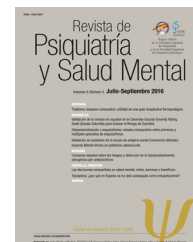




Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



CARTA CIENTÍFICA

¿Es la alteración en el reconocimiento emocional un factor de riesgo específico de tentativa suicida?



Is the alteration in emotional recognition a specific risk factor of suicide attempt?

El suicidio es la primera causa de mortalidad no-natural en nuestro país. Todos los esfuerzos dirigidos a una mejor predicción y prevención de las tentativas suicidas son un modo indirecto de contribuir a la disminución del número total de suicidios consumados¹. A pesar de los numerosos esfuerzos realizados hasta la fecha, la psiquiatría actual basa sus diagnósticos en observaciones y descripciones de los comportamientos², pero es de esperar que la futura psiquiatría de precisión, evolucione hacia la utilización de algoritmos de riesgo y la individualización, ofreciendo una perspectiva personalizada a cada paciente³. Recientes estudios han puesto de relieve que diversas alteraciones cognitivas podrían estar relacionadas con la vulnerabilidad suicida, entre las que cabe destacar: déficits en memoria de trabajo, fluencia verbal, resolución de problemas, inhibición, flexibilidad cognitiva y reconocimiento emocional⁴. Centrándonos en este último, es bien conocido que se trata de un componente central de la comunicación no verbal, siendo las dificultades en esta área, un factor crítico para una buena competencia social, funcionamiento interpersonal y calidad de vida. Esta habilidad no solo engloba la interpretación de las emociones sociales, sino también la habilidad para manejar las consecuencias emocionales, pudiendo ser un factor clave en el comportamiento suicida⁵. La interpretación de las expresiones faciales parece ser congruente con el estado de ánimo, ya que se ha comprobado que, en pacientes con diagnóstico de depresión, existe una tendencia a valorar de modo más negativo las expresiones faciales positivas, ambiguas o neutras⁶. Y, más concretamente, los pacientes con antecedentes personales de tentativa suicida tienden a cometer significativamente más errores en el reconocimiento emocional en comparación con controles sanos⁷, mostrando de modo específico, especial dificultad en la valoración de expresiones emocionales de enfado⁸.

El principal objetivo del presente estudio es determinar si existen alteraciones en el reconocimiento emocional que se

asocian de modo específico al comportamiento suicida. Para ello se ha estudiado una muestra compuesta por 98 personas agrupadas del siguiente modo: pacientes con diagnóstico DSM-5 de depresión mayor (DM) y antecedentes de tentativa suicida (TS) previa, $n = 47$, grupo 1 (edad media [DE] = 50,91 [9,81]; mujeres: 63,8%), pacientes con DM sin TS previas, $n = 31$, grupo 2 (edad media [DE] = 54,35 [11,61]; mujeres: 51,6%) y un grupo de controles sanos, $n = 19$, grupo 3 (edad media [DE] = 47,55 [10,47]; mujeres: 55,0%). Todos los participantes fueron evaluados utilizando la Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS)⁹ y el test de la mirada (RMET)¹⁰. Ambos grupos de pacientes diagnosticados de depresión eran similares en cuanto a la gravedad de la misma (HDRS grupo 1 = 20,82 [4,36] vs. HDRS grupo 2 = 21,32 [3,67], $t = -0,519$, $p = 0,605$). En la [tabla 1](#) se muestran las características socio-demográficas de la muestra. Los resultados obtenidos en el RMET, aparecen en la [tabla 2](#). Como puede observarse en dicha [tabla 2](#), tras la realización del correspondiente ANOVA, los pacientes del grupo 1 y 2 se diferencian significativamente del grupo 3 (controles sanos) tanto en la puntuación total, como en el reconocimiento de emociones positivas, negativas o neutras. No obstante, en ninguno de los casos se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos 1 y 2.

Es importante señalar que, en contraste con lo referido por Richard-Devantoy et al.¹¹, los pacientes con antecedentes de TS previa no presentaban un peor rendimiento en el reconocimiento emocional de emociones negativas (disgusto) cuando se comparan con pacientes de características clínicas similares, pero sin dichos antecedentes. Si bien, nuestros resultados son acordes a aquellos que sugieren que los pacientes con antecedentes de TS ejecutan peor esta tarea que los correspondientes controles sanos^{5,7}.

El presente estudio contribuye a incrementar el conocimiento previo sobre el tema al demostrar que las alteraciones del reconocimiento emocional no se asocian de modo específico al comportamiento suicida, al menos en DM. Debido al tamaño muestral del presente estudio y a la posibilidad de existencia de error tipo II, nuestros resultados han de considerarse con la adecuada cautela.

Financiación

Este estudio ha sido financiado por el Ministerio de Economía, Industria y Competitividad a través del Instituto de

Tabla 1 Características sociodemográficas de la muestra

	Total n = 98	DM con TS n = 47	DM sin TS n = 31	Controles sanos n = 20	χ^2 (gl)/F (gl) ^a	Valor de p
Sexo, n (%)						
Varones	41 (41,8)	17 (36,2)	15 (48,4)	9 (45,0)	1.249 (2)	0,143
Mujeres	57 (58,2)	30 (63,8)	16 (51,6)	11 (55,0)		
Edad, media (DE)	51,32 (10,47)	50,91 (9,81)	54,35 (11,61)	47,55 (10,47)	2.728 (97) ^a	0,070
Estado civil, n (%)						
Solteros	5 (5,1)	1 (2,1)	1 (3,2)	3 (15,0)	13.231 (6)	0,040
Casados/pareja	66 (67,3)	27 (57,4)	25 (80,6)	14 (70,0)		
Separado/divorciado	22 (22,4)	16 (34,0)	3 (9,7)	3 (15,0)		
Viudo	5 (5,1)	3 (6,4)	2 (6,5)	0 (0,0)		
Convivencia, n (%)						
Padres	8 (8,2)	3 (6,4)	2 (6,5)	3 (15,0)	11.384 (6)	0,077
Hijos	23 (23,5)	13 (27,7)	2 (6,5)	8 (40,0)		
Pareja	56 (57,1)	26 (55,3)	23 (74,2)	7 (35,0)		
Solo	11 (11,2)	5 (10,6)	4 (12,9)	2 (10,0)		
Nivel de estudios, n (%)						
Primarios	57 (58,2)	22 (46,8)	20 (64,5)	15 (75,0)	5.334 (2)	0,069
Secundarios/universitarios	41 (41,8)	25 (53,2)	11 (35,5)	5 (25,0)		
Situación laboral, n (%)						
Trabajan	25 (25,5)	5 (10,6)	4 (12,9)	16 (80,0)	39.313 (2)	0,000
No trabajan	73 (74,5)	42 (89,4)	27 (87,1)	4 (20,0)		
Religión, n (%)						
Sí	45 (45,9)	19 (40,4)	15 (48,4)	11 (55,0)	1.311 (2)	0,519
No	53 (54,1)	28 (59,6)	16 (51,6)	9 (45,0)		

DE: desviación estándar; DM: depresión mayor; TS: tentativa suicida.

^a ANOVA de un factor.**Tabla 2** Características clínicas de la muestra

	Total n = 98	DM con TS n = 47	DM sin TS n = 31	Controles sanos n = 20	χ^2 (gl)/F (gl) ^d	Valor de p
Enfermedad somática, n (%)						
Sí	74 (75,5)	33 (70,2)	24 (77,4)	17 (85,0)	1.748 (2)	0,417
No	24 (24,5)	14 (29,8)	7 (22,6)	3 (15,0)		
Consumo de tabaco, n (%)						
Sí	48 (49,0)	27 (57,4)	15 (48,4)	14 (70,0)	4.236 (2)	0,120
No	50 (51,0)	20 (42,6)	16 (51,6)	6 (30,0)		
Consumo de alcohol, n (%)						
Sí	70 (71,4)	31 (66,0)	24 (77,4)	15 (75,0)	1.360 (2)	0,507
No	28 (28,6)	16 (34,0)	7 (22,6)	5 (25,0)		
AF tentativa suicidio, n (%)						
Sí	20 (20,4)	11 (23,4)	9 (29,0)	0 (0,0)	6.807 (2)	0,033
No	78 (79,6)	36 (76,6)	22 (71,0)	20 (100,0)		
AF suicidio consumado, n (%)						
Sí	19 (19,4)	10 (21,3)	9 (29,0)	0 (0,0)	6.762 (2)	0,034
No	79 (80,6)	37 (78,7)	22 (71,0)	20 (100,0)		
Ideación suicida actual, n (%)						
Sí	21 (21,4)	18 (38,3)	3 (9,7)	0 (0,0)	15.941 (2)	0,000
No	77 (78,6)	29 (61,7)	28 (90,3)	20 (100,0)		

Tabla 2 (continuación)

	Total n = 98	DM con TS n = 47	DM sin TS n = 31	Controles sanos n = 20	χ^2 (gl)/F (gl) ^d	Valor de p
HDRS, media (DE)	16,90 (8,95)	20,82 (4,36)	21,32 (3,67)	0,85 (0,93) ^a	237.295 (97) ^d	0,000
CTQ total, media (DE)	46,91 (18,31)	53,93 (19,93)	46,77 (13,45)	30,65 (8,04) ^a	14.493 (97) ^d	0,000
CTQ-emocional	8,71 (4,27)	9,44 (4,85)	8,03 (4,15)	8,05 (2,52)	1.334 (97) ^d	0,268
CTQ-físico	7,28 (3,86)	7,12 (24,06)	5,90 (1,77)	9,80 (4,61) ^a	7.038 (97) ^d	0,001
CTQ-sexual	6,52 (3,96)	7,31 (4,81)	6,06 (3,42)	5,35 (1,56)	2.070 (97) ^d	0,132
CTQ-negligencia emocional	11,46 (5,25)	11,63 (5,48)	10,09 (5,21)	13,20 (4,37) ^b	2.219 (97) ^d	0,114
CTQ-negligencia física	9,08 (3,81)	8,85 (3,70)	7,74 (3,98)	11,70 (2,36) ^a	7.639 (97) ^d	0,001
LTE Brugh, media (DE)	2,86 (2,26)	3,31 (2,97)	2,58 (1,11)	10,19 (5,11)	1.966 (97) ^d	0,146
BIS-11 total, media (DE)	69,44 (10,76)	72,34 (10,79)	68,74 (12,22)	63,75 (4,27) ^b	4.932 (97) ^d	0,009
BIS-11-cognitiva	20,37 (3,65)	21,23 (3,49)	21,32 (3,26)	16,90 (2,40) ^a	14.573 (97) ^d	0,000
BIS-11-motora	21,50 (5,17)	23,55 (4,62)	21,00 (5,60)	17,45 (2,70) ^c	0,936 (200) ^d	0,000
BIS-11-planificación	25,98 (6,02)	27,55 (5,99)	26,41 (6,25)	21,65 (3,24) ^a	0,048 (200) ^d	0,001
RMET total, media (DE)	20,79 (5,17)	20,00 (4,90)	19,41 (5,29)	24,80 (3,54) ^a	8.896 (97) ^d	0,000
Emociones positivas	4,67 (1,91)	4,55 (1,88)	4,12 (1,87)	5,80 (1,67) ^a	5.195 (97) ^d	0,007
Emociones negativas	7,05 (2,19)	6,70 (2,13)	6,87 (2,30)	8,15 (1,89) ^a	3.350 (97) ^d	0,039
Emociones neutrales	9,07 (2,33)	8,74 (2,29)	8,41 (2,30)	10,85 (1,53) ^a	8.656 (97) ^d	0,000

AF: antecedentes familiares; BIS-11: escala de impulsividad de Barrat; CTQ: cuestionario de acontecimientos traumáticos en la infancia; DE: desviación estándar; DM: depresión mayor; HDRS: escala de Hamilton para la depresión; LTE: escala de acontecimientos vitales estresantes; RMET: *Reading the mind in the eyes*; TS: tentativa suicida.

^a Grupo 3 vs. grupos 1 y 2. Grupo 3 vs. grupos 1 y 2 Duncan post hoc test.

^b Grupo 2 vs. grupos 1 y 3. Grupo 2 vs. grupos 1 y 3 Duncan post hoc test.

^c Grupo 1 vs. grupo 2 vs. grupo 3. Grupo 1 vs. grupos 2 y 3 Duncan post hoc test.

^d ANOVA de un factor.

Salud Carlos III (FIS PI14/02029) y los Fondos Europeos de Desarrollo Regional (FEDER) y, parcialmente, por el Centro de investigación Biomédica en Red de Salud Mental.

Bibliografía

- Fernández-Peláez AD, Rodríguez-Revuelta J, Abad I, Velasco A, Burón P, García-Portilla MP, et al. A propósito de la utilidad de la Escala Abreviada de Personalidad y Acontecimientos Vitales (S-PILE) en la detección de las tentativas de suicidio. *Rev Psiquiatr Salud Ment* (Barc.). 2017;10:218–9.
- Meana JJ, Mollinedo-Gajate I. Biomarcadores en Psiquiatría: entre el mito y la realidad clínica. *Rev Psiquiatr Salud Ment* (Barc.). 2017;10:183–4.
- Barrigón ML, Baca-García E. Retos actuales en la investigación en suicidio. *Rev Psiquiatr Salud Ment* (Barc.). 2018;11:1–3.
- Deisenhammer EA, Schimid SK, Kemmler G, Moser B, Delazer M. Decision making under risk and under ambiguity in depressed suicide attempters, depressed non-attempters and healthy controls. *J Affect Disord*. 2018;15:261–6.
- Szanto K, Dombrowski AY, Sahakian BJ, Mulsant BH, Houck PR, Reynolds CF, et al. Social emotion recognition, social functioning, and attempted suicide in late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012;20:257–65.
- Richman MJ, Unoka Z. Mental state decoding impairment in major depression and borderline personality disorder: Meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2015;207:483–9.
- Kiosses DM, Szanto K, Alexopoulos GS. Suicide in older adults: The role of emotions and cognition. *Curr Psychiatry Rep*. 2014;16:495.
- Jollant F, Lawrence NS, Giampietro V, Brammer MJ, Fullana MA, Drapier D, et al. Orbitofrontal cortex response to angry faces in men with histories of suicide attempts. *Am J Psychiatry*. 2008;165:740–8.
- Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatr*. 1960;23:56–62.
- Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste Y, Plumb I. The “reading the mind in the eyes” test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001;42:241–51.
- Richard-Devantoy S, Guillaume S, Olié E, Courtet P, Jollant F. Altered explicit recognition of facial disgust associated with predisposition to suicidal behavior but not depression. *J Affect Disord*. 2013;150:590–3.

Ángela Velasco^{a,*}, Julia Rodríguez-Revuelta^{a,b}, Lorena de la Fuente-Tomás^a, Abel Diego Fernández-Peláez^a, Francesco Dal Santo^b, Luis Jiménez-Treviño^{a,b}, Iciar Abad^b, Leticia González-Blanco^{b,c}, María Paz García-Portilla^{a,b,c} y Pilar Alejandra Saiz^{a,b,c}

^a Área de Psiquiatría, Universidad de Oviedo, Oviedo, Asturias, España

^b Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), Oviedo, Asturias, España

^c Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: angelaig@outlook.com (Á. Velasco).