

Seguridad en esquizofrenia: reducir el suicidio y el intento de suicidio

Donald E. Addington, MBBS

*Profesor y Catedrático de Psiquiatría, University of Calgary,
Facultad de Medicina Foothills Hospital, Calgary, Alberta, Canada*

Introducción

En Canadá y en los Estados Unidos, los informes nacionales han centrado su atención en el tema de la seguridad en los servicios de salud mental.^{1,2} y sugieren las oportunidades para mejorarla. Estas recientes revisiones muestran que hay una buena justificación para creer que la seguridad de las personas con esquizofrenia puede mejorarse reduciendo las tasas de intento de suicidio y de suicidio.

El optimismo se ha basado en el hecho de que la tasa de riesgo de suicidio a lo largo de la vida en la esquizofrenia, que durante muchos años se ha considerado del 10%, es realmente mucho menor de lo que se pensaba previamente.³ Empleando técnicas de modelos computerizados que estimaban el suicidio en una mayor periodo del curso de la vida, un estudio sugirió un riesgo menor a lo largo de la vida, alrededor del 4%.⁴ El menor riesgo durante la vida ocurre debido a que muchos estudios de seguimiento son de duración relativamente corta y el riesgo de suicidio es más alto en el inicio del curso de un trastorno.⁵ Sin embargo, la estimación menor aún sitúa el riesgo medio global de suicidio en unas 8,5 veces que la esperada en la población general.⁶

Un estudio previo concluyó, de forma un tanto pesimista, que los actos de suicidio entre las personas con esquizofrenia son a menudo tan impulsivos y difíciles de predecir que en una valoración clínica las escalas convencionales de riesgo tenían un valor limitado.⁷ Sin embargo, una reciente revisión sistemática indica

que hay diversos factores de riesgo individuales fiables para la esquizofrenia y el suicidio y para la esquizofrenia y el intento de suicidio.⁹

Además, las personas con esquizofrenia comunican sus potenciales de suicidio.¹⁰ Una revisión sistemática identificó 21 estudios que proporcionaban evidencia de nivel 1 para la prevención del suicidio, 2 de los cuales estaban relacionados exclusivamente con la esquizofrenia.¹¹ La revisión identificó 8 estrategias que eran prometedoras.

Asimismo, las guías de práctica clínica han identificado diversos tratamientos basados en la evidencia dirigidos a reducir el riesgo de suicidio en la esquizofrenia.¹²⁻¹⁴ Finalmente, también existe la evidencia alentadora de que una intervención temprana y una asistencia integral, que incluya estrategias documentadas para la prevención del suicidio puede reducir las tasas de comportamiento suicida.^{15,16}

El pesimista 10% de riesgo en el curso de la vida citado previamente se basaba en una revisión de 1990.¹⁷ Por descontado, se observó que el suicidio era la causa principal de muerte entre los pacientes con esquizofrenia en un seguimiento a 5 años 1065 pacientes de primer episodio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).^{17,18} En un estudio sueco de cohorte longitudinal de 10 años que incluía 1190 pacientes con esquizofrenia dados de alta de un hospital la mortalidad fue el doble de la tasa de la población general, siendo el suicidio la principal causa de muerte.¹⁹ En un estudio danés de seguimiento de una cohorte de 9156 pacientes

con esquizofrenia ingresados por primera vez en un hospital, hubo tasas aumentadas de suicidio en tres cohortes sucesivas de 5 años después de que los pacientes fueran dados de alta. Hubo un riesgo particularmente alto en el primer año.²⁰

Inskip y colaboradores⁴ revisaron las estimaciones de sus tasas de suicidio en personas con esquizofrenia usando nuevos métodos de modelos en los que la proporción del grupo de pacientes que había muerto se graficó con la proporción de muertes por suicidio. Los métodos con modelos se ajustaban a curvas mediante los puntos de entrada extrapolándolos a la cohorte en extinción, estimando de esta forma el riesgo de suicidio en el curso de la vida.

En un análisis más reciente, 61 estudios de cohortes longitudinales de suicidio en esquizofrenia, que incluían a más de 28.000 sujetos, se dividieron en 2 grupos: un grupo de primer episodio o primer ingreso y un grupo en el que los pacientes eran incluidos en diversas fases de la enfermedad. Para calcular el riesgo de suicidio de cada grupo se emplearon los modelos de regresión de la intersección de la mortalidad proporcionada (el porcentaje de los fallecidos que murió por suicidio) y la fatalidad de los casos (el porcentaje del total de la muestra que murió por suicidio). La estimación de la prevalencia de suicidio en el curso de la vida para los del grupo del primer episodio o comienzo de la enfermedad fue del 5,6% (intervalo de confianza, 3,7%-8,5%).⁵

La prevalencia de intentos de suicidio en esquizofrenia no está tan bien estudiada como la prevalencia de suicidio, ya que es más difícil recopilar datos empleando grandes conjuntos de datos administrativos. Estudios de cohorte han demostrado tasas de pensamiento de suicidio en un rango entre 40-55% y de intento de suicidio en un rango entre 20-50%.²¹⁻²⁴ La información acerca de los pensamientos suicidas y los intentos de suicidio anteriores se recoge normalmente mediante entrevistas y revisiones de seguimientos en series consecutivas de pacientes. Hay una confianza razonable en los datos generados ya que hay una fuerte correlación entre las valoraciones en las salas de urgen-

cias y las valoraciones de las entrevistas semiestructuradas sobre comportamiento suicida.²³ Los intentos de suicidio por pacientes con esquizofrenia eran, de promedio, más peligrosos médicamente que los intentos realizados por pacientes con otros diagnósticos.²³

Factores de riesgo para el suicidio y el intento de suicidio en la esquizofrenia

Una reciente revisión sistemática de factores de riesgo para la esquizofrenia y el suicidio identificó 29 estudios elegibles y 7 factores de riesgo robustos.⁸

El riesgo reducido se asoció con alucinaciones, odds ratio 0.50 e intervalos de confianza 0.35 - 0.71. Este hallazgo es consistente con un estudio que halló que las alucinaciones auditivas no eran más frecuentes en aquellos que habían llevado a cabo un intento de suicidio.^{8,25} En una muestra relativamente pequeña, aquellos que habían intentado el suicidio y tenían alucinaciones llevaron a cabo más intentos de suicidio que aquellos que no tenían alucinaciones. Los autores crearon la hipótesis de que las alucinaciones no eran un factor de riesgo independiente pero que aumentaban el riesgo en aquellos ya predispuestos al intento de suicidio. En general, el suicidio se asoció menos con los síntomas princeps de la psicosis y más con los síntomas afectivos, agitación y conciencia de que la enfermedad estaba afectando la función mental. La revisión incluía estudios de trastornos esquizoafectivos ya que los resultados parecían similares y los números eran insuficientes para realizar análisis independientes de los trastornos esquizoafectivos. Las implicaciones clínicas del estudio son que es probable que se consiga la prevención mediante el tratamiento activo de los síntomas y síndromes afectivos, mejorando la adherencia a los fármacos y manteniendo especial atención en los pacientes con factores de riesgo.

Los intentos de suicidio previos son un factor de riesgo significativo y se asocian con una morbilidad médica y un coste significativos. Por esta razón, sería

instructivo un examen de los factores de riesgo para los intentos de suicidio y la esquizofrenia. Una reciente revisión sistemática de los factores de riesgo para el intento de suicidio y la esquizofrenia identificó sólo 14

go de fallos individuales no es productivo y en que es posible hacer algo acerca de la calidad asistencial en ese país. Al año siguiente, el Comité para la Calidad Asistencial continuó con un informe más prescriptivo

Tabla 1. Factores de riesgo robustos para el suicidio en la esquizofrenia

Factor de riesgo	Odds ratio	Intervalo de confianza 95%
Trastorno depresivo previo	3.03	2.06 - 4.46
Intento de suicidio previo	4.09	2.79 - 6.01
Abuso de drogas	3.21	1.99 - 5.17
Agitación o agitación motora	2.61	1.54 - 4.41
Temor o desintegración mental	12.1	1.89 - 81.3
Pobre adherencia al tratamiento	3.75	2.20 - 6.37
Pérdida reciente	4.03	1.37 - 11.8

Tabla 2. Factores de riesgo para el intento de suicidio en la esquizofrenia

Factor de riesgo	Odds ratio	Intervalo de confianza 95%
Pensamiento suicida previo	4.81	1.65 - 14.1
Autolesión deliberada previa	7.55	2.31 - 24.7
Episodios depresivos previos	3.20	1.67 - 6.16
Consumo drogas o dependencia	1.81	1.03 - 3.17
Mayor número medio de ingresos psiquiátricos	2.02	1.06 - 3.00

estudios que cumplieran los criterios de selección. Examinaron 29 variables que se estudiaron en al menos 2 o más estudios y sólo encontraron 5 variables significativas⁹

Más adelante se comentan las estrategias y las intervenciones sobre 3 niveles diferentes de asistencia, incluyendo el nivel de estrategia del sistema, que comprende a los sistemas de salud y a la sociedad como a un todo; el programa nivel que incluye los servicios de salud mental o servicios específicos que proveen tratamiento para personas con esquizofrenia y el nivel individual, donde se toman las decisiones clínicas acerca del cuidado de un paciente individual.

Estrategias de Sistema

El informe del Instituto de Medicina (IOM) "Error humano: construyendo un Sistema de Salud más seguro,"²⁶ destacaba los aspectos de seguridad y calidad asistencial en el sistema de salud de USA. El informe enfatizaba que los problemas son graves, que el hallaz-

el cual esbozaba como podía mejorarse el sistema.²⁷ El impacto de estos informes está dirigiendo un programa centrado en la seguridad y la calidad asistencial en la salud.

El Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud emitió algunos nuevos requisitos organizacionales necesarios para el 2005.²⁸ Estos incluían la creación de una cultura de seguridad en el seno de una organización, mejorando la comunicación por medio de la asistencia continua y asegurando un uso seguro de los fármacos de alto riesgo.

En el 2006 el informe del IOM sobre la calidad de los servicios de salud mental y adicciones² afirmaron que el mismo marco de trabajo que usaron en su informe "Cruzando el abismo de la Calidad" sobre la mejora de la atención a la salud, también era aplicable a los servicios de salud mental y de adicciones y describió una estrategia multifactorial y global para cumplir estos objetivos. En el informe se enfatizaban diversos aspectos relacionados con la seguridad y el suicidio, especí-

ficamente la continuidad de la asistencia, la toma de decisiones basadas en la evidencia y la seguridad como una característica del sistema. En Canadá, un informe del gobierno federal¹¹ usó términos más amplios de referencia que la “seguridad” pero hizo una serie de recomendaciones acerca de la seguridad y calidad asistencial en la salud mental, incluyendo el establecimiento de una Comisión Canadiense de Salud Mental para desarrollar una estrategia de prevención nacional del suicidio. La importancia de estos informes ilustra que el tema de la seguridad, incluyendo la prevención del suicidio, se considera responsabilidad de los sistemas nacionales de salud.

Se ha aplicado una estrategia de sistemas con algún éxito, tal como informó el estudio de Cohorte de las Fuerza Aéreas de los EEUU.²⁹ Esta intervención multifacética consistió en la eliminación de cualquier estigma asociado a la búsqueda de ayuda para la salud mental o problema psicosocial, mejorando la comprensión de la salud mental y cambiando reglas y normas sociales. Tras la intervención se observó una reducción relativa del riesgo de suicidio del 33%.²⁹

Estrategias de programa

Se pueden desarrollar varios niveles de estrategias de programas usando investigación específica sobre los factores de riesgo para suicidio e intento de suicidio en esquizofrenia y las recomendaciones recogidas en los informes nacionales. Por ejemplo, la recomendación 3-2 del informe de salud mental del IOM “Cruzando el abismo de la Calidad” incluye una declaración acerca de la necesidad de obtener la mejor información comparativa disponible sobre seguridad, efectividad y disponibilidad asistencia y proveedores.²⁹

Actualmente, hay muy pocos informes rutinarios de intentos de suicidio. Aunque en la mayoría de países el estado registra las muertes por suicidio, raras veces los suicidios son tenidos en cuenta por la organización de la asistencia de salud o el proveedor excepto en los casos de mandamiento judicial en el caso de una muerte individual que ocurre mientras el paciente está en el hospital o bajo custodia médica. Los intentos de suici-

dio no se registran o se informan a nivel de programa. La investigación se ha centrado tradicionalmente más en describir y comprender al paciente individual más que en el sistema asistencial.^{23, 24, 30, 31}

Estudios más recientes se han centrado en aspectos de provisión de servicios.³²⁻³⁴ Un estudio sobre los suicidios que se habían producido dentro de los 12 meses de contacto con un servicio de salud mental sugirió que existe la necesidad de mejorar la cumplimentación y prevenir la pérdida de contacto de los pacientes con los centros de salud mental. Otra sugerencia fue que los internados necesitan eliminar las dificultades estructurales y proporcionar un seguimiento más precoz para reducir la elevada tasa de suicidios tras el alta.³⁴ Un estudio más centrado en casos-control encontró una asociación significativa entre el suicidio y la reducción en la asistencia, normalmente entre pacientes a los que los clínicos consideraban que estaban recuperados. Clínicamente, este grupo de suicidas se caracterizaba por tener más episodios previos de auto lesión, a menudo era el primer ingreso y habían expresado pensamientos suicidas durante la post asistencia. Los autores abogan por un aumento de la duración de la asistencia, quizás estandarizando 1 año como el periodo mínimo de seguimiento para la asistencia hospitalaria. Ellos estaban a favor de una estrategia más general que pudiera aplicarse al grupo completo más que a un subgrupo dado que vieron que las diferencias entre los grupos de suicidio y los de no suicidio no eran tan grandes ni tan claras; por tanto seleccionar subgrupos de pacientes probablemente no proporcionaría mejores resultados.

En los informes nacionales se tiende a enfatizar sobre las recomendaciones en seguridad organizacional dado que incluyen prácticas que pueden aplicarse en todos los servicios de salud – por ejemplo, la continuidad de la asistencia y el empleo de medidas validadas para controlar el progreso y los resultados del tratamiento.² Esto se traduce normalmente en el uso de gerentes del caso lo que es una recomendación de las guías de práctica clínica.¹⁴ También se traduce en el uso de una escala que mide los atributos clave relevantes para el suicidio y el intento de suicidio, tales como la

depresión, la desesperación y el riesgo de suicidio con el objetivo de controlar a los pacientes.³⁵

A pesar de que el tratamiento del consumo de drogas en la esquizofrenia se ha visto tradicionalmente como difícil y en ocasiones se maneja separadamente por servicios de adicción, hay evidencias que apoyan una estrategia más integrada de salud mental y de servicios de adicción,³⁶ lo cual también lo recomiendan las guías de práctica clínica.^{13,14}

Los servicios de tratamiento precoz de la psicosis establecidos durante la década pasada,³⁷ han demostrado que tienen el potencial de reducir las tasas de intento de suicidio tal como muestran los estudios que compararon el primer año de tratamiento con el año anterior al de inicio del tratamiento.^{15,38,39} Más recientemente, en comunidades donde se realizó tanto educación pública como un esfuerzo activo de un servicio de tratamiento precoz de la psicosis, hubo una reducida tasa de intentos de suicidio previo al inicio del tratamiento.¹⁶ Los investigadores sugieren que facilitar el tratamiento a niveles más bajos de los síntomas parece tener un efecto distinto sobre la suicidabilidad más allá del descenso en la duración de la psicosis no tratada. Es importante destacar que la tasa de intento de suicidio fue uno de las medidas clave del resultado para los servicios del tratamiento precoz de la psicosis que un panel multidisciplinar de expertos, consumidores, pagadores, proveedores y clínicos consideraron esenciales.⁴⁰

Considere por ejemplo este caso:

DJ era una mujer soltera de 18 años que vivía en casa de sus padres y cursaba un año extra de instituto con el objetivo de mejorar sus calificaciones en unas asignaturas seleccionadas de manera que pudiera acceder a la educación superior. A lo largo de varios meses se sintió cada vez más “paranoide”. Concretamente, sintió que sus amigos hablaban de ella a sus espaldas. Esto le produjo mucho malestar. Estas ideas llegaron a ser más focalizadas a medida que llegó a creer que ellos conspiraban para dañarla físicamente, quizás, incluso matarla. Cada vez estaba más retraída

y deprimida, evitando a sus amigos y no estudiando eficientemente. Finalmente empezó a oír voces susurrando cuando no tenía a nadie alrededor. En ese momento decidió que debía estar “loca” ya que solo los locos oyen voces. Planeó un suicidio, pero lo confesó a un consejero escolar que conocía los signos precoces de la psicosis y los servicios de tratamiento precoz de la psicosis. Al cabo de una semana se le realizó a DJ una valoración inicial e inició tratamiento con una dosis baja de antipsicótico lo cual eliminó sus síntomas de psicosis. La educación y el apoyo familiar ayudaron, su madre fue menos crítica con sus esfuerzos en el estudio y apoyó la farmacoterapia instaurada. Su madre captó rápidamente signos de recaída debido a la no adherencia al tratamiento y fue capaz de animar a su hija para que retomara la medicación. DJ acabó satisfactoriamente el instituto y encontró trabajo. Completó 3 años de seguimiento sin más recaídas y sin intentos de suicidio.

Dado que es un potente predictor de suicidio futuro, la prevención y la reducción de los intentos de suicidio en la esquizofrenia puede tener un impacto positivo a largo plazo. Los servicios par el tratamiento precoz de la psicosis aplican una serie de estrategias para la prevención del suicidio identificadas por una reciente revisión sistemática.¹¹

Tabla 3. Estrategias para la prevención del suicidio¹¹

Educación y conciencia

1. Público general
2. Proveedores de Atención Primaria
3. Otros filtros

Tratamiento

1. Farmacoterapia
2. Psicoterapia
3. Continuación de la asistencia tras intentos de Suicidio

Restricción de acceso a métodos letales

Guías para los reportajes de los medios de comunicación

Dado que el riesgo de suicidio es más alto en los estadios precoces de la esquizofrenia, sería más que apropiado que los servicios de tratamiento precoz de la psicosis prestaran mucha atención a la prevención del

suicidio. Además, dado que el periodo de tiempo tras el alta es el de más alto riesgo de suicidio, la prevención de los ingresos ofreciendo intervención precoz es potencialmente útil, ya que así, cuando no puede evitarse el ingreso, la transición entre asistencia hospitalaria y asistencia ambulatoria es más suave.^{10, 34} Esto puede conseguirse mediante servicios ambulatorios que enrolen a primeros ingresos hospitalarios antes de que dejen el hospital.

Estrategias individuales de paciente

A pesar de que hay un solapamiento entre las estrategias a todos estos niveles, tiene sentido promover el acceso público a la asistencia de salud mental si no hay recursos disponibles. Si un programa de salud mental no proporciona recursos y estructura para el control rutinario de pacientes, entonces el clínico puede hacerlo más fácilmente de forma individual. Para una prevención exitosa del suicidio son críticos la valoración y el reclutamiento de pacientes individuales. En una auditoría clínica australiana se identificó una pobre relación entre el personal y el paciente como factor relevante para el suicidio.^{32, 34} Las guías clínicas de la Asociación Americana de Psiquiatría para la valoración y el tratamiento de pacientes con comportamientos suicidas han proporcionado un marco y detalles clínicos para la valoración individual de pacientes.^{12, 34}

Tabla 4. Conceptos recomendados por la APA para la valoración de un paciente suicida¹²

Presentación actual de suicidabilidad

- A. Trastorno mental
- B. Historia
- C. Situación psicosocial
- D. Puntos fuertes y puntos vulnerables

Estimación del riesgo

Plan de tratamiento

APA = Asociación Americana de Psiquiatría

A menor escala, estudios de teoría conductista han explorado la influencia de los factores social, clínico, de autoestima y demográfico en el riesgo de suicidio de la esquizofrenia. Por ejemplo, un estudio reciente con

59 pacientes con esquizofrenia de aparición reciente mostró la influencia sobre el riesgo de suicidio de la desesperación y de la mayor duración de la psicosis no tratada. El riesgo de suicidio estaba marcado también por una auto evaluación negativa más alta y por el aislamiento social. La auto evaluación negativa se asociaba con más críticas por los familiares. Estos hallazgos respaldan la necesidad de apoyo individualizado rutinario tanto para los pacientes como para las familias.⁴¹ Además, los 2 factores de riesgo analizados previamente, depresión y adicción, requieren su identificación antes de que pueda empezarse el tratamiento y por tanto precisan atención a nivel del paciente individual.

La depresión en la esquizofrenia

La depresión ha demostrado repetidamente ser un factor de riesgo para el suicidio y para el intento de suicidio.⁴² Tradicionalmente, se ha considerado la depresión en la esquizofrenia como difícil de identificar,⁴² difícil de distinguir de los síntomas negativos⁴³ y no medida adecuadamente por las escalas estándar de puntuación de la depresión.⁴⁴ Recientemente, se ha demostrado fiable y válida una escala de puntuación de la depresión, la Escala de Calgary para la Depresión en la Esquizofrenia (CDSS) (<http://www.ucalgary.ca/cdss/>) creada específicamente para la esquizofrenia,^{35, 45} y puede utilizarse para predecir el riesgo de suicidio futuro en el contexto de un ensayo clínico aleatorizado.⁴⁶ Ello incluye ítems que puntúan la desesperación y el riesgo de suicidio, que pueden tener una validez predictiva más específica para el riesgo de suicidio que la puntuación total para la depresión.³¹ Por tanto, el CDSS es conveniente para el cribaje rutinario de pacientes con esquizofrenia por depresión y riesgo de suicidio y para controlar la efectividad del tratamiento. Ha sido traducida a 28 idiomas y se ha empleado en los recientes estudios *Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness* (CATIE).⁴⁷

Un estudio internacional realizado por expertos clínicos en la asistencia en esquizofrenia identificó 3 cuestiones que los clínicos pueden usar para el cribaje de la

depresión en la esquizofrenia:⁴⁸

1. ¿Se ha sentido usted con bajo estado de ánimo o deprimido?
2. ¿Ha sentido desesperación?
3. ¿Ha pensado alguna vez en acabar con su vida?

La evidencia para el tratamiento de la depresión en esquizofrenia es limitada. Normalmente se ha considerado la depresión como una medida secundaria del resultado del tratamiento de la esquizofrenia y los pocos estudios que se han centrado en la depresión como una medida primaria del resultado han adolecido de tener tamaños de muestra pequeños.⁴⁹ Las guías de práctica clínica sugieren que hay evidencia de nivel 2 tanto para apoyar el tratamiento antidepresivo como la terapia cognitiva para la depresión en esquizofrenia.¹⁴ También hay evidencia de que los antipsicóticos de segunda generación son más efectivos que los de primera generación en la reducción del nivel de depresión en pacientes con esquizofrenia.⁵⁰

El consumo comórbido de drogas se da en el 50% de las personas con esquizofrenia⁵¹ y, como se ha destacado anteriormente, hay evidencia de que los servicios integrados de salud mental y los programas para adicciones son beneficiosos.^{14, 52, 53} Los diversos factores que contribuyen a su efectividad incluyen el esfuerzo asertivo, el manejo del caso y una estrategia motivacional longitudinal de rendimiento por etapas para el tratamiento del consumo de drogas. Existen medidas fiables y válidas para detectar y valorar el nivel de consumo de drogas en la esquizofrenia. Las escalas clínicas de Abuso de Alcohol y Consumo de drogas son medidas breves, fiables y válidas que son adecuadas para ser usadas por los clínicos.⁵⁴ Pueden verse en: <http://www.mhsip.org/report/alcdrug.pdf>. También se ha informado sobre el beneficio obtenido al controlar los resultados de aquellos programas centrados en la esquizofrenia y el consumo de drogas.⁵⁵

Aunque hay intervenciones basadas en la evidencia

para la depresión y el consumo comórbido de drogas no hay una investigación específica que muestre que el tratamiento de estos factores de riesgo reduzca la tasa de intentos de suicidio. Sin embargo, si hay evidencia de que el uso de clozapina reduce la suicidabilidad y el pensamiento persistente de suicidio en pacientes con esquizofrenia. La evidencia para esto proviene de un innovador ensayo controlado en el que la medida primaria del resultado era la suicidabilidad aumentada.⁵⁶ Un metanálisis reciente de estudios que contrastaban tasas de suicidio o intentos de suicidio por pacientes psicóticos tratados con clozapina vs. aquellos tratados con otros agentes hallaron un reducción global de 3 veces del riesgo de comportamiento suicida.⁵⁶

Considere este caso:

BN, un varón de 41 años, divorciado, era paciente en un hospital psiquiátrico de larga estancia. Tenía múltiples delirios extraños y complejos y continuas alucinaciones auditivas y somáticas. Había sobrevivido a diversos intentos serios de suicidio a lo largo de una historia de 10 años de múltiples ingresos de urgencia, a la rotura familiar y a la pérdida de empleo. Había sido, generalmente, no cumplidor con la medicación y en aquel momento era considerado resistente al tratamiento. Estaba tomando 5 clases de fármacos psicotropos y estaba confinado en la unidad hospitalaria. Durante unos meses, su medicación psicotropa fue retirada gradualmente y se le cambió a 500mg de clozapina al día. Tras 3 meses con esta dieta, experimentó una ligera reducción de las alucinaciones y delirios y una significativa reducción del malestar y una mejora de su estado de ánimo. Se le trasladó a un centro de asistencia en comunidad abierta.

Conclusiones

La estrategia multinivel para la mejora de la seguridad en la esquizofrenia que se analiza aquí incorpora intervenciones basadas en la evidencia tales como la educación pública y de los filtros, la mejora de la continuidad asistencial, la mejora del acceso a los servicios

reduciendo el estigma y la facilitación del acceso a servicios de crisis y de emergencia. En la clínica, son importantes el tratamiento rutinario y el control de la depresión y la adicción. Esto debe incluir el acceso del paciente a un tratamiento farmacológico y psicológico de eficacia respaldada por la evidencia clínica. Finalmente, un nuevo hallazgo alentador proporciona más refuerzo basado en la evidencia acerca del beneficio de los servicios de tratamiento precoz de la psicosis en la reducción de las tasas de intento de suicidio. Aquellos programas que proporcionan educación pública y un servicio más allá de lo usual pueden, además, reducir el riesgo de intento de suicidio anterior a la entrada en el programa. El significativo solapamiento entre los factores de riesgo para el suicidio y el intento de suicidio también sugiere que las tasas de intento de suicidio son una medida de interpretación poderosa y útil para las iniciativas para prevenir el suicidio. Por tanto, los programas y los servicios para las personas con esquizofrenia deberían prestar más atención a controlar e informar de estas tasas de intento de suicidio entre sus pacientes así como en ayudar a fijar estándares y elementos clave para esta medida. Los datos recogidos deben usarse para iniciativas que garanticen y mejoren la calidad asistencial.

Caso 1

JV es una universitaria de 19 años que ha sido ingresado recientemente en la unidad psiquiátrica del hospital. La paciente fue trasladado a la unidad de urgencias tras una discusión explosiva y su comportamiento bizarro ocasionó en la llamada a la policía del campus. La paciente reporta que desde hace varios años oye voces que van y vienen, así como periodos en los que se siente como si tuviera poderes inusuales, que había intensificado con recientes experiencias con drogas. Había tenido conflictos con una compañera de habitación y en las últimas semanas había dejado de ir a clase. Describe haber asistido a varias sesiones de apoyo psicológico hace 2 años después de que su madre descubriera que se había cortado las muñecas, pero desde entonces no había visitado a ningún profesional de la salud mental. Por otra parte, la historia médica anterior no es relevante.

Durante el examen la paciente muestra un afecto limitado, parece distraída, y se levanta con frecuencia para caminar. Está orientada temporo-espacialmente pero tiene algunos pensamientos delusionales en relación con el propósito de su hospitalización. Niega tener pensamientos suicidas pero los experimentó en el pasado, particularmente tras un desacuerdo familiar grave. Con excepción de los cortes de las muñecas niega intentos de suicidio previos.

Caso 2

JW tuvo un rápido descenso de sus síntomas psicóticos durante la hospitalización. Durante las primeras semanas tras el alta tuvo algunos pensamientos suicidas pero se resolvieron sin incidentes con el ajuste de la dosis de su antipsicótico y la adición de un antidepresivo y no se han repetido. Vive con sus padres y tiene un buen comportamiento en la universidad local y se ha reencontrado con sus viejos amigos. Ahora que ya hace un año de su hospitalización JW pregunta si puede dejar su medicación antipsicótica.

La Bibliografía y las tablas de los artículos se la pueden pedir a: lydiazuloaga@ya.com