

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS**

**“ESTUDIO TRANSVERSAL DE LAS VARIABLES PSICOPATOLÓGICAS  
ASOCIADAS A LA TENTATIVA DE SUICIDIO DE PACIENTES  
ESQUIZOFRÉNICOS ATENDIDOS EN CONSULTORIO  
EXTERNO DEL HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA 2012 - 2013”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**MEDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR EL BACHILLER:**

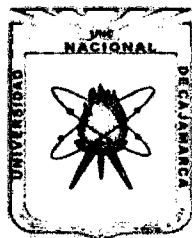
**BECERRA CACHO MIGUEL ANGEL**

**CAJAMARCA PERÚ 2014**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**“ESTUDIO TRANSVERSAL DE LAS VARIABLES  
PSICOPATOLÓGICAS ASOCIADAS A LA TENTATIVA DE  
SUICIDIO DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS  
ATENDIDOS EN CONSULTORIO EXTERNO DEL  
HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA 2012 -2013”**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR:**

**BECERRA CACHO Miguel Angel**

**BACHILLER EN MEDICINA HUMANA**

**CAJAMARCA – PERÚ**

**2014**

**ASESOR:**

**Dr. EDWIN SANTOS HURTADO**

Médico Psiquiatra del Hospital Regional de Cajamarca. Profesor de la Facultad de Medicina en la Universidad Nacional de Cajamarca.

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mi padre y mi madre, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones. A mi abuelo, a pesar de nuestra distancia física, siento que estás conmigo siempre y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir juntos, sé que este momento hubiera sido tan especial para ti como lo es para mí. A mis hermanos, a quienes amo, por compartir momentos significativos conmigo y por estar dispuestos a escucharme y ayudarme en cualquier momento. A mi novia, porque te amo infinitamente. A mis compañeros, porque sin el equipo que formamos, no habiéramos logrado esta meta. A mis maestros, gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a Dios por proteger me durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

A mi madre, que con su demostración de una madre ejemplar me ha enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos.

A mi padre, que siempre lo he sentido presente en mi vida. Y sé que está orgulloso de la persona en la cual me he convertido.

A mis hermanos, que con su apoyo me ha ayudado a afrontar los retos que se me han presentado a lo largo de mi vida.

A mi novia, que durante estos años de carrera ha sabido apoyarme para continuar y nunca renunciar, gracias por su amor incondicional y por su ayuda en mi proyecto.

Gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto.

## CONTENIDO

	Pag.
<b>RESUMEN</b>	
<b>ABSTRACT</b>	
<b>INTRODUCCION</b>	
<b>CAPITULO I</b>	
1. EL PROBLEMA CIENTÍFICO Y LOS OBJETIVOS	3
1.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
1.3. JUSTIFICACIÓN	7
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	8
<b>CAPITULO II</b>	
2. MARCO TEÓRICO	9
2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	9
2.1.1. FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA	10
A. FACTORES BIOLÓGICOS	10
B. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	11
C. FACTORES GENÉTICOS	11
D. FACTORES PSICOLÓGICOS	12
2.1.2. SUICIDIO Y ENFERMEDAD MENTAL	13
2.1.3. EL SUICIDIO ESQUIZOFRÉNICO	14
2.1.3.1. FACTORES INTERVINIENTES EN LOS ESQUIZOFRÉNICOS SUICIDAS	15
A. SITUACIÓN LABORAL	16
B. NIVEL EDUCATIVO	16
C. ANTECEDENTES FAMILIARES	17
D. ALCOHOLISMO Y CONSUMO DE OTROS TÓXICOS	17
2.1.3.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS GENERALES	17
A. TIEMPO DE EVOLUCIÓN	17

B. TENTATIVAS PREVIAS	18
C. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	18
2.1.3.3. DEPRESIÓN, DESESPERANZA Y SUICIDIO	19
A. EL CONCEPTO DE DEPRESIÓN ESQUIZOFRÉNICO	20
B. DEPRESIÓN Y SUICIDIO	22
C. SUICIDIO Y DESESPERANZA	23
D. INSIGHT	23
2.1.3.4. IMPORTANCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA PSICÓTICA	25
2.2. BASES TEÓRICAS	26
2.2.1. MODELOS TEÓRICOS DEL FENÓMENO SUICIDA	26
A. TEORÍA PSIQUIÁTRICA	26
B. TEORÍA SOCIOLÓGICA	26
C. TEORÍA PSICOANALÍTICA	27
D. TEORÍAS COGNITIVAS	28
2.2.2. CONCEPTO DE CONDUCTA SUICIDA	30
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	32
<b>CAPITULO III</b>	
3. LA HIPÓTESIS: FORMULACIÓN Y DEFINICIÓN DE VARIABLES	37
3.1. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.	37
3.2. DEFINICIÓN DE VARIABLES	37
<b>CAPITULO IV</b>	
4. METODOLOGÍA	40
4.1. POBLACIÓN Y MUESTRA	40
4.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN /EXCLUSIÓN	40
4.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	41
4.3.1. DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS	41
4.4. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS	44
4.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS	45

<b>CAPITULO V</b>	
5. RESULTADOS	46
<b>CAPITULO VI</b>	
6. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	57
A. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES CLÍNICAS	57
B. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	58
C. DESCRIPCIÓN SEGÚN EL MOTIVO DE TENTATIVA	59
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>61</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>62</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>63</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>68</b>



## RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene una importancia fundamental por abordar la conducta suicida del paciente esquizofrénico, además de ser un problema de salud mental. Con la presente investigación se pretende abordar el tema en nuestro medio estudiando esta psicopatología en variables tales como síntomas depresivos, desesperanza e insight; y, variables sociodemográficas como edad, estado civil, nivel educativo, situación laboral. Metodológicamente se aborda el tema de manera descriptiva y retrospectiva. La muestra es de 9 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia según criterios diagnósticos del CIE-10, con antecedente de tentativa suicida, que fueron atendidos en el Hospital Regional de Cajamarca en el año 2012 - 2013.

Se halló un 77,8 % de los pacientes estudiados presentaron depresión, además los pacientes que presentaron tentativa de suicidio presentaron globalmente una mayor conciencia general de enfermedad (66,67%), con una edad media de 33 años; es decir, en el grupo etario comprendidos entre 18 a 40. Se encontró también que el 55,56% están desempleados, y el 88,89% del total se encontrarían solos (entre solteros, separados, viudos). En el nivel educativo se encontró que el 88,89% tienen secundaria completa. Con respecto a los datos hallados en lo que comprende a la adherencia al tratamiento del paciente esquizofrénico se encontró (77,78%, cumplen con su tratamiento).

En la muestra de estudio, en su mayoría prevalecen los motivos depresivos con un porcentaje de 88,9; como causa de su intento de suicidio, en este grupo de pacientes con motivo depresivo predomina la desesperanza de grado moderado con 55,56% y 22, 22% con grado de desesperanza grave.

**PALABRAS CLAVE:** factores de riesgo, depresión esquizofrenia, desesperanza, intento de suicidio.

## ABSTRACT

This research is of fundamental importance to address suicidal behavior of the schizophrenic patient, besides being a mental health problem. With this research is to address the issue in our study this psychopathology variables such as depression, hopelessness and insight symptoms, and sociodemographic variables such as age, marital status, educational level, employment status . Methodologically descriptive theme and retrospectively addressed. The sample of 9 patients diagnosed with schizophrenia according to diagnostic criteria of ICD-10, with a history of suicide attempt, who were treated at the Regional Hospital of Cajamarca in 2012 -2013.

77.8% of the patients presented with depression was found , as well patients who had attempted suicide had a higher overall general awareness of disease ( 66.67%) with a mean age of 33 years , ie , in the age group between 18 to 40 . It also found that 55.56 % are unemployed, and 88.89 % of the total would be found alone (between single, separated, widowed) . The educational level was found to be 88.89 % had completed secondary school. With respect to the data found in comprising adherence of schizophrenic patient was found (77.78%, comply with their treatment).

In the study sample , most prevalent depressive patterns with a percentage of 88.9 , as the cause of his suicide attempt , in this group of patients with depressive despair of reason predominates moderate 55.56 % and 22 22 % with severe degree of hopelessness.

**KEYWORDS:** risk factors, depression, schizophrenia, despair, suicide attempt.

## INTRODUCCIÓN

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. 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.

En la actualidad el suicidio es un grave problema de salud pública, y más aún el suicidio asociado a la esquizofrenia. 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.

Prevenir el suicidio, conocer sus desencadenantes, predecir 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. 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 siendo poco claro cuáles son las causas que inducen a algunos pacientes esquizofrénicos a suicidarse.

Consideramos que el hecho de que la mayor parte de la literatura al respecto esté de acuerdo en que la depresión y la desesperanza son el factor de riesgo asociado con mayor frecuencia al suicidio, esto ya justifica por sí solo estudios como el que presentamos.

Metodológicamente se aborda el tema de manera descriptiva y retrospectiva, guiándonos en el supuesto que los pacientes esquizofrénicos con intento de suicidio presentan una sintomatología depresiva, desesperanza y conciencia, que generalmente se debe a motivos depresivos que sicóticos.

Con la presente investigación y la presentación de los resultados de la misma, pretendo aportar al abordaje del tema en nuestro medio y contribuir al tema de la salud mental, muy olvidada por las políticas públicas y sociales.

## CAPITULO I

### 1. EL PROBLEMA CIENTÍFICO Y LOS OBJETIVOS.

#### 1.1. Definición y delimitación del problema.

En la historia de la humanidad el suicidio ha tenido diversas formas de concebirla que van desde los actos valerosos, institucionales, nacionalistas y heroicos; los hechos históricos son muy amplios como Roma, Grecia, China, Japón, India, etc.-, hasta los de cobardía, debilidad, enfermedad, etc. Es decir, en cada época histórica la sociedad ha concebido al suicidio de acuerdo a las condiciones propias del desarrollo de ésta.

Es a partir de la época moderna que el estudio del suicidio se centra en dos líneas de investigación diferentes:

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

La sociológica: Sostiene que las motivaciones del acto suicida se encuentran en las raíces mismas de la sociedad. 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 investigaciones al respecto están claramente 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 el S. XXI 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 cuáles de los suicidios son “rationales” y cuales “patológicos”.

Costa Molinari, en el prólogo del libro de Ros hace unas reflexiones sobre el suicidio “... 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.”(Ros S. 1997)

La literatura sobre el tema en el Perú, es escasa y se resume a trabajos de tesis de especialización abordando el tema en función clínica y no en su integralidad como se plantea en la presente investigación desde la psicopatología de los pacientes esquizofrénicos.

Abordar el estudio de las tentativas suicidas, se complica por no haber registros oficiales, y fundamentar los datos en los registros de los servicios de urgencias de los hospitales, a los que como es sabido no llegan todas las tentativas que se realizan.

Para algunos autores de las personas involucradas en una tentativa de suicidio, mueren por suicidio posteriormente. Por lo tanto, 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.

En cuanto a la prevalencia de las tentativas suicidas varía en función de los países y el desarrollo de sus sociedades 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).

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). Además, dentro los factores asociados a la conducta suicida, señalamos no sólo el factor sociodemográfico, sino el de sintomatología depresiva-deseesperanza, predominio de los síntomas productivos y el curso de la enfermedad deteriorante y agresivo.

El estudio del 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, sostiene 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.



En esta complejidad se plantea y delimita la presente investigación, con un enfoque retrospectivo –a partir de las historias clínicas-, y analizando las psicopatologías concretas asociadas al intento del suicidio en variables clínicas como depresivos, desesperanza e insight, definidos y medidos a través de instrumentos que se señalan más adelante en la formulación y definición de variables.

Formulamos entonces el problema de investigación de la siguiente manera:

### **1.2. Formulación del problema:**

¿Cuáles son las variables psicopatológicas asociadas a la tentativa de suicidio en los pacientes esquizofrénicos atendidos en consultorio externo del servicio de Psiquiatría del Hospital Regional de Cajamarca 2012 -2013?

### **1.3. Justificación:**

La presente investigación reviste una importancia fundamental en el mundo contemporáneo, no sólo porque se trata de salvar vidas, que de por sí ya justifica la investigación, sino, además, por ocupar la conducta suicida del paciente esquizofrénico un asunto prioritario, teniendo en cuenta que los suicidios se han incrementado en el mundo, por diversas causas (como las recientes en España, por el desempleo), o en los jóvenes por diversos motivos, dentro de ellos los motivados por la influencia de las redes sociales, que desde luego es tema que se puede abordar multidisciplinariamente como es la tendencia de la ciencia actual.

Metodológicamente por abordar el tema no sólo de manera retrospectiva, sino integral desde el punto de vista de las psicopatologías concretas.

Con la presente investigación pretendo aportar al abordaje del tema en nuestro medio y contribuir al tema de la salud mental, muy olvidada por las políticas públicas y sociales.

Por último justifica mi estudio la consecución del título de Médico Cirujano, que es una de las metas propuestas y de servicio a la sociedad.

#### **1.4. Objetivos de la investigación.**

##### **1.4.1. Objetivo general:**

Estudiar las psicopatologías en variables tales como síntomas depresivos, desesperanza e insight, existentes entre un grupo de pacientes esquizofrénicos con antecedente de intento de suicidio, que fueron atendidos en consultorio externo del servicio de Psiquiatría en el Hospital Regional de Cajamarca en el año 2012 -2013.

##### **1.4.2. Objetivos específicos:**

1. Estudiar los motivos de tentativa suicida, asociados a éstos grupos.

## CAPITULO II

### 2. MARCO TEÓRICO.

#### 2.1. Antecedentes del problema.

Los registros oficiales sobre los intentos de suicidio prácticamente no existen en su totalidad ya que no llegan en su totalidad a los servicios de emergencia del Hospital.

Diekstra, en su artículo sobre la epidemiología del suicidio y parasuicidio, 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).

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).

### **2.1.1. Factores de riesgo de la conducta suicida:**

#### **A. Factores Biológicos:**

##### **- Serotonina y otras monoaminas**

La serotonina (5-HT), 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.

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 (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 (Sáiz, 1997).

##### **- 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 (Sáiz, 1997).

## **B. Factores sociodemográficos**

Relacionados con la edad, sexo ( la tentativa es más frecuente en mujeres), raza, situación laboral (es decir, la relación entre desempleo y suicidio – como el caso reciente de la crisis española y en general de la europea-); otro factos es el estado civil, donde los estudios coinciden en señalar que el suicidio es más frecuente en personas solteras, divorciadas o viudas; antecedentes familiares, en las últimas décadas numerosos estudios han confirmado el papel que desempeña las conductas suicidas en la familia como factor de riesgo (González, 1997).

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).

## **C. 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 (Ros, 1997).

Los estudios familiares demuestran que los familiares de primer grado presentan un riesgo de padecer un trastorno diez veces superior al de la población normal.

Los estudios de adopción permiten demostrar la mayor prevalencia del trastorno en hijos de padres biológicos esquizofrénicos educados por padres adoptivos no esquizofrénico, respecto a hijos adoptivos de padres biológicos que no padecían esquizofrenia. Del mismo modo han puesto de manifiesto que el educarse en una familia con un miembro afecto no aumenta significativamente el riesgo de padecer esquizofrenia.

En los estudios de gemelos se han constatado que la concordancia entre gemelos dicigotos es del 14 %, mientras que entre monocigotos alcanza el 40 a 50 %.

Los avances más recientes se han producido mediante el "Rastreo del genoma detectando posibles genes de susceptibilidad ligados con la esquizofrenia en el trazo corto de los cromosomas 6,8,9 y 20 y en el brazo largo del cromosoma 22. Los factores de riesgo genético son los únicos en los que se ha podido demostrar un efecto suficiente como para considerarlos agentes causales de la esquizofrenia. Los genes explican entre el 63 y el 85 % de la vulnerabilidad a padecer esquizofrenia (Trucco, 2010).

#### **D. Factores Psicológicos.**

Para Faberly, Robert y Davis (1991), algunas personas con rasgos psicológicos particulares tienen más probabilidades de manifestar tendencias suicidas. Así:

1. **La impulsividad** puede ser un factor clave en la conducta suicida. Una persona impulsiva puede sentir repentinamente que su sufrimiento puede ser terminado con el suicidio.

2. **Dependencia.** Las personas que dependen de otras para mantener su autoestima, que requieren una atención constante y que a pesar del apoyo con el que cuentan, siempre se sienten privadas de afecto, confianza y atención han sido designadas como insatisfechos – dependientes. Estos rasgos de la personalidad combinado con depresión o con alcoholismo ha sido asociado con un riesgo aumentado de suicidio.
3. **Expectativas irreales.** Las personas tienen expectativas excesivamente irreales con respecto a sí mismas y a los otros (“perfeccionistas”) con frecuencia sufren decepciones y pueden no ser capaces de buscar apoyo en momentos de estrés. Si estas personas se deprimen corren un riesgo aumentado de suicidio (Faberly, Robert y Davis, 1991)

### **2.1.2. 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.

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. (Alanen, 2003)

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 (Alanen, 2003).

Entre los factores que influyen en el suicidio de los pacientes psiquiátricos, se señalan diversos aspectos como el estado civil (más riesgo los no casados), el vivir sólo o el desempleo; hasta la presencia de sintomatología depresiva (Aguilar, 1995).

En otro aspecto, 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 (Aguilar, 1995).

### **2.1.2. El suicidio esquizofrénico**

El número de sujetos esquizofrénicos que se suicidan es mayor que el de pacientes maniacodepresivos. 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. (Kaplan y Sadock 2007)

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. (Kaplan y Sadock 2007)

Aunque son múltiples los factores de riesgo postulados, hoy por hoy aún sigue siendo poco claro cuáles son las causas que inducen a algunos pacientes esquizofrénicos a suicidarse, sin embargo la conducta suicida del esquizofrénico es o podría ser una conducta impredecible.



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.

Consideramos que el estudio de la conducta suicida del paciente esquizofrénico sigue siendo prioritario en el momento actual, es por ello que consideramos importante el diseño de trabajos como el planteado, que pretende estudiar a pacientes que han realizado una tentativa de suicidio, analizando con escalas psicométricas parámetros clínicos y psicopatológicos concretos.

#### **2.1.3.1. Factores intervinientes en los esquizofrénicos suicidas:**

De manera análoga al suicidio en general, 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 (Kaplan y Sadock 2007).

Así el perfil del paciente esquizofrénico con riesgo suicida es: Según el sexo, la mayoría de suicidios cometidos por pacientes esquizofrénicos son realizados por varones. Aunque algunos estudios señalan que no hay diferencia sustantiva en este factor entre hombres y mujeres (Kaplan y Sadock 2007).

En relación a la **edad** la mayor parte de los estudios revisados recogen el suicidio esquizofrénico esta realizado mayoritariamente por pacientes jóvenes y que 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).

Con respecto a la variable **estado civil**, consideran que los pacientes esquizofrénicos suicidas son mayoritariamente solteros. Pero es una variable cuyos resultados en algunos estudios son inconsistentes.

**A. La situación laboral**, relacionada con el **desempleo**, aunque en la actualidad ha quedado demostrado, que hay cierta relación, el hecho necesita de mayor estudio.

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) al suicida esquizofrénico como típicamente desempleado.

**B. Nivel educativo**, 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 (Drake, 1984, Drake, 1985)

C. Se señala como otro de los factores a los **antecedentes familiares** de suicidio que incrementaría el riesgo de tentativa suicidas en una gran variedad de pacientes, incluidos los esquizofrénicos (Roy, 1983)

D. El **alcoholismo y el consumo de otros tóxicos** presentan por sí mismo un elevado riesgo de conductas suicidas. (Cohen, 1994)

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.

#### **2.1.3.2. 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.

A. **Tiempo de evolución:** 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).

Por su parte autores como 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 (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).

**B. Tentativas previas:** Los antecedentes de tentativas previas son un factor de riesgo importante del suicidio consumado. Se considera que el factor que predice con más potencia el suicidio consumado es el número de tentativas previas (Taiminen, 1994)

**C. Adherencia al 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). Además que un significativo número de suicidios ocurría después de una interrupción brusca del tratamiento

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.

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.

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).

### **2.1.3.3. Depresión, desesperanza y suicidio.**

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 (Bartels, 1988)

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 maniaco-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”

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.

#### **A. 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.

En cuanto a las manifestaciones clínicas de estos cuadros depresivos, 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, 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.

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 (Siris, 1995)

1. Síntomas depresivos secundarios a factores orgánicos:
  - 1.1. Secundarios al tratamiento
  - 1.2. Secundarios al consumo de alcohol u otras drogas
  - 1.3. Otras causas orgánicas
2. Síntomas depresivos asociados a síntomas psicóticos agudos:
  - 2.1. Depresión intrínseca al episodio psicótico agudo
  - 2.2. Trastorno esquizoafectivo
3. Síntomas depresivos sin síntomas psicóticos agudos:

3.1. Pródromos depresivos

3.2. Síntomas negativos de la esquizofrenia

3.3 Síndrome depresivo secundario

3.4. Desmoralización crónica.

## **B. 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. 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.b)

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, 1982. a)



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

### **C. Suicidio y Desesperanza**

Algunos autores sugieren que si no existe la desesperanza, la relación entre suicidio y depresión desaparece.

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

### **D. Insight**

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" (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 (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.

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. Amador y Kemp en sus respectivos trabajos no han encontrado una significativa mejoría del insight a medida que mejoraban los síntomas (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. Los pacientes con mayor conciencia de enfermedad presentarían un mayor riesgo de realizar conductas suicidas, al aumentar en ellos la desesperanza. Esta idea es mantenida como hemos visto por autores como Cohen, 1994.

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.

#### **2.1.3.4. Importancia de la sintomatología psicótica**

Hoy en día hay muy poca evidencia de que la sintomatología productiva, básicamente alucinaciones y delirios precipiten conductas suicidas.

Aunque como señalamos más adelante se 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, pero advierten que no debe generalizarse por cuanto los pacientes de su muestra cumplían criterios de depresión y que los resultados no tienen por qué ser iguales en pacientes no deprimidos (Nieto, 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, y que incluyen síntomas tales como la alogia, la anhedonia, apatía/abulia, asociabilidad, el embotamiento afectivo y los déficits atencionales (Black, 1996).

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. Modelos teóricos del fenómeno suicida.**

A partir del siglo XIX encontramos 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.

#### **A. Teoría psiquiátrica.**

A principios del siglo XIX la escuela psiquiátrica francesa, considera al suicidio como un síntoma de enfermedad mental. Básicamente centran su estudios como síntoma de enfermedad mental, aunque reconocían la existencia de suicidios provocados por las pasiones humanas (como afección moral desencadenada por múltiples incidencias de la vida, como última manifestación de la desesperación)

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 y las lesiones que podían condicionar el suicidio (Sarro,1991)

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 (Gracia, 1994).

## **B. 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.

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 Altruista: En el que el individuo no está suficientemente diferenciado del grupo social al que pertenece, siendo capaz de sacrificarse por el grupo.

- 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.

- 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. Para él no existe un suicidio, sino suicidios.

### **C. 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 Meringer 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. En 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 y deseo de morir. Esta teoría es discutida por otros autores, que subrayan la importancia de las relaciones interpersonales, la angustia y envidia, los trastornos provocados en la experiencia del niño y otros aspectos.

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).

#### **D. 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. 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).

### **2.2.2. 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 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.

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

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 Meningen, 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.

### 2.3. Definición de términos básicos

#### **Psicopatología.-**

Es el estudio de las causas y naturaleza de las enfermedades mentales. Puede desarrollarse según distintos enfoques o modelos, como el biomédico, el psicodinámico, el sociobiológico y el conductual, entre otros.

Se señalaba antes que la psicopatología es la disciplina que estudia (organiza, clasifica) la conducta anómala y las diferentes alteraciones que de allí se desprenden. En esa dirección las características generales de la psicopatología, que en general es una disciplina teórico-clínica, es decir parte de la observación minuciosa y el estudio de los pacientes con diversas expresiones de perturbaciones mentales y psíquicas, pero a diferencia de la psiquiatría clínica, el investigador psicopatológico no se dedica a la intervención terapéutica con los pacientes. Se podría decir que le ofrece al terapeuta, sea éste psiquiatra, psicólogo clínico o investigador en el área mental, herramientas semiológicas (de signos y síntomas), nosológicas (de construcción de entidades clínicas) y taxonómicas (de ordenamiento y clasificación) de los diferentes trastornos. (Kaplan y Sadock. 2008).

Las diferentes alteraciones que se dan en el niño y adolescente que se pueden diferenciar en el DSM- IV y en el CIE-10, tienen 4 criterios generales:

1. Tienen un comienzo antes de los 18 años.
2. Resulta clínicamente evidente, el daño o manifestación de las sintomatología,
3. Se pone de manifiesto al menos en un área de acción del sujeto que puede ser: Familiar social, laboral o escolar. (OMS- CIE 10)

### **Paciente esquizofrénico.-**

Este trastorno se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado. Este se siente el centro de todo lo que sucede.

Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden comentar la propia conducta o los pensamientos propios del enfermo. Suelen presentarse además otros trastornos de la percepción: los colores o los sonidos pueden parecer excesivamente vividos o tener sus cualidades y características alteradas y detalles irrelevantes de hechos cotidianos pueden parecer más importantes que la situación u objeto principal. La perplejidad es frecuente ya desde el comienzo, la cual suele acompañarse de la creencia de que las situaciones cotidianas tienen un significado especial, por lo general siniestro y dirigido contra el propio enfermo. En el trastorno del pensamiento característico de la esquizofrenia los aspectos periféricos e irrelevantes de un concepto, que en la actividad mental normal están soterrados, afloran a la superficie y son utilizados en lugar de los elementos pertinentes y adecuados para la situación. Así el pensamiento se vuelve vago, elíptico y oscuro y su expresión verbal es a veces incomprensible. Son frecuentes los bloqueos e interpolaciones en el curso del pensamiento y el enfermo puede estar convencido de que un agente extraño está grabando sus pensamientos. Las características más importantes de la afectividad

son la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia, negativismo o estupor. Pueden presentarse también síntomas catatónicos. (Kaplan y Sadock. 2007)

El comienzo puede ser agudo, con trastornos graves del comportamiento conductual o insidioso con un desarrollo gradual de ideas y de una conducta extraña. El curso también presenta una gran variabilidad y no es inevitablemente crónico y deteriorante (debe especificarse con un quinto carácter). Un porcentaje de casos, que varía en las diferentes culturas y poblaciones, evoluciona hacia una recuperación completa o casi completa. Ambos sexos se afectan aproximadamente por igual, pero el comienzo tiende a ser más tardío en las mujeres.

Aunque en sentido estricto no se han identificado síntomas patognomónicos, ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial para el diagnóstico de esquizofrenia, los cuales suelen presentarse asociados entre sí. Estos son:

- a) Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretas y percepción delirante.
- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).

e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.

f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.

g) Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cética, negativismo, mutismo, estupor.

h) Síntomas "negativos" tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.

i) Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social. (Kaplan y Sadock. 2007)

#### Pautas para el diagnóstico:

Presencia como mínimo de un síntoma muy evidente o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos uno a cuatro, o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el cinco y el ocho, que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más.

El diagnóstico de esquizofrenia no deberá hacerse en presencia de síntomas depresivos o maníacos relevantes, a no ser que los síntomas esquizofrénicos

antecedieran claramente al trastorno del humor (afectivo). Si los síntomas de trastorno del humor y los esquizofrénicos se presentan juntos y con la misma intensidad, debe recurrirse al diagnóstico de trastorno esquizoafectivo (F25.-), aun cuando los síntomas esquizofrénicos justificaran por sí solos el diagnóstico de esquizofrenia. Tampoco deberá diagnosticarse una esquizofrenia en presencia de una enfermedad cerebral manifiesta o durante una intoxicación por sustancias psicótropas o una abstinencia a las mismas (Kaplan y Sadock. 2007).

**Suicidio.-** 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.

**Intento de suicidio.-** La tentativa, 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.

**Parasuicidio.-** 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).

**Conducta suicida.-** Puede entenderse como un continuo entre la ideación, la tentativa y el suicidio consumado. En ocasiones, 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.

**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”.

## CAPITULO III

### 3. LA HIPÓTESIS: FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN DE VARIABLES.

#### 3.1. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS:

Los pacientes esquizofrénicos con intento de suicidio presentan una sintomatología depresiva, desesperanza y conciencia que generalmente se deben a motivos depresivos que sicóticos.

#### 3.2. DEFINICIÓN DE VARIABLES:

##### A) Variables sociodemográficas:

- Edad: Variable cuantitativa.

Grupo Etario:

- 1) 12 – 18 Adolescentes
- 2) 18 – 40 Juventud (jóvenes, adultos jóvenes)
- 3) 40 – 65 Adulthood
- 4) + 65 Vejez

- Sexo: variable cualitativa.

- 1) Masculino
- 2) Femenino

- Trabajo: Variable cualitativa numerada como sigue:

- 1) Ocupado
- 2) desempleado, desocupado

- 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, divorciado o separado

2) Casado

#### **B) Variables clínicas:**

- 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.

- 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 2 tipos diferentes:

1) Síntomas psicóticos (productivos)

2) Síntomas depresivos



- Adherencia al tratamiento: 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

## CAPITULO IV

### 4. METODOLOGÍA.

#### 4.1. Población y muestra.

Durante los años 2012 y 2013 se atendieron 135 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia según criterios diagnósticos del CIE-10, realizado por el personal médico especialista de Hospital Regional de Cajamarca, determinándose a 12 pacientes con algún antecedente de intento de suicidio, de los cuales solo 9 se tomaron en cuenta para este estudio, los demás casos no se consideraron, pues no hubo disposición a colaborar en el protocolo por complicaciones debido a graves trastornos del pensamiento y/o negativa de la familia. Por tanto en cuanto a las dificultades metodológicas, el estudio de los esquizofrénicos conlleva unas limitaciones obvias que ya fueron señaladas, además de ser un suceso poco frecuente.

El diseño del trabajo será el de un estudio descriptivo. Por lo tanto no se aplicó una técnica específica de muestreo ya que ésta se conformó con los casos de pacientes esquizofrénicos con antecedente de tentativa de suicidio que se registraron en el servicio de Psiquiatría por consultorio externo del Hospital Regional de Cajamarca.

#### 4.2. Criterios de Inclusión /Exclusión.

##### Criterios de Inclusión:

- a. Pacientes que presentan cuadro de esquizofrenia según criterios CIE-10.
- b. Haber realizado un intento de suicidio.

### **Criterios de Exclusión:**

- a. Negativa a colaborar en el protocolo.
- b. Presentar complicaciones debido a graves trastornos del pensamiento u otros motivos (negativa familiar), no formaron parte de este estudio.

### **4.2. Técnicas de recolección de datos.**

Las fuentes utilizadas en la recolección de la información fueron, en primer lugar los protocolos establecidos en las historias clínicas de los pacientes que constituirán los casos del presente estudio.

La entrevista es otra de las técnicas que se utilizó.

Como instrumentos de recolección de datos de acuerdo a las variables de estudio se aplicaron:

La escala de desesperanza de Beck.

Escala para indagar la conciencia de poseer un desorden mental (S.U.M.D.). Y la escala de depresión de Calgary.

#### **4.2.1 Descripción de los instrumentos:**

##### **A. ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK (Hopelessness Scale, HS)**

La HS es un instrumento autoaplicado, diseñado para evaluar, desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida. Las puntuaciones obtenidas en desesperanza son un predictor útil de posible suicidio.

Consta de 20 ítems a los que el individuo ha de responder verdadero o falso.

Las respuestas señaladas como verdadero en los ítems 2,4,7,9,11,12,14,16,17,18 y 20 valen un punto y las señaladas como falso en esos ítems, 0 puntos. Las respuestas señaladas como falso en los ítems 1,3,5,6,8,10,13, 15 y 19 valen un 1 punto y las señaladas como verdadero en esos ítems, 0 puntos.

La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 20.

En función de la puntuación total el nivel de riesgo es:

4-8: Leve.

9-14: Moderado.

15-20: Grave

Proporciona una puntuación total, y puntuaciones en tres factores diferentes:

Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro).

Factor motivacional (pérdida de motivación).

Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro).

La puntuación en el factor afectivo se obtiene sumando los ítems 1, 6, 13, 15, y 19. Puede oscilar entre 0 y 5.

La puntuación en el factor motivacional se obtiene sumando los ítems 2, 3, 9, 11, 12, 16, 17 y 20. Puede oscilar entre 0 y 8.

La puntuación en el factor cognitivo se obtiene sumando los ítems 4, 7, 8, 14 y 18. Puede oscilar entre 0 y 5.

## **B. ESCALA PARA INDAGAR LA CONCIENCIA DE POSEER UN DESORDEN MENTAL (S.U.M.D.)**

La escala de evaluación del insight (Scale Unawareness of Mental Disorders) fue diseñada por Amador y Cols para valorar la conciencia de enfermedad en pacientes psicóticos.

En la actualidad, la versión más empleada es la de 9 ítems. Existen dos partes:

La primera está formada por tres ítems que evalúan la conciencia de sufrir un trastorno mental, los efectos de la medicación y las repercusiones sociales de su enfermedad. Se valora mediante una escala tipo Likert de 6 puntos y que puntúan 0 = “no relevante” y entre 1 = “conciencia” y 5 = “No conciencia” (las puntuaciones intermedias de 2 y 4 no llevan etiqueta).

La segunda evalúa dos aspectos: el nivel de conciencia y la atribución de 6 síntomas (alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, embotamiento afectivo, anhedonia y asociabilidad). La evaluación se lleva a cabo con el mismo tipo de escala Likert que en el apartado anterior. Debe considerarse que para valorar la atribución de un síntoma sólo deberían considerarse aquellos ítems de los que se tiene conciencia de enfermedad (puntuación en conciencia de enfermedad entre 1 y 3 puntos).

Se obtienen tres resultados:

- Conciencia global: suma de los puntos de los 3 primeros ítems.
  
- Conciencia: suma de los puntos de los ítems 4 a 9 (sección conciencia) dividida por el número de ítems con puntuación > 0.

- Atribución: suma de los puntos de los ítems 4 a 9 (sección atribución) dividida por el número de ítems con puntuación > 0.

### **C. ESCALA DE DEPRESIÓN DE CALGARY.**

La Escala de Depresión de Calgary para la Esquizofrenia (CDSS) es un instrumento desarrollado específicamente para valorar el nivel de depresión en la esquizofrenia, tanto en la fase aguda como en los estados deficitarios, al tiempo que trata de distinguirla de los síntomas positivos, negativos y extrapiramidales que puedan existir.

Es una escala de 9 ítems, centrada principalmente en los síntomas cognitivos de la depresión, con una graduación de intensidad sintomática de 4 puntos (ausente, leve, moderado, grave).

Proporciona una puntuación total de gravedad de la depresión, que se obtiene sumando la puntuación en cada ítem (de 0 a 3). El rango de puntuación es de 0-27. No existen criterios para categorizar la severidad de la depresión, utilizándose como una medida continua de intensidad sintomática. Es válida para cualquier fase de la enfermedad y sensible al cambio, lo que permite un seguimiento evolutivo del paciente y la determinación del grado de respuesta terapéutica.

#### **4.3. Validación de los instrumentos.**

Se ha señalado como instrumentos los protocolos que ya están establecidos, además de la Escala de desesperanza de Beck y la Escala para indagar la conciencia de poseer un desorden mental; y la Escala de Calgary los mismos que ya han sido validados a través de su aplicación en investigaciones como las de Aguilar (1995), Fernández Rivas A.,

González M., Mondragón M, Noguera B, Lasa A. (1995).

#### **4.4. Análisis estadístico de datos.**

Los datos obtenidos se han procesado haciendo uso del paquete estadístico SPSS- V20, con el asesoramiento estadístico del Mg. Estadístico Jorge Ponce Gonzales.

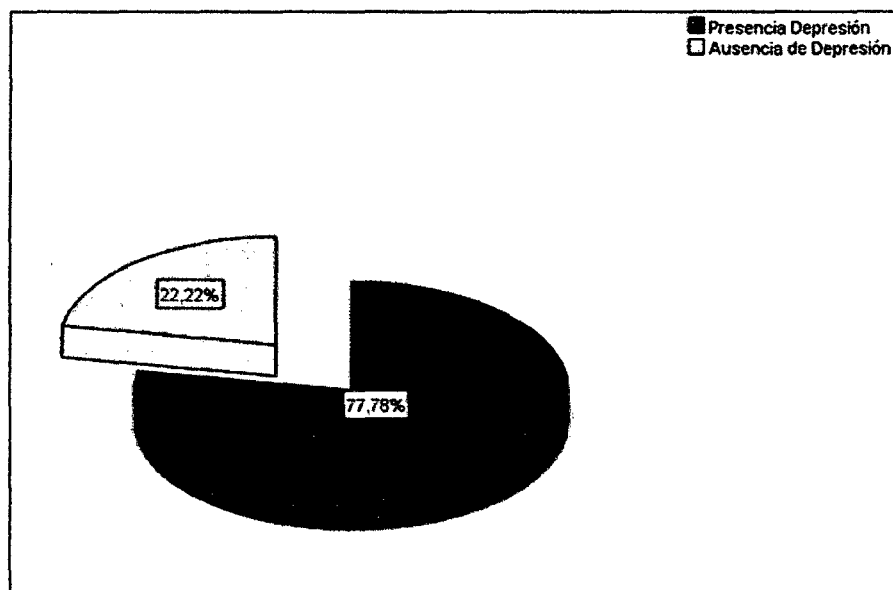
## CAPITULO V

### 5. RESULTADOS

**Tabla 1.** Distribución de los pacientes según antecedentes clínicos. (n=9)

	n	%
<b>Escala depresión de Calgary</b>		
Presencia depresión	7	77,8
Ausencia de depresión	2	22,2
<b>Escala de desesperanza de Beck</b>		
Leve	2	22,2
Moderado	5	55,6
Grave	2	22,2
<b>Escala de Insight-Amador</b>		
Conciencia ( $\leq 5$ pts)	6	66,7
Conciencia intermedia (6-14 pts)	2	22,2
Sin conciencia ( $\geq 15$ pts)	1	11,1

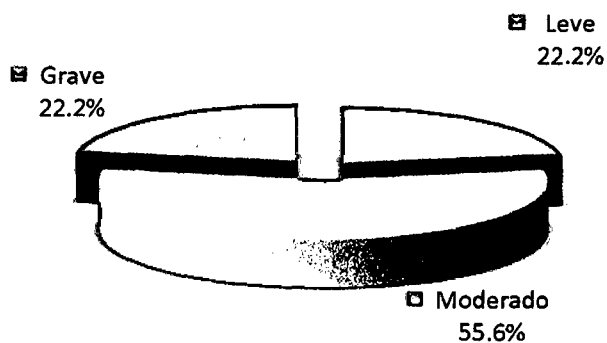
**Figura 1a.** Distribución de los pacientes según la escala de Depresión de Calgary





**Figura 1b.** Distribución de los pacientes según la escala de desesperanza de Beck.

(n=9)



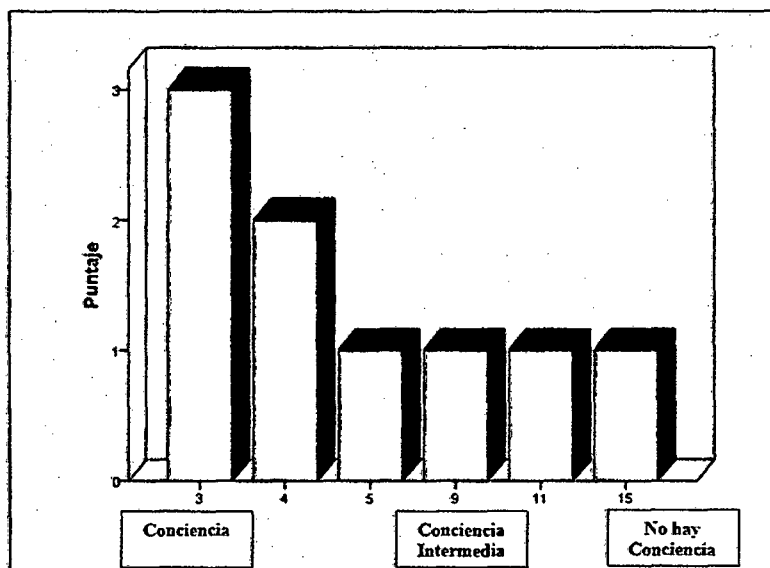
**Tabla 2.** Distribución de los pacientes según puntaje en la Escala De Insight-Amador

		N	%
Puntaje	3	3	33,3
	4	2	22,2
	5	1	11,1
	9	1	11,1
	11	1	11,1
	15	1	11,1
	Tota	9	100,0

**Tabla 3.** Distribución según la media del puntaje en la Escala De Insight-Amador

ESCALA DE INSIGHT-AMADOR	
Media	6,33
Mínimo	3
Máximo	15

**Figura 3.** Distribución de los pacientes según puntaje en la Escala De Insight-Amador



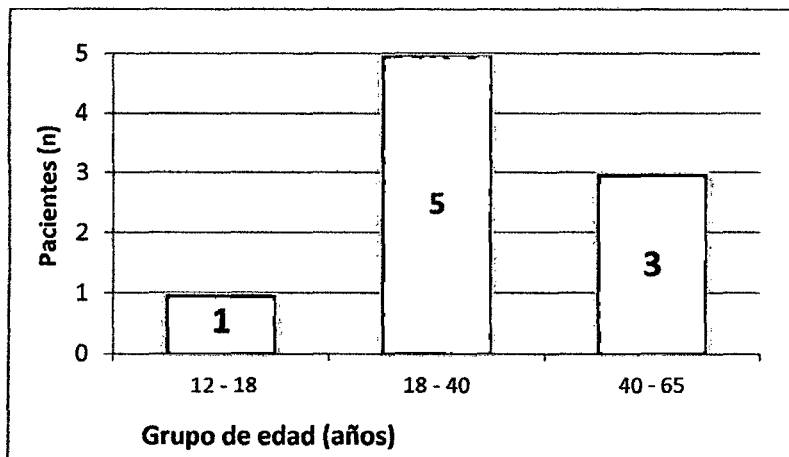
**Tabla 4.** Distribución de los pacientes según característica generales. (n=9)

	n	%
<b>Sexo</b>		
Varones	4	44,4
Mujeres	5	55,6
<b>Grupo de edad (años)</b>		
12 - 18	1	11,1
18 - 40	5	55,6
40 - 65	3	33,3
<b>Nivel educativo</b>		
Analfabeto	0	0,0
Primaria	1	11,1
Secundaria o superior	8	88,9
<b>Estado civil</b>		
Soltero, separado, viudo	8	88,9
Casado	1	11,1
<b>Situación laboral</b>		
Activo	4	44,4
Inactivo	5	55,6

**Gráfica 4a.** Distribución de los pacientes según sexo. (n=9)

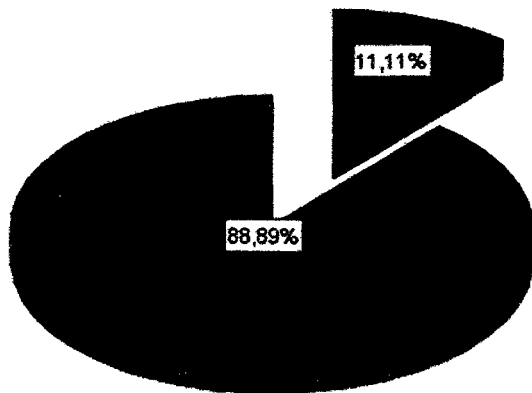


**Gráfica 4b.** Distribución de los pacientes según grupo de edad. (n=9)



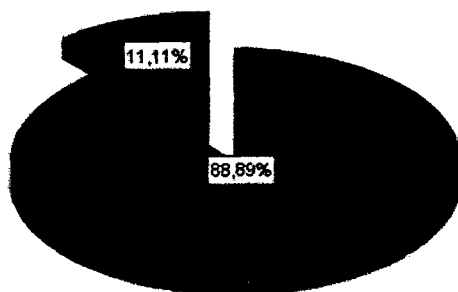
**Gráfica 4c. Distribución de los pacientes según nivel educativo. (n=9)**

■ Primaria  
■ Secundaria o superior

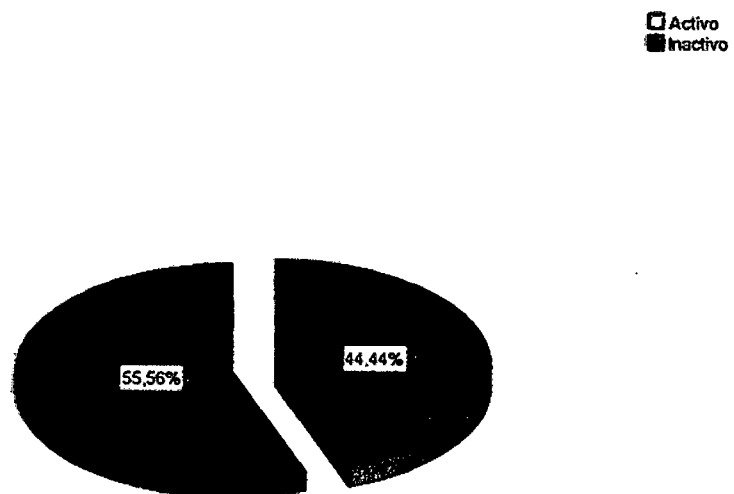


**Gráfica 4d. Distribución de los pacientes según estado civil. (n=9)**

■ Soltero, separado, viudo  
■ Casado



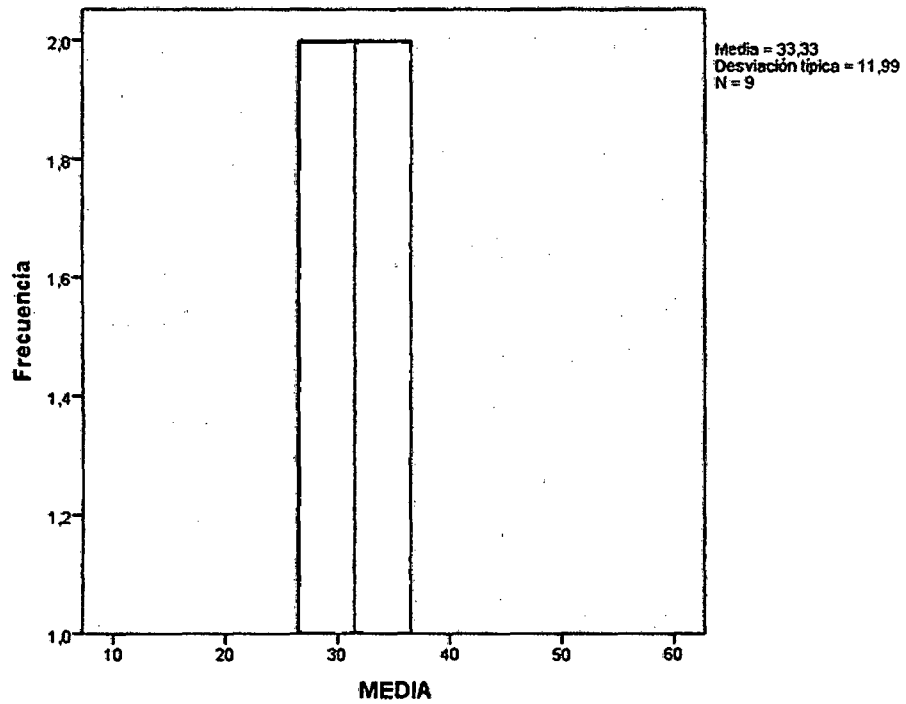
**Gráfica 4e. Distribución de los pacientes según situación laboral. (n=9)**



**Tabla 5. Distribución de los pacientes según la edad (media)**

N		(n) 9
Media		33,33
Mediana		32,00
Mínimo		14
Máximo		56
Percentiles	25	26,00
	50	32,00
	75	41,50

**Gráfica 5. Distribución de los pacientes según la edad (media)**



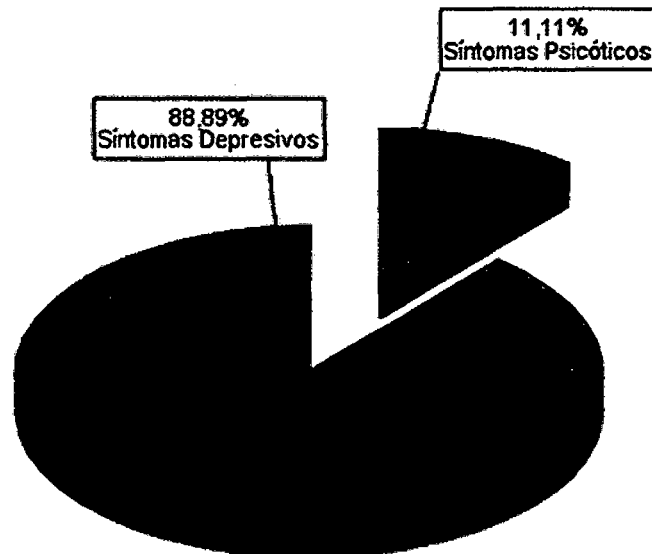
**Tabla 6. Distribución de los pacientes según antecedentes clínicos. (n=9)**

	n	%
<b>Motivo de tentativa</b>		
Síntomas psicóticos	1	11,1
Síntomas depresivos	8	88,9
<b>Tipo de tentativa</b>		
Ingesta de fármacos	1	11,1
Autolesión	6	66,7
Ingesta de sustancia tóxica	2	22,2

**Tabla 7.** Distribución de los pacientes según motivo de tentativa. (n=9)

MOTIVO DE TENTATIVA	n	%
Síntomas Psicóticos	1	11,1
Síntomas Depresivos	8	88,9
Total	9	100,0

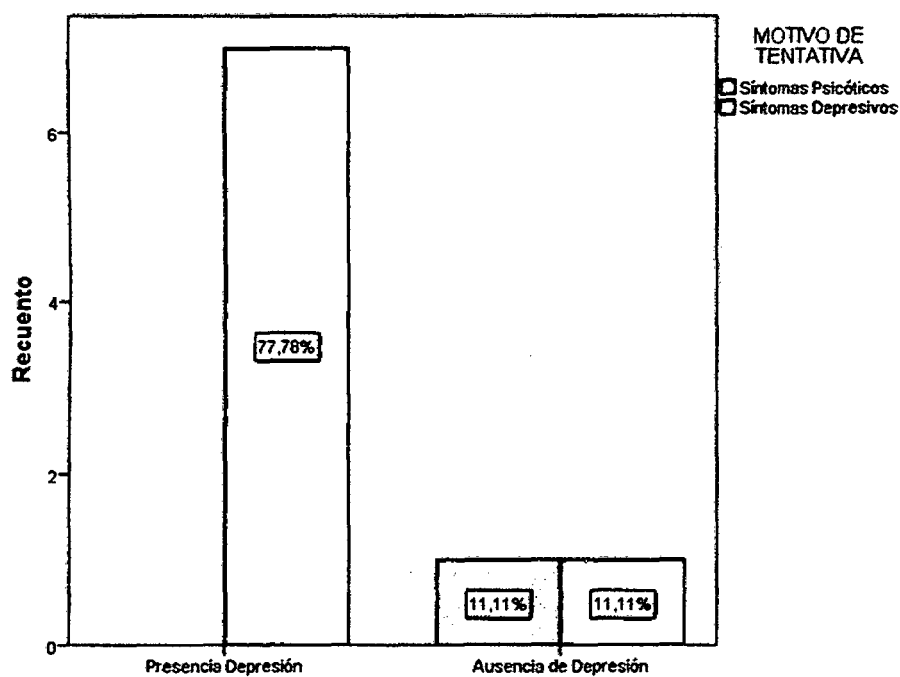
**Figura 7.** Distribución de los pacientes según motivo de tentativa. (n=9)



**Tabla 8. ESCALA DEPRESIÓN DE CALGARY VS MOTIVO DE TENTATIVA. (n=9)**

ESCALA DE CALGARY	MOTIVO DE TENTATIVA		Total
	Síntomas Psicóticos	Síntomas Depresivos	
Presencia Depresión	0 0,0%	7 77,8%	7 77,8%
Ausencia de Depresión	1 11,1%	1 11,1%	2 22,2%
Total	1 11,1%	8 88,9%	9 100,0%

**Gráfica 8. ESCALA DEPRESIÓN DE CALGARY VS MOTIVO DE TENTATIVA. (n=9)**

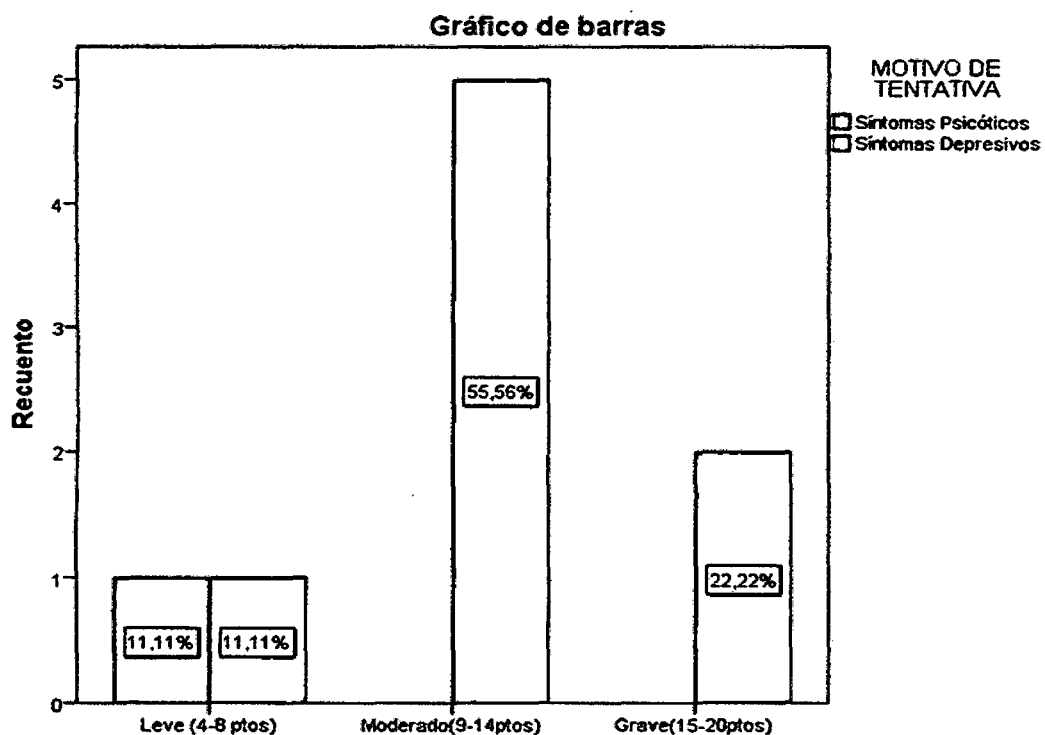




**Tabla 9. ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK VS MOTIVO DE TENTATIVA. (n=9)**

ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK	MOTIVO DE TENTATIVA		Total
	Síntomas Psicóticos	Síntomas Depresivos	
Leve (4-8 pts)	1 11,1%	1 11,1%	2 22,2%
Moderado (9 – 14pts)	0 0%	5 55,6%	5 55,6%
Grave (15 -20 pts.)	0 0%	2 22,2%	2 22,2%
Total	1 11,1%	8 88,9%	9 100,0%

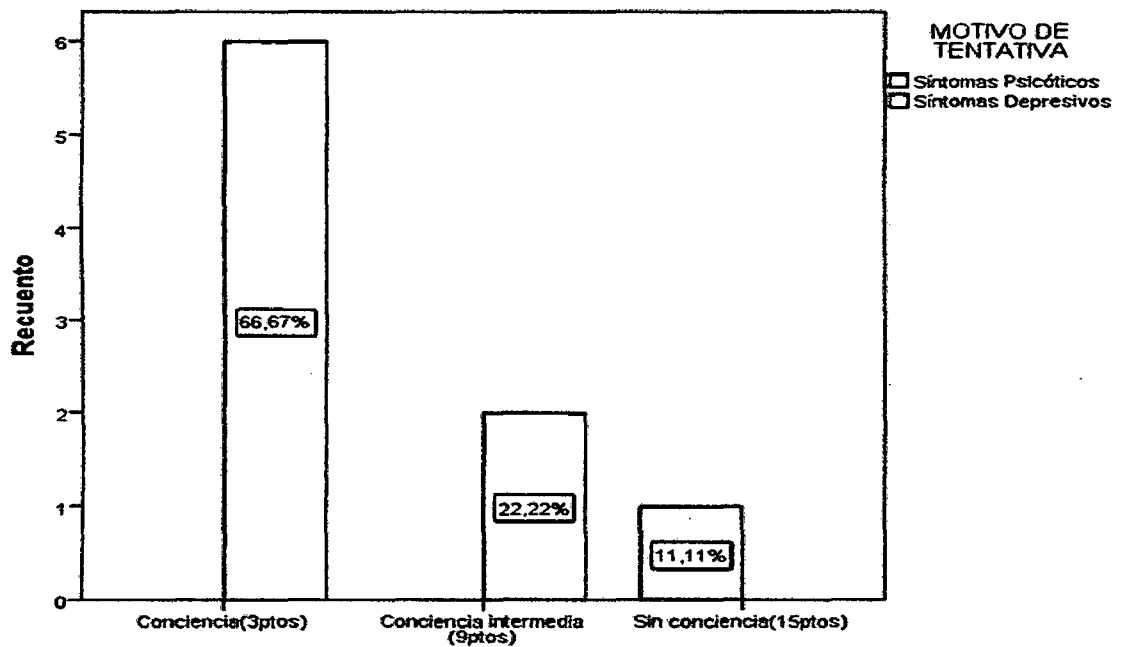
**Gráfica 9. ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK VS MOTIVO DE TENTATIVA. (n=9)**



**Tabla 10. ESCALA DE INSIGHT-AMADOR vs. MOTIVO DE TENTATIVA**

ESCALA DE INSIGHT - AMADOR	MOTIVO DE TENTATIVA		Total
	Síntomas Psicóticos	Síntomas Depresivos	
Conciencia (3 ptos)	0 0%	6 66,7%	6 66,6%
Con Conciencia Intermedia (9 ptos)	0 0%	2 22,2%	2 22,2%
Sin conciencia (15 ptos.)	1 11,1%	0 0%	1 11,1%
<b>Total</b>	<b>1</b> <b>11,1%</b>	<b>8</b> <b>88,9%</b>	<b>9</b> <b>100%</b>

**Tabla 10. ESCALA DE INSIGHT-AMADOR VS MOTIVO DE TENTATIVA**



## CAPITULO VI

### 6. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

#### A. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES CLÍNICAS

En el primer objetivo se ha planteado describir el perfil del paciente esquizofrénico con intento de suicidio asociado a las variables tales como depresión, desesperanza e insight.

En este grupo de pacientes esquizofrénicos, presentaron un perfil psicopatológico identificable, de acorde a la escalas utilizadas en las entrevistas de evaluación se presentó mayor depresión siendo 77,8 % de los evaluados según **escala depresión de Calgary** y con la **escala de desesperanza de Beck** todos los pacientes presentaron cierto grado de desesperanza; siendo el 55,6% como nivel de desesperanza de carácter moderado más predominante. Por tanto, y en cuanto al binomio depresión-desesperanza, son variables a considerar en un paciente esquizofrénico. Podemos mencionar, como datos significativos, el hallazgo de altas tasas de depresión en los esquizofrénicos que consumaron suicidio, entre el 59 % que halló Saarinen (Saarinen et al, 1999). Cohen destaca en su estudio que los esquizofrénicos de su muestra que terminaron suicidándose, presentaban de forma significativa mayor desesperanza que los no suicidas (Cohen et al, 1990).

Por otra parte en este estudio se halló según la Escala de Insight-Amador, un 66,67% del total de pacientes evaluados con conciencia de su enfermedad (Tabla N°1), con una puntuación media de 6,33, encontrándose dentro del rango de un nivel de conciencia intermedia, según la clasificación de la escala (tabla N°3). Sin embargo según lo señalado por Amador (Amador, 1996) en un estudio realizado con 218 pacientes esquizofrénicos, el autor señala que no encuentra correlación estadísticamente significativa entre la presencia de ideación suicida y conciencia global de enfermedad. Sin embargo estudios como el de Cejas, encuentra asociación entre el insight y las tentativas de suicidio al realizar su análisis entre casos y controles en pacientes esquizofrénicos.

## **B. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS**

Con respecto a las variables demográficas, empezamos mencionando que la esquizofrenia es la enfermedad mental que comporta mayor riesgo suicida en los jóvenes, el cual se puede corroborar con este estudio, con una edad media de unos 33 años es decir en el grupo etario de jóvenes y adultos jóvenes comprendidos entre 18 a 40. De acuerdo con Harkavy-Friedman (1997), también nos presenta un dato similar encontrando que los pacientes esquizofrénicos suicidas tienen una edad media de unos 30. Considera 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 puede desarrollarse, en el transcurso de los años. Con respecto al sexo se encontraron que 55,6% de los pacientes con intento de suicidio son mujeres, un estudio similar nos presenta Arranz en 1997, donde encuentra que la tasa media global fue de 186/100.000 en mujeres y 136/100.000 en hombres. Igualmente González y Ramos, 1997 refiere que las tentativas de suicidio, son más frecuentes en jóvenes, sobre todo en mujeres, aunque los varones tienen un riesgo de mortalidad por suicidio de 2 a 3 veces mayor que las mujeres.

Otro punto sociodemográfico, a describir sería la situación laboral encontrándose 55,56% de los pacientes desempleados y en el estado civil del paciente el 88,89% del total de esquizofrénicos entrevistados se encuentran solos (entre solteros, separados, viudos). En su tesis doctoral Francisco Acosta, 2003, presenta una muestra de 104 pacientes dentro de los cuales el 87% de los pacientes se incluyen en el grupo de soltero, viudo, divorciado, con respecto a la situación laboral, sólo el 16% estaban activos laboralmente. Él explica además que la cronicidad y el deterioro que esta enfermedad produce hacen que, efectivamente, un alto porcentaje de estos pacientes estén solos y no tengan acceso al mercado laboral; pero estas características son comunes a un gran número de esquizofrénicos, suicidas o no. Efectivamente autores como Hernández

(Hernández, 1997) señala que aunque los esquizofrénicos suicidas tienden a ser pacientes jóvenes 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.

En el nivel educativo se encontró que el 88,89% del total de casos presenta un mayor nivel educativo (secundaria completa o superior). Encontramos autores como Drake el cual en su estudio sobre 15 suicidas estos presentan significativamente mayor nivel educativo que el grupo control (Drake,1995).

### **C. DESCRIPCIÓN SEGÚN EL MOTIVO DE TENTATIVA**

En este último objetivo se plantea describir subtipos de pacientes esquizofrénicos suicidas, en función de la motivación suicida a la que aludían: motivos psicóticos, y motivos depresivos. Según lo encontrado en la muestra, tenemos en su mayoría a los motivos depresivos con un porcentaje de 88,9; como causa de su tentativa suicida, siendo un similar en el estudio de caso control realizado por Cejas, hacia pacientes esquizofrénicos suicidas, encontrando que el 73% de los pacientes alegaban motivación depresiva (Cejas et al, 2000). Ahora bien en el grupo de paciente con motivo depresivo es la desesperanza que mayormente predomina con 55,56% con desesperanza de grado moderado. Así mismo, el paciente que manifestaba motivación de tipo psicótico presentaba también desesperanza aunque en rango leve. **(Tabla 7)**. Por tanto ambos subgrupos presentaron puntuaciones de desesperanza indiferentemente de su grado. En su estudio, Cejas halló una tendencia con respecto a estas tentativas, siendo mayores para el subgrupo de pacientes con motivación depresiva. La manifestación de esta tendencia, y no una significación estadística, pudo deberse, como señalaba su autora, a lo reducido del tamaño muestral (32 pacientes) de cada subgrupo (Cejas et al, 2000).

Tras realizar el estudio de los dos subgrupos de pacientes, se hallan datos interesantes en dos de las variables psicopatológicas: Escala de Depresión de Calgary e Insight, con puntuaciones mayores para los pacientes con motivación depresiva. Así por ejemplo que en el subgrupo de esquizofrénicos suicidas con motivación depresiva tenía mayor depresión (77.8%), y conciencia de enfermedad (88.89%). (Tabla N°8 y 10 respectivamente). Cejas también hace referencia en este punto expresando que un mayor nivel de desesperanza asociado a depresión, sin sintomatología psicótica, y generalmente mayor conciencia de enfermedad, constituye una mayor vulnerabilidad para la realización de dichas tentativas (Cejas et al, 2000).

Estos grupos 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. 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. 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 adecuado de tales síntomas tales como 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.

## CONCLUSIONES

1. Se encontró mayor depresión siendo 77,8 % de los evaluados según escala depresión de Calgary y con la escala de desesperanza de Beck todos los pacientes presentaron cierto grado de desesperanza; siendo el 55,6% como nivel de desesperanza de carácter moderado más predominante.
2. Un 66,67% del total de pacientes evaluados con conciencia de su enfermedad.
3. Los pacientes presentaron una edad media de unos 33 años es decir en el grupo etario de jóvenes y adultos jóvenes comprendidos entre 18 a 40.
4. Con respecto al sexo se encontraron que 55,6% de los pacientes con intento de suicidio son mujeres.
5. En la situación laboral se tiene el 55,56% de los pacientes desempleados y en el estado civil del paciente el 88,89% se encuentran solos (entre solteros, separados, viudos).
6. En el nivel educativo se encontró que el 88,89% del total de casos presenta un mayor nivel educativo (secundaria completa y superior).
7. Tenemos en su mayoría a los motivos depresivos con un porcentaje de 88,9; como causa de su tentativa suicida.
8. En el grupo de esquizofrénicos suicidas con motivación depresiva tenía mayor depresión (87,5%).

## **RECOMENDACIONES**

1. Se recomienda mejorar los protocolos (historias clínicas) para la evaluación de pacientes con tentativa de suicidio, utilizando escalas psicométricas que valoren la sintomatología depresiva y psicótica de estos pacientes en el diagnóstico precoz de los indicadores de recaída de la enfermedad que permitan un tratamiento farmacológico adecuado de tales síntomas, en cuyo caso no tendrá repercusión en la reducción del riesgo suicida, a menos que se complemente con la psicoterapia.
  
2. Realizar un trabajo de prevención primaria en conjunto las Instituciones: Educativas, Hospital Regional, etc., para identificar factores de riesgo y protección frente al intento de suicidio, a fin de aumentar el conocimiento de la población sobre la importancia de la prevención del suicidio.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Gracia R. Las conductas suicidas y parasuicidas. En Seva A. Psicología. Zaragoza: Ed INO, 1994. Capítulo 18:319-333.
2. Carbonell C, González JC. Evolución histórica del fenómeno suicida. Bobes J, González JC, Sáiz P Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Editorial Masson, Barcelona 1997. Capítulo 1: 1-4.
3. Ros S. Neurobiología de la conducta suicida. En Ros Montalbán S La Conducta Suicida . Editorial ELA, Madrid 1997. Capítulo 4: 65-81.
4. Diekstra R. The epidemiology of suicide and parasuicide. Acta Psychiatry Scand 1993; Suppl 371: 9-20.
5. 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.
6. 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.
7. Ros S. Neurobiología de la conducta suicida. En Ros Montalbán S La Conducta Suicida . Editorial ELA, Madrid 1997.
8. Faberly J.A., Robert A. y Jhon M. Davis. Psiquiatría diagnostic y tratamiento. 1° Edición, Editorial Médica Panamerica S.A., Buenos Aires 1991.
9. Alanen Y. La esquizofrenia. Sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente. Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la squizofrenia y otras psicosis; 2003. (Edición en inglés London: Editorial H. Karnak Ltd; 1997.) 78-82.

10. 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.
11. Kaplan y Sadock. Manual de bolsillo de psiquiatría clínica. Quinta edición en español ( traducción de Ignacio navascués Benlloch ), Wolters Kluwer. España. 2007; Capítulo 8: 104.
12. 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.
13. Ros S. Neurobiología de la conducta suicida. En Ros Montalbán S *La Conducta Suicida* . Editorial ELA, Madrid 1997. Capítulo 4: 65-81.
14. Trucco, Marcelo. Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [online]. 2002, vol.40, suppl.2 [citado 1 de mayo de 2010], pp. 8-19. ISSN 0717-9227. doi: 10.4067/S0717-92272002000600002.
15. Drake R, Gates C, Whitaker A, Cotton P. Suicide among Schizophrenics: a review. *Comprehensive Psychiatry* 1985; 26(1): 90-100.
16. Drake R, Cotton PG. Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 554-559.
17. Roy A. Family History of Suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1983 ; 40: 971-974.
18. 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.
19. Caldwell C, Gottesman I. Schizophrenia-A high-Risk factor for suicide: Clues to

- risk reduction. Review article. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1992.
20. 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.
  21. Agra S. Neurolépticos de acción prolongada y riesgo de suicidio. *Revista de la Asociación española de Neuropsiquiatría* 1990; 10 (33): 181-189
  22. Taiminen TJ, Kujari H. Antipsychotic medication and suicide risk among schizophrenic and paranoid inpatients. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90: 247-251.
  23. Bartels S, Drake R. Depressive symptoms in schizophrenia: comprehensive differential diagnosis. *Comprehensive Psychiatry* 1995.
  24. Siris S. Depression and Schizophrenia. En Hirsch S, Weinberger D, Schizophrenia. Editorial Blackwell Science. Oxford 1995.
  25. 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.
  26. Agra S. Neurolépticos de acción prolongada y riesgo de suicidio. *Revista de la Asociación española de Neuropsiquiatría* 1990.
  27. David A, Buchanan A, Reed A, Almeida O. The assessment of insight in Psychosis. *Br. J Psychiatry* 1992; 161: 599-602.
  28. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of insight in Psychosis. *Am J Psychiatry* 1993; 150:873-879.
  29. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1991; 17(1): 113-132.
  30. 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.
31. Wilson WH, Ban TA, Guy W. Flexible system criteria in chronic schizophrenia. Comprehensive Psychiatry 1986, 27:259-265.
  32. 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.
  33. 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.
  34. 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.
  35. Sarró B, de la Cruz C. Los suicidios. Barcelona: Martinez Roca, 1991.
  36. Gracia R. Las conductas suicidas y parasuicidas. En Seva A. Psicología Ed INO, Zaragoza, 1994.
  37. Hernández J. El proceso suicida. En Ros Montalbán S. La conducta Suicida. Madrid, 1997. Capítulo 2: 29-41.
  38. 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.
  39. Hernández J. El proceso suicida. En Ros Montalbán S. La conducta Suicida. Madrid, 1997. Capítulo 2: 29-41.

40. OMS décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades CIE 10. Trastornos mentales y de comportamiento.
41. 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.
42. Addington D, Addington J. Attempted suicide and depression in Schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85: 288-291.
43. Cohen L, Test M, Brown R. Suicide and Schizophrenia: Data from a prospective community treatment study. *Am J Psychiatry* 1990; 147:602- 607.
44. 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.
45. 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.
46. Harkavy- Friedman J, Nelson E. Management of the suicidal patient with schizophrenia. *The psychiatric clinics of north america* 1997; 20 (3): 625-640.
47. Cejas M, Aguilar E, Villaverde M, Fernández L, Gracia R. Subtipos de pacientes esquizofrénicos con tentativas suicidas. *Actas Esp Psiquiatr* 2000; 28(1): 1-6.
48. Arranz F. *Epidemiología de la conducta suicida*. Madrid: Ed. Libro del año, 1997.
49. Saarinen P.D, Lettunen. Suicide risk in schizophrenia: an analysis of 17 consecutive suicides. *Shizophr Bull* 1999.
50. Acosta Francisco J. Estudio prospectivo de pacientes esquizofrénicos asociado a tentativa de suicidio. Tesis Doctoral. Universidad de la Laguna. Argentina.

## ANEXOS

### PROTOCOLO DE RECOGIDA DE DATOS Y VARIABLES DE EVALUACIÓN

NOMBRE

Nº HISTORIA

EDAD: GRUPO ETARIO

- 1: 12 – 18 Adolescentes
- 2: 18 – 40 Juventud (jóvenes, más adultos jóvenes)
- 3: 40 – 65 Aduldez
- 4: + 65 Vejez

TIEMPO DE EVOLUCIÓN

SEXO

- 1: Hombre
- 2: Mujer

ESTADO CIVIL

- 1: Soltero, viudo, separado o divorciado
- 2: Casado

SITUACIÓN LABORAL

- 1: Activo
- 2: Inactivo

EDUCACIÓN

- 1: Analfabeto
- 2: Primaria.
- 3: Secundaria o superior

MOTIVO DE LA TENTATIVA

- 1: Síntomas Psicóticos
- 2: Síntomas Depresivos

TIPO DE TENTATIVA

- 1: Ingesta de fármacos
- 2: Precipitación
- 3: Autolesión
- 4: Ingesta de Tóxicos.

**CUMPLIMENTACIÓN**

**1: Sí**

**2: No**

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

### **1. Depresión.**

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

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

0 – Ausente.

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

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

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

### **2. Desesperanza.**

¿Cómo ve el futuro? ¿Puede ver algún futuro, o la vida le parece sin esperanza?

¿Ha renunciado o todavía tiene motivos para seguir adelante?

0 – Ausente.

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

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

3 – Severo (sensación persistente y angustiada de desesperanza)



### **3. Autodesprecio.**

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

0 – Ausente.

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

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

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

### **4. Ideas de referencia de culpa.**

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

0 – Ausente.

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

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

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

### **5. Culpa patológica.**

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

0 – Ausente.

- 1 – Leve (el sujeto se siente, a veces, culpable sobre algunas faltas menores, pero menos del 50% del tiempo)
- 2 – Moderado (el sujeto normalmente, más del 50% del tiempo, se siente culpable sobre acciones pasadas cuyo significado exagera.
- 3 – Severo (el sujeto normalmente siente que se le va a acusar por todo lo que ha ido mal, incluso cuando no es responsabilidad suya)

## **6. Depresión matutina.**

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

- 0 – Ausente
- 1 – Leve (depresión presente, pero no hay variación diurna)
- 2 – Moderado (la depresión se menciona espontáneamente como peor por la mañana)
- 3 – Severo (la depresión es marcadamente peor por la mañana, con deterioro del funcionamiento que mejora por la tarde)

## **7. Despertar precoz.**

¿Se levanta más temprano por la mañana de lo que es normal para usted?

¿Cuántas veces a la semana le ocurre?

- 0 – Ausente
- 1 – Leve (ocasionalmente se levanta, hasta 2 veces por semana, una hora o más antes de la hora habitual en que se despierta o que suena el despertador)
- 2 – Moderado (a menudo se despierta temprano, hasta 5 veces por semana, una hora o más antes de la hora habitual en que se despierta o que suena el despertador)
- 3 – Severo (a diario se despierta una hora o más antes de la hora habitual)

## **8. Suicidio.**

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

0 – Ausente.

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

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

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

## **9. Depresión observada.**

Basado en las observaciones del entrevistador durante la entrevista entera.

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

0 – Ausente.

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

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

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

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

**ESCALA PARA INDAGAR 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

O            O        Item no relevante

1            1        Conciencia: el sujeto cree claramente que posee un desorden mental.

2            2

3            3        Conciencia intermedia: el sujeto no está completamente seguro pero puede considerar la idea.

4            4

5            5        No hay conciencia de poseer un desorden mental.

### **3. Conciencia De La Necesidad De Tratamiento**

¿Qué opina el sujeto acerca de las razones de su internación o tratamiento?

¿Considera que fue ingresado por un desorden mental, o que fue injustamente admitido, traído a la fuerza, contra de su voluntad o engañado?

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

## **2. Conciencia Sobre Los Efectos De La Medicación**

¿Cree el sujeto que la medicación disminuyo 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 frecuencia de sus síntomas.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: el sujeto no está del todo seguro pero puede considerar la idea.
4	4	
5	5	Sin conciencia: considera que la medicación no ayudó en nada