

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA



Trabajo terminal
Que para obtener el diploma en la especialidad de:

MEDICINA INTEGRADA

PRESENTA:

C. Omar Ricardo Fajardo Rodríguez

ASESOR DE TRABAJO TERMINAL:

Dra. Adriana Careaga Montaña

Tentativas de suicidio en pacientes con esquizofrenia en el Hospital General de
Tijuana Baja California.

Tijuana, B.C. Diciembre 2009

Hoja de Firmas

Dra. Ana Elizabeth Medrano Ureña
Titular de la especialidad de Medicina Integrada
Hospital General de Tijuana

Dra. Adriana Careaga Montaña
Asesor de Tesis
Hospital General de Tijuana.

Dra. Leticia Falcón Noriega
Jefe de Enseñanza
Hospital General de Tijuana

TITULO

TENTATIVAS DE SUICIDIO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA EN EL
HOSPITAL GENERAL DE TIJUANA DE BAJA CALIFORNIA.

Dr. Omar Ricardo Fajardo Rodríguez.

Agradecimiento:

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

A Dios por darme fe, sabiduría, armonía, paz y fuerzas para seguir adelante.

A mi madre, por su inmenso amor y ánimos por ser alguien en la vida.

A Edith, Eli y Vanessa. Mi mujer e hijos por su gran amor, comprensión y sacrificio.

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

A la Dra. Elizabeth Medrano Ureña por haber creído en la especialidad y brindarnos su apoyo.

A la Dra. Adriana Careaga Montaña por su amistad y ayuda incondicional durante estos dos años de especialidad médica.

Al Servicio de Medicina Integrada y todos aquellos servicios por los que he rotado durante mi especialidad médica en el Hospital General de Tijuana. Fue una sorpresa para mí el progresar tanto como persona y profesionalista, gracias a todos y cada uno de los que fueron parte de mí en esta etapa de mi vida.

Es un orgullo para mí poder contar entre ellos más amigos que buenos compañeros de trabajo.

ÍNDICE

Antecedentes.....	5
Planteamiento del problema.....	9
Justificación.....	10
Objetivos.....	11
Hipótesis.....	12
Material y Métodos.....	13
Resultados.....	26
Discusión.....	37
Conclusiones.....	40
Referencias Bibliográficas.....	41
Anexos.....	42

Antecedentes

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

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

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

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

Teoría psiquiátrica.

Como ya se ha señalado, la concepción patológica del suicidio comienza con la escuela psiquiátrica francesa en el siglo XIX, que considera el suicidio como un síntoma de enfermedad mental. Pinel, en su Clasificación de las Enfermedades Mentales, ya incluye el suicidio como una forma de conducta mórbida. Su discípulo Esquirol también se centró en el estudio del suicidio como síntoma de un trastorno mental, aunque también señaló que existía el suicidio desencadenado por pasiones humanas, al que se refería como una afección moral desencadenada por las múltiples incidencias de la vida. Además, indicó que las ideas de suicidio eran universales y a menudo normales (Sarró y De la Cruz, 1991). De Bisonte (1856), recogió una casuística de cerca de 5.000 suicidios, indicando que éste era la última manifestación de la desesperación.

También en esta época se investigó el suicidio mediante la búsqueda de lesiones cerebrales en las autopsias de las personas suicidas, mediante la presunción de que determinadas lesiones pudieran condicionar al suicidio (Sarro y De la Cruz, 1991). Asimismo, la escuela frenológica buscaba la causa del suicidio en diferentes localizaciones cerebrales. Destaca en esta escuela la clasificación de los suicidios elaborada a partir de las investigaciones de Jousset y Moreau de Tours, que fue citada también por Durkheim (1897) en su obra. Estos autores clasificaron el suicidio vesánico (patológico) en cuatro tipos: Suicidio Maniático: Producido como consecuencia de alucinaciones y/o delirios. Suicidio Melancólico: Relacionado con un estado de extrema depresión y angustia, con una visión negativa de la vida.

Suicidio Obsesivo: Debido a una idea fija de muerte, sin razón sólida alguna, que se ha apoderado del individuo, aunque éste reconozca la irracionalidad de la idea. Suicidio Impulsivo o Automático: Resultado de una impulsión brusca inmediatamente irresistible, sin que le preceda ningún antecedente intelectual (Durkheim, 1989). Posteriormente, Achille-Delmas (1932), expuso su teoría acerca de los suicidios, con tres puntos básicos: todo suicidio implica la existencia de un trastorno mental, el suicidio es un síntoma y no una enfermedad, y por último, el suicidio está ligado a la ansiedad „orgánica“ (González Seijo y Ramos, 1997 a).

Sin embargo, esta visión del suicidio como síntoma patológico fue duramente criticada por algunos autores como Deshaies (1947). Expuso que se había utilizado para tal conclusión, un razonamiento lógico del suicidio como un acto de locura bajo la forma de un silogismo falso: si algunas personas son suicidas y algunos enfermos mentales se suicidan, los suicidas son enfermos mentales (Sarró y De la Cruz, 1991).

TEORÍA SOCIOLÓGICA.- La figura principal de la teoría sociológica del suicidio la representa el sociólogo francés Emile Durkheim (1858-1917), que en 1897 publica su libro „El Suicidio“. Éste se convertirá en modelo para la investigación futura. Realizó una brillante descripción de los aspectos epidemiológicos del suicidio, teniendo su obra incluso influencia sobre las interpretaciones actuales sobre el fenómeno. En su obra uno de los aspectos fundamentales a reseñar es que enfoca los suicidios como un hecho social; los explica desde esta perspectiva, y no por las motivaciones individuales de cada suicida (Alaszemski y Manthorpe, 1995). Durkheim expone que la vida social no puede explicarse solamente a partir de ciencias como la Biología, la Psicología o la Química, puesto que la realidad de la sociedad se encuentra en sus valores, ideas y creencias instituidos por la colectividad, y en muchas ocasiones diferentes según cada cultura, que generan a su vez modos de conducta. Por tanto, para Durkheim el suicidio es el resultado de la influencia y actuación de los hechos sociales que interactúan con estados individuales. En este sentido hay que recalcar que Durkheim acepta también la existencia de suicidios motivados por trastornos mentales. De hecho, en su obra incluyó la clasificación de los suicidios vesánicos de Jousset y Moreau de Tours, que él encuadraba dentro de lo que denominó los „factores extrasociales“. Estudió las tasas de suicidio de diferentes países europeos, y cómo éstas se modificaban en función de factores sociales como la religión, la economía, la guerra, la situación familiar, etc. También realizó un análisis sobre el papel de la herencia, la imitación y los factores cósmicos del suicidio (González Seijo y Ramos, 1997). Durkheim consideraba que el suicidio era el resultado de las influencias y el control de la sociedad, y propuso dos variables fundamentales a tener en cuenta: grado de interacción social y grado de reglamentación social (Gracia, 1994). Basándose en su concepción sociológica, estableció la siguiente clasificación de los suicidios: Suicidio Egoísta: Consecuencia de la falta de integración social. Es muy común en las sociedades en las que los factores culturales subrayan el individualismo.

Suicidio Altruista: Se produce en sociedades rígidamente estructuradas, que contemplan el código de deberes de sentido grupal por encima del individuo, y al sacrificio por el grupo como una obligación moral. Por tanto, el individuo no se encuentra lo suficientemente diferenciado del grupo, siendo capaz de sacrificarse por éste. Un ejemplo de este tipo de suicidio lo constituyen las altas tasas de suicidio en el ejército.

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

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

Teoría psicoanalítica

Las teorías psicoanalíticas tienen como consideración básica que los factores interpersonales son la causa principal de suicidio. Aunque Freud no se ocupó en su obra de forma amplia y explícita del suicidio, fue el primero que expuso explicaciones psicológicas a este fenómeno, defendiendo los motivos intrapsíquicos. Se constituyó como el autor más importante y punto de referencia para sus discípulos en esta teoría. Para Freud, lo más importante en la psicodinamia del suicidio era la agresión y hostilidad hacia sí mismo al no poder ser exteriorizada. Es decir, consideraba al suicidio como un homicidio en 180 grados. También eran ideas fundamentales la ambivalencia amor-odio presente en la psicodinamia de todo suicida, así como el suicidio como manifestación de la pulsión de muerte existente en toda persona (Gracia, 1994). Menninger (1938), en su obra „El hombre contra sí mismo“, también hacía referencia al concepto psicodinámico de agresión en relación al suicidio. Expone que se trata de un fenómeno complejo en el que intervienen tres elementos: el deseo de matar, el deseo de morir y el deseo de ser matado. El reconocimiento por parte del individuo de los deseos de matar, chocan frontalmente con el Superyó, lo cual de forma inconsciente genera sentimientos de culpa, con necesidad de castigo, de forma que el individuo llega a ser incapaz de creerse merecedor de seguir viviendo. El tercer componente, el deseo de morir, lo divide en consciente e inconsciente. El deseo de morir consciente explica las frecuentes tentativas fracasadas, mientras que el deseo de morir inconsciente se manifiesta mediante el desarrollo de actividades temerarias (Hernández, 1997). Sin embargo, diferentes autores discrepan de la teoría del instinto de muerte. Sullivan (1953), señala la importancia de las relaciones interpersonales, y añade también como factores a tener en cuenta en la conducta suicida la envidia y la angustia. Fenichel afirma que se comete suicidio cuando las esperanzas e ilusiones de una tranquilizadora gratificación se vinculan a la idea de suicidio (Gracia, 1994).

Por último, Litman (1965), indica que además de la psicodinamia hay que tener en cuenta otros factores muy importantes, como los sentimientos o vivencias de desesperanza, inutilidad y abandono (González Seijo y Ramos, 1997 a).

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

Teoría Cognitiva

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

El autor más importante en esta teoría cognitiva es Araron T. Beck, que en su obra „Terapia Cognitiva de la Depresión“ (5ª edición, 1983) expone que la sintomatología depresiva surge progresivamente de patrones cognitivos negativos y distorsionados, a través de lo que denomina la Tríada Cognitiva, en la que incluye: una visión negativa de sí mismo, tendencia a interpretar las experiencias de una forma negativa y una visión negativa acerca del mundo.

Es a través de estos patrones cognitivos erróneos, junto con errores del procesamiento en la información (como generalizaciones excesivas, pensamiento absolutista y dicotómico, personalización, maximización y minimización), unido a la existencia previa de patrones cognitivos estables a los que denomina „Esquemas“, lo que hace surgir un pensamiento típico de la depresión, que se ha conceptualizado como „pensamiento primitivo“ (Beck, 1983).

Este pensamiento primitivo se define como global, absolutista, extremo, sin matices, categórico e irreversible. Para Beck las ideas de suicidio surgen como una expresión extrema de un deseo de escapar a problemas o situaciones que la persona concibe como intolerables, insostenibles e irresolubles.

La persona puede llegar a verse a sí mismo como una carga inútil, por lo que piensa que lo mejor para todos y para sí mismo sería estar muerto. Por último, Beck define el concepto de desesperanza como un sistema de esquemas cognitivos sobre expectativas negativas de futuro (Hernández, 1997).

PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

A través de la historia, las tentativas de suicidio en pacientes con esquizofrenia se han atribuido a síntomas psicóticos, efectos secundarios a los medicamentos, problemas socio familiares, mal apego al tratamiento, drogodependencia y la depresión. En la actualidad solo algunos autores continúan atribuyéndola a síntomas depresivos, mientras que otros autores lo atribuyen a la desesperanza.

JUSTIFICACION

En la actualidad la enfermedad de salud mental, conocida como esquizofrenia es considerada un problema de salud publica. Se estiman entre quinientos mil y setecientos mil casos de pacientes con esquizofrenia a nivel mundial de los cuales el cincuenta porciento al menos tienen una tentativa de suicidio una vez en su vida, de estos del diez al quince porciento logran su objetivo. La justificación de este estudio es conocer los factores desencadenantes para que se realice una tentativa de suicidio en pacientes con esquizofrenia del hospital general de Tijuana en un periodo de Noviembre del 2008 a Noviembre del 2009.

OBJETIVOS

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

Hipótesis

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

MATERIAL Y METODOS

Los pacientes de este estudio forman parte del Protocolo de Investigación sobre „Tentativas de Suicidio en Pacientes Esquizofrénicos“, del Servicio de Psiquiatría del Hospital General de Tijuana. Los pacientes que han sido incluidos en este estudio comenzaron a evaluarse en Noviembre del 2008, hasta Noviembre del 2009.

El estudio realizado en nuestro servicio encuadrado en el citado protocolo de investigación, consistió en un análisis transversal de las variables psicopatológicas asociadas a tentativas de suicidio en una muestra de 65 pacientes esquizofrénicos.

En su estudio transversal, se analizó la muestra dividiéndola en dos grupos: casos y controles. Fueron considerados casos los pacientes diagnosticados de esquizofrenia según criterios DSM-IV del (Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales), que acudieron a nuestra unidad por haber realizado una tentativa suicida, durante el periodo mencionado para la recogida de la muestra. Fueron considerados controles los pacientes diagnosticado de esquizofrenia según criterios DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales), que acudieron en nuestra unidad por otro motivo diferente al de una tentativa suicida, durante el mismo periodo de recogida de la muestra inicial.

Los pacientes acudieron al Servicio de consulta externa por iniciativa propia o de familiares. Los pacientes incluidos en este estudio fueron atendidos de forma consecutiva y fueron valorados por el psiquiatra, que valoró la existencia de criterios de tentativas de suicidio para cada uno de ellos.

Durante el periodo comprendido entre Noviembre de 2008 y Noviembre 2009, todos los pacientes que cumplían los criterios definidos para pertenecer al grupo de „casos“ fueron incluidos. Por otra parte, fueron incluidos los pacientes que pertenecían al grupo de „controles“, que ingresaron consecutivamente. El final de la recogida de controles se determinó que fuera cuando se llegara a un número de pacientes para este grupo, similar al que se preveía que pudiera obtenerse durante el período señalado de un año, usando como referencia el total de „casos“ que hubo en la unidad durante este año. Posteriormente se comprobó que no existían diferencias significativas entre casos y controles en cuanto a edad, sexo y tiempo de evolución.

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

Los casos son todos los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia según criterios DSM-IV, que acudieron al servicio de consulta externa durante el periodo mencionado, por haber realizado una tentativa de suicidio. Los controles son los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia según criterios DSM-IV, que acudieron en nuestra unidad de agudos durante el periodo mencionado, por un motivo diferente al de una tentativa suicida.

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

Inicialmente, se realiza un análisis descriptivo de las variables psicopatológicas asociadas a los 3 grupos descritos. Posteriormente, las diferencias en las variables psicopatológicas existentes entre los 3 grupos, y entre los grupos extremos. Por otra parte, he analizado las asociaciones entre las variables psicopatológicas en la muestra total y en cada uno de los grupos y subgrupos. Para las variables psicopatológicas, he realizado un análisis de las correlaciones entre sus valores iniciales.

En el grupo1, o riesgo alto de suicidio, se incluyó a todo paciente diagnosticado de esquizofrenia según criterios DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales), que acudieron ala unidad por haber realizado una tentativa suicida, durante el periodo mencionado para la recogida de la muestra inicial, y que contase con antecedentes de una o más tentativas de suicidio previas.

En el grupo2, o riesgo medio de suicido, se incluyó a todo paciente diagnosticado de esquizofrenia según criterios DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales), que acudiera ala unidad por haber realizado una tentativa suicida, sin tener antecedentes de tentativas previas, y a aquellos que acudieron por otro motivo diferente al de la tentativa suicida, pero que tenían antecedentes de una o más tentativas suicidas.

En el grupo 3, o bajo de suicidio se incluyó a todo paciente diagnosticado de esquizofrenia según criterios DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales), que acudió por otro motivo diferente al de una tentativa suicida, durante el mismo periodo de recogida de la muestra inicial, sin antecedentes personales de tentativas.

La evaluación clínica y psicopatológica es mediante escalas. En caso de tratarse de paciente con tentativa suicida actual, se realizaban preguntas básicas concernientes a la tentativa (tipo o método de tentativa, y motivo de la misma), y se administraba la escala de intencionalidad suicida de Beck.

El orden de la administración de las escalas en el contexto de la evaluación clínica fue el mismo, siendo al final las concernientes a la ausencia o no de tentativas de suicidio durante el año que transcurrió entre ambas evaluaciones.

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

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

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

En primer lugar se describirán las características de la muestra dividida en dos grupos (casos y controles), que utilicé para el análisis en el grupo de casos, de los posibles subtipos de esquizofrénicos suicidas. Posteriormente, describiré las de la muestra al ser dividida en tres grupos (alto, medio y bajo índice de suicidio) utilizado para el análisis prospectivo. Para cada una de las divisiones (dos y tres grupos).

MUESTRA DIVIDIDA EN DOS GRUPOS.

Para el estudio de los posibles subtipos de pacientes esquizofrénicos suicidas, se utilizó la distribución de la muestra dividida en dos grupos: casos y controles, centrándose tal análisis en el grupo de casos. Se consideró caso a todo paciente diagnosticado de esquizofrenia según criterios DSM- IV(Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales), que acudió a la unidad durante el periodo de tiempo señalado, por haber realizado una tentativa de suicidio. Se consideró control a todo paciente diagnosticado de esquizofrenia según criterios DSM-IV(Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales), que acudió a la unidad, durante el periodo de tiempo señalado, por un motivo diferente a la tentativa de suicidio. La muestra inicial está constituida por 130 pacientes. El grupo de casos estaba constituido por 62 pacientes, y el grupo de controles por 68 pacientes. En el grupo de casos, se establecieron 5 posibilidades como motivación principal para la realización de la tentativa suicida, según era referido por el paciente. Éstas fueron las siguientes: 1) Síntomas psicóticos. 2) Síntomas depresivos. 3) Efectos secundarios. 4) Problemas socio familiares. 5) Otros.

Tras el análisis descriptivo inicial (tabla I) se desprende que existen dos grupos mayoritarios de pacientes esquizofrénicos suicidas en función de sus motivos para la realización de la tentativa. Estos fueron los que alegaron motivos psicóticos, y los que alegaron motivos depresivos. En el grupo de casos, 26 pacientes aludieron motivos psicóticos, 25 motivos depresivos, 3 efectos secundarios, 3 problemas socio familiares, y „otros”.

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

MOTIVOS	1 Psicóticos	2 Depresivos	3 Efectos Secundarios	4 Problemas Sociofamil.	5 Otros
Nº Pacientes (Casos =62)	26	25	3	3	5

En cuanto a la muestra reevaluada al año, del total de los 62 casos, permanecían vivos 58 al año de la primera evaluación. Por una parte, 10 pacientes no pudieron ser reevaluados: 4 de ellos por fallecimiento (2 por suicidio durante el año tras la evaluación inicial, 1 por suicidio consumado como consecuencia del acto inicial, y 1 por causa no psiquiátrica), 3 por negativa a acudir a la reevaluación, y 3 por imposibilidad de contacto. Por otra parte, 5 pacientes fueron eliminados, todos ellos por recaída con ingreso en los seis meses previos a la reevaluación. Por tanto, se pudo incluir en la muestra reevaluada definitiva a 47 pacientes, lo que constituye el 75,8 % del grupo inicial, y el 81 % de los pacientes que permanecían vivos. Esta muestra reevaluada al año es la analizada para el estudio de los posibles subtipos de esquizofrénicos suicidas en periodo de estabilidad. En esta muestra, de los 47 pacientes, 21 aludieron motivos psicóticos para la realización de la tentativa suicida en la evaluación inicial, 18 motivos depresivos, 3 efectos secundarios, 3 problemas socio familiares, y 2 „otros”.

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

MOTIVOS	1 Psicóticos	2 Depresivos	3 Efectos Secundarios	4 Problemas Sociofamil.	5 Otros
Nº Pacientes (Casos =42)	21	18	3	3	2

Como se aprecia la tabla II, la mayoría de los pacientes (39 del total de 47) se encuadran en los dos grupos mayoritarios señalados. Posteriormente evalué si estos dos subgrupos identificados en función de los motivos para la realización de la tentativa, siguen existiendo como tales al analizar su relación con variables independientes como las puntuaciones de las escalas de Depresión de Calgary, Desesperanza de Beck.

MUESTRA DIVIDIDA EN TRES GRUPOS.

La muestra inicial está constituida por un total de 130 pacientes. De éstos, 36 pacientes cumplieron los criterios para ser incluidos en el grupo 1 o de alta riesgo de suicidio; 57 pacientes los cumplieron para el grupo 2 o de riesgo medio de suicidio, y 37 para el grupo 3 o de bajo riesgo de suicidio. Las características socio demográficas y clínicas generales de la muestra inicial (130 pacientes) han quedado reflejadas en la tabla I de la sección de „Resultados“. Son similares a las reflejadas más adelante, al describir las características de la muestra reevaluada al año (104 pacientes).

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

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

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

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

Por tanto, hubo un total de 26 pacientes que no fueron incluidos en la muestra reevaluada. Del total, en 15 pacientes el motivo fue la imposibilidad de realizar tal reevaluación por diferentes circunstancias, y en 11 pacientes, por ser eliminados de la muestra al cumplir alguno de los criterios de eliminación descritos.

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

De los 4 fallecidos, 2 fueron suicidios durante el año posterior a la evaluación inicial, 1 fue suicidio consumado, con fallecimiento unos días tras la evaluación inicial, y 1 fue fallecimiento por causa no psiquiátrica, durante el año tras la evaluación inicial. En cuanto a los criterios de eliminación de la muestra reevaluada, de los 11 pacientes que fueron eliminados, en 7 de ellos fue por recaída con reingreso en los seis meses previos a la reevaluación, y en 4, por la realización de tentativa que suponía un cambio en el grupo al que pertenecía. No hubo casos de pacientes eliminados por recaída con ingreso, o tentativa suicida, en el mes posterior a la reevaluación. Tampoco hubo casos de pacientes eliminados por realizar tentativa suicida en los seis últimos meses, que no supusiera cambio en el grupo al que pertenecía, pero sí una situación de descompensación clínica. Aquí que de Del grupo 1 (36 pacientes), permanecían vivos 33 al año de la primera evaluación. Por una parte, 7 pacientes no pudieron ser reevaluados; 2 de ellos por negativa a acudir a tal reevaluación clínica, 2 por imposibilidad de contacto, y 3 por fallecimiento. De éstos, 2 pacientes se suicidaron durante el año, y 1 de ellos falleció a los pocos días de la evaluación, como consecuencia de su acto (suicidio consumado).

Por otra parte, 2 pacientes fueron eliminados, al haber tenido una recaída con reingreso en los seis meses previos a la reevaluación. Por tanto, de este grupo, formaron parte de la muestra reevaluada definitiva 27 pacientes, lo que constituye el 75 % del grupo inicial, y el 81,8 % de los pacientes que permanecían vivos. Del grupo 2 (57 pacientes), permanecían vivos 56 al año de la primera evaluación. Por una parte, 5 pacientes no pudieron ser reevaluados; 3 de ellos por negativa a acudir a la reevaluación, 1 por imposibilidad de contacto, y 1 por fallecimiento por causa no psiquiátrica. Por otra parte, 5 pacientes fueron eliminados; 3 de ellos por haber tenido una recaída con reingreso en los seis meses previos a la reevaluación, y 2 por realizar una tentativa suicida que suponía un cambio en el grupo al que pertenecían inicialmente, durante el año transcurrido tras la evaluación inicial. Por tanto, de este grupo, formaron parte de la muestra reevaluada definitiva 47 pacientes, lo que constituye el 82,5 % del grupo inicial, y el 83,9 % de los pacientes que permanecían vivos. Del grupo 3 (37 pacientes), todos permanecían vivos al año de la primera evaluación. Por una parte, 3 pacientes no pudieron ser reevaluados; 2 de ellos por negativa a acudir a la reevaluación, y 1 por imposibilidad de contacto. Por otra parte, 4 pacientes fueron eliminados; 2 de ellos por recaída con reingreso en los seis meses previos a la reevaluación, y 2 por realizar una tentativa suicida que suponía un cambio en el grupo al que pertenecía inicialmente, durante el año transcurrido tras la evaluación. Por tanto, de este grupo, formaron parte de la muestra reevaluada definitiva 30 pacientes, lo que constituye el 81,1 % del grupo inicial.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA AL AÑO.

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

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

c) Estado civil: De los 104 pacientes de la muestra, sólo 13 estaban casados. La gran mayoría (91 pacientes) se incluyen en el grupo de „soltero, viudo, divorciado o separado“. De los 13 pacientes casados, dos pertenecen al grupo 1, cinco al grupo 2, y seis al grupo 3.

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

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

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

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS GENERALES DE LA MUESTRA REEVALUADA AL AÑO.

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

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

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

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

e) Consumo de tóxicos: 46 pacientes cumplían criterios de Consumo perjudicial o Dependencia a tóxicos, actual o pasada. De éstos, 10 pertenecían al grupo de índice alto de suicidio, 22 al grupo índice medio de suicidio y 14 al grupo de índice bajo suicidio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Deben cumplirse todos los criterios siguientes.

- Para la muestra dividida en dos grupos:

a) Grupo de ‘Casos’:

- 1) Estar diagnosticado de Esquizofrenia según criterios DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales).
- 2) Haber realizado una tentativa de suicidio.
- 3) Haber acudido al hospital General durante el periodo señalado.

b) Grupo de ‘Controles’:

- 1) Estar diagnosticado de Esquizofrenia según criterios DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales).
- 2) Haber acudido al Hospital General durante el periodo señalado.
- 3) El haber acudido por motivos diferentes al de una tentativa de suicidio.

-Para la muestra dividida en tres grupos:

a) Grupo 1: o de Alto índice de suicidio.

- 1) Estar diagnosticado de Esquizofrenia según criterios DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales).
- 2) Haber realizado una tentativa de suicidio.
- 3) Tener antecedentes de tentativa/s de suicidio
- 4) Haber acudido al Hospital General durante el periodo señalado.

b) Grupo 2: o de medio índice de suicidio.

- 1) Estar diagnosticado de Esquizofrenia según criterios DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales).
- 2) Haber realizado una tentativa de suicidio, sin contar con antecedentes de tentativa/s, o bien, no haber realizado tentativa actual, contando con antecedentes de una o varias tentativas (ninguna de ellas en el último año).
- 3) Haber requerido acudir al Hospital General unidad durante el tiempo señalado.

c) Grupo 3: o de bajo índice de suicidio.

- 1) Estar diagnosticado de Esquizofrenia según criterios DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales).
- 2) No haber realizado tentativa de suicidio, actual ni en el pasado.
- 3) Haber acudido al Hospital General durante el periodo señalado, por motivos diferentes al de una tentativa de suicidio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Debe darse cualquiera de los siguientes criterios.

- Para la evaluación inicial:

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

- Para la reevaluación al año:

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

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

VARIABLES UTILIZADAS

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

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

Edad: Variable cuantitativa.

Trabajo: Variable cualitativa clasificada como sigue:

- 1) Activo
- 2) Inactivo

Educación: Variable cualitativa clasificada como sigue:

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

Estado civil: Variable cualitativa clasificada como sigue:

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

Antecedentes familiares de suicidio: Variable cualitativa clasificada como sigue:

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

VARIABLES CLÍNICAS GENERALES.

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

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

Tentativas de suicidio previas: Variable cualitativa clasificada como sigue:

- 1) Sí
- 2) No

Tiempo de evolución: Variable cuantitativa.

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

- 1) Sí
- 2) No

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

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

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

VARIABLES PSICOPATOLÓGICAS.

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

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

Los síntomas depresivos han sido medidos por la Escala de Calgary para la Depresión, ya que ha sido elaborada específicamente para pacientes con esquizofrenia, y es la más estudiada y de contrastada utilidad. Además, resulta de uso sencillo y ha demostrado ser la escala que mejor diferencia entre los síntomas depresivos, negativos y efectos secundarios, que con frecuencia presentan estos pacientes. Para la medición de la Depresión, Desesperanza y el Insight, he utilizado tres escalas específicas que han sido validadas y avaladas para su utilización en pacientes psicóticos en diversos estudios. Estas son la escala de Depresión de Calgary, escala de Desesperanza de Beck.

DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Los síntomas depresivos han sido medidos por la Escala de Calgary para la Depresión, ya que ha sido elaborada específicamente para pacientes con esquizofrenia, y es la más estudiada y de contrastada utilidad. Además, resulta de uso sencillo y ha demostrado ser la escala que mejor diferencia entre los síntomas depresivos, negativos y efectos secundarios, que con frecuencia presentan estos pacientes. Para la medición de la Depresión, Desesperanza, se han utilizado dos escalas específicas que han sido validadas y avaladas para su utilización en pacientes psicóticos en diversos estudios.

ESCALA DE DEPRESIÓN DE CALGARY

Esta escala fue diseñada específicamente para la evaluación de los síntomas depresivos en los pacientes esquizofrénicos. Fue elaborada a partir de dos escalas ya existentes y aceptadas mayoritariamente para la evaluación de síntomas depresivos en la población general. Con objeto de medir la validez y fiabilidad de la escala, su autor realizó un estudio sobre 100 esquizofrénicos ambulatorios y 50 ingresados, a los que evaluó mediante la propia escala de depresión de Calgary, los ítems de depresión y suicidio. La Escala de Depresión de Calgary es una escala administrada, que consta de 9 ítems. La puntuación de los ocho primeros se realiza en base a preguntas estructuradas, mientras que la del noveno se realiza a partir de la impresión clínica del evaluador. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, siendo 0 (ausente), 1 (leve), 2 (moderado) y 3 (grave). Esta escala evalúa la existencia de síntomas depresivos en las dos semanas previas a la administración. Los puntos de corte recomendados por los autores son de 0 a 5 (no depresión) y de 6 a 27 (depresión).

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

Esta escala fue creada por Beck y colaboradores en 1974. Sus autores demostraron en su trabajo original que la escala poseía validez concurrente y de constructo. También ha sido demostrada su fiabilidad y validez predictiva por diferentes autores en numerosos estudios, que la han utilizado en poblaciones clínicas de diferentes edades y patologías. La escala está constituida por 20 ítems con sentencias a las que se debe responder „Verdadero” o „Falso”. Estas sentencias están formuladas para medir las expectativas del paciente de poder conseguir las cosas que valora, o superar las situaciones vitales desagradables. Nueve ítems están codificados en falso y once en verdadero. Los unos se asignan a las expectativas negativas y los ceros a las positivas. De esta manera, la puntuación total tiene un rango que oscila entre el 0 y el 20, en el que 0 sería la ausencia de desesperanza y 20 la presencia de desesperanza en grado máximo. Los puntos de corte recomendados son los siguientes: de 0 a 3 (ninguna o mínima); de 4 a 8 (leve); de 9 a 14 (moderada); de 15 a 20 (grave).

RESULTADOS

ANÁLISIS ESTADÍSTICO CONSIDERANDO TRES GRUPOS DE PACIENTES SEGÚN SU SUICIDABILIDAD.

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

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

2. En el análisis de los tres grupos en la evaluación al año, mediante la Prueba de Kruskal- Wallis, hallamos diferencias estadísticamente significativas en las escalas de Desesperanza de Beck (J_i al cuadrado (2, N = 104) = 6,26; $P < 0,05$) y de Depresión de Calgary (J_i al cuadrado (2, N = 104) = 6,50; $P < 0,05$). siendo mayores las puntuaciones para el grupo de mayor suicidio (Gráficos 5 y 6). Existe una relación directa entre las puntuaciones de ambas escalas y el suicidio. Los rangos promedio para la escala de Desesperanza fueron: grupo 1 = 64,8; grupo 2 = 49,1; grupo 3 = 46,7; y para la Depresión: grupo 1 = 64,7; grupo 2 = 49,7; grupo 3 = 46 (Tabla VII). Para el resto de las variables no hallamos diferencias significativas.

3. Tras el análisis de los grupos extremos para las cinco variables psicopatológicas estudiadas, mediante la U de Mann-Whitney, hallamos diferencias significativas en la escala de Depresión de Calgary ($U = 259$; $Z = -2,4$; $P < 0,05$) y en la escala de Desesperanza de Beck ($U = 262$; $Z = -2,3$; $P < 0,05$), con puntuaciones mayores para el grupo de Alto índice de suicidio (Tabla VIII).

Tras aplicar la Regresión logística, las variables que permanecieron en la ecuación fueron la escala de Desesperanza de Beck ($Beta = -0,25$; Error típico = 0,089). Mientras que la escala de Desesperanza por sí sola permite identificar correctamente un 63,2 % de los pacientes (48,1 % de los pacientes de Alto riesgo de suicidio y 76,7 % de los pacientes de Bajo riesgo de suicidio).

Tabla I. Características socio demográficas y clínicas generales.

Muestra inicial.

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

Tabla II. Escalas de evaluación psicopatológica. Muestra inicial.

N = 130	Grupo 1 Alta grado de suicidio (n = 36)	Grupo 2 Medio grado desuicidio (n = 57)	Grupo 3 Bajo grado de suicidio (n = 37)	P
Escala de Depresión Calgary	11 (3-21)	5 (0-15)	3 (0-10)	<0,001
Escala de Desesperanza Beck	15 (1-20)	8 (1-19) n = 54*	4 (0-19) n = 36*	<0,001

Tabla III Características socio demográficas y clínicas generales
Muestra al año.

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

Tabla IV. Escalas de evaluación psicopatológica. Muestra al año.

N = 104	Grupo 1 Alta suicidabilidad (n = 27)	Grupo 2 Suicidabilidad media (n = 47)	Grupo 3 Baja suicidabilidad (n = 30)	P
Escala de Depresión Calgary	3 (0-17)	1 (0-17)	1 (0-10)	<0,05
Escala de Desesperanza Beck	5 (1-19)	3 (0-18)	3 (0-18)	<0,05

Gráfico 1. Escala de Depresión de Calgary

Muestra inicial.

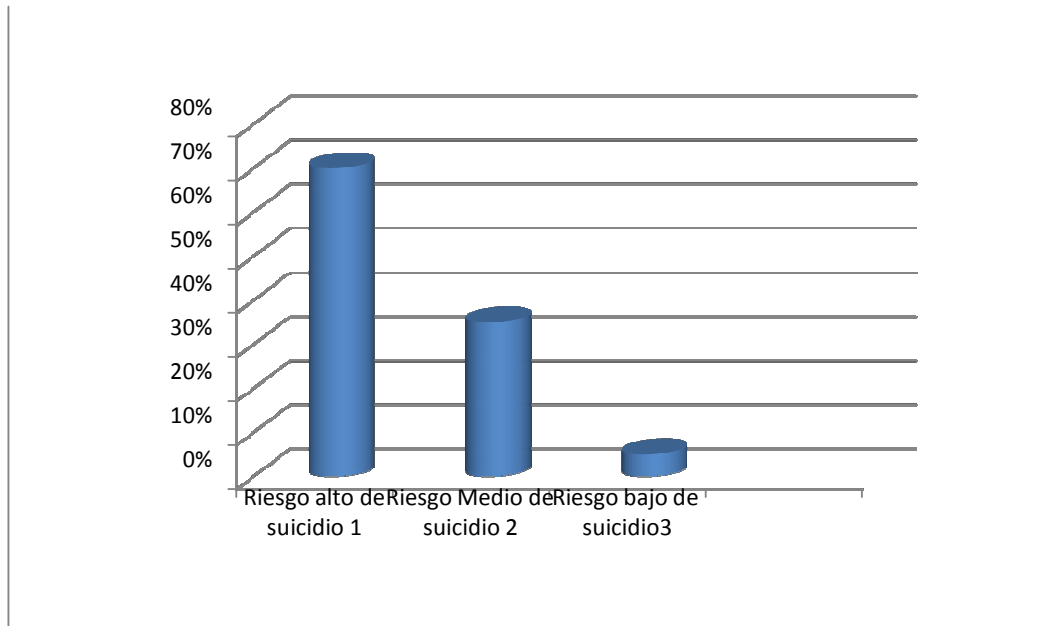


Gráfico 2. Escala de Depresión de Calgary.

Muestra al año.

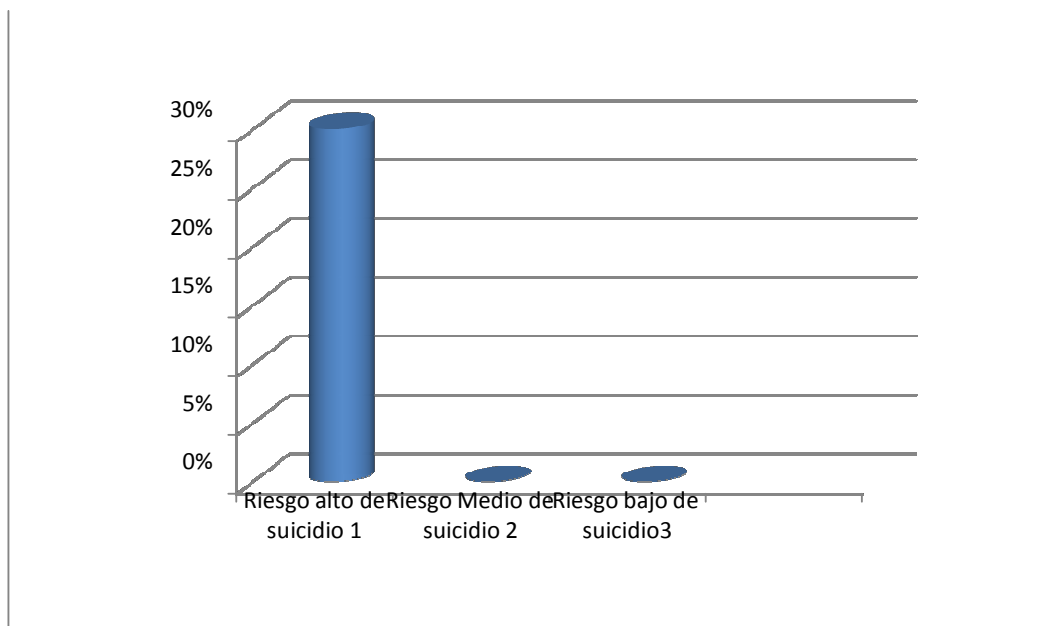


Gráfico 3. Escala de Desesperanza de Beck.

Muestra Inicial.

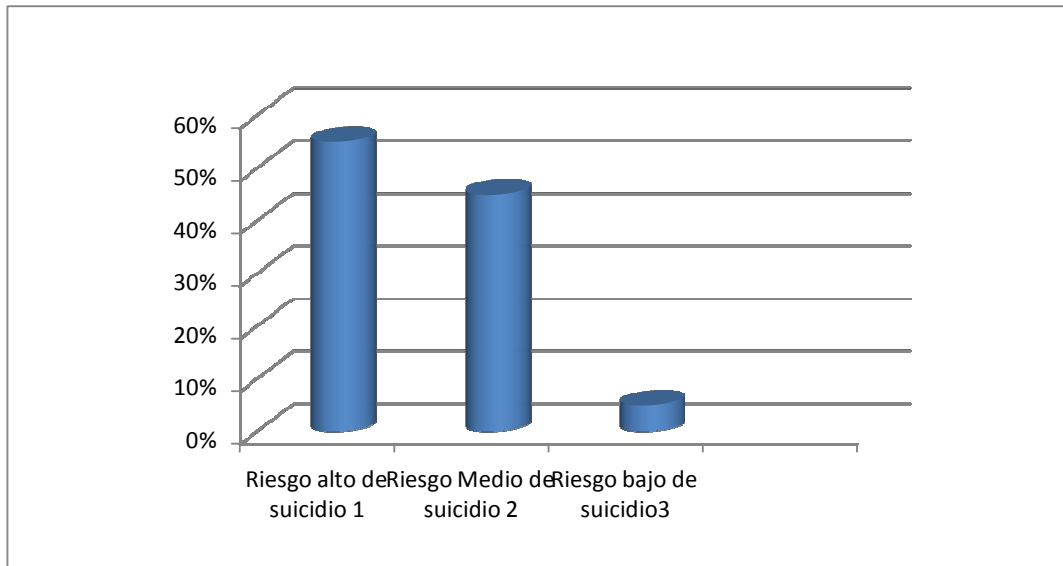


Gráfico 4. Escala de Desesperanza de Beck.

Muestra al año.

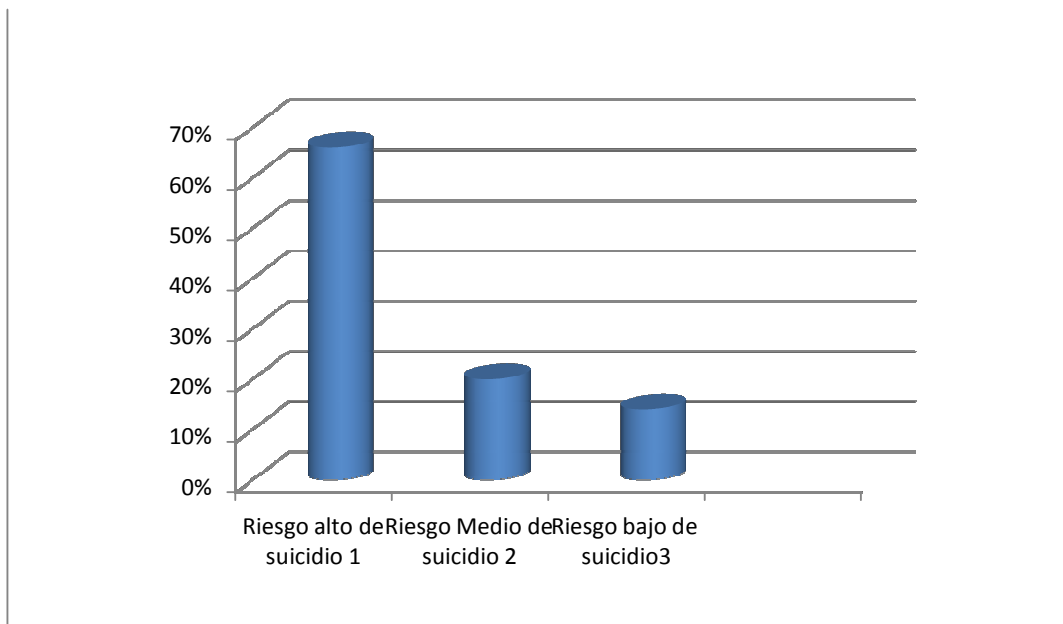


Tabla VII. Escalas de Desesperanza de Beck y Depresión de Calgary en los tres grupos según riesgo de suicidio.

N=104	Escala de Desesperanza de Beck Rangos Promedio P < 0,05	Escala de Depresión de Calgary Rangos Promedio P < 0,05
Grupo 1 Alta riesgo suicida (n = 27)	64,8	64,7
Grupo 2 Medio riesgo suicida (n = 47)	49,1	49,7
Grupo 3 Bajo riesgo suicida (n = 30)	46,7	46,0

Tabla VIII. Escalas de evaluación psicopatológica en los grupos extremos. Muestra reevaluada al año.

N = 57	U	Grupo 1 Alta Suicidabilidad (n = 27)	Grupo 3 Baja suicidabilidad (n = 30)	P
Escala de Depresión Calgary	259	34,4	24,1	<0,05
Escala de Desesperanza Beck	262	34,3	24,2	<0,05

Gráfico 5. Escala de Desesperanza de Beck en los tres grupos según riesgo de suicidio.
Muestra al año.

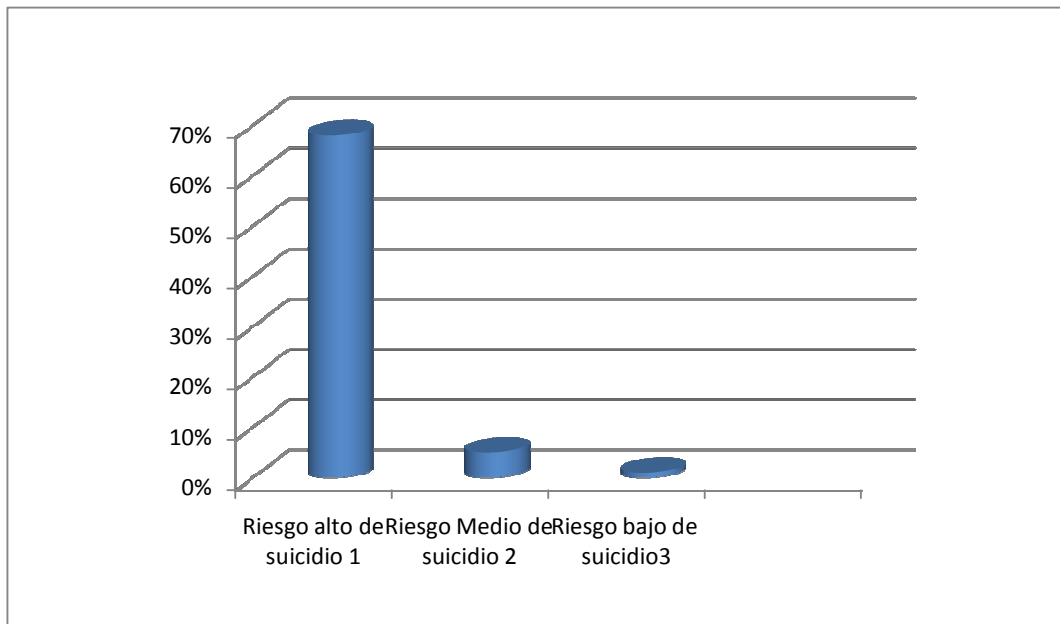
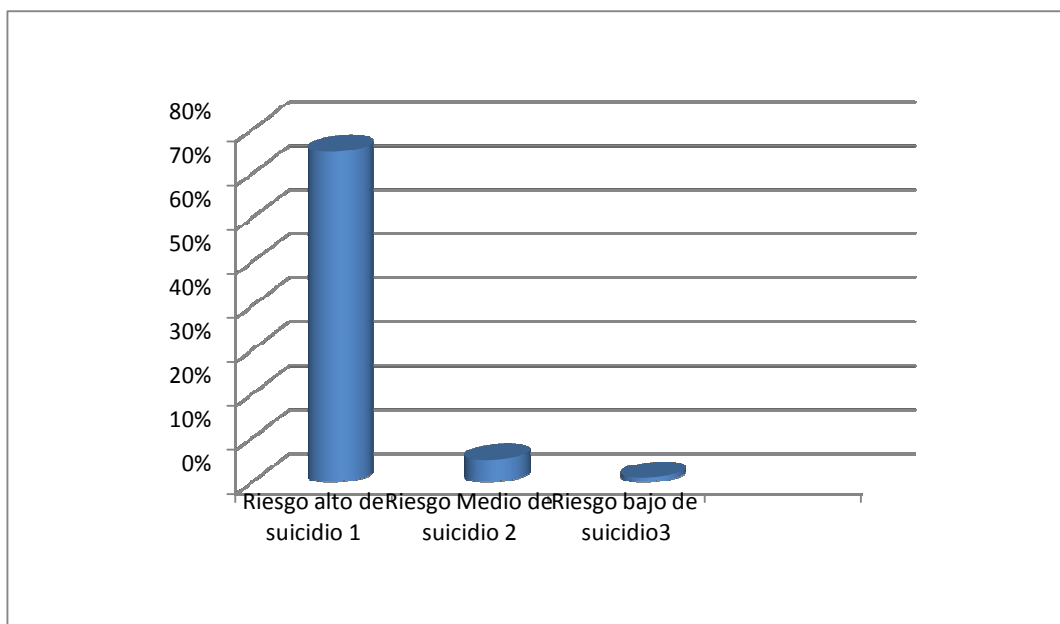


Grafico 6. Escala de Depresión de Calgary en los tres grupos según riesgo suicida
Muestra reevaluada al año.



ANÁLISIS ESTADÍSTICO DEL GRUPO DE ESQUIZOFRÉNICOS SUICIDAS, CONSIDERANDO DOS SUBGRUPOS EN FUNCIÓN DE LA „MOTIVACIÓN” SUICIDA AL INGRESO.

Análisis Un variante. Las variables analizadas fueron: puntuaciones globales de las escalas de Desesperanza de Beck, escala de Depresión de Calgary, SUMD (tres primeros ítems), todas ellas cuantitativas. En el análisis de los subtipos de esquizofrénicos suicidas, tras aplicar la U de Mann-Whitney, los dos subgrupos de pacientes diferenciados en función de la variable motivación, presentaron diferencias significativas en la Escala de Depresión de Calgary ($U = 99$; $Z = -2,6$; $P < 0,05$) y en la Escala de Desesperanza de Beck ($U = 103$; $Z = -2,4$; $P < 0,05$), con puntuaciones mayores para el subgrupo de pacientes con motivación depresiva en la tentativa suicida (Tabla IX).

Tabla IX. Escalas de evaluación psicopatológica en los Subgrupos establecidos según la Motivación suicida. Muestra reevaluada al año.

N= 39	U	Motivación Psicótica 1 (n=21)	Motivación Depresiva 2 (n =18)	P
Escala de Depresión de Calgary	99	15.7	25	0,010
Escala de Desesperanza de Beck	103	15.9	24.8	0,015

Por tanto, hallamos diferencias estadísticamente significativas entre ambos subtipos para dos de las variables psicopatológicas analizadas: depresión y desesperanza. Los pacientes con motivos depresivos para la realización de la tentativa suicida, al año presentaban mayor sintomatología depresiva y mayor desesperanza.

Al estimarse que podrían existir variables de confusión en el conjunto de variables, se realizó también la comparación entre los dos subgrupos para las variables socio demográficas y clínicas generales. Se hallaron diferencias significativas para las variables Tiempo de Evolución ($U = 68$; $Z = -3,4$; $P < 0,001$), y Edad ($U = 96$; $Z = -2,6$; $P < 0,01$). Las variables Tentativas Previas ($Ji \text{ al cuadrado} = 3,72$; $P = 0,054$) y el Nivel Educativo ($Ji \text{ al cuadrado} = 2,89$; $P = 0,089$) mostraron una tendencia a la significación (Tabla XI).

Tabla XI. Características socio demográficas y clínicas generales en los Subgrupos según la Motivación suicida. Muestra reevaluada al año.

<i>N = 39</i>	<i>Motivación Psicótica 1 (n = 21)</i>	<i>Motivación Depresiva 2 (n = 18)</i>	<i>P</i>
Sexo	Hombres = 16 Mujeres = 5	Hombres = 14 Mujeres = 4	n.s.
Edad	15,57	25,17	< 0,01
Estado Civil	Casados = 2 Otros = 19	Casados = 1 Otros = 17	n.s.
Situación Laboral	Activos = 4 Desempleados = 17	Activos = 1 Desempleados = 17	n.s.
Nivel Educativo	Sin estudios = 0 Primarios = 16 Secundarios ó > = 5	Sin estudios = 0 Primarios = 9 Secundarios ó > = 9	0,089
A. F. Suicidio	No = 12 Sí = 9	No = 13 Sí = 5	n.s.
Tentativas Previas	No = 11 Sí = 10	No = 4 Sí = 14	0,054
Tiempo Evolución	14,24	26,72	<0,001
A. P. Tóxicos	No = 12 Sí = 9	No = 11 Sí = 7	n.s.
Cumplimentación	Sí = 20 No = 1	Sí = 17 No = 1	n.s.
Tratamiento	Neuroléptico = 18 Mixto = 3	Neuroléptico = 12 Mixto = 6	n.s.

El Tiempo de Evolución mostró una correlación directa con las escalas de Desesperanza de Beck ($r = 0,50$; $P < 0,05$) y de Depresión de Calgary ($r = 0,57$; $P < 0,05$).

DISCUSIÓN

Discusión

La importancia del suicidio en la esquizofrenia es indiscutible en la actualidad. Entre el 10 – 13 % de los esquizofrénicos se suicidan siendo el suicidio la causa principal de muerte prematura en la esquizofrenia. Además, entre el 20 – 55 % de los esquizofrénicos comenten alguna tentativa suicida.

A pesar de la importancia de este fenómeno, existen muy pocos estudios que evalúen las características psicopatológicas del esquizofrénico suicida, de modo prospectivo, y en situación de estabilidad, como el estudio que presento. Esto ha sido debido, por una parte, a la complejidad metodológica que entraña el estudio de este fenómeno, y a la complejidad intrínseca que comportan la mayoría de las características clínicas que han de ser estudiadas.

En cuanto a las dificultades derivadas de la complejidad de los fenómenos clínicos implicados, basta señalar cómo hasta hace pocos años no se ha conseguido disponer de escalas adecuadas, y de demostrada validez y fiabilidad, de aspectos tan esenciales pero complejos, como la depresión o el insight.

Por otra parte son numerosos los estudios con importantes limitaciones metodológicas, como utilizar una muestra muy reducida, la heterogeneidad diagnóstica de las mismas, no incluir un grupo control, carecer de evaluaciones a doble ciego, basar la recogida de datos a partir de las anotaciones de las historias clínicas (en estudios retrospectivos sobre suicidas consumados), analizar los resultados sólo con estadística univariante, o el uso de escalas inadecuadas o poco útiles para la valoración de diferentes aspectos psicopatológicos del esquizofrénico.

En la práctica clínica, resultaría de gran valor el poder identificar a los esquizofrénicos suicidas aún en situación de alejamiento temporal de las crisis, para así poder desarrollar las estrategias de prevención, terapéuticas y de vigilancia adecuadas. De acuerdo con mi primera hipótesis, aún al año de la evaluación inicial, los esquizofrénicos pertenecientes al grupo de alto riesgo de suicidio, presentaron un perfil psicopatológico identificable, mayor depresión y desesperanza, con respecto al grupo de medio y bajo riesgo de suicidio.

Nuestros hallazgos en fase aguda afianzan la asociación defendida por diversos autores entre la depresión y el suicidio en la esquizofrenia. Por otra parte, las correlaciones halladas, apuntan a que la desesperanza, depresión e insight podría formar parte de un mismo constructo relacionado.

En nuestro estudio sobre la muestra en curso (116 pacientes), en fase aguda, donde diferenciamos entre casos (tentativas) y controles, hallamos que los esquizofrénicos con tentativa suicida tenían significativamente mayor depresión y desesperanza, mayor cumplimentación, y menor sintomatología psicótica. Sin embargo, en el análisis multivariante la única variable que permanecía significativa fue la depresión.

Aunque nuestros hallazgos y los de otros autores apuntan a que la depresión posee principalmente un carácter de estado, y que resulta la variable más importante en situación aguda, también hemos obtenido hallazgos que sugieren que posee además un componente de rasgo, al igual que otros autores. Este componente de rasgo de la depresión probablemente estaría encuadrado en el „esquema cognitivo de desesperanza - depresión“ estable a lo largo del tiempo y existente en un grupo de esquizofrénicos suicidas.

Ya en este estudio, cuando analizamos los tres grupos de la muestra al año, tanto la desesperanza como la depresión resultan mayores en el grupo de alto riesgo de suicidio con respecto a los otros dos grupos, de forma significativa. La depresión mostró tal significación a expensas de una mediana de 3, que se correspondería con „no depresión“ en una clasificación dicotómica. Esta mayor puntuación podría ser consecuencia de aquellos síntomas más cognitivos y estables que valora esta escala (como la desesperanza, infravaloración personal, o los sentimientos de culpa) y que serían los que persistirían en este grupo de pacientes con un esquema cognitivo de desesperanza - depresión.

La desesperanza ha resultado significativa en este estudio al analizar los grupos extremos, los esquizofrénicos de riesgo alto de suicidio presentaron mayor desesperanza y menor sintomatología psicótica. La desesperanza también resultó significativa al analizar los tres grupos, junto con la depresión, mayores para los esquizofrénicos de riesgo alto suicidio. En mi opinión el principal motivo para que la desesperanza sea la variable más importante para diferenciar a los esquizofrénicos de los grupos extremos es el carácter más estable de ésta con respecto a la depresión. En fase de estabilidad, los esquizofrénicos con una desesperanza basal, implicada en un esquema cognitivo de desesperanza - depresión (desesperanza como rasgo), presentarían diferencias en las puntuaciones de esta variable con respecto a aquellos sin este esquema cognitivo, como así ha sido en este estudio. Sin embargo, en fase aguda, si bien los esquizofrénicos con desesperanza basal aumentan sus niveles de desesperanza (como estado) de forma reactiva a estrés (vital, por descompensación de su enfermedad y/o depresión), los esquizofrénicos sin esta desesperanza basal pueden presentar desesperanza como estado, ante la situación de crisis.

Estos niveles de desesperanza en este grupo normalmente no serían tan altos como en aquellos en los que subyace un grado de desesperanza basal, pero sí lo suficiente como para que no pudiéramos detectar diferencias significativas entre ambos grupos.

En nuestro estudio en fase aguda, en el que la desesperanza no resultó significativa tras el análisis multivariante, los esquizofrénicos con tentativa suicida presentaron, según los puntos de corte recomendados, niveles de desesperanza de carácter moderado con una mediana de 11; mientras que los controles presentaron un nivel de desesperanza leve, con una mediana de 5.

En este estudio, los esquizofrénicos de alto riesgo suicida presentaron una desesperanza significativamente mayor que los otros grupos, con una mediana de 5, correspondiente a „desesperanza leve“, frente a los grupos de media y bajo riesgo suicida, que presentaron una mediana de 3, es decir „desesperanza ausente o mínima“

Como ya señalé, en el grupo de alto grado de suicidio, la mediana de la escala de desesperanza de Beck fue de 5, lo que se correspondería con un grado de desesperanza „leve“, al contrario que los otros dos grupos, que presentaron una mediana de 3, esto es, „ninguna o mínima“.

Dado que la evaluación corresponde al periodo de estabilidad, este valor se corresponde con lo esperado, es decir, una desesperanza basal como rasgo, leve pero existente, que ante crisis y derivado de sus características de estado aumentaría hasta niveles altos, con riesgo suicida.

Sin embargo, algunos autores y nuestro grupo de trabajo, hemos obtenido hallazgos que apuntan a que la desesperanza posee además un componente de estado, y que podría ser una variable importante en fase aguda para la identificación del esquizofrénico suicida.

En resumen, y a la vista de nuestros hallazgos y los de otros autores, aunque la depresión tiene un componente principal de estado, y la desesperanza de rasgo, ambas poseen características de rasgo y de estado, probablemente están implicadas en un esquema cognitivo de desesperanza - depresión, y existe gran interrelación entre ambas.

CONCLUSIONES

- 1).- En este estudio la desesperanza permiten identificar a la mayoría de los esquizofrénicos de riesgo alto de suicidio (66,7 %) y de bajo riesgo de suicidio (70 %), en la reevaluación al año.
- 2).- Mientras que en fase aguda la depresión permite detectar a los esquizofrénicos con alto riesgo de suicidio.
- 3).- La correlación de la depresión con la desesperanza y la intención suicida nos resultan comprensibles y esperables ya que en ambas existe fuerte relación con el suicidio.
- 4).- El grupo de alta riesgo de suicidio presenta mayor depresión y desesperanza con respecto a los otros dos grupos, lo que sugiere que ambas poseen características de rasgo.
- 5).- La sintomatología psicótica no mostró diferencias significativas en ninguno de los análisis realizados, lo que sugiere que no resulta útil para identificar a los esquizofrénicos suicidas en periodo de estabilidad.
- 6).- Aunque ambos subgrupos de esquizofrénicos suicidas no presentan diferencias en los síntomas psicóticos, éstos muestran una correlación directa con la depresión y la desesperanza.
- 8).- Al año de la evaluación inicial, las variables nivel educativo, tiempo de evolución, y antecedentes de tentativas, permiten identificar a la mayoría de los esquizofrénicos suicidas con motivación depresiva (72,2 %), mientras que ninguna de las variables psicopatológicas resulta de superior utilidad.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Addington DD, Azorin JM, Falloon IR, Gerlach J, Hirsch SR, Siris SG. Clinical issues related to depression in schizophrenia: an international survey of psychiatrists. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105(3): 189-195.
- 2.- Aguilar EJ, Leal C, Acosta FJ, Cejas MR, Fernández L, Gracia R. A psychopathological study of a group of schizophrenic patients after attempting suicide. Are there two different clinical subtypes? *Eur Psychiatry* 2003; 18(4): 190-192.
- 3.- Altamura AC, Bassetti R, Bignotti S, Pioli R, Mundo E. Clinical variables related to suicide attempts in schizophrenic patients: a retrospective study. *Schizophr Res* 2003; 60: 47-55.
- 4.- Atmaca M, Kuloglu M, Tezcan E, Ustundag B, Gecici O, Firidin B. Serum leptin and cholesterol values in suicide attempters. *Neuropsychobiology* 2002; 45: 124-127.
- 5.- Birchwood M, Iqbal Z, Chadwick P, Trower P. Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. I. Ontogeny of post-psychotic depression. *Br J Psychiatry* 2002; 177: 516-521.
- 6.- Bobes J, González MP, Sáinz PA, Bascarán MT, Bousoño M. Instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Universidad de Oviedo. Área de Psiquiatría, 2002.
- 7.- Bottlender R, Strauß A, Möller HJ. Prevalence and background factors of depression in first admitted schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 101: 153-160.
- 8.- Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 212-217.
- 9.- Candido CL, Romney DM. Depression in paranoid and nonparanoid schizophrenic patients compared with major depressive disorder. *J Affect Disord* 2002; 70: 261-271.
- 10.- Cejas M, Aguilar E, Villaverde M, Fernández L, China E, Gracia R. Subtipos de pacientes esquizofrénicos con tentativas suicidas. *Actas Esp Psiquiatr* 2000; 28(1): 1-6.
- 11.- Cejas Méndez MR, Acosta Artiles F, Aguilar García-Iturrospe E, Gracia Marco R. Esquizofrenia y Suicidio. En: Pichot P, ed. *Ciclo vital y trastornos psiquiátricos graves*. Madrid: Aula Médica, 2002; 97-113.
- 12.- Correa H, Duval F, Mokrani MC, Bailey P, Trémeau F, Staner L et al. Serotonergic function and suicidal behavior in schizophrenia. *Schizophr Res* 2002; 56: 75-85.
- 13.- Cuesta MJ, Peralta V, Zarzuela A. Reappraising insight in psychosis. Multiscale longitudinal study. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 233-240.
- 14.- De Hert M, McKenzie K, Peuskens J. Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study. *Schizophr Res* 2001; 47: 127-134.
- 15.- Ertugrul A. Clozapine and Suicide (carta). *Am J Psychiatry* 2002; 159(2): 323.

- 16.- - Gracia Marco R, Cejas Méndez MR, Villaverde ML, Acosta Artiles F, Herreros González O, Aguilar García-Iturrospe E. Variables psicopatológicas asociadas a tentativa de suicidio en pacientes esquizofrénicos. *Psiquiatría Biológica* 2002; 6(4): 148-153.
- 17.- - Kerwin R. Preventing suicide (carta). *Br J Psychiatry* 2003; 182: 366.
- 18.- Montout C, Casadebaig F, Lagnaoui R, Verdoux H, Philippe A, Begaud B et al. Neuroleptics and mortality in schizophrenia: prospective analysis of deaths in a French cohort of schizophrenic patients. *Schizophr Res* 2002; 57: 147-156.
- 19.- Siris S. Depression in schizophrenia: Perspective in the era of “atypical” antipsychotic agents. *Am J Psychiatry* 2001; 157: 1379-1389.
- 20.- Yen CF, Yeh ML, Chen CS, Cheng HH. Predictive value of insight for suicide, violence, hospitalization, and social adjustment for outpatients with schizophrenia: a prospective study. *Compr Psychiatry* 2002; 43(6): 443-447.

ANEXOS
**PROTOCOLO DE RECOGIDA DE DATOS Y VARIABLES.
EVALUACIÓN INICIAL**

NOMBRE

Nº HISTORIA

TELÉFONO Y DIRECCIÓN

EDAD

TIEMPO DE EVOLUCIÓN

SEXO

- 1) Hombre
- 2) Mujer

ESTADO CIVIL

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

SITUACIÓN LABORAL

1. Activo
2. Inactivo

EDUCACIÓN

1. Analfabeto
2. Primaria
3. Secundaria o mayor

TENTATIVA ACTUAL

1. Sí
2. No

MOTIVO DE LA TENTATIVA

1. Síntomas Psicóticos
2. Síntomas Depresivos
3. Efectos Secundarios
4. Problemas Sociofamiliares
5. Otros

TIPO DE TENTATIVA

1. Ingesta de fármacos
2. Precipitación
3. Autolesión

TENTATIVAS PREVIAS

1. Sí
2. No

NÚMERO DE TENTATIVAS PREVIAS**TRATAMIENTO ACTUAL**

1. Antipsicótico
2. Antidepresivo
3. Mixto (Indicar)

CUMPLIMENTACIÓN

1. Sí
2. No

ANTECEDENTES O CONSUMO ACTUAL DE TÓXICOS

- 0: No
- 1: Sí (Especificar)

ANTECEDENTES FAMILIARES DE SUICIDIO

- 0: No
- 1: Sí (familiares de primer o segundo rango)
- PANSS POSITIVO
- PANSS NEGATIVO

ESCALA DE DEPRESIÓN DE CALGARY**ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK****ESCALA DE INSIGHT DE AMADOR****ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK****GRUPO AL QUE PERTENECE**

1. Alta Suicidabilidad
2. Suicidabilidad Media
3. Baja Suicidabilidad

REEVALUACIÓN ANUAL**NOMBRE****EDAD****TIEMPO DE EVOLUCIÓN**

ESTADO CIVIL

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

SITUACIÓN LABORAL

1. Activo
2. Inactivo

EDUCACIÓN

1. Analfabeto
2. Primaria
3. Secundaria o mayor

TRATAMIENTO ACTUAL

1. Antipsicótico
2. Antidepresivo
3. Mixto (Indicar)

CUMPLIMENTACIÓN

1. Sí
2. No

ANTECEDENTES O CONSUMO ACTUAL DE TÓXICOS

- 0: No
- 1: Sí (Especificar)

ANTECEDENTES FAMILIARES DE SUICIDIO

- 0: No
- 1: Sí (familiares de primer o segundo rango)

REINGRESO O TENTATIVA SUICIDA EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES O MES POSTERIOR A REEVALUACIÓN

1. Sí
2. No

TENTATIVA SUICIDA DURANTE EL ÚLTIMO AÑO

1. Sí
2. No

ESCALA DE DEPRESIÓN DE CALGARY.

1. Depresión.

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

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

0 – Ausente.

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

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

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

2. Desesperanza.

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

0 – Ausente.

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

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

3 – Severo (sensación persistente y angustiosa de desesperanza)

3. Autodesprecio.

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

0 – Ausente.

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

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

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

4. Ideas de referencia de culpa.

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.

262

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 idomal, incluso cuando no es responsabilidad suya)

6. Depresión matutina.

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

0 – Ausente

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

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

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

7. Despertar precoz.

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

0 – Ausente

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

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

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

8. Suicidio.

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

0 – Ausente.

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

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

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

9. Depresión observada.

Basado en las observaciones del entrevistador durante la entrevista entera.

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

0 – Ausente.

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

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

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

ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK.

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

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

