajos propone a la sintomatología depresiva, junto con el desempleo y el curso más grave de la enfermedad, con mayor número de ingresos, como los factores de riesgo más significativos del suicidio esquizofrénico.

En el 82 Roy estudio una población de 90 pacientes psiquiátricos suicidas. En un estudio retrospectivo los comparó con un grupo control constituido igualmente por los siguientes 90 pacientes que acudieron al mismo instituto psiquiátrico donde se realizó el estudio.

Se consideró que los pacientes presentaban sintomatología depresiva sólo si cumplían criterios de depresión según DSM-III.

De los 90 suicidas, 30 estaban diagnosticados de esquizofrenia.

Los resultados obtenidos de este estudio mostraban que los suicidas se diferenciaban de los controles en que estaban mayoritariamente solteros y desempleados y con antecedentes de tentativas previas. Tenían más antecedentes de cuadros depresivos, habían recibido tratamiento por episodios depresivos y el último ingreso se había realizado por motivos depresivos (Roy, 1982 b).

En otro estudio, realizado el mismo año, Roy se centra exclusivamente en 30 pacientes esquizofrénicos que consumaron el suicidio, realizando igualmente un estudio retrospectivo, donde los compara con un grupo control de 30 esquizofrénicos igualados por sexo (Varones =24, Mujeres=6).

Se les compara frente a variables sociodemográficas y clínicas, obteniendo los datos de los registros anotados en las historias clínicas.

En sus resultados la única variable sociodemográfica significativa fue el desempleo, los suicidas estaban mayoritariamente más desempleados. En cuanto a las variables clínicas, los pacientes suicidas tenían una enfermedad con mayor número de recaídas. Los suicidios son más frecuentes en los tres primeros meses tras el alta, y los pacientes suicidas tienen significativamente más antecedentes de depresión, estaban deprimidos en la última valoración, y su último ingreso fue por síntomas depresivos o ideación suicida (Roy, 1982 a).

En un estudio posterior, compara 18 pacientes esquizofrénicos crónicos ambulatorios, en fase de remisión de su sintomatología psicótica, que presentaban criterios DSM-III de depresión mayor con 18 pacientes esquizofrénicos crónicos igualmente ambulatorios que no tenían síntomas depresivos en el momento de la valoración ni los habían tenido en los últimos 6 meses. Se les pasó una escala de depresión y un cuestionario de autoestima (de Snaith, 1971, y Crown, 1977 respectivamente). Se les valoró mediante Schedule for Affective Disorders and schizophrenia (Endicott, 1978), y los que estaban deprimidos completaron el Hamilton. Además a aquellos pacientes deprimidos se les interrogaba acerca de lo que sentían hacia si mismos antes de deprimirse.

Como resultado los pacientes deprimidos viven mayoritariamente solos, tienen un curso de la enfermedad con más recaídas y más ingresos, y más antecedentes de tentativas previas. Significativamente más antecedentes de cuadros depresivos y baja autoestima.

Roy explica estos resultados considerando que la sintomatología depresiva de estos pacientes puede ser reactiva. Su impresión clínica es que los pacientes que desarrollan sintomatología depresiva tienen más síntomas negativos y que la depresión se produce como reacción a las pérdidas afectivas y sociales generadas por estos síntomas negativos (Roy, 1983 b).

También estudió una población de 70 pacientes esquizofrénicos crónicos que realizaron una tentativa suicida comparándolos con 57 pacientes de las mismas características que no realizaron tentativas. Los resultados son similares a los de los pacientes con suicidio consumado, presentando significativamente más antecedentes de depresión y de tratamiento antidepresivo, así como mayor cantidad de ingresos. Sin embargo ninguna de las variables sociodemográficas presentó diferencias significativas (Roy, 1984).

Otros autores confirman la importancia de la sintomatología depresiva como factor de riesgo de las conductas suicidas de los pacientes esquizofrénicos.

Dassori estudia una población de 801 pacientes esquizofrénicos según criterios DSM-III, con edades comprendidas entre 15 y 64 años, y que fueron evaluados entre 1983-87. De ellos 257 pacientes mostraron indicadores

suicidas en el momento de la evaluación, entendiéndose por ello la presencia de deseos o planes suicidas, o haber realizado una tentativa de suicidio.

Al comparar ambos grupos Dassori obtiene los suicidas tienen una enfermedad más severa, pero que los tres factores más importantes para evaluar el riesgo suicida de un paciente esquizofrénico son, los antecedentes de suicidio, la sintomatología depresiva y las dificultades para un funcionamiento adaptativo (Dassori, 1990).

Por su parte Cheng estudió 74 pacientes esquizofrénicos según criterios DSM-III que se suicidaron, con un grupo control constituido por el mismo número de pacientes esquizofrénicos. En su estudio retrospectivo de estos pacientes encuentra igualmente diferencias significativas en cuanto a historia previa de tentativas, mayor severidad de la enfermedad y la historia de episodios depresivos previos (Cheng, 1990).

Un estudio muy interesante a este respecto es que realizó Addington para estudiar la relación existente entre tentativas de suicidio y sintomatología depresiva en pacientes esquizofrénicos.

El estudio recoge a 50 pacientes esquizofrénicos según criterios DSM-III (28 varones y 22 mujeres), ingresados consecutivamente en una de las dos unidades de psiquiatría de participan en el estudio.

La existencia de depresión mayor se midió mediante el Present State Examination (PSE, Wing, 1974), y los niveles de depresión se evaluaron mediante la escala de depresión de Hamilton. Para evaluar los síntomas

psicóticos se utilizaron las escalas de Andreasen 1982, para evaluar síntomas positivos y negativos (SAPS y SANS).

Se analizó la correlación tanto de tentativas previas como ideación suicida actual, con sintomatología depresiva y psicótica. Esta evaluación se realizó en dos momentos, en el ingreso y tras la mejoría parcial.

Los resultados pusieron de manifiesto una correlación entre tentativas de suicidio y niveles elevados de depresión y con episodio depresivo mayor, tanto en el ingreso como tras la remisión relativa de los síntomas.

Igualmente, la ideación suicida se asoció con sintomatología depresiva en ambos momentos.

Además existió una correlación entre ideación suicida y síntomas negativos. Pero los autores consideran que esto podría deberse a un artefacto, dado la sobreposición que se produce entre síntomas depresivos y negativos a la hora de evaluarlos (Addington, 1992).

También observaron una asociación entre ideación suicida, no tentativas, y algunos síntomas productivos tales como alucinaciones, y delirios, que según su autor apoya la idea de que la depresión está también presente en los estadios agudos de la enfermedad (Addington, 1992).

Taiminen realizó un estudio retrospectivo para evaluar el efecto de la medicación antipsicótica, los síntomas de la enfermedad y el curso evolutivo de la misma en cuanto al riesgo suicida de estos pacientes.

Evaluó a 28 suicidas esquizofrénicos, comparándolo con un grupo control de igual número de esquizofrénicos no suicidas. Retrospectivamente se

recogieron datos en torno al tratamiento y a la presencia de los síntomas recogidos en el PANSS.

Como resultado, los pacientes suicidas tenían antecedentes de tentativas previas, menos dosis de neurolépticos y mayor cantidad de síntomas depresivos y negativos que los controles. Además tenían significativamente menos síntomas positivos tal y como se identifican estos en el PANSS (Taiminen, 1994).

Por último mencionamos los trabajos de Meltzer en los que evalúa el efecto de la clozapina sobre la suicidabilidad del paciente esquizofrénico.

En un estudio de 420 pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, según criterios DSM-III, diagnosticados entre 1986 y 1993, 183 fueron considerados como resistentes al tratamiento y se les inició tratamiento con clozapina en régimen de ingreso.

Los pacientes fueron evaluados antes del inicio del tratamiento con la escala de Hamilton para la depresión. Así mismo se recogieron datos sobre la suicidabilidad midiéndose con diferentes puntuaciones que iban 1 (no ideación suicida) a 5 (Tentativa de suicidio). Las mediciones se repitieron cada semana durante el ingreso, y tras el alta a las 6 semanas, y a los 3 y 6 meses, y luego cada 6 meses durante los 7 años que duró el estudio.

Comparando la suicidabilidad entre los pacientes resistente y el grupo control antes del tratamiento con clozapina, no encontraron diferencias significativas en cuanto a sintomatología depresiva e ideación suicida en ambos grupos. Pero tras la administración de la clozapina los niveles de suicidabilidad de estos pacientes disminuyen considerablemente, en relación con una disminución de los niveles de depresión medidos por el Hamilton, así

como una disminución del ítem de desesperanza. Parece por tanto que esta mejoría en la suicidabilidad tiene relación con una mejoría de la clínica depresiva que los autores atribuyen a un efecto antidepresivo del fármaco, y a una mejoría de la desesperanza en relación con una mejor calidad de vida (Meltzer, 1995). Este autor corrobora sus resultados en este sentido, en otro artículo publicado recientemente y en el que considera que la disminución del riesgo suicida del paciente esquizofrénico en tratamiento con clozapina se puede estimar hasta en un 85% (Meltzer, 1998).

2. C 3 Suicidio y Desesperanza

Analizamos en este apartado una serie de trabajos que aún considerando la importancia de la clínica depresiva para el suicidio esquizofrénico, consideran de especial importancia uno de los síntomas de la misma, la Desesperanza. De manera que algunos autores sugieren que si no existe ésta, la relación entre suicidio y depresión desaparece (Drake, 1986).

La relación entre desesperanza y suicidio tiene uno de sus mayores exponentes en los trabajos al respecto realizados por Beck y colaboradores.

En el año 1975 Beck establece su concepto de desesperanza como eslabón perdido entre la depresión y el suicidio, según el cual la desesperanza llevaría a una disminución en el deseo de vivir, y este a un aumento de las ideación suicida (Beck, 1975).

Según este autor la desesperanza es un rasgo presente en aquellos pacientes con un modelo cognitivo depresivo. No se mantiene siempre en los

mismos niveles, pero los pacientes con estas características cognitivas tienden a desesperanzarse ante situaciones de estrés, como puede ser una recaída de su enfermedad o estresores ambientales (Beck, 1985).

En un estudio realizado en 1985, con 207 pacientes hospitalizados por ideación suicida y de los que realizaron un seguimiento de 5-10 años, obtuvieron, que para los 14 pacientes que se suicidaron, sólo la escala de desesperanza de Beck, y el ítem de pesimismo de su escala de depresión, eran predictores fiables. Estableciendo un punto de corte de 10 o más en la escala de Desesperanza identificaban correctamente a un 91% de los suicidas (Beck, 1985).

En 1990, Beck replica estos resultados en una muestra de 1958 pacientes ambulatorios. En este caso, estableciendo el punto de corte de la escala de Desesperanza en 9, identificaron correctamente a 16 de los 17 suicidas (Beck, 1990).

En un trabajo realizado en el 73, Minkoff con una muestra de 23 pacientes esquizofrénicos y 45 depresivos, obtiene una correlación directa entre desesperanza y suicidio en ambos grupos de pacientes (Minkoff, 1973). Dos años más tarde Beck reproduce los mismos resultados con una muestra mayor, constituida por 98 esquizofrénicos crónicos y 193 depresivos. La correlación entre desesperanza y suicidio se establece para ambos grupos, pero con puntuaciones de la escala de Desesperanza diferentes (7.6 en los esquizofrénicos, y 9.3 en los depresivos) (Beck, 1975).

Otros autores como Wetzel, Nekanda-Trepka y Dyer han establecido la relación entre desesperanza y suicidio.

Wetzel en un estudio llevado a cabo sobre 73 pacientes ingresados y a los que se les pasó la escala de Ideación suicida de Beck, la escala de Desesperanza de Beck, y la subescala de depresión del MMPI, encontraron que las tentativas de suicidio estaban más relacionados con la desesperanza que con la depresión, de manera que cuando se obviaba la desesperanza, no se encontraba correlación entre depresión y tentativa de suicidio (Wetzel, 1980).

Nekanda-Trepka corrobora la asociación entre desesperanza y suicidio en un grupo de 86 pacientes depresivos (Nekanda-Trepka, 1983).

Los mismos resultados obtiene Dyer al estudiar una población de 120 pacientes que habían realizado una tentativa de suicidio. Este autor obtiene que tanto los síntomas depresivos como la desesperanza correlacionan con la gravedad de la tentativa, pero la relación entre tentativa y depresión es dependiente de la relación desesperanza-tentativa (Dyer, 1984).

Un autor importante para el estudio que nos ocupa es Drake, dado que sus estudios sobre depresión, desesperanza y suicidio los centra en una población de pacientes esquizofrénicos.

Drake estudia un grupo de 15 pacientes esquizofrénicos según criterios DSM-III, que se suicidaron durante su ingreso en un hospital psiquiátrico entre los años 1976 y 1980. El grupo control, constituido por 89 pacientes

esquizofrénicos, se obtuvo a partir de más de 160 esquizofrénicos que ingresaron en el hospital en el mismo periodo.

Los datos clínicos y sociodemográficos se obtuvieron de forma retrospectiva a partir de las historias clínicas.

Como resultados, no encontraron diferencias significativas entre los casos y los controles en relación a variables sociodemográficas ni clínicas, excepto el mayor nivel educativo de los que se suicidaron.

Los factores de riesgo señalados por este autor como indicadores de conducta suicida son la Desesperanza, el temor a la desintegración mental y las conductas suicidas previas.

Considera que los pacientes esquizofrénicos presentan un elevado riesgo suicida en la fases no psicóticas de la enfermedad, donde aparece sintomatología depresiva. Para Drake los pacientes jóvenes, con una enfermedad crónica con recaídas, buen nivel educativo, buena conciencia de enfermedad, antecedentes previos de tentativas e importante desesperanza ante el futuro, conforman el prototipo de esquizofrénico suicida (Drake, 1984). Esta misma concepción del esquizofrénico suicida la mantiene Bartels en lo que el llama pacientes con desmoralización crónica (Bartels, 1988).

En una publicación posterior con la misma muestra Drake analiza la asociación entre depresión, desesperanza y suicidio en estos pacientes.

Para ello realiza una puntuación retrospectiva de la escala de Desesperanza de Beck y en función de los datos de las historias clínicas determina los pacientes que cumplían criterios de depresión según DSM-III.

En base a sus resultados Drake considera que como ya argumentaba Beck, la asociación entre suicidio y depresión tiene un eslabón fundamental

que es la desesperanza, de manera que si no existe ésta, no existe correlación entre los síntomas depresivos y el suicidio.

Además destaca también en este artículo, que existen unos síntomas depresivos en el esquizofrénico que pueden tener más valor que otros; según su autor los síntomas cognitivos de la depresión tales como la culpa, el autoreproche, la ideación suicida o la propia desesperanza son más importantes para evaluar la depresión del esquizofrénico, que los síntomas biológicos que pueden presentarlos igualmente los pacientes esquizofrénicos no deprimidos (Drake, 1986 a). El mismo planteamiento lo mantiene Becker y colaboradores (Becker, 1988).

En un estudio donde compara 15 pacientes con suicidio consumado con 19 esquizofrénicos que realizaron tentativas de suicidio, obtiene que aunque ambas muestras presentan sintomatología depresiva, los pacientes que consumaron el suicidio estaban más deprimidos y con mayor desesperanza y con una peor situación social (Drake, 1986 b).

Cohen presenta en su artículo los resultados de un estudio prospectivo realizado sobre 122 pacientes esquizofrénicos ambulatorios, de los que 8 se suicidaron durante el periodo que duró el seguimiento. Los sujetos que posteriormente se suicidaron, presentaron en la evaluación inicial al incorporarlos al estudio más distres, y menos satisfacción con sus vidas. Los pacientes que posteriormente cometieron suicidio tenían mayor desesperanza que los que no se suicidaron, varios años antes de realizar el suicidio (Cohen, 1990).

Por último mencionar los trabajos de Aguilar sobre la desesperanza en psicóticos de inicio. Los datos de un primer trabajo publicado en el 95 muestra que los pacientes esquizofrénicos están más desesperanzados que el otro grupo de psicóticos. Además de observar que la escala de Desesperanza de Beck, es capaz de diferenciar de forma adecuado a un grupo de pacientes con tentativas previas (Aguilar, 1995).

En un trabajo posterior sobre la misma muestra, obtiene que la desesperanza correlaciona positivamente con los síntomas negativos en los pacientes esquizofrénicos y predice una peor evolución a corto plazo de la esquizofrenia, al contrario que los valores de la sintomatología depresiva que parecen tener buen pronóstico (Aguilar, 1997).

Para terminar debemos hacer mención a los trabajos de Jones, que en contra de todos estos autores mencionados, obtiene una mayor relevancia de los síntomas depresivos que de la desesperanza a la hora de evaluar la conducta suicida de 57 pacientes esquizofrénicos (Jones, 1994).

2. C 4 Insight y Suicidio

Ya hemos visto como autores como Drake 1984, Bartels 1988 o Cohen 1990 relacionan la desesperanza y el suicidio de los pacientes esquizofrénicos con una mayores expectativas previas al enfermar y una mayor conciencia de enfermedad. Analizaremos ahora la importancia del insight en los pacientes esquizofrénicos y su posible relación con las conductas suicidas.

Los individuos con esquizofrenia frecuentemente no son conscientes de los déficits causados por la enfermedad, y de los efectos que la enfermedad tiene en sus vidas. Esta falta de conciencia es lo que típicamente se ha descrito como “*pobre insight*”.

La relación entre el pobre insight y la esquizofrenia ya fue citada por Bleuler en la descripción inicial de la enfermedad. Desde entonces gran variedad de términos han sido utilizados para referirse a esta falta de conciencia de enfermedad; términos como “pobre insight”, “negación defensiva”, “actitud sobre la enfermedad”, “reacción de indiferencia”, “evasión”, “atribución externa” (Wciorka 1988, Greenfeld 1989, David 1992, Amador 1991).

Estos términos reflejan importantes diferencias conceptuales en torno a este fenómeno, que va desde los que consideran el insight como un mecanismo de defensa, a los que lo consideran secundario a un déficit cognitivo.

El concepto prevalente hoy en día y defendido por los investigadores actuales, es que el insight se caracteriza por ser multidimensional, y estar constituido por diferentes fenómenos (Wciorka 1988, Greenfeld 1989, David 1992, Amador 1991, Amador 1993), pudiéndose además distinguir dos subtipos (insight actual y retrospectivo) (Amador 1991, Amador 1993).

Este fenómeno de la poca conciencia de enfermedad ha sido considerado como característico y prevalente en los pacientes esquizofrénicos.

Carpenter, en su estudio basado en los datos del Estudio Piloto de Esquizofrenia de la OMS de 1973, observó que el *pobre insight* era una

característica prevalente en los pacientes esquizofrénicos de su muestra, y que además, los niveles de insight eran un importante factor discriminante para establecer subtipos diagnósticos de los que él distinguió 4: “*typical*” caracterizada por un pobre insight, delirios de persecución y de pasividad, alucinaciones auditivas, afecto embotado y desajuste social; “*flagrant*” con predominio de las conductas aberrantes, agitadas y/o bizarras. Incoherencia y afecto incongruente o aplanado y ausencia de ansiedad o depresión. “*Insightful*” Similar a la primera pero con elevada conciencia de enfermedad. “*Hypochondriacal*” con predominio de los síntomas somáticos y de las alucinaciones visuales y con niveles medios de insight (Carpenter et al 1976).

Wilson replica los resultados de Carpenter en cuanto a la alta prevalencia de *pobre insight* en los pacientes esquizofrénicos crónicos (Wilson et al 1986).

En ambos estudios el insight se definió como “tener alguna conciencia de enfermedad mental”, y la ausencia de insight como “la negación vigorosa por parte del paciente de estar enfermo”. A pesar de esta definición conservadora, el *pobre insight* es la dimensión más frecuente tanto en la muestra de Carpenter como en la de Wilson (Wilson 1986).

Amador señala además que el pobre insight no sólo es prevalente en los pacientes esquizofrénicos, sino que además es más frecuente en este trastorno que en otros trastornos psicóticos tales como los trastornos esquizoafectivos y las depresiones psicóticas (Amador, 1994).

La relación entre el pobre insight y la severidad de la clínica es un tema controvertido. Si se considerara al pobre insight directamente relacionado con

la severidad de los síntomas productivos de la enfermedad, éste debería mejorar a medida que mejoran dichos síntomas, sin embargo los estudios realizados en la última década no han podido confirmar este hecho. Autores como McEvoy, Amador y Kemp en sus respectivos trabajos no han encontrado una significativa mejoría del insight a medida que mejoraban los síntomas productivos (McEvoy 1989, Amador 1993, Kemp 1995). Este último encuentra una relación inversa entre el insight y la subescala negativa del PANNS.

Igualmente controvertida sigue siendo la relación entre el insight y la conducta suicida en pacientes esquizofrénicos. Aunque se han realizado muy pocos estudios para determinar la relación existente entre ambos fenómenos, autores como Drake y Cotton han sugerido que los pacientes con mayor conciencia de enfermedad presentarían un mayor riesgo de realizar conductas suicidas, al aumentar en ellos la desesperanza (Drake, 1984, Cotton, 1985). Esta idea también es mantenida como hemos visto por autores como Bartels 1988 o Cohen, 1990.

Amador en su trabajo sobre conductas suicidas y conciencia de enfermedad en pacientes esquizofrénicos encuentra una relación entre dichas conductas y la conciencia de sufrir determinados síntomas de la enfermedad (delirios, anhedonia, asociabilidad y embotamiento afectivo), sin embargo no existe en su muestra una asociación significativa entre la conciencia global de enfermedad y las conductas autolíticas (Amador, 1996).

Uno de los principales problemas a la hora de estudiar el insight y de contrastar los diferentes resultados obtenidos por los diferentes autores es que

durante muchos años tanto el concepto como la forma de medir este fenómeno era muy diferente de unos autores a otros, lo que hacía muy difícil la replicabilidad de los resultados.

Amador en una revisión sobre el tema agrupa en cinco bloques diferentes las técnicas de medida del insight, señalando las dificultades sobre todo de los dos primeros grupos para contrastar los resultados dada su subjetividad (Amador 1991). Esta dificultad ha quedado solventada con el desarrollo en los últimos años de escalas que tratan de medir la conciencia de enfermedad de los pacientes esquizofrénicos y psicóticos en general (McEvoy 1989, David 1992, Amador 1993) y que permitirá contrastar y replicar los resultados de investigaciones futuras y actuales.

2. D IMPORTANCIA DE LA SINTOMATOLOGIA PSICÓTICA

Hoy en día hay muy poca evidencia de que la sintomatología productiva, básicamente alucinaciones y delirios precipiten conductas suicidas. Así se recoge en los estudios al respecto realizados por investigadores tales como Shaffer 1974; Breier, 1984; Drake, 1984; Taiminen, 1994, entre otros, en cuyos trabajos, mencionados en distintos apartados de esta tesis doctoral, e independientemente de la diferencia en sus resultados, estos autores no encuentran asociación entre síntomas productivos y conductas suicidas.

A este respecto es interesante el trabajo realizado por Zisook sobre 106 pacientes esquizofrénicos diagnosticados según criterios DSM-III-R, estudiados

en San Diego durante los años 1987-1992 mediante un estudio protocolizado llevado a cabo por la Universidad de California.

Utilizando estos estudios, y de forma retrospectiva, este autor evaluó la influencia de las alucinaciones auditivas comandatorias en la conducta de tales pacientes.

Un 43% de los pacientes estudiados presentaban este tipo de alucinaciones. Estos no presentaron conductas más violentas ni tenían necesariamente una enfermedad más severa que los que no presentaban este síntoma. Tampoco encontró diferencias significativas en cuanto a la conducta suicida, sólo dos pacientes con alucinaciones comandatorias se suicidaron (Zisook, 1995).

Sin embargo históricamente se ha defendido que las vivencias psicóticas desencadenaban la conducta suicida. Entre los autores clásicos que han mantenido esta postura destacamos a Planansky y Johnston, para quienes la actividad psicótica predispone a la conducta suicida.

Sus resultados los obtienen a partir de una muestra de 205 esquizofrénicos ingresados al menos durante 18 meses en la unidad psiquiátrica del hospital de veteranos de Canandaigua, de Nueva York.

En este estudio los actos suicidas de los pacientes estuvieron asociados a la severidad de los síntomas y a distress severo.

Para estos autores los síntomas psicóticos aumentarían la angustia y el distress, lo que a su vez predispondría a la realización de conductas suicidas (Planansky, 1971).

Wilkinson estudio de forma retrospectiva 39 pacientes esquizofrénicos de los cuales 3 se suicidaron durante un periodo de seguimiento de 10 a 15 años.

Dos de los suicidas presentaron una recaída con alucinaciones y delirios poco antes de consumar el suicidio (Wilkinson, 1982).

Aunque como señalamos más adelante Nieto sugiere la posibilidad de dos tipos suicidas distintos, unos con mayor sintomatología productiva y otros con mayor clínica depresiva, encuentra que cuando analiza 43 esquizofrénicos que ingresaron en el hospital por razones médicas o quirúrgicas secundarias a una tentativa suicida, el 80% de los esquizofrénicos que realizaron una seria tentativa de suicidio presentaban sintomatología productiva en el momento de la misma (Nieto, 1992).

Shuwall y Siris publicaron un interesante estudio sobre una población de 68 pacientes esquizofrénicos y esquizoafectivos que a su vez reunían criterios de depresión postpsicótica.

Sus resultados sugieren que en una población de pacientes esquizofrénicos con sintomatología depresiva de base, la presencia de síntomas productivos y/o de ansiedad se asocia con mayores niveles de ideación suicida, independientemente de los niveles de depresión (Shuwall, 1994)

En relación con la influencia de la clínica psicótica (alucinaciones y delirios) en la conducta suicida del esquizofrénico, los autores advierten de que estos resultados no se pueden generalizar a una la población esquizofrénica en

general, dado que los pacientes de su muestra cumplían criterios de depresión, y que estos resultados no tienen porque ser iguales en pacientes no deprimidos.

Kaplan realizó un estudio de 70 pacientes esquizofrénicos y 97 pacientes depresivos sin síntomas psicóticos, mediante un estudio prospectivo. Los pacientes se consideraron como suicidas si consumaron el suicidio, realizaron tentativas suicidas o mostraron ideación suicida.

Los datos obtenidos por este autor soportan la idea de que la conducta suicida es un fenómeno complejo influenciado por múltiples variables. Dentro de ellas considera como importantes:

- El pobre funcionamiento social después del ingreso. Con una fuerte asociación con la conducta suicida del esquizofrénico, y en menor medida con la del paciente depresivo.
- La capacidad intelectual, se asocia a suicidio, sobre todo entre los depresivos.
- Considera además que algunos síntomas, tanto positivos como negativos pueden ser factores de riesgo suicida. De manera que los síntomas productivos, concretamente las alucinaciones y los delirios, predice futuras conductas suicidas entre los esquizofrénicos, mientras que los síntomas negativos-defectuales como el pensamiento concreto y el retardo psicomotor, lo hacen entre los depresivos.

Por último señalar el trabajo al respecto realizado por Fenton y colaboradores. Estos autores estudian la relación existente entre conducta suicida y síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia tal y como se reflejan en el PANSS (Kay, 1987), así como la relación entre estas conductas suicidas y los subtipos clásicos de esquizofrenia. La muestra está constituida por 187 pacientes esquizofrénicos, 87 esquizoafectivos, 15 esquizofreniformes y 33 con trastorno de personalidad esquizotípica.

Como resultado, los pacientes con suicidio consumado (6.4%) presentaban significativamente menor puntuación global en la subescala negativa del PANSS. La suspicacia y los delirios, dentro de los síntomas positivos, eran más severos entre los suicidas que entre los no suicidas.

Dentro de los subtipos clásicos de esquizofrenia, los pacientes paranoides fueron los que presentaron mayor riesgo suicida, mientras que los residuales presentaron el menor riesgo.

Según estos autores la explicación a tales diferencias se encuentra en que los síntomas asociados con la esquizofrenia residual, como el afecto embotado o la indiferencia con respecto al futuro evitarían la conciencia dolorosa de enfermedad y el suicidio. Por el contrario, en los casos con predominio de la sintomatología positiva y del subtipo paranoide, existe típicamente un mejor ajuste premórbido, un comienzo más tardío de la enfermedad, y se conservan mejor el afecto y las funciones cognitivas, lo cual potenciaría un estado disfórico y de desesperanza que induciría al suicidio (Fenton, 1997).

En relación con este trabajo debemos mencionar que cuando consideramos de forma parcial los resultados obtenidos por este autor en

relación con los pacientes que realizaron tentativas de suicidio, en relación con los que no manifestaron conductas suicidas, los resultados de las puntuaciones globales de la subescala positiva y negativa del PANSS varían, de manera que los que realizaron tentativas presentan significativamente menor puntuación de la subescala negativa, es decir los que realizan tentativas al igual que los suicidas consumados tienen menos síntomas negativos; pero a diferencia de los suicidas consumados, las puntuaciones en la subescala positiva son menores que los controles, es decir presentan globalmente menos síntomas productivos (Fenton, 1997).

Por último volver a mencionar la correlación que Addington encuentra entre ideación suicida y dos síntomas positivos, alucinaciones y delirios. Este autor lo explica desde el punto de vista de que la sintomatología depresiva no sólo está presente durante las fases de remisión, sino también en los periodos de reagudización de la clínica productiva. Estos datos no se mantienen al estudiar tentativas en relación con síntomas productivos (Addington, 1992).

Dentro de la sintomatología típica y clásicamente considerada como parte de cuadro esquizofrénico se encuentran los síntomas no productivos o negativos de la enfermedad, entendiendo por ellos los que Andreasen y Olsen definieron en el 82, y que incluyen síntomas tales como la alogia, la anhedonia, apatía/abulia, asociabilidad, el embotamiento afectivo y los déficits atencionales (Black, 1996).

Independientemente de entrar en la consideración de la validez o no de esta distinción, y a pesar que en la actualidad el planteamiento de los síntomas de la esquizofrenia se aborda desde el punto de vista de las dimensiones, más que desde el punto de vista sindrómico (Liddle, 1994), consideramos importante dado el planteamiento de esta tesis doctoral cómo se recoge en la literatura al respecto la relación entre sintomatología negativa y suicidio en el paciente esquizofrénico.

En nuestra revisión hemos encontrado muy pocos artículos que hagan mención directamente a la relación de ambos fenómenos.

En primer lugar hacemos referencia al trabajo de Roy sobre depresión en esquizofrénicos crónicos. En este artículo señala que su impresión clínica es que los pacientes que desarrollan episodios depresivos tienen más síntomas negativos, y que podría ser que las consecuencias sociofamiliares que generan estos síntomas negativos, que conducen al paciente a un abandono social y laboral, sea lo que genere dicha sintomatología depresiva (Roy, 1983 b).

En relación con estos resultados creo importante señalar el trabajo reciente de Sax en el que analiza las posibles relaciones existentes entre síntomas positivos, negativos y depresivos de pacientes tanto esquizofrénicos como otros pacientes psicóticos (Sax, 1996)

Estudios previos han sugerido la posibilidad de que los síntomas negativos y depresivos de los pacientes esquizofrénicos puedan estar describiendo un mismo fenómeno, o bien dos fenómenos distintos pero con manifestaciones clínicas muy parecidas y difíciles de distinguir (Kitamura, 1991).

Sax estudia 42 pacientes que cumplían criterios DSM-III-R de depresión mayor o del espectro esquizofrénico. Fueron evaluados con el SAPS y SANS (Andreasen, 1982), y con la escala de depresión de Hamilton (Hamilton, 1960).

Como resultado obtiene que existe una correlación directa entre los síntomas negativos y depresivos, tanto en los pacientes esquizofrénicos como en los no esquizofrénicos, lo que indica que ambos síndromes no son independientes (Sax, 1996).

Probablemente sea esta dificultad en la distinción entre ambos grupos de síntomas lo que explique que en la literatura haya muy pocas referencias a ese grupo de síntomas, tradicionalmente considerados como negativos, y al suicidio.

Addington encuentra una correlación positiva entre ideación suicida y síntomas negativos que considera atribuible a esta dificultad de diferenciación entre depresión y síntomas negativos a la que hacen referencia Sax y Kitamura (Addington, 1992).

Quien sí realizó un análisis de estos síntomas fue Fenton. Como ya hemos mencionado antes, este autor estudia la correlación entre síntomas y subtipos esquizofrénicos y suicidabilidad.

En lo que respecta a la sintomatología negativa, entendida como puntuación global de la subescala negativa del PANSS, este autor obtiene en sus resultados, que tanto los pacientes que consumaron el suicidio, como aquellos que realizaron tentativas suicidas, obtienen unas puntuaciones globales de dicha subescala inferiores a las puntuaciones del grupo control, de manera que los pacientes suicidas tienen menos síntomas negativos, al

contrario de lo obtenido por el trabajo de Roy, que los no suicidas. Según Fenton, los síntomas negativos podrían actuar como factor protector contra la aparición de conductas suicidas en el esquizofrénico (Fenton, 1997).

2. E CURSO DE LA ENFERMEDAD DETERIORANTE Y AGRESIVO

Otro de los aspectos relacionados por los investigadores del suicidio esquizofrénico es el padecimiento de una enfermedad más severa y deteriorante, con mala respuesta al tratamiento, inicio tórpido y curso crónico con recaídas frecuentes, lo que se traduciría por una parte en un mayor número de reingresos hospitalarios y por otra parte en un mayor desajuste social.

Los trabajos ya descritos de Roy, además de hacer patente el papel que juega la sintomatología depresiva en el desarrollo tanto de suicidios consumados como de tentativas de suicidio, destaca dentro de los factores de riesgo de la conducta suicida, tanto el mayor número de reingresos como el pobre ajuste social.

Los suicidas consumados que Roy estudió en comparación con 30 esquizofrénicos no suicidas, presentaban diferencias significativas con el grupo control en el curso de la enfermedad, siendo en el caso de los suicidas crónica con múltiples exacerbaciones, a diferencia de los controles, que aunque crónicos, tenían muy pocas recaídas. Encuentra además diferencias significativas en cuanto al empleo, estando desempleados el 80% de los

suicidas, que además aunque sin diferencias con el grupo control estaban solteros y frecuentemente vivían solos (Roy, 1982a).

En su análisis de pacientes con tentativas, obtiene como dato significativo un mayor número de ingresos de los que cometieron tentativas en relación con su grupo control, lo que para Roy significa que presentan una enfermedad más severa con recaídas más graves (Roy, 1984).

En un trabajo sobre depresión en esquizofrénicos crónicos, Roy apunta la idea de que son los pacientes con mayor sintomatología negativa y las consecuencias que esta clínica genera, pérdidas sociales y laborales, los que desarrollan mayor sintomatología depresiva y consecuentemente mayor riesgo suicida (Roy, 1983 b).

Aunque como veremos más adelante, Nyman considera la posibilidad de que existan dos grupos de suicidas esquizofrénicos, uno más precoces y otros en fases más tardías de la enfermedad, hace referencia al curso deteriorante del proceso cuando considera que los esquizofrénicos que se suicidan presentan una sintomatología resistente al tratamiento, y mayor número de readmisiones hospitalarias; junto con una mayor dependencia social y eficiencia disminuida (Nyman, 1986).

En esta misma línea se encuentran los resultados presentados por Landmark en el 1987. Este autor estudia a 118 pacientes diagnosticados de esquizofrenia, en los que midió las tendencias suicidas clasificándolas en una escala que va desde el 1(no ideación suicida), hasta el 7 (dos o más tentativas serias). Las medidas se realizaron de forma retrospectiva.

En sus resultados este autor obtiene diferencias significativas entre los que presentaron conductas suicidas y los que no en relación con mayor

número de ingresos y pobre funcionamiento laboral, datos concordantes con los resultados obtenidos por Roy. Sin embargo el propio autor hace una crítica de sus resultados, en cuanto considera que la cronicidad, entendida como repetidos reingresos y repetidos diagnósticos de esquizofrenia (como se entiende en su trabajo), no es necesariamente un predictor válido de riesgo suicida, porque podría tratarse de una variable confundiente, de manera que se podría conocer las tentativas y la ideación suicida de aquellos pacientes que mantienen mayor contacto con las instituciones, simplemente porque se dispone de más datos sobre ellos (Landmark, 1987).

Dassori por su parte considera, en función de los resultados de su estudio sobre 801 pacientes esquizofrénicos con y sin conductas suicidas, que las tendencias suicidas están asociadas con una enfermedad más severa y complicada, con un curso deteriorante, mayor número de síntomas y pobre ajuste social (Dassori, 1990).

Cheng estudió 74 esquizofrénicos chinos que se suicidaron, y los comparó con 74 esquizofrénicos controles. En este estudio retrospectivo se estableció una asociación entre suicidio y severidad de la enfermedad, historia previa de depresión y tentativas previas.

En relación con la severidad de la enfermedad los pacientes estudiados por Cheng tenían mayor número de ingresos, aunque el tiempo de evolución de la enfermedad entre casos y controles no presentaba diferencias significativas. Además estaban recibiendo mayor tratamiento neuroléptico, en forma depot,

que para este autor sería indicativo de mayor severidad de la enfermedad, aunque admite que podría tratarse de una variable confundiente (Cheng, 1990).

Por último destacar dentro de esta postura a Modestin, quien en un análisis retrospectivo comparó 53 esquizofrénicos ingresados en dos instituciones psiquiátricas suizas que se suicidaron, con el mismo número de controles, estudiando variables sociodemográficas, psicosociales y clínicas.

De los resultados de su trabajo considera que existen claras diferencias entre los esquizofrénicos suicidas y no suicidas en las siguientes características:

- Los esquizofrénicos suicidas tienen un inicio más precoz de la enfermedad y como consecuencia un mal ajuste social igualmente precoz.
- El curso de la enfermedad es más severo, con mayor número de ingresos y mayor duración de los mismos.
- El curso más severo de la enfermedad genera consecuencias psicosociales negativas, de manera que un alto porcentaje tiene dificultades laborales, son de clase social baja y están tutelados, habiendo pasado más de la mitad de los últimos 5 años en instituciones o estando incapacitados para trabajar.
- Tienen antecedentes de tentativas previas, y con frecuencia han tenido un modelo suicida en su entorno.
- En muchos de ellos el suicidio no fue una sorpresa.
- No encontró acontecimientos vitales como desencadenantes del suicidio.

De todos estos aspectos, Modestin considera que las conductas suicidas, los problemas en la esfera social, sobre todo vocacional y el curso deteriorante de la enfermedad son las tres variables más importantes a la hora de evaluar el riesgo suicida, aunque señala que probablemente haya otra serie de factores importantes no evaluados en su estudio (Modestin, 1992).

2.F SUBGRUPOS SUICIDAS DENTRO DE LA POBLACIÓN ESQUIZOFRENICA.

Aunque escasamente representado en la literatura especializada, y defendido sólo de forma escueta por algunos autores, se plantea la posibilidad de que los pacientes esquizofrénicos que cometen suicidio no sean una población con características psicopatológicas homogéneas, sino que esté constituida por más de un tipo diferente de pacientes esquizofrénicos.

Así lo considera Lehmann en el capítulo sobre rasgos clínicos de la esquizofrenia de la segunda edición del Tratado de Psiquiatría de Kaplan y Sadock. En el mismo y al hacer referencia al suicidio de los pacientes esquizofrénicos dice literalmente: “ ... 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, 1989).

Distingue por tanto dos grupos de esquizofrénicos suicidas aparentemente excluyentes entre sí: aquellos con predominio de sintomatología depresiva, en lo que el autor define como una reacción

esquizoafectiva, y los que presentan una franca sintomatología productiva que sería causa directa de la conducta suicida.

Nieto y colaboradores analizan en un estudio retrospectivo a un grupo de 253 pacientes que requirieron ingreso hospitalario por razones médicas o quirúrgicas secundarias a la realización de una tentativa de suicidio. Los 43 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia se compararon con los no esquizofrénicos desde un punto de vista sociodemográfico y psicopatológico.

El 80% de los esquizofrénicos que realizaron una seria tentativa de suicidio presentaban sintomatología productiva en el momento de la misma, y los métodos suicidas violentos estaban significativamente asociados a síntomas productivos.

Según este autor podrían haber dos tipos de suicidas esquizofrénicos:

Un grupo estaría formado por aquellos pacientes con predominio de sintomatología productiva. Estos estarían caracterizados por conductas suicidas más impulsivas y menos planificadas, con métodos más violentos pero que provocarían menos mortalidad, aunque sí serias lesiones.

El otro grupo estaría constituido por aquellos pacientes con predominio de síntomas de tipo depresivo. Estos tendrían conductas suicidas más planificadas, menos violentas pero más letales (Nieto, 1992).

Un tercer autor que distingue entre diferentes grupos de esquizofrénicos suicidas es Nyman, para el que existen, los “suicidas tempranos” y los “suicidas tardíos” dentro del curso de la enfermedad esquizofrénica.

Nyman estudia una muestra formada por 110 esquizofrénicos jóvenes consecutivamente ingresados entre 1964 y 1967 y seguidos hasta 1981 o hasta su fallecimiento previo. Durante el tiempo que duró el estudio, 53 pacientes cometieron un total de 138 actos suicidas, de los que 7.2% (10 pacientes) tuvieron consecuencias fatales.

14 pacientes realizaron sólo un intento, 16 dos y 23 tres o más. En dos tercios de los que repitieron las tentativas se produjeron en un periodo de dos años. La mayoría de las tentativas fueron realizadas por pacientes menores de 30 años. De los suicidios consumados, 5 se produjeron antes de los 30 años y otros 5 después. Todas las tentativas de suicidio valoradas se realizaron estando el paciente solo, lo que se considera normalmente asociado a gravedad del intento. La intoxicación medicamentosa se realizó por igual en las tentativas que en los suicidios consumados (60 y 66% respectivamente). Además muchas de las tentativas fueron muy graves dando origen a largos periodos de hospitalización, e incluso produciendo invalidez crónica.

Para este autor las diferencias existentes entre suicidas consumados y tentativas suicidas se debe a que existen dos tipos de suicidas: El “suicida temprano” que realiza la tentativa en los estadios iniciales de la enfermedad, y por lo tanto sin síntomas defectuales, y asociado con desesperanza, ansiedad, sentimientos de ser diferente o pérdida de vínculos afectivos. Los “suicidas tardíos” son pacientes con enfermedad crónica y severa, con mala respuesta al tratamiento, y con mal ajuste social. El suicidio suele estar asociado con momentos de crisis personales, tales como pérdidas materiales o afectivas, temor a perder la pensión, etc (Nyman, 1986).

Es llamativo que a pesar del interés suscitado por la conducta suicida del paciente esquizofrénico y los múltiples estudios realizados con el fin de diferenciar los factores de riesgo de dicha conducta en las últimas décadas, sólo los tres autores mencionados hagan referencia a una posible distinción de los esquizofrénicos suicidas en grupos con características clínicas diferentes y por lo tanto con posible abordaje terapéutico también distinto.

Probablemente la dificultad que ya de por sí entraña el estudio de este tipo de poblaciones, debido, por una parte, a la relativa baja frecuencia de suicidios consumados, lo que hace difícil obtener muestras con el suficiente tamaño muestral; y por otra parte a las limitaciones que entrañan los estudios retrospectivos, característicos de este tipo de poblaciones, haya hecho que estos planteamientos no se aborden de forma frecuente dentro de los estudios con esquizofrénicos suicidas.

Nosotros retomamos estos planteamientos en esta tesis doctoral pues consideramos, que la diferenciación de distintos subgrupos dentro de los suicidas esquizofrénicos en función de posibles características psicopatológicas, podría entrañar repercusiones clínicas importantes a la hora de abordar el manejo de tales pacientes, que podría requerir tratamientos psicofarmacológicos distintos y planteamientos psicosociales igualmente diferentes en función de las características clínicas que determinaran los subgrupos y que hubiese que abordar a fin de prevenir conductas suicidas.

2. G SUICIDIO COMO FENOMENO IMPREDECIBLE

Algunos autores consideran, como resultados de sus estudios y de la revisión de la literatura al respecto que el suicidio esquizofrénico es frecuentemente una conducta impulsiva y altamente impredecible. En este sentido destacan autores como Shaffer, Hawton, Allebeck y Breier. También en el tratado de psiquiatría de Kaplan y Sadock se recoge la postura de que al menos un cierto número de suicidios esquizofrénicos tienen un carácter impredecible "... Algunos esquizofrénicos crónicos tienen impulsos suicidas impredecibles durante breves fases de desesperación..."(Lehmann, 1989).

Shaffer estudió durante 5 años una población de 361 pacientes esquizofrénicos para determinar los factores de riesgo suicida de los mismos. En función de los resultados obtenidos Shaffer concluye que las escalas de riesgo suicida comúnmente utilizadas para el screening de factores de riesgo sociodemográficos son ineficaces en estos pacientes, con muchos falsos positivos y negativos, lo que hace que sea una conducta difícilmente predecible con los medios habituales (Shaffer, 1974).

Breier estudió retrospectivamente a 20 esquizofrénicos suicidas (incluye esquizofrénicos, esquizoafectivos y esquizofreniformes) según criterios DSM-III, y los comparó con un grupo de suicidas no esquizofrénicos, que cometieron suicidio en el mismo periodo (1970-1981) y con un grupo de esquizofrénicos no suicidas.

De los resultados de su estudio Breier encuentra que sólo el sexo diferencia a los esquizofrénicos que cometieron suicidio, de los suicidas no esquizofrénicos y de los esquizofrénicos no suicidas. Para este autor

caracterizar a los esquizofrénicos suicidas en un grupo distinto en base a variables sociodemográficas tiene un valor muy limitado.

Encuentra además que los esquizofrénicos no suelen comunicar directamente su intención suicida, y que aunque los antecedentes de tentativas previas son un poderoso factor de riesgo de suicidio consumado, son mucho menos útiles a la hora de predecir la suicidabilidad inminente de un paciente.

Como resultado de su estudio considera que los esquizofrénicos que se suicidan constituyen un grupo diferente de suicidas con respecto a las características de otros pacientes suicidas, y que el estudio de la suicidabilidad de un esquizofrénico hay que realizarlo paciente por paciente (Breier, 1984).

Para Hawton existen varios problemas a la hora de medir el riesgo suicida de un paciente. Según este autor una de las dificultades fundamentales a la hora de determinar los factores de riesgo de la conducta suicida es que se trata de un fenómeno relativamente poco frecuente. De manera que siempre que se trata de identificar sujetos con alto riesgo se cometen un elevado número de falsos positivos.

En segundo lugar considera que mientras que los factores de riesgo pueden ser útiles para identificar grupos de individuos con elevado riesgo, estos son mucho menos eficaces a la hora de determinar el riesgo de un paciente en concreto. Así por ejemplo, factores como la edad y el sexo muy utilizados para describir poblaciones de riesgo, tienen muy poca utilidad a la hora de evaluar en la clínica a un determinado paciente.

En tercer lugar señala que existen factores de riesgo a largo plazo y a corto plazo, que no tienen porque ser iguales. Para el clínico el interés principal

en torno a un posible paciente suicida, es el riesgo que éste tiene de cometer suicidio en las próximas horas, días o a lo sumo semanas, sin embargo la descripción de los factores de riesgo está basada en el examen del riesgo a largo plazo, por lo tanto es posible que tales estudios puedan ayudar poco al clínico en la valoración a corto plazo del riesgo suicida de su paciente.

Por último hace referencia a dos características de los factores de riesgo que dificultan aún más su utilidad, y que son la variabilidad de estos factores a lo largo de la vida del paciente, así como su no universalidad.

Por lo tanto concluye que los resultados estadísticos obtenidos de los estudios de grupos poblacionales sólo tienen una utilidad limitada para el clínico a la hora de evaluar a un sujeto particular, y que por tanto es más importante el evaluar las características particulares de cada paciente, incluyendo la viabilidad de un método suicida y sus circunstancias en un momento dado (Hawton, 1987).

También Allebeck considera que los actos suicidas de los esquizofrénicos son, con frecuencia, impulsivos y difícilmente predecibles. Para este autor, al igual que para Shaffer, las escalas tradicionales de evaluación de riesgo suicida tienen un valor limitado en la exploración clínica de riesgo suicida.

Estas conclusiones las obtiene estudiando retrospectivamente 32 pacientes esquizofrénicos que se suicidaron durante 11 años de seguimiento, y un grupo control formado por 64 esquizofrénicos. En el análisis estadístico de su muestra no encuentra diferencias significativas entre casos y controles en

ninguna variable sociodemográfica, exceptuando el estado civil en el caso de las mujeres, y el consumo de alcohol en el caso de los varones.

Coincide con Breier al considerar que aunque las tentativas previas es el factor que más diferencia a los casos de los controles, el poder de predecir un suicidio en un sujeto determinado es relativamente poco, y por lo tanto tiene poca utilidad clínica.

Tampoco encuentran mayor número de episodios depresivos, así como en el número de ingresos.

Estos resultados indican, según Allebeck, que los esquizofrénicos suicidas no constituyen un subgrupo definido con características especiales dentro de los pacientes esquizofrénicos. En sus conclusiones advierte "...los actos suicidas entre los esquizofrénicos son con frecuencia impulsivos y difíciles de predecir. Las tradicionales escalas de riesgo suicida tienen un valor limitado, y el concepto de proceso suicida puede ser menos relevante, al menos en los varones, que en otros grupos de pacientes" (Allebeck, 1987).

En 1983 Pokorny realizó un estudio sobre suicidio en una cohorte de 4800 pacientes psiquiátricos ingresados. Con posterioridad, en 1993 publica un reanálisis de sus resultados, realizando una regresión logística de las variables, en lugar del estudio estadístico inicial. Los resultados obtenidos fueron los mismos, e indicaban que muy pocos suicidios fueron identificados, con muchos falsos positivos. Según este autor, la predicción del suicidio, en el sentido de identificar individuos concretos no es un objetivo viable, de lo que sí podemos hablar es de determinados factores que se asocian o que tienen una correlación significativa con las conductas suicidas (Pokorny, 1993).

2. H CONCLUSIONES SOBRE EL SUICIDO ESQUIZOFRENICO.

De todo lo expuesto hasta el momento podemos concluir que el suicidio esquizofrénico es un fenómeno complejo y probablemente multidimensional.

Esta complejidad en su abordaje ha conducido a algunos autores a tomar una postura nihilista en cuanto a su prevención, considerándolo como un fenómeno impredecible.

Sin embargo existe un considerable número de investigadores que tratan de determinar aquellos factores que nos permitan un mejor entendimiento de este fenómeno y si es posible una cierta prevención de tales conductas, tratando de determinar poblaciones de riesgo.

Un amplio número de estos investigadores consideran a la sintomatología depresiva como el factor de riesgo más importante, existiendo en la actualidad cierta controversia entre los que opinan que es la clínica depresiva el mayor factor productor de tales conductas, mientras para otros son determinados síntomas depresivos y fundamentalmente la desesperanza que se asocia con una mayor conciencia de su estado el principal desencadenante.

Otro grupo de autores se inclina por la importancia que la sintomatología productiva juega en el desarrollo de conductas suicidas, aunque hoy en día tales posturas tienen poco apoyo.

Por último, un cuarto grupo, mantiene que la mayor gravedad de la enfermedad y su curso más deteriorante desencadena una mayor actividad suicida en estos pacientes.

Además, aunque con muy pocos estudios al respecto, se abre la puerta a la posibilidad de que existan diferentes grupos de suicidas, cuyas características clínicas subyacentes podrían ser diferentes.

La Laguna, 28 de Octubre de 1998

3. OBJETIVOS

Dados los datos expuestos en nuestra introducción, y en función de las tendencias de las investigaciones realizadas por los autores más relevantes en el campo del suicidio esquizofrénico, los objetivos planteados en este proyecto de tesis son los siguientes:

Primer Objetivo: Estudiar las diferencias psicopatológicas, en variables tales como síntomas productivos, negativos, depresivos, desesperanza e insight, existentes entre un grupo de pacientes esquizofrénicos que ingresaron en nuestra unidad por haber realizado una tentativa de suicidio, y un grupo control formado por pacientes esquizofrénicos que ingresaron en nuestra unidad durante el mismo periodo, por otros motivos diferentes a la realización de una tentativa de suicidio.

Nosotros hipotetizamos que los pacientes con tentativa de autolisis presentarían una clínica asociada a dicha tentativa caracterizada por mayor sintomatología depresiva, mayor desesperanza y mejor conciencia de enfermedad; junto con menor sintomatología psicótica.

Segundo Objetivo: Estudiar si existen diferentes subgrupos dentro de los pacientes esquizofrénicos que realizaron una tentativa suicida, y si es así, analizar cuáles son las variables psicopatológicas que se asocian con cada subgrupo.

Nuestra hipótesis de partida es que existiría más de un grupo de pacientes con tentativas de suicidio, y que serían diferenciables por las

características clínicas. Unos más impulsivos con mayor clínica productiva y otros más depresivos con mayor elaboración de la tentativa.

Tercer Objetivo: Analizar que tipo de relaciones se establecen entre las distintas variables psicopatológicas estudiadas, en el grupo de esquizofrénicos que realizaron una tentativa de suicidio.

4.MATERIAL Y METODO

4.A OBTENCION DE LA MUESTRA

Todos los pacientes de este estudio han formado parte de un Protocolo de Investigación sobre TENTATIVAS DE SUICIDIO EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS que ha sido llevado a cabo en el servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias desde Abril de 1996.

Durante un año (de Abril del 96 a Abril del 97) se incluyeron en el protocolo todos los pacientes que reuniendo criterios CIE-10 de esquizofrenia fueron atendidos en el servicio de urgencias de nuestro hospital y posteriormente ingresaron en la unidad de agudos de nuestro servicio. Los pacientes acudieron a este servicio remitidos desde sus centros de salud o unidades de salud mental por su médico o psiquiatra de zona; o bien conducidos por sus familiares o por propia iniciativa. Todos los pacientes que entraron a formar parte de este protocolo ingresaron de forma consecutiva en nuestra unidad de agudos por criterios de hospitalización valorados por el psiquiatra de guardia en cada caso.

En nuestra provincia existen dos centros de referencia que cubren las urgencias psiquiátricas las 24 horas y que cuentan así mismo con las dos únicas unidades de hospitalización de agudos de la provincia. Estos hospitales

son el Hospital Psiquiátrico y el Hospital Universitario de Canarias, donde se ha realizado este estudio. Puesto que la salud mental en nuestra provincia aún no está sectorizada, ambos hospitales reciben pacientes de toda la provincia, por lo que consideramos nuestra muestra puede ser representativa de los pacientes esquizofrénicos de la provincia.

El diseño del trabajo fue el de un estudio Transversal con casos y controles. Entendiendo por caso aquellos pacientes que estando diagnosticados de Esquizofrenia según criterios CIE 10, fueron ingresados en nuestra unidad de agudos por haber realizado una tentativa de suicidio. Como controles se tomaron aquellos pacientes que reuniendo criterios de Esquizofrenia según criterios CIE 10, ingresaron en nuestra unidad por otro motivo diferente a la tentativa de suicidio, durante el periodo mencionado que duró el estudio.

En el protocolo se consideró que en aquellos casos en que un paciente reingresara varias veces en nuestra unidad durante el año que duró el estudio, sólo se le pasaría el protocolo en el primer ingreso, excepto en aquellos pacientes que ingresaran en una primera ocasión por tentativa de suicidio y en una segunda por otra

sintomatología, o al contrario. Sólo en dos de los pacientes de nuestra muestra se dio esta circunstancia.

Todos los pacientes fueron informados de las características del estudio y se solicitó su consentimiento verbal antes de incluirlos en el protocolo.

La valoración clínica y psicométrica se realizó en todos los casos a las *cuarenta y ocho horas del ingreso*, y por el mismo evaluador (residente de psiquiatría con experiencia previa en el manejo de todas las escalas incluidas en el protocolo). Se decidió realizarla dos días después del ingreso para tratar de obviar en la medida de lo posible la influencia que un acontecimiento estresante (tentativa de suicidio en el grupo control) sobre la respuesta en las escalas psicométricas.

4. B DESCRIPCION DE LA MUESTRA

La muestra está constituida por 32 casos y 33 controles.

Los casos son todos los pacientes esquizofrénicos (según criterios CIE 10) que ingresaron en nuestra unidad durante el periodo mencionado por haber realizado una tentativa de suicidio.

Los controles se seleccionaron al azar entre los 130 pacientes esquizofrénicos (93 hombres y 37 mujeres)

grupo control igualado por sexo, dividimos a estos pacientes en dos grupos según sexo, eligiendo de entre la población de mujeres 10 pacientes al azar, y de entre la de varones 23 pacientes igualmente al azar. Comprobamos a posteriori que no existían diferencias significativas entre casos y controles en edad y tiempo de evolución.

Los casos los forman 22 varones y 10 mujeres, con una edad media de 30.3 ± 10.7 y un tiempo de evolución de 8.4 ± 9.3 . La edad de los casos oscila entre los 17 y los 61 años. Y el tiempo de evolución desde un mínimo de un mes, hasta un máximo de 40 años en uno de nuestros casos.

Los controles están formados por 23 varones y 10 mujeres. La edad media es de 27.7 ± 7.4 , con edades comprendidas entre los 18 y los 55 años. El tiempo de evolución fue de 6.7 años ± 5.0 , y con un rango entre los 8 meses y los 20 años.

Características sociodemográficas de la muestra:

a) Nivel sociocultural: Tanto los casos como los controles presentan mayoritariamente un nivel sociocultural bajo. De los 65 pacientes incluidos en este estudio sólo 19 tienen estudios de secundaria o superior, mientras que 45 de los pacientes sólo tienen estudios elementales y uno de ellos es analfabeto.

b) Trabajo: El 77% de los pacientes no realizaban actividad laboral alguna en el momento del estudio.

c) Estado Civil: 51 de los pacientes de la muestra eran solteros, 3 separados, 1 viudo y 10 casados.

d) Consumo de tóxicos: Se constató antecedentes de consumo perjudicial de tóxicos de forma habitual en 26 de los pacientes del estudio. La sustancia más frecuentemente consumida fue el cannabis (12 pacientes), seguida del consumo simultáneo de varios tóxicos (9 pacientes). 3 pacientes consumían de forma abusiva alcohol, 1 opiáceos y 1 cocaína.

e) Antecedentes familiares de suicidio: Sólo 15 pacientes presentaron tales antecedentes en familiares de primer o segundo rango.

f) Tentativas previas: 34 de los 65 pacientes habían realizado al menos una tentativa de autolisis previa.

4. C CRITERIOS DE INCLUSION/ EXCLUSION:

- criterios de inclusión:

a) **Casos:**

1) **Presentar cuadro de Esquizofrenia según criterios CIE**

10

2) **Haber realizado tentativa de suicidio**

b) **Controles:**

1) **Presentar cuadro de esquizofrenia según
criterios CIE 10**

2) **Haber requerido ingreso en nuestra unidad de
agudos durante el periodo señalado.**

- criterios de exclusión:

a) **casos:**

1) **Negativa a colaborar en el protocolo.**

2) **Presentar complicaciones físicas de la tentativa
que impidan su evaluación psicopatológica y
durante más de 48 horas posteriores a la misma.**

3) **Retraso mental con CI constatado de menos de**

70.

b) **controles:**

1) **Negativa a colaborar en el protocolo**

2) **Retraso mental con CI constatado de menos de**

70.

Debemos referirnos en este punto al criterio de inclusión número dos que define a lo que en este estudio entendemos como caso. Es decir, a lo que entenderemos por tentativa de suicidio. Entenderemos como tal, todo acto autolesivo realizado por el sujeto, y donde el paciente expresa directamente el propósito de buscar la muerte o bien a pesar de no expresarlo directamente es valorado así por el psiquiatra. Descartamos pues, aquellos actos que aún habiendo generado autolesiones no tenían como propósito la muerte.

4. D VARIABLES UTILIZADAS:

A continuación describiremos las variables a estudiar, todas ellas incluidas en el protocolo.

A) Variables sociodemográficas:

- Edad: **Variable cuantitativa.**
- Tiempo de evolución: **variable cuantitativa**
- Trabajo: **Variable cualitativa numerada como sigue:**

1) Activo

2) Inactivo

- Educación: **Variable cualitativa que clasificamos como sigue:**

1) Analfabeto

2) Primaria

3) Secundaria o superior

- Estado civil: **Variable cualitativa. La describimos como:**

1) Soltero, viudo o separado

2) Casado

- Tentativas previas: **Variable cualitativa que definimos como:**

1) Sí

2) No

- Antecedentes familiares de suicidio: **Variable cualitativa que clasificamos como:**

0) No antecedentes

1) Antecedentes en familiares de 1º o 2º

rango

-Antecedentes personales de consumo de tóxicos:

Variable cualitativa numerada como sigue:

0) No antecedentes

1) Consumo perjudicial de tóxicos

B) Variables clínicas:

Antes de comenzar la descripción de las variables clínicas que hemos analizado en este proyecto de investigación, creo necesario comentar cual ha sido

nuestro criterio a la hora de seleccionar algunas de las escalas cuyas puntuaciones consideramos indicativas de la existencia de determinados síntomas en nuestra población de estudio.

Sabemos que hoy en día hay un importante cuerpo de investigación que se cuestiona la clasificación de los síntomas esquizofrénicos en positivos y negativos y que proponen la utilización de modelos multidimensionales para el análisis de los síntomas esquizofrénicos.

Autores como Liddle en Inglaterra o como los doctores Cuesta y Peralta en nuestro país proponen modelos tridimensionales e incluso tretadimensionales de los síntomas esquizofrénicos (Liddle, 1990; Liddle 1994, Peralta, 1992; Peralta, 1994) y critican los modelos dicotómicos propuestos por Crow y que sustentan las escalas desarrolladas por Andreasen en el 82 y 84 (SANS y SAPS) así como la desarrollada por Kay en 1987 y que nosotros utilizamos en este estudio, la Escala para medir los Síntomas Positivos y Negativos de la esquizofrenia (PANSS).

Autores como los señalados, sobre todo los españoles Cuesta y Peralta continúan sus investigaciones en este terreno proponiendo múltiples dimensiones, además de las más aceptada como son la de los síntomas positivo, negativo y de desorganización. Estos autores proponen dimensiones tales como la de los síntomas subjetivos, la

de la esfera de relación, etc. Otros como Vázquez – Barquero (Vázquez-Barquero, ponencia 1997) proponen un modelo tetradimensional en el que además de las tres dimensiones señaladas existiría una cuarta dimensión paranoide separada de la positiva.

Otros autores como Olivares propone el estudio de cada síntoma como nueva forma de aproximación al estudio de la esquizofrenia (comunicación personal).

Pero en el momento actual todos estos trabajos presentan aún la dificultad de la falta de consenso, y hoy por hoy no disponemos de un sistema de medida que nos permita estudiar y cuantificar los síntomas según los modelos dimensionales. Es por ello, que a pesar de ser conscientes de las críticas que están recibiendo las escalas para medir los síntomas positivos y negativos, hemos decidido utilizar una de estas, el PANSS para realizar la evaluación psicopatológica de nuestros pacientes, porque viene avalada por su frecuente utilización en pacientes esquizofrénicos, y porque en este trabajo no pretendemos realizar un análisis de las dimensiones de los pacientes esquizofrénicos de nuestra muestra, sino medir de una forma mas o menos fiable la intensidad de sus síntomas tal y como se recogen en la escala mencionada.

Por otra parte recurrimos al análisis de forma diferenciada y específica de dos síntomas que para nosotros tenían especial interés puesto que los considerábamos asociados directamente con la realización de conductas suicidas. Para el estudio de estos dos síntomas, La Desesperanza y el Insight, recurrimos a dos escalas validadas y avaladas por su utilización en otros trabajos de investigación con pacientes

Por último introducimos en este trabajo para la medición de los síntomas depresivos de los pacientes esquizofrénicos la escala de depresión de Calgary, que aunque no demasiado extendida en su utilización, es la única escala de depresión elaborada para pacientes psicóticos, y que ha demostrado diferenciar mejor que cualquier otra en los síntomas depresivos, secundarios y negativos que se presentan en tales pacientes. Consideramos además que dada su sencillez y facilidad para ser pasada a este tipo de pacientes se convierte en una escala muy útil para el abordaje de síntomas depresivos en pacientes esquizofrénicos.

Las variables clínicas utilizadas son:

- Intencionalidad suicida: **extraída de la puntuación global de la Escala de Intención Suicida de Beck. Es una variable cuantitativa.**

- Desesperanza: **Puntuación total de la Escala de Desesperanza de Beck. Variable cuantitativa.**

- Síntomas depresivos: **Puntuación total de la Escala de Calgary para la depresión. Se analizará como una variable cuantitativa.**

- Síntomas positivos y negativos de esquizofrenia: **Utilizaremos las puntuaciones totales de las subescalas positiva y negativa del PANNS, ambas son variables cuantitativas.**

- Conciencia de Enfermedad: **Extraída de la suma de los tres primeros items de la Escala para Indagar la Conciencia de Poseer un Desorden Mental (S.U.M.D.).**

- Motivo de la tentativa: **Se trata de una variable cualitativa extraída del motivo que el paciente expresa en la entrevista como causa del acto suicida, y que agrupamos en 5 tipos diferentes:**

- 1) Síntomas productivos**
- 2) Síntomas depresivos**
- 3) Efectos secundarios**
- 4) Problemas sociofamiliares**
- 5) Otros**

- Cumplimentación: **Variable cualitativa obtenida a través de la entrevista con el paciente donde se le pregunta sobre la toma o no de la medicación pautada, y que catalogamos como:**

1) Sí

2) No

4. E DESCRIPCION DE LOS INSTRUMENTOS

ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK (Beck_ et al 1974)

Se trata de un instrumento autoadministrado, usado con frecuencia para medir la desesperanza. La escala se compone de 20 items verdadero/falso formulados para medir las expectativas de no poder superar las situaciones vitales desagradables o no conseguir aquellas cosas que uno valora (Steer et al, 1993). Nueve de los items están codificados en falso y once en verdadero, de tal manera que los unos se asignan a las expectativas negativas y los otros a las positivas. La puntuación total tiene un rango de 0 a 20.

Desde su creación en 1974 por Beck et al (Beck et al 1974), y además de su uso habitual en adultos con depresión, se ha empleado en muestras de diferente edad y diagnóstico: ancianos (Hill et al 1988), niños (Kazdin et al, 1986) y adolescentes (Steer et al, 1993; Kumar et al, 1995); ha sido utilizada por diversos autores en población

Minkoff et al, 1973; Beck et al, 1975; Lester et al, 1976; Drake et al, 1986; Jones et al, 1994). Ha sido

también utilizada en universitarios (Durham, 1982; Holden et al, 1988), población general (Green,1981), alcohólicos (Beck et al, 1976), población psiquiátrica general (Durham, 1982, Beck et al, 1985), en pacientes con crisis de pánico (Beck et al, 1991), en pacientes con consumo de tóxicos (Breier-Williford, 1995) y forense (Durham,1982).

Desde el punto de vista psicométrico, podemos considerar que la escala es válida y fiable. Los numerosos trabajos citados anteriormente son indicativos de la validez predictiva de la escala. El propio Beck demostró en su trabajo original que la escala posee además validez concurrente y de constructo (Beck et al,1974). En cuanto a la fiabilidad, se ha demostrado en diferentes poblaciones clínicas de adultos (Steer et al 1993), ancianos (Hill et al, 1988), adolescentes (Kumar et al,1995) y niños (Kazdin et al, 1986) que la escala tiene buena consistencia interna con coeficientes de Kuder-Richardson 20 (KR-20) dentro del rango 0.82- 0.93. Aguilar demostró que la versión española de la Escala de Desesperanza de Beck tiene consistencia interna y estabilidad aceptables, resultados obtenidos en una muestra de psicosis de inicio (Aguilar,1995).

Algunos autores han recomendado particularmente su uso en estudios como el que nos ocupa, por considerarla especialmente útil para evaluar el riesgo de depresión y de suicidio en los pacientes psicóticos (Sweeny et al, 1991).

ESCALA DE DEPRESIÓN DE CALGARY (CDS)(
Addington_1993).

Se trata de una escala específicamente diseñada para medir síntomas depresivos en pacientes Esquizofrénicos.

La escala se elaboró a partir de dos escalas mayoritariamente aceptadas para evaluar síntomas depresivos, the Present State Examination (PSE: Wing et al,1974) y The Hamilton Depression Rating Scale (HDRS: Hamilton,1960) usando técnicas de fiabilidad y factor de

Para medir la fiabilidad y la validez de la escala de depresión de Calgary (CDS) se comparó con, HDRS, Beck Depression Inventory (BDI: Beck et al, 1961) y con los items de depresión, culpa y suicidabilidad de Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS: Green et al, 1990) en una población de 100 pacientes ambulatorios y 50 ingresados, todos los cuales cumplían criterios DSM-III-R de esquizofrenia. Además a cada paciente se le administró parte de la versión modificada del PSE.

En este estudio se objetivó que la CDS presenta una alta fiabilidad interevaluador, con una correlación intraclase de 0.895 y un porcentaje de acuerdo en los items del 86%.

La correlación entre el CDS y las otras medidas de depresión fue también significativamente elevadas.

La fiabilidad interna del CDS presenta una alfa de Cronbach de 0.78 para pacientes ingresados, 0.71 para ambulatorios y una alfa global de 0.79 (Addington et al,1993).

Así mismo, con objeto de valorar la especificidad de la escala estos autores la administraron a un grupo de 31 pacientes esquizofrénicos ingresados, a los que se les administró además la Positive and Negative Symptom Scale (PANSS: Kay et al 1987) y The Simpson Angus Scale (Simpson et al,1966) para síntomas extrapiramidales. No encontrando correlación significativa entre los niveles de depresión medidos por CDS y las puntuaciones de síntomas negativos y extrapiramidales, lo que sugiere que el CDS es capaz de discriminar entre estos grupos de síntomas (Addington et al, 1993).

Posteriores investigaciones realizadas por Addington y colaboradores sugieren que el CDS es una escala más específica que el HDRS para medir los niveles de depresión en pacientes esquizofrénicos (Addington et al, 1996a) y que es capaz de discriminar los síntomas depresivos de los negativos y los extrapiramidales en los pacientes esquizofrénicos (Addington et al, 1994).

Otros autores también han señalado al CDS como la escala de depresión capaz de distinguir entre síntomas

depresivos, negativos y extrapiramidales y la consideran más útil que el Hamiltom para la valoración de síntomas depresivos en pacientes esquizofrénicos (Collins et al, 1996).

Esta escala ha sido utilizada tanto en poblaciones esquizofrénicas, como en psicóticos en general por varios autores (Azorin et al, 1994; Addington et al 1996b; Yuen et al, 1996; Atkinson et al, 1997; Moreno et al 1997).

La versión española de esta escala que utilizamos en este proyecto de tesis ha sido validada por el doctor Manzanera y colaboradores, cuyas conclusiones presentó en el II Congreso Nacional de Psiquiatría en Noviembre de 97(Manzanera et al, 1997). La versión utilizada en este proyecto de tesis es la versión traducida y validada por este autor.

La Escala de Depresión de Calgary es una escala Heteroadministrada que trata de evaluar los síntomas depresivos en las dos semanas previas a la administración. Consta de 9 items. Los ocho primeros son preguntas estructuradas y el último es un item de observación por parte del examinador. Cada uno de los items se puntúa del 0 al 3, según sea ausente, leve, moderado o severo respectivamente.

ESCALA DE LOS SINDROMES POSITIVO Y NEGATIVO
(PANSS) (Kay et al,1987)

Esta escala elaborada por Kay está basada en el estudio de varios cientos de pacientes esquizofrénicos agudos y crónicos. Kay y colaboradores desarrollaron la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS), en un intento de mejorar los problemas de validez de otras escalas y de esta manera estudiar mejor el constructo positivo/negativo. La filosofía de los autores de la PANSS fue elegir aquellos síntomas que mejor representaran la negativo/positivo y excluir aquellos de filiación dudosa, o que como es el caso del trastorno de la atención y de algunas formas de insociabilidad, pudieran ser secundarios a otros síntomas esquizofrénicos.

La PANSS consta de 30 ítems que se puntúan de 1 (ausente) a 7(extremo), y se evalúan por medio de una entrevista semiestructurada de 30 a 40 minutos de duración.

De los 30 ítems, 7 constituyen la escala positiva (PANSS-P), 7 la escala negativa (PANSS-N), y los 16 restantes la escala de psicopatología general (PANSS-PG). Además de estas escalas existe una escala adicional, la escala compuesta (PANSS-C), que resulta de restar la puntuación de la escala negativa a la puntuación de la escala positiva. Esta escala es un índice bipolar cuyos rangos están entre -42 y 42, y refleja el grado de predominancia de un síndrome sobre el otro.

La interpretación de las cuatro subescalas de la PANSS se hace con ayuda de una tabla de percentiles.

La PANNS ha sido analizada exhaustivamente desde el punto de vista psicométrico por sus autores en varios estudios señalando la validez y fiabilidad de la misma (Kay et al 1987; Kay et al 1988; Kay et al 1989; Kay y Sevy 1990).

La versión española fue traducida y validada por Cuesta y Peralta. En su análisis estos autores encuentran que dicha escala, al igual que la versión original presenta una distribución normal de las puntuaciones de las cuatro subescalas, prevalencia similar de los subtipos de esquizofrenia, buena fiabilidad interobservador de 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 (Peralta y Cuesta, 1994 a).

En este proyecto de tesis utilizamos la versión española traducida y validada por los autores M Cuesta y V Peralta (Peralta y Cuesta, 1994 a).

ESCALA PARA EVALUAR LA CONCIENCIA DE POSEER UN DESORDEN MENTAL (S.U.M.D.) (Amador et al, 1993)

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

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

A su vez consideran que el insight está compuesto por dos procesos: la conciencia y la atribución. Conciencia se refiere al reconocimiento de los signos y síntomas de la enfermedad. Atribución se refiere a la explicación u origen de esos signos o síntomas.

También hacen una distinción entre la conciencia y atribución actual (en relación con los síntomas presentes) y pasada (en relación a los síntomas de episodios previos).

Descripción de la escala:

Consta de 6 ítems generales y 4 subescalas. Todos los ítems se puntúan de 1 a 5 puntos, siendo los puntajes

Los 6 ítems generales se aproximan a la definición más extensamente usada de mala conciencia de enfermedad e incluyen los ítems actuales y pasados de: 1) conciencia global de poseer un desorden mental, 2) conciencia de los efectos de la medicación, 3) conciencia de las consecuencias sociales de tener un desorden mental.

Las cuatro subescalas están compuestas por 17 ítems cada una. Están diseñadas para medir la conciencia y atribución actual y pasada de síntomas y signos

La escala se aplica de forma heteroadministrada a través de una entrevista directa. Pudiéndose administrar cualquier subescala o ítem individual independientemente de los otros. También puede utilizarse aisladamente los tres primeros ítems de conciencia global.

La escala ha sido validada por sus autores en una población de 43 pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo según criterios DSM-III-R encontrando que la escala es válida y fiable.

Para los tres primeros ítems de conciencia general de enfermedad actual, los autores encuentran una correlación positiva con la puntuación de insight medida en la

evaluación del estado mental realizada por el médico que realiza el ingreso y medida en una escala de 1-5, y con el ítem de insight de la escala de depresión de Hamilton (Hamilton et al, 1960). (Amador et al, 1993)

Esta escala está siendo utilizada por sus autores tanto en población de pacientes esquizofrénicos como esquizoafectivos y en pacientes con trastornos afectivos (Amador et al 1994, Amador et al 1996).

Otros autores han utilizado la escala para la evaluación del insight en pacientes esquizofrénicos (Kemp et al, 1995; Young et al 1993).

En esta tesis doctoral hemos utilizado sólo los tres primeros ítems que evalúan la conciencia general de poseer un desorden mental en relación con el proceso agudo que motivó el ingreso del paciente, de acuerdo con la utilización parcial de la escala que su propio autor defiende (Amador et al, 1993).

ESCALA DE INTENCIÓN SUICIDA (Beck et al, 1974)

Se trata de una escala heteroadministrada mediante una entrevista semiestructurada con el paciente que consta de un total de 15 ítems. Cada uno de ellos formula una cuestión con tres posibles respuestas graduadas de 0

a 2, de menor a mayor gravedad. Por tanto las puntuaciones de esta escala se mueven entre 0 de puntuación mínima y 30 de máxima.

Los 15 ítems están subdivididos en dos bloques de preguntas. Los primeros 9 ítems se corresponden con lo que Beck denominó “Circunstancias objetivas relacionadas con el intento de suicidio”, son un conjunto de preguntas en torno a la planificación del intento que el entrevistador realiza al paciente. La segunda parte es el “self-report” o la valoración propia del paciente en cuanto a la tentativa. Existe un tercer apartado, aunque no se incluye en la puntuación donde se recogen una serie de datos que pueden influir en la realización de la tentativa, como es el consumo de drogas o alcohol antes de la tentativa, tentativas previas, etc.

A parte de por sus autores la escala ha sido ampliamente utilizada en diferentes tipos de pacientes.

Dyer la aplicó en un estudio sobre 120 pacientes que habían realizado una tentativa de suicidio (Dyer, 1984).

Su aplicación sobre población psicótica fue realizada por Kotila en un amplio estudio sobre intentos de suicidio en jóvenes entre 15-24 años, donde comprobó una estrecha dependencia entre la gravedad de la intencionalidad suicida y el diagnóstico de psicosis (Kotila, 1988).

En nuestro país, Fdez. Rivas aplicó la escala en una población de 72 adolescentes en edades comprendidas entre 15-24 años que acudieron a un servicio de urgencias tras haber realizado una tentativa de suicidio (Fdez. Rivas, 1995).

La versión utilizada en esta tesis doctoral ha sido traducida directamente por nuestro equipo.

4. F ANALISIS ESTADISTICO.

Señalar en primer lugar que todos los análisis estadísticos de este proyecto de tesis se realizaron con el programa STATISTICA para Windows.

l) Para contrastar nuestra primera hipótesis realizaremos en primer lugar un análisis univariante de las variables sociodemográficas con más interés clínico, esto es, edad, educación, trabajo, estado civil, antecedentes de consumo de tóxicos, antecedentes familiares de suicidio ; así como de las variables clínicas de cumplimentación, antecedentes de tentativas previas, tiempo de evolución y puntuaciones globales de las escalas de Desesperanza, S.U.M.D., subescalas positiva y negativa del PANSS y escala de depresión de Calgary. Utilizaremos el estadístico Chi-cuadrado de Pearson para las variables cualitativas y T de Student para las cuantitativas. Los datos se expondrán diferenciados entre

los casos y los controles, aportando además la significatividad de las pruebas estadísticas realizadas.

En segundo lugar realizaremos un análisis multivariante de las variables clínicas de interés en nuestra hipótesis, analizando mediante un análisis discriminante la importancia relativa de las variables clínicas propuestas en la identificación de los casos.

II) Para contrastar nuestra segunda hipótesis recurriremos en primer lugar a analizar de forma meramente descriptiva los MOTIVOS alegados por los pacientes como causa de la tentativa de autolisis.

En caso de que esta variable diferenciara distintos grupos de MOTIVOS realizaríamos en segundo lugar un univariante de las variables sociodemográficas y clínicas que aplicamos en el contraste de la primera hipótesis, además de la escala de intencionalidad suicida de Beck. Utilizando igualmente el estadístico T Student y Chi-Cuadrado de Pearson. Expondríamos los resultados en los distintos grupos de MOTIVOS, aportando la significatividad de las pruebas estadísticas realizadas.

En tercer lugar se realizaría como en la primera multivariante analizando mediante un análisis discriminante la importancia relativa de las

variables señaladas en la distinción de los diferentes grupos de MOTIVOS si los hubiera.

III) Por último haremos un análisis de correlaciones entre las variables clínicas mencionadas, para analizar como correlacionan entre sí en el grupo de pacientes que ha realizado tentativa. Los resultados se expondrán en una tabla en la que se señalara la dirección de la correlación y la significatividad o no de la misma.

Por último señalar que todos los análisis estadísticos realizados en este proyecto han sido de doble cola, puesto que consideramos en nuestras hipótesis alternativas que la relación entre las variables dependientes con la variable independiente se podría establecer en las os direcciones. El nivel de significatividad para todas las pruebas estadísticas efectuadas se estableció para $p < .05$.

5. RESULTADOS

5.A ANALISIS DESCRIPTIVO.

I) Variables sociodemográficas

- **CASOS**: 32 pacientes (22 hombres y 10 mujeres) con una edad de 30.3 años \pm 10.7 (Media \pm SD).

El 68.7% de ellos poseían estudios elementales, mientras que el 31.7% restante tenían estudios de secundaria o superiores. Ninguno de los casos era analfabeto.

En cuanto a la situación laboral, el 28.1% estaban activos o en paro, mientras el resto no estaban incluido en el mercado laboral.

El 18.7% de los casos estaban casados; consumían tóxicos el 43.7% de los casos, y el 28.1% tenían antecedentes familiares de suicidio.

CONTROLES: 33 pacientes (23 hombres y 10 mujeres) con una edad de 27.7 \pm 7.4 (Media \pm SD).

El 69.5 % tenían estudios elementales, el 27.2 % tenían estudios de secundaria o superiores y 1 de ellos era analfabeto.

Estaban activos laboralmente el 21%; el 12% estaban casados. En cuanto a los antecedentes de consumo de tóxicos, 36.3% de los controles consumían tóxicos de forma habitual y el 18.1% tenían antecedentes familiares de suicidio. (Ver Tabla I)

Tabla I. Características sociodemograficas

	CASOS n=32	CONTROLES N=33
EDAD	30.3 ± 10.7	27.7 ± 7.4
SEXO	H = 22 M = 10	H = 23 M = 10
ESTUDIOS	Analfabeto = 0 Elemental = 22 Secundaria o > = 10	Analfabeto = 1 Elemental = 23 Secundaria o > = 9
ESTADO CIVIL	S, V o D = 26 C = 6	S, V o D = 29 C = 4
TRABAJO	Activo = 8 Inactivo = 24	Activo = 7 Inactivo = 26
AF. SUICIDIO	No = 23 Sí = 9	No = 27 Sí = 6
AP. TOXICOS	No = 18 Sí = 14	No = 21 Sí = 12

* H= Hombres, M= Mujeres * S = soltero, V= viudo, D= divorciado o separado, C= casado. * AP= antecedentes personales., AF= antecedentes familiares.

II) Variables clínicas:

La tabla II muestra las puntuaciones medias de los casos y los controles en las escalas utilizadas, así como en el tiempo de evolución de la enfermedad. De las otras dos variables clínicas analizadas (previas) se muestra el número de pacientes que pertenecen a una u otra categoría. (Ver Tabla II)

Tabla II. Variables clínicas

	CASOS N=32	CONTROLES N= 33
T. EVOLUCION	8.4 ± 9.3	6.7 ± 5.0
CUMPLIMENTACION	Sí = 22 No = 10	Sí = 12 No = 21
TENTATIVAS PREVIAS	Sí = 17 No = 15	Sí = 17 No = 16
E. D. BECK	10.6 ± 4.8	6.5 ± 4.5
E. D. CALGARY	9.0 ± 3.9	4.2 ± 3.7
S.U.M.D.	10.4 ± 4.9	9.9 ± 4.5
PANSS POSITIVO	16.1 ± 6.0	20.5 ± 5.2
PANSS NEGATIVO	20.6 ± 6.4	20.8 ± 5.8

_____ univariantes para cada variable sociodemográfica y clínica. Para el contraste de las variables cualitativas se **Chi-cuadrado**, y para las variables cuantitativas la prueba **T-Student**.

Segundo, se procedió al realizar un **análisis discriminante** seleccionando como variables predictoras de tentativa de suicidio las siguientes:

- a) puntuaciones globales de las escalas de Desesperanza de Beck
- b) escala de Depresión de Calgary
- c) los tres primeros items del S.U.M.D
- d) subescalas positiva del PANSS
- e) subescala negativa del PANSS.

El nivel de significación estadístico, para un error Tipo en 0.05.

5.B1: ANALISIS UNIVARIANTE:

I) VARIABLES CUALITATIVAS

Las Tablas I a VII muestran los análisis de contingencia de las variables sociodemográficas: educación, estado civil, trabajo, antecedentes familiares de suicidio y antecedentes personales de consumo de tóxicos; y de las variables clínicas : cumplimentación y tentativas previas.

Tabla I. Educación (3) ^ Tentativa (2)

	$\chi^2 = 1.05$	df = 2	P = .58
EDUCACION	CASOS	CONTROLES	Row total
Analfabeto	0	1	1
Elemental	22	23	45
Secundaria o >	10	9	19
Total	32	33	65

*df= grados de libertad

Tabla II. Estado civil (2) ^ Tentativa (2)

	$\chi^2 = .54$	Df= 1	P = .45
ESTADO CIVIL	CASOS	CONTROLES	Row total
S, V, D	26	29	55
C	6	4	10
Total	32	33	65

*S=soltero, V= viudo, D=divorciado o separado, C=casado. *df= grados de libertad

Tabla III. Trabajo(2) ´ Tentativa (2)

	c2= .131	df = 1	P =.71
TRABAJO	CASOS	CONTROLES	Row Total
Activos	8	7	15
Inactivos	24	26	50
Total	32	33	65

* df= grados de libertad

Tabla IV. AF Suicidio (2) ´ Tentativa (2)

	c2 = .90	Df =1	P =.34
AF SUICIDIO	CASOS	CONTROLES	Row Total
NO	23	27	50
SI	9	6	15
TOTAL	32	33	65

*df= grados de libertad. *AF SUICIDIO= antecedentes familiares de suicidio

TablaV. AP Tóxicos (2) ´ Tentativa (2)

	c2 =.36	df= 1	P= .54
AP TOXICOS	CASOS	CONTROLES	Row Total
NO	18	21	39
SI	14	12	26
TOTAL	32	33	65

AP Tóxicos= Antecedentes personales de consumo de tóxicos. *df= grados de libertad

Tabla VI. Cumplimentación (2) ´ Tentativa (2)

	$\chi^2 = 6.83$	Df =1	P<.01
CUMPLIMENTACION	CASOS	CONTROLES	Row Total
SI	22	10	32
NO	10	23	33
TOTAL	32	33	65

* df= grados de libertad

Tabla VII. Tentativas previas (2) ´Tentativa(2)

	$\chi^2 =$	df = 1	P = .89
	.01		
TENTATIVA PREVIA	CASOS	CONTROLES	Row Total
SI	17	17	34
NO	15	16	31
TOTAL	32	33	65

*df= grados de libertad

Sólo se encontró diferencias significativas entre los casos y los controles, en la variable **Cumplimentación**.

II) VARIABLES CUANTITATIVAS

Se analizaron la variable edad (variable sociodemográfica) y el resto de las variables clínicas cuantitativas, expresándose los resultados en

Tabla I: Medias de edad casos/controles

	CASO	CONTROLES	t	Df	p
	S	N=33			
	N=32				
EDAD	30.3 ±10.7	27.6 ±7.4	1.14	63	.25

t= valor de t-Student; df= grados de libertad

Tabla II. Medias tiempo de evolución casos/controles

	CASOS	CONTROLES	t	df	p
	N=32	N=33			
T EVOLUCION	8.4 ± 9.3	6.7 ± 5.0	.96	63	.34

T EVOLUCION= tiempo de evolución. * t= valor t-Student; df= grados de libertad

Tabla III. Medias de E.D.Beck en casos/controles

	CASOS	CONTROLES	t	df	p
	N= 32	N=33			

E.D. BECK	10.59 ± 4.8	6.5 ± 4.5	3.4	63	<.001
----------------------	----------------	--------------	-----	----	-------

+E.D.Beck= Escala de desesperanza de Beck. *t = valor t-Student; df= grados de libertad

Tabla IV. Medias de E.D.Calgary en casos/controles

	CASOS N=32	CONTROLES N=33	t	df	p
E.D. CALGARY	9.0 ±3.9	4.2 ± 3.7	5. 0	63	<.001

*E.D:CALGARY= Escala de depresión de Calgary. *t = valor de t-Student; df = grados de libertad

TablaV. Medias de SUMD en casos/ controles

	CASOS N=32	CONTROLES N= 33	t	df	p
S.U.M.D	10.1 ± 4.2	9.6 ± 4.4	.42	63	.67

*SUMD =Escala para medir la conciencia de poseer un desorden mental. *t= valor t-Student; df= grados de libertad.

Tabla VI. Medias de PANSS+ en casos/controles

	CASOS N=32	CONTROLES N=33	t	df	p
--	---------------	-------------------	---	----	---

PANSS+	16.8 ± 5.3	20.9 ± 3.8	- 3.5	63	<.001
---------------	---------------	---------------	----------	----	-----------------

PANSS+=Subescala positiva del PANSS. *t = valor de t-Student, df= grados de libertad

Tabla VII. Medias de PANSS- en casos/controles

	CASOS N=32	CONTROLES N=33	t	df	p
PANSS-	21.0 ± 5.3	21.6 ± 4.6	- .46	63	.64

*PANSS- = Subescala negativa del PANSS. * t=valor de t-Student; df= grados de libertad

Se observaron diferencias significativas en tres de las variables cuantitativas analizadas, a) puntuaciones globales de las escalas de **Desesperanza de Beck**, b) **Depresión de Calgary** y c) **subescala positiva del PANSS**. De manera que los casos presentan mayores puntuaciones en las escalas de depresión de Calgary y de Desesperanza de Beck, y menores puntuaciones en la subescala positiva del PANSS

III) VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS:

No se apreció diferencias en ninguna de las **variables sociodemográficas** estudiadas (Ver tabla I).

Tabla I. Variables sociodemográficas

	CASOS N=32	CONTROLES N=33	p
EDAD	30.3 ± 10.7	27.6 ± 7.3	Ns
ESTUDIOS	Analfabeto=0 Elemental=22 Secundaria o > =10	Analfabeto=1 Elemental=23 Secundaria o > =9	Ns
E. CIVIL	S,V ó D=26 C=6	S,V ó D=29 C= 4	Ns
TRABAJO	Activo=8 Inactivo=24	Activo=7 Inactivo=26	Ns
AF SUICIDIO	No =23 Si =9	No =27 Si =6	Ns
AP TOXICOS	No =18 Si =14	No = 21 Si = 12	Ns

* Estadístico χ^2 , Significativo para $p < .05$ en todas variables excepto EDAD, t-student, $p < .05$

* S (soltero), V (viudo), D (divorciado o separado), C (casado)

*AF (antecedentes familiares), AP (antecedentes personales)

IV) VARIABLES CLINICAS:

En las variables clínicas se observaron diferencias significativas en cuatro de las variables analizadas, a) **Cumplimentación**, b) **puntuaciones globales de las escalas de Desesperanza de Beck**, c) **puntuaciones globales de las escalas de Depresión de Calgary** y d) **en la subescala positiva de PANSS**.

Se encontraron diferencias significativas entre casos y controles en la **Cumplimentación del tratamiento ($\chi^2 6.8$, $GL = 1$, $p < .01$)**.

Mientras los casos cumplimentan mayoritariamente el tratamiento, la mayoría de los controles lo han abandonado en el momento de la valoración, de manera que de los 33 controles sólo 10 estaban tomando el tratamiento, mientras que de los 32 casos cumplimentaban 22 pacientes.

El contraste de medias de las variables clínicas cuantitativas demostró diferencias significativas en Desesperanza de Beck ($t = 3.4$, $GL=63$, $p < .001$), Calgary ($t = 5.0$, $GL=63$, $p < .001$) y subescala positiva del PANSS ($t = -3.0$, $GL=63$, $p < .001$) entre el grupo de casos y los controles, (Ver Tabla I)

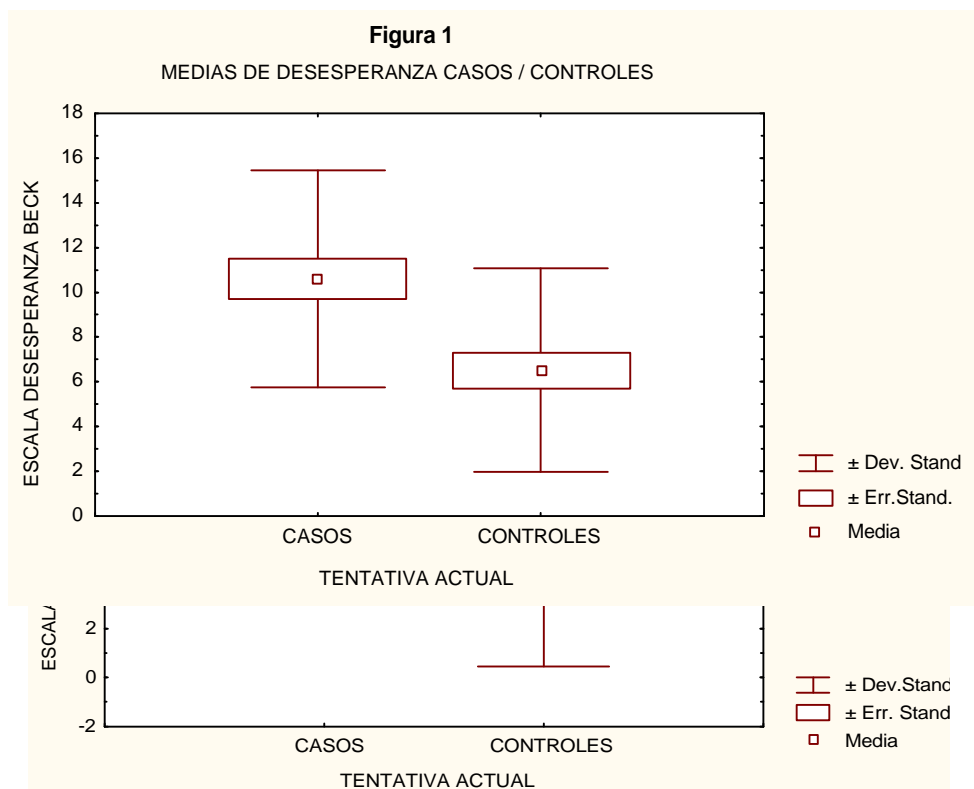
Tabla I. Variables clínicas

	Casos n=32	Controles n=33	p
T. Evolución	8.4 ±9.3	6.7 ±5.0	ns
Cumplimentación	Si= 22 No=10	Si=12 No=21	.01
tentativas previas	Si=17 No=15	Si = 17 No=16	ns
E. D. Beck	10.6 ± 4.8	6.5 ±4.5	.001
E. D.Calgary	9.0 ±3.9	4.2 ±3.7	.001
S.U.M.D.	10.4 ±4.9	9.9 ±4.5	ns
Pansspos	16.1 ±6.0	20.5 ±5.2	.001
Panssneg	20.6 ±6.4	20.8 ±5.8	ns

*Estadístico χ^2 para cumplimentación y tentativas previas
T-Student en el resto. Significatividad $p < .05$

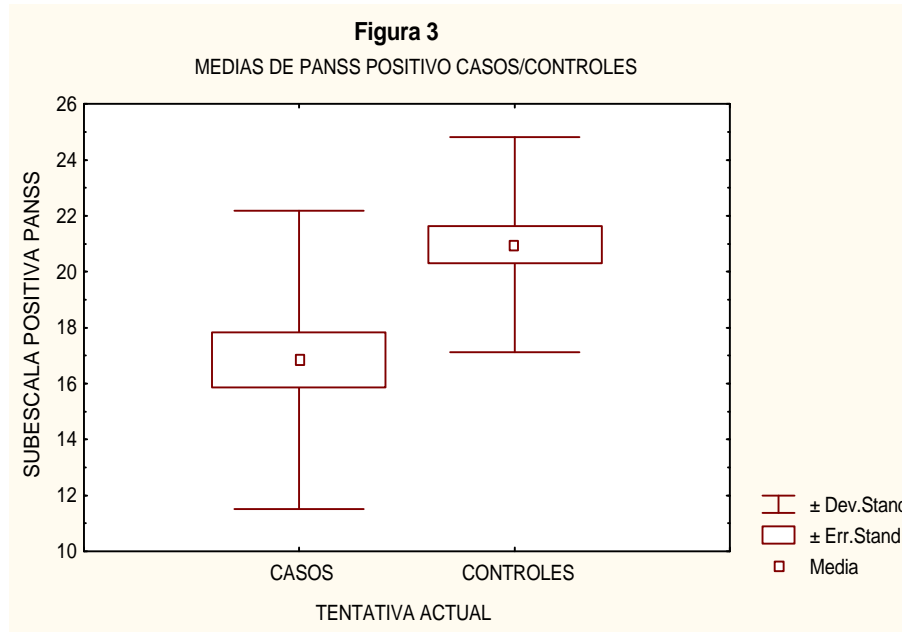
*E.D.Beck (puntuación global de escala Desesperanza Beck)
E.D.Calgary (idem escala de depresión de Calgary). SUMD
(tres primeros ítems del SUMD). Pansspos (puntuación
subescala positiva PANSS). Panssneg (puntuación subescala
negativa del PANSS)

En el caso de la escala de Desesperanza de Beck se observó diferencia significativa de los valores medios de la puntuaciones, siendo mayor en los caso que en los controles (Figura1).



La misma tendencia se observó en el caso de las puntuaciones medias en la escala de Depresión de Calgary, esto es, puntuaciones significativamente mayores en los casos que en los controles. (Figura 2).

En cuanto al contraste de medias de la subescala positiva del PANSS, los resultados son significativos con menores puntuaciones en esta variable en los casos que en los controles (Figura 3).



5.B2 :ANALISIS MULTIVARIANTE:

Como segundo análisis estadístico para el contraste de nuestra primera hipótesis se realizó un análisis discriminante de las variables clínicas cuantitativas postuladas en esta hipótesis como variables asociadas a las tentativas de suicidio. El resultado de este

Lambda de Wilks 0.60 GL=3,61 $p < .001$

El modelo incluye las siguientes variables:

- **CALGARY** $p < .001$
- **PANNSPOS** $p < .01$
- **PANNSNEG** $p < .05$

Se confirma la asociación significativa entre las puntuaciones globales del Calgary y subescalas negativa y positiva del PANNS. De manera que las tentativas de suicidio están asociadas de forma directa con la escala de Depresión de Calgary, e indirecta con las subescalas positiva y negativa del PANSS.

Por el contrario, no participan en la ecuación ni la puntuación global de la escala de desesperanza ni la puntuación en los tres primeros ítems del SUMD.

5.C SEGUDA HIPOTESIS: SUBGRUPOS DE PACIENTES QUE REALIZAN TENTATIVAS SUICIDAS.

Como se aprecia en la siguiente Tabla existen dos tipos de motivos alegados por los pacientes para realizar la tentativa: síntomas productivos y síntomas depresivos. (Tabla I)

Tabla I: motivos alegados por los pacientes para tentativa

MOTIVOS	1	2	3	4	5
Nº PACIENTES	15	11	2	2	2

1= Sínt. productivos. 2= Sínt. Depresivos. 3=efectos secundarios 4= probl. Sociofamiliares. 5= otros

Se confirma que existen dos grupos mayoritarios de pacientes con tentativas suicidas en función de lo que ellos refieren como motivo para realizar la tentativa. El siguiente paso fue analizar si tal como se hipotetiza existen grupos diferenciables también en relación a variables dependientes tales como las puntuaciones del Calgary, Desesperanza de Beck, subescalas positiva y negativa el PANNS y puntuaciones globales de los tres primeros ítems del SUMD.

Se utilizó para ello una nueva variable independiente denominada de la que distinguimos dos grupos: pacientes que alegan síntomas productivos (MOTIVO 1) y pacientes que alegan síntomas depresivos (MOTIVO 2), se descartó el resto de las motivaciones dado que de las 32 casos de la muestra, 26 se agrupan es una de estas 2 categorías (Ver Tabla I).

A continuación, se planteó el estudio de las diferencias sociodemográficas y psicopatológicas de los dos subtipos mayoritarios de pacientes con tentativa suicida, realizando los mismos procedimientos de análisis que se usaron anteriormente para establecer las diferencias entre casos y controles, realizando análisis univariante de todas las variables incluidas en nuestro protocolo. Además de las variables utilizadas para cubrir el primer objetivo, se analizó la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck, puesto que se consideró que podía estar asociada con los motivos suicidas alegados

por el paciente. Posteriormente se realizó un análisis multivariante de las variables clínicas de interés para la hipótesis de partida.

Al igual que en el primer análisis estadístico expuesto, el nivel de significación

5.C1: ANALISIS UNIVARIANTE

I) VARIABLES CUALITATIVAS

Se realizó análisis univariado de las variables cualitativas de nuestro protocolo, esto es, las variables sociodemográficas sexo, educación, estado civil, trabajo, antecedentes familiares de suicidio, antecedentes personales de consumo de tóxicos; y cumplimentación y tentativas previas. Se utilizó la prueba de Chi-cuadrado.

Los resultados obtenidos para cada variable se muestran en tablas de contingencia. (Ver Tablas I a VIII).

Tabla I. Sexo (2) x motivos (2)

	$\chi^2= .11$	df= 1	p= .7
SEXO	MOTIVO 1	MOTIVO 2	Row total
hombre	10	8	18
mujer	5	3	8
total	15	11	26

*df= grados de libertad

Tabla II. Educación (3)x Motivos (2)

	$\chi^2 = .02$	df=2	p=.9
EDUCACION	MOTIVO 1	MOTIVO 2	Row total
Analfabeto	0	0	0
Elemental	10	7	17
Secundaria o >	5	4	9
Total	15	11	26

*df= grados de libertad

Tabla III. Estado Civil (2) x Motivos (2)

	$\chi^2 = .1$	df= 1	p=.7
ESTADO CIVIL	MOTIVO 1	MOTIVO 2	Row total
S,V,D	13	10	23
C	2	1	3
Total	15	11	26

*df= grados de libertad. *S=soltero, V=viudo, D=divorciado o separado, C=casado

Tabla IV. Trabajo (2) x Motivos (2)

	$\chi^2 = .001$	df=1	p= .9
TRABAJO	MOTIVOS 1	MOTIVOS 2	Row total
Activo	4	3	7
Inactivo	11	8	19
Total	15	11	26

*df =grados de libertad

Tabla V. AF SUICIDIO (2) x Motivos (2)

	$\chi^2 = 3.08$	df= 1	p=.07
AF SUICIDIO	MOTIVOS 1	MOTIVOS 2	Row Total
NO	9	10	19
SI	6	1	7
Total	15	11	26

*df= grados de libertad. *AF SUICIDIO= antecedentes familiares de suicidio

Tabla VI. AP TOXICOS (2) x Motivos (2)

	$\chi^2 = 1.4$	df= 1	p =.2
AP TOXICOS	MOTIVOS 1	MOTIVOS 2	Row Total
NO	6	7	13
SI	9	4	13
Total	15	11	26

*df= Grados de libertad. * AP TOXICOS= antecedentes personales consumo tóxicos

Tabla VII. Cumplimentación (2) x Motivos (2)

	$\chi^2 = 1.4$	df=1	p= .2
CUMPLIMENTACION	MOTIVOS 1	MOTIVOS 2	Row Total
SI	9	9	18
NO	6	2	8
Total	15	11	26

*df= grados de libertad

Tabla VIII. TENT. PREVIAS (2) x Motivos (2)

$\chi^2 = 2.7$ $df = 1$ $p = .09$			
TENT. PREVIAS	MOTIVOS 1	MOTIVOS 2	Row Total
SI	6	8	14
NO	9	3	12
total	15	11	26

*df= grados de libertad. *TENT. PREVIAS= tentativas previas

II) VARIABLES CUANTITATIVAS

Se utilizó la prueba T-Student. Las variables en estudio fueron edad, tiempo de evolución, puntuaciones globales de las escalas de Desesperanza de Beck , Intencionalidad Suicida de Beck, Depresión de Calgary, S.U.M.D., y subescalas positiva y negativa de la PANSS.

Los resultados se exponen en las Tablas I a VIII.

Tabla I. Medias de edad/Motivos

	MOTIVOS 1 n=15	MOTIVOS 2 n=11	t	df	p
EDAD	28.6 ± 7.7	33.5 ± 15.1	-1.8	24	.28

* t= Valor de t-student, df= grados de libertad

Tabla II. Medias Tiempo Evolución/ Motivos

	MOTIVOS 1 n=15	MOTIVOS 2 n=11	t	df	p
TIEMPO	5.8	12.6			
EVOL.	± 7.6	± 12.2	-1.7	24	.09

*t= valor de t-Student, df= grados de libertad. *EVOL:= Evolución

Tabla III. Medias Escala de Desesperanza de Beck/ Motivos

	MOTIVOS 1 N=15	MOTIVOS 2 n=11	t	df	p
E.D.BECK	9.2	14.0			
	± 5.1	± 3.6	-2.6	24	.01

*E.D.BECK= escala desesperanza de Beck. *t=valor t-Student, df= grados de libertad

Tabla IV. Medias Escala Intención Suicida de Beck/Motivos

	MOTIVOS 1 n=15	MOTIVOS 2 n=11	t	df	p
I.S.BECK	14.3	15.2			
	± 4.5	± 5.3	-.4	24	.63

*I.D.BECK= Escala Intención suicida de Beck. *t= valor t-Student, df= grados de libertad

Tabla V. Medias Escala de Depresión de Calgary/Motivos

	MOTIVOS 1 n=15	MOTIVOS 2 n=11	t	df	p
CALGARY	8.2 ±3.3	10.8 ±4.5	-1.6	24	.11

*CALGARY=Escala de Depresión de Calgary. *t= Valor t-Student, df= grados de libertad

Tabla VI. Medias SUMD / Motivos

	MOTIVOS 1 n=15	MOTIVOS 2 n=11	t	df	p
S.U.M.D.	10.4 ±4.0	8.0 ±4.6	1.3	24	.17

*S.U.M.D.= 3 primeros items de la escala para medir la conciencia de tener un desorden mental.
*t= Valor de t-Student, dg= grados de libertad

Tabla VII. Medias subescala positiva del PANSS/Motivos

	MOTIVOS 1 n=15	MOTIVOS 2 n=15	t	df	p
PANSS POSITIVO	19.4 ±3.7	15.0 ±6.1	2.2	24	.03

*t= valor t-Student, df= grados de libertad

Tabla VIII. Medias subescala negativa del PANSS/Motivos

	MOTIVOS 1	MOTIVOS 2	t	df	p
	n=15	n=11			
PANSSNEG	19.4	21.4			
	±5.9	±3.8	-.99	24	.33

*PANSSNEG= Subescala negativa del PANSS. *t= valor de t-Student, df= grados de libertad

Los resultados mostraron que para las Variables Sociodemográficas no existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos establecidos en función del motivo de la tentativa (motivo 1= por síntomas productivos y motivo2= síntomas depresivos). (Ver Tabla IX).

Tabla IX. Variables sociodemograficas

MOTIVO 1	MOTIVO 2	P
----------	----------	---

EDAD	28.6 ±7.7	33.5 ±12.6	ns
EDUCACION	Analfabeto=0 Elemental=10 Secundaria o >=5	Analfabeto=0 Elemental= 7 Secundaria o >=4	ns
ESTADO CIVIL	S,V,D =13 C =2	S,V,D = 10 C = 1	ns
TRABAJO	Activo =4 Inactivo =11	Activo =3 Inactivo =8	ns
AF SUICIDIO	NO= 9 SI= 6	NO= 10 SI= 1	ns
AP TOXICOS	NO= 6 SI=9	NO= 7 SI= 4	ns

* χ^2 para todas las variables excepto EDAD, que se realizó T-Student. *Significativo para $p < .05$

En relación con las variables Clínicas se encontró diferencias significativas entre los 2 grupos de Motivos en dos de las variables analizadas:

-Puntuación global de la escala de Desesperanza de Beck: $t = -2.60$, $GL = 24$, $p < .01$.

Mayor puntuación en motivo dos.

-Puntuación global de la subescala positiva del PANSS: $t = 2.26$, $GL = 24$, $p < .05$. Mayor puntuación en motivo uno.

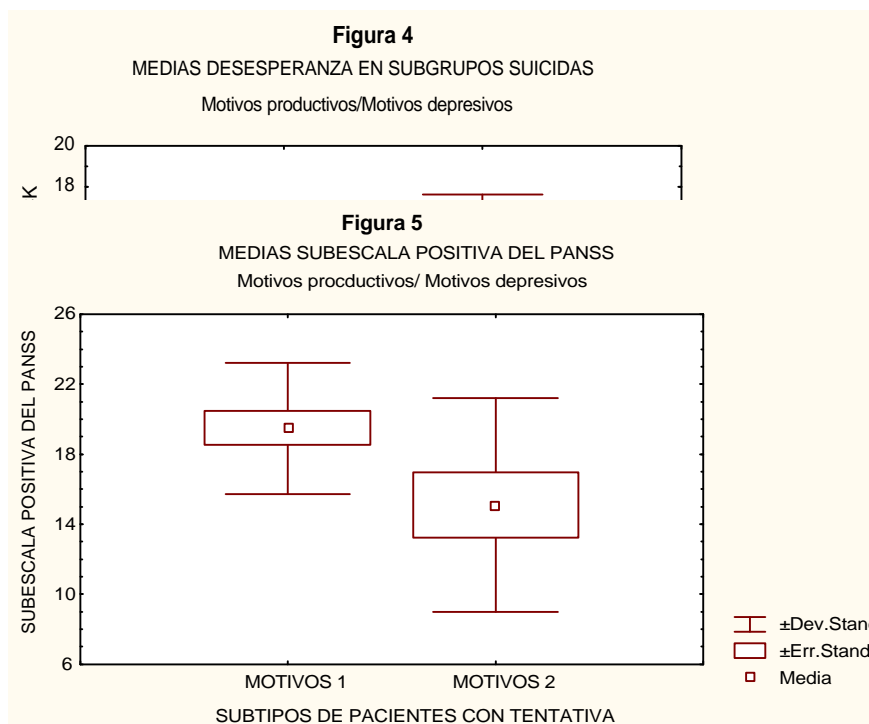
En el resto de las variables no se objetiva diferencia significativa entre los dos grupos (Ver Tabla X)

Tabla X. Variables Clínicas

	MOTIVO 1	MOTIVO 2	
	N=15	n=11	p
T. EVOLUCION	5.84 ±7.6	12.63 ±12.2	NS
E.D.BECK	9.26 ±5.1	14.00 ±3.6	<.01
I.S. BECK	14.33 ±4.5	15.27 ±5.3	NS
E.D.CALGARY	8.26 ±3.3	10.81 ±4.5	NS
S.U.M.D.	10.46 ±4.0	8.09 ±4.6	NS
PANSSPOS	19.46 ±3.7	15.09 ±6.1	<.05
PANSSNEG	19.40 ±5.9	21.45 ±3.8	NS
TENT. PREVIAS	SI=6 NO=9	SI= 8 NO=3	NS
CUMPLIMENTA	SI= 9 NO= 6	SI= 9 NO=2	NS

E.D.Beck (Escala de Desesperanza de Beck), I.S.Beck (escala de intencionalidad suicida de beck), E.D.Calgary (escala de depresión de Calgary), S.U.M.D. (tres primeros items del SUMD), PANSSPOS (subescala positiva del PANSS), PANSSNEG (subescala negativa del PANSS).
CUMPLIMENTA:= Cumplimentación. Tent Previas= tentativas previas

El grupo 1 de motivos (síntomas productivos) tiene medias de Desesperanza menores que las del grupo 2 de motivos (síntomas depresivos). (Ver figura 4)



Ocurre lo contrario con las puntuaciones medias de la subescala positiva del PANSS, que son mayores en el grupo 1 que en el 2 (Figura 5)

5.C2: ANALISIS MULTIVARIANTE

En segundo lugar se realizó un análisis discriminante de las variables dependientes señaladas, obteniendo la siguiente función:

Lambda de Wilks: .66; GL =2,23, $p < .01$

De todas las variables que entraron en la ecuación tuvieron pesos significativos la Escala de Desesperanza de Beck ($p < .05$), y la puntuación global en la subescala positiva del PANSS ($p < .05$).

Se pudieron distinguir un grupo con mayor puntuación global en la escala de Desesperanza de Beck, y menor puntuación global de la subescala positiva del PANSS, y otro subgrupo con características inversas, que se corresponden con los dos grupos que se diferencian en la entrevista clínica cuando se interrogó al paciente sobre sus motivos autolíticos.

5.D TERCER OBJETIVO: ESTUDIO DE LAS ASOCIACIONES ENTRE LAS VARIABLES PSICOPATOLOGICAS EN LOS PACIENTES CON TENTATIVA SUICIDA

El tercer objetivo era saber si las variables clínicas dependientes que analizamos en este estudio presentaban asociaciones entre sí en los pacientes que realizan tentativas de suicidio, y si era así, qué tipos de asociaciones presentaban.

Para ello se realizó un análisis de correlación entre las siguientes variables clínicas: puntuaciones globales de las subescalas positiva (pansspos) y negativa (panssneg) del PANSS, Desesperanza de Beck, Calgary, Intención suicida de Beck, tres primeros ítems del SUMD. Se consideró significativo un valor $p < 0.05$ (Ver Tabla I).

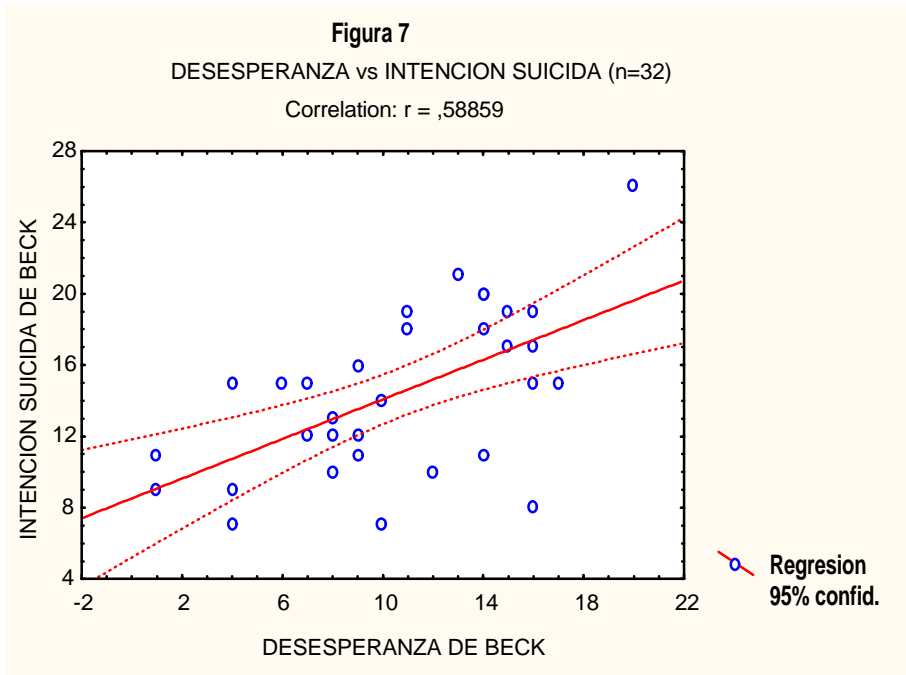
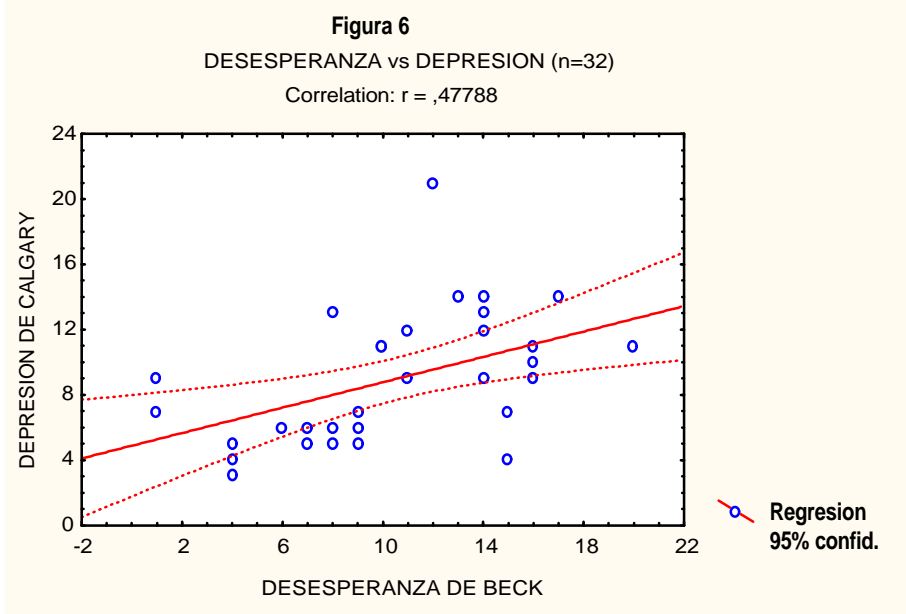
Tabla I. Correlación de las variables clínicas en casos (n =32)

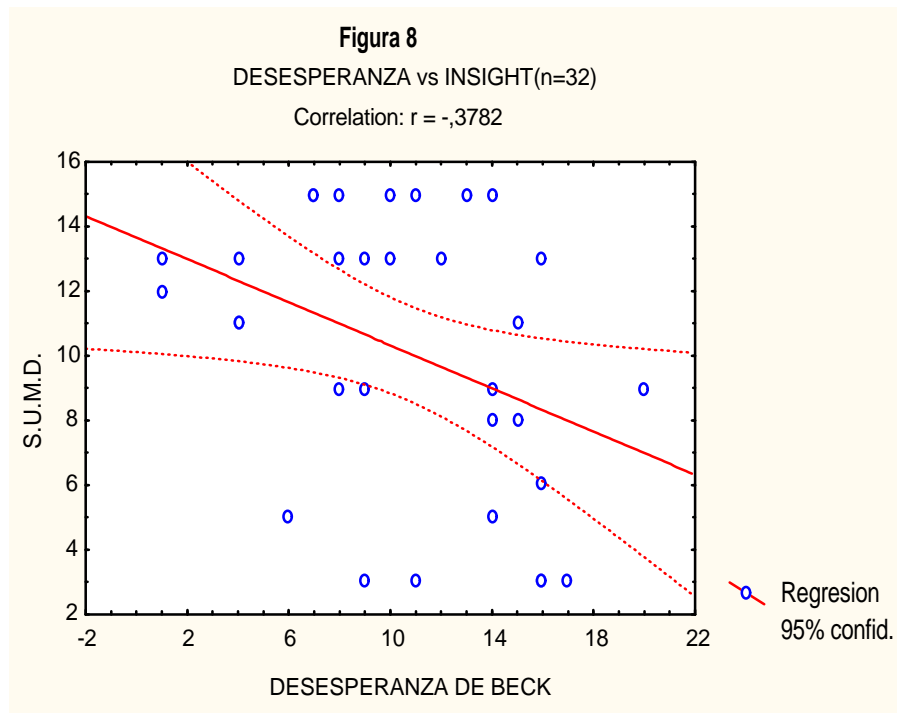
	E.D. Beck	I: S. Beck	E.D. Calgary	SUMD	panss+	panss-
E.D.Beck						
I.S.Beck	.58 p<.001					
E.D. Calgary	.47 p<.01	.17 ns				
SUMD	-.37 p<.05	-.19 ns	-.08 ns			
Panss+	-.04 ns	.10 ns	.00 ns	.46 p<.01		
panss-	.01 ns	-.11 ns	.08 ns	-.08 ns	-.37 p<.05	

*E.D.Beck(Escala desesperanza de Beck), I.S.Beck (escala intención suicida de Beck), E.D.Calgary (Escala de depresión de Calgary), SUMD (tres primeros ítems del SUMD), panss+ (subescala positiva del PANSS), panss- (subescala negativa del PANSS).

Se puede observar en la Tabla anterior las correlaciones significativas entre las variables clínicas analizadas en el grupo de casos:

- 1) La puntuación global de la escala de Desesperanza correlaciona directamente con las puntuaciones globales de Intencionalidad Suicida de Beck y de la escala de depresión de Calgary, e inversamente con los tres primeros ítems del SUMD (directamente con el Insihgt debido a la forma de puntuación de esta escala). (Ver figuras 6-8)





2) Las puntuaciones globales de la subescala positiva del PANSS correlacionan directamente con los tres primeros items del SUMD (inversamente con el insight) e inversamente con las puntuaciones globales de la subescala negativa del PANSS. (Ver Figuras 9 y 10)

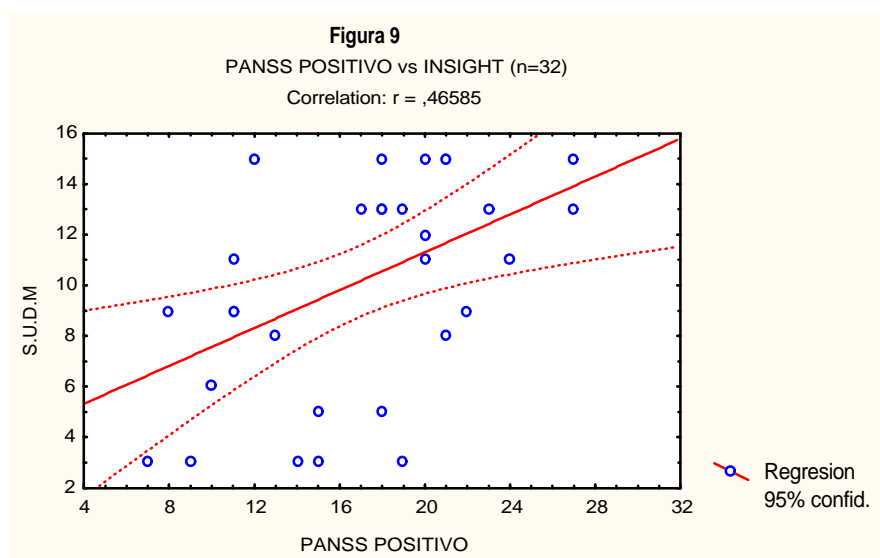
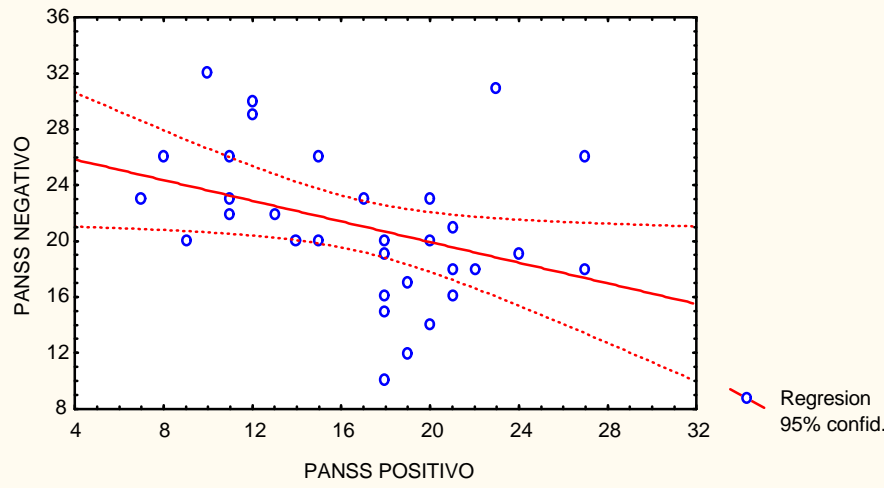


Figura 10

PANSS POSITIVO vs PANSS NEGATIVO (n=32)

Correlation: $r = -,3701$



6. DISCUSSION

Tal y como podemos observar en las tablas 1 y 3 de nuestros resultados, no existen en nuestra muestra diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de casos y controles en los que respecta a las variables sociodemográficas analizadas, esto es, edad, nivel educativo, estado civil, situación laboral, antecedentes familiares de suicidio y antecedentes personales de consumo de tóxicos. No mencionamos el sexo puesto que como ya señalamos en la descripción de la muestra, los controles fueron homogeneizados con los casos en razón de esta variable.

En este sentido las variables sociodemográficas que se han considerado características del paciente esquizofrénico suicida es el de un varón joven, soltero, desempleado, con antecedentes familiares de suicidio y consumo de tóxicos (Roy, 1982 b; Ros, 1997; Appleby, 1992; Westermeyer, 1991) a lo que se asocian además las variables clínicas que analizaremos más adelante.

Efectivamente autores como Breier (Breier, 1984) señala que aunque los esquizofrénicos suicidas tienden a ser pacientes jóvenes, blancos y solteros, estas características no pueden ser suficientes para identificar un grupo de pacientes de riesgo, puesto que son características comunes en los pacientes esquizofrénicos en general.

La esquizofrenia es la enfermedad mental que comporta mayor riesgo suicida en los jóvenes. Los pacientes esquizofrénicos suicidas tienen una edad media de unos 30 años (en nuestra muestra es de 30.3 a), a diferencia de la media de la población general y de otras patologías en las que está en torno a los 50 años (Ros, 1997; Caldwell, 1992, Breier, 1984).

De acuerdo con Harkavy-Friedman (1997), nosotros consideramos que esto se puede deber, entre otras cosas, al hecho de que la esquizofrenia tiene una edad de comienzo en torno a la segunda década de la vida y por tanto existe una población joven que soporta el aumento del riesgo de suicidio que supone sufrirla y que se estima alrededor del 10-15%.

Además, el riesgo suicida del paciente esquizofrénico, a diferencia del de la población general se estima que disminuye con la edad, Caldwell sitúa el riesgo en torno a los 10 primeros años de la enfermedad (Caldwell, 1992).

Para autores como Roy, la media de evolución de la enfermedad de un grupo suicida de esquizofrénico estaba en torno a 4.8 años. Wilkinson (1982) o Westermeyer (1991), también obtienen mayor riesgo suicido en los primeros estadios de la enfermedad, lo que junto con el inicio temprano de la misma, como hemos dicho, en torno a la década de los 20, justificaría el mayor riesgo suicida de estos pacientes entre los jóvenes.

Es interesante en relación con este argumento, que Caldwell señala en su revisión que los datos recogidos en la literatura apuntan un riesgo suicida más precoz en el hombre que en la mujer, situándose el de los primeros entre los 20-39 años, mientras que el riesgo en la mujer se retrasa hasta los 30-39 años (Caldwell, 1992). Si consideramos que el debut de la enfermedad en las mujeres suele ser algo más tardío que en los varones, esto apoyaría la idea mantenida por la mayor parte de los estudios de que el suicidio esquizofrénico es más frecuente en los primeros años de la enfermedad.

La cronicidad y el deterioro que esta enfermedad produce hace que, efectivamente, un alto porcentaje de estos pacientes estén solteros y no

tengan acceso al mercado laboral; pero estas características son comunes a un gran número de esquizofrénicos, suicidas o no. De hecho, cuando los estudios se realizan comparando pacientes esquizofrénicos suicidas con pacientes esquizofrénicos no suicidas, un gran número de autores no encuentran diferencias significativas entre ambos grupos en lo que respecta a estas variables sociodemográficas. Así, autores como Roy que al estudiar una muestra de 90 pacientes psiquiátricos suicidas, dentro de los que se encontraban 30 pacientes esquizofrénicos, señala como factores de riesgo variables tales como el estado civil, el aislamiento social, y el desempleo (Roy, 1982 b), sólo encuentra como variable sociodemográfica de riesgo el desempleo en una población de 30 esquizofrénicos crónicos (Roy, 1982 a). Cuando la población estudiada está formada por esquizofrénicos con tentativas suicidas, en relación con un grupo control de esquizofrénicos no suicidas, no encuentra diferencias significativas en estas variables sociodemográficas (Roy, 1984).

Otros autores que también han comparado esquizofrénicos suicidas con esquizofrénicos no suicidas no encuentran tampoco diferencias significativas en lo que respecta a las variables sociodemográficas. (Landmark, 1987; Cohen, 1990; Nieto, 1992; Cohen 1994; Rossau 1997).

Drake, a pesar de haber señalado el desempleo y la soltería como características típicas del esquizofrénico suicida (Drake, 1985), no encuentra diferencias significativas en estas variables sociodemográficas cuando compara un grupo de esquizofrénicos suicidas con un grupo control (Drake,

1984; Drake, 1986 a). Tampoco en un trabajo realizado por este mismo autor entre suicidas consumados y tentativas de suicidio se advierten diferencias significativas en este sentido (Drake, 1986 b).

Allebeck señala diferencias en cuanto al estado civil en las mujeres esquizofrénicas suicidas, no en los varones (Allebeck, 1987).

Por tanto nuestra muestra formada por varones en sus dos terceras partes. Con un 82% de parados, y un 81% de pacientes no casados, se corresponde con las características clásicas del paciente esquizofrénico suicida. Y al igual que en la mayor parte de la literatura revisada, sin diferencias significativas con respecto a estas variables cuando el grupo control lo forman pacientes esquizofrénicos.

En lo que respecta a los antecedentes familiares de suicidio, y al consumo de tóxicos tampoco encontramos diferencias significativas como ya mencionamos. Tampoco hallan estas diferencias autores como Roy, Drake, Cohen o Rossau en sus muestras de pacientes esquizofrénicos (Roy, 1982 a); Roy, 1984; Drake, 1984; Cohen, 1994; Rossau, 1997).

En contra de estos resultados se encuentran los trabajos de Allebeck, cuyos pacientes suicidas varones tenían más antecedentes de consumo de alcohol que los controles. Así mismo los trabajos de Dassori muestran unos suicidas con mayor consumo de alcohol y otras sustancias. (Allebeck, 1987; Dassori, 1990).

Confirmamos que los pacientes esquizofrénicos suicidas suelen ser varones, con una edad media de 30 años. También en nuestra muestra están mayoritariamente parados, no casados. El 43% consumían tóxicos de forma perjudicial, y un 28% tenían antecedentes familiares de suicidio. Pero aunque algunas de estas características pudieran diferenciarlos de otros pacientes suicidas; consideramos que son características compartidas en gran medida por los pacientes esquizofrénicos en general, secundarias en muchos casos a las propias características de la enfermedad y que por lo tanto no son suficientes para distinguir poblaciones de riesgo suicida dentro de los pacientes esquizofrénicos, aunque deban tenerse en cuenta cuando además se asocien otras variables clínicas que consideramos de especial interés, y que analizamos en esta tesis.

En cuanto a los resultados del análisis de las variables clínicas cualitativas no encontramos diferencias significativas en cuanto a los antecedentes de tentativas previas entre el grupo de casos y el de controles. Aunque ambos presentan un alto porcentaje de pacientes con antecedentes de tentativas, el 53% de los casos y el 51% de los controles (tablas 2 y 4).

La mayor parte de los autores que han estudiado el suicidio en pacientes psicóticos, y en particular en esquizofrénicos, señalan a las tentativas de suicidio como uno de los factores de riesgo más frecuentes del suicidio en este grupo de pacientes, factor que comparten con la población general.

Autores como Roy, Drake, Modestin, Taiminen, Allebeck o Shaffer consideran que las tentativas previas son un factor de riesgo importante en los pacientes esquizofrénicos (Roy, 1982 b; Roy, 1995; Drake, 1984; Allebeck, 1987; Shaffer, 1974; Modestin 1992; Taiminen, 1994). Los trabajos de Cotton o Rossau están de acuerdo con estos autores (Cotton, 1985; Rossau, 1997).

Roy no encuentra diferencias significativas cuando compara un grupo de pacientes esquizofrénicos crónicos suicidas con un grupo control de esquizofrénicos crónicos. Tampoco cuando compara esquizofrénicos crónicos que han realizado tentativas con otro grupo que no (Roy, 1982 a; Roy, 1984). Sin embargo se presenta como una variable con diferencias estadísticamente significativa entre casos y controles en los trabajos de Roy en relación con pacientes esquizofrénicos que cometen suicidio durante el ingreso, y cuando estudia pacientes psicóticos en general (Roy, 1995; Roy 1982 b).

Otros autores como Drake, a pesar de señalar en su trabajo la importancia de las tentativas como factor de riesgo en los pacientes esquizofrénicos, no encuentran diferencias significativas al comparar esquizofrénicos suicidas con no suicidas, aunque ambos grupos presentan porcentajes elevados de tentativas previas (Drake, 1984; Drake, 1986 a). Cuando Drake compara pacientes que han consumado el suicidio, con

pacientes que habían realizado una tentativa de suicidio, no establece diferencias significativas en cuanto a la variable que nos ocupa, aunque nuevamente el porcentaje de tentativas previas es considerablemente elevado en ambos grupos (Drake, 1986 b).

En esta misma línea se encuentran los trabajos de Cohen (Cohen, 1990), Nieto (Nieto, 1992) o Breier que señala que aunque la tentativa suicida se considera un poderoso indicador de suicidio en sujetos esquizofrénicos, y en la población general, tiene una limitada utilidad clínica a la hora de valorar la suicidabilidad del paciente esquizofrénico (Breier, 1984).

La diversidad de los resultados en torno a las diferencias entre casos y controles en cuanto a tentativas previas creo que no hace más que poner de manifiesto la complejidad del estudio de esta variable dentro de una población con un elevado riesgo de tentativas suicidas y de suicidio consumado. En lo que sí están de acuerdo todos los investigadores, y que corroboramos en este trabajo de investigación, es en el alto porcentaje de pacientes suicidas con historia de tentativas previas, que en algunos estudios llega a ser hasta del 73% de los suicidas (Drake et al 1984).

Tenemos que hacer referencia aquí a la diferencia de nuestra muestra con la mayor parte de las muestras de los artículos señalados. En muchos de ellos se trata de pacientes crónicos institucionalizados, y en todas ellas, excepto en los estudios de Roy y Drake, sobre pacientes esquizofrénicos con tentativas de suicidio (Roy, 1984; Drake, 1986 b), los estudios se basan en

suicidios consumados, lo que puede explicar las diferencias entre nuestro trabajo y los resultados obtenidos por otros autores, ya que nosotros estudiamos pacientes con tentativas de suicidio, que como hemos planteado en varias ocasiones en la introducción a este trabajo de investigación, aunque comparte muchas características con los suicidas consumados, y a veces la línea entre tentativa y suicidio sea muy sutil y difícil de delimitar, es posible que como señala Drake en su estudio comparativo entre estos dos tipos de poblaciones no sean pacientes totalmente iguales, aunque insistimos en que Drake no encuentra diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en cuanto a variables sociodemográficas, ni tampoco en cuanto a antecedentes de tentativas previas (Drake, 1986 b).

En cuanto a estos trabajos de Drake y Roy sobre pacientes que realizaron una tentativa de suicidio, señalan porcentajes muy próximos a los obtenidos por nosotros en nuestro estudio. En la muestra referida por Roy, el porcentaje global de tentativas previas era de 55.1%. Los pacientes que en la muestra de Drake habían realizado una tentativa de suicidio, tenían unos antecedentes previos de tentativa del 44%.

Una de las variables clínicas en la que hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas es en la cumplimentación del tratamiento. En nuestra muestra de pacientes, los casos cumplimentaban significativamente más que los controles en el momento en que se realizó el estudio. De los 32 casos 22 tomaban correctamente el tratamiento en el momento de la tentativa, mientras que 10 lo habían abandonado. Por parte de los controles, sólo 12 de los 33 pacientes cumplimentaban correctamente.

Podría suponerse por tanto la implicación del tratamiento en cuanto al desarrollo de sintomatología extrapiramidal y suicidio secundario a la misma. Es Van Putten el primer autor en relacionar el suicidio con la acatisia (Van Putten, 1974), Mas adelante otros autores han señalado esta relación. Agra en 1990 realiza una revisión de varios autores que han referido casos de suicidio en relación con la acatisia, sobre todo en relación con Depot, presentando además 4 casos propios (Agra, 1990). Pero en contra de este factor como desencadenante de suicidio en nuestra muestra, está el hecho de que sólo dos de nuestros pacientes relacionaron su tentativa de autolisis con los efectos parkinsonianos de los neurolépticos, al responder a los motivos por los cuales la habían realizado, por lo que no se corrobora en este trabajo la importancia de la sintomatología extrapiramidal como causa importante de tentativas suicidas.

Por otro lado tal y como señala Caldwell en su revisión sobre los factores de riesgo de la conducta suicida en pacientes esquizofrénicos, tanto un exceso de dependencia al tratamiento, como una desilusión con el mismo pueden aumentar el riesgo suicida (Caldwell, 1992). En nuestro caso evidentemente, y por el diseño no podemos especular sobre estos aspectos. Ahora bien, nuestros pacientes esquizofrénicos, tanto los suicidas como los no suicidas recibían tratamiento neuroléptico en el momento del estudio. Dado que los suicidas cumplimentaban mayoritariamente, parece claro que el tratamiento neuroléptico no previno en estos pacientes las conductas suicidas, ¿quiere esto decir que están induciendo depresiones farmacológicas o es que simplemente los fármacos utilizados no son útiles para tratar una sintomatología de rango

depresivo presentada por nuestro grupo de pacientes suicidas?. A este respecto, estudios como el de Johnson, ponen de manifiesto la complejidad de este tema. En un estudio realizado sobre una población de esquizofrénicos con y sin tratamiento neuroléptico, Johnson pone de manifiesto la alta frecuencia de depresión en esta población, y señala que los pacientes con tratamiento neuroléptico depot de mantenimiento el riesgo de un nuevo episodio depresivo es tres veces superior al de una recaída psicótica. Por otro lado en este mismo trabajo, señala que los pacientes en remisión, con tratamiento depot a bajas dosis tienen menos prevalencia de depresión que otros grupos de pacientes esquizofrénicos, y que esta prevalencia aumenta en los pacientes que reciben altas dosis de estos fármacos. Además considera que sólo en un reducido número de pacientes la sintomatología depresiva es atribuible al tratamiento neuroléptico, siendo la hipokinesia lo que se interpretó como depresión en este grupo de pacientes (Johnson, 1981).

Möller, Berrios o Taiminen, encuentran muy poca asociación entre el tratamiento neuroléptico y el desarrollo de sintomatología depresiva postpsicótica (Möller, 1982; Berrios, 1987; Taiminen, 1994). Estos resultados creo que ponen de manifiesto la complejidad de la sintomatología depresiva dentro de la esquizofrenia y su pluricausalidad.

Desde nuestro punto de vista los resultados obtenidos en nuestra muestra abren un interrogante sobre el tratamiento de un grupo de pacientes esquizofrénicos, que como vemos presentan mayor puntuación en los síntomas de rango depresivo que psicótico, y que se toman adecuadamente su

Soy consciente por otro lado de que la forma de selección del grupo control podría haber influido en este resultado, en el sentido de que los controles se han seleccionado al azar entre los pacientes que ingresaron en nuestra planta durante el período mencionado y de forma consecutiva. Si consideramos que la principal causa de recaída y por lo tanto de ingreso de los pacientes esquizofrénicos es la no-cumplimentación, resulta esperable que una alta proporción de estos pacientes no estuvieran tomando el tratamiento. Ahora bien, a pesar de este posible sesgo, esto no varía el hecho de que nuestros casos cumplimenten en más de sus dos terceras partes, y que a pesar de ello realicen una tentativa autolítica que solo dos de los pacientes relacionan de forma directa con los efectos colaterales de la medicación antipsicótica prescrita. Pone esto de manifiesto que en nuestra población esquizofrénica la no cumplimentación está asociada a recaídas psicóticas, pero sin embargo el mantenimiento de un tratamiento adecuado no protege contra el desarrollo de una sintomatología de características depresivas que acrecienta significativamente el riesgo suicida de tales pacientes. Si éstos no consideran desde su punto de vista que los efectos secundarios sean insoportables e induzcan al suicidio (sólo dos pacientes alegaron los efectos secundarios como causa de la tentativa), la cuestión que se nos plantea, y que evidentemente no podemos resolver en este estudio, es si en este tipo de pacientes y de forma protocolizada habría que desarrollar algún tipo de intervención específicamente encaminada a la prevención del riesgo suicida, igual que se trata de conseguir una adecuada cumplimentación para prevenir las recaídas de índole psicóticas.

En nuestro primer objetivo apuntábamos que los casos y los controles presentarían diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de las escalas de Depresión, Desesperanza, Insight, y en las subescalas negativas y positivas del PANSS.

En el análisis univariante encontramos que se presentan en nuestra muestra diferencias estadísticamente significativas entre casos y controles en 3 de las variables analizadas, de forma que nuestras tentativas puntúan significativamente más alto en las escalas de Depresión y Desesperanza, y tienen menor puntuación en la subescala positiva del PANSS.

No se diferencian sin embargo de los controles en la puntuación de la sintomatología negativa ni en el insight.

El considerar como factor de riesgo de suicidio a la sintomatología depresiva es algo defendido por muchos autores.

Bleuler consideró a la sintomatología depresiva como una característica frecuente de los pacientes esquizofrénicos y hizo referencia a las conductas suicidas mantenidas por estos pacientes durante sus crisis de melancolía (Bleuler, 1993).

Schneider, al referirse a los síntomas de segundo orden de la Esquizofrenia hace referencia a alteraciones afectivas que considera que pueden ser de tipo afectivo o de tipo eufórico (Schneider, 1963).

Lehmann y Cancro, en el capítulo sobre rasgos clínicos de la esquizofrenia del tratado de Psiquiatría de Kaplan y Sadock, señalan a la sintomatología depresiva como una de las dos causas de suicidio en pacientes

En las tres últimas décadas muchos autores han tratado de estudiar la importancia de los factores clínicos y psicopatológicos que podrían aumentar el riesgo de suicidio en pacientes esquizofrénicos.

En general podemos distinguir un grupo de autores que defienden como factor de riesgo más importante de suicidio en este tipo de pacientes la Desesperanza y los síntomas depresivos (Drake, 1984; 1986; Cotton, 1985; Roy, 1982a; 1884; Cohen, 1990), y otro grupo que defiende al suicidio como un acto secundario a la gravedad de la enfermedad psicótica y asociado en alguna manera a la sintomatología productiva de la misma (Kaplan, 1996, Modestin, 1992; Wilkinson, 1982).

Para autores como Shaffer, Hawton, Allebeck o Breier la conducta suicida del paciente esquizofrénico es en general una conducta impredecible, sin factores de riesgo claros que nos permitan distinguir un subgrupo de pacientes esquizofrénicos con mayor probabilidad suicida (Shaffer, 1974; Hawton, 1987; Breier, 1984; Allebeck, 1987).

Con respecto a los estudios que llevaron a estos autores a considerar a la conducta suicida del esquizofrénico desde un punto de vista nihilista, debemos mencionar que en el caso de los trabajos de Allebeck y Breier los estudios se realizaron de forma retrospectiva, y basados en los datos de las historias clínicas y de la entrevista a familiares, lo que hace que los resultados en torno a variables psicopatológicas sean difícilmente comparables con otros estudios. Así por ejemplo Breier señala que no existe sintomatología alucinatoria en ninguno de los suicidas. Pero no hace referencia a ninguna escala realizada al respecto (Breier, 1984). Así mismo, Allebeck no encuentra

diferencias entre casos y controles en cuanto a sintomatología depresiva, pero igualmente no parece que los pacientes hayan sido evaluados con ninguna escala al respecto (Allebeck, 1987).

Por el contrario sí estamos de acuerdo, y nuestros datos así lo corroboran que los suicidas esquizofrénicos no son un grupo diferenciable de los no suicidas por variables exclusivamente sociodemográficas, que como ya hemos comentado no presentan en nuestra muestra diferencias significativas entre casos y controles.

Estamos de acuerdo con Hawton en que probablemente los factores de riesgo varían de unos momentos a otros, y que quizá estos factores estadísticos que establecen los estudios son menos útiles a la hora de la práctica diaria. Pokorny señala que no podemos predecir conductas suicidas en sentido estricto, puesto que no podemos predecir el riesgo de un paciente en concreto, aunque hace referencia a la existencia de lo que él considera como factores asociados o correlacionados con la conducta suicida (Pokorny, 1993).

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

Otros autores consideran que podría existir dos grupos de pacientes suicidas diferentes: Un grupo con tentativas suicidas secundarias a sintomatología depresiva, y otro grupo con tentativas más impulsivas e impredecibles secundarias a sintomatología psicótica (Nieto, 1992; Lehmann, 1989).

En este sentido, Nyman también propone dos subtipos de pacientes suicidas dentro de la población esquizofrénica, pero él lo hace en función de la evolución de la enfermedad. Para este autor habría un tipo de suicida sin síntomas residuales y que realizaría las tentativas en las fases iniciales de la enfermedad, y un segundo grupo de pacientes con patología crónica y severa que realiza la tentativa más tarde. En el primer caso la conducta suicida estaría asociada a factores tales como la desesperanza, la ansiedad, el sentimiento de ser diferente o la soledad. En el segundo grupo la tentativa estaría asociada a situaciones de crisis personal, como pérdidas materiales o afectivas. Sólo excepcionalmente, tanto en un grupo como en el otro, la conducta suicida estaría asociada a sintomatología productiva de forma directa (Nyman, 1986).

Nosotros obtenemos como resultado de nuestro estudio que en general, los pacientes con tentativa están significativamente más deprimidos y desesperanzados que el grupo control. Y que además presentan menor

Nuestro resultado está de acuerdo con gran número de trabajos de investigación realizados por múltiples autores y que señalan a la depresión como factor de riesgo más importante de suicidio, y también de tentativas suicidas en pacientes esquizofrénicos, según los estudios realizados por Roy

en dos muestras de pacientes esquizofrénicos crónicos. En ambos grupos, suicidas y pacientes con tentativas suicidas la historia de episodios depresivos previos, y el tratamiento previo con antidepresivos; así como haber tenido el último ingreso hospitalario debido a sintomatología depresiva, en el caso de los suicidas consumados, eran factores significativamente asociados al suicidio (Roy,1982a; Roy, 1984). En ambos estudios se consideraba al paciente deprimido, sólo si cumplía criterios DSM-III. Pero la recogida de los datos es retrospectiva y no se les administra a los pacientes ninguna escala psicométrica, recogándose los datos de las historias clínicas.

De acuerdo con nosotros, Dassori presenta una muestra de 801 pacientes esquizofrénicos de los que 257 tenían ideación suicida o habían realizado una tentativa de suicidio. En estos casos la sintomatología depresiva, junto con la mayor gravedad de la enfermedad y el mal ajuste social eran los factores de riesgo que mejor discriminaban a este grupo de pacientes (Dassori, 1990)

Taiminen en un estudio sobre 28 pacientes esquizofrénicos y paranoides suicidas y un grupo igual de controles, encuentra al igual que nosotros que los pacientes suicidas tienen más síntomas depresivos y menos síntomas productivos que los controles. Este autor considera por tanto que existe un elevado riesgo suicida en los estados de depresión postpsicóticos (Taiminen, 1994).

Aunque confirmamos sus resultados, el diseño de nuestro trabajo es igualmente diferente, puesto que en este caso también se recogen los datos a partir de las historias clínicas, y no hay escalas que nos permitan hablar de

resultados netamente reproducibles. Evidentemente ésta es una de las dificultades del estudio del suicidio, y por lo que consideramos importante el desarrollo de trabajos como el que presentamos con pacientes con tentativas que permiten una valoración del estado clínico y psicopatológico del paciente en el momento de realizar la tentativa.

De igual manera Rossau estudia 508 esquizofrénicos suicidas daneses entre los años 1970-1987. Aunque en su trabajo más que factores de riesgo, se analizan momentos de mayor riesgo en la historia de la enfermedad, obtiene que la historia de depresiones previas incrementa el riesgo de autolisis (Rossau, 1997). Igualmente otros autores como Cotton, Cheng o Cohen señalan entre los factores de riesgo más importantes de la conducta suicida del esquizofrénico la Depresión y la Desesperanza (Cotton, 1985, Cheng, 1990; Cohen, 1994).

En un estudio prospectivo se siguió a 237 pacientes respondedores a neurolépticos, y 184 pacientes resistentes, con episodios de suicidabilidad previos al inicio del estudio, durante 7 años, después de que a 88 pacientes resistentes se les iniciara tratamiento con clozapina. Se objetivó una significativa disminución de las conductas y pensamientos suicidas en el grupo con clozapina en relación con los otros dos. Esta mejoría en la suicidabilidad se asoció con una mejoría en la sintomatología depresiva y en la desesperanza medidas mediante la escala de Depresión de Hamilton (Meltzer, 1995).

En un estudio muy interesante y de diseño similar al nuestro, evaluando la sintomatología depresiva mediante el PSE y la escala de depresión de Hamilton, y la sintomatología psicótica mediante el SAPS y el SANS, Addington encuentra una asociación entre tentativas de autolisis previas y sintomatología depresiva, así como la misma asociación entre ideación suicida y depresión (Addington, 1992).

Junto a este importante número de autores que consideran a la depresión como el factor de riesgo más importante del suicidio esquizofrénico, aparece otro grupo de investigadores, encabezados básicamente por Beck y Drake, que consideran concretamente a la desesperanza como el factor de riesgo más importante de la conducta suicida de manera que consideran que sin este síntoma, el vínculo que existe entre depresión y suicidio desaparece.

Para Beck la desesperanza es un mejor predictor del riesgo suicida que la depresión, y es el vínculo que une a ambos síntomas, depresión y suicidio. Para este autor, la desesperanza es una forma de modelo cognitivo del paciente, de manera que ante crisis o situaciones de estrés responde con desesperanza, que además se repetirá en cada crisis de igual manera. Es decir, la desesperanza se podría considerar como un estado, en pacientes que tienen un modelo cognitivo depresivo, de manera que en momentos de crisis o en recaídas, esta desesperanza basal aumentaría hasta los niveles del episodio previo (Beck, 1985; Beck, 1990). Los trabajos de Wetzel, Nekanda-Trepka y Dyer corroboran los hallazgos de Beck, al considerar que la asociación entra depresión y suicidio depende del grado de desesperanza, de manera que si se mantiene estable la desesperanza la asociación entre

depresión y suicidio desaparecería (Wetzel, 1980; Nekanda-Trepka, 1983; Dyer, 1984).

Aunque los trabajos de Beck se centraron básicamente en pacientes depresivos, y muy poco sobre pacientes esquizofrénicos, autores como Cohen, señalan que también los suicidas esquizofrénicos presentan diferencias significativas con los controles en la desesperanza basal. Es decir, la mayor desesperanza en el inicio del estudio, es lo que diferencia a los suicidas de los no suicidas, lo que sustenta la teoría de Beck de la desesperanza como estado (Cohen, 1990).

Otros autores cuyos trabajos son relevantes en este campo del suicidio esquizofrénico, corroboran el papel de la desesperanza como vínculo entre la depresión y las conductas suicidas. Para Drake y Bartels, si no existe desesperanza, los pacientes esquizofrénicos depresivos no presentan mayor riesgo suicida que los no depresivos (Drake, 1984, Drake, 1986; Bartels, 1988).

Con respecto a esta controversia entre diferentes autores en relación con la mayor relevancia de la depresión o de la desesperanza con el riesgo de conductas suicidas en los pacientes esquizofrénicos, debemos señalar que aunque en nuestra población ambas variables presentan diferencias estadísticamente significativas entre casos y controles en el análisis univariante, al realizar el análisis multivariante, encontramos que en el análisis discriminante, la Desesperanza desaparece de la ecuación, incluyéndose en este modelo las puntuaciones globales del Calgary, PANSS positivo y PANSS negativo.

Como aspectos por tanto del análisis multivariante destacar :

- 1) Desaparece la desesperanza de la ecuación.
- 2) Se mantienen en relación con el análisis univariante las mayores puntuaciones en depresión y las menores en sintomatología positiva (PANSS positivo)
- 3) Aparece en la ecuación la sintomatología negativa, entendida como puntuación global de la subescala negativa del PANSS.

Parece pues, en función de estos resultados, que en nuestra muestra no se corrobora el papel de nexo entre depresión y suicidio jugado por la desesperanza.

Con respecto a la variabilidad en nuestros resultados en relación con los de Drake, creo que es preciso señalar significativas diferencias entre nuestro trabajo y el de este autor. En primer lugar estos autores trabajaban sobre pacientes suicidas, nuestra muestra es de pacientes que han realizado tentativas, con lo que podríamos estar hablando de poblaciones diferentes. El propio Drake al comparar dos muestras constituidas por 15 pacientes esquizofrénicos que consumaron el suicidio, con 19 que realizaron tentativas encontró diferencias significativas en cuanto a la desesperanza, mayor en los que consumaron el suicidio, y que él explica por un continuo sentimiento de soledad y unas expectativas de futuro poco realistas en el grupo de suicidas consumados, aunque ambos grupos tienden a estar deprimidos (Drake, 1986 b)

En segundo lugar la recogida de datos es el caso de Drake es retrospectiva, fundamentada en los datos de la historia clínica, y sin la aplicación de escalas psicométricas (dadas las características del estudio), con

lo que no existen puntuaciones de desesperanza ni depresión que puedan ser contrastadas con nuestros resultados.

Por último es posible que la escala de depresión de Calgary, valore más adecuadamente la sintomatología depresiva del paciente esquizofrénico que otras escalas utilizadas hasta el momento, privando los síntomas psicológicos de la depresión, que ya Drake destaca como de especial interés en estos pacientes (ideas de culpa, desesperanza, baja autoestima), por encima de los síntomas somáticos aparentemente menos relevantes en estos pacientes (Drake, 1986). En este sentido debemos hacer hincapié en que la escala de depresión de Calgary incluye un ítem específico de Desesperanza, que como analizamos más adelante correlaciona positivamente con la escala de Desesperanza de Beck. Consideramos que el hecho de que en nuestros casos la variable asociada a la conducta suicida en el análisis discriminante sea la sintomatología depresiva y no la desesperanza puede estar en relación con los criterios para medir tales síntomas, más que con el hecho de que una variable sea más discriminante que la otra. La diferencia de nuestro trabajo con el de Drake en cuanto a medición de estas variables tiene variaciones importantes que creo necesario mencionar porque podrían explicar los resultados distintos.

En primer lugar Drake puntúa la escala de Desesperanza de forma retrospectiva, por lo tanto de una forma totalmente subjetiva para una escala que en principio es autoadministrada. Se basa para ello en la recogida de datos de las historias clínicas, por lo tanto no se realiza la medición de los pacientes en el mismo momento (unos datos pueden corresponder a días o semanas antes del suicidio).

En cuanto a los datos sobre sintomatología depresiva, Drake lo que mide, y de forma igualmente retrospectiva es la presencia o no de episodio depresivo, según criterios DSM-III. Ya Drake hace constar que existen síntomas depresivos que se deberían obviar en los esquizofrénicos pues pueden presentarse en estos pacientes aún sin clínica depresiva. Insiste en que los más importantes son los síntomas subjetivos de la depresión (Desesperanza, culpa, baja autoestima).

Nosotros no valoramos la presencia de episodio depresivo, sino las puntuaciones en una escala de Depresión, específicamente elaborada para pacientes esquizofrénicos y que tiene en cuenta los argumentos propuestos por Drake, ya que se centra en los síntomas depresivos propuestos por él como importantes (Desesperanza, culpa, baja autoestima).

Por tanto es posible, que dado que con esta escala centramos nuestra atención en síntomas más selectivos del esquizofrénico suicida, incluyendo la desesperanza, y que nuestro estudio no exige la cumplimentación de criterios estrictos de depresión que podrían no presentarse tan francamente en este tipo de pacientes, hayan sido estas distintas formas de medición la que expliquen las diferencias entre nuestro trabajo y el de este autor.

En definitiva, aunque nuestros casos están globalmente más desesperanzados y más deprimidos que los controles, la conducta suicida de nuestros pacientes se asociaría a una ecuación discriminante en la que intervendrían las puntuación elevadas en la escala de depresión, y en sentido inverso, menores puntuaciones en las subescalas positiva y negativa de PANSS.

Serían un grupo de pacientes con predominio de síntomas depresivos, sin actividad productiva y con menores síntomas negativos los que se asociarían con mayor frecuencia a la realización de conductas suicidas.

Nos ocuparemos ahora de la asociación que encontramos en ambas estadísticas (univariante y multivariante) entre menor puntuación en sintomatología psicótica productiva y tentativas autolíticas.

Hay muy poca evidencia de que los síntomas psicóticos por sí mismos precipiten conductas suicidas (Breier, 1984; Drake, 1984; Shaffer, 1974, Taiminen, 1994; Harkavy- Friedman, 1997). En relación con este aspecto Zissok estudió la historia clínica de 106 pacientes esquizofrénicos para estudiar el efecto de las alucinaciones comandatorias sobre conductas violentas en estos pacientes, no encontrando diferencias significativas en riesgo suicida entre estos y el grupo control (Zissok, 1995). Por otro parte se considera como el mayor momento de riesgo el inmediatamente posterior al tratamiento postpsicótico tras una crisis (Harkavy-Friedman, 1997, Rossau, 1997, Roy, 1982a; Hawton, 1987).

Sin embargo merece la pena señalar algunos autores para los que la sintomatología psicótica juega un papel importante en la ideación suicida. Planansky señala la relación existente en su muestra entre actividad de los síntomas psicóticos, preocupación y tentativa suicida y angustia psicótica (Planansky, 1970). Wilkinson hace referencia a la aparición de sintomatología delirante y alucinatoria poco antes de la muerte en los tres pacientes de su muestra que se suicidaron (Wilkinson, 1982). Para Shuwall en una población

de esquizofrénicos con alguna sintomatología de tipo depresivo, la presencia de sintomatología productiva, eleva el riesgo suicida, independientemente de los niveles de depresión (Shuwall, 1994). Para Modestin la actividad suicida está relación con una enfermedad más severa, aunque según este autor la severidad induciría conductas suicidas por el mal ajuste psicosocial que produce (Modestin, 1992). Kaplan considera que algunos síntomas psicóticos como alucinaciones y delirios aumentan el riesgo de suicidio en pacientes esquizofrénicos (Kaplan, 1996). Por último Fenton considera que el subtipo paranoide de esquizofrenia, se asocia con suicidio tres veces más que la esquizofrenia no paranoide, y ocho veces más que el grupo de residuales (Fenton, 1997).

Vemos pues como al menos dos de los autores que señalan a la sintomatología productiva como factor de riesgo la asocian a sintomatología depresiva basal (Shuwall, 1994), o bien la atribuyen a los efectos que la clínica psicótica implica en el ajuste psicosocial (Modestin, 1992).

En nuestro análisis estadístico los pacientes con tentativa suicida presentan significativamente menos clínica psicótica que los controles, y esta menor productividad psicótica se asocia a mayor riesgo suicida, como ya hemos dicho, junto con los síntomas depresivos y menor puntuación en los negativos. Por tanto desde este punto de vista corroboramos la mayor parte de los estudios realizados al respecto y ya mencionados.

El estudio de Fenton, que como nosotros estudia la psicopatología de los pacientes con el PANSS y que por el contrario a nosotros encuentra asociación entre sintomatología productiva y suicidio, presenta una población no sólo con suicidio consumado y tentativas suicidas, sino también con ideación suicida, lo

que hace probablemente diferente al grupo de estudio. Es más, cuando observamos los datos presentados en su trabajo, observamos que los pacientes que han realizado una tentativa de suicidio tienen una media en la subescala positiva de 17.4 ± 5.6 , en relación con los no suicidas, que tienen 19.3 ± 6.6 . Osea, que si consideráramos la muestra sólo de pacientes con tentativa, los resultados estarían en la misma línea que los nuestros.

Por último y en relación con la sintomatología productiva, podemos observar en la gráfica tres de nuestros resultados que la desviación estandar de estas puntuaciones es mayor en los casos que en los controles, lo que hace referencia a una menor homogeneidad de las puntuaciones de la subescala positiva del PANSS en los pacientes que han realizado tentativas que en los que no. Esto está de acuerdo con nuestra hipótesis y con los resultados obtenidos en este estudio, que muestran dentro del grupo de pacientes suicidas dos grupos diferenciables desde el punto de vista psicopatológico.

El tercer aspecto a señalar en relación con el análisis multivariante de nuestros casos y controles es la inclusión dentro de la ecuación de la menor sintomatología negativa, como factor asociado a las tentativas de suicidio.

Como hemos visto en nuestros resultados las puntuaciones en la escala negativa por sí solas, es decir en un análisis univariante, no presenta diferencias significativas entre casos y controles. Sin embargo al realizar el análisis multivariante entra a formar parte de la ecuación asociada al riesgo suicida, lo que significa que para algunos de estos pacientes la menor puntuación en la sintomatología negativa está asociada al riesgo de cometer

tentativas y debe ser por tanto un factor a tener en cuenta en este tipo de pacientes.

Aunque poco claro en la literatura revisada autores como Fenton encuentran como nosotros menor asociación de riesgo suicida en pacientes con mayor sintomatología negativa (Fenton, 1997), Este autor llega a considerar que los síntomas negativos, y el desarrollo de una esquizofrenia residual protegen contra la realización de tentativas, dado que el afecto embotado o la indiferencia por el futuro que muestran este tipo de pacientes no permitiría una dolorosa conciencia de su situación que induce al suicidio (Fenton, 1997) .

Cohen, por el contrario, señalan como factor de riesgo a la sintomatología negativa (Cohen, 1994). Posiblemente uno de los problemas a la hora de valorar la implicación de la sintomatología negativa en la conducta suicida es la correlación y el solapamiento que se establece entre estos síntomas propiamente dichos, los síntomas depresivos y los síntomas secundarios al tratamiento, sobre todo con neurolépticos clásicos. Así Sax señala la asociación entre anhedonia, apatía y el aislamiento social y los síntomas depresivos en pacientes esquizofrénicos (uno de los factores que obscurecen el papel de la sintomatología negativa como factor de riesgo de la depresión.

Addington encuentra que existe en su muestra una correlación directa entre ideación suicida y síntomas negativos (no así entre tentativas), lo que este autor considera como un posible artefacto debido a la sobreposición frecuente entre síntomas depresivos y negativos (Addington, 1992).

Aunque la mayor parte de los autores coincidan en que el pobre ajuste social es un factor de riesgo importante (Roy, 1982(a); Roy 1982 (b); Modestin 1992; Roy, 1995; Landmark, 1987), en estos casos este pobre ajuste social creo que debe interpretarse más en relación con el curso deteriorante de la enfermedad, que como un síntoma negativo primario de la esquizofrenia, al menos tal y como se recogen estos síntomas en la escala utilizada en nuestro trabajo.

Por último, en relación con la asociación entre insight y tentativas suicidas en nuestra muestra, podemos observar en las tablas 2 y 4 de los resultados, que los pacientes incluidos en este estudio presentan mayoritariamente valores altos del S.U.M.D.; es decir nuestros pacientes, tanto los casos como los controles tienen en general un pobre insight (valores medios >9), lo cual está de acuerdo con la mayor parte de la literatura revisada.

Aunque el concepto de pobre insight en la esquizofrenia ha sido tradicionalmente aceptado, son pocos los estudios realizados al respecto, probablemente y como hacemos referencia en nuestra introducción, la causa de ello está por un lado en los diferentes conceptos y teorías etiológicas que el término ha encerrado a lo largo de la historia y por otro lado en la ausencia de escalas que permitieran una medición estandarizada y reproducible del

Tres de los estudios que han valorado el insight de forma estandarizada (mediante el ítem del PSE los dos primeros, y mediante el SUMD el tercero) en un gran número de pacientes esquizofrénicos muestran que el pobre insight es uno de los ítems más importantes para discriminar a los pacientes

esquizofrénicos de otros pacientes psicóticos (Carpenter, 1976; Wilson, 1986; Amador, 1994).

Los resultados de nuestro trabajo están en concordancia con la literatura revisada al respecto, siendo también prevalente en nuestra muestra de pacientes esquizofrénicos el pobre insight.

Por otro lado, y en lo que respecta al insight, nosotros no encontramos diferencias significativas entre casos y controles en el análisis univariante, y tampoco se encontró asociación entre el insight y las tentativas de suicidio al realizar el análisis discriminante. Es decir, en nuestro estudio y en contra de lo propuesto por otros autores (Drake, 1984) no encontramos que una mayor conciencia de enfermedad está asociada con un mayor riesgo autolítico. Estos resultados corroboran lo señalado por Amador (Amador, 1996) en un estudio realizado con 218 pacientes esquizofrénicos. En este trabajo el autor señala que no encuentra correlación estadísticamente significativa entre la presencia de ideación y/o conductas autolíticas y conciencia global de enfermedad (tres primeros ítems de su escala).

Autores como Drake y Cotton (Drake 1984, Cotton 1985) recogen dentro de los factores de riesgo para el suicidio de pacientes esquizofrénicos lo que Drake define en su artículo como “painful awareness of illness” (Drake 1984). Según estos autores los pacientes con un mejor rendimiento premórbido, con mayor nivel educacional, con conciencia de la incapacidad que la enfermedad les genera y desesperanzados tienen mayor riesgo suicida. Aunque los trabajos de Drake y Cotton se basan en un estudio retrospectivo, donde los

datos se recogen a través de la historia clínica de los pacientes y en cuanto a la conciencia de enfermedad no se señala en sus artículos como ha sido medida ni se aportan valores numéricos de una escala estandarizada y reproducible, sí está de acuerdo con un concepto mas o menos aceptado, aunque no demostrado claramente hasta el momento actual.

En relación con este tema creo interesante destacar un resultado del análisis exploratorio de la correlación de las variables clínicas en el grupo de pacientes con tentativas suicidas:

Encontramos en nuestra muestra de pacientes con tentativa una correlación estadísticamente significativa entre la desesperanza y el insight; de manera que aquellos pacientes con mejor conciencia de enfermedad estaban también más desesperanzados. Esto estaría de acuerdo con los resultados de Drake y Cotton, de manera que aunque el insight no esté relacionado de forma estadísticamente significativa con la realización de tentativas suicidas, sí parece que al menos en un grupo de pacientes con tentativa la desesperanza, junto con la mayor conciencia de su enfermedad (o al menos de algunos de sus síntomas, según Amador) podría ser un factor de riesgo suicida.

A este respecto creo que merece la pena señalar, que aunque no encontramos diferencias significativas, cuando analizamos a los pacientes suicidas en función de los motivos alegados para realizar la tentativa, los pacientes que refirieron motivos depresivos tienen mejor conciencia de enfermedad que aquellos que alegaron motivos psicóticos. Es éste el subgrupo de pacientes suicidas con mayor desesperanza y con menor sintomatología psicótica, el que presenta mayor número de tentativas previas; es a éste subgrupo de pacientes suicidas en

el que consideramos que la conciencia de su enfermedad y de las limitaciones que ésta supone puede estar generando una mayor desesperanza en su futuro y aumentando por tanto el riesgo autolítico.

A este respecto creemos, de acuerdo con autores como David, Amador, Cuesta y otros que el insight es un fenómeno complejo y multidimensional, y si bien estudios como éste y como el de Amador (Amador, 1996) no confirma la asociación entre la conciencia global de enfermedad y las tentativas de autolisis, si se muestran correlaciones entre desesperanza, insight y suicidio, que todavía están por clarificar, y que deben ser estudiadas en futuros trabajos, dado su importante implicación en el tratamiento de este tipo de pacientes.

Por último señalar que encontramos también una correlación inversa estadísticamente significativa entre síntomas productivos de la enfermedad y poca conciencia de enfermedad en los pacientes suicidas. De manera que aquellos pacientes con mayor sintomatología productiva en el momento de la tentativa tenían también una menor conciencia de enfermedad.

La asociación entre sintomatología productiva y pobre insight es hoy un tema controvertido. Autores como Amador (Amador, 1993; Amador, 1994) encuentran una moderada correlación inversa entre conciencia global de enfermedad y puntuación del SAPS en el primer trabajo y entre conciencia global de enfermedad y alucinaciones y delirios en el segundo. Estos hallazgos han sido corroborados también por autores como Kemp (Kemp et al, 1994) y David (David et al, 1990), otros autores como Mckevooy advierten de la complejidad de la asociación entre insight y psicopatología, y señala que sólo

una pequeña parte del pobre insight que presentan estos pacientes se explica por la intensidad de los síntomas productivos (McKevey et al, 1989). Por último Peralta (Peralta et al, 1994) considera al insight como una dimensión totalmente independiente de los síntomas productivos.

Desde nuestro punto de vista esta diversidad de criterios tiene su origen, por un lado en la complejidad del fenómeno en sí mismo, y por otro lado en lo que comentamos en la introducción sobre la dificultad para contrastar los resultados de los diferentes trabajos al no haber uniformidad de criterios ni en el concepto ni en las técnicas de medida. Consideramos que futuros estudios al respecto son necesarios para clarificar las asociaciones de este importante síntoma que condiciona el manejo, y según muchos el pronóstico de la enfermedad esquizofrénica (Wciórka, 1988, Amador, 1991).

Nuestro segundo objetivo plantea que existe más de un tipo de pacientes suicidas dentro de la población esquizofrénica, que se caracterizarían por presentar una clínica diferente que permitiría distinguirlos.

Como primer paso estudiamos simplemente los motivos alegados por los pacientes para realizar la tentativa. Observamos que 26 de los 32 pacientes se agrupaban en dos motivos principales, 15 pacientes referían como motivo de la tentativa síntomas productivos, mientras que 11 la atribuían a sintomatología depresiva. De los otros 6 pacientes 2 alegaban síntomas secundarios, 2 problemática sociofamiliar y otros 2 otros motivos (tabla 5). En base a esto parece claro que al menos desde el punto de vista de la atribución realizada

por el paciente existen dos grupos de pacientes esquizofrénicos suicidas, los que alegan motivos psicóticos y los que alegan motivos depresivos.

Para estudiar si estos pacientes eran diferentes desde el punto de vista clínico realizamos análisis estadísticos uni y multivariantes sobre las variables independientes incluidas en nuestro protocolo.

Como podemos observar en las tablas 6 y 7 de los resultados no existen diferencias significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables sociodemográficas. Sin embargo parece interesante señalar una tendencia que se observa a presentar más antecedentes familiares de suicidio en el grupo 1 (motivos psicóticos) que en el grupo 2 (motivos depresivos)

Roy señala que una historia familiar de suicidio incrementa el riesgo de tentativas suicidas en pacientes con trastornos afectivos mayores, esquizofrenia, trastornos de personalidad y distimia. En este estudio casi la mitad de los pacientes que tenían historia familiar de suicidio, realizaron a su vez una tentativa; sin embargo sólo el 8.8% de los pacientes que realizan tentativas tenían antecedentes familiares de suicidio (Roy, 1983). Aunque el tema de la asociación familiar y el suicidio es un tema controvertido (herencia o modelo), resulta llamativo esta asociación centrada en los pacientes con sintomatología más productiva, ¿quiere esto decir que existe algún tipo de asociación genética entre ambos fenómenos, el tipo de suicida que lo hace en función de su sintomatología productiva tiene simplemente mayor frecuencia de modelos suicidas en su entornos que el suicida depresivo?. A pesar de lo pequeña de la muestra, creo que estos resultados abren un campo interesante para futuras investigaciones al respecto.

Por otra parte, cuando realizamos un análisis estadístico de los antecedentes previos de tentativas en los dos grupos de pacientes en función de los motivos alegados por estos, encontramos que aunque no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, sí existe una tendencia, que merece la pena señalar a pesar de lo pequeño del tamaño muestral (que por otra parte podría ser la causa de que no se manifestara significatividad estadística). Observamos como al diferenciar entre motivos suicidas, el 73% de los pacientes que alegan sintomatología de rango depresivo tienen antecedentes personales de tentativas previas; mientras que los que alegan síntomas psicóticos presentan sólo un 40% (porcentaje similar al de grupo control en muestras como las Roy et al 1982b, o inferior al del grupo control como en el estudio de Drake et al, 1984 o en este mismo trabajo de investigación).

Aunque no conocemos trabajos de investigación que como en éste diferencien y estudien desde un punto de vista clínico y sociodemográfico subtipos de pacientes esquizofrénicos suicidas, sí creo que merece la pena señalar la coincidencia entre los resultados que a este respecto presenta la muestra de suicidas de Drake y nuestra muestra de esquizofrénicos suicidas que alegan motivos depresivos. En ambos casos el porcentaje de tentativas previas está por encima del 70%. En el caso de los pacientes de Drake se trataba de pacientes con humor depresivo, desesperanza, ideación suicida y sentimientos de culpa; características compartidas por nuestro grupo de suicidas con motivos depresivos, los cuales no sólo alegan estos motivos como desencadenante de su tentativa, sino que presentan

diferencias significativas con respecto al grupo de suicidas con motivos psicóticos en cuanto a la desesperanza. ¿Quiere esto decir que las tentativas suicidas de los pacientes esquizofrénicos están en relación con un estado basal de desesperanza y de humor depresivo que se presenta de modo constante en un determinado grupo de esquizofrénicos y que se exacerba en momentos de crisis?. En este sentido Cohen et al 1990 han señalado la importancia de la desesperanza basal en el suicidio consumado de los pacientes esquizofrénicos y Aguilar señala una correlación estadísticamente significativa entre historia previa de tentativas de autolisis y desesperanza basal en un grupo de psicóticos de inicio (Aguilar, 1995).

En este trabajo mostramos que nuestros resultados defienden la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre pacientes suicidas y no suicidas en base a variables clínicas tales como la sintomatología depresiva, la desesperanza y los síntomas psicóticos. Defendemos además la existencia dentro del grupo de pacientes suicidas dos grupos, a su vez diferenciables también desde el punto de vista clínico y en razón de la desesperanza y de los síntomas psicóticos productivos. Como analizaremos con detenimiento al discutir los resultados de estas variables, el diseño de nuestro estudio sólo nos permite valorar el estado psicopatológico del paciente en un momento puntual, y no podemos analizar el estado basal de los pacientes con respecto a las variables psicopatológicas mencionadas; pero resultados como el que discutimos abren la puerta a estos interrogantes que deben ser contestados con un estudio prospectivo de estos pacientes, que en la actualidad continúa en marcha en nuestro servicio.

Como se muestra en nuestros resultados, donde sí encontramos diferencias estadísticamente significativas entre un grupo y otro, tanto en el análisis univariante como en el multivariante es en la sintomatología productiva y en la desesperanza.

Los pacientes que alegaron síntomas psicóticos como motivo de la tentativa presentaron puntuaciones medias de subescala positiva del PANSS mayores a las del grupo que refirió sintomatología depresiva (19.46 ± 3.7 y 15.09 ± 6.1 , respectivamente), y al mismo tiempo presenta puntuaciones en la escala de desesperanza significativamente menores que el grupo con motivos depresivos (9.2 ± 5.1 y 14.0 ± 3.6 , respectivamente). Ambas variables entran en la ecuación discriminante, de manera que en función de las puntuaciones en estas dos variables definiríamos al paciente suicida como perteneciente a uno u otro subtipo.

Estos resultados definen a la población esquizofrénica suicida de nuestra muestra en dos subtipos diferentes. Por un lado tendríamos a un grupo de pacientes con menor sintomatología psicótica y con altas puntuaciones en desesperanza. El otro subgrupo está formado por pacientes con predominio de la sintomatología productiva sobre la desesperanza.

En principio estos resultados merecen un análisis detallado ya que a priori parece un resultado que podría llevar a confusión en relación con el obtenido en nuestro primer análisis estadístico donde apuntábamos que los pacientes con tentativa suicidas se diferenciaban de los controles en una mayor

clínica depresiva y una menor sintomatología psicótica, tanto positiva como negativa.

Sin embargo observamos como dentro de los suicidas existe un grupo de pacientes en los que la sintomatología productiva parece actuar como desencadenante de dicha conducta.

No debemos olvidar que se tratan de pacientes básicamente deprimidos y desesperanzados. Mientras que los controles presentan un Calgary de 4.2, este subtipo de pacientes presentan un Calgary de 8.2. Y la media de su Desesperanza es de 9.2 (por encima del punto de corte).

Ahora bien, si los comparamos con el otro subgrupo suicida, sus puntuaciones de desesperanza o incluso de depresión, aunque esta última no de forma significativa, son inferiores, y las puntuaciones de PANSS positivo se aproximan más a los controles que al otro subgrupo suicida (20.5 los controles; 19.4 subgrupo productivo; 15.0 subgrupo depresivo).

Cómo se explica estos resultados y los de nuestra primera hipótesis.

Pues desde nuestro punto de vista estos resultados no hacen más que confirmar nuestra hipótesis de que existe más de un tipo psicopatológico de pacientes esquizofrénicos suicidas.

Consideramos que la sintomatología depresiva es fundamental para diferenciar a los suicidas de los no suicidas. Ahora bien, aunque cuando consideramos globalmente la población con tentativas suicidas tiene menos clínica psicótica que el grupo control, el análisis más detallado de estos pacientes pone de manifiesto poblaciones heterogéneas desde el punto de vista psicopatológico. De manera que existe un subgrupo de pacientes, como apuntaba Shuwall (1994), en los que sobre una base depresiva, la presencia de

sintomatología psicótica, lejos de proteger de las conductas suicidas, puede actuar como factor estresor desencadenante de las mismas.

Puede ser esta una de las razones por las que el resultado de los diferentes trabajos sobre la psicopatología de los pacientes esquizofrénicos suicidas aporten resultados heterogéneos que hayan encaminado a algunos autores hacia el concepto de imprevisibilidad de este fenómeno, dado que el abordaje del suicida esquizofrénico como un grupo homogéneo puede inducir a error según esté el grupo formado por pacientes del subgrupo 1 o 2 o de ambos.

Consideramos por tanto que en vista de nuestros resultados no debemos considerar a la población esquizofrénica suicida de una forma homogénea, sino considerar la existencia de dos subtipos diferentes de pacientes suicidas cuyas características clínicas y por tanto el abordaje

Merece un también centrar la atención en la importancia que la desesperanza toma en la diferenciación de los subgrupos de pacientes suicidas, en contraposición con lo que ocurría a la hora de distinguir entre casos y controles. No entraremos nuevamente a estudiar los diferentes trabajos que señalan a la desesperanza como importante factor de riesgo de la conducta suicida, ni a la controversia entre la mayor relevancia de los síntomas depresivos vs desesperanza como riesgo de suicidio. En el estudio que nos ocupa la desesperanza discrimina más adecuadamente entre los dos tipos de tentativas en una población que de forma global presenta puntuaciones altas de depresión y de desesperanza (tabla 7).

Los resultados de esta tesis indican por tanto, que para la discriminación entre suicidas y no suicidas, la valoración de los síntomas depresivos mediante la escala de Depresión de Calgary son más discriminantes que las puntuaciones en la escala de Desesperanza de Beck. Sin embargo, a la hora de analizar los subtipos diferentes de suicidas, discriminaríamos mejor mediante la Desesperanza.

Una posible explicación a estos resultados es el hecho de que cuando estamos evaluando a subtipos de suicida estamos atendiendo a una población globalmente deprimida y con mayor riesgo suicida de forma basal. Pero en aquellos pacientes en los que dentro de su cuadro depresivo, presentan una elevada desesperanza, tienen además menos síntomas productivos y como hemos señalado una probable mejor conciencia de enfermedad (que correlaciona con mayores niveles de desesperanza) se define un alto riesgo suicida en base a estos sentimientos de desesperanza y baja autoestima.

Muy pocos autores en la literatura actual han diferenciado dos grupos de tentativas autolíticas dentro del suicidio esquizofrénico. Sin embargo Lehmann en el capítulo sobre los rasgos clínicos de la esquizofrenia, del tratado de psiquiatría del Kaplan, señala que los pacientes esquizofrénicos pueden suicidarse por estar profundamente deprimidos, o como respuesta a la sintomatología psicótica (Lehmann, 1989). Nieto sugiere también dos tipos de conductas autolesivas en pacientes esquizofrénicos, por un lado unas conductas más violentas e impulsivas, asociadas a sintomatología psicótica, y otras menos impulsivas y violentas asociadas a sintomatología depresiva (Nieto, 1992).

En nuestro estudio confirmamos que dentro de las tentativas de autolisis de los pacientes esquizofrénicos se distinguen dos poblaciones diferentes. De manera que aunque ambos grupos presentan más sintomatología depresiva que los no suicidas. En un grupo de paciente es la desesperanza la que se asocia a la tentativa, mientras que en el otro es la aparición de sintomatología

Desde este punto de vista consideramos que no se trata de que la sintomatología depresiva sea mayor o menor factor de riesgo suicida que la desesperanza o al contrario, sino que como muestran nuestros resultados ambos son factores muy importantes a la hora de considerar el riesgo suicida del paciente esquizofrénico, dado que si bien los pacientes esquizofrénicos que realizan tentativas autolíticas presentan puntuaciones elevadas de sintomatología depresiva, la desesperanza y la clínica psicótica nos permite distinguir dos tipos de pacientes suicidas con características clínicas diferentes y por tanto con un probable abordaje terapéutico y clínico también distinto.

Para profundizar un poco más en las características psicopatológicas del grupo suicida nos planteamos un tercer objetivo, en el que pretendíamos estudiar las correlaciones que las distintas variables psicométricas utilizadas en esta tesis presentaban en el grupo de pacientes con tentativas suicidas:

1)Obtuvimos una correlación directa de la escala de Desesperanza de Beck con la escala de Depresión de Calgary, la escala de intencionalidad suicida de Beck e inversa con los tres primeros ítems del S.U.M.D.; es decir aquellos pacientes más desesperanzados puntúan más en la escala que

evalúa la premeditación y elaboración de la tentativa, y además son pacientes que tienen mayor conciencia de enfermedad. Se corresponderían con aquellos pacientes descritos por Nieto como con tentativas más elaboradas y menos impulsivas (Nieto 1992). Como ya señalamos al hablar del insight, aunque sin diferencias significativas, entre casos ni controles, ni entre los dos subtipos de tentativas suicidas descritas, si que existe una correlación entre desesperanza e insight, de manera que parece que una mayor conciencia global de padecer un trastorno esquizofrénico se asocia con una mayor desesperanza en su futuro, una menores perspectivas, una pérdida de ilusión que puede determinar la aparición de una ideación suicida más mantenida que origine que este grupo de pacientes haga tentativas más premeditadas y elaboradas.

Por otro lado, como cabe esperar entre dos constructos relacionados como son la depresión y la desesperanza (Aguilar, 1996), existe una correlación directa muy fuerte entre ambos.

Dejando al margen la controversia entre depresión vs desesperanza como factor de riesgo de la conducta suicida del esquizofrénico, esta correlación nos indica a la escala de depresión de Calgary como una escala útil para medir la sintomatología no sólo depresiva sino la desesperanza de los pacientes esquizofrénicos. El menor número de items y la sencillez de estos la hace muy asequible a pacientes que por sus características clínicas tienen dificultades en muchas ocasiones para concentrarse y responder a preguntas complejas.

2) Por otro lado las puntuaciones globales del PANSS positivo correlacionan directamente con los tres primeros items del S.U.M.D., e

inversamente con la puntuación global del PANSS negativo. Son por tanto pacientes con una sintomatología psicótica productiva los que menor conciencia de enfermedad presentan y menor sintomatología negativa manifiestan en el momento de la valoración. La relación entre insight y síntomas psicóticos ya la hemos abordado al hablar de esta variable. La relación entre síntomas productivos y negativos habla de un grupo de pacientes sin deterioro importante y en los que predominan los síntomas productivos.

A la luz de los resultados de este proyecto de tesis nos encontramos con un grupo de pacientes suicidas que se caracterizan por estar más deprimidos, y con menos sintomatología psicótica, tanto positiva como negativa que el grupo control.

Pero además no se trata de un grupo homogéneo de suicidas, sino que presentan características psicopatológicas diferentes: Hay un subtipo con predominio de la desesperanza. Tiene poca sintomatología productiva, y en base al estudio de correlaciones entre variables que hemos realizado, predominarían los pacientes con buena conciencia de enfermedad. Se trata además de pacientes que elaboran más la tentativa, con sus conductas suicidas son más premeditadas. Se trataría del subtipo de pacientes de los que habla Drake en su estudio (Drake, 1984; Drake, 1986), o podría corresponder también a los pacientes “profundamente deprimidos” de Lehmann y Cancro (Lehmann, 1989) o bien a aquel subtipo propuesto por Nieto como los pacientes que elaboran más sus tentativas y tienen mayor síntomas depresivos (Nieto, 1992).

El otro grupo, aunque basalmente deprimido, está formado por pacientes con mayor sintomatología productiva, menor conciencia de enfermedad, y tentativas menos elaboradas; podrían constituir el grupo impulsivo de Nieto (1992), o los suicidas psicóticos de Lehmann (1989). O bien aquellos pacientes impredecibles de Allebeck (1987) o Breier (1984).

Pero lo que destacamos de este trabajo es que ambos pueden ser relativamente identificables utilizando una serie de escalas psicométricas que valoren la sintomatología depresiva y psicótica de estos pacientes. El problema es que además deberíamos plantearnos un tratamiento preventivo diferente en ambos grupos.

La primera pregunta que se nos plantea, retomando lo señalado cuando analizábamos la cumplimentación del tratamiento, y dado que ambos subgrupos presentan síntomas depresivos sería la necesidad de un tratamiento antidepresivo para los pacientes en los que se evalúe clínica depresiva en las fases de remisión de su clínica productiva, e incluso cuando esta no ha remitido completamente si se objetivan tales síntomas.

Pero además el abordaje clínico de los distintos subgrupos parece ser necesariamente diferente.

Si en un paciente es su desesperanza, y su elevada conciencia de enfermedad lo que está acrecentando su riesgo suicida, parece que el tratamiento debería llevarnos hacia actitudes desdramatizadoras de la enfermedad, creando expectativas realistas de futuro, y tratando de generar los medios necesarios como para que estos pacientes se integren en una actividad social y laboral acorde con sus posibilidades.

En el otro grupo tenemos sin embargo unos pacientes cuyo riesgo parece estar determinado por el aumento de la clínica psicótica que actuaría como agente estresor de un paciente ya basalmente deprimido. En este caso los pacientes tienen menor conciencia de enfermedad y las conductas suicidas son menos elaboradas y por lo tanto menos predecibles. En este caso sí parece indicado un enfoque terapéutico dirigido a la toma de conciencia de su enfermedad y sobre todo al diagnóstico precoz de los indicadores de recaída de la enfermedad que permitan un tratamiento farmacológico adecuado de tales síntomas. Además de técnicas cognitivas o de otro tipo que le permitan al paciente controlar la angustia que síntomas como las alucinaciones les generan y que podrían desencadenar conductas suicidas en este grupo de pacientes.

Vemos por tanto que la clasificación de diferentes tipos suicidas dentro de los pacientes esquizofrénicos no tiene sólo un mero interés teórico, sino que podría tener importantes repercusiones clínicas que futuras investigaciones tienen que definir.

7. CONCLUSIONES

- 1) **Los pacientes con tentativas suicidas no presentan características sociodemográficas diferentes a los esquizofrénicos del grupo control**
- 2) El grupo de pacientes con tentativa suicida presentaban mayores puntuaciones de depresión y desesperanza, y menos síntomas productivos que los pacientes del grupo control.
- 3) El grupo de casos, esquizofrénicos que ingresaron por tentativa de suicidio, se asoció con mayor puntuación en la escala de Depresión de Calgary, y con menor puntuación en las subescalas positiva y negativa del PANSS; lo que caracteriza a los pacientes con tentativa como un paciente con clínica depresiva y poca sintomatología productiva, al mismo tiempo que menos síntomas negativos que los controles.
- 4) **La escala de depresión de Calgary discrimina mejor entre el grupo de pacientes con tentativa de suicidio y los controles que la escala de Desesperanza de Beck.**
- 5) Los pacientes que realizaron una tentativa de suicidio no presentan globalmente una mayor conciencia general de enfermedad que los controles.
- 6) **Existen dos grupos de pacientes con tentativas suicidas en cuanto a los motivos referidos por los pacientes: motivos depresivos y motivos psicóticos.**

- 7) Clínicamente se diferencian dos subgrupos de pacientes con tentativa de suicidio, que coinciden con los subgrupos en función del motivo alegado por los pacientes. De manera que los pacientes que alegan síntomas depresivos están más desesperanzados y con menos clínica productiva. Los que alegan motivos psicóticos tienen más cantidad de síntomas productivos y menos desesperanza.
- 8) La escala de Desesperanza de Beck discrimina mejor entre subtipos de pacientes con tentativas suicidas que la escala de Depresión de Calgary.
- 9) Los subtipos de tentativas suicidas no presentan diferencias clínicas en cuanto a síntomas depresivos, negativos o insight.
- 10) La escala de Depresión de Calgary se relaciona directamente con la escala de Desesperanza de Beck, de manera que los pacientes con más síntomas depresivos tienen también más desesperanza.
- 11) Los pacientes con mayores puntuaciones en desesperanza, elaboran más las tentativas suicidas y tienen más conciencia de enfermedad.
- 12) Los pacientes con mayor puntuación en la subescala positiva del PANSS, es decir, con más síntomas productivos, tienen menor insight y menor cantidad de síntomas negativos.

8. BIBLIOGRAFIA

- 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. *British J Psychiatry* 1993; 163 (suppl.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.
- Agra S. Neurolépticos de acción prolongada y riesgo de suicidio. *Revista de la Asociación española de Neuropsiquiatría* 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.
- 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 Junf.* 21, 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. *British J Psych.* 1990 a; 157: 339-44.
- 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, Fisac . Principales causas de muerte en España. *Med Clin* 1996; 107:441-445.
- Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 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.
- Andreasen N. The Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS). 1984; Iowa City,IA: University of Iowa.

- Appleby L. Suicide in psychiatric patients: Risk and Prevention. Review article. *British J Psychiatry* 1992; 161: 749-758.
- Arranz F. Epidemiología de la conducta Suicida. En Ros Montalban S. La conducta suicida. Editorial libro del año. Madrid, 1997. Capítulo 3: 43-62 y
- Atkinson M, Zibin S, Chuang H. Characterizing quality of live among patients wiht chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology. *Am J Psychiatry* 1997; 154(1): 99-105.
- Azorin JM, Blin O, Philippot P. Clinical aspects of depression in the psychotics patients. *Encephale* 1994; 20 (4):663-6.
- Bartels S, Drake R. Depressive symptoms in schizophrenia: comprehensive diferencial diagnosis. *Comprehensive Psychiatry* 1988; 29 (5): 467-483.
- Beautrais A L, Joyce P R, Mulder R T, FergussonD M, Deavoll B J,Nightingale S K. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry* 1996; 153:1009-1014.
- Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 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. *Journal of Studies on Alcohol* 1976; 37(1): 66-77.
- Beck A, Rush A, Shaw B, Emery G. *Terapia cognitiva de la depresión*. 5ª edición. Editorial Desclee de Brouwer S.A..Bilbao, 1983

- Beck AT; Steer RA; KovacsM; Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized 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.
- Becker R. Depression in schizophrenia. *Hospital and community psychiatry* 1988; 39 (12): 1269-1275.
- Berrios E, Bulbena A. Post psychotic depression: The Fulbourn cohort. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 76:89-93.
- Black D, Andreasen N. Esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme y trastorno delirante (paranoide). En Hales R, Yudofsky S, Talbott J. *Tratado de Psiquiatria de la APA. 2ª edición.* Ed Ancora, Barcelona 1996.
- Bleuler E. *Demencia Precoz. El grupo de las Esquizofrenias.* Versión castellana, 2ª edición, Buenos Aires 1993
- 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 Pt1): 899-905.

- Caldwell C, Gottesman I. Schizophrenia-A high-Risk factor for suicide: Clues to risk reduction. Review article. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1992; 22(4):479-493.
- Carbonell C, González JC. Evolución histórica del fenómeno suicida. En Bobes J, González JC, Sáiz P *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Editorial Masson, Barcelona 1997. Capítulo 1: 1-4.
- Carpenter WT, Strauss JS, Barko JJ. Flexible system for the diagnosis of schizophrenia. Report from the World Health Organization International Pilot Study of Schizophrenia. *Science* 1973; 182:1275-1278.
- Carpenter WT, Bartko JJ, Carpenter CL, Strauss JS. Another view of schizophrenic subtypes. A report from the international pilot study of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1976 Apr; 33(4): 508-516.
- 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.

- Costa Molinari J. Prólogo del libro La Conducta Suicida de Ros S. Ed ELA, Madrid 1997.
- Cotton PC, Drake RE, Gates C: Critical treatment issues in suicide among schizophrenics. *Hosp Community Psychiatry* 1985; 36: 534-536.
- 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.
- Díaz j, Sáiz P, Bousoño M, Bobes J. Concepto y clasificación de las conductas suicidas. En Bobes J, González J Sáiz P. *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Editorial Masson. Barcelona 1997. Capítulo 3: 13- 20.
- Diekstra R. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1993; Suppl 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. *Comprehensive Psychiatry* 1985; 26(1): 90-100.
- Drake RE, Cotton PG. 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.
- Durham TW. Norms, reliability and item analysis of the Hopelessness Scale in general psychiatric, forensic psychiatric and collegepopulations. *Journal of Clinical Psychology* 1982; 38(3): 597-600.

- Durkheim E. El suicidio. Versión española. 3ª Edición. Editorial AKAL. Madrid 1989.
- Dyer J, Kreitman N. Hopelessness, Depression and suicidal intent in parasuicide. *Brit J Psychiat* 1984; 144: 127-133.
- Ellis T, Ratliff K. Cognitive characteristics of suicidal and nonsuicidal psychiatric inpatients. *Cognitive therapy and Research* 1986;10 (6): 625-634.
- Evans G, Farberow NL. The encyclopedia of Suicide. Facts On File. 1988. New York.
- 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.
- Fernández Rivas A, González M, Mondragón M, Nogueras B, Lasa A. Escala de intencionalidad suicida de Beck aplicada a una muestra de tentativas de suicidio de adolescentes y adultos jóvenes. *Revista de infanto juvenil* 1995; 1:45-51.
- Galdi J. The causality of depression in schizophrenia. Discussion. *Br J Psychiat* 1983; 142: 621-625.
- González J, Ramos Y. Aproximación teórica al fenómeno suicida. En Bobes J, González J, Sáiz P. *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas..* Editorial Masson. Barcelona 1997. Capítulo 2: 5-12.

Ed INO, Zaragoza, 1994. Capítulo 18:319-333.

- 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. *Schizophrenia Bulletin* 1989; 15: 245-252.
- Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Of the Society of Clinical Psychology*, 1976; 6: 278-296.
- Harkavy- Friedman J, Nelson E. Management of the suicidal patient with schizophrenia. *The psychiatric clinics of north america* 1997; 20 (3): 625-640.
- Hawton K. Assessment of suicide risk. *Br J Psych* 1987; 150: 145-153.
- Heikkinen M E, Isometsa E T, Marttunen M J, Aro H M, Lonnqvist J K. Social Factors in Suicide. *Br J Psychiatry* 1995; 167: 747-753.
- Hernández J. El proceso suicida. En Ros Montalbán S. *La conducta Suicida*. Madrid, 1997. Capítulo 2: 29-41.

Madrid, 1997. Capítulo 2: 29-41.

- Hill DR, Gallagher D, Thompson LW, Ishida T. Hopelessness as a measure of suicidal intent in the depressed elderly. *Psychology and aging*, 1988; 3(3): 230-232.
- Hirsch S, Jolley A, Barnes T, Liddle P, Curson D, Patel A. Dysphoric and depressive symptoms in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research* 1989; 2: 259-264.
- Holden RR, Fekken GC. Test-retest reliability of the Hopelessness Scale and its items in a university population. *Journal of Clinical Psychology*, 1988; 44 (1): 40-43.
- House A, Bostock J, Cooper J. Depressive syndromes in the year following onset of a first schizophrenic illness. *Br J Psychiatry* 1987; 151: 773-9.
- Irurita J. Proceso suicida. Análisis de factores de riesgo. Tesis doctoral. Las Palmas de Gran Canaria, 1997.
- 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.
- Jones JS, Stein DJ, Stanley B, Guido JR, Winchel R, Stanley M. Negative and depressive symptoms in suicidal schizophrenics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1994; 89: 81-87.
- Kaplan H, Sadock B. *Tratado de Psiquiatria*. 2ª Edición. Editorial Salvat. Barcelona 1989.

- Kaplan K, Harrow M. Positive and negative symptoms as risk factors for later suicidal activity in schizophrenia versus depressives. *Suicide and life-Threatening behavior* 1996; 26 (2): 105-121.
- Kay S, Fiszbein A, Opler LA. The positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1987; 13:261-276.
- Kay S, Opler L, Lindenmayer J. Reliability and validity of the positive and negative syndrome scale for schizophrenics. *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. *Journal of consulting and clinical psychology* 1986; 54(2): 241-245.
- Kemp RA, Lambert TJ. Insight in schizophrenia and relationship to psychopathology. *Schizophrenia Research* 1995; 18: 21-28.
- 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. *Comprehensive 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 *Tratado de Psiquiatría de Kaplan y Sadock*. Editorial Salvat. Barcelona 1989.
- Lester D, Beck At. Suicidal behavior in neurotics and psychotics, *Psychological Report*, 1976;39: 549-550.
- Lester D. A comparison of 15 Theories of Suicide. *Suicide and life-threatening behavior* 1994; 24(1): 80-88.
- Lester D. Suicide in an international perspective. *Suicide and life-threatening behavior*,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. Syndrmes of schizophrenia. *Br J psychiatry* 1994; 165: 721-727.
- Manzanera FJ, López JC, Hidalgo MD, Hernández J. Estudio psicométrico de la escala de Calgary para la depresión, en una muestra de esquizofrénicos españoles. Posters. II congreso nacional de psiquiatría. Valencia, Octubre 1997.
- Markou p. Depression in schizophrenia: a descriptive study. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry* 1996; 30:354-357.
- Mayer-Gross W, Slater E, Roth M. *Psiquiatría Clínica*. Editorial Paidós. Buenos Aires 1974.

- McEvoy J, Apperson J, Appelbaum P, Ortlip P, Brecosky J, Hammill K. Insight in Schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 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 (Suppl 3): 15-20.
- Miles Ch P. Conditions predisposing to suicide: a review. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 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.
- Modestin J, Zarro I, Waldvogel D. A Study of suicide in Schizophrenic In-patients. *Br J Psychiatry* 1992; 160:398-401.
- Möller H, Von Zerßen D. Depressive states occurring during the neuroleptic treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1982; 8(1): 109-117.
- Moreno J, Hernández JL, Santamarina S, Uría T. Estudio de aparición de sintomatología depresiva en una muestra de pacientes esquizofrénicos a tratamiento ambulatorio. Posters. II Congreso nacional de Psiquiatría. Valencia, Octubre 1997.
- Nekanda-Trepka C, Bishop S, Blackburn I. Hopelessness and depression. *Br J Psychiat* 1983; 22: 46-60.
- Nieto E, Vieta E, Gastó C, Vallejo J, Cirera E. Suicide attempts of high medical seriousness in Schizophrenic patients. *Comprehensive Psychiatry* 1992; 33: 384-387.

- Nyman A, Jonsson H. Patterns of self-destructive behavior in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1986; 73: 252-262.
- Organización Mundial de la Salud (O.M.S.). 10ª Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Criterios diagnósticos de investigación. Ed Meditor. Madrid 1994.
- Paerregaard G. Suicide among attempted suicide: a 10 year follow-up. *Suicide* 1975, 5(3). 140-144.
- 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 than 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.
- Planansky K, Johnston R. The occurrence and characteristics of suicidal preoccupation and acts in schizophrenia. *Acta psychiatr Scand* 1971; 47: 473-483.
- Pokorny A. Suicide prediction revisited. *Suicide and life-threatening behavior* 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.
- Rodríguez F, Sierra A, Gracia R, Doreste J, Delgado S, Glez de Rivera J. Suicide in the Canary Islands, 1977-1983. Acta Psychiatr Scand 1991; 84:520-523.
- Rodríguez Juan E. Introducción histórica. En Ros Montalbán S. La Conducta Suicida. Editorial Libro del Año. Madrid 1997. Capítulo 1: 19- 27.
- Ros S. Neurobiología de la conducta suicida. En Ros Montalbán S La Conducta Suicida . Editorial ELA, Madrid 1997. Capítulo 4: 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, Draper R. Suicide among psychiatry hospital in-patients. Psychological Medicine 1995; 25: 199-202.

- Rubio V. Conducta suicida y trastornos de personalidad. En Ros Montalbán S. La Conducta Suicida. Editorial ELA. Madrid 1997. Capítulo 5:123-128.
- Sáiz P, González M, Cocaña I, Bobes J. Epidemiología. En Bobes J, González J, Sáiz P. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Editorial Masson. Barcelona 1997.
- Saiz P, González M, Bousoño M, Bobes J. Estudio de los factores de riesgo suicida y parasuicida. Factores biológicos. En Prevención de la conducta suicida y parasuicida. Editorial Masson. Barcelona 1997. Capítulo 5: 35-45.
- Sarró B, de la Cruz C. Los suicidios. Barcelona: Martinez 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 Psychiat 1996; 168:68-71.
- Schneider K. Psicopatología clínica. 2ª Edición española. Editorial Paz Montalbo. Madrid 1963. Pag 192
- Shaffer JW, Perlin S, Schmidt CW. The prediction of suicide in schizophrenia. J Nerv Ment Dis 1974; 159: 349-355.
- Shuwall M, Siris S. Suicidal ideation in postpsychotic depression. Comprehensive Psychiatry 1994; 35 (2): 132-134.
- Siliotti
- Simpson GM, Amuse D, Blair JP. Phenothiazine produced extrapyramidal system disturbance. Arch Gen Psych 1966; 10: 199-208.
- Siris S. Depression and Schizophrenia. En Hirsch S, Weinberger D, Schizophrenia. Editorial Blackwell Science. Oxford 1995.
- Stack S, Wasserman I. Marital status, alcohol abuse and attempted suicide: A logit model. Journal of Addictive Diseases 1995; 14(2): 43-51

- Startup M. Insight and cognitive deficits in schizophrenia: Evidence for a curvilinear relationship. *Psychological Medicine* 1996; 26:1277-1281.
- Steer RA, Kumar G, Beck AT. Hopelessness in adolescent psychiatric inpatients. *Psychological Report*,1993; 72:559-564.
- Sweeny JA, Haas GL, Weiden PJ. Evaluación clínica de la Esquizofrenia. En Wetzler S, *Medición de las enfermedades mentales: Evaluación psicométrica para los clínicos*, Barcelona: Ancora S.A., 1991, 89-110.
- Taiminen TJ, Kujari H. Antipsychotic medication and suicide risk among schizophrenic and paranoid inpatients. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90: 247-251.
- Van Putten T. Why do schizophrenic patients refuse to take their drugs?. *Arch Gen Psychiatry*, 1974; 31: 67-72.
- Vázquez-Barquero J, Herrera S, Cuesta M, Lastra I. Modelo tetradimensional de la esquizofrenia: El estudio de primeros episodios de esquizofrenia de Cantabria. Ponencia. II congreso nacional de Psiquiatría. Valencia. Noviembre 1997.
- Virkkunen M. Attitude to treatment before suicide in schizophrenia and paranoid psychoses. *Br J Psychiatry* 1976; 128: 47-49.
- Wciórka 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 nonpsychotic disorders. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179: 259-266.
- Wetzler 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. *Comprehensive Psychiatry* 1986, 27:259-265.
- Wing JK, Cooper JE, Sartorius N. *The measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*. London 1974. Cambridge University Press.
- Young DA, Davila R, Scher H. Unawareness of illness and neuropsychological performance in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research* 1993; 10:117-124.
- 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.

9. APENDICE

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE INVESTIGACION PARA LA ESQUIZOFRENIA.

Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10).

F20.0-F20.3 Criterios generales para la esquizofrenia tipo paranoide, hebefrénica, catatónica e indiferenciada.

G1. 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 cérea, 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.

ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK (Beck et al 1974)

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

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

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

1) SUBESCALA POSITIVA

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

2) SUBESCALA NEGATIVA

N1 Afecto adormecido/embotado	1	2	3	4	5	6	7
N2 Retirada emocional	1	2	3	4	5	6	7
N3 Disminución de la simpatía	1	2	3	4	5	6	7
N4 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——

3) SUBESCALA PSICOPATOLOGIA GENERAL

G1 Preocupación somática	1	2	3	4	5	6	7
G2 Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
G3 Sentimientos de culpabilidad	1	2	3	4	5	6	7
G4 Tensión	1	2	3	4	5	6	7
G5 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 pensamientos inusual	1	2	3	4	5	6	7
G10 Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
G11 Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
G12 Falta de juicio y discernimiento	1	2	3	4	5	6	7
G13 Alteración de la voluntad	1	2	3	4	5	6	7
G14 Deficiente control impulsos	1	2	3	4	5	6	7
G15 Preocupación	1	2	3	4	5	6	7
G16 Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7
							Subescala P. gral.

TOTAL——

ESCALA DE INTENCIÓN SUICIDA

(Beck, Schuyler & Herman, 1974)

Fecha:

Evaluador:

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

- | | | | |
|----|--|----|--|
| 0 | 1. Aislamiento | 0 | Alguien presente |
| 1. | | 1. | Alguien cerca o en contacto visual o auditivo |
| 2. | | 2. | Nadie cerca ni en contacto visual o auditivo |
| 0. | 2. Sincronización | 0. | La intervención es probable |
| 1. | | 1. | La intervención no es probable |
| 2. | | 2. | La intervención es altamente improbable |
| 0. | 3. Precauciones para evitar ser Descubierto/Intervención | 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) |
| 0. | 4. Actuar para Conseguir Ayuda durante/después del Intento | 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 |
| 0. | 5. Actos Finales Anticipatorios de la Muerte (ej testamento, regalos, seguros) | 0. | Ninguno |
| 1. | | 1. | Pensó sobre ello o hizo algunos preparativos |
| 2. | | 2. | Hizo planes definidos o completó preparativos |
| 0. | 6. Preparación Activa del Intento | 0. | Ninguna |
| 1. | | 1. | Mínima a moderada |
| 2. | | 2. | Extensa |
| 0. | 7. Nota Suicida | 0. | Ausencia de nota |
| 1. | | 1. | Nota escrita, pero rota; pensó sobre la nota |
| 2. | | 2. | Presencia de nota |

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

II. Autoinforme

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

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

16. Reacción al Intento

- 0. 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, "boqueo" 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

Items "Objetivos" que el paciente no respondió explícitamente (listados por nº):

Confianza del clínico en sus inferencias sobre las preguntas anteriores:

- 0. N/A
- 1. Baja
- 2. Moderada
- 3. Severa

Items "autoinformados" que el paciente no respondió explícitamente (listados por nº):

Confianza del clínico en sus inferencias sobre las preguntas anteriores:

- 0. N/A
- 1. Baja
- 2. Moderada
- 3. Severa

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

ESCALA DE DEPRESION DE CALGARY (Manzanera et al 1997)

1. Depresión.

¿ Cómo describiría su estado de ánimo durante las dos últimas semanas ?.

¿ Se mantiene razonablemente alegre o ha estado muy deprimido o con la moral muy baja recientemente?.

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

0 - Ausente.

1 - Leve. Expresa tristeza o desánimo con las preguntas.

2 - Moderado. Estado de ánimo claramente depresivo que persiste la mitad del tiempo durante las dos últimas semanas; presente diariamente.

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

2. Desesperanza.

¿ Cómo ve el futuro ?.

¿ Puede ver algún futuro, o la vida le parece sin esperanza ?.

¿ Ha renunciado o todavía tiene motivos para seguir adelante ?.

0 - Ausente.

1 - Leve. A veces se ha sentido desesperanzado durante la última semana, pero todavía tiene algún grado de esperanza por el futuro.

2 - Moderado. Persistente, moderada sensación de desesperanza durante la última semana. Se le puede persuadir para admitir la posibilidad de que las cosas mejoren.

3 - Severo. Sensación persistente y angustiosa de desesperanza.

3. Autodesprecio.

¿Qué opinión tiene de usted mismo cuando se compara con otras personas ?.

¿ Se siente mejor o no tan bueno o casi lo mismo que la mayoría ?.

¿ Se siente inferior o, incluso, sin valor ?.

0 - Ausente.

1 - Leve. Algo de inferioridad; no la cantidad suficiente como para sentirse que no vale la pena.

2 - Moderado. El sujeto se siente sin valor, pero menos del 50% del tiempo.

3 - Severo. El sujeto se siente sin valor más del 50% del tiempo. Se le puede estimular para que se sienta de otra manera.

4. Ideas de referencia de culpa.

¿ Tiene el sentimiento de que se le está echando la culpa por algo o incluso que se le acusa erróneamente ?. ¿ De qué ?.

(No incluya la culpa o acusación justificada; excluya delirios de culpa).

0 - Ausente.

1 - Leve. El sujeto se siente culpabilizado, pero no acusado, menos del 50% del tiempo.

2 - Moderado. Persistente sensación de ser culpabilizado y/o sensación ocasional de ser acusado.

3 - Severo. Sensación persistente de ser acusado. Cuando se le insiste, reconoce que no es así.

5. Culpa patológica.

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

¿ Piensa que se merece estar tan preocupado sobre esto ?.

0 - Ausente.

1 - Leve. El sujeto se siente, a veces, culpable sobre algunas faltas menores, pero menos del 50% del tiempo.

2 - Moderado. El sujeto normalmente (más del 50% del tiempo) se siente culpable sobre acciones pasadas cuyo significado él / élla exagera.

3 - Severo. El sujeto normalmente siente que él / élla se le va a acusar por todo lo que ha ido mal, incluso cuando no es responsabilidad suya.

6. Depresión matutina.

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

- | | |
|---------------|--|
| 0 - Ausente. | No depresión. |
| 1 - Leve. | Depresión presente, pero no hay variación diurna. |
| 2 - Moderado. | La depresión se menciona espontáneamente como peor por la mañana. |
| 3 - Severo. | La depresión es marcadamente peor por la mañana, con deterioro del funcionamiento que mejora por la tarde. |

7 Despertar precoz.

¿ Se levanta más temprano por la mañana de lo que es normal para usted ?

¿ Cuántas veces a la semana le ocurre ?

- | | |
|---------------|--|
| 0 - Ausente. | No hay despertar precoz. |
| 1 - Leve. | Ocasionalmente se levanta (hasta 2 veces por semana) 1 hora o más antes de la hora habitual en que se despierta o que suena el despertador. |
| 2 - Moderado. | A menudo se despierta temprano (hasta 5 veces por semana) 1 hora o más antes de la hora habitual en que se despierta o que suena el despertador. |
| 3 - Severo. | A diario se despierta una hora o más antes de la hora habitual. |

8 Suicidio.

¿ Ha sentido que la vida no merece la pena vivirla ?

¿ Alguna vez le ha apetecido acabar con todo ?

¿ Qué pensó hacer ?

¿ Lo intentó realmente ?

0 - Ausente.

- 1 - Leve. Pensamientos frecuentes de estar mejor muerto o ideas de suicidio ocasionales.
- 2 - Moderado. Ha considerado el suicidio deliberadamente con un plan, pero no ha hecho ninguna tentativa.
- 3 - Severo. Intento suicida aparentemente diseñado para acabar en muerte (por ejemplo, se le descubre accidentalmente o medios ineficaces).

9. Depresión observada.

Basado en las observaciones del entrevistador durante la entrevista entera.

La pregunta “¿ Le apetece llorar ? “ usada en momentos apropiados durante la entrevista puede obtener información útil para esta observación.

0 - Ausente.

- 1 - Leve. El sujeto parece triste y apesadumbrado, incluso durante parte de la entrevista, sobre temas afectivamente neutros.
- 2 - Moderado. El sujeto parece triste y apesadumbrado a lo largo de la entrevista, con una voz monótona y desesperanzada y, a veces, llora o se le saltan las lágrimas.
- 3 - Severo. El sujeto se ahoga en tópicos inquietantes, frecuentemente suspira profundamente y llora abiertamente, o está persistentemente en un estado de estupor depresivo.

ESCALA PARA INDAGAR LA CONCIENCIA DE POSEER UN DESORDEN MENTAL (S.U.M.D.) (Amador et al 1993)

1. CONCIENCIA DE POSEER UN DESORDEN MENTAL

Piensa el sujeto que posee un desorden mental , un problema psiquiátrico o una dificultad emocional ?

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

2. CONCIENCIA SOBRE LOS EFECTOS DE LA MEDICACION

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

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

3 CONCIENCIA DE LA NECESIDAD DE UN TRATAMIENTO

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

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