

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



Universitat Autònoma de Barcelona

TESI DOCTORAL

**Característiques neuropsicològiques, psicopatològiques
i tret de personalitat impulsiu en la conducta suïcida**

Angels Deu Coll

Abril 2023

Directors :

DR. JOAN DEUS YELA

DR. VICTOR PEREZ SOLA

DR. FRANCISCO JAVIER DE DIEGO ADELIÑO

Tutor:

DR. FRANCISCO JAVIER DE DIEGO ADELIÑO

Doctorat en Psiquiatria

Departament de Psiquiatria i Medicina Legal

Facultat de Medicina

Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)

El Dr. Joan Deus Yela, catedràtic del Departament de Psicologia Clínica i de la Salut de la Facultat de Psicologia de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), el Dr. Víctor Pérez Sola, Cap del Servei de Psiquiatria de l'Hospital del Mar-Parc Salut Mar i professor associat de la Universitat Pompeu Fabra (UPF), i el Dr. Francisco Javier de Diego Adeliño, professor titular del Departament de Psiquiatria i Medicina Legal de la Facultat de Medicina de la UAB,

DECLAREN

Que com a directors han supervisat la present tesi doctoral, titulada "*Característiques neuropsicològiques, psicopatològiques i tret de personalitat impulsiu en la conducta suïcida*" realitzada i presentada per Angels Deu Coll, dins el programa de doctorat de Psiquiatria del Departament de Psiquiatria i Medicina Legal de la Facultat de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Tanmateix, informen i fan constar que aquesta tesi compleix tots els requisits acadèmics i científics necessaris per ser defensada amb l'objectiu de poder obtenir el grau de Doctora.

Firmen,

JUAN
DEUS YELA
- DNI
38804162B

Firmado digitalmente por
JUAN DEUS YELA - DNI
38804162B
Nombre de
reconocimiento (DN):
c=ES, sn=DEUS YELA,
givenName=JUAN,
serialNumber=IDCES-3880
4162B, cn=JUAN DEUS
YELA - DNI 38804162B
Fecha: 2023.03.09 09:23:17
+01'00'

Perez
SOLA
VICTOR -
39158256
C

Firmado
digitalmente por
PEREZ SOLA
VICTOR -
39158256C
Fecha:
2023.03.08
16:23:27 +01'00'

FRANCISCO
JAVIER DE DIEGO
ADELIÑO /
num:08388540

Signat digitalment per
FRANCISCO JAVIER DE
DIEGO ADELIÑO /
num:08388540
Data: 2023.03.08
16:39:42 +01'00'

Dr. Joan Deus Yela

Dr. Víctor Pérez Sola

Dr. Francisco Javier de Diego

Universitat Autònoma de Barcelona

Bellaterra, a 9 de març de 2023

Agraïments:

A tots els meus directors de tesi, Joan, Víctor i Javier pel vostre recolzament i bons consells.

Gràcies Joan, per la teva confiança dipositada des del primer dia que et vaig conèixer. Sempre m'has transmès la teva absoluta confiança i m'has animat a tirar endavant amb els teus consells i coneixements i amb la teva actitud sempre positiva.

Gràcies Susana, "la meua veu de la consciència", amb els teus consells i el teu recolzament he aconseguit els meus objectius professionals i he aconseguit realitzar aquesta tesi.

A la Direcció Mèdica de la Xarxa de Salut Mental de l'Institut d'Assistència Sanitària per donar-me l'oportunitat de realitzar la investigació dins l'àmbit hospitalari. En Domènec, per fer-m'ho fàcil i cedir-me un espai per poder realitzar l'estudi.

A la Maria Buxó d'Idibgi, per la teva ajuda, recolzament i infinita paciència durant el procés de la meua tesi.

Al Professor Rory O'Connor per donar-me l'oportunitat de formar part del teu equip del "Suicidal Behaviour Research Laboratory" de Glasgow i compartir els teus amplis coneixements en aquest àmbit, així com a tot el teu equip per la bona acollida que m'heu donat sempre.

A tots els pacients i participants d'aquest estudi per accedir voluntàriament a formar part d'aquesta tesi.

A la Isa, per la teua paciència i recolzament incondicional durant tot aquest temps.

A les meves amigues, companyes de feina i família, que sempre m'heu recolzat i animat a tirar endavant amb aquest treball.

Als meus pares, sempre fent-me costat i animant-me. Desgraciadament no han pogut veure finalitzada la meua tesi. A vosaltres us la dedico.

INDEX

1.	INTRODUCCIÓ.....	18
1.1.	Generalitats de la conducta suïcida	18
1.2.	Definició i classificació de la conducta suïcida	19
1.3.	Dades epidemiològiques	22
1.4.	Mètodes de Suïcidi	28
1.5.	Factors de risc – Causes.....	32
1.6.	Psicopatologia i personalitat	37
1.7.	Neuropsicologia i neurobiologia del suïcidi	43
2.	OBJECTIUS	50
3.	HIPÒTESIS.....	52
3.1.	Hipòtesi 1:	52
3.2.	Hipòtesi 2:	54
3.3.	Hipòtesi 3:	55
3.4.	Hipòtesi 4:	55
4.	METODE	56
4.1.	Mostra:.....	56
4.2.	Procediment.....	57
4.2.1.	Reclutament de la mostra	57
4.2.2.	Consentiment informat:.....	58
4.2.3.	Selecció de la mostra.....	59
4.3.	Avaluació	60
4.4.	Instruments	61
4.4.1.	Variables sociodemogràfiques:	61
4.4.2.	Avaluació psicològica:	61
4.4.3.	Avaluació neuropsicològica:.....	64
4.5.	Recerca bibliogràfica	67

4.6	Estimació mida mostra.....	67
5.	ANÀLISIS ESTADÍSTIC.....	68
	Descripció per les diferents casuístiques:	68
5.1.	Hipòtesi 1:	69
5.1.1.	Hipòtesi 1.1:	69
5.1.2.	Hipòtesi 1.2:	69
5.1.3.	Hipòtesi 1.3:	69
5.1.4.	Hipòtesi 1.4:	70
5.2.	Hipòtesi 2:	71
5.2.1.	Hipòtesi 2.1:	71
5.2.2.	Hipòtesi 2.2:	71
5.2.3.	Hipòtesi 2.3:	72
5.3.	Hipòtesi 3:	72
5.4.	Hipòtesi 4:	73
6.	RESULTATS.....	75
6.1.	Descriptiva de les variables sociodemogràfiques	75
6.2.	Objectiu 1	81
6.3.	Objectiu 2:	98
6.4.	Objectiu 3:	111
6.5.	Objectiu 4:	137
6.6.	Regressió logística univariant.....	144
6.7.	Regressió logística multivariant	146
7.	DISCUSSIÓ.....	149
7.1.	Dades Sociodemogràfiques.....	149
7.2.	Dades clíniques – Psicopatològiques.....	152
7.2.1.	IMPULSIVITAT.....	152
7.2.2.	PSICOPATOLOGIA	154
7.3.	Característiques Neuropsicològiques.....	160

7.3.1.	Test de classificació de targetes de Wisconsin (WCST).....	160
7.3.2.	Test del traçat (Trail-Making Test -TMT).....	161
7.3.3.	Escala d'Intel·ligència de Wechsler per Adults-IV (WAIS-IV).....	162
7.3.4.	Test de colors i paraules (Stroop Test).....	163
7.3.5.	Torre de Londres (TOL).....	163
7.4.	Resum.....	166
7.5.	Limitacions:	167
7.6.	Implicacions:.....	168
7.7.	Futures investigacions:.....	168
8.	CONCLUSIONS	169
9.	REFERÈNCIES	172
9.	ANNEX	188

INDEX DE TAULES

Taula 1. Classificació dels tipus de suïcidi segons Durkheim (1897).....	20
Taula 2. Classificació per cada tipus de suïcidi segons Beck i Greenberg (1971).....	21
Taula 3. OMS (2020). Global Health Estimates 2019: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2019. Geneva: World Health Organization.....	23
Taula 4. OMS (2020). Global Health Estimates 2019. Crude suicide rates (per 100.000 population) in Spain.....	24
Taula 5. Causes de mort externa a Espanya al 2018. INEbase, 2019.....	24
Taula 6. Morts per suïcidi a Girona i Catalunya segons INEbase.....	25
Taula 7. Morts per suïcidi per sexes a Girona i Catalunya segons INEbase.....	26
Taula 8. Causes de mort externa a Espanya al 2021. INEbase, 2023.....	27
Taula 9. Mètodes de suïcidi per gènere als països de la EAAD (Europa) al 2000-2005.....	29
Taula 10. Mètodes de suïcidi segons les dades recollides per Tsirigotis (2011) i Ansean (INE, 2012).	30
Taula 11. Mètodes de suïcidi segons les dades recollides per Hawton (2003).....	31
Taula 12. Criteris d'inclusió i exclusió dels casos i controls.....	59
Taula 13. Procés de recollida de dades i instruments utilitzats.....	60
Taula 14. Distribució de la mostra per Estat civil.....	76
Taula 15. Nombre de fills de la mostra.....	77
Taula 16. Distribució de la mostra per situació laboral.	77
Taula 17: nombre i percentatge dels diagnòstics del grup cas.....	79
Taula 18. Mètode utilitzat en la temptativa autolítica diferenciada per sexes.....	81
Taula 19. Comparació del grup control i grup TA, en les puntuacions escalars del Trail Making Test (TMT), subescales del WAIS-IV i puntuacions típiques de l'Stroop.....	82
Taula 20. Comparació de la mostra en les puntuacions estàndards del test de la Torre de Londres (ToL).....	83
Taula 21: Comparació entre grup control i TA de les puntuacions totals del WCST.....	84
Taula 22: Comparació entre grup control i TA de les escales del WCST.....	84

Taula 23: Comparació entre grup control i TA de les puntuacions de l'escala Aprendre a aprendre (AAA) del WCST.	85
Taula 24: Comparació entre grup TA i grup control de les puntuacions del test d'impulsivitat de Barrat (BIS-11).	86
Taula 25: Comparació de les puntuacions del test d'impulsivitat BIS-11 de grup TA.....	86
Taula 26: Comparació de les puntuacions típiques totals del WCST entre impulsius i no impulsius del grup TA.	87
Taula 27: Comparació de les escales del WCST entre impulsius i no impulsius del grup TA.	88
Taula 28. Comparació de les puntuacions escalars del TMT (Trail Making Test), subescales del WAIS-IV, puntuacions típiques de l'Stroop i puntuacions estàndards del test de la Torre de Londres (ToL), entre els subjectes impulsius i els no impulsius del grup de TA.....	89
Taula 29. Comparació de les puntuacions directes del Patient Health Questionnaire (PHQ9) i de la proporció de casos entre el grup d'impulsius i els no impulsius de la puntuació de l'ítem 9 del PHQ9, de l'ítem 7 de l'Escala d'intencionalitat suïcida (SIS) de Beck i de la part 1 de l'Inventari de respostes d'afrontament per adults (CRI-A).	90
Taula 30. Puntuacions T de les respostes d'afrontament a un problema.	91
Taula 31. Comparació de les puntuacions T mitjanes del PAI entre el grup control i el grup TA. ..	93
Taula 32. Comparació de les puntuacions T mitjanes de les subescales de l'inventari PAI	95
Taula 33. Comparació de les puntuacions T mitjanes dels índexs complementaris de l'inventari PAI	96
Taula 34: Comparació de les puntuacions típiques totals del WCST entre els que han realitzat una TA posterior i els que no han realitzat TA posterior.	98
Taula 35: Comparació de les escales del WCST entre els que han realitzat una TA posterior i els que no han realitzat TA posterior.	99
Taula 36: Comparació de les escales del WCST entre els que han realitzat una TA prèvia i els que no han realitzat TA prèvia.	99
Taula 37. Comparació en les puntuacions escalars TMT (Trail Making Test), subescales del WAIS-IV, puntuacions típiques de l'Stroop i les puntuacions estàndards del test de la Torre de Londres (ToL), entre els TA posterior NO i TA posterior SI.	101
Taula 38: Comparació de les TA posteriors a la valoració i de les puntuacions del test d'impulsivitat BIS-11 del grup TA prèvies NO i el grup TA prèvies SI.....	101

Taula 39. Comparació de les puntuacions directes del Patient Health Questionnaire (PHQ9) i de la proporció de casos entre el grup que ha realitzat alguna TA posterior i el que no n’han fet de la puntuació de l’ítem 9 del PHQ9, de l’ítem 7 de l’Escala d’intencionalitat suïcida (SIS) de Beck i de la part 1 de l’Inventari de respostes d’afrontament per adults (CRI-A).....	102
Taula 40. Comparativa de les puntuacions T de les respostes d’afrontament davant un problema.	104
Taula 41: Comparació de les puntuacions del test d’impulsivitat BIS-11 entre TA posterior NO i TA posterior SI.	105
Taula 42. Comparació de les puntuacions T de les escales de validesa, escales clíniques, escales relacionades amb el tractament i les escales de relació interpersonal del PAI entre TA posterior NO i TA posterior SI.	106
Taula 43. Comparació de les puntuacions T de les subescales de l’inventari PAI entre TA posterior NO i TA posterior SI.	108
Taula 44. Comparació de les puntuacions T dels índexs complementaris de l’inventari PAI entre TA posterior NO i TA posterior SI.	109
Taula 45. Comparació de les puntuacions T de les escales de validesa, escales clíniques, escales relacionades amb el tractament i les escales de relació interpersonal del PAI entre impulsu NO i impulsu SI.	111
Taula 46. Comparació de les puntuacions T de les subescales de l’inventari PAI entre impulsu NO i impulsu SI	113
Taula 47. Comparació de les puntuacions T mitjanes de les subescales del PAI entre impulsu NO i impulsu SI	114
Taula 48. Comparació de les puntuacions T de les escales de validesa, escales clíniques, escales relacionades amb el tractament i les escales de relació interpersonal del PAI entre TA prèvies NO i TA prèvies SI.	117
Taula 49. Comparació de les puntuacions T de les subescales de l’inventari PAI	120
Taula 50. Comparació de les puntuacions T dels índexs complementaris de l’inventari PAI.....	122
Taula 51. Comparació entre grup control, TA prèvies NO (TApre-no) i TA prèvies SI (TApre-si) en el test de Wisconsin (WCST).	126
Taula 52. Comparació entre grup control, TApre-no i TApre-si en funcions executives	127
Taula 53. Comparació entre grup control, TApre-no i TApre-si en el PHQ9 i BIS-11.....	129

Taula 54. Comparació entre grup control, TApre-no i TApre-si en respostes d'afrontament davant un problema (CRI-A).....	130
Taula 55. Comparació entre grup control, grup TApre-no i grup TApre-si en l'Inventari d'avaluació de la Personalitat (PAI).....	131
Taula 56. Comparació entre grup control, grup TApre-no i grup TApre-si en les subescales de l'Inventari PAI.....	133
Taula 57. Comparació entre grup control, grup TApre-no i grup TApre-si en els índexs complementaris de l'Inventari PAI.....	135
Taula 58. Comparació en les puntuacions del SIS, PHQ9, PHQ9 ítem 9, l'escala d'impulsivitat BIS-11, WCST, puntuacions escalars de les subescales del WAIS-IV, i les puntuacions estàndards totals del test de la Torre de Londres (ToL), entre els subjectes dones menors de 49 anys i dones majors de 49 anys del grup de TA.....	137
Taula 59. Comparació de les puntuacions T de les escales de validesa, escales clíniques, escales relacionades amb el tractament, les escales de relació interpersonal, subescales i índexs complementaris del PAI del dos grup de dones.....	139
Taula 60. Factors associats amb les puntuacions de l'Escala d'intencionalitat suïcida de Beck (SIS).....	144
Taula 61. Regressió logística multivariant per factors associats a les puntuacions de l'Escala d'intencionalitat suïcida de Beck (SIS).....	146

INDEX DE FIGURES

Figura 1. Mortis per suïcidi a Girona i Catalunya segons INEbase.	25
Figura 2. Mortis per suïcidi per sexes a Girona i Catalunya segons INEbase.	26
Figura 3. Diagrama de fluxe de la mostra del grup de casos	56
Figura 4. Distribució de la mostra per sexes	75
Figura 5. Distribució de la variable edat per casos i controls.....	76
Figura 6. Distribució del grup experimental per nivell d'estudis.	78
Figura 7: distribució dels pacients del grup experimental segons el centre de salut mental al que corresponen.	79
Figura 8: diagnòstic psicopatològic segons criteri clínic dels pacients del grup experimental.....	79
Figura 9: temptatives autolítiques prèvies i temptatives autolítiques a l'any de realitzar-se la valoració.	80
Figura 10. Mètode utilitzat en la temptativa autolítica (TA) pels pacients en estudi.....	81
Figura 11. Comparativa de les puntuacions T de les respostes d'afrontament davant un problema.	91
Figura 12. Comparació de les puntuacions T mitjanes de les escales de validesa, escales clíniques, escales relacionades amb el tractament i escales de relació interpersonal del PAI.....	94
Figura 13. Comparació de les puntuacions T mitjanes de les subescales del PAI.....	94
Figura 14. Comparació de les puntuacions T mitjanes dels índexs complementaris de l'inventari PAI	96
Figura 15. Comparativa de les puntuacions T de les respostes d'afrontament davant un problema	104
Figura 16. Comparació de les puntuacions T mitjanes de les escales de validesa, escales clíniques, escales relacionades amb el tractament i escales de relació interpersonal del PAI entre TA posterior NO i TA posterior SI.	107
Figura 17. Comparació de les puntuacions T mitjanes de les subescales del PAI entre TA posterior NO i TA posterior SI.	107
Figura 18. Comparació de les puntuacions T mitjanes dels índexs complementaris de l'inventari PAI entre TA posterior NO i TA posterior SI.	109

Figura 19. Comparació de les puntuacions T mitjanes de les escales de validesa, escales clíniques, escales relacionades amb el tractament i escales de relació interpersonal del PAI entre impulsiu NO i impulsiu SI	112
Figura 20: Comparació de les puntuacions T dels índexs complementaris de l'inventari PAI entre impulsiu NO i impulsiu SI.....	112
Figura 21. Comparació de les puntuacions T mitjanes dels índexs complementaris de l'inventari PAI entre impulsiu NO i impulsiu SI.....	114
Figura 22. Comparació de les puntuacions T mitjanes de les escales de validesa, escales clíniques, escales relacionades amb el tractament i escales de relació interpersonal del PAI entre el grup TA prèvies SI i TA prèvies NO.....	118
Figura 23. Comparació de les puntuacions T mitjanes de les escales de validesa, escales clíniques, escales relacionades amb el tractament i de relació interpersonal del PAI entre el grup de TA prèvies NO i TA prèvies SI i el grup d'impulsius NO i impulsius SI.	118
Figura 24. Comparació de les puntuacions T mitjanes de les escales de validesa, escales clíniques, escales relacionades amb el tractament i de relació interpersonal del PAI entre el grup de TA prèvies NO i TA prèvies SI i el grup TA posterior NO i TA posterior SI.	119
Figura 25. Comparació de les puntuacions T mitjanes de les subescales del PAI entre el grup TA prèvies NO i TA prèvies SI.....	121
Figura 26. Comparació de les puntuacions T mitjanes de les subescales del PAI entre el grup TA prèvies NO i TA prèvies SI i el grup d'impulsius i el grup de no impulsius.	121
Figura 27. Comparació de les puntuacions T mitjanes de les subescales del PAI entre el grup TA prèvies NO/TA prèvies SI i el grup TA posterior NO/TA posterior SI	122
Figura 28. Comparació de les puntuacions T mitjanes dels índexs complementaris de l'inventari PAI entre el grup TA prèvies NO i TA prèvies SI.	123
Figura 29. Comparació de les puntuacions T mitjanes dels índexs complementaris de l'inventari PAI entre el grup TA prèvies NO i TA prèvies SI i el grup d'impulsius i el grup de no impulsius...	123
Figura 30. Comparació de les puntuacions T mitjanes dels índexs complementaris de l'inventari PAI entre el grup TA prèvies NO i TA prèvies SI i el grup TA posterior NO i TA posterior SI.....	124
Figura 31. Comparació de les puntuacions T de les escales de validesa, escales clíniques, escales relacionades amb el tractament i escales de relació interpersonal del PAI entre grup control, TA prèvies NO i TA prèvies SI.....	132

Figura 32. Comparació de les puntuacions T de les subescales del PAI	134
Figura 33. Comparació de les puntuacions T dels índexs complementaris del PAI	135
Figura 34. Comparació de les puntuacions T mitjanes de les escales de validesa, escales clíniques, escales relacionades amb el tractament i escales de relació interpersonal del PAI del dos grup de dones.....	141
Figura 35. Comparació de les puntuacions T mitjanes de les subescales del PAI del dos grup de dones.....	141
Figura 36. Comparació de les puntuacions T mitjanes dels índexs complementaris de l'inventari PAI del dos grup de dones.....	142

INDEX D'ABREVIACIONS I SIGLES

AAA: aprendre a aprendre

BIS-11: Barratt Impulsivity Scale

BIS-MI: Barratt Impulsivity Scale – Motor Impulsivity

CRI-A: Coping Responses Inventory – Adult form

DLPFC: escorça prefrontal dorsolateral

EAAD: Aliança Europea contra la Depressió

FMA: error per mantenir l'actitud

INE: Institut Nacional d'Estadística

LGTB: Lesbianes, Gais, Transgènere i Bisexuals

NCC: número categories completes

NIA: número intents aplicats

OFC: escorça orbitofrontal

OMS: Organització Mundial de la Salut

PAI: Personality Assessment Inventory

Pe: puntuació escalar

PE: percentatge errors

PEP: percentatge errors perseverats

PFC: escorça prefrontal

PHQ-9: Patient Health Questionnaire

PRP: percentatge de respostes perseverades

RNC: respostes de nivell conceptual

SIS: Suicide Intent Scale de Beck

TA: Temptatives Autolítiques

TEPT: Trastorn per estrès posttraumàtic

TMT: Trail-Making Test

TorreLET: Torre Londres temps execució

TorreLTCS: Torre Londres puntuació correcte

TorreLTMS: Torre Londres total moviments

TorreLTIT: Torre Londres temps inici

TorreLTRVS: Torre Londres violació de les normes

TorreLTTVS: Torre Londres violació del temps

TorreLTPST: Torre Londres temps resolució del problema

WAIS: Wechsler Adult Intelligence Scale

WCST: Wisconsin Card Sorting Test

Resum

Introducció: El comportament suïcida representa un problema creixent en la salut pública i és una de las principals causes de mort no natural en el món. Destaquen com a factors de risc en la conducta suïcida algunes variables neuropsicològiques, psicopatològiques i trets de personalitat, en concret la impulsivitat.

Objectius: el present estudi té com a finalitat avaluar les funcions executives, variables psicopatològiques, el tret impulsivitat i valorar en quina mesura aquestes variables estan associades en el comportament suïcida amb la finalitat d'identificar el perfil amb major risc en la conducta suïcida.

Mètode: Es va realitzar un estudi observacional prospectiu d'una mostra composta per 66 pacients d'entre 18 i 65 anys que varen realitzar una temptativa de suïcidi i van ser atesos en el servei d'urgències del Parc Hospitalari Martí i Julià de Salt (Girona) i un estudi comparatiu amb un grup control de 67 persones voluntàries sanes emparellades per edat, sexe i nivell educatiu amb el grup de casos. Es van recollir variables sociodemogràfiques, edat, nivell d'estudis, estat civil, situació laboral, mètode de la temptativa d'autòlisis, així com temptatives prèvies i posteriors a la visita a urgències. Per a les variables psicopatològiques i trets de personalitat es va utilitzar l'Inventari d'avaluació de la Personalitat (PAI), l'Escala d'Impulsivitat de Barratt (BIS-11), l'Escala d'Intencionalitat Suïcida (SIS) de Beck, el PHQ9, Inventari de respostes d'afrontament per adults (CRI-A). Per a les variables neuropsicològiques es va utilitzar el Test de Classificació de Targetes de Wisconsin (WSCT), el test d'Stroop, subtests del WAIS-IV (dígit, claus, lletres i números i recerca de símbols), Trail-Making Test (TMT) i la Torre de Londres.

Resultats: El 70% dels pacients avaluats són dones que van realitzar una temptativa autolítica (TA) de forma impulsiva amb sobre ingesta de medicaments. Més de la meitat tenien antecedents de temptativa de suïcidi previs. A nivell psicopatològic trobem diferències entre el grup de TA i el grup control en impulsivitat, en la majoria d'escala clínicas i en l'índex potencial de suïcidi del PAI. El trastorn depressiu major, els trastorns adaptatius i els trets de personalitat límit (TLP) són els més freqüents en la nostra mostra, a més del tret de personalitat impulsiu, amb dificultat per inhibir la resposta. A nivell neuropsicològic, el grup de TA mostren més problemes d'atenció, memòria de treball, inhibició de la resposta, flexibilitat neurocognitiva, planificació i resolució de problemes. En la regressió logística trobem una major gravetat de la conducta de suïcidi associada a ser home, solter, al nombre de fills, al diagnòstic en el rang psicòtic, a trastorns depressius, a trastorns de la personalitat i a l'escala d'idees de suïcidi del PAI.

Conclusions: Les idees de suïcidi, la impulsivitat, els trastorns psicopatològics i els dèficits neurocognitius executius serien els principals predictors de la conducta suïcida, especialment el tret de personalitat impulsiu, els trastorns de l'estat d'ànim, els trastorns adaptatius, els trets de personalitat límit i els problemes d'inhibició de la resposta.

Paraules clau: suïcidi, impulsivitat, neuropsicologia, psicopatologia, inhibició resposta.

Abstract

Introduction: Suicidal behaviour is a serious public health problem and one of the most common causes of non-natural death worldwide. Some neuropsychological, psychopathological factors and personality traits, specifically impulsivity, stand out as risk factors in suicidal behaviour.

Aims: The aim of the present study is to evaluate the executive functions, psychopathological variables and the impulsivity trait associated with suicidal behaviour to identify the highest risk profile for suicidal behaviour.

Method: A prospective observational study carried out of 66 patients between 18 and 65 who were admitted to Santa Caterina Hospital emergency room (E.R) in Salt (Girona) for attempted suicide and a comparative study with a control group of 67 healthy volunteers matched for age, sex, and educational level with the case group. Socio-demographic, age, gender, employment status, education level, suicide attempt method, previous attempts and clinical variables were collected. For the psychopathological variables and personality traits, Barratt Impulsivity Scale (BIS-11), Beck Suicidal Intentionality Scale (SIS), Personality Assessment Inventory (PAI), PHQ9, Coping Response Inventory for Adults (CRI-A)) were used and for the neuropsychological variables we used the Wisconsin Card Sorting Test (WSCT), Stroop test, WAIS-IV (digits, keys, letters and numbers and symbol search), Trail-Making Test (TMT) and the Tower of London.

Results: Of the sixty-six patients assessed, 70% of whom are women who attempted suicide (AS) impulsively with medical overdose. More than half had a history of previous suicide attempts. At the psychopathological level we find differences between the AS group and the control group in impulsivity and in most clinical scales and in the suicide potential index of the PAI. Major depressive disorder, adjustment disorders and borderline personality traits (BPD) are the most common in our sample, as well as an impulsive personality trait, with difficulty inhibiting responses. At a neuropsychological level, the AS group shows more problems with attention, working memory, response inhibition, neurocognitive flexibility, planning and problem solving. In the logistic regression we find a greater severity of the suicidal behaviour associated with being a man, single, the number of children, the diagnosis in the psychotic range, depressive disorders, personality disorders and the suicidal ideation scale of PAI

Conclusions: Suicidal ideation, impulsivity, psychopathological disorders, and neurocognitive executive deficits would be the main predictors of suicidal behaviour, especially the impulsive personality trait, mood disorders, adjustment disorders, traits borderline personality and response inhibition problems.

Keywords: suicide, impulsivity, neuropsychology, psychopathology, response inhibition.

1. INTRODUCCIÓ

1.1. Generalitats de la conducta suïcida

Fa un parell de segles que el suïcidi comença a tenir interès pels estudiosos i científics i s'inicien dues grans corrents d'investigació, la psicopatològica que té com a punt de partida la publicació d'Esquirol al 1827 de "Sur la monomanie suicide" i la sociològica amb la publicació de "Le Suicide" al 1897 de Durkheim. Actualment, el comportament suïcida representa un problema greu per a la salut pública i, especialment, la mortalitat per suïcidi, que en els darrers anys s'ha vist incrementada de manera important a nivell mundial. Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2020) (1) el suïcidi és un problema de salut pública i cada any moren en el món més de 703.000 persones per suïcidi i és una de les primeres causes de mort prematura que podria ser previsible. Més d'una de cada 100 morts (1.3%) al 2019 van ser per suïcidi (1).

El suïcidi és un fenomen que afecta a totes les classes socials, tots els àmbits geogràfics i persones amb diferent formació intel·lectual (2-3). Per tant, el suïcidi no només es dona en els països amb ingressos alts, sinó que és un fenomen global que afecta a totes les regions del món. De fet, més del 77% dels suïcidis mundials van ocórrer en països amb ingressos mitjos i baixos al 2019 (1).

Aquest fenomen multi causal mitjançat per factors psicològics, socials, biològics, culturals i ambientals (3-4), és la tercera causa de mort entre els joves d'edats compreses entre 15 i 19 anys, al 2016 va ser la segona causa principal de defunció en el grup d'entre 15 i 29 anys (1-3), passant a ser la quarta per aquest grup d'edat al 2019 (1), i la primera a Catalunya entre els 15 i 34 anys (5). Pel que fa a les diferències entre sexes, la incidència en homes dels suïcidis consumats és tres vegades superior que les dones, amb una ratio de 3:1–7.5:1 (2), en canvi les temptatives són cinc vegades més freqüents en dones que homes (1,3,6). A més, les temptatives de suïcidi són fins a 30 vegades més freqüents que els casos de

suïcidi consumat (7,8) i actualment es considera el factor de risc més previsible per futurs suïcidis consumats (9-11).

1.2. Definició i classificació de la conducta suïcida

Si ens centrem en la terminologia, la paraula suïcidi prové del llatí i fa referència a *SUI*, de sí mateix i *CAEDERE* que vol dir matar. Per tant, el seu significat literal seria “matar-se a sí mateix”. El “Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia” (12) defineix el suïcidi amb dues entrades, una com l'acció i efecte de suïcidar-se i l'altra, com l'acció o conducta que perjudica o pot perjudicar molt greument a qui la realitza.

En la literatura trobem molts termes que fan referència a la conducta suïcida, però no existeix una nomenclatura ni una definició universal per aquest fenomen. Així, el terme suïcidi va ser utilitzat per Pierre François Guyot Desfontaines (1685-1745), per designar l'acte mitjançant el qual la persona es treu voluntàriament la vida. Per Durkheim (13), el suïcidi és tot cas de mort que resulta, directa o indirectament, d'un acte, positiu o negatiu, realitzat per la pròpia víctima que sap que tal resultat passarà. A més, afegeix que la temptativa seria el mateix acte quan no arriba a terme i no duu com a resultat la mort. Freud (14) descriu el suïcidi com un fenomen intrapsíquic originat en l'inconscient en el que intervé l'agressió i l'hostilitat a sí mateix al no poder externalitzar-ho i considera que la base del suïcidi està en l'instint de mort. Per Menninger (15) el suïcidi representaria l'assassinat de sí mateix i amplia el concepte de la hostilitat del suïcidi, incloent en ell el desig de matar, el desig de ser assassinat i el desig de morir. Al 1969, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) introdueix el concepte “d'acte suïcida” i el defineix com “tot fet pel qual un individu es causa a sí mateix una lesió, qualsevol que sigui el grau d'intenció letal i de coneixement del verdader mòbil’.

Per altra banda, tampoc existeix cap classificació universal de la conducta suïcida. Per exemple, des de la perspectiva sociològica, una de les classificacions més esteses i conegudes és la realitzada per Durkheim (13), qui entén la societat com un conjunt, i no des del propi individu, i considera que les societats on es mouen els individus són les que creen les condicions per a que apareguin les conductes suïcides. Descriu quatre tipus de suïcidi: l'egoïsta, l'altruïsta, l'anòmic i el fatalista (Taula 1).

Taula 1. Classificació dels tipus de suïcidi segons Durkheim (1897)

TIPUS DE SUÏCIDI	
EGOÏSTA	Conducta centrada en sí mateix, propi de les cultures individualistes. Defectes d'integració social.
ALTRUÏSTA	Baixa importància del jo, es realitza en benefici dels altres.
ANÒMIC	Societats desintegrades. Passa quan les societats entren en crisi o en transició o desproveïda de normes que les regulin.
FATALISTA	Societats amb excessiva regulació social on els individus no tenen possibilitat d'abandonar la situació en la que es troben.

Des de la perspectiva clínica o psicopatològica destacaria la classificació acordada en els anys 70 pel Comitè del National Institute of Mental Health en Nomenclatura i Classificació, que presidia A. Beck, on van proposar diferenciar el fenomen del suïcidi en tres grups: ideació de suïcidi, intenció de suïcidi i suïcidi. Cada conducta de suïcidi, a més, va ser classificada en funció de diferents criteris: certesa, letalitat mèdica, intencionalitat de morir, circumstàncies modificadores i mètode (16) (Taula 2).

Taula 2. Classificació per cada tipus de suïcidi segons Beck i Greenberg (1971)

CERTESA	Certesa de l'avaluador (1 al 100%)
LETALITAT MÈDICA	Potencial de letalitat o risc mèdic objectiu de l'acte portat a terme.
INTENCIONALITAT DE MORIR	Nivell zero, baix, mig o alt de l'intent de morir utilitzant el criteri clínic.
CIRCUMSTÀNCIES MODIFICADORES	Circumstàncies atenuants sense les quals l'esdeveniment suïcida no s'hagués donat
MÈTODES	Tipus de mètode d'autolesió que influeix en la determinació de la intencionalitat i la letalitat

En la 10^a revisió de la classificació de malalties, la OMS equipara el suïcidi a les causes externes de mortalitat i homicidis, classificant-la entre els codis X60-X84 de lesions autoinfligides intencionadament. En aquesta classificació s'inclou el dany autoinfligit i els suïcidis i intents de suïcidi, però s'obvia la finalitat de l'acte i les seves motivacions.

Així, el concepte de conducta suïcida engloba diversos fenòmens entre els quals destacaríem el suïcidi consumat, la temptativa de suïcidi i la ideació suïcida com a tres grans conceptes. Seguint la definició de Durkheim (1897) (13), el suïcidi consumat seria l'acte de matar-se de forma voluntària, però si la persona no arriba a morir parlariem de temptativa de suïcidi. La ideació suïcida faria referència al pensament del subjecte de provocar la seva pròpia mort.

Si observem les dades obtingudes sobre aquests tres grans conceptes i, especialment de la ideació i temptativa de suïcidi, veiem que en un estudi realitzat per Nock et al. (17) sobre les prevalences i factors de risc al llarg de la vida en suïcidi en 17 països arreu del món, conclouen que un 9,2% de la població tindrà ideació suïcida al llarg de la seva vida, un 3,1% ho planificarà i un 2,7% farà una temptativa de suïcidi. La transició de la ideació a la planificació i intent de suïcidi és extremadament elevada dins el primer any de l'aparició de la ideació,

aproximadament d'un 60%, i disminueix substancialment després del primer any. Entre els que tenen ideació de suïcidi, un 33,6% ho planificaran i un 29% ho intentaran. La probabilitat que ho intentin els que ho planifiquen és d'un 56%, però el 15,4% ho intenten sense haver-ho planificat. Hawton et al. (19) estimen que el risc de suïcidi entre els que ho han intentat en el primer any és del 0,7% (95% CI 0.6-0.9%), que és 66 (95% IC 52-82) vegades el risc anual de suïcidi en la població general. El risc després de 5 anys és del 1,7%, als 10 anys 2,4% i als 15 anys el 3%. El risc és molt més elevat en homes que en dones amb una taxa de risc de 2.8 (95% CI 2.2-3.6) i en ambdós sexes augmenta amb l'edat des del primer intent.

Donada la complexitat de la conducta suïcida, al 2011 el professor O'Connor (19) desenvolupa un model de comportament suïcida anomenat motivacional-volitional integrat (IMV) que proporciona una base teòrica per examinar els factors associats en el desenvolupament de la ideació suïcida i la traducció d'aquests pensaments en un comportament suïcida. A més, considera que el suïcidi s'entén millor com un comportament i no simplement com a producte d'una malaltia mental.

1.3. Dades epidemiològiques

Al 2020, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) (1) va realitzar un informe dels darrers 20 anys, entre el 2000 i el 2019, on la taxa mundial de suïcidis estandarditzada per edat es va reduir en un 36%, aquestes disminucions oscil·laven entre el 17% en la regió del Mediterrani Oriental al 47% en la regió Europea i el 49% en la regió del Pacífic Occidental. L'únic augment en les taxes de suïcidi estandarditzades per edat va ser en la Regió d'Amèrica, arribant al 17% en el mateix període de temps. La taxa mundial també va disminuir en el cas de les taxes específiques per grups d'edat.

Cal tenir en compte que aquesta diversitat en les dades podria ser deguda a aspectes relacionats amb la recollida de dades, la codificació utilitzada del motiu de defunció i la dificultat en alguns casos per identificar les morts per suïcidi. En aquest sentit, degut a que el suïcidi està estigmatitzat, a vegades es confon la

causa de la mort o no es precisa correctament (1). A més, el tipus i complexitat dels models utilitzats per les estimacions mundials varien àmpliament segons el grup d'investigació o grup institucional. Es necessiten models més complexos per generar intervals de certesa més precisos.

Concretament, la taxa mundial de suïcidis estandarditzada distribuïda per edats al 2019 era de 9 per cada 100.000 habitants. Aquesta taxa variava entre grups d'edat i països i podia anar de 2 fins a 80 morts per suïcidi cada 100.000 habitants. A nivell mundial, la taxa de suïcidi estandarditzada per edats era 2.3 vegades més gran en homes que en dones (1). El suïcidi era la quarta causa de mort entre joves de 15-29 anys en ambdós sexes, després dels accidents de trànsit, la tuberculosi i la violència interpersonal. Per les dones i els homes, respectivament, el suïcidi era la tercera i la quarta causa de mort d'aquest grup (1) (Taula 3). El suïcidi era la tercera causa de mort entre les persones de 15 a 44 anys en alguns països, i la segona causa en el grup de 10 a 24 anys. Hi han diferències entre regions i països en relació a l'edat, gènere i l'estatus socioeconòmic de l'individu i del respectiu país, el mètode de suïcidi i l'accés als centres de salut (20).

Taula 3. OMS (2020). Global Health Estimates 2019: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2019. Geneva: World Health Organization

TAXA MUNDIAL	9 (2-80)/ 100.00 habitants
TAXA PER EDATS	2.3 més homes que dones
EDAT 15-29 ANYS	4a causa de mort 3a causa dones 4a causa homes
EDAT 15-44 ANYS	3a causa de mort
EDAT 10-24 ANYS	2a causa de mort

Segons la OMS (2020) (1) (Taula 4), a Espanya al 2019 van registrar 3.609 morts per suïcidi, 2.623 homes i 986 dones, que representen un 5.3 per cada 100.000 habitants per ambdós sexes i un 7.9 i 2.8 per cada 100.000 habitants diferenciats per sexes en homes i dones, respectivament.

Taula 4. OMS (2020). Global Health Estimates 2019. Crude suicide rates (per 100.000 population) in Spain

Edats	Total	Homes	Dones
<i>15-24 anys</i>	2,71	3,7	1,67
<i>25-34 anys</i>	4,87	7,44	2,26
<i>35-44 anys</i>	7,18	10,31	3,99
<i>45-54 anys</i>	10,24	15,07	5,29
<i>55-64 anys</i>	10,3	14,92	5,87
<i>65-74 anys</i>	10,26	14,94	6,09
<i>75-84 anys</i>	16,22	28,01	7,37
<i>85+ anys</i>	13,57	30,53	4,74

Segons l'Institut Nacional d'Estadística (INE) (21) (Taula 5), a Espanya al 2018 el suïcidi es va mantenir com la primera causa de mort externa, amb 3.539 morts, 2.619 homes i 920 dones, amb una taxa del 7,6 per cada 100.000 habitants, un 3,8% menys que al 2017. En la distribució per sexes, les principals causes de mort externa en homes van ser en primer lloc el suïcidi (amb 2.619 morts), seguit per les caigudes accidentals (1.693) i l'ofegament, submersió i sufocació (1.630). I en les dones van ser primer les caigudes accidentals (1.450 morts), seguit per l'ofegament, submersió i sufocació (1.460) i els suïcidis (920).

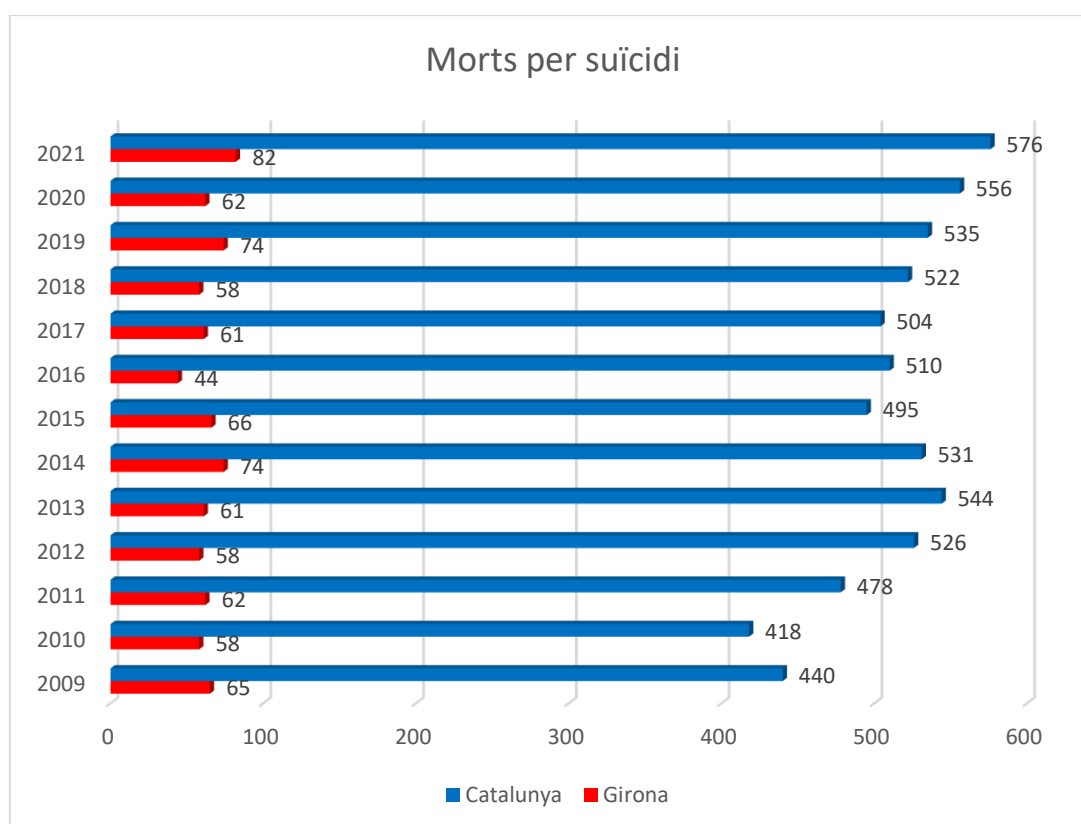
Taula 5. Causes de mort externa a Espanya al 2018. INEbase, 2019.

Causa mort externa	Total 2018	Homes	Dones	2017
<i>Suïcidi</i>	3.539	2.619	920	- 3,8%
<i>Caigudes accidentals</i>	3.143	1.693	1.450	+ 2,8%
<i>Ofegament, submersió i sufocació</i>	3.090	1.630	1.460	- 0,8%

Taula 6. Morts per suïcidi a Girona i Catalunya segons INEbase

Anys	Girona	Catalunya
2009	65	440
2010	58	418
2011	62	478
2012	58	526
2013	61	544
2014	74	531
2015	66	495
2016	44	510
2017	61	504
2018	58	522
2019	74	535
2020	62	556
2021	82	576

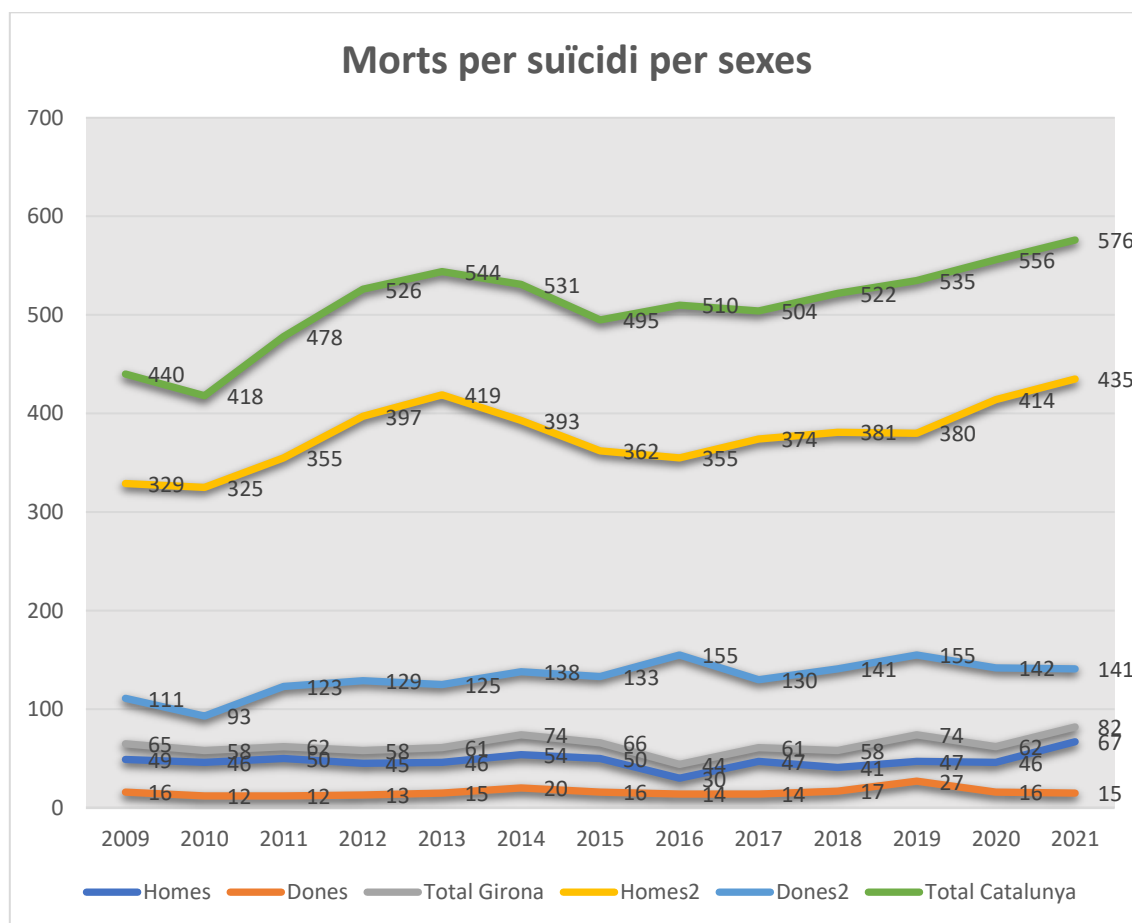
Figura 1. Morts per suïcidi a Girona i Catalunya segons INEbase.



Taula 7. Morts per suïcidi per sexes a Girona i Catalunya segons INEbase

Anys	Homes	Dones	Total Girona	Homes2	Dones2	Total Catalunya
2009	49	16	65	329	111	440
2010	46	12	58	325	93	418
2011	50	12	62	355	123	478
2012	45	13	58	397	129	526
2013	46	15	61	419	125	544
2014	54	20	74	393	138	531
2015	50	16	66	362	133	495
2016	30	14	44	355	155	510
2017	47	14	61	374	130	504
2018	41	17	58	381	141	522
2019	47	27	74	380	155	535
2020	46	16	62	414	142	556
2021	67	15	82	435	141	576

Figura 2. Morts per suïcidi per sexes a Girona i Catalunya segons INEbase.



Si observem les darreres dades publicades per l'INE a Espanya, el suïcidi es va mantenir com la primera causa de mort externa durant el 2021 (22) (Taula 8). Van haver-hi 4.003 morts per suïcidi, un 1,6% més que en el 2020. Al darrera es va situar les caigudes accidentals (3.655 morts i un augment del 1,4%) i l'ofegament, submersió i sufocació (amb 3.504 defuncions, un 20,3% més que al 2020). Per altra banda, per accident de trànsit van morir 1.599 persones (1.283 homes i 316 dones), que representa un 9,3% més que en el 2020. Per sexes, les principals causes de mort externa en els homes van ser el suïcidi (2.982 morts) amb un augment del 1,8% respecte el 2020, les caigudes accidentals (1.946, un 2,5% més) i l'ofegament, submersió i sufocació (1.855, un 26,4% més). I en les dones les caigudes accidentals (1.709 mortes), l'ofegament, submersió i sufocació (1.649) i el suïcidi (1.021). Les morts per caigudes accidentals i suïcidis van augmentar un 0,1% i un 1% respectivament, mentre que les degudes a ofegament, submersió i sufocació van augmentar un 14%.

Taula 8. Causes de mort externa a Espanya al 2021. INEbase, 2023.

https://www.ine.es/prensa/edcm_2021.pdf

Causa mort externa	Total 2021	Homes	Dones	Total 2020	2019
Suïcidi	4.003	2.982	1.021	3.941	3.671
Caigudes accidentals	3.655	1.946	1.709	3.605	3.297
Ofegament, submersió i sufocació	3.504	1.855	1.649	2.913	3.248

1.4. Mètodes de Suïcidi

Clarke i Lester (23) deien que els mètodes utilitzats depenien de les oportunitats, els costos (elements dissuasius) i altres factors, on les oportunitats incloïen la familiaritat amb el mètode, habilitats tècniques i la planificació (23). Al llarg dels diversos estudis realitzats fins ara s'ha vist que els mètodes utilitzats difereixen entre països i entre les regions dels propis països, depenent del sexe, de l'accessibilitat, la letalitat i l'acceptabilitat del mètode. Una de les formes més utilitzades a nivell mundial és el penjament, ja que és una modalitat universalment assequible, tot i que trobem molta variabilitat de dades entre països (24).

Si observem les dades mundials, trobem diferències substancials en les formes de suïcidi. En la majoria de països, els mètodes més habituals són la intoxicació i el penjament (24,25). A Europa, les intoxicacions acostumen a ser per sobre ingesta de medicaments, mentre que els pesticides són més freqüents en molt països d'Àsia, Àfrica i Llatinoamèrica (24). La intoxicació farmacològica és el mètode de suïcidi més utilitzat per les dones, tres vegades més que els homes, i la majoria són causades per antidepressius i sedants. Els homes utilitzen mètodes més violents com pot ser el penjament i les armes de foc. Si observem específicament els tipus de suïcidi més comuns a nivell mundial veiem que a la Xina és l'enverinament amb pesticides, a Hong Kong saltar des d'un lloc elevat, a la Índia l'enverinament, al Japó, Tailàndia, Turquia i altres països Europeus el penjament, al Canadà la intoxicació farmacològica, als Estats Units, l'Argentina i Suïssa el suïcidi amb arma de foc (25). L'enverinament amb pesticides ha estat identificat com el principal problema de salut pública dels països Asiàtics en desenvolupament, especialment en àrees rurals i entre població jove femenina (24, 25). Als Estats Units, el suïcidi per arma de foc representa un dels majors problemes que tenen en aquest moment i alguns autors han apuntat que si es limités l'accés a les armes possiblement hi hauria una reducció important de la mortalitat per suïcidi (26).

Per altra banda, l'autoimmulació és el mètode més comú en la franja dels 20-40 anys, en dones, en països en desenvolupament com la Índia, Sri Lanka, Iran i Afganistan. Iran és un dels països amb major número d'autoimmulacions, entre un 25%-40% de suïcidis, així com la Índia en un 40% (25).

En un estudi realitzat per 16 països Europeus que van participar en l'Aliança Europea contra la Depressió (EAAD) durant els anys 2000-2005 i que van recopilar dades sobre els mètodes de suïcidis, van trobar que els mètodes amb més prevalença en homes era el penjament i les armes de foc i en dones el penjament i la sobre ingesta de medicaments. (24) (Taula 9).

Taula 9. Mètodes de suïcidis per gènere als països de la EAAD (Europa) al 2000-2005

Mètode	Homes (74%)	Dones (26%)	Total
<i>Penjament</i>	54,3%	35,6%	49,5%
<i>Armes de foc</i>	9,7%	1,3%	7,6%
<i>Sobre ingesta medicaments</i>	8,6%	24,7%	12,7%
<i>Enverinament</i>	5,4%	4,3%	5,1%
<i>Saltar des de lloc elevat</i>	7,8%	14,5%	9,5%
<i>Atropellament</i>	4,9%	5,2%	5%
<i>Altres mètodes</i>	9,2%	14,4%	10,6%

Segons un estudi realitzat per Tsirigotis (27) a Polònia, els mètodes de suïcidis amb més prevalença són la sobre ingesta de medicaments (42,31%) i l'exanguinació (25,64%), mentre que els menys freqüents són l'enverinament i l'atropellament (1,28%). Troben diferències estadísticament significatives entre homes i dones, essent més freqüents la sobre ingesta de medicaments i l'exanguinament en dones i l'asfíxia i penjament en homes (27) (Taula 10).

A Espanya, les majors diferències entre sexes és en la ingesta de fàrmacs, molt més utilitzat per les dones i les armes de foc, més utilitzat per homes, a més, el

mètode preferit pels homes és el penjament en un 55,3%, 1 de cada 2 suïcidis, i en dones el 32%, tot i que en dones ho és més el saltar des d'un lloc elevat (33,4%) (28) (Taula 10). Així mateix, si observem les dades mundials, els homes cometen 2-3 vegades més suïcidis consumats que les dones, però les dones realitzen 3 vegades més temptatives de suïcidi que els homes, fenomen que s'ha anomenat en suïcidi "paradoxa de gènere" (27, 29). Algunes teories han intentat explicar la paradoxa de gènere en suïcidi. Una d'elles fa referència al mètode: els homes tendeixen a utilitzar mètodes més violents i que són més letals que les dones (24, 30), cosa que en part podria explicar la diferència entre temptatives i suïcidis consumats (31). Una altra teoria ho relaciona amb les diferències entre gèneres en la prevalença de la depressió i l'abús d'alcohol, on les dones tenen majors prevalences de trastorns depressius i els homes de trastorns relacionats amb tòxics. L'altre teoria seria la de la socialització, que suggereix que ambdós gèneres adopten conductes autodestructives en funció del seu context cultural, però que les temptatives de suïcidi serien més acceptables en dones i afegeix que les dones busquen més sovint tractament i això podria ser un factor per prevenir el suïcidi (27).

Taula 10. Mètodes de suïcidi segons les dades recollides per Tsirigotis (2011) i Ansean (INE, 2012).

	<i>Tsirigotis (2011)</i>			<i>Ansean (INE,2012)</i>	
	Total	Homes	Dones	Homes	Dones
<i>Sobre ingesta medicaments</i>	42,31%	12,12%	87,88%	4,3%	12%
<i>Exsanguinació</i>	25,64%	10%	90%	2,2%	1,6%
<i>Enverinament</i>	1,28%	0%	100%	3,7%	5,6%
<i>Atropellament</i>	1,28%	0%	100%	2,2%	2%
<i>Penjament</i>	16,67%	53,85%	46,15%	55,3%	32%
<i>Saltar des de lloc elevat</i>	8,97%	14,29%	85,71%	19,2%	33,4%
<i>Armes, explosius, foc</i>				6,6%	1%
<i>Altres mètodes</i>				4,1%	6,3%

Taula 11. Mètodes de suïcidi segons les dades recollides per Hawton (2003)

Hawton (2003)

	Homes	Dones	Total mostra
<i>Enverinament</i>	36,5%	39,8%	37,7%
<i>Penjament</i>	22,9%	18,5%	21,3%
<i>Gas</i>	18,2%	8,3%	14,7%
<i>Submersió</i>	5,2%	6,5%	5,7%
<i>Atropellament</i>	3,6%	6,5%	4,7%
<i>Exsanguinació</i>	0,5%	1,9%	1%
<i>Saltar des de lloc elevat</i>	0,5%	1,9%	1%
<i>Altres mètodes</i>	10,9%	15,7%	12,7%

La intencionalitat, preparatius, la letalitat del mètode, el coneixement del subjecte i el grau de premeditació són factors a tenir en compte, ja que en alguns casos d'intents de suïcidi tenen la intencionalitat de morir, altres es realitzen com a recerca d'ajuda o com a intent de manipulació de l'entorn, venjança, etc. (32).

Seguint aquesta línia, Rapeli et al. (33) realitzen una anàlisi de clústers i identifiquen tres grups que es diferencien per les característiques sociodemogràfiques i clíniques. Un primer grup estaria format majoritàriament per dones i l'anomenen *impulsiu-ambivalent*, que es caracteritzaria per una baixa letalitat, possiblement pel desconeixement de la letalitat del mètode utilitzat, i estaria ambivalent sobre si viure o morir en el moment de la crisi. Un segon grup l'anomenen *intencionalitat marcada* i estaria majoritàriament format per homes amb una major letalitat que el primer grup, tot i que comparteixen algunes característiques. La diferència essencial entre ells és l'auto-enverinament per pesticides, que tendeix a donar-se lloc en zones rurals i granges. Té un efecte més greu que la ingesta de medicació. Els subjectes del tercer grup anomenat *definitiu* són els que tenen un major risc convertir-se en casos de suïcidi per la severitat dels intents i també seria el grup amb més suïcidis consumats. Algunes de les característiques són similars al segon grup, tot i que amb mètodes suïcides més

violents, com poden ser les armes de foc, penjament, tallar-se, ser atropellat... i presenten una gran intencionalitat i letalitat.

1.5. Factors de risc – Causes

Si tenim en compte les característiques sociodemogràfiques, així com les diferències de gènere, tal i com hem mencionat anteriorment, trobem que aquestes diferències es veuen reflectides en el moment de buscar ajuda professional i de realitzar un seguiment terapèutic. En general, les dones són més propenses a demanar ajuda als professionals de la salut i a compartir problemes emocionals, mentre que als homes els costa més expressar les seves preocupacions i emocions.

En aquest sentit, el fet de demanar ajuda pot ser un factor protector pel suïcidi, però no és una garantia per no acabar traient-se la vida. Diversos estudis refereixen que moltes persones consulten als serveis de salut, especialment en atenció primària, abans de suïcidar-se. Luoma et al. (34) troba que un 83% de les persones que es van suïcidar havien contactat durant l'any previ amb el seu metge generalista i prop del 66% ho havien fet en el mes anterior al suïcidi. Ahmedani et al. (35) troba resultats similars, un 83% havien consultat l'any anterior amb el seu metge generalista, dels quals el 45% tenien un diagnòstic de problemes en salut mental, aproximadament un 50% van contactar el mes anterior i només el 24% tenien un diagnòstic de problemes en salut mental i un 22% dels casos van consultar la setmana anterior al suïcidi. Un altre estudi similar és el de Owens et al. (36), que troba que la meitat de les persones que havien mort per suïcidi havien tingut contacte el mes anterior amb els professionals de la salut, el metge de família o el psiquiatre. A més, descriu que la taxa de malaltia mental en suïcidis que no tenen contacte amb l'atenció especialitzada és menor, ja que no arriba al 70% i suggereixen que una major detecció no implicaria necessàriament una menor taxa de suïcidi.

Per altra banda, el risc de suïcidi consumat entre els que han realitzat una temptativa de suïcidi és considerablement més elevat que en la població general (37). Múltiples estudis coincideixen en assenyalar els antecedents d'intents de suïcidi en la història prèvia del pacient com un dels factors de risc que prediu amb més claredat la possibilitat d'un futur suïcidi consumat (8,31,38-40). Qualsevol temptativa podria portar a una temptativa de suïcidi més seriosa en el futur. De fet, s'ha estimat que més del 15% dels que realitzen una temptativa acaben morint per suïcidi (41,42). Goñi-Sarriés et al. (40) comparen les persones que van morir per suïcidi en el seu primer intent amb els que ho van fer després de diversos intents previs i troben que, dels 166 casos estudiats, el 31,9% presentava algun intent previ que, posteriorment, en un 65,3% d'aquests casos va modificar el mètode de suïcidi. En el seu estudi també troben que les dones presentaven més intents que els homes, dades que coincideixen amb altres estudis, així com el gran nombre de subjectes amb antecedents de suïcidi, d'un o múltiples intents de suïcidi previs (31,43,44).

Seguint en aquesta línia, un factor que ha generat molt interès entre els científics és la vulnerabilitat al comportament suïcida i s'ha associat a un conjunt d'alteracions clíniques, neurobiològiques i neurocognitives específiques, diferents de les dels trastorns comòrbids (7,45), a més d'altres factors de risc com les variables sociodemogràfiques, biològiques, afectives i de personalitat. La personalitat i les diferències individuals, juntament amb els factors neurocognitius, aspectes socials i esdeveniments negatius podrien ser contribuïdors clau en la conducta de suïcidi (46).

Així, els trastorns mentals són un dels principals factors de risc de suïcidi als països occidentals (Pla de Prevenció del suïcidi de Catalunya, Generalitat de Catalunya, des. 2013). Segons la OMS, més del 90% de tots els casos de suïcidi s'associen a trastorns mentals com ara la depressió, esquizofrènia, trastorns de personalitat i abús d'alcohol o altres substàncies (47-49). A més, diversos autors consideren que els trastorns de l'estat d'ànim, trastorns del control d'impulsos, consum de substàncies, trastorn de la personalitat, antecedents d'abús o trauma infantil i

familiar i trastorns de l'espectre psicòtic augmenten el risc de suïcidi (2,50,51). La depressió es considera com la principal causa de mort per suïcidi a tot el món i és el número dos en anys de discapacitat (globalment fins un 11%). La meitat dels suïcidis complets estan relacionats amb trastorns depressius i altres trastorns de l'estat d'ànim; en comparació amb persones sanes, el risc és fins a 20 vegades major (20). Per altra banda, la majoria de pacients que tenen un trastorn mental no se suïciden, per tant, la psicopatologia en general és un factor necessari, però no suficient per la conducta suïcida.

Actualment, una de les tècniques més directes disponibles per examinar la relació entre els antecedents personals de trastorn mental i el suïcidi consumat és l'autòpsia psicològica. Els estudis d'autòpsies psicològiques revelen que el 90-95% de les persones que van morir per suïcidi tenien un trastorn psiquiàtric que es podia diagnosticar en el moment del suïcidi (52). Cavanagh et al. (53), van fer una revisió dels estudis publicats a través d'aquest mètode i trobaren que la proporció mediana de casos amb trastorn mental era del 91% (IC del 95%: 81-98%) en la sèrie de casos.

Si observem les diferències en els diagnòstics entre els que realitzen una temptativa de suïcidi amb els que tenen ideació, els que realitzen una temptativa de suïcidi tenen més probabilitat de tenir un trastorn depressiu, trastorn d'ansietat, trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT) i abús de substàncies (54, 55) i d'haver patit abús sexual infantil (44) que els que tenen ideació de suïcidi però no han realitzat cap temptativa. A més, troben que la depressió i el TEPT són més elevats entre els que tenen ideació de suïcidi, però quan comparen els que fan temptatives amb els que tenen ideació de suïcidi, els resultats en depressió, abús d'alcohol, desesperança, gènere, raça, estat civil i educació són similars entre els dos grups (55). Park et al. (56) conclouen que els que han realitzat múltiples temptatives de suïcidi tenen més diagnòstics i major nivells de severitat en psicopatologia, impulsivitat motora i estrès, indicant que a major severitat clínica, més proximitat al suïcidi, però amb tendència a disminuir amb l'edat. En aquesta línia, Nock et al.

(2) troben una forta relació entre el nombre de trastorns mentals presents i el risc de comportaments suïcides.

Els factors sociodemogràfics també tenen una influència rellevant en el risc de suïcidi, com són l'atur i les dificultats laborals, els problemes econòmics, els problemes de parella (51,57,58), les situacions traumàtiques, l'exposició a conflictes considerats problemes, la privació, els problemes interpersonals, ser LGTB, les adversitats a la infantesa, l'abús d'alcohol i drogues (59). En aquest sentit, els models actuals basats en l'evidència emfatitzen una interacció entre una vulnerabilitat preexistent, en particular antecedents psicopatològics, autolesions prèvies, trets de personalitat, antecedents familiars de suïcidi, adversitats a la infantesa, i els factors estressants precipitants, com una pèrdua significativa, trencaments de parella o altres crisis psicosocials (7,51).

Durkheim (13) assenyala la importància de tenir parella com a factor protector davant les adversitats. Va utilitzar el concepte d'integració social, en referència a la força dels vincles de la persona amb la societat i l'estabilitat de les relacions socials dins d'aquesta societat, entre ells el matrimoni. Altres estudis donen suport a aquesta teoria i consideren que el matrimoni ofereix la seguretat i el suport social que els manca a les persones divorciades i/o separades. El divorci i/o la separació té un fort efecte sobre la mortalitat del suïcidi, especialment entre els homes (60,61). Estar solter també s'ha considerat un factor de risc (2,61,62). Per altra banda, no en tots els casos el matrimoni és un factor protector, ja que alguns estudis van indicar que les dones que estaven casades tenien més probabilitats d'haver-se intentat suïcidar. A més, com s'ha dit anteriorment, les dones realitzen el triple d'intents autolítics en comparació amb els homes (63).

Nock et al. (2) consideren que són factors de risc: ser dona, jove, amb baix nivell educatiu, soltera i tenir un trastorn mental. Els diagnòstics amb un major risc serien els trastorns de l'estat d'ànim en països desenvolupats però, en països en procés de desenvolupament serien els trastorns del control d'impulsos. Consideren que hi ha una variabilitat en la prevalença de la conducta suïcida entre els diferents

països, però una forta consistència en les característiques i els factors de risc d'aquests comportaments.

Per altra banda, altres factors de risc són els **anomenats estàtics**, que inclouen ser home, tenir antecedents personals de temptativa de suïcidi i diagnòstic previ de malaltia mental. En aquest sentit, Cheng et al. (62) consideren com a factors de risc haver realitzat alguna temptativa, ser home, tenir entre 40-45 anys, grup d'edat que consideren que serien el de major risc, consumir alcohol i drogues i viure sol. A més, els homes realitzen menys temptatives de suïcidi, però amb mètodes més letals com el penjament i les armes de foc i tenen fins a quatre vegades més probabilitats de completar el suïcidi que les dones, qui tenen tres vegades més probabilitats de realitzar temptatives de suïcidi. Les persones amb antecedents d'intents de suïcidi tenen un major risc.

Com s'ha dit anteriorment, el diagnòstic previ de malaltia mental augmenta el risc de suïcidi, en part, degut al resultat disfuncional en l'àmbit de l'ocupació, social i econòmic, per tant, un major deteriorament funcional es relaciona amb un major risc de suïcidi. Aproximadament, entre el 71-95% de les víctimes de suïcidi més grans de 65 anys tenien un trastorn psicopatològic en el moment de la mort (31). El mateix passa en el grup de nens i adolescents, els antecedents de traumes a la infància i antecedents familiars de suïcidi incrementen el risc. Un altre grup a tenir en compte són els solters, divorciats i viudus, que són més propensos a completar el suïcidi que els que estan casats i, concretament, els homes tenen més risc que les dones (61).

En els darrers anys s'ha fet èmfasi als problemes de salut física, ja que la incapacitat en les malalties físiques cròniques condueix a un augment de la suïcidalitat (64). Onyeka (65) troba que els individus que tenien problemes físics que els limitava la seva activitat tenien tres vegades més probabilitat de morir per suïcidi (OR=3.13, 95% CI 2.50-3.93) que els que no tenien limitacions. La relació entre limitació de l'activitat i suïcidi era més pronunciat en gent més jove (18-34 anys).

1.6. Psicopatologia i personalitat

A principis del segle XXI, la major mortalitat per causes no naturals a nivell mundial es va deure a la depressió (30%), seguit pels trastorns relacionats amb el consum de substàncies (18%), esquizofrènia (14%) i els trastorns de la personalitat (13%) (66), a més, hi havia diferències entre pacients ingressats i ambulatoris. Mentre un 45% dels pacients ingressats per suïcidi tenien diagnosticats esquizofrènia i trastorns mentals orgànics, els 32% dels suïcidis en pacients ambulatoris es van produir en el context de depressió, abús de substàncies, trastorns somatomorfs, trastorns d'ansietat i trastorns adaptatius (49,66). La depressió era present en ambdós grups, però diferien en les taxes (66).

En un meta-anàlisi de 27 treballs realitzat per Arsenault-Lapierre (52), la prevalença de malaltia mental associada al suïcidi va ser de 87.3% versus el 34.9% en controls. El diagnòstic més prevalent era el trastorn afectiu (43.2%), seguit pel trastorn per consum de substàncies (25.7%), el trastorn de personalitat (16.2%) i l'esquizofrènia (9.2%). Diferenciat per sexes, els problemes de consum de substàncies, trastorns infantils i trastorns de personalitat es van associar més als homes, mentre que els trastorns afectius, inclosos els quadres depressius eren un factor de risc més associat a les dones.

Si ens centrem en els trastorns de la personalitat, aquests s'associen amb una mortalitat prematura i al suïcidi (67), ja que representen un elevat risc de suïcidi, amb un 15% dels pacients hospitalitzats i gairebé el 12% dels suïcidis ambulatoris. Dins d'aquests grups hi trobem subgrups, on destaquen el trastorn límit de la personalitat, amb taxes de suïcidi que van del 3% al 9%, i un segon grup amb major risc de suïcidi associat al trastorn narcisista de la personalitat (20).

Soloff et al. (68) realitzen un estudi on comparen les característiques de pacients amb un episodi depressiu major i pacients diagnosticats de trastorn límit de la personalitat i troben que la comorbiditat entre aquests dos trastorns augmenta el nombre i la gravetat dels intents de suïcidi. A més, afegixen que la desesperança

i l'agressivitat impulsiva augmenten de manera independent el risc de comportament suïcida en pacients amb trastorn límit de la personalitat i en pacients amb episodi depressiu major. En aquesta línia, Sher et al. (69) troben que els pacients deprimits que fan una o múltiples temptatives tenen nivells més alts de depressió, desesperança, agressivitat, hostilitat i impulsivitat i que tenen més probabilitats de tenir un trastorn límit de la personalitat i antecedents familiars de depressió major o trastorn per consum d'alcohol en comparació amb els que no han fet temptatives prèvies. A més, els que fan múltiples temptatives tenen conseqüències mèdiques i de salut més greus.

Per altra banda, s'ha correlacionat positivament el nombre d'intents de suïcidi al llarg de la vida amb la impulsivitat, amb un estil de personalitat immadur i, en menor mesura, amb un estil de personalitat neuròtic en pacients depressius (70).

Una de les característiques de la personalitat més estudiades en la conducta suïcida és la impulsivitat, on els resultats han demostrat l'existència d'una relació entre la impulsivitat i el suïcidi, tot i que la seva associació amb el risc de suïcidi no és tan consistent ni tan senzilla com es pensava originalment, i el seu efecte podria ser menys directe (71). Els resultats de molts estudis han demostrat que la impulsivitat s'associa amb idees de suïcidi, intents de suïcidi i morts per suïcidi (72). El significat de la impulsivitat és confús i necessita una definició més clara (73,74), ja que alguns autors consideren que funciona com un comportament de recerca de novetats (74-76) o com a conductes de risc (77), mentre que altres estudiosos la defineixen com a impulsivitat cognitiva o no planificada (73), o posen èmfasi en la importància de la diferenciació entre la impulsivitat com a constructe tret versus estat. O'Connor (78), dins del context de la conducta suïcida, descriu la impulsivitat com un tret de personalitat que es caracteritza per la tendència a actuar precipitadament, sense tenir en compte les conseqüències de les seves accions, augmentant les possibilitats de que aquestes siguin negatives, i degut a un fracàs en la capacitat d'inhibició de la resposta per un dèficit del funcionament executiu (79), tot i que també considera que s'han de tenir en consideració altres factors que poden intervenir independentment del tret impulsivitat (78).

Barrat (73) considera la impulsivitat com un constructe multidimensional que està format per tres factors: impulsivitat cognitiva, impulsivitat motora i impulsivitat no planificada. L'escala d'impulsivitat cognitiva està relacionada amb una major inestabilitat cognitiva i dificultat per atendre, l'escala d'impulsivitat motora s'associa a un menor nivell de perseverança i tendència a actuar sense pensar i l'escala d'impulsivitat no planificada està relacionada amb l'autocontrol i la complexitat cognitiva (73). Deus (79) relaciona la impulsivitat motora (conductual) amb la incapacitat d'inhibició de la resposta associada a lesions de l'escorça prefrontal dorsolateral i per altra banda relaciona la impulsivitat cognitiva (elecció) amb la incapacitat de planificar i valorar les conseqüències i associada a la implicació de l'escorça prefrontal ventromedial.

Per altra banda, Whiteside i Lynam (74) van identificar quatre facetes diferents de la personalitat associades amb un comportament impulsiu que els va etiquetar d'urgència, que és la tendència a actuar precipitadament en resposta a l'angoixa (urgència negativa), de manca de planificació, que és la tendència a actuar sense pensar, de manca de perseverança, que és la incapacitat per estar concentrat en una tasca i de recerca de sensacions, que és la tendència a buscar noves experiències.

Es important considerar la impulsivitat quan s'avalua el risc de suïcidi o autolesió, tot i que possiblement no sigui rellevant en tots els casos de risc de suïcidi, però és probable que sigui més evident en joves que en persones grans, ja que els nivells més alts de trets impulsius-agressius tenen un paper més important en el suïcidi que es produeix entre els individus més joves, amb un decreixement important amb l'edat (76).

També es planteja si la impulsivitat està associada a la gravetat mèdica dels episodis, tot i que existeix una gran controvèrsia en els resultats dels estudis previs (80). A més, la impulsivitat pot ser útil per predir intents repetits de suïcidi en persones amb trastorn de la personalitat. Així mateix, el coneixement dels diferents

tipus d'impulsivitat es pot relacionar als diversos tipus de comportaments en suïcidi, com per exemple, l'agressivitat impulsiva s'associa amb els intents de suïcidi (46). Probablement, la impulsivitat només es refereixi a un subgrup d'intents de suïcidi, ja que la impulsivitat en alguns estudis no distingeix entre els que tenen idees de suïcidi i els controls. Aquesta disparitat es deu a diversos factors com poden ser les diferents conceptualitzacions de la impulsivitat a la literatura, als mètodes de mesurament, a la dicotomia de les temptatives que adopten només dos ítems per indexar la impulsivitat (impulsius o no impulsius), la mesura del temps per considerar si la temptativa és impulsiva o no, l'edat mitjana de la mostra (72). Per altra banda, no està clar com es mesuraria la impulsivitat en aquells individus que deixen una nota de suïcidi, els que prenen accions anticipant la seva mort o els que comuniquen a altres persones el desig de realitzar una temptativa. Shiori (72) refereix que només entre el 20% i el 35% dels suïcidis deixen nota de suïcidi.

Per altra banda, segons cita Elvira (81), *“s'ha postulat l'existència d'un espectre impulsió-compulsió amb correlats fenomenològics, psicobiològics i neuroanatòmics, que situarien a la impulsió i la compulsió com a pols oposats d'un contínuum de manca/excés de control conductual”*.

Joiner (77), en la seva teoria psicològica interpersonal de la conducta suïcida, considera que la impulsivitat com a tret estable de la personalitat és la que està més relacionada amb el suïcidi, més que la impulsivitat com a estat, ja que influeix en les conductes de risc com baralles, abús de substàncies tòxiques, conducció temerària,... (68,77). Segons aquesta teoria, les persones impulsives no moren pel seu estat d'impulsivitat, sinó pels comportaments de risc que porten a terme, el que explicaria per què no tots els subjectes impulsius es suïciden ni tots els que es suïciden són impulsius (82,83). Una puntuació més alta en recerca de novetats (NS) es relaciona amb un nombre més alt d'intents de suïcidi i una edat més jove del primer intent, característica que diferencia els que fan una temptativa de suïcidi amb les persones que no fan temptatives (84). La impulsivitat també és un factor distintiu entre els que tenen ideació i els que fan temptatives (85,86) i suggereixen que aquest factor està fortament associat amb l'actuació quan hi ha pensaments

de suïcidi (2). Així, els que realitzen temptatives tenen un major risc a l'autolesió que els que tenen ideació, ja que són més impulsius i tenen menys por a la mort. Els diferents grups suïcides no difereixen en els factors motivadors (87).

Algunes investigacions han demostrat que, encara que les persones que intenten suïcidar-se tendeixen a ser més impulsives que les que no ho fan, l'acte real del suïcidi generalment no es realitza de forma impulsiva (82). A més, es postula que els trets impulsius no prediuen una temptativa impulsiva i que les temptatives no impulsives són més letals comparades amb les impulsives, ja que els plans i preparacions prèvies al suïcidi estarien seriosament involucrats en la letalitat (88-90). Així mateix, les temptatives més impulsives estan associades a puntuacions baixes en depressió (68,72,89). Baca-Garcia et al. (80) conclouen que la impulsivitat de la temptativa està inversament associada amb la letalitat de la temptativa. Dit d'una altra manera, a menys planificació, menys letalitat (72).

Es calcula que els actes suïcides impulsius no planificats representen el 20-30% de tots els suïcidis realitzats als països industrialitzats i a la Xina. El suïcidi per intoxicació amb drogues és més freqüent en les dones, especialment en dones del Canadà, dels països nòrdics i del Regne Unit. L'autoenverinament amb medicaments és el segon o tercer mitjà més habitual de suïcidi o intents de suïcidi a la majoria dels països europeus, especialment en dones. La mortalitat és considerablement menor (1,4% en un estudi) en la intoxicació (84).

Apter et al. (91), realitzen un estudi amb pacients ingressats després d'una temptativa autolítica i observen que els pacients suïcides presentaven una major impulsivitat que el grup control que estava constituït per pacients psiquiàtrics sense temptatives autolítiques. En aquesta línia, Bi (49) i el seu equip descobreixen que les puntuacions en impulsivitat del BIS no planificat, motor i general eren significativament més elevades en persones que van realitzar una temptativa i no tenien un trastorn psicopatològic que els que tenien diagnosticat un trastorn psiquiàtric. Doihara (92) troba una alta impulsivitat atencional i motora en els subjectes que van realitzar un intent de suïcidi en comparació amb els subjectes

control. Conclouen que el control de la impulsivitat pot ser considerat com un dels objectius per a la prevenció del suïcidi. Raust (93) també va trobar una alta impulsivitat motora relacionada amb la conducta suïcida. Per altra banda, Gilbert (94) estudia un grup de pacients diagnosticats de trastorn bipolar on els subjectes que no havien fet cap intent de suïcidi puntuaven significativament més alt en impulsivitat mesurat amb el BIS-II comparats amb els que havien fet intents i associa la baixa puntuació en el tret impulsivitat amb puntuacions més altes de letalitat en intents anteriors. Dins del grup de temptatives, van trobar una correlació negativa significativa entre letalitat i impulsivitat motora, així com la impulsivitat general (motora, no planificada i atenció). Baca-García et al. (88) troben que els pacients amb depressió major, comparats amb altres diagnòstics, feien temptatives menys impulsives, en canvi, els pacients amb trets de personalitat límits tenien major puntuació en impulsivitat mesurada amb el BIS-11. En general, els resultats d'una part d'estudis relacionats no han pogut trobar predictors fiables del comportament suïcida, i en conseqüència, predir prospectivament quins pacients tenen més risc. Considera que el comportament suïcida és extremadament difícil de predir, inclús quan la informació neurocognitiva i clínica està disponible (94).

Millner (95) troba que els que fan una temptativa de suïcidi podrien no tenir el tret d'impulsivitat significativament elevat comparats amb els que tenen ideació autolítica, encara que quan es troben en un estat emocional negatiu, els que fan una temptativa poden tenir major impulsivitat (85). La urgència negativa és un tipus d'impulsivitat basada en l'emoció que consisteix en actuar precipitadament quan s'està en un estat negatiu o angoixat i està associada a disfuncions en l'autoregulació, específicament en la nostra capacitat d'inhibir els impulsos (78). La urgència negativa està involucrada en la transició dels pensaments de suïcidi a les temptatives de suïcidi (95).

En un altre estudi on es va valorar la capacitat d'inhibició de la resposta a través de la prova d'Stroop troben que les puntuacions d'interferència de la prova es van correlacionar significativament amb un augment del nombre d'intents de suïcidi, suggerint que les dificultats en la inhibició de resposta està associada amb un

increment de la taxa d'intents de suïcidi. Per altra banda, troben en una mostra de pacients amb trastorns bipolars que van fer temptativa de suïcidi tenien respostes més impulsives en una tasca de resposta immediata en comparació amb pacients amb trastorn bipolar sense antecedents d'intents de suïcidi (96). Tot i que, tant l'Stroop com la memòria i la memòria de treball es poden associar amb la impulsivitat i/o hostilitat, és difícil atribuir el baix rendiment de l'Stroop i la memòria de treball a errades d'inhibició als que fan una temptativa de suïcidi (97).

1.7. Neuropsicologia i neurobiologia del suïcidi

Lúria (98) va ser el predecessor del concepte "funcions executives". Va proposar tres unitats funcionals cerebrals, de les quals, la tercera (lòbul frontal) tenia un paper executiu que estaria relacionat amb la programació, control i verificació de l'activitat mental. El terme "funcions executives" va ser utilitzat per primera vegada per Muriel Lezak (99) en el seu article "The problem of assessing executive function" i definia les funcions executives com aquelles capacitats mentals necessàries per dur a terme una conducta eficaç, creativa i adaptada socialment i que ens permet formular objectius, planificar-los i dur-los a terme de forma eficaç.

A nivell neurobiològic, el lòbul prefrontal (PFC) està íntimament relacionat amb les funcions executives (100), concretament amb la planificació, el raonament i la resolució de problemes, el judici i el control d'impulsos, en la regulació d'emocions i la conducta. Es postula l'existència d'una associació entre la vulnerabilitat al comportament suïcida i les anomalies neurobiològiques, específicament en el PFC.

En un estudi preliminar realitzat per Keilp et al. (101) van revelar dèficits en les funcions executives relacionades amb el PFC en pacients depressius amb comportament suïcida. El deteriorament de les funcions ventrals relacionades amb el PFC se sap que contribueix a la impulsivitat, que es relaciona amb el comportament suïcida (7). A més, en estudis de neuroimatge es va informar d'una associació entre la baixa activitat ventromedial i l'alta intenció i alta letalitat de l'acte suïcida (93).

Raust (93) va més enllà i investiga la funció neuropsicològica relacionada amb el PFC en pacients amb comportament suïcida i separa les funcions relacionades amb el PFC dorsolateral (DLPFC) i l'escorça orbitofrontal (OFC). En el seu estudi demostra que hi ha una alteració de la inhibició cognitiva en pacients amb comportament suïcida i considera que aquest deteriorament és coherent amb els resultats de diversos estudis clínics i revisions anteriors que demostren la participació del PFC en el comportament i la inhibició cognitiva. Una entrada baixa serotoninèrgica a la PFC contribueix al deteriorament de la inhibició, creant una major propensió a actuar en sentiments suïcides o impulsius (7). A més, s'ha demostrat que l'alteració de la inhibició cognitiva i la impulsivitat són uns components importants del comportament suïcida (96).

Wang (102), en el seu estudi, observa que pacients amb trastorn depressiu major amb història de Tèmpatives Autolítiques (TA) tenien disminuït el volum de substància grisa a l'amígdala dreta i esquerra, ventral, medial i dorsal del PFC, i la connectivitat funcional disminuïda entre l'amígdala bilateral i ventral i les regions medials del PFC, comparat amb subjectes que tenien un trastorn depressiu major sense història de TA, i el grup control sa. Aquestes troballes aporten proves de què l'amígdala i el PFC poden estar estretament relacionats amb la patogènesi del comportament suïcida en trastorns depressius majors i implicar el circuit del PFC amígdala-ventral / medial com a objectiu potencial de la intervenció en suïcidi.

A més, els pacients amb primeres TA, comparats amb controls sans, tenen un gruix cortical significativament menor de les àrees frontals mitjanes superior i rostral, de les àrees inferior, mitja i superior de l'hemisferi esquerra i l'àrea frontal superior de l'hemisferi dret. En comparació amb els controls sans, els pacients que han realitzat més d'una temptativa tenen un gruix cortical significativament més baix en deu àrees del còrtex frontal de l'hemisferi esquerra i set àrees de l'hemisferi dret. La comparació del volum de l'hipocamp va mostrar un volum mitjà significativament inferior de les parts esquerra i dreta en pacients amb més d'una temptativa, però no en pacients amb la primera TA. L'atrofia de les parts frontals, del còrtex temporal

i de l'hipocamp eren significativament més grans en pacients amb repetits intents de suïcidi que en pacients en el primer intent de suïcidi (103).

Per altra banda, els estudis post-mortem també han demostrat canvis estructurals i bioquímics en el cervell de les víctimes de suïcidi, que s'han trobat principalment en la zona orbitofrontal i dorsolateral del PFC. Aquests canvis afecten a la presa de decisions, resolució de problemes, fluïdesa, sistema de la recompensa, compulsions i baix control dels impulsos. Com a conseqüència, suggereixen que la conducta suïcida està associada a una sensibilitat particular en la desaprovació social, a la tendència a escollir opcions amb una recompensa immediata elevada i una capacitat reduïda per generar esdeveniments futurs positius (104).

En aquest sentit, el dèficit en la presa de decisions és una altra variable a considerar com a factor de vulnerabilitat pel suïcidi (46,105,106), possiblement per una disfunció emocional, i pot considerar-se un factor de risc neuropsicològic per al comportament suïcida (107). S'ha demostrat mitjançant estudis de lesions i d'imatge funcional que la funció neurocognitiva de la presa de decisions està relacionada amb l'escorça orbitofrontal (107). Així mateix, aquests autors troben que els que van realitzar intents de suïcidi violents i no violents van obtenir puntuacions més baixes en una tasca de presa de decisions, el Iowa Gambling Task, comparats amb subjectes sans. Aquest deteriorament en la presa de decisions sembla estar relacionat amb la susceptibilitat més que amb un estat, ja que tots els pacients van ser avaluats durant un període en què no tenien un trastorn de l'eix I (107). Conclouen que els problemes de presa de decisions amb problemes d'intent de suïcidi pot reflectir una disfunció de l'escorça orbitofrontal.

Chamberlain (108), a partir dels models neurocognitius i neurobiològics de la impulsivitat d'Stein i Hollander, postula que la suïcidalitat estaria associada amb problemes de presa de decisions i dificultats per suprimir respostes motores prematures, com els problemes d'inhibició de la resposta, i conclou que el seu estudi demostra que la suïcidalitat en joves adults estaria relacionat amb l'alteració de la presa de decisions, una funció que depèn de la integritat orbitofrontal i la

transmissió serotoninèrgica, amb implicacions per entendre la fisiopatologia de la suïcidalitat en sí, així com la predisposició a una gama de pensaments i comportaments suïcides.

En altres estudis, els principals descobriments neuropsicològics fan referència a una major atenció a estímuls emocionals negatius específics, a l'alteració en la presa de decisions, les poques habilitats en la resolució de problemes, la fluència verbal reduïda i una possible disminució de l'atenció no específica i un canvi en l'aprenentatge en persones que realitzen temptatives de suïcidi. Els estudis de neuroimatge mostren la implicació de les escorces orbital ventrolateral, dorsomedial i prefrontal dorsolateral, el gir cingulat anterior i, en menys extensió, l'amígdala. A més, suggereixen possibles alteracions en les connexions de la substància blanca. Conclouen que aquests estudis donen suport al concepte de què les alteracions en el comportament suïcida difereixen de les dels trastorns comòrbids. Proposen que una sèrie de disfuncions neurocognitives, algunes amb característiques semblants als trets, que podrien facilitar el desenvolupament de crisis de suïcidi en circumstàncies estressants: 1) alterant la modulació del valor d'atribució, 2) una regulació inadequada de les respostes emocionals i cognitives i, 3) facilitant actes en un context emocional (45).

Neuringer (109), en un dels seus estudis descriu per primera vegada la rigidesa cognitiva o inflexibilitat en la conducta suïcida, i des de llavors s'ha pogut demostrar aquesta rigidesa amb l'ús de mesures neuropsicològiques. Alguns estudis realitzats en les darreres dècades conclouen que en persones que són cognitivament rígides o inflexibles el suïcidi és conceptualitzat com l'única opció possible a escollir (46,110). Així mateix, La rigidesa cognitiva, mesurada a través de les perseveracions del WCST, pot augmentar la ideació i conducta suïcida en persones amb antecedents de suïcidi (111).

De tota manera, tot i els estudis realitzats per diversos autors per demostrar la relació entre els dèficits en les funcions executives i els comportaments suïcides, aquesta disfunció no ha estat trobada de forma consistent en les diferents mostres

(97,101). Keilp et al. (101) troben que els subjectes deprimits que han realitzat temptatives de suïcidi presenten un dèficit en les funcions executives, que està relacionat amb el còrtex prefrontal, independentment de la severitat de la depressió. Aquest autor troba que els subjectes depressius que han realitzat una temptativa d'alta letalitat rendeixen pitjor en les mesures de les funcions executives comparats amb voluntaris sans, pacients depressius sense història de temptatives i pacients amb temptatives de baixa letalitat (101).

En un altre estudi realitzat per aquest mateix autor al 2013 (97), troba que els subjectes depressius rendeixen pitjor en tasques motores, psicomotores i en fluïdesa verbal. Concretament, subjectes amb antecedents de temptatives autolítiques rendeixen pitjor que els depressius sense intents de suïcidi en tasques d'atenció i memòria de treball, concretament obtenen pitjors puntuacions en la mesura de la interferència de l'Stroop, però no en mesures de funcions executives. Així mateix, troben que els resultats de l'Stroop correlacionen negativament amb la ideació de suïcidi, el número de temptatives de suïcidi prèvies i el test d'impulsivitat de Barrat. A partir d'aquests resultats conclouen que el baix rendiment en l'Stroop i en la memòria de treball dels que han realitzat temptatives en el passat no està relacionat amb la severitat de la depressió o de la ideació de suïcidi, sinó que representa un marcador de risc de suïcidi relativament independent dins del context de la depressió i que els components específics de control de l'atenció, memòria i memòria de treball estan associades amb el comportament suïcida en una mostra on predominen els intents no violents. Consideren que les disfuncions executives en depressió poden estar associades amb formes específiques de comportaments suïcides, en comptes del comportament suïcida per se.

Per altra banda, subjectes amb antecedents d'intents de suïcidi van mostrar dèficits en la funció relacionada amb el PFC, dèficits que no podien ser explicats per les diferències en el nivell educatiu, edat o símptomes residuals de l'estat d'ànim en el moment de l'entrevista i en el que es comparaven pacients amb conducta suïcida i subjectes controls. En l'escala d'impulsivitat, només les puntuacions de la impulsivitat motora (BIS-MI) diferien significativament entre pacients i controls. En

algunes proves es va associar una alta impulsivitat amb un baix rendiment i es van obtenir correlacions significatives en la puntuació BIS-MI (93). Els pacients suïcides van mostrar una alteració de la conceptualització visuoespacial, inhibició i atenció visual (o fluïdesa lectora). Van trobar que els dèficits de memòria de treball demostrats en els pacients no eren clarament específics per a pacients suïcides. De fet, el deteriorament de la memòria espacial de treball es va associar amb la impulsivitat motora més que amb una història d'intents de suïcidi. Matsuo et al. (112) suggereixen que la regió frontal medial anterior pot estar implicada en la fisiopatologia de les conductes impulsives i suïcides en el trastorn bipolar i l'associen a una major impulsivitat segons l'Inventari d'Impulsivitat de Barrat (BIS).

En estudis previs es va demostrar clarament que els nivells baixos (subclínic) de símptomes de l'estat d'ànim podien tenir un efecte significatiu en el rendiment neurocognitiu (98). Cal tenir en compte que la presència o absència de tractament de la depressió (lleugera, moderada, severa), la recurrència dels episodis,... són factors que poden afectar al rendiment neuropsicològic. Així mateix, les funcions executives són per sí mateixes sensibles als efectes de l'envelliment, de gènere i de la presa de psicòtrops. (113).

Richard-Devantoy et al. (114) fan una revisió des del 1970 fins al 2010 amb l'objectiu d'estudiar la relació entre la inhibició cognitiva i els comportaments suïcides (ideació o intents de suïcidi) en pacients amb trastorns afectius. Seleccionen 164 estudis i troben que les disfuncions executives són més freqüents en pacients amb comportaments suïcides. En particular, observen majors dèficits d'inhibició cognitiva en pacients deprimits amb comportaments suïcides comparats amb subjectes deprimits sense cap comportament suïcida. Els resultats de la metaanàlisi mostren un major dèficit en puntuacions d'inhibició, d'acord amb el nombre de perseveracions del Wisconsin Card Sorting Test (WCST) i en inhibició d'acord amb el temps necessitat pel compliment del Trail-Making Test part B entre pacients amb comportaments suïcides comparats amb pacients sense comportaments suïcides. Conclouen que aquesta revisió sistemàtica i metaanàlisi mostra una associació positiva entre els dèficits d'inhibició cognitiva i els intents de

suïcidi en pacients amb trastorns afectius, però que calen més estudis per examinar si els dèficits d'inhibició cognitiva precedeixen els comportaments suïcides.

Així mateix, en un altre estudi que realitza Richard-Devantoy (115) al 2013, a través d'una revisió bibliogràfica que tenia l'objectiu d'identificar els marcadors neurocognitius associats amb la vulnerabilitat del suïcidi en gent gran, troba que les funcions executives, presa decisions i inhibició cognitiva, són més deficientes en gent gran depressiva amb una història d'intents de suïcidi comparats amb aquells sense tal història. Postula que aquesta revisió de la literatura confirma l'existència de marcadors neurocognitius en la vulnerabilitat del suïcidi en gent gran i que una valoració neuropsicològica podria ajudar a identificar la vulnerabilitat al suïcidi en gent gran depressiva, com a primer pas a tractaments farmacològics i psicoterapèutics. El mateix autor (116) al 2014 realitza una revisió amb pacients amb esquizofrènia per identificar els possibles dèficits neurocognitius que podrien estar relacionats amb el comportament suïcida. Conclou que les alteracions cerebrals afegides a aquelles associades amb l'esquizofrènia, poden predisposar alguns pacients a tenir un risc més elevat de suïcidi o homicidi en circumstàncies particulars, però els pocs estudis disponibles fa que no es puguin treure conclusions clares. Així mateix, al 2012 (117), en un estudi on examina diferents aspectes de la inhibició cognitiva en gent gran troba que la gent gran deprimida amb intents de suïcidi mostren dèficits en tres dominis de la inhibició cognitiva (accés, supressió i contenció) en comparació amb els dos grups control. Tot i tenir una mostra molt petita, determina que la inhabilitat per inhibir l'accés a la informació neutral en la memòria de treball, impedeix i elimina informació rellevant i pot impedir a respondre adequadament a situacions d'estrès i incrementar el risc de suïcidi durant la depressió.

Moniz et al. (118) estudien la relació entre la depressió i les disfuncions executives i troben que els pacients deprimits, amb o sense temptativa autolítica prèvia, eren superats en puntuacions pels controls en totes les mesures neuropsicològiques. En la Torre de Londres, només els que no tenien antecedents de temptativa

rendien pitjor. Troben diferències entre els tres grups en els moviments extrems i el temps de realització de la prova de la Torre de Londres, i no troben diferències entre els controls i els depressius que fan TA en els errors perseverants i el percentatge de respostes a nivell conceptual del WCST, el TMT-A i TMT-B. No troben diferències significatives en el WCST, TMT-A i TMT-B entre els dos grups de depressius. Conclouen que tots els subjectes depressius rendeixen pitjor que els no depressius i distingeixen entre els dos grups de depressius en la inhibició de la resposta.

Fernández-Sevillano et al. (119) fan una revisió sistemàtica dels estudis realitzats entre els anys 2000 i 2020 sobre el paper de les funcions executives com a factor predictiu del comportament suïcida. Troben que els pacients amb un trastorn psicopatològic similar que han realitzat una temptativa de suïcidis tenen un funcionament neuropsicològic més pobre que els pacients amb el mateix diagnòstic que no han realitzat cap temptativa. Específicament, en pacients amb trastorns afectius i esquizofrènia pot estar alterada l'atenció i les funcions executives, mentre que en la praxis constructiva i la memòria de treball no hi han diferències significatives, però per altra banda, troben resultats contradictoris en la presa de decisions. Es plantegen si aquestes alteracions neurocognitives dels que intenten suïcidar-se depenen del diagnòstic o són específiques de la conducta suïcida.

2. OBJECTIUS

Un factor que ha generat molt interès entre els científics és la vulnerabilitat al comportament suïcida i s'ha associat a un conjunt d'alteracions clíniques, neuropsicològiques i neurocognitives específiques, a més d'altres factors com les variables sociodemogràfiques, biològiques, emocionals i trets de personalitat.

Donada la gran diversitat d'aportacions clíniques i estudis amb resultats poc clars en relació a les característiques neuropsicològiques que intervenen en els processos cognitius en la conducta suïcida i les característiques psicopatològiques i de personalitat, com és la impulsivitat, l'objectiu principal d'aquest estudi és

identificar quines són les característiques d'un grup de pacients amb conducta suïcida en variables neuropsicològiques, psicopatològiques i tret de personalitat impulsiu i com es relacionen entre elles. Així mateix, considerem que és important valorar quins són els factors de risc en la conducta suïcida i les variables que estan intervenint per poder desenvolupar mecanismes eficaços de prevenció.

OBJECTIU PRINCIPAL:

Descriure les característiques neuropsicològiques, psicopatològiques i de personalitat del subjectes que hagin realitzat una temptativa de suïcidi i identificar-ne els possibles perfils.

1. Comparar un grup de subjectes amb conducta suïcida amb un grup control en característiques neuropsicològiques, psicopatològiques i tret de personalitat impulsiu.
 - 1.1. Definir el possible dèficit neuropsicològic de les funcions executives en els pacients amb conducta suïcida.
 - 1.2. Observar si existeixen diferències significatives en el rendiment de les mesures neuropsicològiques, en les característiques psicopatològiques i la impulsivitat entre pacients amb conducta suïcida i subjectes control.
 - 1.3. Identificar la relació existent entre dèficit neuropsicològic de les funcions executives i l'afrontament de problemes amb el tret impulsivitat, quantificat mitjançant mesures psicomètriques.
2. Comparar les mesures neuropsicològiques, psicopatològiques i la impulsivitat entre els pacients que han tornat a realitzar algun intent autolític al cap d'un any de ser valorats amb els que no han tornat a realitzar cap intent.

3. Definir el perfil psicopatològic i el tret de personalitat impulsiu dels subjectes que han realitzat una temptativa de suïcidi.
4. Comparar el perfil neuropsicològic, psicopatològic i el tret de personalitat impulsiu en dones de dos grups d'edat diferents que han realitzat una temptativa autolítica.

3. HIPÒTESIS

3.1. Hipòtesi 1:

1. Els subjectes amb una conducta suïcida es diferenciarien dels subjectes sense una conducta suïcida en funció de determinades característiques neuropsicològiques, psicopatològiques i tret de personalitat impulsiu.

Els estudis que analitzen la conducta suïcida han demostrat que aquests pacients són molt heterogenis, tant pel que fa a les característiques neuropsicològiques, concretament les funcions executives, com les psicopatològiques i de personalitat, sense poder trobar un perfil únic que pugui explicar aquest tipus de conducta (94,97,101).

- 1.1. Els subjectes que hagin realitzat un intent autolític mostraran major dèficit neuropsicològic en funcions executives (atenció, planificació, inhibició de la resposta i presa de decisions) que els subjectes control.

Diversos estudis han trobat un dèficit en la funció executiva, l'atenció i la memòria en pacients que han realitzat una temptativa de suïcidi (93,115). El dèficit neurocognitiu en subjectes que tenen una conducta suïcida podria ser modificable si s'identifiquen els dominis neuropsicològics que estan alterats i s'estimulen a través d'intervencions neurocognitives i psicoterapèutiques (115,119).

1.2. El subjectes que hagin realitzat un intent autolític mostraran major grau d'impulsivitat que els subjectes control.

Una de les característiques de la personalitat més estudiades en la conducta suïcida és la impulsivitat, on els resultats han demostrat l'existència d'una relació entre la impulsivitat i el suïcidi, tot i que la seva associació amb el risc de suïcidi no és tan consistent ni tan senzilla com es pensava originalment, i el seu efecte podria ser menys directe (46). Alguns autors consideren que la impulsivitat no és un factor determinant en el suïcidi consumat (82,83).

1.3. Els subjectes que hagin realitzat un intent d'autolisi que mostrin major grau d'impulsivitat, mostraran major dèficit neuropsicològic de funcions executives (atenció, planificació, inhibició de la resposta i presa de decisions) que els no impulsius i una major dificultat per afrontar els problemes.

En la mateixa línia de la nostra hipòtesi, alguns estudis portats a terme amb pacients que van realitzar una temptativa de suïcidi van associar una alta impulsivitat amb un baix rendiment neurocognitiu en conceptualització visoespaial, inhibició de la resposta i atenció visual o fluïdesa lectora (93). Per altra banda, alguns autors associen els múltiples intents de suïcidi amb una major impulsivitat motora, més diagnòstics i major psicopatologia (56).

1.4. Els subjectes que hagin realitzat una temptativa autolítica obtindran puntuacions més elevades en l'esfera afectiva i de trets de personalitat límit en les escales de l'Inventari d'Avaluació de la Personalitat (PAI) en comparació amb el grup control.

Els trets de personalitat temperamentals són estables al llarg del temps i la seva identificació pot portar a un reconeixement de les persones en risc de suïcidi o intents de suïcidi que ajudaria a entendre la conducta suïcida. A més, els antecedents psicopatològics estan relacionats amb el risc de la conducta suïcida.

Diversos autors consideren que els trastorns de l'estat d'ànim, trastorns del control d'impulsos, consum de substàncies, trastorn de la personalitat, antecedents d'abús o trauma infantil i familiar augmenten el risc de suïcidi (2,50,51).

3.2. Hipòtesi 2:

2. Els subjectes que hagin realitzat més d'un intent de suïcidi durant l'any després de ser valorats seran els que hagin obtingut un pitjor rendiment en funcions executives i associat amb una major gravetat de la conducta suïcida.

2.1. El subjectes amb pitjor rendiment en les proves que mesuren funcions executives seran els que tornaran a repetir l'intent autolític durant l'any següent de ser valorats.

2.2. El subjectes que hagin realitzat una temptativa prèvia, a més d'alguna temptativa posterior, seran més impulsius i tindran pitjor rendiment en les proves que mesuren funcions executives

En una revisió sistemàtica dels estudis realitzats entre els anys 2000 i 2020 sobre el paper de les funcions executives com a factor predictiu del comportament suïcida, troben que els pacients amb un trastorn psicopatològic similar que han realitzat una temptativa de suïcidi tenen un funcionament neuropsicològic més pobre que els pacients amb el mateix diagnòstic que no han realitzat cap temptativa. Es plantegen si aquestes alteracions neurocognitives dels que intenten suïcidar-se o són específiques de la conducta suïcida (119).

Tot i els estudis realitzats per diversos autors per demostrar la relació entre els dèficits en les funcions executives i la repetició dels comportaments suïcides, aquesta disfunció no ha estat trobada de forma consistent en les diferents mostres.

- 2.3. Els subjectes amb major psicopatologia i dificultat per resoldre i afrontar els problemes seran els que realitzaran més d'una temptativa autolítica a l'any de la valoració inicial.

La literatura científica evidencia que els que han realitzat múltiples temptatives de suïcidi tenen més diagnòstics i major nivells de severitat en psicopatologia, impulsivitat motora i estrès, indicant que a major severitat clínica, més proximitat al suïcidi (2,55,56)

3.3. Hipòtesi 3:

3. Els subjectes que hagin realitzat una temptativa de suïcidi, obtindran majors puntuacions en les escales que mesuren psicopatologia.

3.1. Els subjectes més impulsius seran els que obtindran major puntuació en les escales i subescales de l'Inventari d'Avaluació de la Personalitat (PAI), especialment en les escales de depressió, trastorns relacionats amb l'ansietat, trets límits i en ideació suïcida i agressió.

3.2. Els subjectes que hagin realitzat una temptativa autolítica tindran un perfil psicopatològic on destacarà la simptomatologia depressiva, ansiosa, agressivitat, irritabilitat, la impulsivitat, la manca de recolzament i la tendència a l'evitació i la dificultat per afrontar els problemes.

Diversos estudis destaquen com a factors de risc en la conducta suïcida la psicopatologia i els trastorns de personalitat: els trastorns de l'estat d'ànim, trastorn d'ansietat, trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT), trastorns del control d'impulsos, trastorn de la personalitat (47,49,52,55).

3.4. Hipòtesi 4:

4. Les dones que hagin realitzat una temptativa de suïcidi que siguin majors de 49 anys tindran un perfil neuropsicològic, psicopatològic i tret de personalitat impulsiu diferenciat de les dones de menys de 49, en els que destacaran un enlentiment en les funcions executives, una disminució de la impulsivitat i trets límits de la personalitat i un augment de la simptomatologia depressiva.

Alguns autors suggereixen una associació entre els nivells hormonals i el risc de suïcidi (120, 121), apart dels efectes sobre la conducta i l'humor.

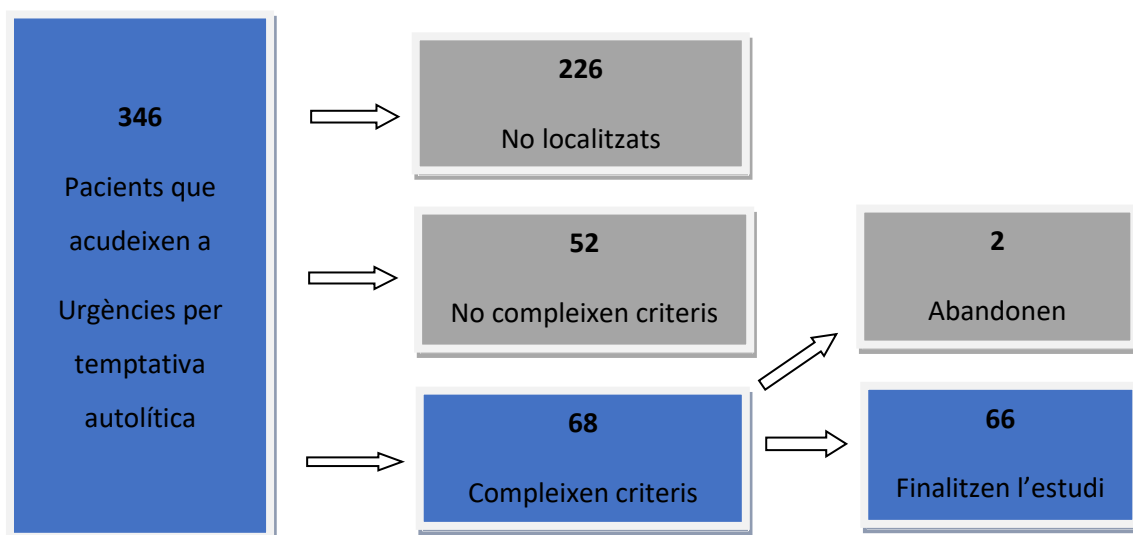
4. METODE

4.1. Mostra:

El grup de casos estava format per 68 pacients que van realitzar una temptativa de suïcidi i van ser atesos a la unitat d'urgències del Parc Hospitalari Martí i Julià de Salt durant el període 2015-2016. Dos dels pacients van iniciar l'avaluació, però no la van voler finalitzar. Per tant, la mostra final d'aquest grup va ser de 66 pacients.

El grup control estava format per 67 persones voluntàries sanes que acudeixen al seu centre d'assistència primària i s'ofereixen a participar en l'estudi, sense antecedents psiquiàtrics ni d'ideació autolítica o de suïcidi i emparellats per edat, sexe i nivell educatiu amb el grup de casos.

Figura 3. Diagrama de fluxe de la mostra del grup de casos



4.2. Procediment

4.2.1. Reclutament de la mostra

Tots els participants van seguir el mateix procediment. L'avaluació constava d'una sessió de 2-3 hores que es realitzava de forma programada i amb el previ consentiment informat del subjecte. Es recollien les variables sociodemogràfiques, psicològiques i neuropsicològiques a través de diverses escales i tests (veure taula 13) que sempre es realitzaven en el mateix ordre per no interferir en els resultats i per la mateixa psicòloga per evitar efectes d'interferència entre diferents avaluadors.

El reclutament del **grup experimental** el feia el psiquiatre de guàrdia del servei d'urgències del Parc Hospitalari Martí i Julià de Salt. En aquest cas eren pacients que arribaven a la unitat d'urgències de l'hospital que havien realitzat una temptativa autolítica. Al final de la visita, el psiquiatre informava al pacient sobre l'estudi i els seus objectius i els demanava si hi volien participar. En cas afirmatiu, es donava dia i hora per realitzar l'avaluació dins els 3-5 dies posteriors a la temptativa autolítica. L'avaluació clínica la realitzava el psiquiatre de guàrdia des del servei d'urgències de l'hospital, on feia la recollida de la història clínica, l'exploració psicopatològica i l'orientació diagnòstica i diagnòstic diferencial. Prèviament a l'inici de l'avaluació psicològica, es tornava a informar al pacient sobre els objectius de l'estudi i si continuaven amb la voluntat de participar-hi, el pacient signava el full de consentiment i s'iniciava l'estudi, i segons els principis expressats en la declaració de Helsinki. L'avaluació es realitzava en un despatx del Parc Hospitalari Martí i Julià de Salt i, en el cas que el pacient estigués ingressat, es realitzava en un dels despatxos de la unitat d'aguts de psiquiatria.

El reclutament del **grup control** es va realitzar voluntaris sans, emparellats per sexe, edat i nivell educatiu amb el grup de casos, sense antecedents psiquiàtrics personals ni de temptativa autolítica i que donaven el seu consentiment per escrit

per participar en l'estudi. L'avaluació psicològica es va realitzar en el Parc Hospitalari Martí i Julià de Salt.

Cada participant tenia un dossier de qüestionaris que van respondre de manera autoaplicada o heteroaplicada, en funció de les característiques de cada escala.

4.2.2. Consentiment informat:

Es va informar als pacients (grup experimental) i als participants del grup control sobre l'objectiu de l'estudi i es va preguntar si hi volien participar. En cas afirmatiu, el pacient signava el full de consentiment per poder iniciar l'estudi. Es remarcava que la col.laboració era voluntària i se'ls assegurava que les dades serien utilitzades exclusivament amb finalitat científica i se'ls garantia la confidencialitat. Per tant:

- La **participació era voluntària**. Si en algun moment decidien que no volien continuar o participar en el projecte es donava per finalitzat l'estudi iniciat per aquella persona.
Dos dels pacients van abandonar l'estudi i no es van comptabilitzar en el grup casos, un d'ells perquè va manifestar malestar i alts nivells d'ansietat durant el procés d'avaluació i en l'altre cas per manca de col.laboració i tendència a respondre de forma aleatòria a les preguntes que se li feia. Aquest darrer va expressar que no volia participar i es va donar per finalitzada l'entrevista.
- **Es va informar de forma oral i escrita** a tots els participants sobre l'estudi que es portaria a terme, els seus objectius i durada de la realització. Es va resoldre qualsevol dubte o pregunta que poguessin tenir abans o durant l'estudi.

- Es va valorar la **capacitat i competència** dels subjectes per decidir sobre la participació en la investigació.

Aquest estudi va comptar amb l'aprovació del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de l'Institut d'Assistència Sanitària (IAS) amb el **núm.de registre S041-1148**.

El protocol i la base de dades van ser manipulats exclusivament per la psicòloga investigadora que va dur a terme aquest estudi i va utilitzar un sistema de codificació per identificar als pacients i així garantir la confidencialitat de les dades.

4.2.3. Selecció de la mostra

La selecció de casos i controls es va realitzar d'acord amb els criteris d'inclusió i exclusió especificats a la taula 12.

Taula 12. Criteris d'inclusió i exclusió dels casos i controls

CRITERIS	CASOS	CONTROLS
<i>Criteris inclusió</i>	Intent de suïcidi	Sense antecedents intent suïcidi ni psiquiàtrics
	Edat 18 a 65 anys	Edat 18 a 65 anys
<i>Criteris exclusió</i>		Emparellats edat, sexe i nivell educatiu amb els casos
	Problemes neurològics	Problemes neurològics
	Negativa a participar a l'estudi	Negativa a participar a l'estudi

4.3. Avaluació

Taula 13. Procés de recollida de dades i instruments utilitzats

Urgències	Història clínica
	Exploració psicopatològica
	Orientació diagnòstica i diagnòstic diferencial
Variables sociodemogràfiques	Edat, estat civil, estudis, professió, situació laboral, procedència
	Antecedents mèdics i psiquiàtrics, consum tòxics, tractament farmacològic.
	Nombre d'intents de suïcidi i temps des del darrer intent.
Variables clíniques i psicopatològiques	PAI
	PHQ-9
	CRI-A
Escala d'impulsivitat	BIS-11
Escala suïcidi	SIS - Escala d'intencionalitat suïcida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS, Beck, 1974)
Variables neuropsicològiques	Subtest de claus WAIS-III
	Subtest de dígit WAIS-III
	Subtest de lletres WAIS-III
	Subtest de recerca de símbols i aprenentatge incidental WAIS-III
Funcions executives	Trail-Making Test, part A y B
	WCST
	Test de Stroop
	Torre de Londres

PAI: Personality Assessment Inventory; **PHQ-9:** Patient Health Questionnaire; **CRI-A:** Coping Responses Inventory – Adult form; **BIS-11:** Barratt Impulsivity Scale; **SIS:** Suicide Intent Scale de Beck; **WAIS:** Wechsler Adult Intelligence Scale; **WCST:** Wisconsin Card Sorting Test.

4.4. Instruments

4.4.1. Variables sociodemogràfiques:

Full de dades sociodemogràfiques (confeccionada add-hoc per aquest estudi). Informació sobre dades relacionades amb la biografia del pacient i que vam considerar que podien ser d'interès per l'avaluació de la conducta suïcida. Es valoraven els següents aspectes: a) Dades biogràfiques; b) Àrea familiar; c) Relació amb el cònjuge o la parella; d) Àrea social; e) Àrea laboral; f) Interessos; g) Malalties.

Cada participant omplia el formulari amb el seu nom i cognoms, edat, estat civil, estudis, professió, situació laboral, procedència, antecedents mèdics personals i familiars, antecedents psiquiàtrics personals i familiars, consum de tòxics i nombre d'intents de suïcidi i temps des del darrer intent.

4.4.2. Avaluació psicològica:

4.4.2.1. Inventari de Personalitat (PAI) (Morey, 1991, 2007). Adaptació espanyola: Ortiz-Tallo, M.; Santamaría, P.; Cardenal, V. & Sánchez, M.P., 2011 (122). Dissenyada per proporcionar una valoració global de la personalitat i psicopatologia en adults. Qüestionari format per 344 ítems amb quatre possibilitats de resposta tipus Likert cada un: fals, lleugerament verdader, força verdader i completament verdader. El perfil resultant consta de 22 escales: 4 escales de validesa (infreqüència, inconsistència, impressió negativa i impressió positiva), 11 escales clíniques (queixes somàtiques, ansietat, trastorns relacionats amb l'ansietat, depressió, mania, paranoia, esquizofrènia, trets límit, trets antisocials, problemes d'alcohol i problemes de drogues), 5 escales de consideracions pel tractament (agressió, ideació suïcida, estrès, manca de suport social i rebuig del tractament), 2 escales interpersonals (dominància i afabilitat) i 10 índexs complementaris. Consta d'una escala que mesura ideació suïcida i una altra que mesura l'índex potencial de suïcidi. Dels conjunt de les escales i subescales clíniques es poden obtenir 15 síndromes

clínicas i 10 trastorns de personalitat segons estrictes criteris psicomètrics. En l'adaptació espanyola la fiabilitat promig test-retest del PAI va ser de 0,82 i la consistència interna de les seves escales va obtenir coeficients alfa de Cronbach promig de 0,78 per la mostra normal i de 0,83 per la mostra clínica.

4.4.2.2. Escala d'intencionalitat suïcida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS) (Beck, 1974). Versió espanyola adaptada per Diaz i cols, 2003. Dissenyada per avaluar les característiques de la temptativa suïcida: circumstàncies en les que es va dur a terme, actitud cap a la vida i la mort, pensaments i conductes abans, durant i després de la temptativa de suïcidi, consum de substàncies, etc. Consta de 20 ítems de resposta tipus Likert de 0 a 2, que s'agrupen en tres parts: part objectiva, part subjectiva i altres aspectes. Les circumstàncies objectives són aquelles en les que es va dur a terme la temptativa. La part subjectiva avalua les expectatives durant la temptativa de suïcidi. En els treballs realitzats per la validació de l'escala es van tenir en compte els 15 primers ítems, d'on s'obté una puntuació sobre la gravetat de la temptativa de suïcidi. No existeixen punts de tall, de manera que a major puntuació, major gravetat de la temptativa (Diaz i cols, 2003). També es van tenir en compte l'ítem 6, preparació activa de l'intent i l'ítem 15, grau de premeditació o intent impulsiu. Per la versió espanyola, la consistència interna del total de l'escala va ser de 0,84.

4.4.2.3. Escala d'impulsivitat de Barratt versió 11 (BIS-11) (Barratt, 1995). Adaptació espanyola per Oquendo, Baca-Garcia, Graver, Morales, Montalban & Mann, 2001 (124). Consta de 30 ítems agrupats en 3 subescales: impulsivitat cognitiva (IC) (8 ítems), impulsivitat motora (IM) (10 ítems) i impulsivitat no planificada (INP) (12 ítems). És una escala autoadministrada de tipus Likert en què cada ítem consta de quatre opcions de resposta (mai/quasi mai; ocasionalment; sovint; sempre/quasi sempre). Es puntua de 0 a 4 per aquest ordre. La puntuació de cada subescala s'obté sumant les puntuacions parcials obtingudes en cada un dels seus ítems. La puntuació total constitueix de la suma de tots els ítems. No existeix un punt de tall. La interpretació dels resultats indiquen que a major puntuació en les subescales, major grau d'impulsivitat.

Pel que fa a les dades de fiabilitat i validesa de la prova són correctes ($\alpha=0.82$). En aquest cas, es va avaluar la impulsivitat com a tret de personalitat.

4.4.2.4. Escala depressió screening - PHQ-9 (Patient Health Questionnaire 9) (Spitzer RL, 1999) (125). Versió espanyola per Díez-Quevedo, 2001 (126). El Qüestionari de Salut del Pacient – 9 avalua la severitat de la depressió. Consta de nou ítems que avaluen cada un dels nou criteris per Trastorn Depressiu Major del DSM-IV en una escala tipus likert que va des de 0 (mai) fins 3 (quasi tots els dies) que fan referència a les dues darreres setmanes. Per a la versió espanyola es van trobar resultats comparables a la versió original, amb valors de sensibilitat del 87% i d'especificitat del 88% (Díez-Quevedo, 2001). La confiabilitat test-retest va ser de 0.84. Spitzer et al. (1999) apunten una fiabilitat excel·lent mesurada a través de la seva consistència interna amb un Cronbach's alfa de 0,89.

4.4.2.5. Inventari de respostes d'afrontament per adults (CRI-A) (Moos, 1993). Adaptació espanyola per Kirchner i Forns, 2010 (127). Permet avaluar les respostes d'afrontament davant un problema o situació estressant. Consta de 8 escales que inclouen estratègies d'aproximació al problema (anàlisi lògic, reavaluació positiva, recerca de guia i suport, solució de problemes) i d'evitació del mateix (evitació cognitiva, acceptació o resignació, recerca de recompenses alternatives i descàrrega emocional). L'inventari consta de dues parts, en la primera el subjecte ha de descriure el problema més important que hagi viscut en els darrers 12 mesos i realitzar una valoració del mateix en base a 10 preguntes en una escala likert de 4 punts (des de "segur que no" a "segur que sí"). La segona part consta de 48 ítems amb una escala de 4 punts (des de "no, mai" a "sí, quasi sempre") per valoració primària de la situació estressant. Les puntuacions T són puntuacions típiques amb una mitja 50 i desviació típica de 10. Les dades de fiabilitat i validesa de la prova són correctes ($\alpha=0,68$).

4.4.3. Avaluació neuropsicològica:

4.4.3.1. Escala d'Intel·ligència de Wechsler per Adults-IV (WAIS-IV) (Wechsler, 2008). Adaptació espanyola de 2012 (128). Instrument clínic d'aplicació individual per avaluar la intel·ligència d'adults, en base a diverses funcions neurocognitives, de 16 a 89 anys. Ofereix puntuacions compostes que reflecteixen el funcionament intel·lectual en quatre àrees neuropsicològiques. Per aquest estudi utilitzarem només els subtests de claus, dígit, lletres i números i recerca de símbols. Les puntuacions directes es transformen en puntuacions escalars mitjançant la comparació amb la norma de grup, a una escala de mitja 10 i desviació típica de 3. Pel que fa a les dades de fiabilitat i validesa de la prova són correctes ($\alpha=0,78$).

- **Subtest de Claus del WAIS-IV:** Consisteix en completar unes caselles buides amb símbols associats amb els dígit d'1 a 9. Mesura atenció visual, memòria visual immediata, destresa visomotora, grau de persistència en una tasca sense atractiu, rapidesa d'execució visoperceptiva i capacitat d'aprenentatge associatiu.

- **Subtest de Dígit del WAIS-IV:** Implica una tasca simple de repetició oral de dues sèries de nombres o dígit i consta d'un màxim de nou dígit en ordre directe i vuit dígit d'ordre invers. Mesura atenció auditiva i resistència a la distracció, memòria auditiva immediata i memòria verbal de treball simple.

- **Subtest de Lletres i números del WAIS-IV:** Implica una tasca de repetició d'una seqüència de lletres i números en la que el subjecte ha de repetir-la d'acord a una ordenació de menor a major, en els nombres, i segons l'abecedari, les lletres. Valora atenció, concentració i memòria verbal de treball alternant.

- **Subtest de Recerca de Símbols del WAIS-IV:** El subjecte ha de decidir si el model visual proposat està o no representat en una seqüència de cinc ítems. Valora

rapidesa i precisió perceptiva i velocitat per processar informació visual simple. Es sensible als efectes de lesions en el lòbul prefrontal dorsolateral.

4.4.3.2. Test de Classificació de Targetes de Wisconsin (WCST) (Heaton, Chelude, Talley, Kay y Curtiss, 1981) (129). Adaptació espanyola de De la Cruz (1997) (130). Mesura la funció executiva que requereix estratègies de planificació, raonament abstracte, flexibilitat conceptual, capacitat d'atenció sostinguda, indagacions organitzades i utilització del "feedback" ambiental per canviar esquemes. Es sensible als efectes de lesions en el lòbul prefrontal. Consta de 4 targetes-estímul distribuïdes en dos conjunts o blocs de targetes-resposta amb 64 targetes cada bloc. Les cartes estan compostes per la combinació de tres classes d'atributs: la forma, el color i el número. La prova consisteix emparellar cadascuna de les targetes segons un criteri, per exemple, el color. Quan el subjecte realitza deu respostes correctes consecutives, aconsegueix una categoria, i a partir de la desena resposta correcta es canvia el criteri de classificació sense previ avís. Només rep la retroalimentació positiva o negativa de l'avaluador, que és qui canvia el patró de classificació sota determinades condicions. La interpretació de les puntuacions indica que com més nombre de categories aconsegueixi i menys errors, millors resultats. Pel que fa a les dades de fiabilitat i validesa de la prova són correctes ($\alpha=0.84$).

4.4.3.3. Test del traçat (Trail Making Test –TMT), forma A y B (Reitan, 1986). Avalua atenció-seqüenciació, planificació, velocitat psicomotora i la flexibilitat cognitiva. Es sensible per mesurar aspectes d'atenció que depenen del córtex prefrontal. Consta de dues parts, la part A, en la que es pretén la connexió mitjançant línees i de forma consecutiva i amb la major rapidesa possible de 25 números distribuïts a l'atzar en un full. En la part B, la connexió ha de seguir la mateixa lògica però unint números i lletres de forma alternada (A-1-B-2-C-3, etc). En ambdues parts de la prova se realitzen prèviament assajos. Els resultats s'interpreten a partir de la quantitat de segons que el subjecte necessita per a completar la prova. Per tant, les puntuacions més altes revelen un major deteriorament. En el cas de TMTA seria deficient tardar més de 78

segons, per TMTB més de 273 segons. Ambdues parts han mostrat una alta fiabilitat test-retest (fins a 0,76 en la part A i 0,82 en la part B), amb els valors generalment superiors per a TMT-B en comparació amb A.

4.4.3.4. Test de colors i paraules (Stroop Test) (Golden, 2001). Aquesta prova avalua l'atenció dividida i la resistència a la interferència. Valora la capacitat d'inhibició de resposta i es sensible a disfunció prefrontal medial. En aquests casos, molts pacients presenten errors o temps de resposta majors. La versió de Golden consta de tres parts: la primera avalua la velocitat en la lectura de les paraules; la segona, la velocitat en la identificació dels colors; i l'última avalua la resistència a la interferència, ja que el subjecte ha de dir el color de la tinta en el que estan escrits els noms dels colors que no són congruents amb el color de la tinta. El subjecte ha de ser capaç d'inhibir la tendència natural de la lectura per poder fer una denominació cromàtica. És un dels mètodes més utilitzats i recomanats per avaluar la funció inhibidora neurocognitiva del funcionament executiu, ja que es requereix un procés controlat d'una tasca innovadora mentre s'ha d'impedir la intrusió de la lectura, que és un procés automàtic. Es van comptabilitzar les respostes correctes en cada full, i es va calcular d'Índex d'Interferència (II) aplicant la següent fórmula: $II = PC - [(P \times C) / (P + C)]$. Aquest índex representa la diferència entre el rendiment real en la fulla 3 i l'esperat en funció dels encerts en les fulles 1 i 2; com major és el seu valor, millor control de la interferència s'està executant. Pel que fa a les dades de fiabilitat i validesa de la prova són correctes ($\alpha=0,89$).

4.4.3.5. Torre de Londres o Hanoi (Shallice, 1982) (131). Valora la planificació i resolució de problemes. Implica processos com l'organització de la tasca, iniciació del pla i manteniment en la memòria durant la seva realització, inhibició de possibles distractors i canvi d'estratègia de manera flexible en els casos en que sigui necessari. Test sensible a disfunció prefrontal dorsolateral. La prova consta d'una base amb tres estaques equidistants de diferent tamany i tres boles del mateix tamany i diferent color: vermell, blau i verd. La tasca consisteix en què el subjecte ha de moure les tres boles en els pals per reproduir, en un

número determinat de moviments, les diferents posicions finals que se li mostren. El test consta de 10 problemes de dificultat creixent. Es permeten 2 minuts com a màxim per a solucionar cada problema. El nombre màxim de moviments permesos són 20 per a cada problema. Es tenen en compte 5 variables: a) total de correctes: la suma dels problemes que se solucionen en el mínim de moviments possibles. La màxima puntuació era de 10; b) moviments totals: la suma total del nombre de moviments que el subjecte realitzava per a solucionar tots els problemes. La puntuació total constava del sumatori dels moviments en excés de cada ítem. El rang de puntuacions és de 0 a 145; c) temps de latència: la suma del temps transcorregut des de la presentació de cada problema fins que es realitza el primer moviment; d) temps d'execució: la suma del temps transcorregut des del primer moviment fins al final de cada un dels problemes; e) temps de resolució: la suma del temps transcorregut des de la presentació del problema fins a la seva resolució. Pel que fa a les dades de fiabilitat i validesa de la prova són correctes ($\alpha=0,75$).

4.5 Recerca bibliogràfica

La recerca de la literatura científica s'ha realitzat de forma retrospectiva a través de bases de dades referencials com el PubMed (MEDLINE) i amb el programa Mendeley Desktop que té connexió directa amb diverses bases de dades, important els seus registres per a la gestió de referències bibliogràfiques de documents. Així mateix, s'han utilitzat manuals i textos relacionats en el tema en qüestió.

4.6 Estimació mida mostra

El càlcul de l'estimació de la mostra s'ha realitzat amb la mesura principal de l'Escala d'Impulsivitat de Barratt versió 11 (BIS-11). Acceptant un risc alfa de 0.05 i un risc beta inferior al 80% en un contrast bilateral, calen 67 subjectes en el grup amb conducta suïcida i 67 en el grup control per a detectar una diferència en la mitjana igual o superior a 5 unitats. S'ha assumit una desviació estàndard de 8,21

en el grup amb conducta suïcida i 11,32 en el grup control (Doihara et al 2012). S'ha estimat una taxa de pèrdues de seguiment del 5%.

5. ANÀLISIS ESTADÍSTIC

Previ a l'avaluació de les hipòtesis plantejades en l'estudi es va realitzar una anàlisi descriptiva de les variables. Les variables categòriques s'expressen com freqüències absolutes i relatives i les variables contínues com mitjanes i desviacions estàndard, o com medianes i amplitud interquartílica (percentil 25% i percentil 75%) si la variable no s'ajustava a la llei normal. La normalitat s'avalua mitjançant el test de Shapiro-Wilk.

Descripció per les diferents casuístiques:

- Les variables qualitatives es varen fer mitjançant el test de la Xi-quadrat o el test exacte de Fisher, si els valors esperats eren inferior a 5.
- En les variables quantitatives la comparació entre dos grups es va realitzar mitjançant el contrast d'igualtat de mitjanes (t-student) o el contrast de Mann-Whitney.
- I la comparació entre més de 2 grups a través de l'anàlisi de la variància d'una via (ANOVA) o el contrast de Kruskal-Wallis, ajustant el p-valor per comparacions múltiples.

Els resultats es consideren estadísticament significatius amb un p-valor < 0.05. Totes les anàlisis s'han realitzat mitjançant els programes estadístics SPSS i STATA i NCSS.

Per a la comparació de la proporció de casos entre el grup experimental (Temptatives Autolítiques -TA-) i Control en les dades sociodemogràfiques s'ha realitzat la prova estadística X² de Pearson. Per aquells casos que presentaven alguna casella amb una freqüència esperada inferior a 5 s'ha aplicat la prova

exacta de Fisher. S'ha realitzat una anàlisi descriptiva de les variables relacionades amb la temptativa autolítica, el lloc de procedència i diagnòstic del grup TA.

5.1. Hipòtesi 1:

5.1.1. Hipòtesi 1.1:

Per les escales neuropsicològiques del Trail Making Test (TMT), subescales de l'Escales Wechsler d'Intel·ligència per a Adults (WAIS-IV), Stroop Test, la Torre de Londres (ToL) i Test de classificació de targetes de Wisconsin (WCST) s'ha realitzat una comparació de mitjanes i s'ha realitzat el test de Levene per mostres independents. En aquells casos que les variàncies són homogènies s'ha aplicat la prova de t d'Student, mentre que per les variàncies heterogènies se'ls ha aplicat la prova t d'Aspin-Welch. Per a la comparació de la proporció de casos entre el grup Control i TA de la puntuació total del WCST i l'escala d'aprendre a aprendre (AAA) s'ha realitzat la prova estadística Xi-quadrat de Pearson i s'ha aplicat la prova exacta de Fisher ja que presentaven alguna casella amb una freqüència esperada inferior a 5.

5.1.2. Hipòtesi 1.2:

S'ha realitzat una comparació de mitjanes entre el grup control i el grup TA per a les escales del test d'impulsivitat de Barrat (BIS-11). S'ha realitzat el test de Levene per mostres independents. En aquells casos que les variàncies són homogènies s'ha aplicat la prova de t d'Student, mentre que per les variàncies heterogènies se'ls ha aplicat la prova t d'Aspin-Welch.

5.1.3. Hipòtesi 1.3:

Per a la comparació de mitjanes en les variables del BIS-11 entre el grup d'impulsius i no impulsius del grup TA, establerts a partir de la mediana de distribució de la puntuació total del test BIS-11 (mediana de la distribució: ≤ 43 : no

impulsiu; >43: impulsiu), es van comprovar els suposats de normalitat, mitjançant la prova de Shapiro-Wilk, i en aquells casos que no complien els suposats d'aplicació per a probes paramètriques se'ls va aplicar la prova estadística U de Mann Whitney, mentre que als que sí complien els suposats d'aplicació se'ls va aplicar la prova t d'Student.

Per a la comparació de la proporció de casos entre el grup d'impulsius i els no impulsius de la puntuació total del WCST s'ha realitzat la prova estadística Xi-quadrat de Pearson i s'ha aplicat la prova exacta de Fisher ja que presentaven alguna casella amb una freqüència esperada inferior a 5.

Per a la comparació de mitjanes en les escales del WCST, TMT, subescales del WAIS-IV, Stroop Test i la Torre de Londres, PHQ9, CRI-A i PAI (Hipòtesi 3.1) entre el grup d'impulsius i no impulsius del grup TA, es van comprovar els suposats de normalitat, mitjançant la prova de Shapiro-Wilk, i en aquells casos que no complien els suposats d'aplicació per a probes paramètriques se'ls va aplicar la prova estadística U de Mann Whitney, mentre que als que sí complien els suposats d'aplicació se'ls va aplicar la prova t d'Student.

Per a la comparació de la proporció de casos entre el grup d'impulsius i els no impulsius de la puntuació de l'ítem 9 del PHQ9 ("estaria millor mort"), de l'ítem 7 del SIS (nota de suïcidi) i de la part 1 del CRI-A (situació problema), s'ha realitzat la prova estadística Xi-quadrat de Pearson i s'ha aplicat la prova exacta de Fisher ja que presentaven alguna casella amb una freqüència esperada inferior a 5.

5.1.4. Hipòtesi 1.4:

Per les escales i subescales del Inventari d'Avaluació de la Personalitat (PAI) s'ha realitzat una comparació de mitjanes independents entre el grup control i el grup TA, i s'ha realitzat el test de Levene. En aquells casos que les variàncies eren

homogènies es va aplicar la prova de t d'Student, mentre que per les variàncies heterogènies se'ls va aplicar la prova t d'Aspin-Welch.

5.2. Hipòtesi 2:

5.2.1. Hipòtesi 2.1:

Entre el grup de TA posterior i els no TA posterior, s'ha realitzat la comparació de la proporció de casos de la puntuació total del WCST, s'ha realitzat la prova estadística Xi-quadrat de Pearson i s'ha aplicat la prova exacta de Fisher ja que presentaven alguna casella amb una freqüència esperada inferior a 5.

Per a la comparació de mitjanes en les escales del WCST, TMT, subescales del WAIS-IV, Stroop Test i la Torre de Londres, PHQ9, CRI-A i PAI entre el grup de TA posterior i els no TA posterior, així com el grup TA prèvia NO i TA prèvia SI, s'han comprovat els suposats de normalitat, mitjançant la prova de Shapiro-Wilk, i en aquells casos que no compleixen els suposats d'aplicació per a probes paramètriques se'ls ha aplicat la prova estadística U de Mann Whitney, mentre que als que sí compleixen els suposats d'aplicació se'ls ha aplicat la prova t d'Student.

5.2.2. Hipòtesi 2.2:

Per a la comparació de mitjanes en les variables TA posterior i BIS-11 entre el grup de TA prèvies NO i TA prèvies SI, es van comprovar els suposats de normalitat, mitjançant la prova de Shapiro-Wilk, i en aquells casos que no complien els suposats d'aplicació per a probes paramètriques se'ls va aplicar la prova estadística U de Mann Whitney, mentre que als que sí complien els suposats d'aplicació se'ls va aplicar la prova t d'Student.

5.2.3. Hipòtesi 2.3:

Per a la comparació de la proporció de casos entre el grup de TA posterior i el no TA posterior de la puntuació de l'ítem 9 del PHQ9 ("estaria millor mort"), de l'ítem 7 del SIS (nota de suïcidi) i de la part 1 del CRI-A (situació problema), s'ha realitzat la prova estadística Xi-quadrat de Pearson i s'ha aplicat la prova exacta de Fisher ja que presentaven alguna casella amb una freqüència esperada inferior a 5.

Per les escales i subescales del Inventari d'Avaluació de la Personalitat (PAI) s'ha realitzat una comparació de mitjanes independents entre el grup TA posterior i el no TA posterior i s'han comprovat els suposats de normalitat, mitjançant la prova de Shapiro-Wilk, i en aquells casos que no compleixen els suposats d'aplicació per a probes paramètriques se'ls ha aplicat la prova estadística U de Mann Whitney, mentre que als que sí compleixen els suposats d'aplicació se'ls ha aplicat la prova t d'Student.

5.3. Hipòtesi 3:

Per les escales i subescales del Inventari d'Avaluació de la Personalitat (PAI) s'ha realitzat una comparació de mitjanes independents entre el grup impulsiu NO i impulsiu SI i TA prèvies NO i TA prèvies SI s'han comprovat els suposats de normalitat, mitjançant la prova de Shapiro-Wilk, i en aquells casos que no compleixen els suposats d'aplicació per a probes paramètriques se'ls ha aplicat la prova estadística U de Mann Whitney, mentre que als que sí compleixen els suposats d'aplicació se'ls ha aplicat la prova t d'Student.

S'ha realitzat la comparació entre 3 grups (control, TApre-no i TApre-si) en les diferents proves administrades a través de l'anàlisi de la variància d'una via (ANOVA) o el contrast de Kruskal-Wallis ajustant el p-valor per comparacions múltiples. Després de l'ajust de Bonferroni es considera estadísticament significatiu a un p-valor > 2.3940. En els casos que s'ha pogut assumir la normalitat per a

proves paramètriques s'ha utilitzat el Tukey-Kramer test i es considera estadísticament significatiu a un p-valor<0.05.

5.4. Hipòtesi 4:

Per a la comparació de la proporció de casos entre el grup de dones menors de 49 anys i el grup de majors de 49 anys puntuació total del WCST s'ha realitzat la prova estadística Xi-quadrat de Pearson i s'ha aplicat la prova exacta de Fisher ja que presentaven alguna casella amb una freqüència esperada inferior a 5.

Per a la comparació de mitjanes en les escales del WCST, TMT, subescales del WAIS-IV, Stroop Test i la Torre de Londres, PHQ9, CRI-A i PAI entre el grup de dones menors de 49 anys i el grup de majors de 49 anys, es van comprovar els suposats de normalitat, mitjançant la prova de Shapiro-Wilk, i en aquells casos que no complien els suposats d'aplicació per a proves paramètriques se'ls va aplicar la prova estadística U de Mann Whitney, mentre que als que sí complien els suposats d'aplicació se'ls va aplicar la prova t d'Student.

Per a la comparació de la proporció de casos entre el grup de dones menors de 49 anys i el grup de majors de 49 anys de la puntuació de l'ítem 9 del PHQ9 ("estaria millor mort"), de l'ítem 7 del SIS (nota de suïcidi) i de la part 1 del CRI-A (situació problema), s'ha realitzat la prova estadística Xi-quadrat de Pearson i s'ha aplicat la prova exacta de Fisher ja que presentaven alguna casella amb una freqüència esperada inferior a 5.

Per les escales i subescales del Inventari d'Avaluació de la Personalitat (PAI) s'ha realitzat una comparació de mitjanes independents entre el grup de dones menors de 49 anys i el grup de majors de 49 anys i s'han comprovat els suposats de normalitat, mitjançant la prova de Shapiro-Wilk, i en aquells casos que no compleixen els suposats d'aplicació per a proves paramètriques se'ls ha aplicat la

proba estadística U de Mann Whitney, mentre que als que sí compleixen els suposats d'aplicació se'ls ha aplicat la proba t d'Student.

Finalment, per determinar quins d'aquests factors es van relacionar de manera independent i més potent amb la temptativa de suïcidi, les variables examinades en l'anàlisi univariant es van entrar en el model de regressió logística forward stepwise com a factors independents, amb les puntuacions del SIS en els ítems 6, 15, puntuació total i puntuació objectiva i autoinforme (alta o baixa) com a variables dependents. Es van realitzar diferents patrons de resultats en funció dels ítems o subescales del SIS a partir dels que van sortir significatius.

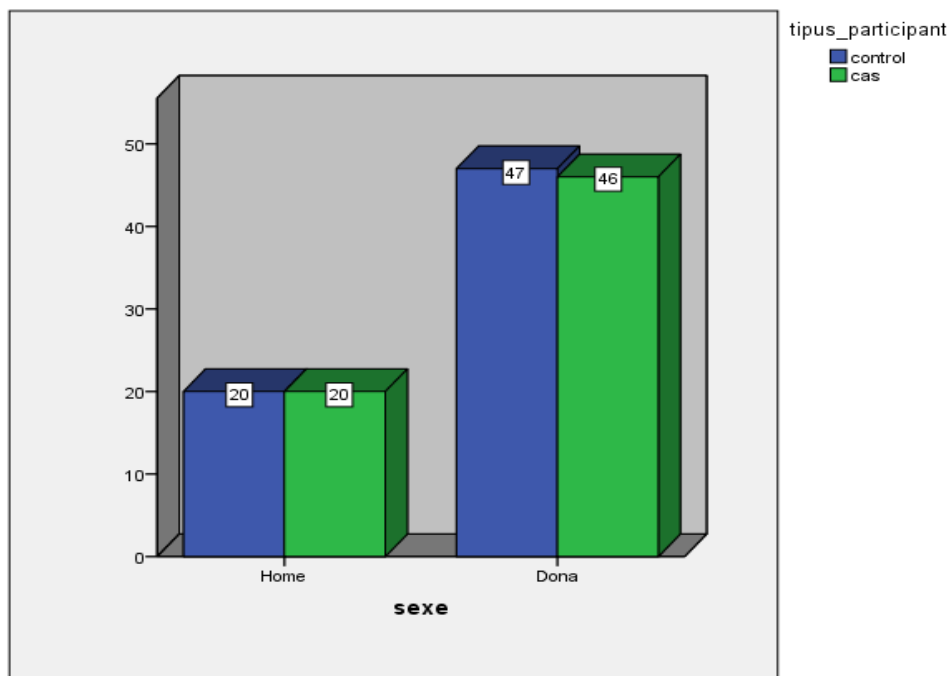
6. RESULTATS

6.1. Descriptiva de les variables sociodemogràfiques

El grup de casos estava format per 66 pacients que van realitzar una temptativa de suïcidi i van ser atesos a la unitat d'urgències del Parc Hospitalari Martí i Julià de Salt. La franja d'edat era de 20 a 64 anys i la mitjana d'edat va ser de 45.47 anys (± 10.43), dels quals 46 eren dones amb una mitjana d'edat de 47.85 (± 8.93) i 20 homes amb una mitjana d'edat de 40 (± 11.75).

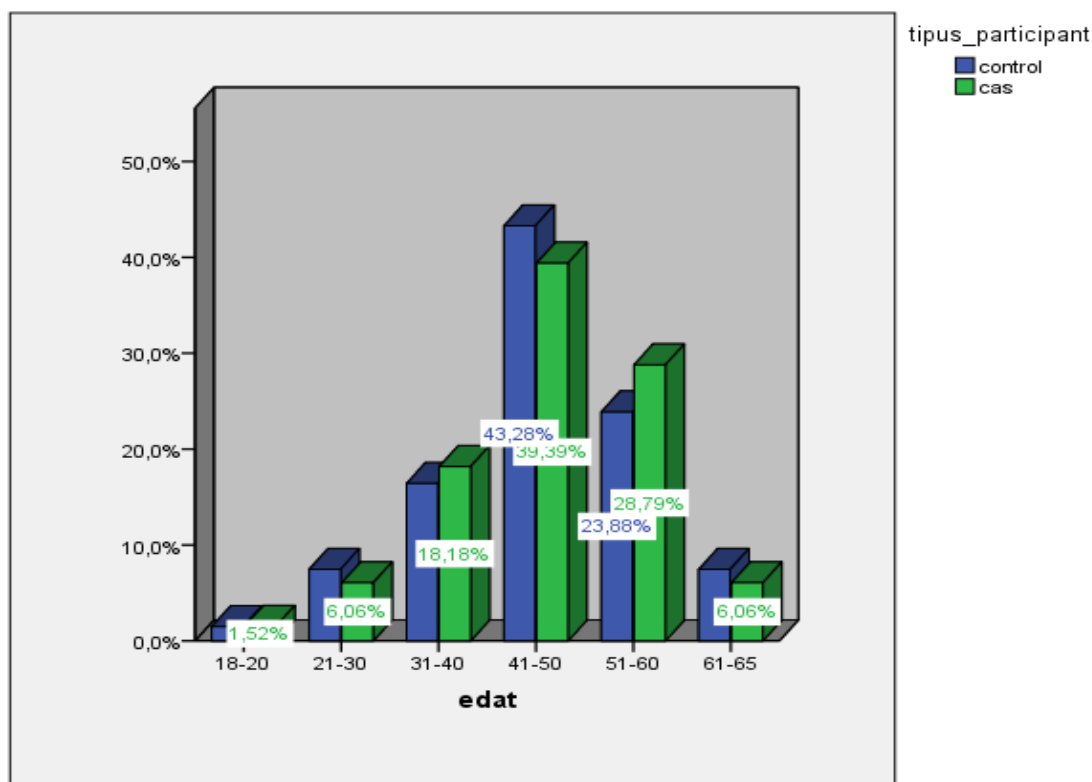
El grup control estava format per 67 persones, 20 homes i 47 dones, sense antecedents d'ideació autolítica o de suïcidi, no consanguinis amb el grup experimental i emparellats per edat, sexe i nivell educatiu amb el grup de casos. La mitjana d'edat era de 45,66 anys (± 10.66), en una franja d'edat que anava dels 20 anys als 64 anys.

Figura 4. Distribució de la mostra per sexes



L'interval d'edat més freqüent en ambdós grups era el comprès entre 41 i 50 anys, tal i com s'indica en la figura 5.

Figura 5. Distribució de la variable edat per casos i controls



Taula 14. Distribució de la mostra per Estat civil.

Estat Civil	CAS			CONTROL		
	Home n (%)	Dona n (%)	Total N (%)	Home n (%)	Dona n (%)	Total N (%)
Solter/a	10 (50%)	8 (17.40%)	18 (27.3%)	5 (25%)	6 (12.80%)	11 (16.4%)
Casat-ada /parella	7 (35%)	23 (50%)	30 (45.5%)	14 (70%)	33 (70.20%)	47 (70.1%)
Separat-da /divorciat-da	3 (15%)	14 (30.40%)	17 (26.8%)	1 (5%)	7 (14.90%)	8 (11.9%)
Viduo/a	0 (0%)	1 (2.20%)	1 (1.5%)	0 (0%)	1 (2.10%)	1 (1.5%)
TOTAL	20 (100%)	46 (100%)	66 (100%)	20 (100%)	47 (100%)	67 (100%)

En l'anàlisi de l'estat civil (taula 14) es van observar diferències significatives entre els grups estudiats ($p= 0.020$). El 70% del grup control estaven casats en canvi, en el grup cas, el 45.5% estaven casats, el 26.8% divorciats o separats i el 27.3% solters. Si observem les dades per sexes, es va observar que la distribució era diferent segons si eren del grup cas o grup control. El 50% de les dones que van

realitzar una temptativa de suïcidi estaven casades o en parella i un 30.40% estaven separades o divorciades, mentre que el 35% dels homes estaven casats i el 50% estaven solters.

Taula 15. Nombre de fills de la mostra

Nombre de fills	CAS			CONTROL		
	Home n (%)	Dona n (%)	Total N (%)	Home n (%)	Dona n (%)	Total N (%)
0	8 (40%)	7 (15.2%)	15 (22.7%)	9 (45%)	8 (17%)	17 (25.4%)
1	4 (20%)	8 (17.4%)	12 (18.2%)	4 (20%)	11 (23.4%)	15 (22.4%)
2	5 (25%)	24 (52.2%)	29 (43.9%)	6 (30%)	23 (48.9%)	29 (43.3%)
3	3 (15%)	6 (13%)	9 (13.6%)	1 (5%)	3 (6.4%)	4 (6%)
4	0 (0%)	1 (2.2%)	1 (1.5%)	0 (0%)	2 (4.3%)	2 (3%)

En el dos grups existia descendència sense haver-hi diferències significatives ($p=0.637$). Els percentatges de nombre de fills en homes i dones eren similars en els dos grups (taula 15). Els casos que havien realitzat una temptativa de suïcidi que no tenien fills (22.7%) eren similars als del grup control (25.4%). En quant el nombre de fills tampoc es van observar diferències significatives entre els diferents grups, destacaríem que el 43% de la mostra estudiada tenien dos fills (43.9% vs 43.3%).

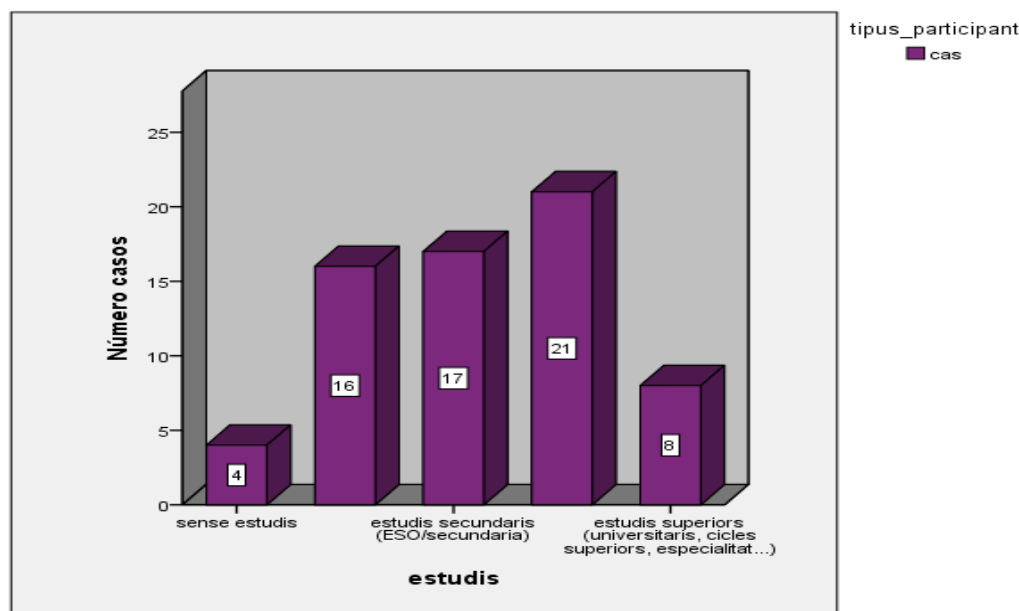
Taula 16. Distribució de la mostra per situació laboral.

Situació Laboral	CAS			CONTROL		
	Home n (%)	Dona n (%)	Total N (%)	Home n (%)	Dona n (%)	Total N (%)
Actiu/va	10 (50%)	14 (30.4%)	24 (36.4%)	17 (85%)	39 (83%)	56 (83.6%)
Parat/a	9 (45%)	19 (41.3%)	28 (42.4%)	3 (15%)	4 (8.5%)	7 (10.4%)
Invalidesa	1 (5%)	10 (21.7%)	11 (16.7%)	0 (0%)	2 (4.3%)	2 (3%)
Jubilat/da	0 (0%)	1 (2.2%)	1 (1.5%)	0 (0%)	2 (4.3%)	2 (3%)
Pensionista	0 (0%)	2 (4.3%)	2 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
TOTAL	20 (100%)	46 (100%)	66 (100%)	20 (100%)	47 (100%)	67 (100%)

Per altra banda, la situació laboral també es va veure clarament diferenciada entre el grup de casos i controls ($p < 0.001$), ja que la majoria de participants del grup control estaven laboralment actius (83.6%) en contra del grup cas (36.4%), a més, el 42.4% dels casos estaven parats en el moment de realitzar la temptativa de suïcidi i el 16.7% tenien una invalidesa. Concretament per sexes, majoritàriament les dones que havien fet una temptativa de suïcidi eren les que estaven en situació d'atur laboral (41.3%) o tenien una invalidesa laboral (21.7%). El grup de jubilats i pensionistes va ser el menys representatiu de la mostra (taula 16).

Pel que fa al nivell d'estudis, la major part de la mostra experimental tenia estudis primaris, secundaris i batxillerat o similar, essent aquestes tres franges força similars entre elles. En el nostre estudi, el grup control estava format per subjectes equiparats en edat, sexe i nivell d'estudis amb el grup de casos, per tant, no hi havia diferències en aquestes variables sociodemogràfiques.

Figura 6. Distribució del grup experimental per nivell d'estudis.



Tots els subjectes del nostre estudi que van realitzar una temptativa de suïcidi van acudir a l'Hospital de referència del Gironès (Parc Hospitalari Martí i Julià de Salt), però aquests pacients es distribueixen en els diferents centres de salut mental de

zona que formen part de la Xarxa de Salut Mental de Girona, en funció de la població on resideixen. En el següent gràfic es mostra la distribució dels pacients en els diferents centres de salut mental de la província de Girona. Destacaríem que el 29% provenien de la comarca de Girona i el 29% de la Selva Interior, seguits de les altres comarques (figura 7).

Figura 7: distribució dels pacients del grup experimental segons el centre de salut mental al que corresponen.

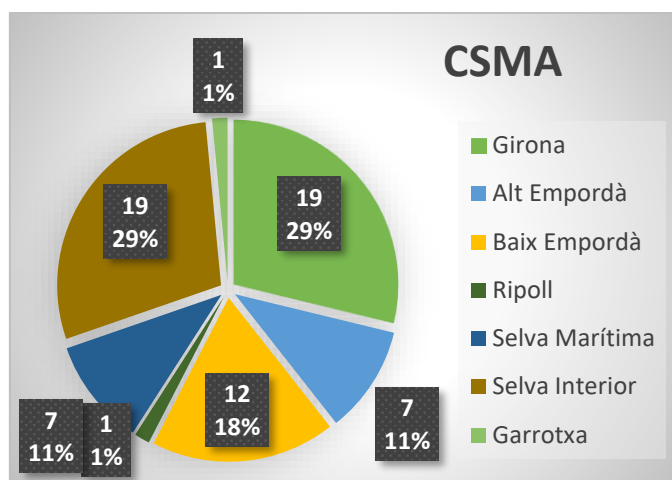
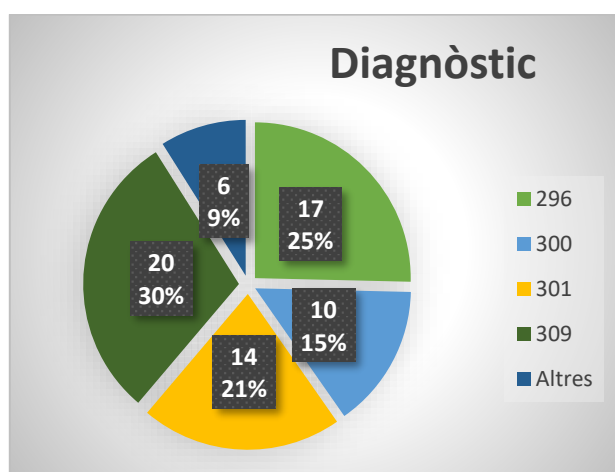


Figura 8: diagnòstic psicopatològic segons criteri clínic dels pacients del grup experimental

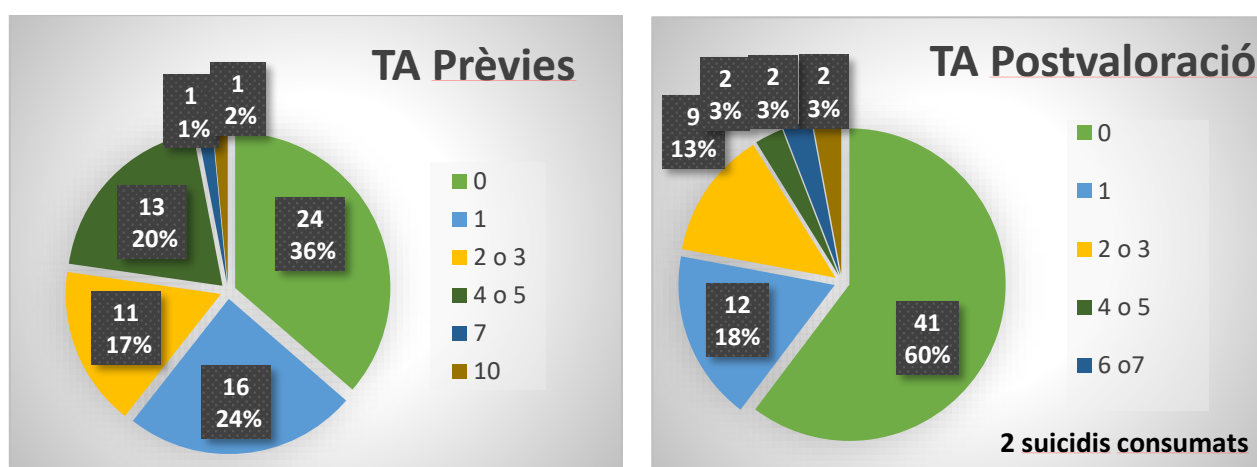


Diagnòstic	N	%
293 (psicosis)	1	1,5
295 (SQZ)	2	3
296 (ànim)	17	25.8
298 (esquizoafectiu)	1	1,5
299 (TEA)	1	1,5
300 (ansietat)	10	15,2
301 (personalitat)	14	21.2
309 (adaptatiu)	20	30.3
311 (depre NOS)	1	2

Taula 17: nombre i percentatge dels diagnòstics del grup cas

En quant els diagnòstics de la mostra, destacarien els trastorns adaptatius en un 30.3%, la majoria dels quals són de tipus mixta amb ansietat i estat d'ànim deprimit (85% dels casos), els trastorns de l'estat d'ànim en un 25.8%, en un 21.2% els trastorns de personalitat, seguits pels trastorns d'ansietat i altres els diagnòstics (veure figura 8 i taula 17).

Figura 9: temptatives autolítiques prèvies i temptatives autolítiques a l'any de realitzar-se la valoració.

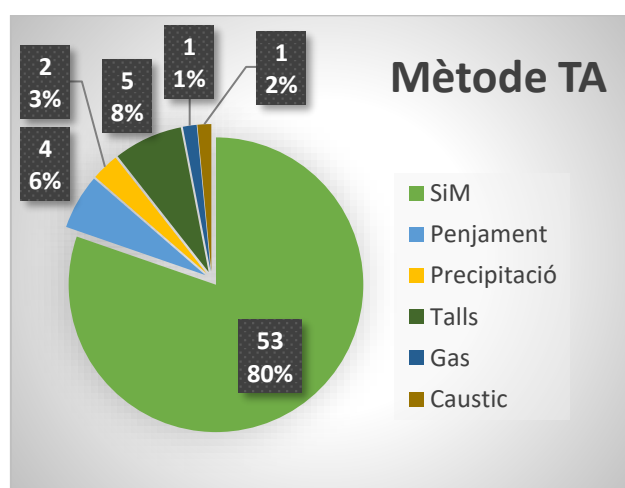


Es van registrar el nombre de Temptatives Autolítiques (TA) prèvies i les posteriors a la valoració on destacaríem que el 36% (n=24) dels casos no van realitzar cap TA anterior a l'estudi i el 64% (n=42) restant sí havia realitzat alguna temptativa prèvia. Les temptatives autolítiques registrades durant l'any després de la valoració es mostren en el figura 9. Un 60% (n=41) dels casos no van repetir la TA, un 40% (n=25) en va realitzar 1 o més temptatives autolítiques. Es van registrar 2 suïcidis consumats durant aquest període esmentat. El mètode més freqüent va ser per sobreingesta de fàrmacs (SIM) en un 80.3% dels casos (n=53), en un 75% (n=15) dels homes i un 82.6% (n=38) de les dones, seguit de talls en un 7.6% (n=5) i penjament en un 6.1% (n=4), sense que hi haguessin diferències significatives entre homes i dones (taula 18).

Taula 18. Mètode utilitzat en la temptativa autolítica diferenciada per sexes

CAS			
Mètode TA	Home n (%)	Dona n (%)	Total N (%)
SIM	15 (75%)	38 (82.6%)	53 (80.3%)
Penjament	2 (10%)	2 (4.3%)	4 (6.1%)
Precipitació	1 (5%)	1 (2.2%)	2 (3%)
Talls	2 (10%)	3 (6.5%)	5 (7.6%)
Gas	0 (0%)	1 (2.2%)	1 (1.5%)
Caustic	0 (0%)	1 (2.2%)	1 (1.5%)
TOTAL	20 (100%)	46 (100%)	66 (100%)

Figura 10. Mètode utilitzat en la temptativa autolítica (TA) pels pacients en estudi



6.2. **Objectiu 1:** Comparar un grup de subjectes amb conducta suïcida amb un grup control en característiques neuropsicològiques, psicopatològiques i estils de personalitat.

Es realitza la comparació de les puntuacions de les proves neuropsicològiques en la mostra formada per 67 participants en el grup control i 66 en el grup de temptatives autolítiques (TA).

Taula 19. Comparació del grup control i grup TA, en les puntuacions escalars del Trail Making Test (TMT), subescales del WAIS-IV i puntuacions típiques de l'Stroop.

NEURO	CONTROL (n=67)	TA (n=66)			Cohen
	Mitjana (DE)	Mitjana (DE)	t	p	d
TMT					
Part-A (pe)	11.36 (2.85)	9.08 (2.88)	4.59	<0.001***	-0.796
Part-B (pe)	11.12 (2.50)	8.24 (3.39)	5.57*	<0.001***	-0.968
WAIS-IV					
Dígits total (pe)	11.55 (2.40)	9.41 (2.92)	4.62*	<0.001***	-0.802
Clau números (pe)	12.82 (7.79)	8.96 (2.22)	3.88	<0.001***	-0.673
Recerca Símbols (pe)	12.46 (2.35)	9.26 (2.63)	7.41	<0.001***	-1.285
Lletres i números (pe)	12.78 (2.69)	10.05 (2.82)	5.72	<0.001***	-0.991
STROOP					
Interferència	49.82 (7.43)	46.89 (9.09)	2.03	0.044*	-0.353

Nota. TA = Temptativa autolítica; DE = desviació estàndard; t = Student ; TMT = Trail Making Test; pe = puntuació escalar.

t* = Les variances són diferents segons el test de Levene. * p < .05; **p<.010; ***p<.001

Pel que fa a les funcions executives, els pacients que han realitzat una TA presenten puntuacions significativament més baixes en comparació amb el grup control en TMT part A ($t(131)= 4.59$, $p<0.001$), TMT part B ($t(119.44)= 5.57$, $p<0.001$), on es valora la planificació, inhibició de la resposta i l'atenció dividida, així com la flexibilitat cognitiva; dígit del WAIS-IV ($t(125.36)= 4.62$, $p<0.001$), que valora l'atenció auditiva, memòria immediata i verbal i resistència a la distracció; clau de números del WAIS-IV ($t(131)= 3.88$, $p<0.001$), que valora atenció i memòria visual immediata, destresa visomotora, resistència a la tasca i rapidesa executiva; recerca de símbols del WAIS-IV ($t(131)= 7.41$, $p<0.001$), que mesura rapidesa, precisió perceptiva i velocitat de processament de la informació visual simple; lletres i números del WAIS-IV ($t(131)= 5.72$, $p<0.001$), on es valora l'atenció, concentració i memòria de treball altern. En l'escala de l'Stroop també obtenen puntuacions significativament més baixes, on es valora la inhibició de la resposta, atenció dividida i resistència a la interferència, interferència ($t(131)= 2.03$, $p=0.044$) (taula 19).

El test de la Torre de Londres va ser l'última prova que es va passar de la bateria de tests neuropsicològics. Degut a la situació en fase aguda dels pacients i la dificultat de la prova, 20 dels pacients no la van finalitzar o es van negar a realitzar-la quan se'ls va donar les instruccions de la prova. Per tant, la mostra final en aquest test va ser de 46 pacients (TA).

Taula 20. Comparació de la mostra en les puntuacions estàndards del test de la Torre de Londres (ToL).

TORRE DE LONDRES	CONTROL (n=67)	TA (n=46)			Cohen
	Mitjana (DE)	Mitjana (DE)	t	p	d
TorreLTMS	98.54 (14.27)	88.13 (16.64)	3.56	0.001**	-0.681
TorreLTCS	98.98 (15.60)	91.22 (12.83)	2.79	0.006**	-0.534
TorreLTRVS	94.57 (18.98)	86.91 (21.34)	2.00	0.048*	-0.383
TorreLTTVS	100.06 (15.09)	90.57 (17.38)	3.01*	0.003**	-0.591
TorreLTIT	101.05 (10.90)	107.13 (13.10)	-2.68	0.008**	0.514
TorreLET	103,73 (11.32)	88.13 (16.68)	5.53*	<0.001***	-1.135
TorreLTPST	103.08 (11.21)	87.70 (16.53)	5.90*	<0.001***	-1.129

Nota. TA = Temptativa autolítica; DE = desviació estàndard; t = Student; **TorreLTMS** = total moviments; **TorreLTCS** = puntuació correcte; **TorreLTRVS** = violació de les normes; **TorreLTTVS** = violació del temps; **TorreLTIT** = temps inici; **TorreLET** = temps execució; **TorreLTPST** = temps resolució del problema.

t* = Les variàncies són diferents segons el test de Levene. * p < .05; **p<.010; ***p<.001

En el test de la Torre de Londres els pacients que ha realitzat una TA obtenen pitjors resultats en les mesures de planificació de l'execució de la prova, TorreLTMS ($t(111)= 3.56, p=0.001$); en la memòria de treball i control, TorreLTCS ($t(111)= 2.79, p=0.006$); tendeixen a saltar-se més les normes establertes per l'execució de la prova, TorreLTRVS ($t(111)= 2.00, p=0.048$) i tenen pitjors resultats del temps previst per a la resolució de la prova, TorreLTTVS ($t(87.64)= 3.01, p=0.003$); comencen la prova més lentament, TorreLTIT ($t(111)= -2.68, p=0.008$); i la resolen més lentament, TorreLET ($t(73.01)= 5.53, p=<0.001$) i, finalment, obtenen pitjors resultats en la rapidesa de la resolució de problemes, TorreLTPST ($t(111)= 5.90, p=<0.001$) (taula 20).

En el test de Wisconsin (WCST) el nombre de participants del grup experimental (TA) va ser de 65, ja que un dels pacients no va finalitzar la prova.

Taula 21: Comparació entre grup control i TA de les puntuacions totals del WCST

WCST	CONTROL (N=67)	TA (N=65)		
			X²	p
PT<54	0 (0%)	5 (7.7%)	15.767	0.019*
PT=55-61	0 (0%)	2 (3.1%)		
PT=62-69	6 (9%)	7 (10.8%)		
PT=70-76	9 (13.4%)	9 (13.8%)		
PT=77-84	8 (11.9%)	15 (23.1%)		
PT=85-91	11 (16.4%)	11 (16.9%)		
PT=92-106	22 (32.8%)	8 (12.3%)		
PT>107	11 (16.4%)	8 (12.3%)		

* p < .05; **p<.010; ***p<.001

Taula 22: Comparació entre grup control i TA de les escales del WCST.

WCST	CONTROL (N=67)	TA (N=65)			Cohen
	Mitjana (DE)	Mitjana (DE)	t	p	d
NIA	105.84 (22.80)	116.46 (19.03)	- 2.91*	0.004**	0.505
PE	43.67 (9.54)	38.63 (11.25)	2.78	0.006**	-0.484
PRP	44.39 (10.72)	43.08 (15.93)	0.56	0.579	-0.097
PEP	44.90 (10.69)	42.18 (14.96)	1.20	0.232	-0.209
RNC	59.46 (14.47)	49.40 (21.50)	3.15*	0.002**	-0.551
NCC	4.60 (1.93)	3.48 (2.25)	3.07	0.003**	-0.535

Nota. TA = Temptativa autolítica; DE = desviació estàndard; t = Student; NIA: núm. Intents aplicats, PE: percentatge errors, PRP: percentatge de respostes perseverades, PEP: percentatge errors perseverats, RNC: respostes de nivell conceptual, NCC: núm. Categories completes. t* = Les variances són diferents segons el test de Levene. * p < .05; **p<.010; ***p<.001

Taula 23: Comparació entre grup control i TA de les puntuacions de l'escala Aprendre a aprendre (AAA) del WCST.

	CONTROL (N=67)	TA (N=65)		
AAAp_c	56 (54.9%)	46 (45.1%)	X²	p
<1	3 (5.4%)	3 (6.5%)	1.868	0.797
2-5	8 (14.3%)	9 (19.6%)		
6-10	4 (7.1%)	4 (8.7%)		
11-16	6 (10.7%)	7 (15.2%)		
>16	35 (62.5%)	23 (50%)		

Pel que fa a les funcions executives avaluades a través del rendiment en el test de Wisconsin (WCST), si comparem els dos grups estudiats, observem diferències estadísticament significatives en les puntuacions totals ($X^2=15.76$, $p=0.019$) (taula 21). En aquest test, els pacients que han realitzat una temptativa autolítica rendeixen pitjor que el grup control en la majoria de les escales: número d'intents aplicats (NIA), percentatge errors (PE), respostes de nivell conceptual (RNC), número de categories completes (NCC), on obtenen diferències estadísticament significatives. A més, completen menys categories, necessiten més número d'intents per realitzar la prova i obtenen menys respostes correctes, el que afecta a la valoració global en la realització de la prova, tot i que el percentatge d'errors és menor. Per tant, presenten un perfil amb pitjor flexibilitat cognitiva comparada amb el grup control i una major dificultat en la comprensió dels principis de classificació (RNC ($t(111.69)= 3.15$, $p= 0.002$) (taula 22). Per altra banda, no s'observen diferències estadísticament significatives ($X^2=1.86$, $p=0.797$) en les estratègies d'aprenentatge (aprendre a aprendre – AAA) que reflexa el promig dels canvis d'eficàcia conceptual a través de les diferents etapes de realització de la prova (taula 23).

Taula 24: Comparació entre grup TA i grup control de les puntuacions del test d'impulsivitat de Barrat (BIS-11).

BIS - 11	CONTROL (N=67)	TA (N=66)			Cohen
	Mitjana (DE)	Mitjana (DE)	t	p	d
Cognitiva	12.57 (4.43)	15.89 (5.04)	-4.05	<0.001***	0.702
Motora	11.87 (5.67)	18.11 (7.84)	-5.26*	<0.001***	0.914
No planificada	15.46 (4.77)	18.77 (7.20)	-3.12*	0.002**	0.543
TOTAL	40.05 (11.05)	52.83 (15.80)	-5.04*	<0.001***	0.939

Nota. TA = Tentativa autolítica; DE = desviació estàndard; t = Student.

t* = Les variàncies són diferents segons el test de Levene. * p < .05; **p<.010; ***p<.001

En la taula 24 s'observa que el grup TA presenta majors puntuacions en les escales d'impulsivitat cognitiva, indicativa d'una major inestabilitat cognitiva i dificultat per atendre ($t(131) = -4.05$, $p < 0.001$), l'escala d'impulsivitat motora, indicativa d'un menor nivell de perseverança i tendència a actuar sense pensar ($t(118.31) = -5.26$, $p < 0.001$), l'escala d'impulsivitat no planificada, relacionada amb l'autocontrol i la complexitat cognitiva ($t(112.6) = -3.12$, $p = 0.002$) i una major puntuació total del test ($t(116.16) = -5.04$, $p < 0.001$) amb diferències significatives respecte al grup control.

Per tal de poder estudiar quines variables diferencien els subjectes que han realitzat una temptativa autolítica (TA) i poder establir perfils específics en la conducta suïcida, s'han establert dos grups de participants (impulsius i no impulsius) a partir de la mediana de distribució de la puntuació total del test BIS-11 (mediana de la distribució: no impulsiu ≤ 43 ; impulsiu > 43).

Taula 25: Comparació de les puntuacions del test d'impulsivitat BIS-11 de grup TA

BIS - 11	IMPULSIU NO (n=20)	IMPULSIU SI (n=46)				Cohen
			t	U	p	d
Cognitiva	11.35 (3.15)	17.87 (4.40)	-5.982		<0.001***	1.602
Motora	11.25 (4.15)	21.09 (7.17)	-5.717		<0.001***	1.531
No planificada	10.5 (9 - 13)	21 (18 - 26.25)		65	<0.001***	1.918
TOTAL	35.5 (31 - 38.75)	59.5 (52 - 71.25)		0	<0.001***	2.739

Nota. BIS11total => mediana de la distribució: ≤ 43 : no impulsiu; > 43 : impulsiu.

* p < .05; **p<.010; ***p<.001

En la taula 25 s'observa que el grup d'impulsius presenta majors puntuacions en les escales d'impulsivitat cognitiva, indicativa d'una major inestabilitat cognitiva i dificultat per atendre ($t(64) = -5.98, p < 0.001$), l'escala d'impulsivitat motora, indicativa d'un menor nivell de perseverança i tendència a actuar sense pensar ($t(64) = -5.72, p < 0.001$), l'escala d'impulsivitat no planificada, relacionada amb l'autocontrol i la complexitat cognitiva ($U = 65, p < 0.001$) i una major puntuació total del test ($U = 0, p < 0.001$) amb diferències significatives respecte al grup de no impulsius.

Tal com s'ha explicat anteriorment, durant la realització del test de Wisconsin (WCST) un dels pacients no va finalitzar la prova i en aquest cas es perd un participant en el grup impulsiu SI ($n=45$).

Taula 26: Comparació de les puntuacions típiques totals del WCST entre impulsius i no impulsius del grup TA.

WCST	IMPULSIU NO (n = 20)	IMPULSIU SI (n = 45)		
			X²	p
			14.328	0.025*
PT<54	3 (15%)	2 (4.4%)		
PT=55-61	1 (5%)	1 (2.2%)		
PT=62-69	1 (5%)	6 (13.3%)		
PT=70-76	3 (15%)	6 (13.3%)		
PT=77-84	4 (20%)	11 (24.4%)		
PT=85-91	2 (10%)	9 (20%)		
PT=92-106	6 (30%)	2 (4.4%)		
PT>107	0 (0%)	8 (17.8%)		

Nota. PT = puntuació típica. * $p < .05$; ** $p < .010$

Pel que fa a les funcions executives avaluades a través del rendiment en el test de Wisconsin (WCST), si comparem els dos grups estudiats, observem diferències estadísticament significatives en les puntuacions totals ($X^2=15.33, p=0.025$) (taula 26). Si comparem les escales del WCST, no s'observen diferències

estadísticament significatives entre els dos grups en les cap de la resta de les escales definides (taula 27).

Taula 27: Comparació de les escales del WCST entre impulsius i no impulsius del grup TA.

WCST	IMPULSIU NO (n=20)	IMPULSIU SI (n=45)			
			<i>t</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
NIA	128 (112.5-128)	128 (98-128)		442	0.899
PE	35.5 (29 – 44.75)	37 (30.5 – 45.5)		390.5	0.401
PRP	42.5 (30.25 - 46)	41 (34.5 – 51.5)		438	0.870
PEP	41.5 (29.5 - 48)	40 (33.5 - 52)		436	0.848
RNC	49.5 (32.25 – 63.75)	59 (35.5 - 65)		393	0.422
NCC	3.5 (1.25 - 6)	4 (1 - 6)		436.5	0.850

Nota. NIA: num. Intents aplicats, PE: percentatge errors, PRP: percentatge de respostes perseverades, PEP: percentatge errors perseverats, RNC: respostes de nivell conceptual, NCC: num. Categories completes. * $p < .05$; ** $p < .010$; *** $p < .001$

Pel que fa a les funcions executives mesurades a través del TMT, les escales del WAIS-IV i l'Stroop, no s'observen diferències estadísticament significatives entre els dos grups estudiats, impulsius i no impulsius (taula 28).

Tal i com s'ha explicat anteriorment, el test de la Torre de Londres era l'últim test de la bateria de proves neuropsicològiques. Degut a la situació en fase aguda dels pacients i la dificultat de la prova, 20 dels pacients no van finalitzar la prova o es van negar a realitzar-la quan se'ls va donar les instruccions. Per tant, la mostra final en aquesta prova va ser de 46 pacients (TA), 14 no impulsius i 32 impulsius.

En el test de la Torre de Londres tampoc s'observen diferències estadísticament significatives entre els dos grups, però observem que el grup d'impulsius obtenen millors resultats en les mesures de planificació de l'execució de la prova, que es calcula a través del número total de moviments, TorreLTMS ($U=143$, $p=0.054$) i millors resultats del temps previst per a la resolució de la prova, TorreLTTVS ($U=180$, $p=0.284$) (taula 28).

Taula 28. Comparació de les puntuacions escalars del TMT (Trail Making Test), subescales del WAIS-IV, puntuacions típiques de l'Stroop i puntuacions estàndards del test de la Torre de Londres (ToL), entre els subjectes impulsius i els no impulsius del grup de TA.

NEURO	IMPULSIU NO (n=20)	IMPULSIU SI (n=46)				Cohen
			<i>t</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
TMT						
Part-A (pe)	9.15 (3.28)	9.04 (2.73)	0.137		0.892	-0.012
Part-B (pe)	7.95 (4.14)	8.37 (3.05)	-0.460		0.647	0.123
WAIS-IV						
Dígits total (pe)	10 (8.25 – 11.75)	8 (7 – 11.25)		374.5	0.231	-0.34
Clau números (pe)	8.95 (2.46)	8.96 (2.13)	-0.01		0.991	0.003
Recerca Símbols (pe)	10.05 (2.72)	8.91 (2.55)	1.63		0.107	-0.437
Lletres i números (pe)	10 (9,25-13)	10 (8-12)		343	0.101	-0.467
STROOP						
Interferència	44.5 (43 – 49.75)	47 (42 - 53)		403	0.429	0.085
Torre de Londres	(n=14)	(n=32)				
TorreLTMS	82 (60 – 94.5)	95 (82 - 104)		143	0.054	0.749
TorreLTCS	89.7 (9.11)	91.88 (14.24)	-0.521		0.605	0.167
TorreLRVS	93 (60-104)	104 (60 -104)		208.5	0.683	-1.205
TorreLTVS	86 (69.5 - 108)	92 (78 -108)		180	0.284	0.331
TorreLTIT	103 (93.5 - 114)	105 (100 - 112)		178	0.276	0.296
TorreLET	87.14 (18.04)	88.56 (16.33)	-0.263		0.794	0.084
TorreTPST	87.71 (18.43)	87.69 (15.94)	0.005		0.996	-0.002

Nota. TMT = Trail Making Test; pe = puntuació escalar; TorreLTMS = total moviments; TorreLTCS = puntuació correcte; TorreLTVS = violació de les normes; TorreLTVS = violació del temps; TorreLTIT = temps inici; TorreLET = temps execució; TorreLTPST = temps resolució del problema.

* p < .05; **p<.010; ***p<.001

Taula 29. Comparació de les puntuacions directes del Patient Health Questionnaire (PHQ9) i de la proporció de casos entre el grup d'impulsius i els no impulsius de la puntuació de l'ítem 9 del PHQ9, de l'ítem 7 de l'Escala d'intencionalitat suïcida (SIS) de Beck i de la part 1 de l'Inventari de respostes d'afrontament per adults (CRI-A).

	IMPULSIU NO (n=20)	IMPULSIU SI (n=46)			Cohen
	Mitjana (PC)	Mitjana (PC)	U	p	d
PHQ9	15 (11 – 19.75)	20.5 (14 – 24.25)	276	0.010**	0.659
	n (%)	n (%)	X2	p	
PHQ99 (millor mort)	20 (30.3%)	46 (69.7%)	2.646	0.480	
Cap dia	5 (25%)	7 (15.2%)			
Diversos dies	5 (25%)	9 (19.6%)			
Més meitat dies	4 (20%)	7 (15.2%)			
Casi tots dies	6 (30%)	23 (50%)			
Nota suïcidi (Sis7)	20 (30.3%)	46 (69.7%)	0.774	0.886	
Cap	14 (70%)	33 (71.7%)			
Escrita - trencada	0 (0%)	2 (4.3%)			
Presència nota	6 (30%)	11 (23.9%)			
CRI-A (problema)			9.289	0.276	
Salut	5 (25%)	4 (8.7%)			
Economia	0 (0%)	5 (10.9%)			
Laboral	1 (5%)	6 (13%)			
Parella	3 (15%)	7 (15.2%)			
Separació	4 (20%)	5 (10.9%)			
Familiars	5 (25%)	14 (30.4%)			
Soledat	0 (0%)	3 (6.5%)			
Probl.rel. socials	1 (5%)	2 (4.3%)			
Probl. legals	1 (5%)	0 (0%)			

* p < .05; **p<.010; ***p<.001

En l'escala PHQ9, que mesura la severitat de la depressió, trobem diferències estadísticament significatives entre els dos grups estudiats ($U= 276$, $p=0.010$), els impulsius obtenen pitjor puntuacions en aquesta escala.

Pel que fa a l'ítem 9 del PHQ9 que valora “el pensament que estarien millor morts o que han pensat en fer-se mal d'alguna manera”, no s'observen diferències estadísticament significatives entre els dos grups ($X^2=2.65$, $p=0.480$) (taula X), tot i que més de la meitat de la mostra ho ha pensat més de la meitat dels dies o gairebé tots els dies, el 50% dels no impulsius i el 65.2% dels impulsius.

El problema que més els ha preocupat en els darrers 12 mesos, mesurat a través de l'Inventari de respostes d'afrontament (CRI-A), trobem que en la majoria dels casos són els problemes familiars, de parella o de separació. No observem

diferències estadísticament significatives ($X^2=9.29$, $p=0.276$) entre els dos grups estudiats (taula 29).

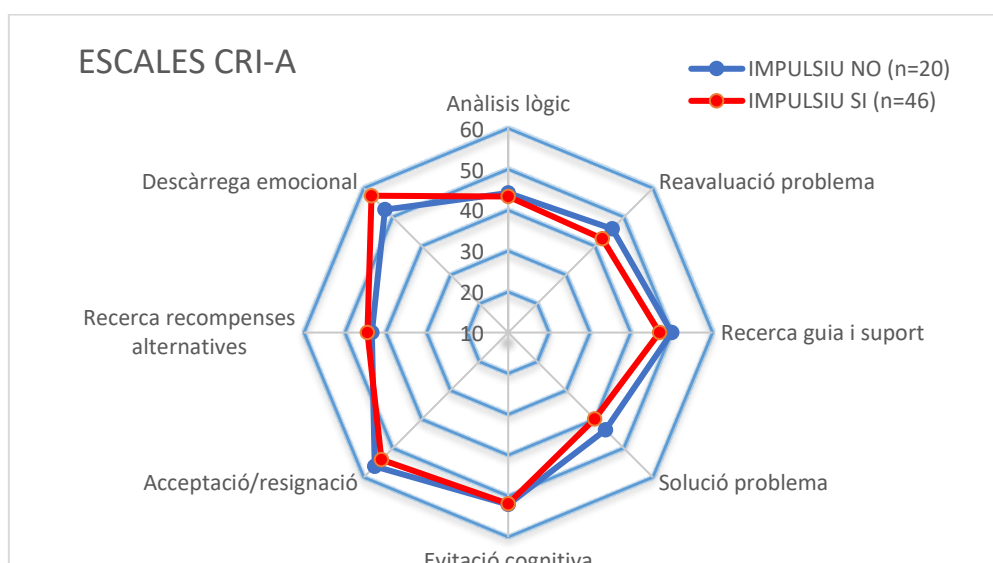
En referència a la presència de nota de suïcidi, mesurat a través de l'ítem 7 de l'Escala d'intencionalitat suïcida (SIS), en la majoria de casos (70% dels no impulsius i 71,7% dels impulsius) refereixen no haver deixat cap nota de suïcidi. No hi ha diferències estadísticament significatives entre els dos grups ($X^2=0.77$, $p=.886$).

Taula 30. Puntuacions T de les respostes d'afrontament a un problema.

	IMPULSIU NO (n=20)	IMPULSIU SI (n=46)				Cohen
CRI-A			<i>f</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Anàlisi lògic	44.20 (11.16)	43.30 (9.18)	0.341		0.734	-0.091
Reavaluació	46 (34.75 – 50)	42.5 (31 - 50)		388	0.317	-0.269
Recerca guia i suport	50 (45.5 – 57)	47 (42 – 53.25)		349	0.121	-0.401
Solució problema	43.60 (10.26)	39.91 (7.76)	1.604		0.114	-0.43
Evitació cognitiva	52.05 (9.36)	51.87 (11.50)	0.062		0.951	-0.017
Acceptació o resignació	56.25 (7.45)	53.94 (10.88)	0.866		0.390	-0.232
Recerca recompenses altern.	43.40 (11.41)	44.48 (12.17)	-0.337		0.737	0.09
Descàrrega emocional	52.65 (11.36)	57.41(9.84)	-1.724		0.090	0.462

* $p < .05$; ** $p < .010$; *** $p < .001$

Figura 11. Comparativa de les puntuacions T de les respostes d'afrontament davant un problema.



Segons les normes d'interpretació del CRI-A (Kirchner i Forns, 2010), les puntuacions T tenen una mitjana de 50 i una desviació típica de 10. En la nostra mostra trobem que la majoria de les puntuacions estan dins d'aquests barems, excepte en el grup d'impulsius, que obtenen puntuacions lleugerament inferiors en la recerca de solucions (43.60(10.26) vs. 39.91(7.76)). No s'observen diferències estadísticament significatives entre els dos grups en les cap de les escales (taula 30).

En les següents taules es mostren els valors de la mitjana i desviació estàndard de les puntuacions T de les diferents escales de validesa, clíniques, relacionades amb el tractament i subescales del PAI entre el grup control i grup TA. La mostra és de 67 participants en el grup control i de 66 en el grup TA.

Segons les normes d'interpretació del PAI (Ortiz-Tallo, M.; Santamaría, P.; Cardenal, V. i Sánchez, MP., 2011), una puntuació típica igual o superior a 70 és indicativa d'algun possible problema clínicament significatiu.

En relació a les escales de validesa els qüestionaris es consideren vàlids, ja que en les escales inconsistència (INC) i infreqüència (INF) presenten puntuacions T dins del protocol d'acceptació de la prova: ambdues escales estan entre els rangs T= 40-60. El grup TA presenta puntuacions significativament més elevades en la impressió negativa (IMN) ($t(76.18) = -8.89, p < 0.001$) i significativament més baixes en la impressió positiva (IMP) ($t(131) = 7.44, p < 0.001$) en comparació amb el grup control. Pel que fa a les escales clíniques, el grup de TA obté puntuacions significativament més elevades en la majoria de les escales clíniques, destacaríem l'escala de depressió que està a la zona alta ($T > 70$) i l'escala de suïcidi que està en la zona extrema ($T > 80$), i significativament més baixes en rebuig al tractament (RTR) ($t(131) = 14.46, p < 0.001$), dominància (DOM) ($t(118.9) = 4.44, p < 0.001$) i afabilitat (AFA) ($t(121.7) = 2.84, p = 0.005$) en comparació al grup control. No s'observen diferències estadísticament significatives entre els dos grups en l'escala de trets antisocials (ANT) ($t(131) = -1.35, p = 0.181$) ni en l'escala de problemes amb l'alcohol (ALC) ($t(93.8) = -1.69, p = 0.095$) (taula 31 i figura 12).

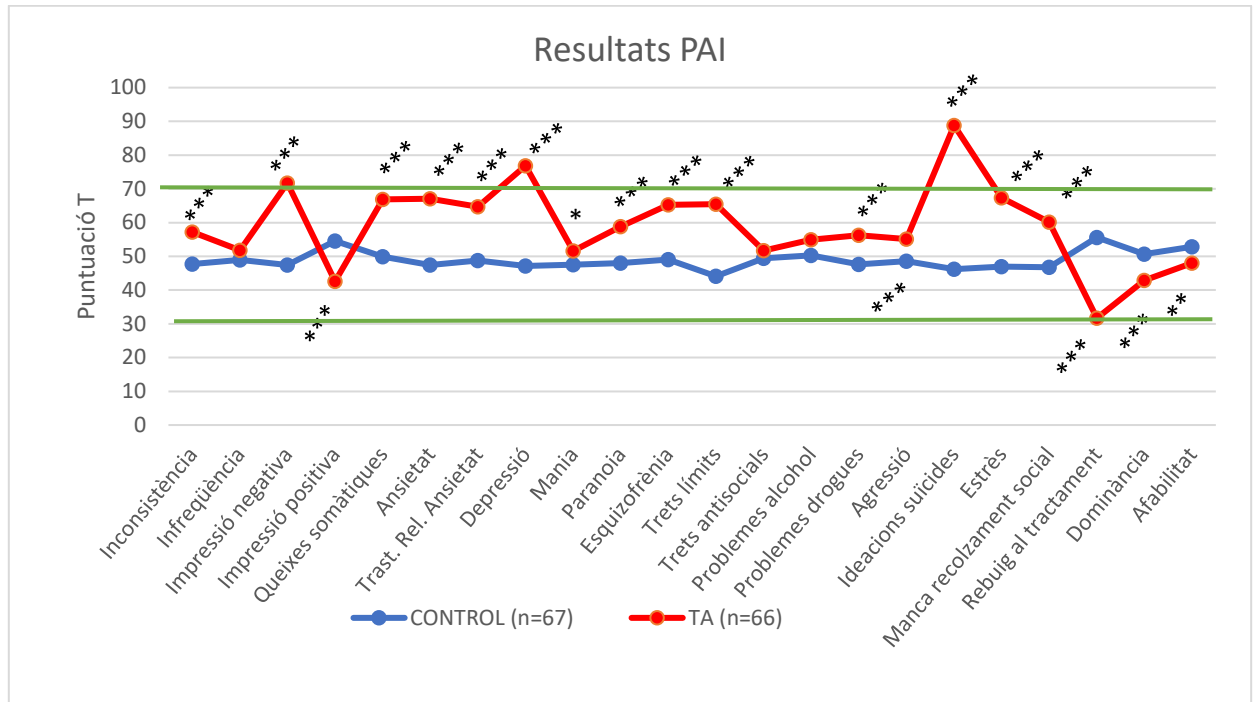
Taula 31. Comparació de les puntuacions T mitjanes del PAI entre el grup control i el grup TA.

	CONTROL (n=67)	TA (n=66)			Cohen
	Mitjana (DE)	Mitjana (DE)	t	p	d
PAI					
Inconsistència	47.73 (7.91)	57.24 (11.00)	-5.733	<0.001***	0.994
Infreqüència	48.94 (9.24)	51.83 (12.77)	-1.498	0.136	0.26
Impressió negativa	47.42 (6.30)	71.67 (21.25)	-8.894*	<0.001***	1.552
Impressió positiva	54.54 (8.63)	42.59 (9.86)	7.440	<0.001***	-1.29
Queixes somàtiques	49.91 (9.66)	66.91 (15.38)	-7.619*	<0.001***	1.326
Ansietat	47.43 (8.33)	67.08 (12.44)	-10.687*	<0.001***	1.859
Trast. Rel. Ansietat	48.79 (8.29)	64.67 (12.46)	-8.639*	<0.001***	1.503
Depressió	47.16 (7.07)	76.80 (17.23)	-12.941*	<0.001***	2.256
Mania	47.49 (10.54)	51.58 (11.99)	-2.087	0.039*	0.362
Paranoia	47.99 (8.32)	58.79 (12.61)	-5.773*	<0.001***	1.004
Esquizofrènia	49.02 (8.10)	65.26 (15.37)	-7.607*	<0.001***	1.325
Trets límits	44.09 (7.67)	65.41 (12.51)	-11.833*	<0.001***	2.059
Trets antisocials	49.46 (8.91)	51.70 (10.22)	-1.345	0.181	0.233
Problemes alcohol	50.31 (9.70)	54.91 (19.92)	-1.687*	0.095	0.294
Problemes drogues	47.63 (8.84)	56.27 (15.92)	-3.865*	<0.001***	0.673
Agressió	48.58 (8.98)	55.11 (11.68)	-3.607*	<0.001***	0.627
Ideacions suïcides	46.16 (4.39)	88.80 (21.26)	-15.962*	<0.001***	2.787
Estrès	46.91 (8.34)	67.32 (13.36)	-10.546*	<0.001***	1.835
Manca recolzament social	46.72 (7.75)	60.11 (13.28)	-7.088*	<0.001***	1.234
Rebuig al tractament	55.61 (8.71)	31.68 (10.32)	14.465	<0.001***	-2.509
Dominància	50.61 (8.36)	42.89 (11.44)	4.437*	<0.001***	-0.771
Afabilitat	52.87 (8.57)	47.96 (11.21)	2.835*	0.005**	-0.493

t* = Les variances són diferents segons el test de Levene.

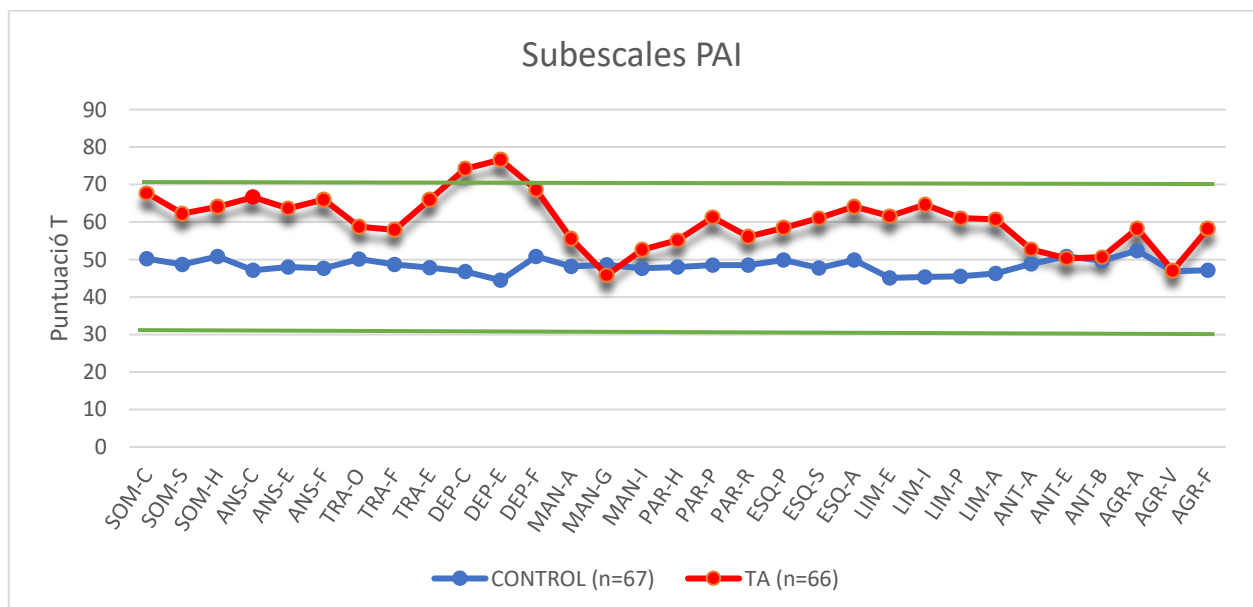
* p < .05; **p<.010; ***p<.001

Figura 12. Comparació de les puntuacions T mitjanes de les escales de validesa, escales clíniques, escales relacionades amb el tractament i escales de relació interpersonal del PAI



* $p < .05$; ** $p < .010$; *** $p < .001$

Figura 13. Comparació de les puntuacions T mitjanes de les subescales del PAI



Taula 32. Comparació de les puntuacions T mitjanes de les subescales de l'inventari PAI

PAI	CONTROL (n=67)	TA (n=66)	t	Cohen	
	Mitjana (DE)	Mitjana (DE)		p	d
SOM-C	50.18 (10.22)	67.74 (18.39)	-6.794*	<0.001***	1.183
SOM-S	48.69 (8.43)	62.30 (12.50)	-7.357*	<0.001***	1.28
SOM-H	50.85 (10.37)	64.08 (14.69)	-5.991*	<0.001***	1.042
ANS-C	47.13 (8.39)	66.62 (12.02)	-10.826*	<0.001***	1.883
ANS-E	48 (8.38)	63.64 (10.77)	-9.339*	<0.001***	1.623
ANS-F	47.63 (8.57)	65.99 (14.95)	-8.672*	<0.001***	1.51
TRA-O	50.13 (10.29)	58.77 (10.46)	-4.801	<0.001***	0.833
TRA-F	48.66 (9.61)	57.92 (13.02)	-4.665*	<0.001***	0.811
TRA-E	47.84 (8.22)	66.06 (12.71)	-9.800*	<0.001***	1.705
DEP-C	46.78 (7.12)	74.20 (17.72)	-11.680*	<0.001***	2.037
DEP-E	44.46 (6.13)	76.62 (18.62)	-13.335*	<0.001***	2.327
DEP-F	50.78 (8.73)	68.65 (12.82)	-9.385*	<0.001***	1.632
MAN-A	48.16 (10.04)	55.55 (12.79)	-3.698*	<0.001***	0.642
MAN-G	48.58 (9.92)	45.82 (12.43)	1.419	0.158	-0.246
MAN-I	47.64 (10.14)	52.64 (11.99)	-2.596	0.011	0.45
PAR-H	48.02 (9.77)	55.20 (12.83)	-3.627*	<0.001***	0.63
PAR-P	48.51 (6.82)	61.24 (17.20)	-5.769*	<0.001***	1.006
PAR-R	48.54 (8.08)	56.08 (10.57)	-4.626	<0.001***	0.802
ESQ-P	49.91 (8.86)	58.42 (15.51)	-3.880*	<0.001***	0.676
ESQ-S	47.78 (8.32)	61.06 (14.72)	-6.395*	<0.001***	1.113
ESQ-A	49.90 (8.16)	64.15 (13.05)	-7.541*	<0.001***	1.312
LIM-E	45.13 (7.82)	61.56 (11.58)	-9.571*	<0.001***	1.665
LIM-I	45.34 (7.82)	64.68 (11.40)	-11.394*	<0.001***	1.981
LIM-P	45.50 (8.95)	61.08 (11.62)	-8.656*	<0.001***	1.504
LIM-A	46.28 (7.87)	60.73 (16.70)	-6.364*	<0.001***	1.109
ANT-A	48.87 (9.69)	52.74 (9.39)	-2.342	0.021	0.406
ANT-E	50.82 (7.97)	50.30 (11.30)	0.305*	0.761	-0.053
ANT-B	49.70 (9.70)	50.61 (12.05)	-0.477	0.634	0.083
AGR-A	52.39 (8.70)	58.29 (10.04)	-3.623	<0.001***	0.628
AGR-V	46.88 (9.52)	47.09 (10.40)	-0.122	0.903	0.021
AGR-F	47.13 (7.40)	58.29 (14.98)	-5.432*	<0.001***	0.946

t* = Les variances són diferents segons el test de Levene.

* p < .05; **p<.010; ***p<.001

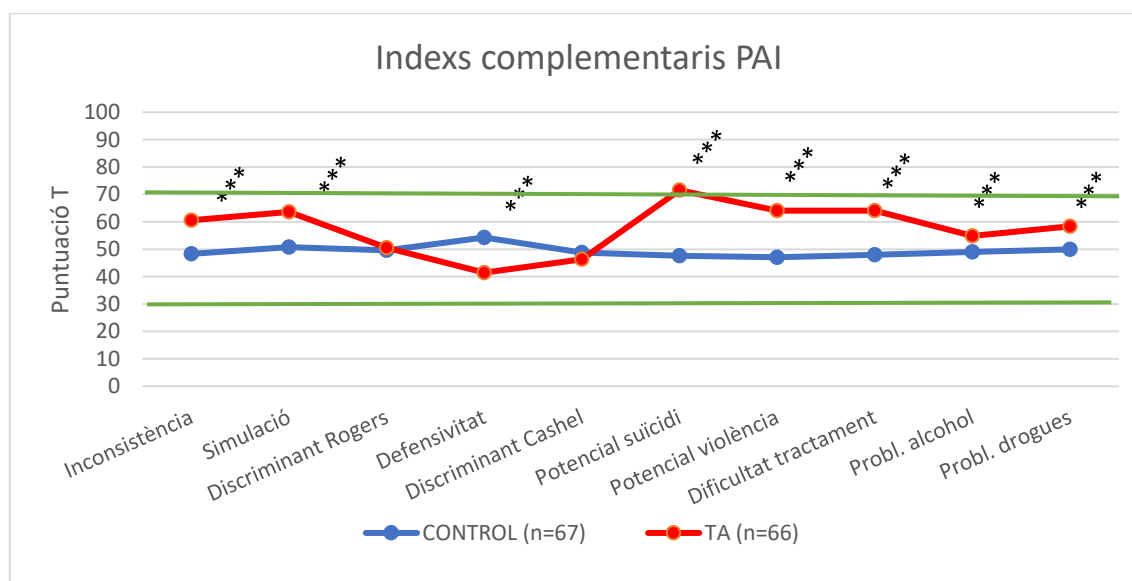
Taula 33. Comparació de les puntuacions T mitjanes dels índexs complementaris de l'inventari PAI

	CONTROL (n=67)	TA (n=66)			Cohen
	Mitjana (DE)	Mitjana (DE)	t	p	d
PAI					
Inconsistència	48.31 (8.73)	60.59 (14.66)	-5.859*	<0.001***	1.02
Simulació	50.75 (9.64)	63.59 (18.03)	-5.113*	<0.001***	0.89
Discriminant Rogers	49.61 (9.06)	50.55 (14.18)	-0.452*	0.653	0.079
Defensivitat	54.30 (8.83)	41.47 (8.85)	8.371	<0.001***	-1.452
Discriminant Cashel	48.78 (8.95)	46.35 (13.64)	1.212*	0.228	-0.211
Potencial suïcidi	47.64 (7.85)	71.55 (13.85)	-12.223*	<0.001***	2.128
Potencial violència	47.09 (8.10)	64.08 (17.38)	-7.206*	<0.001***	1.256
Dificultat tractament	48.03 (7.64)	64.06 (15.81)	-7.428*	<0.001***	1.294
Probl. alcohol	49.08 (4.85)	54.89 (7.63)	-5.240*	<0.001***	0.912
Probl. drogues	49.99 (5.64)	58.32 (9.49)	-6.145*	<0.001***	1.07

t* = Les variances són diferents segons el test de Levene.

* p < .05; **p<.010; ***p<.001

Figura 14. Comparació de les puntuacions T mitjanes dels índexs complementaris de l'inventari PAI



* p < .05; **p<.010; ***p<.001

En les subescales del PAI, el grup TA obté puntuacions més elevades que el grup control i trobem diferències estadísticament significatives en la majoria de subescales excepte en l'escala de grandiositat (MAN-G) ($t(131) = 1.42, p=0.158$), egocentrisme (ANT-E) ($t(116.7) = 0.31, p=0.761$), recerca de sensacions (ANT-B) ($t(131) = -0.48, p=0.634$) i agressions verbals (AGR-V) ($t(131) = -0.12, p=0.903$), on no hi ha diferències estadísticament significatives entre els dos grups (taula 32 i figura 13).

Pel que fa als índexs complementaris del PAI, el grup TA puntua significativament més baix, amb diferències estadísticament significatives, en l'índex de defensivitat (DEF) ($t(131) = 8.37, p<0.001$) i puntuacions més elevades en la inconsistència al final del test (INCF) ($t(105.6) = -5.86, p<0.001$), l'índex de simulació (SIM) ($t(99.1) = -5.113, p <0.001$), l'índex potencial de suïcidi (IPS) ($t(102.6) = -12.22, p<0.001$) amb puntuacions a la zona alta ($T>70$), l'índex potencial de violència (IPV) ($t(91.6) = -7.21, p<0.001$), índex de dificultat en el tractament (IDT) ($t(93.5) = -7.43, p<0.001$), l'índex estimat de problemes amb l'alcohol (ALCEST) ($t(109.9) = -5.24, p<0.001$) i l'índex estimat de problemes amb les drogues (DROEST) ($t(105.5) = -6.15, p<0.001$), respecte al grup control (taula 33 i figura 14).

A partir dels resultats obtinguts del PAI, el perfil psicopatològic del grup de TA és un perfil clarament compatible amb un trastorn depressiu major per les puntuacions elevades ($T>70$) en les escales depressió (DEP) i depressió cognitiva i emocional (DEP-C i DEP-E), impressió negativa (IMN), idees de suïcidi (SUI), índex potencial de suïcidi (IPS) i moderadament elevades ($T>60$) en depressió fisiològica (DEP-F) ($T=68,65$), indiferència social (ESQ-S), alteració del pensament (ESQ-A) i baixes ($T<30$) en rebuig al tractament (RTR). També pot ser compatible amb un perfil de trastorn adaptatiu per les puntuacions elevades ($T>70$) en depressió (DEP) i moderadament elevades ($T>60$) en estrès (EST), ansietat (ANS), somatització (SOM) i estrès posttraumàtic (TRA-E) i compatible amb un perfil caracteritzat per trets de personalitat límits ($T>60$) amb inestabilitat emocional (LIM-E), irritabilitat (LIM-I), relacions interpersonals problemàtiques (LIM-P), autoagressions (LIM-A), idees de suïcidi (SUI), trastorn per estrès posttraumàtic (TRA-E), depressió cognitiva (DEP-C) ($T>70$) i rebuig al tractament (RTR) ($T<30$).

6.3. Objectiu 2: Comparar les mesures neuropsicològiques, psicopatològiques i de personalitat entre els pacients que han tornat a realitzar algun intent autolític al cap d'un any de ser valorats amb els que no han tornat a realitzar cap intent.

En les següents taules es comparen les puntuacions de les escales del WCST. Tal com hem especificat anteriorment, un dels casos no s'ha pogut valorar perquè no va finalitzar la prova. El grup de pacients que no realitzen una temptativa posterior a la valoració està format per 40 persones i el grup que realitzen alguna temptativa posterior està format per 25 persones.

Taula 34: Comparació de les puntuacions típiques totals del WCST entre els que han realitzat una TA posterior i els que no han realitzat TA posterior.

WCST	TA posterior NO (n= 40)	TA posterior SI (n = 25)		
			X²	p
			6.702	0.466
PT<54	2 (5%)	3 (12%)		
PT=55-61	1 (2.5%)	1 (4%)		
PT=62-69	4 (10%)	3 (12%)		
PT=70-76	7 (17.5%)	2 (8%)		
PT=77-84	11 (27.5%)	4 (16%)		
PT=85-91	4 (10%)	7 (28%)		
PT=92-106	6 (15%)	2 (8%)		
PT>107	5 (12.5%)	3 (12%)		

Nota. PT = puntuació típica. * p < .05; **p<.010

Pel que fa a les funcions executives avaluades a través del rendiment en el test de Wisconsin (WCST), si comparem els dos grups estudiats, no s'observen diferències estadísticament significatives en les puntuacions totals ($X^2=6.70$, $p=0.466$) (taula 34) i tampoc en les escales del WCST (taula 35).

Taula 35: Comparació de les escales del WCST entre els que han realitzat una TA posterior i els que no han realitzat TA posterior.

WCST	TA posterior NO (n = 40)	TA posterior SI (n = 25)				Cohen
			<i>t</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
NIA	128 (94.25-128)	128 (117.5-128)		478	0.731	0.165
PE	38.95 (10.72)	38.12 (12.25)	0.287		0.775	-0.073
PRP	41 (34.25 – 49.75)	41 (27.5 – 47)		458.5	0.580	-0.273
PEP	40.5 (34.25 - 49)	41 (26 – 47.5)		438.5	0.410	-0.272
RNC	50.5 (34 – 64)	60 (30 – 69.5)		427	0.328	0.202
NCC	3 (1 - 6)	4 (1 - 6)		499.5	0.999	0.002

Nota. NIA: num. Intents aplicats, PE: percentatge errors, PRP: percentatge de respostes perseverades, PEP: percentatge errors perseverats, RNC: respostes de nivell conceptual, NCC: num. Categories completes. * $p < .05$; ** $p < .010$; *** $p < .001$

Per altra banda, també s'ha valorat amb aquesta prova als pacients que han realitzat alguna TA prèvia a la valoració, amb els que no n'han realitzat cap. La mostra és de 24 participants que no realitzen TA prèvia i de 41 que realitzen alguna TA prèvia. Cal dir que 22 (33,33%) dels casos han realitzat alguna TA prèvia i alguna posterior.

Taula 36: Comparació de les escales del WCST entre els que han realitzat una TA prèvia i els que no han realitzat TA prèvia.

WCST	TA prèvia NO (n = 24)	TA prèvia SI (n = 41)				Cohen
			<i>t</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
NIA	128 (114.75-128)	128 (101-128)		453	0.535	-0.138
PE	33.5 (27.25-44.75)	37 (32-45.5)		367	0.090	0.43
PRP	40 (31-45.75)	41 (33-51.5)		457.5	0.643	0.169
PEP	40.5 (30.75-47.75)	41 (32.5 – 50.5)		459.5	0.663	0.156
RNC	47.5 (22-60)	60 (41-67)		343.5	0.044	0.504
NCC	3 (1 - 6)	4 (1 - 6)		436.5	0.443	0.189

Nota. NIA: num. Intents aplicats, PE: percentatge errors, PRP: percentatge de respostes perseverades, PEP: percentatge errors perseverats, RNC: respostes de nivell conceptual, NCC: num. Categories completes. * $p < .05$; ** $p < .010$; *** $p < .001$

En aquest cas (taula 36) trobem diferències estadísticament significatives en les respostes de nivell conceptual (RNC) ($U=343.5$, $p=0.044$), que reflexa la comprensió dels principis de classificació, on el grup de TA prèvies obté puntuacions més elevades respecte al grup TA prèvies NO. No s'observen diferències significatives en la resta d'escala del WCST ni en els altres tests que valoren funcions executives.

Pel que fa a les funcions executives mesurades a través del TMT, les escales del WAIS-IV i l'Stroop, no s'observen diferències estadísticament significatives entre els dos grups estudiats (veure taula 37).

En el test de la Torre de Londres es van perdre 20 casos, per la negació per part dels pacients de realitzar-la, i la mostra final va ser de 29 pacients que no van realitzar una TA posterior a la valoració i 17 pacients que van realitzar una TA posterior

En el test de la Torre de Londres tampoc s'observen diferències estadísticament significatives entre els dos grups, però observem que el grup que ha tornat a realitzar una temptativa autolítica obté pitjors resultats en les mesures de planificació de l'execució de la prova, que es calcula a través del número total de moviments, TorreLTMS ($U=185.5$, $p=0.167$), en la correcta seqüenciació dels moviments per a la planificació i execució de la prova TorreLTCS ($U= 197.5$, $p=0.267$) i en la violació de les normes TorreLRVS ($U= 188$, $p=0.132$).

Taula 37. Comparació en les puntuacions escalars TMT (Trail Making Test), subescales del WAIS-IV, puntuacions típiques de l'Stroop i les puntuacions estàndards del test de la Torre de Londres (ToL), entre els TA posterior NO i TA posterior SI.

NEURO	TA posterior NO (n = 41)	TA posterior SI (n = 25)				Cohen
			<i>t</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
TMT						
Part-A	9.12 (2.85)	9 (3)	0.165		0.869	-0.042
Part-B	8.15 (3.50)	8.4 (3.25)	-0.293		0.771	0.074
WAIS-IV						
Dígits total	9.12 (2.78)	9.88 (3.15)	-1.022		0.311	0.259
Clau números	9 (8 - 11)	9 (6.5 - 11)		510	0.979	0.004
Recerca Símbols	9.22 (2.31)	9.32 (3.15)	-0.149		0.882	0.038
Lletres i números	10 (8,5-12)	10 (8-13)		506	0.936	-0.003
STROOP						
Interferència	46 (43 - 52)	45 (42.5 - 53)		510.5	0.984	-0.2
Torre de Londres	(n = 29)	(n = 17)				
TorreLTMS	92 (78 - 105)	84 (73 - 99)		185.5	0.167	-0.362
TorreLTCS	94 (83 - 100)	82 (76 - 101)		197.5	0.267	-0.325
TorreLRVS	104 (60-104)	60 (60 -104)		188	0.132	-0.468
TorreLTVS	92 (78 - 108)	92 (78 -108)		245	0.981	0.002
TorreLTIT	104 (97 - 114)	104 (96 - 112)		238.5	0.864	-0.221
TorreLET	89.17 (16.13)	86.35 (17.93)	0.549		0.585	-0.168
TorreTPST	88.48 (16.25)	86.35 (17.41)	0.418		0.678	-0.128

Nota. TMT = Trail Making Test; **pe** = puntuació escalar. **TorreLTMS** = total moviments; **TorreLTCS** = puntuació correcte; **TorreLTVS** = violació de les normes; **TorreLTVS** = violació del temps; **TorreLTIT** = temps inici; **TorreLET** = temps execució; **TorreLTPST** = temps resolució del problema.
* $p < .05$; ** $p < .010$; *** $p < .001$

Taula 38: Comparació de les TA posteriors a la valoració i de les puntuacions del test d'impulsivitat BIS-11 del grup TA prèvies NO i el grup TA prèvies SI.

	TA prèvies NO (n=24)	TA prèvies SI (n=42)				Cohen
			<i>t</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
TA posterior	0 (0-0)	1 (0-2)		301.5	0.002	0.693
BIS - 11						
Cognitiva	14.41 (5.32)	16.74 (4.74)	-1.832		0.072	0.469
Motora	15.67 (6.70)	19.5 (8.04)	-1.953		0.055	0.5
No planificada	17.62 (7.86)	19.43 (6.80)	-0.979		0.331	0.251
TOTAL	47.67 (15.38)	55.79 (15.45)	-2.057		0.043	0.526

* $p < .05$; ** $p < .010$; *** $p < .001$

Taula 39. Comparació de les puntuacions directes del Patient Health Questionnaire (PHQ9) i de la proporció de casos entre el grup que ha realitzat alguna TA posterior i el que no n'han fet de la puntuació de l'ítem 9 del PHQ9, de l'ítem 7 de l'Escala d'intencionalitat suïcida (SIS) de Beck i de la part 1 de l'Inventari de respostes d'afrontament per adults (CRI-A).

	TA posterior NO (N = 41)	TA posterior SI (N = 25)		
	Mitjana (PC)	Mitjana (PC)	U	p
PHQ9	19 (14 – 23)	19 (11.5 – 22)	471.5	0.591
	N (%)	N (%)	X2	p
PHQ99 (millor mort)	41 (62.1%)	25 (37.9%)	0.822	0,893
Cap dia	7 (17.1%)	5 (20%)		
Diversos dies	10 (24.4%)	4 (16%)		
Més meitat dies	7 (17.1%)	4 (16%)		
Casi tots dies	17 (41.5%)	12 (48%)		
Nota suïcidi (Sis7)	41 (62.1%)	25 (37.9%)	1.359	0.541
Cap	31 (75.6%)	16 (64%)		
Escrita però trencada	1 (2.4%)	1 (4%)		
Presència nota	9 (22%)	8 (32%)		
CRI-A (problema)			5.617	0.743
Salut	5 (12.2%)	4 (16%)		
Economia	3 (7.3%)	2 (8%)		
Laboral	3 (7.3%)	4 (16%)		
Parella	5 (12.2%)	5 (20%)		
Separació	5 (12.2%)	4 (16%)		
Familiars	14 (34.1%)	5 (20%)		
Soledat	2 (4.9%)	1 (4%)		
Probl.rel. socials	3(7.3%)	0 (0%)		
Probl. legals	1 (2.4%)	0 (0%)		

* p < .05; **p<.010; ***p<.001

En la taula 38 trobem diferències estadísticament significatives entre els dos grups en la realització de temptatives autolítiques durant l'any següent de ser valorats (TA posteriors), on el grup que ha realitzat alguna TA prèvia puntua més alt ($U=301.5$, $p=0.002$). Per altra banda, també obté puntuacions més elevades i estadísticament significatives en la impulsivitat total del BIS-11 ($t(64) = -2.06$, $p=0.043$).

En l'escala PHQ9, que mesura la severitat de la depressió, no trobem diferències estadísticament significatives entre els dos grups estudiats ($U= 471.5$, $p=0.591$).

Pel que fa a l'ítem 9 del PHQ9 que valora "el pensament que estarien millor morts o que han pensat en fer-se mal d'alguna manera", no s'observen diferències estadísticament significatives entre els dos grups ($X^2= 0.82$, $p=0.893$) (taula 39), tot i que més de la meitat de la mostra ho ha pensat més de la meitat dels dies o gairebé tots els dies, el 41.5% dels que no han realitzat cap més temptativa i el 48% dels que ho han tornat a intentar.

Quan se'ls pregunta quin és el problema que més els ha preocupat en els darrers 12 mesos, mesurat a través de l'Inventari de respostes d'afrontament (CRI-A), trobem que en la majoria dels casos són els problemes familiars o de parella. Si comparem els dos grups estudiats, no observem diferències estadísticament significatives ($X^2=5.62$, $p= 0.743$) (taula 39).

En referència a la presència de nota de suïcidi, mesurat a través de l'ítem 7 de l'Escala d'intencionalitat suïcida (SIS), en la majoria de casos (75.6% dels que no realitzen una TA posterior i 64% dels que sí realitzen una TA posterior) refereixen no haver deixat cap nota de suïcidi. En un 22% dels casos que no repeteixen la temptativa refereixen haver deixat una nota i en un 32% dels que sí la repeteixen han deixat nota. NO hi ha diferències estadísticament significatives entre els dos grups ($X^2=1.36$, $p=0.541$). (taula 39).

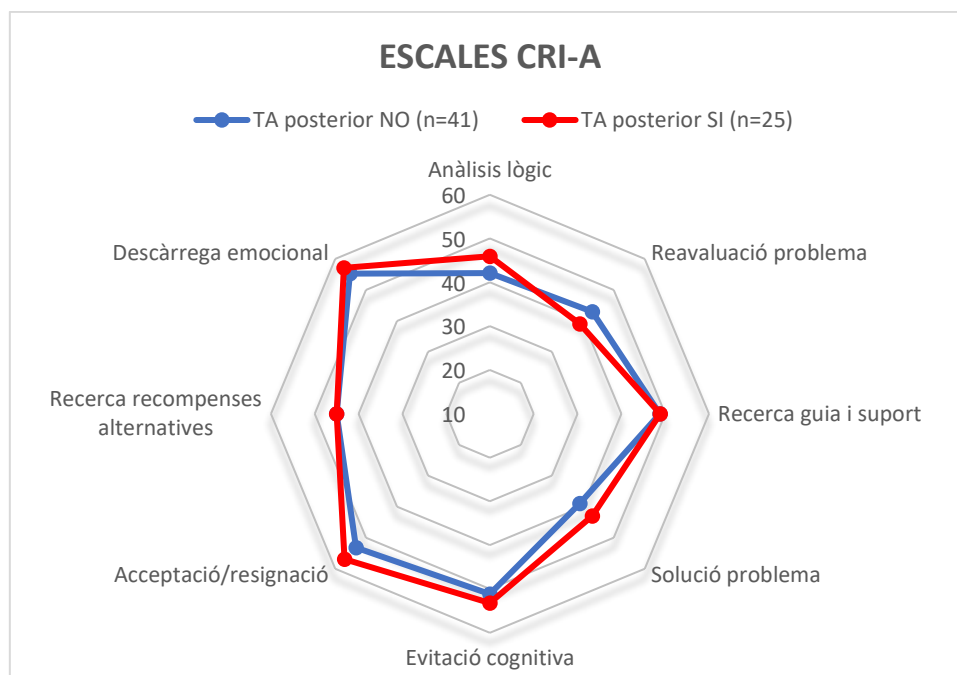
Segons les normes d'interpretació del CRI-A (Kirchner i Forns, 2010), les puntuacions T tenen una mitjana de 50 i una desviació típica de 10. En la nostra mostra trobem que la majoria de les puntuacions estan dins d'aquests barems, excepte en el grup de TA posterior, que obtenen puntuacions lleugerament inferiors en la reavaluació del problema ($T = 39$) i els que no fa TA posterior en la solució del problema ($T = 39$). Trobem diferències estadísticament significatives entre els dos grups en l'escala de solució del problema ($U= 362.5$, $p=.047$) (taula 40 i figura 15).

Taula 40. Comparativa de les puntuacions T de les respostes d'afrontament davant un problema.

CRI-A	TA posterior NO (N = 41)	TA posterior SI (N = 25)	t	U	p	Cohen d
Anàlisi lògic	42.12 (10.60)	45.96 (7.76)	-1.570		0.121	0.398
Reavaluació problema	43 (32.5 – 50)	39 (31 - 50)		496	0.832	-0.042
Recerca guia i suport	48.78 (10.13)	48.88 (7.44)	-0.043		0.966	0.011
Solució problema	39 (34 - 44)	43 (38 – 49.5)		362.5	0.047*	0.551
Evitació cognitiva	51.15 (10.30)	53.20 (11.73)	-0.745		0.458	0.189
Acceptació o resignació	53.22 (10.58)	56.96 (8.56)	-1.493		0.140	0.379
Recerca recompenses altern	45 (35.5 - 53)	45 (32.5 - 50)		507.5	0.952	-0.01
Descàrrega emocional	55.24 (10.43)	57.16(10.65)	-0.719		0.475	0.182

* p < .05; **p<.010; ***p<.001

Figura 15. Comparativa de les puntuacions T de les respostes d'afrontament davant un problema



Taula 41: Comparació de les puntuacions del test d'impulsivitat BIS-11 entre TA posterior NO i TA posterior SI.

	TA posterior NO (N = 41)	TA posterior SI (N = 25)	Cohen		
	Mitjana (DE)	Mitjana (DE)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
BIS-11					
Cognitiva	15.44 (4.94)	16.64 (5.22)	-0.938	0.352	0.238
Motora	17.15 (7.66)	19.68 (8.03)	-1.281	0.204	0.325
No planificada	17.78 (7.14)	20.40 (7.13)	-1.447	0.152	0.367
TOTAL	50.59 (15.30)	56.52 (16.24)	-1.494	0.140	0.379

Nota. TA = Temptativa autolítica; DE = desviació estàndard; *t* = Student.

Pel que fa a l'escala d'impulsivitat BIS-11, no s'observen diferències estadísticament significatives entre els dos grups.

A la taula x es mostren els valors de les puntuacions T de les escales principals del PAI del grup que no fan cap temptativa autolítica (TA) posterior amb els que la fan. La mostra és de 41 participants no TA posterior i de 25 participants que fan TA posterior a l'avaluació.

En relació a les escales de validesa els qüestionaris es consideren vàlids, ja que presenten puntuacions T en les escales inconsistència (INC) i infreqüència (INF) dins del protocol d'acceptació de la prova: ambdues escales estan entre els rangs T=50-60. El grup de TA posterior presenta puntuacions més baixes en la impressió positiva (IMP) ($t(64) = 1.94, p=0.057$) en comparació amb el grup de no TA posterior. Pel que fa a les escales clíniques, el grup de TA posterior obté puntuacions significativament més elevades en les escales de trets mania (MAN) ($t(64) = -2.79, p = 0.007$), paranoia (PAR) ($t(64) = -2.90, p=0.005$), esquizofrènia (ESQ) ($t(64) = -2.16, p=0.034$), trets antisocials (ANT) ($U = 222, p<0.001$) i problemes amb l'alcohol (ALC) ($U = 302.5, p=0.004$) en comparació al grup de no TA posterior (taula 42 i figura 16).

Taula 42. Comparació de les puntuacions T de les escales de validesa, escales clíniques, escales relacionades amb el tractament i les escales de relació interpersonal del PAI entre TA posterior NO i TA posterior SI.

	TA posterior NO (N = 41)	TA posterior SI (N = 25)				Cohen
PAI			<i>t</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Inconsistència	57 (9.63)	57.64 (13.14)	-0.228		0.820	0.058
Infreqüència	50 (43 – 59)	50 (43 – 63)		509.5	0.973	0.081
Impressió negativa	64 (51 – 86)	73 (53.5 – 94)		488.5	0.755	0.094
Impressió positiva	44.39 (8.79)	39.64 (10.95)	1.939		0.057	-0.492
Queixes somàtiques	68.49 (15.33)	64.32 (15.42)	1.069		0.289	-0.271
Ansietat	67.17 (12.25)	66.92 (12.98)	0.079		0.937	-0.02
Trast. Rel. Ansietat	63.80 (12.20)	66.08 (12.99)	-0.717		0.476	0.182
Depressió	78.10 (16.72)	74.68 (18.20)	0.779		0.438	-0.198
Mania	48.51 (11.07)	56.60 (11.95)	-2.794		0.007**	0.709
Paranoia	55.37 (10.04)	64.16 (14.58)	-2.901		0.005**	0.736
Esquizofrènia	62.15 (14.65)	70.36 (15.45)	-2.165		0.034*	0.549
Trets límits	63.44 (12.22)	68.64 (12.53)	-1.661		0.101	0.422
Trets antisocials	46 (41 – 53)	59 (49 – 66)		222	<0.001***	1.019
Problemes alcohol	43 (41 – 50)	55 (43 - 75)		302.5	0.004**	0.73
Problemes drogues	49 (41 – 60)	54 (47 – 69)		374	0.066	0.419
Agressió	54.42 (11.05)	56.24 (12.81)	-0.613		0.542	0.155
Ideacions suïcides	93 (77 – 107.5)	98 (70 – 110)		450	0.403	0.126
Estrès	66.37 (14.03)	68.88 (12.32)	-0.739		0.462	0.187
Manca recolzament social	58.32 (11.58)	63.04 (15.48)	-1.412		0.162	0.358
Rebuig al tractament	27 (24 – 27)	30 (25 – 39.5)		449.5	0.406	0.18
Dominància	41.46 (9.44)	45.24 (14.03)	1.308		0.195	0.332
Afabilitat	48.85 (9.39)	46.48 (13.78)	0.408		0.832	-0.211

* $p < .05$; ** $p < .010$; *** $p < .001$

Figura 16. Comparació de les puntuacions T mitjanes de les escales de validesa, escales clíniques, escales relacionades amb el tractament i escales de relació interpersonal del PAI entre TA posterior NO i TA posterior SI.

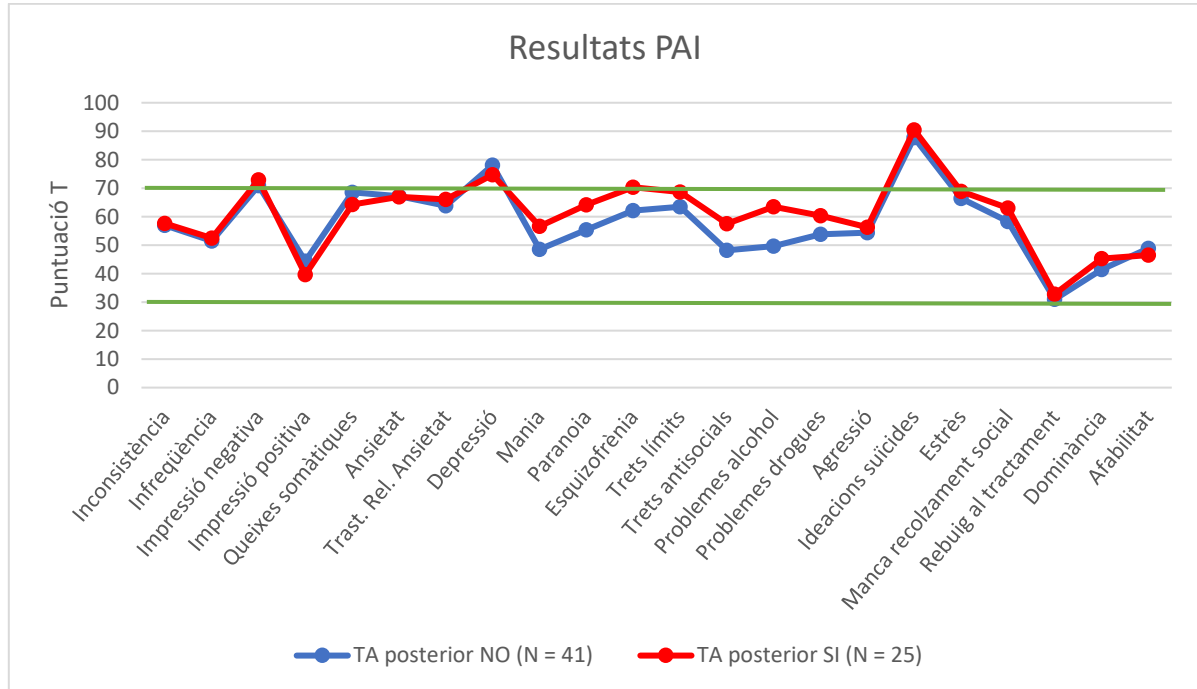
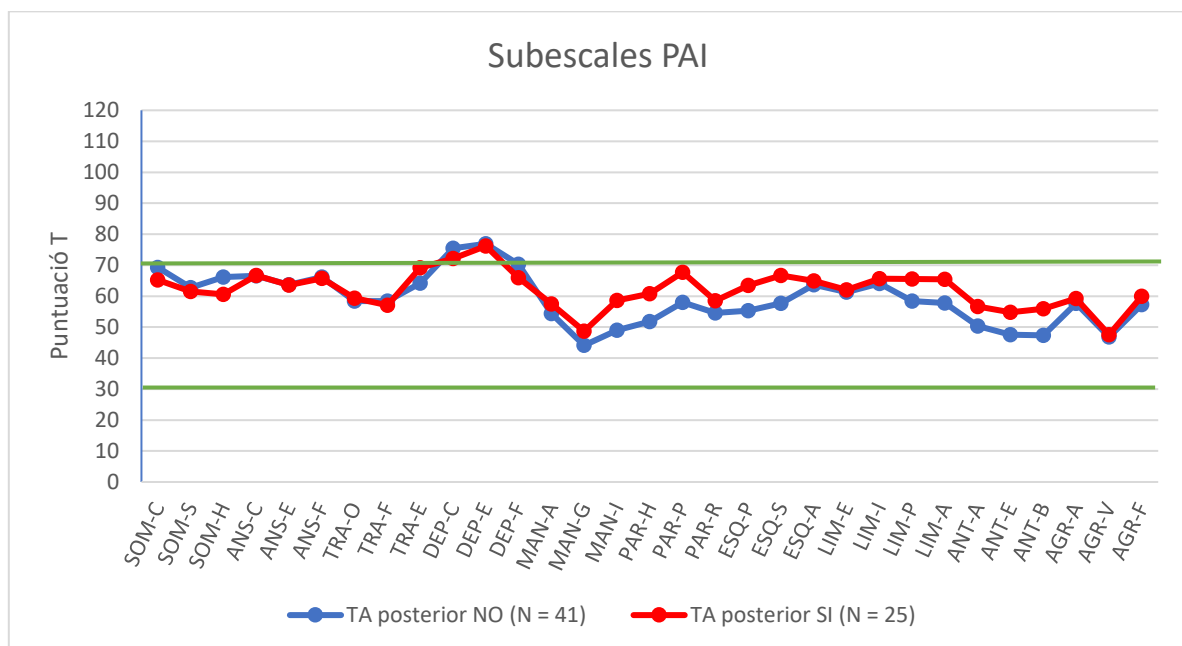


Figura 17. Comparació de les puntuacions T mitjanes de les subescales del PAI entre TA posterior NO i TA posterior SI.



Taula 43. Comparació de les puntuacions T de les subescales de l'inventari PAI entre TA posterior NO i TA posterior SI.

PAI	TA posterior NO (N = 41)	TA posterior SI (N = 25)	<i>t</i>	Cohen		
				<i>U</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
SOM-C	69 (54 – 80)	63 (48 – 83)		448.5	0.400	-0.219
SOM-S	62.78 (12.27)	61.52 (13.08)	0.395		0.684	-0.1
SOM-H	64 (56 – 74)	59 (49 – 72)		378.5	0.076	-0.385
ANS-C	66.56 (12.66)	66.72 (11.15)	-0.052		0.959	0.013
ANS-E	63.66 (10.62)	63.60 (11.23)	0.021		0.983	-0.005
ANS-F	64 (55 – 78.5)	72 (50 – 79.5)		499.5	0.868	-0.024
TRA-O	58.42 (10.53)	59.36 (10.52)	-0.354		0.724	0.09
TRA-F	58.44 (11.98)	57.08 (14.79)	0.409		0.684	-0.104
TRA-E	63 (57 – 75)	73 (57 – 80)		408.5	0.170	0.397
DEP-C	75.42 (15.87)	72.20 (20.58)	0.712		0.479	-0.181
DEP-E	77 (64.5 – 92.5)	80 (58 – 91)		505.5	0.931	-0.04
DEP-F	70.27 (12.81)	66 (12.63)	1.320		0.191	-0.335
MAN-A	54.39 (11.53)	57.44 (14.68)	-0.939		0.351	0.238
MAN-G	42 (35 - 49)	47 (37 – 57)		406.5	0.161	0.369
MAN-I	48.98 (10.08)	58.64 (12.62)	-3.431		0.001**	0.871
PAR-H	51.78 (11.92)	60.80 (12.52)	-2.926		0.004**	0.743
PAR-P	51 (44 – 68)	71 (52.5 – 78.5)		350	0.031*	0.584
PAR-R	54.61 (8.96)	58.48 (12.61)	-1.456		0.150	0.369
ESQ-P	51 (46.5 – 64)	64 (51 – 72.5)		334.5	0.018*	0.543
ESQ-S	57.63 (13.58)	66.68 (15.05)	-2.520		0.014*	0.639
ESQ-A	63.66 (12.66)	64.96 (13.89)	-0.391		0.687	0.099
LIM-E	61.27 (10.90)	62.04 (12.85)	-0.261		0.795	0.066
LIM-I	64.10 (11.54)	65.64 (11.34)	-0.530		0.597	0.135
LIM-P	58.37 (11.43)	65.52 (10.72)	-2.524		0.014*	0.641
LIM-A	54 (44 – 73)	65 (50 – 75)		366	0.052	0.466
ANT-A	48 (46 – 53)	56 (48 – 62)		294	0.003**	0.709
ANT-E	44 (40 – 53.50)	55 (44 – 63)		340.5	0.022*	0.669
ANT-B	45 (42 – 54)	54 (49.5 – 59)		282.5	0.002**	0.751
AGR-A	57.68 (9.85)	59.28 (10.47)	-0.624		0.534	0.158
AGR-V	48 (38 – 54)	48 (36.5 – 58.5)		493	0.800	0.072
AGR-F	53 (46 – 66.5)	57 (47.5 – 74)		467.5	0.555	0.175

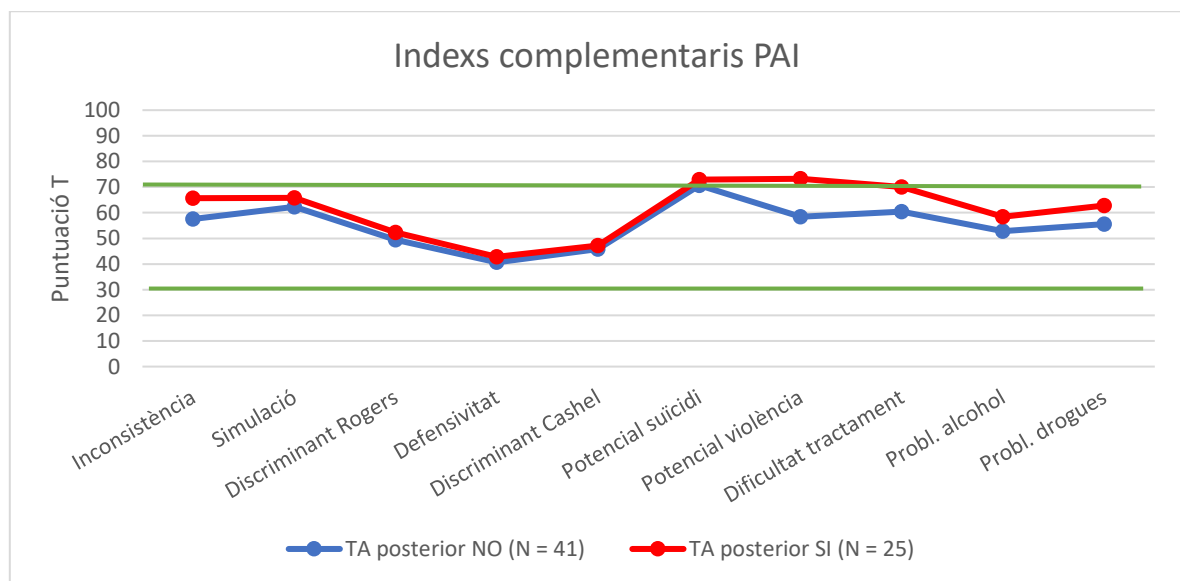
* $p < .05$; ** $p < .010$; *** $p < .001$

Taula 44. Comparació de les puntuacions T dels índexs complementaris de l'inventari PAI entre TA posterior NO i TA posterior SI.

	TA posterior NO (N = 41)	TA posterior SI (N = 25)				Cohen
PAI			<i>t</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Inconsistència	54 (47.5 – 63.5)	63 (51 – 79.5)		358	0.041*	0.572
Simulació	56 (43 – 69)	56 (56 – 69)		467	0.538	0.193
Discriminant Rogers	49.49 (11.58)	52.28 (17.79)	-0.774		0.442	0.196
Defensivitat	39 (33 – 44)	44 (33 – 47)		457	0.452	0.242
Discriminant Cashel	45.83 (13.57)	47.20 (13.99)	-0.394		0.695	0.1
Potencial suïcidi	72 (58.5- 84)	72 (61.5 – 87)		462	0.507	0.164
Potencial violència	57 (47 – 68.5)	71 (62 – 83.5)		260.5	0.001**	0.926
Dificultat tractament	54 (45.5 – 74)	69 (56.5 – 85)		337	0.019*	0.633
Probl. alcohol	51 (47 – 58)	59 (54 – 63)		279.5	0.002**	0.787
Probl. drogues	54 (48.5 – 61)	64 (57 – 69)		237.5	0.001**	0.821

* $p < .05$; ** $p < .010$; *** $p < .001$

Figura 18. Comparació de les puntuacions T mitjanes dels índexs complementaris de l'inventari PAI entre TA posterior NO i TA posterior SI.



Si observem les subescales del PAI, trobem diferències estadísticament significatives en irritabilitat (MAN-I) ($t(64) = -3.43, p=0.001$), hipervigilància (PAR-H) ($t(64) = -2.93, p=0.004$), persecució (PAR-P) ($U = 350, p=0.031$), experiències psicòtiques (ESQ-P) ($U = 334.5, p = 0.018$), indiferència social (ESQ-S) ($t(64) = -2.52, p=0.014$), relacions personals problemàtiques (LIM-P) ($t(64) = -2.52, p=0.014$), conducta antisocial (ANT-A) ($U = 294, p=0.003$), egocentrisme (ANT-E) ($U = 340.5, p=0.022$) i recerca de sensacions (ANT-B) ($U = 282.5, p=0.002$), on el grup de TA posterior obté puntuacions més elevades en aquestes escales que els no TA posterior (taula 43 i figura 17).

Pel que fa als índexs complementaris del PAI, trobem diferències estadísticament significatives en l'índex d'inconsistència al final del test (INCF) ($U = 358, p=0.041$), l'índex potencial de violència (IPV) ($U = 260.5, p=0.001$), índex de dificultats en el tractament (IDT) ($U = 337, p=0.019$), l'índex estimat de problemes amb l'alcohol (ALCEST) ($U = 279.5, p=0.002$) i l'índex estimat de problemes amb les drogues (DROEST) ($U = 237.5, p=0.001$), on el grup de TA posterior puntua significativament més alt respecte al grup de no TA posterior (taula 44 i figura 18).

A partir dels resultats obtinguts, el perfil psicopatològic del grup de TA posterior NO i TA posterior SI són perfils clarament compatibles amb un trastorn depressiu major per les puntuacions elevades ($T > 70$) en les escales depressió (DEP) i depressió cognitiva, emocional i fisiològica (DEP-C, DEP-E i DEP-F), (en DEP-F els TA posterior SI tenen una $T = 69.16$), impressió negativa (IMN), idees de suïcidi (SUI), índex potencial de suïcidi (IPS) i moderadament elevades ($T > 60$) en alteració del pensament (ESQ-A) i baixes ($T < 30$) en rebuig al tractament (RTR). El grup de TA posterior NO també pot ser compatible amb un perfil de trastorn adaptatiu per les puntuacions elevades ($T > 70$) en depressió (DEP) i moderadament elevades ($T > 60$) en estrès (EST), ansietat (ANS), somatització (SOM) i estrès posttraumàtic (TRA-E). El grup TA posterior SI pot ser compatible amb un perfil caracteritzat per trets de personalitat límits (LIM: $T = 68.64$) i ($T > 60$) amb inestabilitat emocional (LIM-E), irritabilitat (LIM-I), relacions interpersonals problemàtiques (LIM-P), autoagressions (LIM-A), idees de suïcidi (SUI) ($T > 80$), trastorn per estrès posttraumàtic (TRA-E), depressió cognitiva (DEP-C) ($T > 70$) i puntuacions baixes ($T < 40$) impressió positiva (IMP) i en rebuig al tractament (RTR).

6.4. **Objectiu 3:** Definir el perfil psicopatològic i de personalitat a partir del tret impulsivitat dels subjectes que han realitzat una temptativa de suïcidi.

Taula 45. Comparació de les puntuacions T de les escales de validesa, escales clíniques, escales relacionades amb el tractament i les escales de relació interpersonal del PAI entre impulsiu NO i impulsiu SI.

	IMPULSIU NO (n=20)	IMPULSIU SI (n=46)				<i>Cohen</i>
PAI			<i>t</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Inconsistència	58.70 (5.08)	56.61 (12.75)	0.707		0.482	-0.189
Infreqüència	52 (41 – 59)	50 (45 – 59)		453.5	0.933	-0.007
Impressió negativa	58 (48 – 72)	77 (54.75 – 95.25)		302.5	0,028*	0.633
Impressió positiva	47.70 (8.40)	40.37 (9.69)	2.934		0.005**	-0.786
Queixes somàtiques	63.30 (11.01)	68.48 (16.80)	-1.263		0.211	0.338
Ansietat	62.60 (11.51)	69.02 (12.44)	-1.970		0.053	0.528
Trast. Rel. Ansietat	63.50 (11.81)	65.17 (12.82)	-0.499		0.620	0.134
Depressió	68.5 (63 – 82.5)	84 (64.5 – 92.25)		338	0.090	0.421
Mania	48.65 (11.43)	52.85 (12.13)	-1.314		0.193	0.352
Paranoia	56.70 (10.81)	59.57 (13.33)	-0.847		0.400	0.227
Esquizofrènia	60.30 (13.39)	67.41 (15.81)	-1.755		0.084	0.47
Trets límits	59.50 (11.30)	67.98 (12.23)	-2.646		0.010**	0.709
Trets antisocials	45.5 (41.5 – 53.25)	52 (44.5 – 63.25)		315	0.044*	0.569
Problemes alcohol	43 (41 – 57.5)	48 (41- 60.5)		369	0.198	0.155
Problemes drogues	47 (41 – 59)	54 (47 – 67)		309	0.035*	0.479
Agressió	51.00 (10.00)	56.89 (12.01)	-1.921		0.059	0.515
Ideacions suïcides	84.5 (59.5 – 96.75)	103 (77.5 – 110)		297	0.021*	0.568
Estrès	64.10 (15.40)	68.72 (12.30)	-1.297		0.199	0.347
Manca recolzament social	56.50 (10.37)	61.67 (14.18)	-1.467		0.147	0.393
Rebuig al tractament	36 (25.5 – 46)	27 (23 – 36)		320	0.051	-0.544
Dominància	47.40 (8.37)	40.94 (12.11)	2.169		0.034*	-0.581
Afabilitat	49.65 (8.14)	47.22 (12.32)	0.808		0.422	-0.261

* $p < .05$; ** $p < .010$; *** $p < .001$

Figura 19. Comparació de les puntuacions T mitjanes de les escales de validesa, escales clíniques, escales relacionades amb el tractament i escales de relació interpersonal del PAI entre impulsiu NO i impulsiu SI

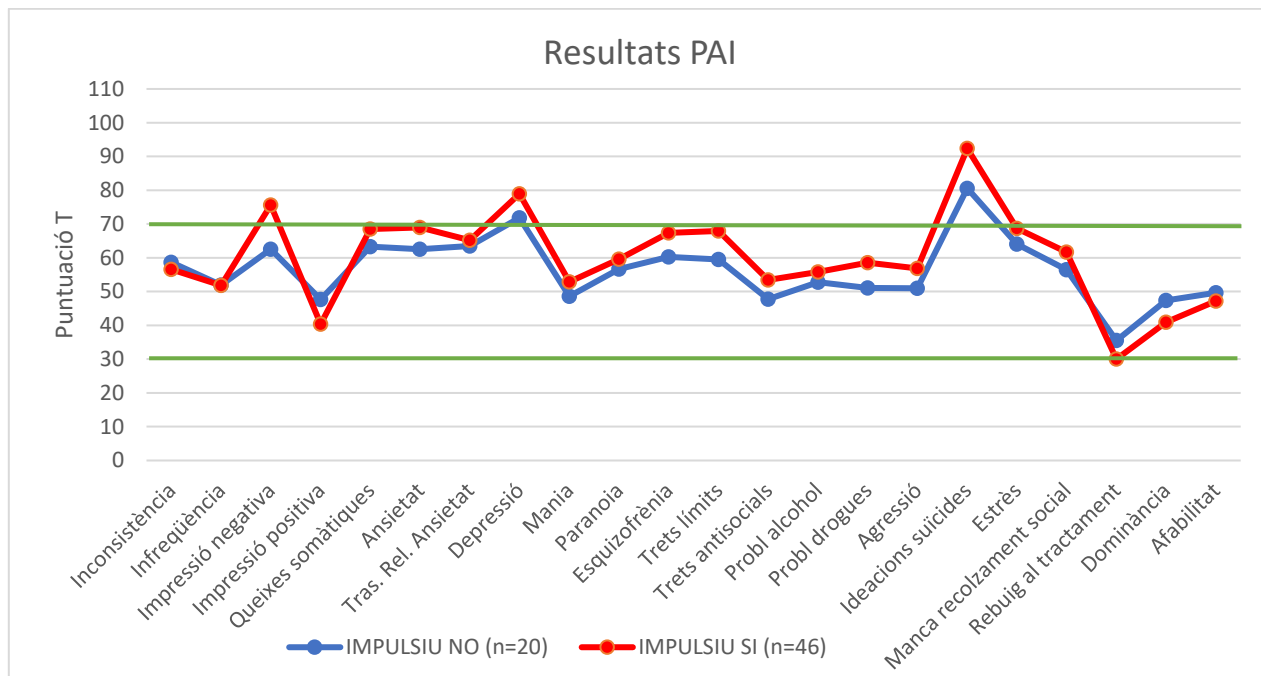
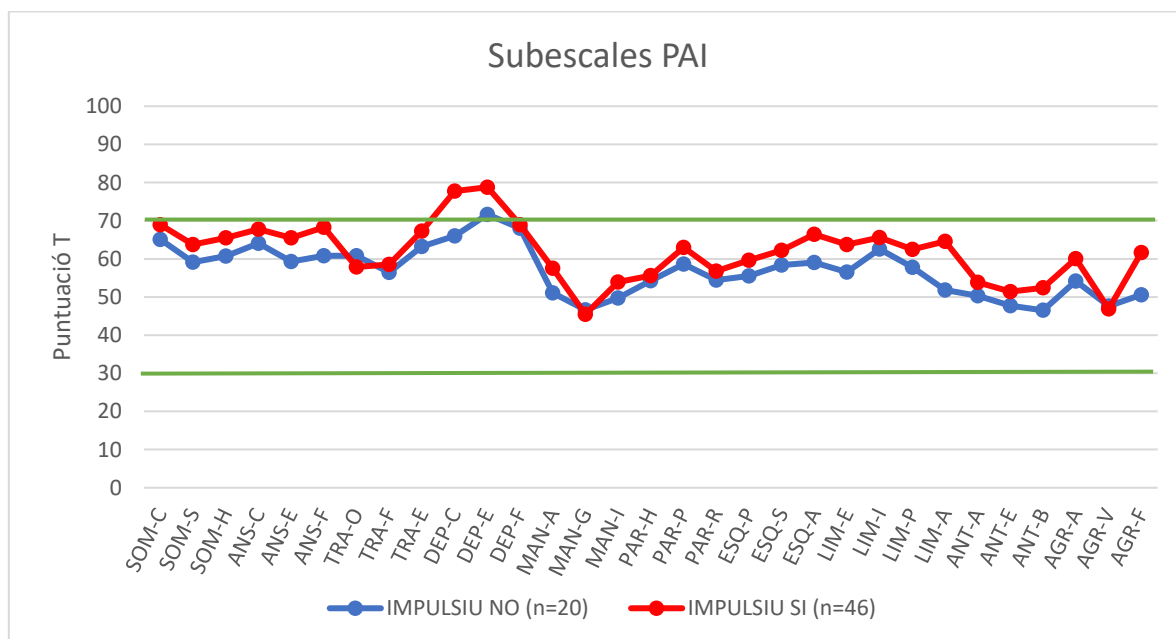


Figura 20: Comparació de les puntuacions T dels índexs complementaris de l'inventari PAI entre impulsiu NO i impulsiu SI



A la taula 45 es mostren els valors de les puntuacions T de les escales principals del PAI del grup de no impulsius i el grup d'impulsius. La mostra és de 20 participants no impulsius i de 46 impulsius.

Taula 46. Comparació de les puntuacions T de les subescales de l'inventari PAI entre impulsiu NO i impulsiu SI

PAI	IMPULSIU NO (n=20)	IMPULSIU SI (n=46)	<i>t</i>	Cohen		
				<i>U</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
SOM-C	61.5 (51 – 76.25)	66 (53.25 – 83)		412.5	0.511	0.209
SOM-S	59.10 (8.94)	63.70 (13.61)	-1.38		0.172	0.37
SOM-H	59 (51.75 – 69)	62 (53.25 – 82)		382.5	0.281	0.331
ANS-C	64.05 (13.20)	67.74 (11.45)	-1.148		0.255	0.308
ANS-E	59.30 (8.22)	65.52 (11.27)	-2.222		0.030*	0.595
ANS-F	56 (51 – 71.5)	72 (54 – 82)		329.5	0.069	0.507
TRA-O	60.80 (10.75)	57.89 (10.32)	1.039		0.303	-0.278
TRA-F	56.45 (11.47)	58.57 (13.71)	-0.604		0.548	0.162
TRA-E	61 (57 – 73.5)	69 (57 – 79)		374.5	0.235	0.324
DEP-C	66 (13.65)	77.76 (18.22)	-2.585		0.012*	0.692
DEP-E	69 (55.75 – 87.5)	83 (64.5 – 94)		349.5	0.124	0.386
DEP-F	68 (11.18)	68.94 (13.58)	-0.270		0.788	0.072
MAN-A	51.05 (12.06)	57.50 (12.74)	-1.921		0.059	0.514
MAN-G	47 (40 - 55)	43.5 (36.5 – 52.5)		396.5	0.378	-0.095
MAN-I	49.70 (11.55)	53.91 (12.07)	-1.320		0.192	0.354
PAR-H	54.30 (11.58)	55.59 (13.45)	-0.372		0.711	0.1
PAR-P	52.5 (44.75 – 70.25)	61 (46.25 – 75)		390	0.330	0.253
PAR-R	54.45 (10.96)	56.78 (10.44)	-0.822		0.414	0.22
ESQ-P	53 (48 – 68)	58 (48 – 68)		414	0.523	0.266
ESQ-S	58.40 (15.41)	62.22 (14.43)	-0.968		0.337	0.259
ESQ-A	59.00 (12.00)	66.39 (12.97)	-2.175		0.033*	0.582
LIM-E	56.55 (10.39)	63.74 (11.50)	-2.401		0.019*	0.643
LIM-I	62.55 (10.54)	65.61 (11.74)	-1.002		0.320	0.268
LIM-P	57.80 (11.20)	62.50 (11.63)	-1.525		0.132	0.409
LIM-A	50 (38 – 64)	61 (50 – 77)		257	0.005**	0.809
ANT-A	48 (46 – 53)	53 (46 – 58.75)		367	0.194	0.376
ANT-E	48 (40 – 55)	48 (43 – 59)		400.5	0.407	0.332
ANT-B	46.5 (42 – 51)	54 (42 – 59)		325	0.059	0.498
AGR-A	54.20 (10.18)	60.07 (9.55)	-2.248		0.028*	0.602
AGR-V	48 (39 – 54)	48 (38 – 57)		453.5	0.933	-0.07
AGR-F	47.5 (42 - 59)	57 (49 – 72)		249	0.003**	0.777

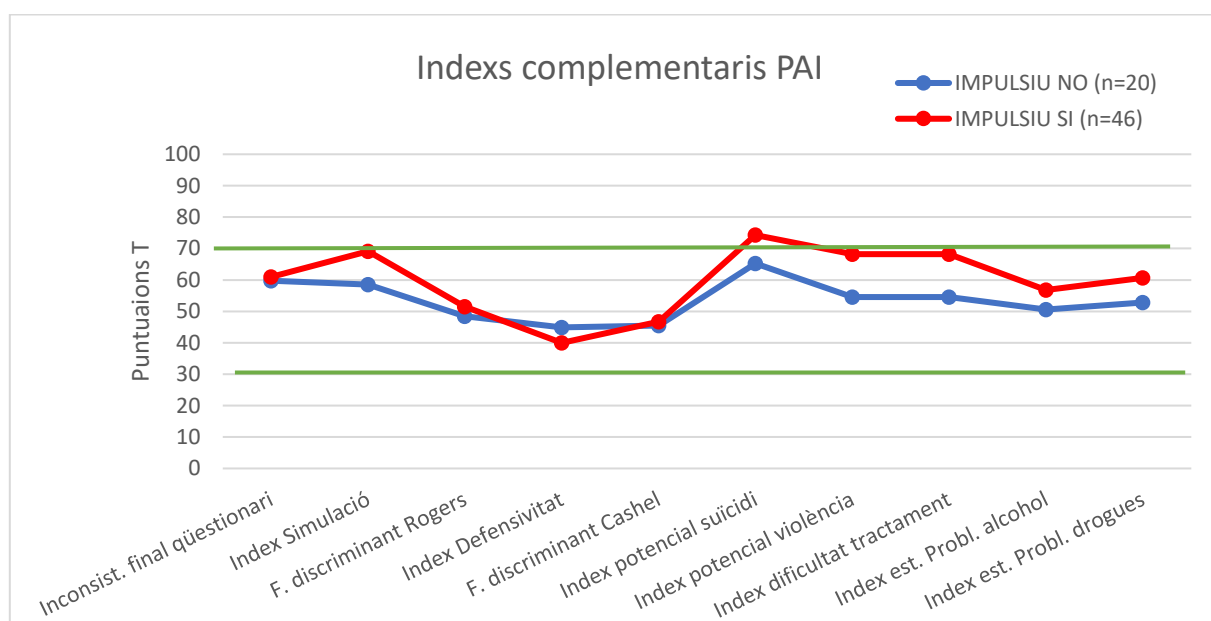
* $p < .05$; ** $p < .010$; *** $p < .001$

Taula 47. Comparació de les puntuacions T mitjanes de les subescales del PAI entre impulsiu NO i impulsiu SI

	IMPULSIU NO (n=20)	IMPULSIU SI (n=46)				Cohen
PAI			<i>t</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Inconsistència	56 (45 – 74.5)	59 (50 – 70.25)		416.5	0.548	0.077
Simulació	56 (43 – 69)	69 (56 – 69)		361	0.155	0.405
Discriminant Rogers	48.45 (16.12)	51.46 (13.34)	-0.789		0.433	0.211
Defensivitat	44 (39 – 50)	39 (33 – 44)		289	0.014*	-0.571
Discriminant Cashel	45.45 (15.96)	46.74 (12.68)	-0.351		0.727	0.094
Potencial suïcidi	66 (54.75- 75.75)	75 (66 – 87)		272	0.009**	0.454
Potencial violència	49.5 (47 – 60.75)	66 (57 – 81)		244	0.003**	0.838
Dificultat tractament	48 (43 – 62.75)	69 (54 – 80)		234.5	0.002**	0.935
Probl. alcohol	48 (47 – 54.75)	57.5 (50.5 – 62)		247	0.003**	0.876
Probl. drogues	49.5 (48 – 57.75)	61 (53.5 – 67.25)		244.5	0.003**	0.888

* $p < .05$; ** $p < .010$; *** $p < .001$

Figura 21. Comparació de les puntuacions T mitjanes dels índexs complementaris de l'inventari PAI entre impulsiu NO i impulsiu SI



En relació a les escales de validesa els qüestionaris es consideren vàlids, ja que presenten puntuacions T en les escales inconsistència (INC) i infreqüència (INF) dins del protocol d'acceptació de la prova: ambdues escales estan entre els rangs T=50-60. El grup d'impulsius presenta puntuacions significativament més elevades en la impressió negativa (IMN) ($U= 302.5, p=0.028$) i significativament més baixes en la impressió positiva (IMP) ($t(64) = 2.93, p=0.005$) en comparació amb el grup de no impulsius. Pel que fa a les escales clíniques, el grup d'impulsius obté puntuacions significativament més elevades en les escales de trets límits (LIM) ($t(64)= -2.65, p=0.010$), trets antisocials (ANT) ($U= 315, p=0.044$), problemes amb les drogues (DRG) ($U=309, p=0.035$), ideacions suïcides (SUI) ($U=297, p=0.021$) i significativament més baixes en dominància (DOM) ($t(64)= 2.17, p=0.034$) en comparació al grup de no impulsius (taula 45 i figura 19).

Si observem les subescales del PAI, trobem diferències estadísticament significatives en l'ansietat emocional (ANS-E) ($t(64) = -2.22, p=0.030$), la depressió cognitiva (DEP-C) ($t(64) = -2.59, p=0.012$), l'alteració del pensament (ESQ-A) ($t(64)= -2.18, p=0.033$), la inestabilitat emocional (LIM-E) ($t(64)= -2.40, p=0.019$), les autoagressions (LIM-A) ($U= 257, p= .005$), l'actitud agressiva (AGR-A) ($t(64) = -2.25, p=0.028$) i les agressions físiques (AGR-F) ($U= 249, p=0.003$), on el grup d'impulsius obté puntuacions més elevades que els no impulsius (taula 46 i figura 20).

Pel que fa als índexs complementaris del PAI, trobem diferències estadísticament significatives en l'índex de defensivitat (DEF) ($U= 289, p=0.014$), on el grup d'impulsius puntua significativament més baix i obté puntuacions més elevades en l'índex potencial de suïcidi (IPS) ($U= 272, p=0.009$), l'índex potencial de violència (IPV) ($U = 244 p=0.003$), índex de dificultats en el tractament (IDT) ($U= 234.5, p= 0.002$), l'índex estimat de problemes amb l'alcohol (ALCEST) ($U= 247, p=0.003$) i l'índex estimat de problemes amb les drogues (DROEST) ($U= 244.5, p=0.003$), respecte al grup de no impulsius (taula 47 i figura 21).

A partir dels resultats obtinguts del PAI, el perfil psicopatològic del grup d'impulsius i NO impulsius són perfils clarament diferenciats l'un de l'altre. Els NO impulsius obtenen puntuacions elevades ($T > 70$) en les escales depressió (DEP), depressió emocional (DEP-E) i idees de suïcidi (SUI) i moderadament elevades ($T > 60$) en impressió negativa (IMN), índex potencial de suïcidi (IPS), estrès (EST), ansietat (ANS), somatització (SOM), trastorns relacionats amb l'ansietat (TRA) i esquizofrènia (ESQ) indicadors d'un malestar general i compatibles amb un trastorn adaptatiu. En canvi el grup d'impulsius obtenen un perfil compatible amb un trastorn depressiu major per les puntuacions elevades ($T > 70$) en les escales depressió (DEP) i depressió cognitiva i emocional (DEP-C i DEP-E), (en DEP-F tenen una $T = 68.94$), impressió negativa (IMN), idees de suïcidi (SUI), índex potencial de suïcidi (IPS) i moderadament elevades ($T > 60$) en alteració del pensament (ESQ-A) i indiferència social (ESQ-S) i baixes ($T < 30$) en rebuig al tractament (RTR). El grup d'impulsius també és compatible amb un perfil caracteritzat per trets de personalitat límits (LIM: $T = 67.98$) i ($T > 60$) amb inestabilitat emocional (LIM-E), irritabilitat (LIM-I), relacions interpersonals problemàtiques (LIM-P), autoagressions (LIM-A), idees de suïcidi (SUI) ($T > 80$), trastorn per estrès posttraumàtic (TRA-E), depressió cognitiva (DEP-C) ($T > 70$) i puntuacions baixes ($T < 40$) impressió positiva (IMP) i en rebuig al tractament (RTR). A més de ser compatible amb un trastorn del control dels impulsos tipus explosiu intermitent per les puntuacions moderadament elevades ($T > 60$) en actitud agressiva (AGR-A), agressions físiques (AGR-F) i depressió cognitiva (DEP-C).

En les següents taules es fa una comparació entre els pacients que han realitzat alguna TA prèvia i els que NO de les puntuacions de les escales del PAI tenint en compte que els que han realitzat alguna TA prèvia tendeixen a ser més impulsius que els que NO han realitzat cap temptativa anterior a la valoració (veure resultats taula x). La mostra és de 24 participants en el TA prèvies NO i de 42 en el TA prèvies SI.

Taula 48. Comparació de les puntuacions T de les escales de validesa, escales clíniques, escales relacionades amb el tractament i les escales de relació interpersonal del PAI entre TA prèvies NO i TA prèvies SI.

	TA prèvies NO (n=24)	TA prèvies SI (n=42)				<i>Cohen</i>
PAI			<i>t</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Inconsistència	56.96 (10.52)	57.41 (11.39)	-0.157		0.875	0.04
Infreqüència	54 (45 – 59)	50 (41 – 59)		436	0.364	-0.189
Impressió negativa	56 (48 – 77)	75 (59 – 94)		321	0,015*	0.568
Impressió positiva	47.16 (9.34)	40 (9.29)	2.992		0.004**	-0.766
Queixes somàtiques	64 (14.12)	68.57 (15.98)	-1.165		0.249	0.298
Ansietat	63.63 (12.96)	69.05 (11.83)	-1.73		0.088	0.443
Trast. Rel. Ansietat	60.33 (11.16)	67.14 (12.60)	-2.199		0.032*	0.563
Depressió	72.96 (18.22)	79 (16.46)	-1.380		0.173	0.353
Mania	48.04 (12.70)	53.60 (11.22)	-1.843		0.070	0.472
Paranoia	55.33 (10.32)	60.62 (13.49)	-1.66		0.102	0.425
Esquizofrènia	62.46 (17.16)	66.86 (14.22)	-1.121		0.267	0.287
Trets límits	56.50 (51.25 - 68.5)	65.5 (59 - 79)		282.5	0.003**	0.696
Trets antisocials	47 (41.5 - 57)	52 (43 - 59.5)		433	0.347	0.158
Problemes alcohol	45 (41 - 49.5)	50.5 (41 - 62.75)		437	0.366	0.323
Problemes drogues	47 (41 - 62.25)	54 (46.5 - 67)		396.5	0.151	0.432
Agressió	53.83 (11.07)	55.83 (12.09)	-0.666		0.507	0.17
Ideacions suïcides	89.5 (59 - 110)	96 (76 - 110)		431	0.324	0.329
Estrès	63.63 (14.77)	69.43 (12.17)	-1.723		0.090	0.441
Manca recolzament social	58.92 (10.82)	60.78 (14.58)	-0.547		0.586	0.14
Rebuig al tractament	31 (25.5 - 46)	27 (23 - 36)		376	0.088	-0.524
Dominància	43.71 (10.18)	42.43 (12.20)	0.434		0.665	-0.111
Afabilitat	46.96 (9.26)	48.52 (12.26)	-0.543		0.589	0.139

* $p < .05$; ** $p < .010$; *** $p < .001$

Figura 22. Comparació de les puntuacions T mitjanes de les escales de validesa, escales clíniques, escales relacionades amb el tractament i escales de relació interpersonal del PAI entre el grup TA prèvies SI i TA prèvies NO.

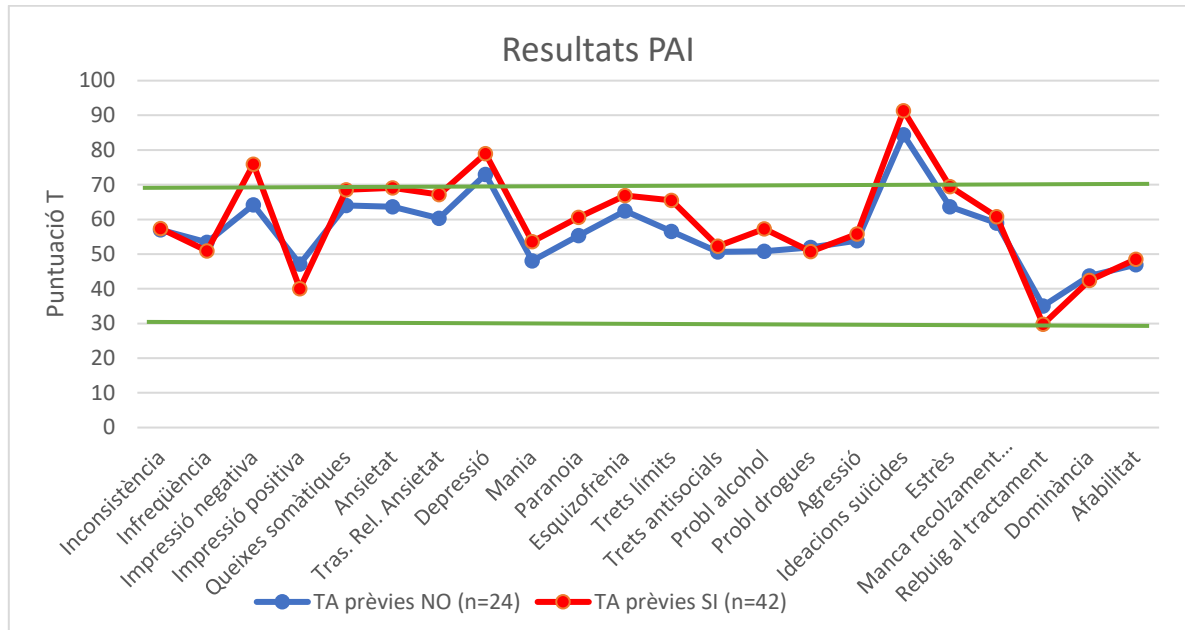


Figura 23. Comparació de les puntuacions T mitjanes de les escales de validesa, escales clíniques, escales relacionades amb el tractament i de relació interpersonal del PAI entre el grup de TA prèvies NO i TA prèvies SI i el grup d'impulsius NO i impulsius SI.

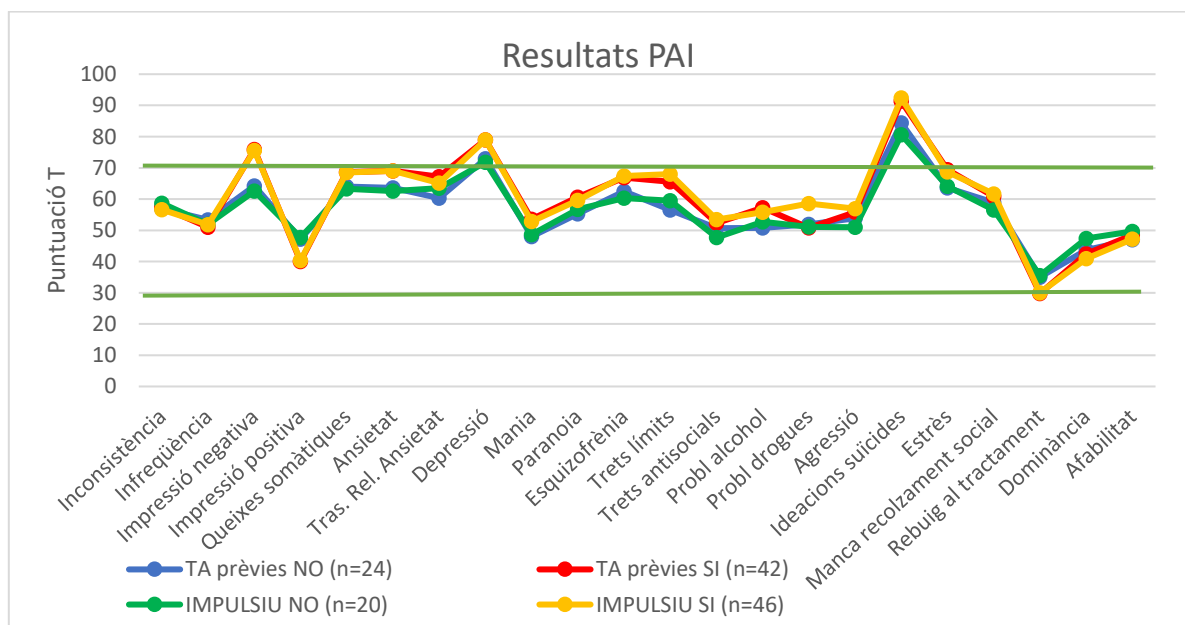
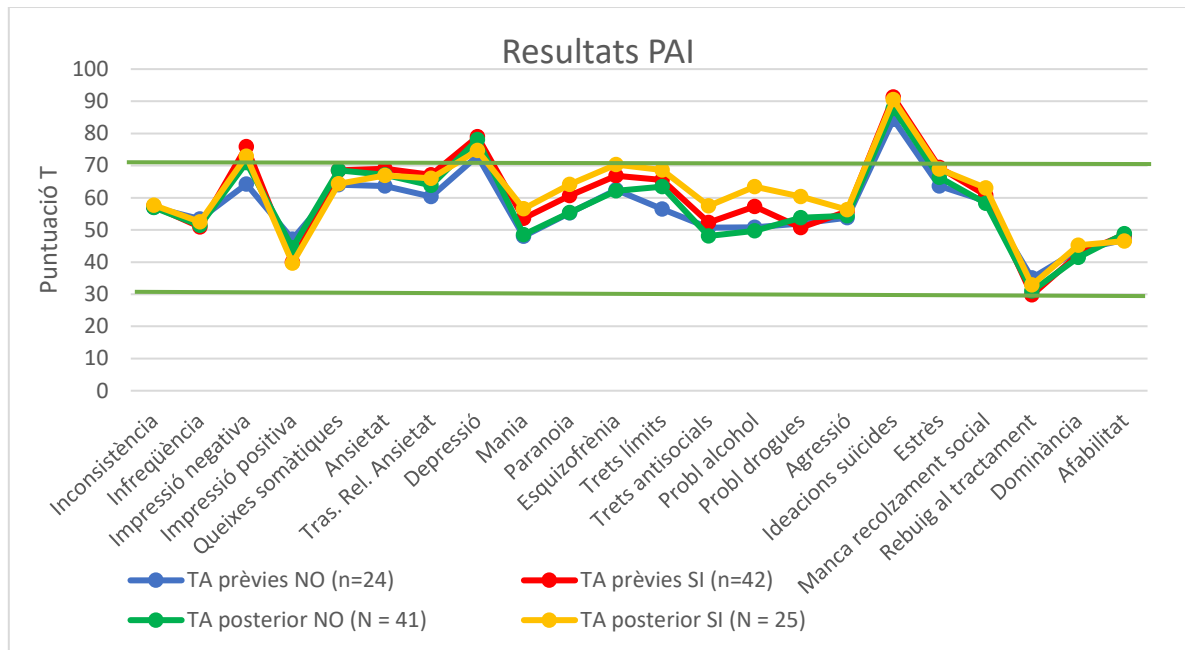


Figura 24. Comparació de les puntuacions T mitjanes de les escales de validesa, escales clíniques, escales relacionades amb el tractament i de relació interpersonal del PAI entre el grup de TA prèvies NO i TA prèvies SI i el grup TA posterior NO i TA posterior SI.



En relació a les escales de validesa els qüestionaris es consideren vàlids, ja que presenten puntuacions T en les escales inconsistència (INC) i infreqüència (INF) dins del protocol d'acceptació de la prova: ambdues escales estan entre els rangs T=50-60. El grup TA prèvies SI presenta puntuacions significativament més elevades en la impressió negativa (IMN) ($U= 321, p=0.015$) i significativament més baixes en la impressió positiva (IMP) ($t(64) = 2.99, p=0.004$) en comparació amb el grup que no ha realitzat TA prèvies. Pel que fa a les escales clíniques, el grup de TA prèvies SI obté puntuacions significativament més elevades en les escales de trastorns relacionats amb l'ansietat (TRA) ($t(64)= -2.20, p=0.032$) i trets límits (LIM) ($U= 282.5, p=0.003$) en comparació al grup TA prèvies NO (taula 48 i figura 22).

Taula 49. Comparació de les puntuacions T de les subescales de l'inventari PAI

PAI	TA prèvia NO (n=24)	TA prèvia SI (n=42)	<i>t</i>	Cohen		
				<i>U</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
SOM-C	65 (18.14)	69.31 (18.57)	-0.915		0.364	0.234
SOM-S	59.96 (11.89)	63.64 (12.77)	-1.155		0.252	0.296
SOM-H	60.5 (51 – 71.25)	60.5 (54 – 82)		444.5	0.430	0.262
ANS-C	62 (56 – 72.5)	71 (58.25 - 78)		404.5	0.186	0.424
ANS-E	60.21 (10.37)	65.60 (10.61)	-2.0		0.049*	0.512
ANS-F	62 (51.75 – 75)	72 (54 – 80.5)		421	0.271	0.311
TRA-O	58.25 (9.09)	59.07 (11.26)	-0.305		0.762	0.078
TRA-F	55.54 (12.51)	59.29 (13.25)	-1.126		0.264	0.288
TRA-E	60 (53 – 66.5)	73 (60.5 – 81)		269.5	0.002**	0.862
DEP-C	72.04 (17.05)	75.43 (18.17)	-0.745		0.459	0.191
DEP-E	72 (49 – 89.75)	83 (64.5 – 91.75)		390	0.130	0.401
DEP-F	65.79 (13.55)	70.29 (12.24)	-1.380		0.173	0.353
MAN-A	49 (43.75 – 54.25)	56.5 (49 - 64)		345	0.034*	0.469
MAN-G	46 (32.75 - 49)	45 (37 – 54.75)		475	0.703	0.066
MAN-I	48.71 (12.38)	54.88 (11.30)	-2.062		0.043*	0.528
PAR-H	58 (45 - 64.5)	54 (37 – 54.75)	-0.49		0.739	0.125
PAR-P	51 (44 – 67.25)	61 (50 – 75)		397	0.154	0.326
PAR-R	51.92 (8.08)	58.45 (11.16)	-2.514		0.015*	0.643
ESQ-P	49.5 (45 – 67)	58 (51 – 68)		389	0.125	0.271
ESQ-S	59.54 (14.56)	61.93 (14.91)	-0.631		0.530	0.161
ESQ-A	62 (15.07)	65.38 (11.76)	-1.013		0.315	0.259
LIM-E	59.04 (12.06)	63 (11.19)	-1.344		0.184	0.344
LIM-I	61.38 (12.94)	66.57 (10.10)	-1.813		0.075	0.464
LIM-P	55.92 (12.93)	64.02 (9.79)	-2.875		0.005**	0.736
LIM-A	48 (38 – 61)	65 (50 – 74)		307.5	0.009**	0.584
ANT-A	48 (43.75 – 53)	53 (46 – 58.75)		398	0.157	0.257
ANT-E	48 (41 – 55)	48 (40 – 56)		495.5	0.914	-0.114
ANT-B	46.5 (42 – 54)	51 (42 – 56.75)		438.5	0.384	0.171
AGR-A	56.5 (10.25)	59.31 (9.89)	-1.106		0.277	0.28
AGR-V	48 (45 – 56.25)	46.5 (38 – 57)		433.5	0.348	-0.238
AGR-F	51 (46 - 60)	59 (48.25 – 69)		392.5	0.136	0.334

* $p < .05$; ** $p < .010$; *** $p < .001$

Figura 25. Comparació de les puntuacions T mitjanes de les subescales del PAI entre el grup TA prèvies NO i TA prèvies SI.

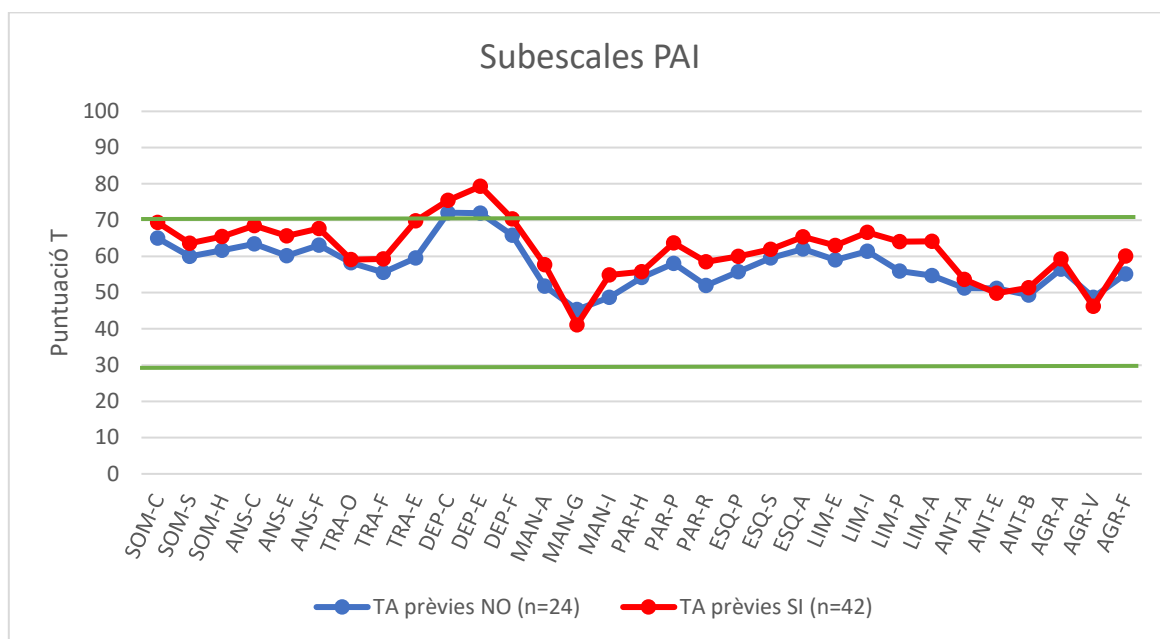


Figura 26. Comparació de les puntuacions T mitjanes de les subescales del PAI entre el grup TA prèvies NO i TA prèvies SI i el grup d'impulsius i el grup de no impulsius.

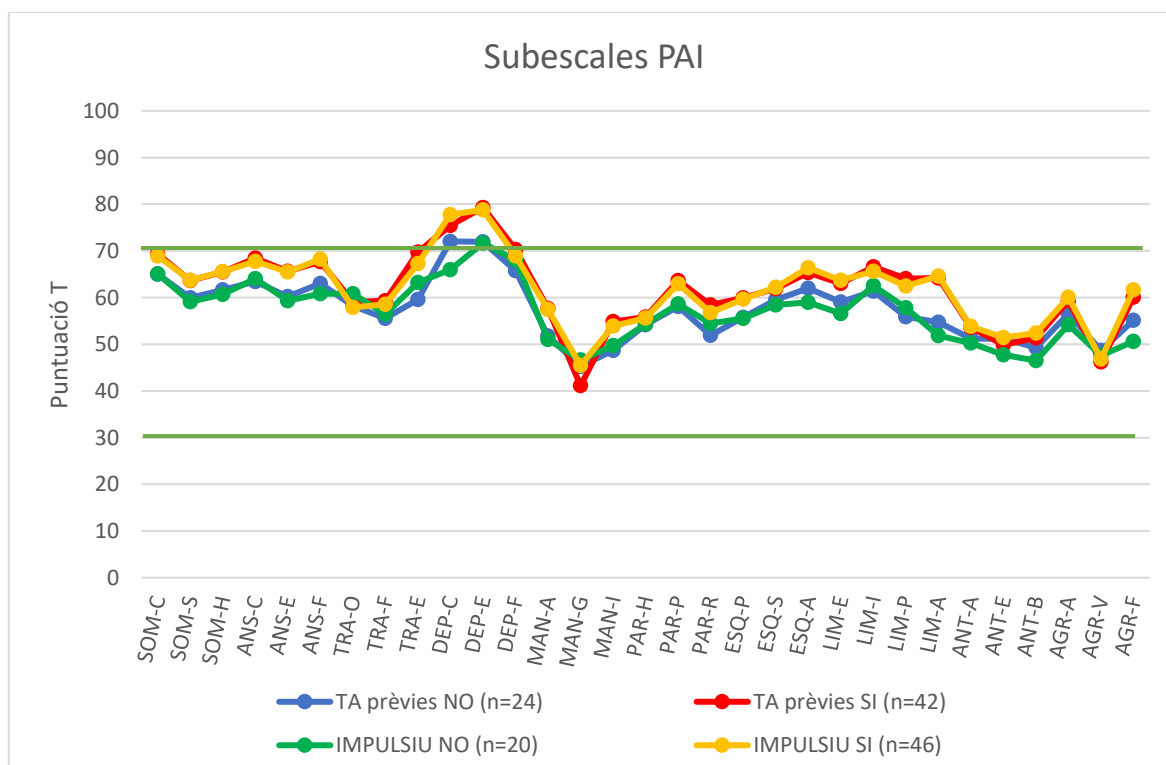
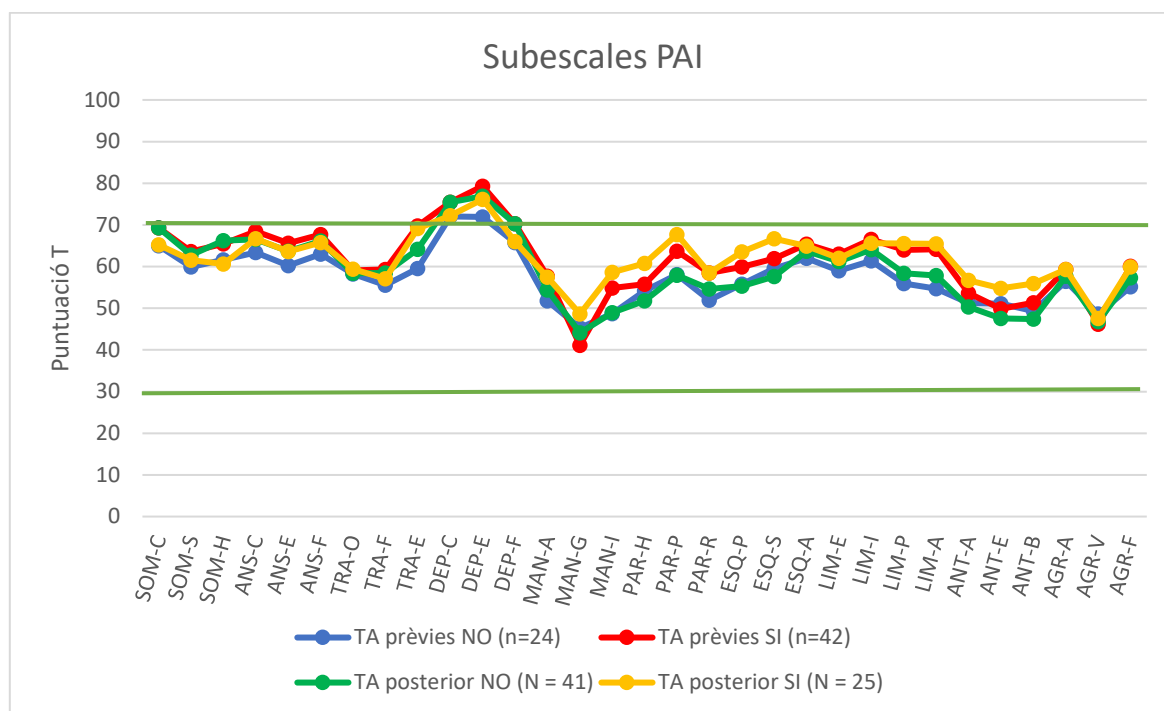


Figura 27. Comparació de les puntuacions T mitjanes de les subescales del PAI entre el grup TA prèvies NO/TA prèvies SI i el grup TA posterior NO/TA posterior SI



Taula 50. Comparació de les puntuacions T dels índexs complementaris de l'inventari PAI

	TA prèvies NO (n=24)	TA prèvies SI (n=42)				Cohen
PAI			<i>t</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Inconsistència	54.5 (46.75-61.75)	61.5 (49-77.25)		385.5	0.115	0.469
Simulació	56 (43 – 69)	69 (56 – 72.25)		404.5	0.173	0.244
Discriminant Rogers	51.79 (12.49)	49.83 (15.16)	0.537		0.593	-0.137
Defensivitat	44 (39 – 50)	36 (33 – 44)		268	0.001**	-0.67
Discriminant Cashel	46.04 (11.15)	46.52 (15.00)	-0.137		0.891	0.035
Potencial suïcidi	67.5 (54.75-79.5)	76.5 (66-84.75)		355	0.047*	0.544
Potencial violència	49.5 (42 – 69.75)	66 (57 – 81)		280	0.003**	0.725
Dificultat tractament	54 (43 – 69)	69 (54 – 80)		329	0.019**	0.616
Probl. alcohol	49 (47 – 56.25)	57.5 (50.5 – 61)		357	0.050	0.421
Probl. drogues	51.5 (48.25 – 60)	61 (53 – 66)		356.5	0.049*	0.453

* $p < .05$; ** $p < .010$; *** $p < .001$

Figura 28. Comparació de les puntuacions T mitjanes dels índexs complementaris de l'inventari PAI entre el grup TA prèvies NO i TA prèvies SI.

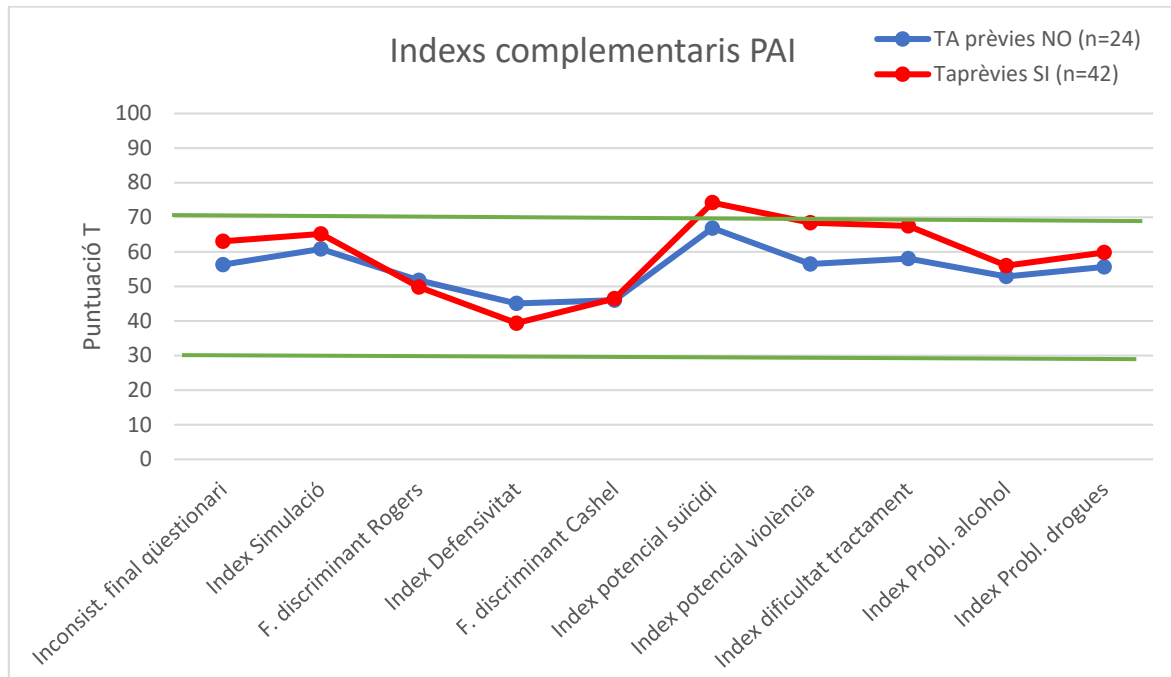


Figura 29. Comparació de les puntuacions T mitjanes dels índexs complementaris de l'inventari PAI entre el grup TA prèvies NO i TA prèvies SI i el grup d'impulsius i el grup de no impulsius.

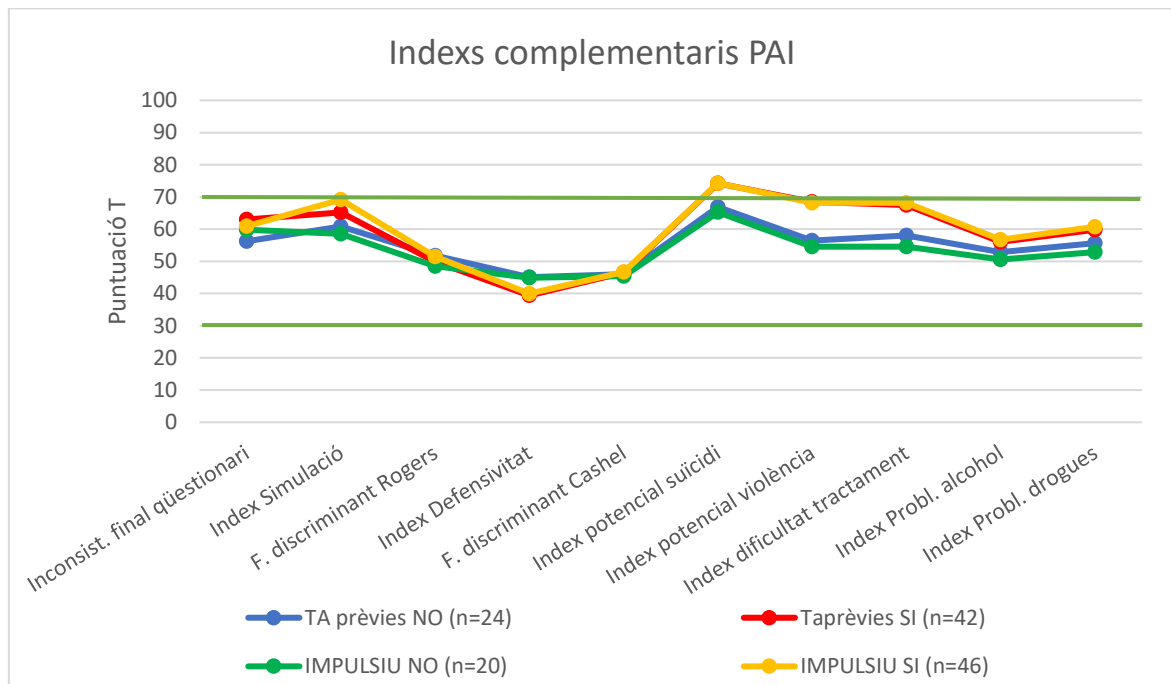
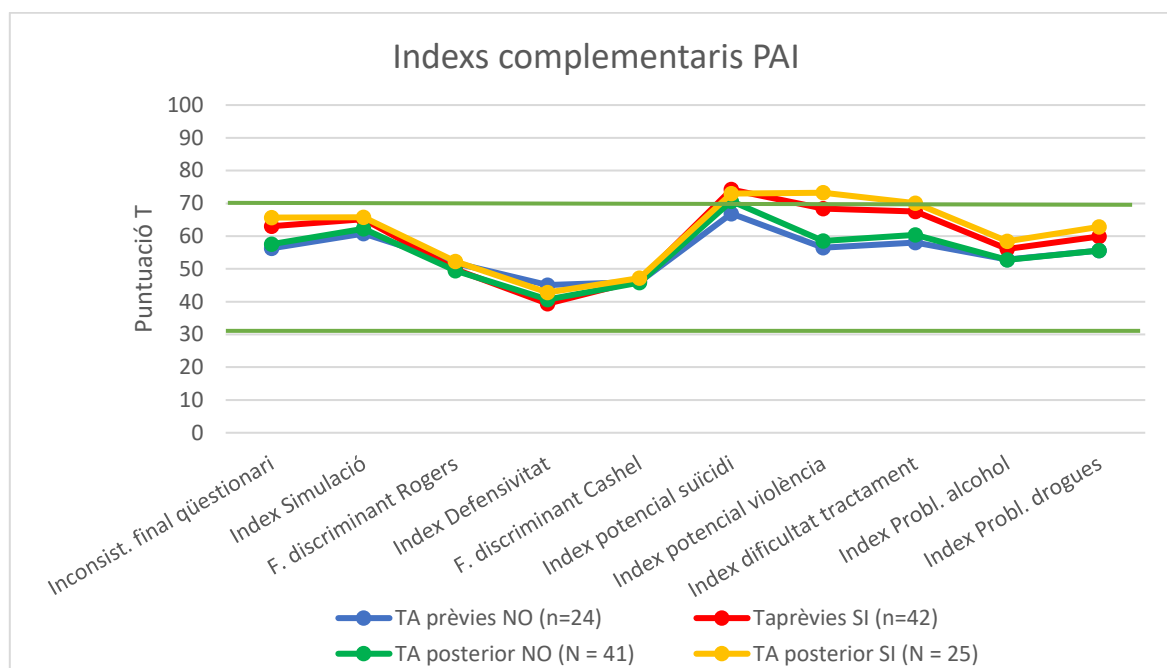


Figura 30. Comparació de les puntuacions T mitjanes dels índexs complementaris de l'inventari PAI entre el grup TA prèvies NO i TA prèvies SI i el grup TA posterior NO i TA posterior SI



Si observem les subescales del PAI, trobem diferències estadísticament significatives en l'ansietat emocional (ANS-E) ($t(64) = -2.22, p=0.030$), el trastorn per estrès posttraumàtic (TRA-E) ($U= 269.5, p=0.002$), en el nivell d'activitat (MAN-A) ($U= 345, p=0.034$), la irritabilitat (MAN-I) ($t(64)= -2.062, p= 0.043$), el ressentiment (PAR-R) ($t(64)= -2.51, p=0.015$), les relacions interpersonals problemàtiques (LIM-P) ($t(64)= -2.88, p=0.005$) i les autoagressions (LIM-A) ($U= 307.5, p= .009$), on el grup TA prèvies SI obté puntuacions més elevades que els TA prèvies NO (taula 49 i figura 25).

Pel que fa als índexs complementaris del PAI, trobem diferències estadísticament significatives en l'índex de defensivitat (DEF) ($U= 268, p=0.001$), on el grup TA prèvies SI puntua significativament més baix i obté puntuacions més elevades en l'índex potencial de suïcidi (IPS) ($U= 355, p=0.047$), l'índex potencial de violència (IPV) ($U = 280 p=0.003$), índex de dificultats en el tractament (IDT) ($U= 329, p= 0.019$) i l'índex estimat de problemes amb les drogues (DROEST) ($U= 356.5, p=0.049$), respecte al grup de TA prèvies NO (taula 50 i figura 28).

Pel què fa als perfils psicopatològics obtinguts a partir dels resultats del PAI, els perfils dels grups TA prèvies NO i TA prèvies SI són perfils clarament diferenciats l'un de l'altre i molts similars als perfils dels NO Impulsius i Impulsius, respectivament. Els TA prèvies NO obtenen puntuacions elevades ($T > 70$) en les escales depressió (DEP), depressió emocional i cognitiva (DEP-E i DEP-C) i idees de suïcidi (SUI) i moderadament elevades ($T > 60$) en impressió negativa (IMN), índex potencial de suïcidi (IPS), estrès (EST), ansietat (ANS), somatització (SOM), trastorns relacionats amb l'ansietat (TRA) i esquizofrènia (ESQ) indicadors d'un malestar general i compatibles amb un trastorn adaptatiu. En canvi el grup de TA prèvies SI obtenen un perfil compatible amb un trastorn depressiu major per les puntuacions elevades ($T > 70$) en les escales depressió (DEP) i depressió cognitiva, emocional i fisiològica (DEP-C, DEP-E i DEP-F), impressió negativa (IMN), idees de suïcidi (SUI), índex potencial de suïcidi (IPS) i moderadament elevades ($T > 60$) en alteració del pensament (ESQ-A) i indiferència social (ESQ-S) i baixes ($T < 30$) en rebuig al tractament (RTR). El grup de TA prèvies SI també és compatible amb un perfil caracteritzat per trets de personalitat límits ($T > 60$) amb inestabilitat emocional (LIM-E), irritabilitat (LIM-I), relacions interpersonals problemàtiques (LIM-P), autoagressions (LIM-A), idees de suïcidi (SUI) ($T > 80$), trastorn per estrès posttraumàtic (TRA-E), depressió cognitiva (DEP-C) ($T > 70$) i puntuacions baixes ($T < 30$) en rebuig al tractament (RTR) i impressió positiva (IMP) ($T = 40$). A més de ser compatible amb un trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT) per les puntuacions moderadament elevades ($T > 60$) estrès posttraumàtic ($T = 69.76$), ansietat cognitiva (ANS-C) ($T = 68.45$), depressió (DEP) (> 70), alteració del pensament (ESQ-A), indiferència social (ESQ-S) i agressions físiques (AGR-F).

S'ha realitzat la comparació entre 3 grups (control, TApri-no i TApri-si) a través de l'anàlisi de la variància d'una via (ANOVA) o el contrast de Kruskal-Wallis per observar les diferències en el rendiment de les funcions executives.

Taula 51. Comparació entre grup control, TA prèvies NO (TApre-no) i TA prèvies SI (TApre-si) en el test de Wisconsin (WCST).

	Control (n=67)	TApre-no (n=24)	TApre-si (n=41)	F	p	Cohen d	Grups significació
WCST							
NIA	108 (83-128)	128 (114.75-128)	128 (101-128)		0.021	0.583	C i TApre-no C i TApre-Si
PE	43.67 (9.54)	35.63 (9.98)	40.39 (11.69)	5.544	0.005*	0.779	C i TApre-no
PRP	45 (37-52)	40 (31-45.75)	41 (33-51.5)		0.266	0.222	NS
PEP	45 (37-52)	45.5 (30.75-47.75)	41 (32.5-50.5)		0.143	0.322	NS
RNC	60 (55-66)	47,5 (22-60)	60 (41-67)		0.006	0.932	C i TApre-no
NCC	6 (3-6)	3 (1-6)	4 (1-6)		0,011	0.622	C i TApre-no
FMA	0.5 (0-2)	0 (0-1)	1 (0-2)		0.043	0.596	TApre-no i TApre-si
AAA	-2.01 (-7.02-0.26)	-2.47 (-14.12—0.51)	-3.25 (-7.33-2.09)		0.422	-0.167	NS

Nota. **NIA:** núm. Intents aplicats, **PE:** percentatge errors, **PRP:** percentatge de respostes perseverades, **PEP:** percentatge errors perseverats, **RNC:** respostes de nivell conceptual, **NCC:** núm. Categories completes. **FMA:** error per mantenir l'actitud; **AAA:** aprendre a aprendre. Després de l'ajust de Bonferroni es considera significatiu (>2.3940). *Tukey-Kramer test es considera Significatiu (<0.05)

S'han analitzat les proves que valoren funcions executives entre els tres grups estudiats (controls, TA prèvies NO, TA prèvies SI) utilitzant l'ANOVA.

En el test de WCST, els pacients que han No han realitzat cap temptativa autolítica prèvia a la valoració (TApre-no) rendeixen pitjor que el grup control en la majoria de les escales: percentatge errors (PE) ($p=0.004$), número d'intents aplicats (NIA) ($p=0.041$) on també hi ha diferències entre els controls i TApre-si ($p=0.05$), respostes de nivell conceptual (RNC) ($p=3.212$, Bonferroni), número de categories completes (NCC) ($p=2.656$, Bonferroni), on obtenen diferències estadísticament significatives. És a dir, completen menys categories i necessiten més número d'intents per realitzar la prova, el que afecta a la valoració global en la realització de la prova i cometem més errors. També trobem diferències significatives entre els dos grups de TA en l'error per mantenir l'actitud (FMA) ($p=2.510$, Bonferroni). Per tant, en general podem considerar que presenten un perfil amb pitjor flexibilitat cognitiva comparada amb el grup control i una major dificultat en la comprensió dels principis de classificació (RNC). (taula 51).

Taula 52. Comparació entre grup control, TApres-no i TApres-si en funcions executives

	Control (n=67)	TApres-no (n=24)	TApres-si (n=42)	F	p	Cohen d	Grups significació
TMT							
Part-B (pe)	11.12 (2.50)	8 (3.88)	8.38 (3.12)	15.306	<0.001*	1.046	C i TApres-no C i TApres-si
WAIS-IV							
Dígits total (pe)	11.55 (2.40)	10.04 (3.14)	9.05 (2.77)	11.863	<0.001*	0.942	C i TApres-no C i TApres-si
Clau números (pe)	12 (10-14)	9 (7-11)	9 (7.75-11)		<0.001	0.691	C i TApres-no C i TApres-si
Recerca símbols (pe)	12.46 (2.35)	9.25 (2.63)	9.26 (2.67)	27.231	<0.001*	1.283	C i TApres-no C i TApres-si
Lletres i números (pe)	13 (12-14)	11.5 (8.25-13)	10 (8-12)		<0.001	1.164	C i TApres-no C i TApres-si
STROOP							
Interferència	52 (45-55)	45 (42.25-52.5)	47 (43-53)		0.033**	0.379	C i TApres-no C i TApres-si
Torre de Londres	Control (n=67)	TApres-no (n=16)	TApres-si (n=30)				
TorreLTMS	98 (88-112)	87 (64-101)	91 (79.5-104)		0.008	0.861	C i TApres-no
TorreLTCS	94 (88-112)	94 (82.5-99.5)	91 (78-103)		0.048**	0.547	C i TApres-si
TorreLTRVS	104 (104-104)	104 (65.5-104)	104 (60-104)		0.029	0.521	C i TApres-si
TorreLTVS	108 (92-108)	81 (73.5-106)	92 (84-108)		0.001	0.929	C i TApres-no
TorreLTIT	100 (94-104)	105 (96-115)	104 (99.5-112)		0.023	0.543	C i TApres-si
TorreLET	106 (98-112)	91 (74-96)	91 (79-104)		<0.001	1.082	C i TApres-no C i TApres-si
TorreLTPST	106 (96-112)	89 (72-97.5)	88 (77.5-103)		<0.001	1.088	C i TApres-no C i TApres-si

Nota. TMT = Trail Making Test; pe = puntuació escalar; TorreLTMS = total moviments; TorreLTCS = puntuació correcta; TorreLTRVS = violació de les normes; TorreLTVS = violació del temps; TorreLTIT = temps inici; TorreLET = temps execució; TorreLTPST = temps resolució del problema.

Després de l'ajust de Bonferroni es considera significatiu (>2.3940). **Regular Test: Medians significantly different if z-value > 1,9600 . *Tukey-Kramer test es considera Significatiu (<0.05).

En la taula x podem observar que els pacients que han realitzat una TA, indiferentment d'haver realitzat alguna TA prèvia-si/no, presenten puntuacions significativament més baixes en comparació amb el grup control en TMT part B ($F(2,132)= 15.31$, $p<0.001$), es valora la planificació, inhibició de la resposta i l'atenció dividida, així com la flexibilitat cognitiva; dígits del WAIS-IV ($F(2,132)= 11.86$, $p<0.001$), on es valora l'atenció auditiva, memòria immediata i verbal i resistència a la distracció; clau de números del WAIS-IV ($p<0.001$), es valora atenció i memòria visual immediata, destresa visomotora, resistència a la tasca i rapidesa executiva; recerca de símbols del WAIS-IV ($F(2,132)= 27.23$, $p<0.001$),

que valora rapidesa, precisió perceptiva i velocitat de processament de la informació visual simple; lletres i números del WAIS-IV ($p < 0.001$), on es valora l'atenció, concentració i memòria de treball altern. Així mateix, en l'escala d'interferència de l'Stroop també obtenen puntuacions significativament més baixes, on es valora la inhibició de la resposta, atenció dividida i resistència a la interferència (taula 52).

En el test de la Torre de Londres el grup que ha realitzat una TA prèvia (TApre-si) obtenen pitjors resultats que el grup control en la memòria de treball i control, TorreLTCS ($p = 2.244$, regular test); tendeixen a saltar-se més les normes establertes per l'execució de la prova, TorreLTRVS ($p = 2.658$, Bonferroni); comencen la prova més lentament, TorreLTIT ($p = 2.532$, Bonferroni). El grup TApre-no obtenen pitjors resultats comparats amb el grup control en les mesures de planificació de l'execució de la prova, TorreLTMS ($p = 2.582$, Bonferroni) i en el temps previst per a la planificació i resolució de la prova, TorreLTTVS ($p = 3.420$, Bonferroni). Els dos grups de TA resolen més lentament la prova, TorreLET ($p < 0.001$) i obtenen pitjors resultats en la rapidesa de la resolució de problemes, TorreLTPST ($p < 0.001$) (taula 52).

S'ha realitzat la comparació entre 3 grups (control, TApre-no i TApre-si) a través de l'anàlisi de la variància d'una via (ANOVA) o el contrast de Kruskal-Wallis per observar les diferències en la psicopatologia i trets de personalitat entre els diferents grups.

A les següents taules es mostren els valors de les puntuacions T de les escales del PAI del grup control i el grup de temptatives autolítiques (TA), aquest darrer diferenciat en dos grups, els que han realitzat una TA prèvia i els no han realitzat cap TA prèvia a la valoració. La mostra és de 67 participants en el grup control i de 24 en el grup TA prèvies NO (TApre-no) i 42 en el grup de TA prèvies SI (TApre-si).

Taula 53. Comparació entre grup control, TApres-no i TApres-si en el PHQ9 i BIS-11.

	Control (n=67)	TApre-no (n=24)	TApre-si (n=42)	F	p	Cohen d	Grups significació
PHQ9	3.66 (3.21)	16 (6.44)	18.64 (6.43)	125.51	<0.001*	2.962	C i TApre-no C i TApre-Si
BIS-11							
Cognitiva	12.57 (4.43)	14.42 (5.32)	16.74 (4.74)	10.225	<0.001*	0.889	C i TApre-Si
Motora	11 (8-15)	14.5 (11-20)	17.5 (14-25)		<0.001	1.135	C i TApre-no C i TApre-Si
No planificada	15.46 (4.77)	17.63 (7.86)	19.43 (1.92)	5.65	0.006*	0.652	C i TApre-Si
Total	40.04 (11.05)	47.67 (15.38)	55.79 (15.45)	16.934	<0.001*	1.176	C i TApre-no C i TApre-Si TApre-no i TApre-si

Després de l'ajust de Bonferroni es considera significatiu (>2.3940). *Tukey-Kramer test es considera Significatiu (<0.05).

Els resultats de la taula 53 mostren que els grups TApres-no/si presenten puntuacions significativament més elevades en el test PHQ9, que mesura la severitat en la depressió ($F(2,132) = 125.51$, $p < 0.001$), respecte el grup control. Així mateix, s'observa que el grup de TApres-si presenta majors puntuacions en les escales d'impulsivitat cognitiva, indicativa d'una major inestabilitat cognitiva i dificultat per atendre ($F(2,132) = 10.23$, $p = < 0.001$) i l'escala d'impulsivitat no planificada, relacionada amb l'autocontrol i la complexitat cognitiva ($F(2,132) = 5.65$, $p = 0.006$) comparat amb la resta de grups. Per altra banda, el grup de TApres-no i TApres-si obtenen puntuacions més elevades en l'escala d'impulsivitat motora, indicativa d'un menor nivell de perseverança i tendència a actuar sense pensar ($p = 2.431$ i $p = 5.055$, Bonferroni), i una major puntuació total del test ($F(2,132) = 16.934$, $p < 0.001$) amb diferències estadísticament significatives respecte al grup control. A més, trobem diferències entre els dos grups TA en la puntuació total del BIS-11, amb una major impulsivitat total del grup de TApres-si.

Taula 54. Comparació entre grup control, TApres-no i TApres-si en respostes d'afrontament davant un problema (CRI-A).

	Control (n=67)	TApre-no (n=24)	TApre-si (n=42)	F	p	Cohen d	Grups significació
CRI-A							
Anàlisi lògic	45.87 (9.27)	41.13 (9.95)	44.98 (9.45)	2.243	0.110	0.502	NS
Reavaluació problema	53 (46-57)	45.5 (37.5-53)	39 (31-50)		<0.001	1.33	C i TApres-no C i TApres-si
Recerca guia i suport	50 (45-57)	48.5 (42-52.25)	47 (44.25-54.25)		0.297	0.258	NS
Solució problema	50.93 (10.26)	40.33 (8.02)	41.43 (9.11)	17.981	<0.001*	1.11	C i TApres-no C i TApres-si
Evitació cognitiva	46.55 (11.05)	52.92 (10.50)	51.36 (11.09)	4.144	0.018*	0.58	C i TApres-no C i TApres-si
Acceptació o resignació	49.45 (10.04)	53.58 (11.13)	55.24 (9.32)	4.663	0.011*	0.578	C i TApres-si
Recerca recompenses alternatives	49.98 (9.99)	45.5 (11.76)	43.38 (12.01)	4.976	0.008*	0.601	C i TApres-si
Descàrrega emocional	45.54 (10.05)	55.38 (10.43)	56.31 (10.61)	17.140	<0.001*	1.047	C i TApres-no C i TApres-si

Després de l'ajust de Bonferroni es considera significatiu (>2.3940). *Tukey-Kramer test es considera Significatiu (<0.05).

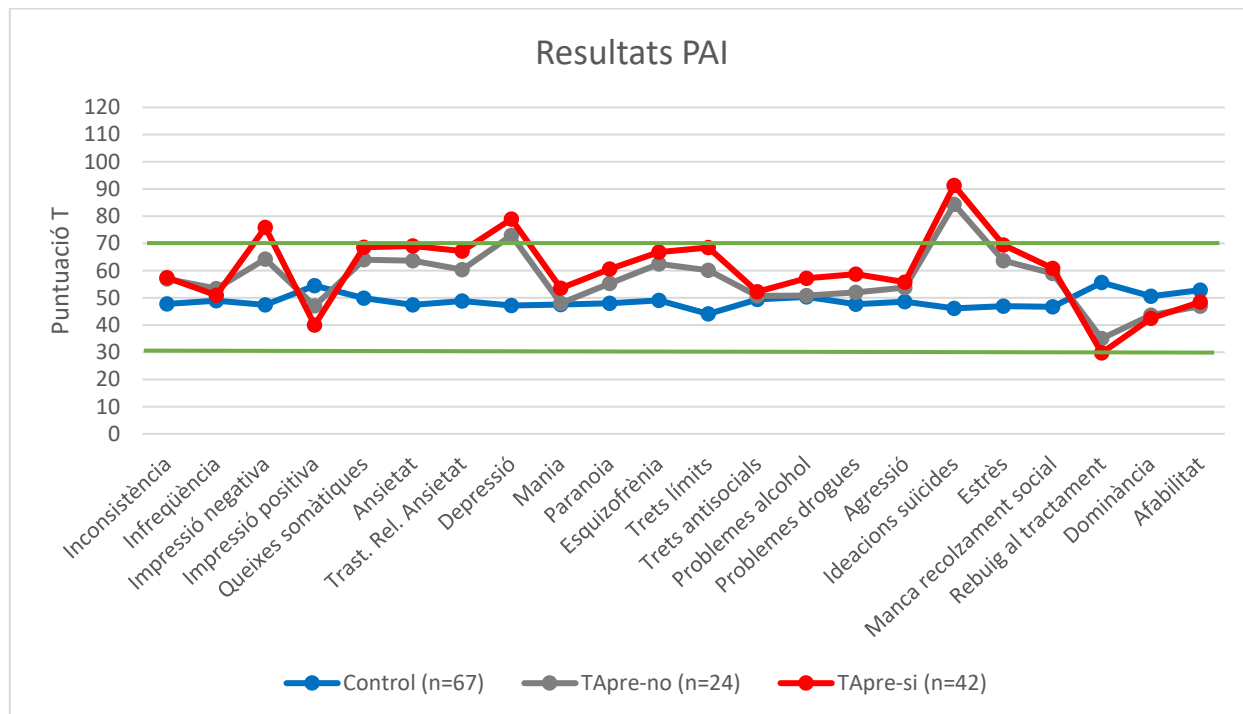
Segons les normes d'interpretació del CRI-A (Kirchner i Forns, 2010), les puntuacions T tenen una mitjana de 50 i una desviació típica de 10. En la nostra mostra trobem que la majoria de les puntuacions estan dins d'aquests barems, excepte en el grup de TApres-si, que obtenen puntuacions lleugerament inferiors en la reavaluació del problema (T=39 (31-50)). Aquest grup obté puntuacions significativament més elevades en l'acceptació i resignació ($p=0.011$) i significativament més baixes en recerca de recompenses alternatives ($p=0.008$) respecte als altres dos grups. Trobem diferències estadísticament significatives entre el grup control i els dos grups TApres no/si en l'escala de reavaluació del problema ($p=3.352$ i $p=5.594$, respectivament, Bonferroni), solució del problema ($F(2,132)= 17.981$, $p= .047$), evitació cognitiva ($F(2,132)=4.144$, $p=0.018$) i descàrrega emocional ($F(2,132)=17.14$, $p<0.001$). (taula 54).

Taula 55. Comparació entre grup control, grup TApres-no i grup TApres-si en l'Inventari d'avaluació de la Personalitat (PAI).

	Control (n=67)	tapres-no (n=24)	tapres-si (n=42)	F	p	Cohen d	Grups significació
PAI							
Inconsistència	47.73 (7.91)	56.96 (10.52)	57.41 (11.39)	16.326	<0.001*	1.007	C i TApres-no C i TApres-si
Infreqüència	50 (41-54)	54 (45-59)	50 (41-59)		0.306	0.398	NS
Impressió negativa	47 (43-51)	56 (48-77)	75 (59-94)		<0.001	1.894	C i TApres-no C i TApres-si
Impressió positiva	54.54 (8.63)	47.13 (9.34)	40 (9.29)	34.320	<0.001*	1.621	C i TApres-no C i TApres-si TApres-no i TApres-si
Esc. clíniques							
Queixes somàtiques	48 (43-55)	67 (50-74.75)	68.5 (56.5-81)		<0.001	1.461	C i TApres-no C i TApres-si
Ansietat	47.43 (8.33)	63.63 (12.96)	69.05 (11.83)	60.575	<0.001*	2.07	C i TApres-no C i TApres-si
Trast. Rel. Ansietat	48.79 (8.29)	60.33 (11.16)	67.14 (12.60)	39.372	<0.001*	1.774	C i TApres-no C i TApres-si TApres-no i TApres-si
Depressió	47.16 (7.07)	72.96 (18.22)	79 (16.46)	86.569	<0.001*	2.445	C i TApres-no C i TApres-si
Mania	45 (40-52)	45.5 (38.25- 56.25)	52 (45.5-64.25)		0.009	0.547	C i TApres-si
Paranoia	47.99 (8.32)	55.33 (10.32)	60.62 (13.49)	16.956	<0.001*	1.197	C i TApres-no C i TApres-si
Esquizofrènia	49 (43-53)	60.5 (49-74.75)	65.5 (57-76.25)		<0.001	1.461	C i TApres-no C i TApres-si
Trets límits	43 (38-47)	56.5 (51.25- 68.5)	65.5 (59-79)		<0.001	2.435	C i TApres-no C i TApres-si
Trets antisocials	47 (43-52)	47 (41.5-57)	52 (43-59.5)		0.289	0.294	NS
Problemes alcohol	48 (43-58)	45 (41-49.5)	50.5 (41-62.75)		0.483	0.446	NS
Problemes drogues	45 (41-52)	47 (41-62.25)	54 (46.5-67)		<0.001	0.876	C i TApres-si
Agressió	48.58 (8.98)	53.83 (11.07)	55.83 (12.09)	6.490	0.003*	0.695	C i TApres-si
Ideacions suïcides	44 (44-47)	89.5 (59-110)	96 (76-110)		<0.001	2.978	C i TApres-no C i TApres-si
Estrès	46.91 (8.34)	63.63 (14.77)	69.43 (12.17)	61.484	<0.001*	2.05	C i TApres-no C i TApres-si
Manca recolz. social	46 (40-51)	54 (51-67.25)	60 (48-71)		<0.001	1.294	C i TApres-no C i TApres-si
Rebuig al tractament	56 (50-63)	31 (25.5-46)	27 (23-36)		<0.001	2.749	C i TApres-no C i TApres-si
Dominància	50.61 (8.36)	43.71 (10.18)	42.43 (12.20)	9.668	<0.001*	0.815	C i TApres-no C i TApres-si
Afabilitat	52.87 (8.57)	46.96 (9.26)	48.52 (12.26)	4.670	0.013*	0.591	C i TApres-no C i TApres-si

Després de l'ajust de Bonferroni es considera significatiu (>2.3940). *Tukey-Kramer test es considera Significatiu (<0.05).

Figura 31. Comparació de les puntuacions T de les escales de validesa, escales clíniques, escales relacionades amb el tractament i escales de relació interpersonal del PAI entre grup control, TA prèvies NO i TA prèvies SI.



En relació a les escales de validesa els qüestionaris es consideren vàlids, ja que en les escales inconsistència (INC) i infreqüència (INF) presenten puntuacions T dins del protocol d'acceptació de la prova: ambdues escales estan entre els rangs $T= 40-60$. Els dos grups de TA presenten puntuacions significativament més elevades en la impressió negativa (IMN) ($p=3.969$ i $p=7.721$, TApre-no/si respectivament, Bonferroni) i significativament més baixes en la impressió positiva (IMP) ($F=34.32$, $p<0.001$) en comparació amb el grup control. També trobem diferències estadísticament significatives entre el grup TApre-no i TApre-si en la impressió positiva (IMP) ($p=0.007$), on aquest darrer grup obté pitjors puntuacions (taula 55).

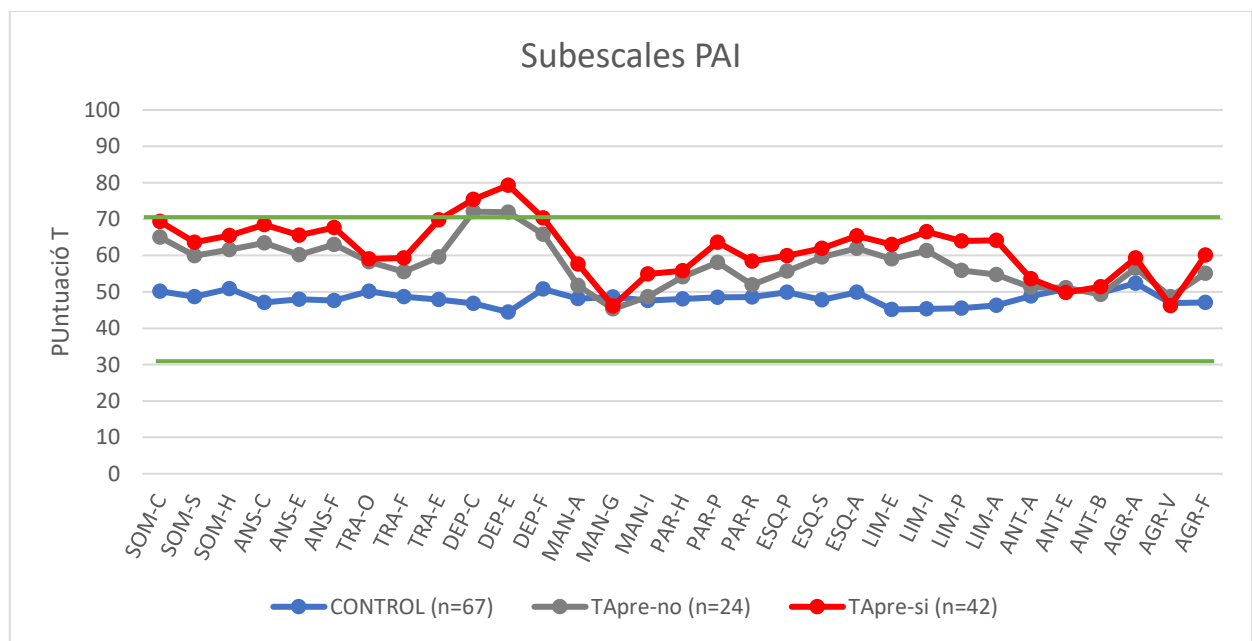
Taula 56. Comparació entre grup control, grup TApres-no i grup TApres-si en les subescales de l'Inventari PAI

PAI	Control (n=67)	tapre-no (n=24)	tapre-si (n=42)	F	p	Cohen d	Grups significació
SOM-C	48 (42-54)	61.5 (51-75.5)	66 (54.83)		<0.001	1.29	C i TApres-no C i TApres-si
SOM-S	48.69 (8.43)	59.96 (11.89)	63.64 (1.64)	27.115	<0.001*	1.41	C i TApres-no C i TApres-si
SOM-H	49 (44-54)	60.5 (51-71.25)	60.5 (54-82)		<0.001	1.154	C i TApres-no C i TApres-si
ANS-C	47.13 (8.38)	63.42 (13.17)	68.45 (11.07)	63.563	<0.001*	2.08	C i TApres-no C i TApres-si
ANS-E	48 (8.38)	60.21 (10.38)	65.59 (10.61)	46.011	<0.001*	1.853	C i TApres-no C i TApres-si
ANS-F	46 (41-51)	62 (51.75-75)	72 (54-80.5)		<0.001	1.656	C i TApres-no C i TApres-si
TRA-O	49 (44-56)	59.5 (51-63)	61 (50.5-68)		<0.001	0.859	C i TApres-no C i TApres-si
TRA-F	49 (41-54)	54 (49-64.75)	56 (51-66.5)		<0.001	0.932	C i TApres-no C i TApres-si
TRA-E	47.84 (8.22)	59.58 (10.69)	69.76 (12.39)	55.255	<0.001*	2.161	C i TApres-no C i TApres-si TApres-no i TApres-si
DEP-C	46.78 (7.12)	72.04 (17.05)	75.43 (18.17)	66.841	<0.001*	2.128	C i TApres-no C i TApres-si
DEP-E	44 (41-46)	72 (49-89.75)	83 (64.5-91.75)		<0.001	2.555	C i TApres-no C i TApres-si
DEP-F	50.78 (8.73)	65.79 (13.55)	70.29 (12.24)	46.053	<0.001*	1.792	C i TApres-no C i TApres-si
MAN-A	46 (41-55)	49 (43.75-54.25)	56.5 (49-64)		<0.001	0.839	C i TApres-si
MAN-G	49 (42-52)	46 (32.75-49)	45 (37-54.75)		0.141	0.292	NS
MAN-I	45 (41-52)	47.5 (38-54)	54 (47-64)		0.003	0.662	C i TApres-si
PAR-H	48.02 (9.77)	54.17 (12.06)	55.79 (13.37)	6.479	0.003*	0.68	C i TApres-si
PAR-P	47 (44-51)	51 (44-67.5)	61 (50-75)		<0.001	1.17	C i TApres-si
PAR-R	48.54 (8.08)	51.92 (8.08)	58.45 (11.16)	15.140	<0.001	1.082	C i TApres-si TApres-no i TApres-si
ESQ-P	48 (54-55)	49.5 (45-67)	58 (51-68)		<0.001	0.799	C i TApres-si
ESQ-S	47.78 (8.32)	59.54 (14.56)	61.93 (14.91)	20.162	<0.001	1.184	C i TApres-no C i TApres-si
ESQ-A	49.90 (8.16)	62 (15.07)	65.38 (11.76)	31.100	<0.001*	1.428	C i TApres-no C i TApres-si
LIM-E	45.13 (7.82)	59.04 (12.06)	63 (11.19)	47.357	<0.001*	1.821	C i TApres-no C i TApres-si
LIM-I	45 (39-51)9	61.5 (51.75-69)	66 (57-75)		<0.001	2.203	C i TApres-no C i TApres-si
LIM-P	43 (40-51)	54.5 (43-67.25)	63.5 (56-71.75)		<0.001	1.849	C i TApres-no C i TApres-si TApres-no i TApres-si

LIM-A	46 (42-50)	48 (38-61)	65 (50-74)		<0.001	1.412	C i TApres-Si TApres-no i TApres-si
ANT-A	46 (41-53)	48 (43.75-53)	53 (46-58.75)		0.012	0.498	C i TApres-Si
ANT-E	52 (44-52)	48 (41-55)	48 (40-56)		0.630	0.132	NS
ANT-B	48 (42-54)	46.5 (42-54)	51 (42-56.75)		0.599	0.188	NS
AGR-A	52.39 (8.70)	56.5 (10.25)	59.31 (9.89)	7.268	0.001	0.738	C i TApres-Si
AGR-V	45 (38-54)	48 (45-56.25)	46.5 (38-57)		0.553	0.248	NS
AGR-F	42 (42-49)	51 (46-60)	59 (48.25-69)		<0.001	1.107	C i TApres-no C i TApres-Si

Després de l'ajust de Bonferroni es considera significatiu (>2.3940). *Tukey-Kramer test es considera Significatiu (<0.05).

Figura 32. Comparació de les puntuacions T de les subescales del PAI



Pel que fa a les escales clíniques, les relacionades amb el tractament i les de les relacions interpersonals, els dos grups TA, en comparació al grup control, obtenen puntuacions significativament més elevades en la majoria de les escales clíniques, destacaríem l'escala de depressió que està a la zona alta ($T > 70$) i l'escala de suïcidi que està en la zona extrema ($T > 80$), i significativament més baixes en rebuig al tractament (RTR) ($p < 0.001$), dominància (DOM) ($F = 9.67$, $p < 0.001$) i afabilitat (AFA) ($F = 4.67$, $p = .013$). A més, també trobem diferències estadísticament significatives entre els tres grups en l'escala de trastorns relacionats amb l'ansietat (TRA) ($p < 0.001$) i entre el grup control i el grup TApres-si en les escales de mania (MAN) ($p = 2.602$, Bonferroni), problemes amb les drogues (DRG) ($p = 3.955$, Bonferroni) i agressió (AGR) ($p = 0.002$). No s'observen diferències estadísticament significatives

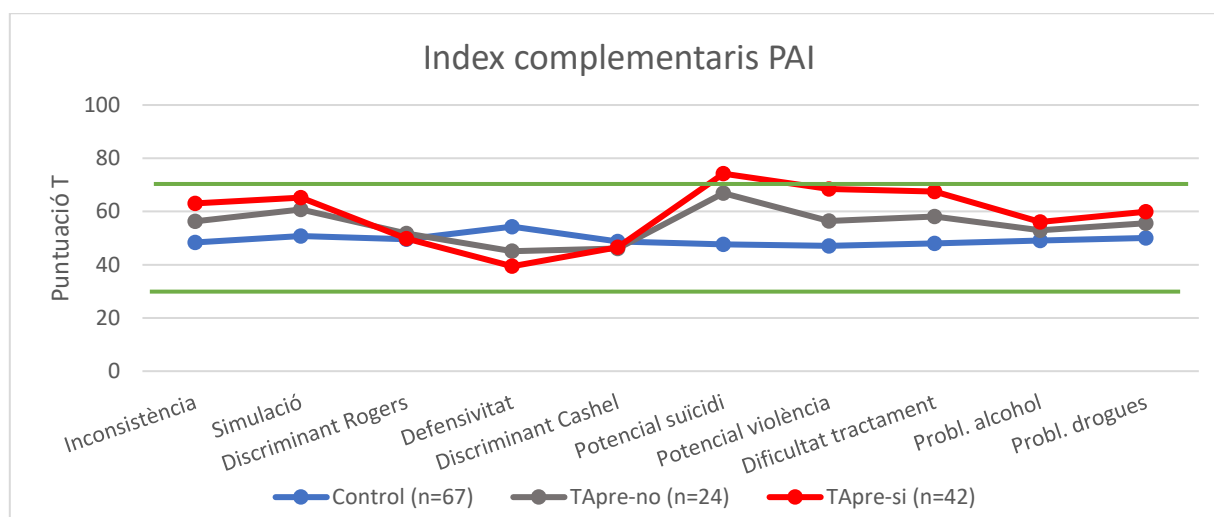
entre els tres grups en l'escala de trets antisocials (ANT) ($p=0.289$) ni en l'escala de problemes amb l'alcohol (ALC) ($p=0.483$) (taula 55 i figura 31).

Taula 57. Comparació entre grup control, grup TApres-no i grup TApres-si en els índexs complementaris de l'Inventari PAI.

PAI	Control (n=67)	TApres-no (n=24)	TApres-si (n=42)	F	p	Cohen d	Grups significació
Inconsistència	43 (43-53)	54.5 (46.75-61.75)	61.5 (49-77.25)		<0.001	1.242	C i TApres-no C i TApres-si
Simulació	43 (43-56)	56 (43-69)	69 (56-72.25)		<0.001	1.003	C i TApres-no C i TApres-si
Discriminant Rogers	49.61 (9.06)	51.79 (12.49)	49.83 (15.16)	0.305	0.739	0.183	NS
Defensivitat	56 (50-62)	44 (39-50)	36 (33-44)		<0.001	1.721	C i TApres-no C i TApres-si
Discriminant Cashel	48.77 (8.95)	46.04 (11.15)	46.52 (15.00)	0.815	0.448	0.237	NS
Potencial suïcidi	47.64 (7.85)	66.88 (14.03)	74.21 (13.17)	80.396	<0.001*	2.418	C i TApres-no C i TApres-si TApres-no i TApres-si
Potencial violència	42 (42-47)	49.5 (42-69.75)	66 (57-81)		<0.001	1.649	C i TApres-no C i TApres-si TApres-no i TApres-si
Dificultat tractament	48 (43-48)	54 (43-69)	69 (54-80)		<0.001	1.619	C i TApres-no C i TApres-si
Probl. alcohol	48 (45-51)	49 (47-56,25)	57.5 (50.5-61)		<0.001	1.104	C i TApres-si
Probl. drogues	49 (46-52)	51.5 (48.25-60)	61 (53-66)		<0.001	1.285	C i TApres-no C i TApres-si

Després de l'ajust de Bonferroni es considera significatiu (>2.3940). *Tukey-Kramer test es considera Significatiu (<0.05).

Figura 33. Comparació de les puntuacions T dels índexs complementaris del PAI



En les subescales del PAI, els dos grups TA tenen puntuacions més elevades que el grup control en la majoria de subescales, amb diferències estadísticament significatives, excepte en l'escala de grandiositat (MAN-G) ($p=0.141$, Bonferroni), egocentrisme (ANT-E) ($p=0.630$, Bonferroni), recerca de sensacions (ANT-B) ($p=0.599$, Bonferroni) i agressions verbals (AGR-V) ($p=0.553$, Bonferroni), on no hi ha diferències estadísticament significatives entre els tres grups (taula 56 i figura 32). A més, el grup TApresí obté puntuacions més elevades que el grup TAprenó en la majoria de subescales, amb diferències estadísticament significatives entre aquests dos grups en les escales de ressentiment (PAR-R) ($p=0.017$), d'estrès posttraumàtic (TRA-E) ($p<0.001$), problemes en les relacions interpersonals (LIM-P) ($p=2.440$, Bonferroni) i autoagressions (LIM-A) ($p=3.087$, Bonferroni). Així mateix, també hi ha diferències significatives entre el grup control i el grup TApresí en les escales de nivell d'activitat (MAN-A) ($p=4.076$, Bonferroni), irritabilitat (MAN-I) ($p=3.305$, Bonferroni), hipervigilància (PAR-H) ($p=0.002$), persecució (PAR-P) ($p=4.652$, Bonferroni), experiències psicòtiques (ESQ-P) ($p=3.783$, Bonferroni), conductes antisocials (ANT-A) ($p=2.973$, Bonferroni) i actitud agressiva (AGR-A) ($p=0.001$).

En quant als índexs complementaris del PAI, els dos grups de TA, comparats amb el grup control, puntuen significativament més baix, amb diferències estadísticament significatives, en l'índex de defensivitat (DEF) ($p=3.597$ i $p=7.364$, TAprenó/sí respectivament, Bonferroni) i puntuacions més elevades en la inconsistència al final del test (INCF) ($p=3.535$ i $p=5.473$), l'índex de simulació (SIM) ($p=2.559$, $p=4.792$), l'índex potencial de suïcidi (IPS) ($p<0.001$ i $p<0.001$) amb diferències també entre els dos grups de TAprenó/sí ($p=0.027$) amb puntuacions a la zona alta ($T>70$), l'índex potencial de violència (IPV) ($p=2.556$ i $p=7.129$) amb diferències també entre els dos grups de TAprenó/sí ($p=2.556$), índex de dificultat en el tractament (IDT) ($p=2.676$ i $p=6.249$), l'índex estimat de problemes amb l'alcohol (ALCEST) ($p=5.027$) on només hi ha diferències amb el grup de TApresí i l'índex estimat de problemes amb les drogues (DROEST) ($p=2.613$ i $p=5.557$ (taula 57 i figura 33).

6.5. Objectiu 4: Comparar el perfil neuropsicològic, psicopatològic i de personalitat en dones de dos grups d'edat diferents que han realitzat una temptativa autolítica.

Dins del grup de dones que han realitzat una temptativa autolítica (TA), s'han establert dos grups de diferenciats per l'edat aproximada a la menopausa, en el que un grup de participants estaria format per 27 dones d'edat menor o igual a 49 anys i un altre grup format per 19 dones més grans de 49 anys.

Si observem la taula 58, trobem diferències significatives en les circumstàncies objectives de l'Escala d'intencionalitat suïcida de Beck (SIS) ($p=0.043$), que valora les circumstàncies en les que es va dur a terme la conducta suïcida. Per altra banda, en l'ítem 9 dels PHQ9 que valora "el pensament que estarien millor morts o que han pensat en fer-se mal d'alguna manera", el 51.9% del grup de menys de 49 anys i el 42.1% de les majors de 49 anys han tingut aquest pensament de forma diària. No trobem diferències significatives entre els dos grups en aquest ítem ni tampoc en l'escala PHQ9. Tampoc trobem diferències significatives en l'escala d'impulsivitat (BIS-11).

Pel que fa a les funcions executives avaluades a través del rendiment en el test de Wisconsin (WCST), s'observen diferències estadísticament significatives en les puntuacions totals ($p=0.026$) on el grup de més de 49 anys obté pitjor rendiment en aquesta prova, així com en la puntuació total de la resolució del problema (TorreTPST) del test de la Torre de Londres ($p=0.010$) on una puntuació (<85) es considera que s'executa la prova de forma lenta, significativament per sota la mitjana, segons el manual de la Torre de Londres (Tower of London – Drexel University) (Cubertson i Zillmer, 2001, p. 34).

Taula 58. Comparació en les puntuacions del SIS, PHQ9, PHQ9 ítem 9, l'escala d'impulsivitat BIS-11, WCST, puntuacions escalars de les subescales del WAIS-IV, i les puntuacions estàndards totals del test de la Torre de Londres (ToL), entre els subjectes dones menors de 49 anys i dones majors de 49 anys del grup de TA.

	Dones (≤ 49 anys) (n=27)	Dones (>49 anys) (n=19)	p
SIS			
Objectiu	8.44 (3.97)	6.16 (3.20)	0.043*
Autoinforme	11 (7 - 12)	11 (6 - 12)	0.857
Subjectiu	4 (3 - 5)	4 (3 - 5)	0.864
Total	18.11 (6.15)	14.74 (6.14)	0.074
PHQ9	21 (15 – 23.5)	19 (14 – 23.5)	0.687
PHQ99 (millor mort)			0.793
Cap dia	3 (11.1%)	4 (21.1%)	
Diversos dies	5 (18.5%)	4 (21.1%)	
Més meitat dies	5 (18.5%)	3 (15.8%)	
Quasi tots dies	14 (51.9%)	8 (42.1%)	
BIS -11			
Cognitiva	16.63 (5.29)	14.95 (5.65)	0.307
Motora	16 (13.5 - 23)	16 (13.5 - 25)	0.788
No planificada	18.48 (6.54)	18.00 (7.49)	0.818
TOTAL	53.00 (15.99)	51.37 (16.76)	0.740
WSCT			0.026*
<54	1 (3.8%)	3 (15.8%)	
55-61	1 (3.8%)	0 (0.0%)	
62-69	2 (7.7%)	1 (5.3%)	
70-76	5 (19.2%)	1 (5.3%)	
77-84	3 (11.5%)	4 (47.9%)	
85-91	8 (30.8%)	1 (5.3%)	
92-106	5 (19.2%)	2 (10.5%)	
≥ 107	1 (3.8%)	2 (10.5%)	
RP	40.85 (11.19)	43.89 (17.03)	0.472
PRP	41.54 (13.23)	44.47 (17.10)	0.519
ENP	38.96 (10.97)	37.42 (11.90)	0.656
FMA	1 (0 - 2)	1 (0 - 1)	0.109
AAApC			0.184
<1	0 (0.0%)	1 (8.3%)	
2-5	3 (15.8%)	4 (33.3%)	
6-10	1 (5.3%)	2 (16.7%)	
11-16	3 (15.8%)	0 (0.0%)	
>16	12 (63.2%)	5 (41.7%)	
WAIS-IV			
Dígits (pe)	9.22 (2.79)	9.47 (3.63)	0.792
Clau números (pe)	9.22 (2.14)	9.00 (2.16)	0.731
Recerca símbols (pe)	9.48 (2.67)	8.89 (2.00)	0.587
Lletres i números (pe)	10 (8 - 12)	11 (8.5 - 13)	0.328
Torre de Londres			
TorreTPST	92 (86 - 106)	80 (60 - 93)	0.010*

* p < .05; **p<.010; ***p<.001

Taula 59. Comparació de les puntuacions T de les escales de validesa, escales clíniques, escales relacionades amb el tractament, les escales de relació interpersonal, subescales i índexs complementaris del PAI del dos grup de dones

	Dones (≤ 49 anys) (n=27)	Dones (>49 anys) (n=19)	p-valor
PAI			
Inconsistència	53 (49.5 - 59)	58 (53 - 65)	0.107
Infreqüència	45 (41 - 54)	54 (41 - 59)	0.392
Impressió negativa	74.04 (18.78)	74.84 (23.51)	0.898
Impressió positiva	41.07 (8.69)	45.21 (8.75)	0.120
Escales clíniques			
Queixes somàtiques	67.63 (15.12)	73.16 (13.09)	0.204
Ansietat	70.37 (10.64)	69.68 (12.22)	0.840
Trast. Rel. Ansietat	67.85 (12.00)	66.53 (11.22)	0.707
Depressió	82.11 (14.56)	80.79 (16.05)	0.773
Mania	50.07 (11.79)	50.11 (11.39)	0.993
Paranoia	62.00 (13.42)	56.74 (10.43)	0.160
Esquizofrènia	66.44 (13.41)	66.63 (16.14)	0.966
Trets límits	66.48 (11.77)	64.68 (14.84)	0.649
Trets antisocials	47 (41 – 53.5)	46 (42.5 – 54.5)	0.964
Problemes alcohol	43 (41 - 54)	45 (41 - 48)	0.468
Problemes drogues	47 (43 – 58.5)	47 (41 - 60)	0.521
Agressió	55.74 (12.39)	53.47 (9.61)	0.508
Ideacions suïcides	98 (77 - 110)	86 (67.5 - 110)	0.336
Estrès	68.11 (12.83)	68.28 (16.46)	0.972
Manca recolzament social	60.19 (15.45)	60.74 (12.40)	0.898
Rebuig al tractament	27 (23 – 33)	27 (25 – 36)	0.515
Dominància	41.19 (10.85)	42.53 (9.55)	0.667
Afabilitat	45.19 (11.42)	48.26 (7.68)	0.313
Subescales clíniques			
SOM-C	67.56 (15.95)	77.42 (17.03)	0.051
SOM-S	64.04 (11.44)	66.32 (10.70)	0.498
SOM-H	59 (51 – 79.5)	69 (59 - 73)	0.303
ANS-C	71 (62 - 77)	66 (59 – 79.5)	0.729
ANS-E	66.11 (10.56)	66.11 (9.89)	0.998
ANS-F	69.85 (11.90)	68.47 (16.41)	0.757
TRA-O	58.52 (11.58)	60.42 (9.38)	0.557
TRA-F	59 (54 - 69,5)	59 (52.5 - 67)	0.762
TRA-E	69.81 (11.34)	66.68 (13.14)	0.393
DEP-C	80.70 (16.57)	74.32 (16.23)	0.201
DEP-E	80.56 (16.61)	80.79 (18.71)	0.965
DEP-F	71.96 (9.05)	74.11 (12.67)	0.506
MAN-A	54.74 (10.64)	55.58 (12.77)	0.810
MAN-G	40 (33.5 - 47)	42 (38.5 - 49)	0.252

MAN-I	54.11 (12.44)	50.47 (11.07)	0.313
PAR-H	57.59 (12.78)	52.79 (11.08)	0.192
PAR-P	61 (45.5 - 75)	61 (51 - 80)	0.516
PAR-R	60.67 (10.12)	51.37 (9.94)	0.003**
ESQ-P	61 (49.5 - 68)	55 (48 - 66)	0.728
ESQ-S	68 (50.5 - 71)	58 (49.5 - 69.5)	0.394
ESQ-A	63.89 (11.30)	67.21 (13.69)	0.373
LIM-E	62.81 (11.16)	62.05 (11.95)	0.826
LIM-I	66.11 (11.90)	65.68 (12.96)	0.904
LIM-P	62.89 (11.04)	59.32 (13.32)	0.326
LIM-A	61 (46 - 73)	58 (46 - 65)	0.788
ANT-A	50.78 (8.68)	49.58 (6.11)	0.607
ANT-E	44 (40 - 50)	52 (44 - 57)	0.075
ANT-B	48 (43.5 - 56)	48 (39 - 52.5)	0.297
AGR-A	59.04 (10.90)	57.16 (9.87)	0.553
AGR-V	46.93 (10.42)	46.89 (8.86)	0.992
AGR-F	57 (49.5 - 66.5)	53 (47.5 - 63)	0.350
Índexs complementaris			
Inconsistència	60 (49.5 - 70.5)	54 (47 - 69)	0.441
Simulació	56 (56 - 69)	69 (56 - 82)	0.081
Discriminant Rogers	54.85 (9.97)	46.42 (16.48)	0.036*
Defensivitat	39 (33 - 44)	44 (33 - 44)	0.165
Discriminant Cashel	44.70 (13.91)	49.42 (13.09)	0.252
Potencial suïcidi	74.89 (12.74)	72.47 (12.09)	0.521
Potencial violència	65.85 (17.62)	60.32 (15.09)	0.272
Dificultat tractament	64 (54 - 80)	64 (48 - 74)	0.452
Probl. alcohol	53 (47 - 61)	52 (47 - 58)	0.893
Probl. drogues	56 (48.5 - 65.5)	54 (48.5 - 62)	0.797

* p < .05; **p<.010; ***p<.001

Figura 34. Comparació de les puntuacions T mitjanes de les escales de validesa, escales clíniques, escales relacionades amb el tractament i escales de relació interpersonal del PAI del dos grup de dones

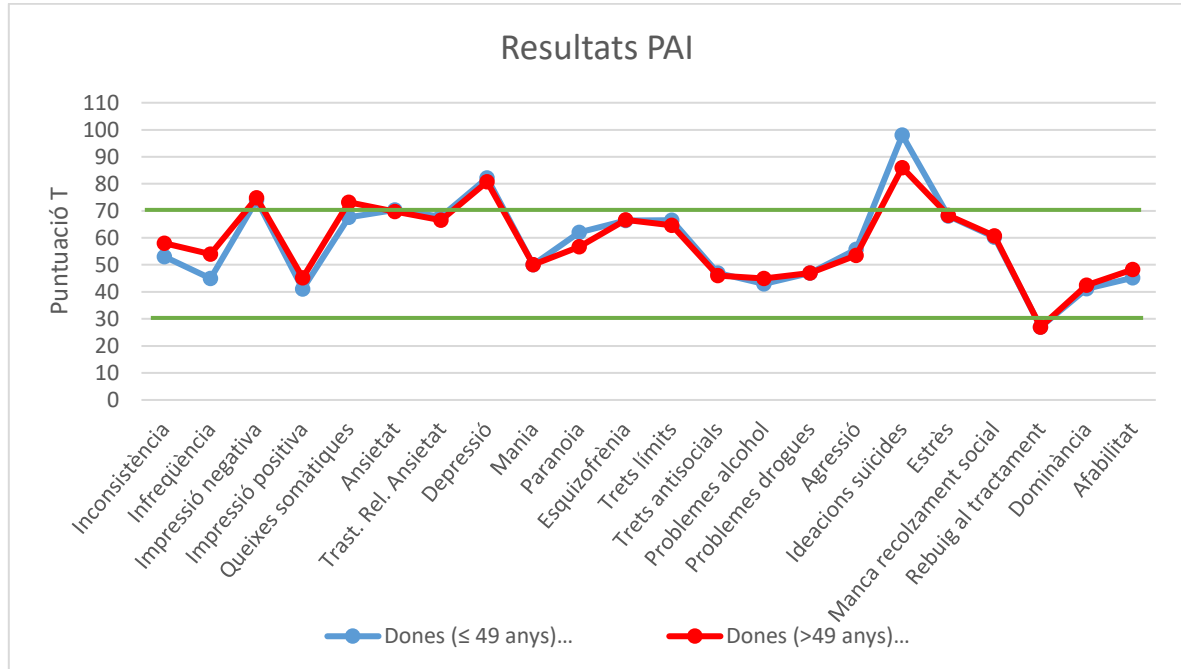


Figura 35. Comparació de les puntuacions T mitjanes de les subescales del PAI del dos grup de dones

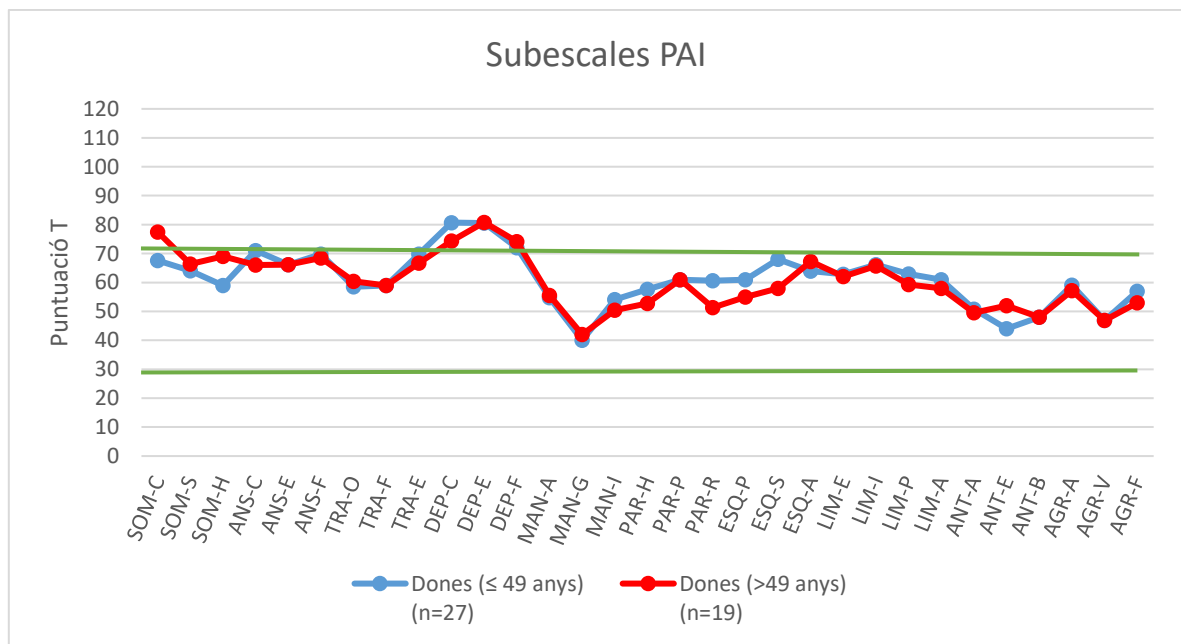
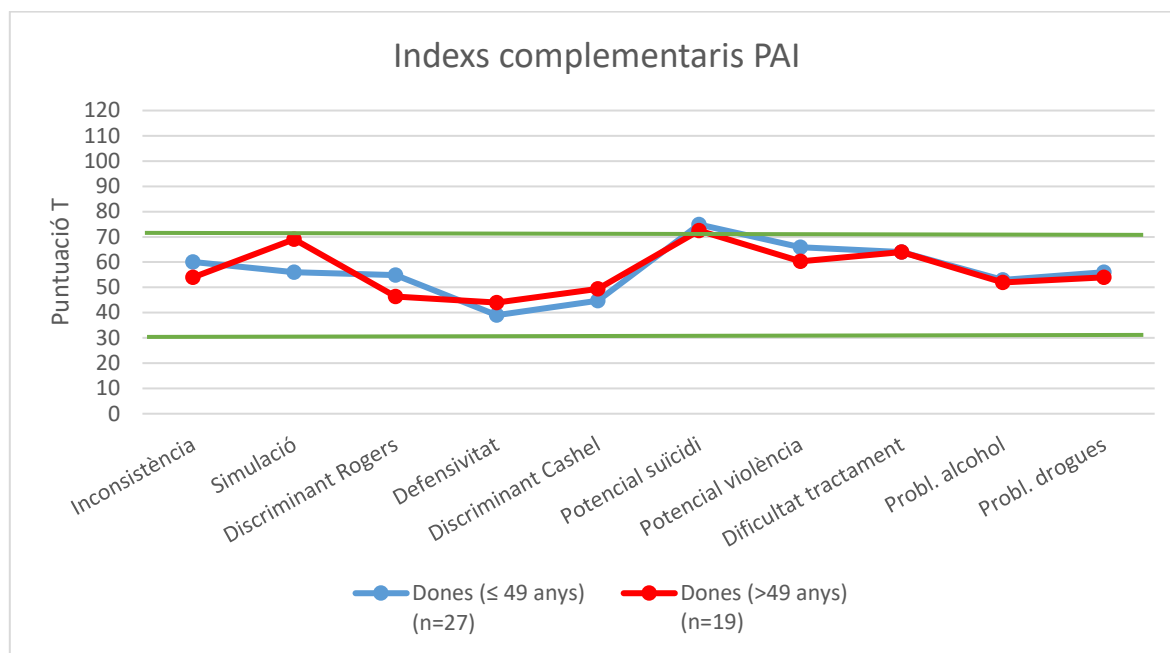


Figura 36. Comparació de les puntuacions T mitjanes dels índexs complementaris de l'inventari PAI del dos grup de dones



A la taula 59 i figures 34, 35 i 36 es mostren els resultats de les puntuacions típiques del PAI dels dos grups estudiats (dones ≤ 49 anys i > 49 anys). Trobem diferències estadísticament significatives en la subescala de ressentiment (PAR-R) i en l'índex discriminant de Rogers (FDR) que valora la tendència a exagerar els símptomes, on les grup de menys de 49 anys obté puntuacions més elevades. No trobem diferències estadísticament significatives a la resta de les escales i subescales del PAI, tot i que trobem puntuacions en el rang extrem en l'escala de depressió (DEP) (> 80), en l'escala d'idees suïcides (SUI) (> 85), en el potencial de suïcidi (IPS) (> 70), en la impressió negativa (IMN) (> 70) i puntuacions en la part inferior en la impressió positiva (IMP) (< 50) i en el rebuig al tractament (RTR) (< 30).

Pel què fa als perfils psicopatològics obtinguts a partir dels resultats del PAI, els dos grups de dones són perfils clarament compatibles amb un trastorn depressiu major per les puntuacions elevades ($T > 70$) en les escales depressió (DEP) i depressió cognitiva, emocional i fisiològica (DEP-C, DEP-E i DEP-F), impressió negativa (IMN), idees de suïcidi (SUI) ($T > 80$), índex potencial de suïcidi (IPS) i moderadament elevades ($T > 60$) en alteració del pensament (ESQ-A) i baixes

($T < 30$) en rebuig al tractament (RTR). El grup de dones > 49 anys obtenen puntuacions elevades ($T > 70$) en les escales depressió (DEP), somatització (SOM), impressió negativa (IMN), idees de suïcidi (SUI) i índex potencial de suïcidi (IPS) i moderadament elevades ($T > 60$) en ansietat (ANS) ($T = 69.68$), estrès (EST) ($T = 68.28$), trastorns relacionats amb l'ansietat (TRA), trets límits (LIM) i esquizofrènia (ESQ) indicadors d'un malestar general i compatibles amb un trastorn adaptatiu. També obtenen un perfil compatible amb trastorn de somatització amb puntuacions elevades ($T > 70$) en queixes somàtiques (SOM), conversió (SOM-C), depressió (DEP), depressió emocional (DEP-E), impressió negativa (IMN) i moderadament elevades ($T > 60$) en hipocondria (SOM-H) ($T = 69$), somatització (SOM-S), ansietat emocional (ANS-E) i manca recolzament social (FAS). En canvi el grup de dones ≤ 49 anys obtenen un perfil compatible amb un trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT) per les puntuacions elevades ($T > 70$) en ansietat (ANS) i ansietat cognitiva (ANS-C), depressió (DEP) i moderadament elevades ($T > 60$) en estrès posttraumàtic ($T = 69.81$), alteració del pensament (ESQ-A), indiferència social (ESQ-S) i ressentiment (PAR-R). A més de ser compatible amb trets de personalitat límits ($T > 60$) amb inestabilitat emocional (LIM-E), irritabilitat (LIM-I), relacions interpersonals problemàtiques (LIM-P), autoagressions (LIM-A), idees de suïcidi (SUI) ($T > 80$), trastorn per estrès posttraumàtic (TRA-E), depressió cognitiva (DEP-C) ($T > 70$) i puntuacions baixes ($T < 30$) en rebuig al tractament (RTR)

6.6. Regressió logística univariant.

Taula 60. Factors associats amb les puntuacions de l'Escala d'intencionalitat suïcida de Beck (SIS)

Univariant						
	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
	Sis6_2g		Sis15_2g		Sisobj_2g	
Edad	1		1		1	
>40	1.055 (0.933-1.026)	0.073	1.036 (0.986-1.088)	0.161	0.978 (0.933-1.026)	0.366
Sexe						
Home	1		1		1	
Dona	3.022(0.769-11.883)	0.113	2.333 (0.763-7.133)	0.137	0.576 (0.2-1.659)	0.307
Estat Civil						
Solter	1		1		1	
Parella	3.088 (0.732-13.025)	0.125	2.476 (0.743-8.256)	0.140	0.521 (0.162-1.674)	0.274
Separat	2.222 (0.441-11.176)	0.333	1.517 (0.387-5.951)	0.550	1.013 (0.273-3.755)	0.985
Fills						
0	1		1		1	
1	0.364 (0.033-4.034)	0.410	1 (0.2-5.004)	1.000	3.333 (0.531-20.911)	0.199
2	3.25 (0.753-14.016)	0.114	2.462 (0.671-9.025)	0.174	0.3 (0.082-1.099)	0.069
+3	1 (0.135-7.392)	1.000	1.333 (0.254-7.007)	0.734	0.167 (0.026-1.073)	0.059
Laboral						
Actiu	1		1		1	
Parat	0.818 (0.224-2.977)	0.761	0.338 (0.107-1.066)	0.064	1.182 (0.396-3.524)	0.764
Pensionista	3 (0.742-12.128)	0.123	1.128 (0.298-4.260)	0.859	0.657 (0.169-2.549)	0.543
PSQP						
si	0.662 (0.204-2.154)	0.493	0.443 (0.144-1.364)	0.156	1.76 (0.562-5.512)	0.332
Diagnòstic						
309	1		1		1	
296	0.5 (0.118-2.116)	0.346	0.372 (0.0939-1.473)	0.159	1.167 (0.308-4.423)	0.821
300	0.643 (0.127-3.254)	0.593	3.273 (0.551-19.454)	0.192	0.375 (0.627-2.244)	0.283
301	0.409 (0.086-1.945)	0.261	0.454 (0.111-1.851)	0.271	2 (0.500-7.997)	0.327
altres	0.3 (0.029-3.071)	0.310	-		7.499 (0.733-76.773)	0.09
No TA prèvies	0.877 (0.663-1.161)	0.359	0.820 (0.634-1.061)	0.131	1.040 (0.828-1.306)	0.736
TA prèvies						
0	1		1		1	
1	0.467 (0.116-1.878)	0.283	0.658 (0.184-2.35)	0.519	0.709 (0.195-2.581)	0.602
+2	0.333 (0.094-1.185)	0.090	0.447 (0.143-1.399)	0.167	1.182 (0.389-3.592)	0.768
PHQ9						
<10	1		1		1	
10-15	0.089 (0.008-1.002)	0.050	0.455 (0.080-2.598)	0.375	7 (1.043-46.949)	0.045
>15	0.625 (0.215-2.979)	0.529	1.25 (0.294-5.314)	0.763	2.625 (0.486-14.171)	0.262
BIS no plan						
<18	1		1		1	
≥18	0.373 (0.121-1.149)	0.086	0.77 (0.290-2.041)	0.599	1.831 (0.687-4.878)	0.227
BIS11total						
<53	1		1		1	

≥53	0.264 (0.082-0.855)	0.026	0.77 (0.290-2.041)	0.599	1.831 (0.687-4.878)	0.227
CRI-A						
Salut	1		1		1	
Eco+lab	0.104 (0.009-1.180)	0.068	0.375 (0.059-2.366)	0.297	2.333 (0.4-13.609)	0.346
familiar	0.583 (0.136-2.511)	0.469	1.25 (0.296-5.284)	0.762	1.667 (0.369-7.527)	0.507
PAI LIM						
<60	1		1		1	
60-69	0.653 (0.161-2.653)	0.552	0.891 (0.256-3.102)	0.856	0.591 (0.167-2.098)	0.416
>69	0.875 (0.259-2.955)	0.830	1.077 (0.349-3.321)	0.897	1.083 (0.353-3.322)	0.889
PAI SUI						
<60	1		1		1	
60-69	0.188 (0.012-2.912)	0.232	0.750 (0.048-11.647)	0.837	20 (0.848-471.576)	0.063
>69	0.089 (0.020-0.398)	0.002	0.216 (0.051-0.913)	0.037	10.8 (1.288-90.553)	0.028

Univariant				
	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
	Sisautoinf_2g		Sistotal_2g	
Edad	1		1	
>40	1.015 (0.967-1.065)	0.547	0.987 (0.941-1.034)	0.585
Sexe				
Home	1		1	
Dona	0.396 (0.135-1.160)	0.091	0.379 (0.127-1.127)	0.081
Estat Civil				
Solter	1		1	
Parella	0.556 (0.171-1.804)	0.328	0.388 (0.118-1.270)	0.118
Separat	0.778 (0.208-2.913)	0.709	0.518 (0.137-1.965)	0.334
Fills				
0	1		1	
1	1.143 (0.25-5.224)	0.863	2 (0.378-10.578)	0.415
2	0.514 (0.142-1.857)	0.310	0.471 (0.132-1.676)	0.245
+3	0.762 (0.151-3.856)	0.742	0.166 (0.026-1.073)	0.059
Laboral				
Actiu	1		1	
Parat	1.5 (0.484-4.651)	0.483	1.024 (0.343-3.058)	0.966
Penonista	1.5 (0.386-5.825)	0.558	1.576 (0.417-5.95)	0.502
PSQP				
si	1.8 (0.549-5.898)	0.332	1.488 (0.487-4.545)	0.485
Diagnòstics				
309	1		1	
296	1.857 (0.485-7.116)	0.366	2.037 (0.532-7.794)	0.299
300	0.206 (0.021-1.979)	0.171	0.135 (0.014-1.283)	0.081
301	1.393 (0.343-5.658)	0.643	1.222 (0.311-4.804)	0.774
altres	3.714 (0.539-25.593)	0.183	6.111 (0.6-62.230)	0.126
No TA prèvies	1.03 (0.818-1.297)	0.802	0.964 (0.767-1.212)	0.755
TA prèvies				
0	1		1	
1	0.394 (0.098-1.578)	0.188	0.556 (0.155-1.995)	0.367
+2	0.867 (0.283-2.651)	0.802	0.523 (0.170-1.612)	0.260
PHQ9				
<10	1		1	
10-15	5.25 (0.801-34.426)	0.084	3 (0.532-16.897)	0.213

>15	1.944 (0.357-10.575)	0.442	1.818 (0.401-8.250)	0.438
BIS no planif				
<18	1		1	
≥18	0.857 (0.319-2.305)	0.760	1.125 (0.428-2.957)	0.811
BIS11total				
<53	1		1	
≥53	1.105 (0.412-2.969)	0.843	1.125 (0.428-2.957)	0.811
CRI-A				
Salut	1		1	
Eco+lab	0.5 (0.089-2.808)	0.431	1.28 (0.228-7.187)	0.779
Familiar	0.457 (0.107-1.951)	0.290	0.608 (0.144-2.576)	0.499
PAI LIM				
<60	1		1	
60-69	0.242 (0.061-0.952)	0.042	0.307 (0.085-1.111)	0.072
>69	0.393 (0.123-1.252)	0.114	0.402 (0.127-1.271)	0.121
PAI SUI				
<59	1		1	
60-69	9 (0.522-155.242)	0.130	0.750 (0.048-11.647)	0.837
>69	3.3 (0.648-16.808)	0.151	0.216 (0.051-0.913)	0.037

OR: odds ratio; CI: Interval confiança. $p < 0.20$

6.7. Regressió logística multivariant

Taula 61. Regressió logística multivariant per factors associats a les puntuacions de l'Escaleta d'intencionalitat suïcida de Beck (SIS).

Multivariant		
	OR (95% CI)	p
BIS11total	Sis6_2g	
<53	1	
≥53	0.265 (0.082-0.855)	0.026
PAI SUI	Sis15_2g	
<59	1	
60-69	0.75 (0.048-11.648)	0.837
>69	0.216 (0.051-0.913)	0.037
PAI SUI	SisObj_2g	
<59	1	
60-69	20 (0.848-471.575)	0.028
>69	10.8 (1.288-90.553)	0.063

OR: odds ratio; CI: Interval confiança. $p < 0.05$

Es va analitzar la relació entre les diferents puntuacions del SIS i les característiques demogràfiques i clíniques del pacient. L'anàlisi univariant mostra les característiques dels pacients que tenen un major risc de temptativa, associat a una menor puntuació en la planificació de la temptativa (ítem 6 del SIS). En aquest cas, les dones, que tenen el triple de probabilitat d'obtenir una menor puntuació en el grau de planificació que els homes, els casat/da o en parella (OR: 3.09; 95% IC 0.73-13.03), tenir dos fills (OR: 3.25; 95% IC 0.75-14.02) i els pensionistes o jubilats/des (OR: 3; 95% IC 0.74-12.13). Estar preocupat pels temes econòmics i laborals (CRI-A) i tenir puntuacions clínicament significatives en el PHQ9, BIS11 no planificat i total, en el PAI escala d'idees de suïcidi i tenir antecedents de més de dues temptatives autolítiques prèvies està associat a majors puntuacions en la planificació de la temptativa.

Pel que fa al temps dedicat a la planificació de la temptativa (l'ítem 15 del SIS), la impulsivitat estaria associada amb ser dona, amb més del doble de probabilitat de no planificar la temptativa que els homes (OR: 2.33, 95% CI 0.76-7.13), tenir parella o estar casats/des (OR: 2.48, 95% CI 0.74-7.13), tenir 2 fills (OR: 2.46, 95% CI 0.67-9.03) i tenir diagnosticat un trastorn d'ansietat (OR: 3.27; 95% CI 0.55-19.45). En canvi un major temps dedicat a la planificació estaria associat a estar laboralment parat (OR: 0.34, 95% CI 0.11-1.07), no tenir antecedents psiquiàtrics ni diagnosticat un trastorn depressiu (OR: 0.44, 95% IC 0.14-1.36 i OR: 0.37, 95% IC 0.09-1.47) i una puntuació més baixa en l'escala d'idees de suïcidi del PAI (T: <60).

En quant a les circumstàncies relacionades amb la TA del SIS (ítems 1 al 8), una major gravetat estaria associada a pacients amb diagnòstic en el rang psicòtic (OR: 7.5, 95% IC 0.73-76.77) i trastorns de personalitat (OR: 2, 95% IC 0.5-7.99), al nombre de fills, ja que els que tenen un fill tenen el triple de probabilitat comparats amb els que no en tenen (OR: 3.33, 95% IC 0.53-20.91), a puntuacions elevades en el PHQ9 i en l'escala d'idees de suïcidi del PAI (T: 60-69 i >69) (OR: 20, IC 95% 0.85-471.58 i OR: 10.8, 1.29-90.55).

Si tenim en compte les expectatives i pensaments durant la TA mesurada amb el SIS (ítems 9 al 15), observem que una major gravetat de la temptativa està associada a pacients amb diagnòstics en el rang psicòtic (OR: 3.17, 95% IC 0.54-25.59), trastorns depressius (OR: 1.86, 95% IC 0.49-7.12) i finalment en trastorns

d'ansietat (OR: 1.39, 95% IC 0.34-5.66), a puntuacions altes en el PHQ9 (PD: 10-15 i >15), que mesura gravetat de la depressió (OR: 5.25, 95% IC 0.8-34.43 i OR: 1.94, 95% IC 0.36-10.58, respectivament) i puntuacions altes en l'escala d'idees de suïcidi (PAI) (T: 60-69 i >69) (OR: 9, 95% IC 0.52-155.24 i OR: 3.3, 95% IC 0.65-16.81, respectivament) i una menor gravetat en dones (OR: 0.40, 95% IC 0.14-1.16) i puntuacions altes en l'escala de trets límits del PAI.

Finalment, si valorem la gravetat de la temptativa, valorada amb la puntuació total del SIS, trobem un major risc està associat a ser home, solter, amb diagnòstic en el rang psicòtic (OR: 6.11, 95% IC 0.6-62.23), però menor gravetat a diagnòstics relacionats amb l'ansietat (OR: 0.14, IC 95% 0.01-1.28), a tenir 3 fills comparat amb que els que no tenen fills (OR: 0.17, IC 95% 0.03-1.07), una menor puntuació en l'escala de trets límits del PAI (T: 60-69 i >69) (OR: 0.31, 95% IC 0.08-1.11 i OR: 0.40, 95% IC 0.13-1.27) i una menor puntuació en l'escala d'idees de suïcidi del PAI (OR: 0.22 IC 95% 0.05-0.91).

Per determinar quins d'aquests factors es van relacionar de manera independent i més potent amb la temptativa de suïcidi, les variables examinades en l'anàlisi univariant es van entrar en el model de regressió logística forward stepwise com a factors independents, amb les puntuacions del SIS en els ítems 6, 15, puntuació total i puntuació objectiva i autoinforme (alta o baixa) com a variables dependents. Es van realitzar diferents patrons de resultats en funció dels ítems o subescales del SIS a partir dels que van sortir significatius. En l'ítem 6 (grau de planificació), una puntuació baixa en l'escala total del BIS, en l'ítem 15 (temps de planificació), una puntuació baixa en l'escala d'idees de suïcidi del PAI i en la part objectiva del SIS (relacionat amb les circumstàncies), una puntuació alta en l'escala d'idees de suïcidi del PAI, es van associar de forma independent amb puntuacions altes d'intencionalitat suïcida.

7. DISCUSSIÓ

Per poder desenvolupar mecanismes més eficaços per a una prevenció específica del suïcidi, s'ha de conèixer quin són els principals factors de risc del suïcidi i les variables que hi estan intervenint. Donada la gran diversitat d'aportacions clíniques i estudis amb resultats poc clars en relació a les característiques neuropsicològiques que intervenen en els processos neurocognitius en la conducta suïcida i les característiques psicopatològiques i el tret de personalitat impulsiu, en aquest estudi s'ha elaborat una bateria de proves psicomètriques específica per identificar quines són les característiques d'un grup de pacients amb conducta suïcida en aquestes variables d'estudi i com se relacionen entre elles, i concretament amb el tret d'impulsivitat.

7.1. Dades Sociodemogràfiques

En el nostre estudi, les diferències sociodemogràfiques en el sexe en temptatives de suïcidi és d'una proporció dona-home de 2:1 i s'aproximen a la d'estudis anteriors amb una proporció dona-home de 3:1, on les temptatives són més freqüents en dones que homes (1,3,6,27,29,40). Les dones tenen un major risc de realitzar una temptativa autolítica associat a un menor grau de planificació, amb una proporció dona-home de 3:1, i una major impulsivitat en la temptativa relacionada amb el temps que dediquen a planificar la temptativa, amb una proporció de 2:1. En canvi, els homes presenten una major gravetat de la temptativa (24,30,31). Rapeli et al. (33) identificaven tres grups diferents en funció de les característiques sociodemogràfiques i clíniques. Un grup format majoritàriament per dones que el va anomenar *impulsiu-ambivalent* que es caracteritza per una baixa letalitat i estaria ambivalent sobre si viure o morir en el moment de la crisi, un altre anomenat d'*intencionalitat marcada* i estaria format majoritàriament per homes amb una major letalitat que el grup anterior i un tercer grup anomenat *definitiu*. Les característiques dels dos primers grups són similars als descrits a la nostra mostra, un grup de dones més impulsives amb una conducta

autolítica de baixa letalitat i un grup d'homes que presenten una major gravetat de la temptativa.

El tipus de mètode més utilitzat en la nostra mostra per a realitzar la temptativa és la sobre ingesta de fàrmacs i el penjament, dades que coincideixen amb les descrites en altres estudis, on la sobre ingesta de fàrmacs és un dels mètodes més utilitzats a Europa, seguit del penjament (24,25). Tal i com referien Clarke i Lester (23), el mètode depèn dels costos, de la familiaritat i l'accessibilitat. Els medicaments més utilitzats acostumen a ser antidepressius i sedants (25), a més dels analgèsics, que són els fàrmacs més receptats i accessibles en el nostre país.

Pel que fa a les temptatives durant l'any posterior a la valoració, que és un dels nostres objectius d'estudi, trobem que un 40% dels casos va realitzar una o més temptatives posteriors i dos d'ells van ser suïcidi consumat. Tal i com assenyalen la majoria d'autors (8,31,38-42), els antecedents d'intents de suïcidi en la història prèvia del pacient són un dels factors de risc que prediu amb més claredat la possibilitat d'un futur suïcidi consumat, ja que qualsevol temptativa podria portar a una temptativa de suïcidi més seriosa en el futur (41,42). En el nostre estudi, els dos casos de suïcidi consumat tenien antecedents de temptatives prèvies per sobre ingesta de medicaments, i un d'ells (home solter de 33 anys sense fills) havia realitzat 4 temptatives posteriors abans de morir per precipitació. En l'altre cas (dona de 45 anys casada amb 2 fills) va morir per atropellament intencionat i tenia registrada una temptativa posterior abans de la seva mort.

En relació a l'estat civil, els resultats del nostre estudi coincidirien amb la teoria de Durkheim (13) que assenyalava la importància de tenir parella com a factor protector davant les adversitats. Observem que un percentatge molt elevat dels controls tenen parella, a diferència dels que han realitzat una temptativa autolítica, que en el cas dels homes el nombre de solters i separats és alt, factor de risc assenyalat prèviament per diversos autors com Kposowa (60) i Harriss (61). Així mateix, en el nostre estudi trobem que els homes solters que han realitzat una temptativa presenten un major risc en la gravetat de la conducta suïcida comparat amb les dones. En el cas de les dones, la proporció de solteres i separades amb les

casades és similar. Cal tenir en compte que en alguns casos estar casat podria no considerar-se un factor protector (63), ans al contrari, es podria considerar com a factor estressant relacionat amb la conducta suïcida. Aquesta preocupació ha estat expressada en el nostre estudi en el qüestionari de respostes d'afrontament (CRI-A) en referència als problemes de parella i familiars pels subjectes que han realitzat una temptativa. A més, trobem en subjectes casats o en parella comparats amb els solters, un menor grau i temps de planificació de la temptativa, és a dir, una major impulsivitat. La descendència és una dada diferenciadora en el nostre estudi, ja que els que tenen 2 fills tenen més risc de realitzar la temptativa de forma més impulsiva, comparats amb els que no tenen fills, però en canvi, els que tenen tres fills presenten una menor gravetat de la conducta suïcida comparat amb els que no tenen fills.

La situació laboral en el nostre estudi ha estat una dada que diferencia clarament als subjectes que han realitzat una temptativa autolítica (51,57,58), amb percentatges significatius en els casos de situació d'atur i d'invalidesa laboral. Aquests factors representen una pèrdua important en l'àmbit de l'ocupació, social i econòmic (7,51) i un major deteriorament funcional que es relaciona amb un major risc de suïcidi. Es important remarcar, i en el nostre estudi posarem especial atenció al grup de dones, la importància de la salut física, ja que la incapacitat en les malalties físiques és un factor de risc que cal tenir en compte (64,65). Així mateix, en el nostre estudi els jubilats o pensionistes tenen tres vegades més risc de realitzar una temptativa sense haver-la planificat que els que estan laboralment actius, al contrari que els aturats, que dediquen més temps a planificar la temptativa de suïcidi.

Per tant, les variables sociodemogràfiques que descriuen la nostra mostra de temptatives autolítiques és un major nombre de dones, amb una mitjana d'edat de 47.85 anys, casades amb dos fills, aturades o amb una invalidesa laboral i que fan una sobre ingesta de medicaments. Pel que fa al risc de temptativa de suïcidi destacaria un menor grau de planificació de la TA en dones, en casats/des o en parella, jubilats/des o pensionistes i una major impulsivitat (menor temps de

planificació) de la TA en dones, en casats/des o en parella, amb 2 fills i un major temps de planificació en aturats. En el cas dels homes, la mitjana d'edat és de 40 anys, solters sense fills, actius laboralment (50%) i aturats (45%) que fan una sobre ingesta de medicaments. La gravetat de la temptativa és major en homes, solters i en diagnòstics del rang psicòtic.

7.2. Dades clíniques – Psicopatològiques

Els diagnòstics de la nostra mostra són similars als de la majoria d'estudis, i destacaríem els trastorns de l'estat d'ànim, els trastorns de personalitat i els trastorns d'ansietat (49,54,55,66). A més d'una major prevalença dels trastorns adaptatius tipus mixta amb ansietat i estat d'ànim deprimat, que poden estar precipitats per factors estressants com són l'atur, problemes econòmics, problemes de parella (7,51,57,58), problemes interpersonals o conflictes considerats per la persona com a un problema (59).

Els diagnòstics de trastorn de personalitat representen una cinquena part de la nostra mostra, principalment trastorns de personalitat del clúster B i trastorns de personalitat no especificats, prevalences que estarien en concordança amb altres estudis (67,20).

7.2.1. IMPULSIVITAT

La impulsivitat s'ha relacionat amb la conducta suïcida, tant amb les idees de suïcidi, els intents de suïcidi com amb les morts per suïcidi (72). El significat de la impulsivitat és confús i necessita una definició més clara (73,74), ja que el coneixement de la seva casuística pot ser útil per predir i prevenir intents repetits de suïcidi (80). En la nostra mostra hem analitzat les puntuacions de la impulsivitat del grup de TA comparades amb el grup control i hem trobat una major impulsivitat cognitiva, motora, no planificada i total (49,85,91,92) relacionada amb la conducta suïcida i valorada amb el Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) (124). L'escala

d'impulsivitat cognitiva és indicativa d'una major inestabilitat cognitiva i dificultat per atendre, l'escala d'impulsivitat motora s'associa a un menor nivell de perseverança i tendència a actuar sense pensar i l'escala d'impulsivitat no planificada està relacionada amb l'autocontrol i la complexitat cognitiva (73). La impulsivitat també pot ser entesa com un comportament de recerca de sensacions o recerca de novetats on el que es busca principalment són noves experiències (74-76). En el cas del PAI, la subescala de recerca de sensacions està inclosa dins l'escala de trets antisocials i mesura la impulsivitat relacionada amb conductes psicopàtiques, que difereix clarament dels tipus d'impulsivitat descrits per Barrat i que hem descrit anteriorment. En la nostra mostra no hem trobat diferències significatives en l'escala de recerca de sensacions (ANT-B) del PAI entre el grup de TA i el grup control. Com hem mencionat anteriorment, la impulsivitat implica múltiples dimensions i al llarg del temps ha estat conceptualitzada de formes múltiples.

Un dels objectius del nostre treball és estudiar les variables que intervenen en la conducta de suïcidi, específicament aquelles que estan relacionades amb la impulsivitat per tal de poder definir el tret de personalitat impulsiu en la conducta suïcida. En aquest sentit, a partir de la mediana de distribució de la puntuació total del test BIS-11 del grup de TA, s'han establert dos grups de pacients, un amb una major puntuació total en impulsivitat (>43), que l'hem anomenat grup d'impulsius, i l'altre, grup de no impulsius, amb una puntuació (≤ 43). Cal recordar que en el BIS-11 no hi ha punt de tall, sinó que el punt de tall és la mediana de la distribució de la mostra estudiada.

En el nostre estudi, tal i com esperàvem, el grup d'impulsius presenta puntuacions elevades en totes les escales del BIS-11 (cognitiva, motora i no planificada) respecte al grup de no impulsius. Així mateix, els que han realitzat una TA prèvia a l'estudi, són més impulsius i realitzen més TA a l'any de ser valorats que els que no tenen antecedents de TA, a més de tenir una major impulsivitat motora, indicativa d'un menor nivell de perseverança i tendència a actuar sense pensar (93, 94). Aquests resultats coincideixen amb els de Park et al. (56) que conclouen que els que han realitzat múltiples temptatives de suïcidi tenen major impulsivitat

motora, estrès i major psicopatologia. Aquesta impulsivitat motora també s'ha relacionat amb una incapacitat d'inhibició de la resposta, i s'ha associat a lesions de l'escorça prefrontal dorsolateral (79). Una altra dada diferenciadora entre els que han realitzat TA prèvies, comparats amb els TA prèvies NO i els controls, és que tenen una major impulsivitat cognitiva, associada a una inestabilitat cognitiva i dificultat per atendre i l'escala d'impulsivitat no planificada, relacionada amb l'autocontrol i la complexitat cognitiva. Per altra banda, no trobem diferències significatives en impulsivitat entre els que han realitzat TA posteriors i els que no n'han fet.

Els nostres resultats tampoc mostren diferències en impulsivitat entre els dos grups de dones que han realitzat una TA, diferenciades per l'edat aproximada a la menopausa, amb el punt de tall als 49 anys, tal i com haguéssim esperat inicialment, ja que amb l'edat el nivell d'impulsivitat tendeix a disminuir (56,76).

Finalment, a partir dels nostres resultats sobre la impulsivitat en el context de la conducta de suïcidi podem parlar d'un estil de personalitat impulsiu que definim com a tret, on la persona tendeix a actuar sense tenir en compte les conseqüències de les seves accions tant en el present com en el futur i amb tendència a la repetició de la conducta autolítica associada a la dificultat per inhibir la resposta.

7.2.2. PSICOPATOLOGIA

La psicopatologia i els trastorns mentals són un dels principals factors de risc de la conducta suïcida. La depressió es considera com la principal causa de mort per suïcidi a tot el món (20). En el nostre estudi destaca una alta prevalença de la simptomatologia depressiva que es veu reflectit en els diagnòstics dels pacients i en els resultats dels tests que vàrem administrar. Els nostres resultats també mostren una major severitat de la simptomatologia depressiva en els que han realitzat alguna temptativa autolítica prèvia a l'estudi (69). El grup d'impulsius, a diferència dels no impulsius, presenta una major simptomatologia depressiva i té més tendència a pensar en la mort (un 65% dels casos) i a evitar afrontar i buscar solucions als problemes. Només un 24% dels casos deixen nota de suïcidi i un 4%

l'escriuen però després la trenquen. Aquestes dades coincideixen amb les de Shiori (72) que refereix que només entre el 20 i el 35% dels suïcidis deixen una nota.

A l'avaluar les escales del PAI trobem puntuacions elevades en impressió negativa, depressió, queixes somàtiques, ansietat, trastorns relacionats amb l'ansietat, esquizofrènia, trets límits, idees de suïcidi, estrès, estrès posttraumàtic i baixes en rebuig al tractament comparat amb els controls. Molts d'aquests resultats estan en concordança amb els observats en altres estudis amb subjectes amb antecedents de temptatives autolítiques (54,55).

El perfil psicopatològic del grup de TA és un perfil clarament compatible amb un trastorn depressiu major, que es defineix per presentar pensaments negatius cap al present i futur (DEP-C), alteració del pensament amb problemes cognitius i dèficit d'atenció (ESQ-A), baix estat d'ànim, tristesa, apatia (DEP-E) i indiferència social (ESQ-S), trastorns del son, de la gana i baixa energia (DEP-F), així com altes puntuacions en la severitat de la depressió mesurada amb el PHQ9. A més, la presència d'idees de suïcidi (SUI) i els sentiments d'inutilitat i desesperança, amb tendència a centrar l'atenció en experiències negatives (IMN), són factors de risc relacionats amb la ideació i planificació la temptativa de suïcidi (IPS). Aquests pacients presenten una major motivació per demanar ajuda (baix RTR). A més, si tenim en compte les expectatives i pensaments durant la TA mesurada amb el SIS de Beck, en els nostres resultats trobem que una major gravetat de la temptativa està associada a pacients amb diagnòstics de trastorns depressius i trastorns d'ansietat, a puntuacions altes en el PHQ9 i a l'escala d'idees de suïcidi (PAI). Els nostres resultats coincideixen amb el d'altres estudis, on troben una alta prevalença en els diagnòstics de trastorns afectius (52,54,55).

Així mateix, els nostres resultats també poden ser compatibles amb un perfil de trastorn adaptatiu amb una presència significativa de la simptomatologia depressiva (DEP), ansiosa (ANS), estrès (EST), somatització (SOM) i estrès posttraumàtic (TRA-E). Els factors precipitants d'aquesta simptomatologia poden ser la preocupació expressada pel grup de TA (CRI-A) en quant a temes laborals, econòmics, familiars, de parella i preocupació per la salut. Tal i com va dir O'Connor

i Nock (46), la personalitat juntament amb factors neurocognitius, socials i esdeveniments negatius poden ser contribuïdors de la conducta de suïcidi.

Un altre perfil que obtenim dels nostres resultats del grup de TA seria compatible amb trets de personalitat límits, caracteritzat per la inestabilitat emocional (LIM-E), la irritabilitat (LIM-I), les relacions interpersonals problemàtiques (LIM-P), les autoagressions (LIM-A), les idees de suïcidi (SUI), a més símptomes d'estrès posttraumàtic (TRA-E), depressió cognitiva (DEP-C) acompanyada d'una major demanda d'ajuda (RTR). Aquests resultats coincideixen amb els de Park et al. (56) i O'Neill i O'Connor (59).

Per altra banda, quan diferenciem la psicopatologia del grup d'impulsius versus no impulsius, trobem perfils diferenciadors entre ells. La psicopatologia del grup no impulsiu ens indica un malestar general dels subjectes compatible a un trastorn adaptatiu, on destacaria la simptomatologia depressiva (DEP) expressada en forma de tristesa, baix estat d'ànim i apatia, amb tendència a centrar l'atenció en experiències negatives (IMN), a més d'ansietat (ANS) i estrès (EST), tendència a la somatització (SOM), poca confiança en sí mateix (TRA) i una actitud distant (ESQ). Aquest malestar i dificultat per afrontar els problemes s'expressaria a través de les idees de suïcidi (SUI), que juntament amb els sentiments de desesperança i inutilitat, una alta ansietat i baix control dels impulsos augmentaria el risc de suïcidi (IPS) (122-123). En el nostre estudi, els problemes que més els preocupava al grup no impulsius eren els problemes de salut, familiars i les separacions. Aquests resultats han estat trobats en altres estudis on fan èmfasi als factors sociodemogràfics, com les dificultats laborals i econòmiques, els problemes de parella (51,57,58) així com els antecedents psicopatològics, trets de personalitat o factors estressants precipitants com pot ser una pèrdua significativa, trencaments de parella o altres problemes psicosocials (7,51,59) que poden influir en la conducta de suïcidi.

En quant al perfil del grup d'impulsius, aquest és compatible amb un trastorn depressiu major (TDM) que es defineix per presentar pensaments negatius cap al present i futur (DEP-C), alteració del pensament amb problemes cognitius i dèficit d'atenció (ESQ-A), baix estat d'ànim, tristesa, apatia (DEP-E) i indiferència social

(ESQ-S), trastorns del son, de la gana i baixa energia, així com altes puntuacions en la severitat de la depressió mesurades amb el PHQ9. A més, la presència d'idees de suïcidi (SUI) i els sentiments d'inutilitat i desesperança, amb tendència a centrar l'atenció en experiències negatives (IMN), són factors de risc per a la ideació i planificació la temptativa de suïcidi (IPS). Aquests pacients presenten una major motivació per demanar ajuda (baix RTR).

El grup d'impulsius també seria compatible amb un perfil caracteritzat per trets de personalitat límits, amb inestabilitat emocional (LIM-E), irritabilitat (LIM-I), relacions interpersonals problemàtiques (LIM-P), autoagressions (LIM-A), idees de suïcidi (SUI), a més símptomes d'estrès posttraumàtic (TRA-E), depressió cognitiva (DEP-C) acompanyada d'una impressió positiva baixa i d'una major demanda d'ajuda (RTR). A més de ser compatible amb un trastorn del control dels impulsos tipus explosiu intermitent per les puntuacions moderadament elevades en actitud agressiva (AGR-A), agressions físiques (AGR-F) i depressió cognitiva (DEP-C). Soloff et al. (68), en el seu estudi troben que els pacients diagnosticats de trastorn depressiu major que tenen comorbiditat amb el trastorn límits de la personalitat tenen més intents de suïcidi i major gravetat. Aquests resultats són similars als de Sher et al. (69). Aquests darrers perfils del grup d'impulsius, i la reiteració de la conducta de suïcidi, ens suggereix que els nostres resultats són compatibles amb un tret de personalitat impulsiu, el primer més relacionat amb la compulsivitat (TDM) i els altres dos amb la impulsivitat (TLP i trastorn del control dels impulsos).

En els nostres resultats trobem que els perfils psicopatològics dels grups de TA prèvies NO (n=24) i TA prèvies SI (n=42) estan clarament diferenciats l'un de l'altre i són molts similars als perfils dels NO Impulsius (n=20) i Impulsius (n=46), respectivament. Els resultats del BIS-11 reflecteixen aquestes semblances, ja que el grup de TA prèvies SI puntua significativament més alt en impulsivitat (PD: 55,79) comparat amb el TA prèvies NO, i realitzen més temptatives posteriors a la valoració.

Per tant, el grup TA prèvies NO, tal i com hem explicat en el grup no impulsius, obté un perfil compatible amb un trastorn adaptatiu. En canvi els perfils del grup de TA

prèvies SI, serien compatibles amb un trastorn depressiu major, trets de personalitat límits, a més de ser compatible amb un trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT) per les puntuacions elevades en les escales d'estrès posttraumàtic (TRA-E), ansietat cognitiva (ANS-C), depressió (DEP), alteració del pensament amb problemes cognitius i dèficit d'atenció (ESQ-A), tendència a l'aïllament social (ESQ-S) i agressions físiques (AGR-F). Aquests resultats són afins als descrits per Baca-Garcia (54), May i Klonsky (55) i Brezo et al. (44). El diagnòstic de TEPT en perfils amb puntuacions altes en LIM podrien ser específics de cert tipus de circumstàncies traumàtiques (122).

Per altra banda també s'ha estudiat els perfils psicopatològics que diferencien els grups TA posterior NO i TA posterior SI, que són perfils clarament compatibles amb un trastorn depressiu major. El grup de TA posterior NO també pot ser compatible amb un perfil de trastorn adaptatiu i el grup TA posterior SI amb un perfil caracteritzat per trets de personalitat límits.

Finalment, si analitzem els perfils psicopatològics en els dos grup de dones per edats, trobem que són clarament compatibles amb un trastorn depressiu major, amb un elevada severitat de la depressió i amb pensaments freqüents de que estarien millor mortes (PHQ9) i amb una elevada puntuació en idees de suïcidi ($T > 80$) que és significatiu dels sentiments de desesperança i inutilitat, així com de l'alt risc de temptativa.

El grup de dones >49 anys obtenen puntuacions elevades en les escales depressió (DEP), somatització (SOM), impressió negativa (IMN), idees de suïcidi (SUI) i índex potencial de suïcidi (IPS), ansietat (ANS), estrès (EST), trastorns relacionats amb l'ansietat (TRA), trets límits (LIM) i esquizofrènia (ESQ) indicadors d'un malestar general i compatibles amb un trastorn adaptatiu. Així mateix, tenen un perfil compatible amb el trastorn de somatització amb puntuacions elevades en queixes somàtiques (SOM), conversió (SOM-C), depressió (DEP), baix estat d'ànim, tristesa i apatia (DEP-E), amb sentiments d'inutilitat i desesperança i tendència a centrar l'atenció en experiències negatives (IMN) i preocupació per la salut i

funcionament físic (SOM-H), tendència a la somatització que pot estar relacionat amb mal de cap, dolors, problemes gàstrics entre altres (SOM-S), ansietat emocional amb tensió, pànic, nerviosisme (ANS-E) i manca recolzament social (FAS). Rahman et al. (64) i Onyeka (65) en els seus estudis feien referència als problemes de salut física i les seves limitacions i l'impacte que tenia en la conducta de suïcidi.

En canvi el grup de dones ≤ 49 anys obtenen un perfil compatible amb un trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT) per les puntuacions elevades en ansietat (ANS) i ansietat cognitiva (ANS-C), depressió (DEP), estrès posttraumàtic (TRA-E), alteració del pensament amb problemes cognitius i dèficit d'atenció (ESQ-A), aïllament social (ESQ-S) i ressentiment (PAR-R). A més de ser compatible amb trets de personalitat límits amb inestabilitat emocional (LIM-E), irritabilitat (LIM-I), relacions interpersonals problemàtiques (LIM-P), autoagressions (LIM-A), idees de suïcidi (SUI), estrès posttraumàtic (TRA-E), depressió cognitiva relacionada amb expectatives negatives (DEP-C) i una major demanda d'ajuda (RTR). Alguns estudis apunten que les característiques de personalitat límit en dones estan relacionades amb fluctuacions en els nivells d'estrògens, de manera que quan els nivells d'estrògens augmenten les puntuacions en LIM també augmenten (122).

En resum, a partir dels nostres resultats sobre la psicopatologia en el context de la conducta de suïcidi trobem que el trastorn depressiu major, els trastorns adaptatius i els trets de personalitat límit (TLP) són els més freqüents en la nostra mostra. Dins dels diferents grups establerts també trobem el TEPT, trastorn dels impulsos i trastorn per somatització. Per tant, trobem un grup de subjectes amb un tret de personalitat impulsiu associat a la dificultat per inhibir la resposta i tendència a actuar des de la immediatesa i per altra banda un grup de subjectes amb un funcionament més compulsiu amb tendència a actuar per disminuir l'ansietat. A més, aquells subjectes que han realitzat una TA, però que no tenen antecedents previs, no realitzen cap TA posterior i estan considerats com a menys impulsius, en el nostre estudi, són els que el seu perfil s'associa a un trastorn adaptatiu, així com el grup de dones majors de 49 anys, a excepció que en aquest darrer cas

també s'associen al trastorn per somatització que pot estar relacionat a l'estat de salut provocat pel procés d'envelliment i les seves conseqüències.

7.3. Característiques Neuropsicològiques

El dèficit de les funcions executives en la conducta suïcida s'ha relacionat amb un funcionament neuropsicològic més pobre (119) i amb una menor capacitat en l'atenció i concentració, atenció dividida, memòria immediata i de treball, inhibició de la resposta, resistència a la interferència i a la distracció, destresa visomotora i rapidesa executiva, comparat amb el grup control (118), tal i com hem pogut comprovar en el nostre estudi.

A nivell neurobiològic, aquestes funcions estan relacionades amb el lòbul frontal (97,99), concretament amb l'escorça prefrontal (PFC) (7,93,101) i principalment en la zona orbitofrontal (107,108) i dorsolateral del PFC (45,93, 104), que afecten a la presa de decisions, resolució de problemes, inhibició neurocognitiva, sistema de recompensa, compulsions i baix control dels impulsos.

7.3.1. Test de classificació de targetes de Wisconsin (WCST)

Els resultats del test de classificació de targetes de Wisconsin (WCST) en la conducta suïcida (temptativa autolítica - TA) s'associen a una alteració en les funcions executives, i més concretament a una menor flexibilitat neurocognitiva, memòria de treball, planificació i solució de problemes, un major dèficit d'inhibició neurocognitiva, a més d'una major dificultat per entendre els principis de classificació en la prova del WCST i una disminució de la capacitat per canviar d'estratègies de resolució de problemes quan és necessari. Els nostres resultats coincideixen amb l'estudi que va realitzar Moniz (118) on no troben diferències significatives en els errors perseverats entre els controls i els subjectes que fan TA, però difereixen en el percentatge de respostes a nivell conceptual del WCST, relacionat amb la comprensió dels principis de classificació de la prova. Per altra

banda, els resultats trobats per l'equip de Richard-Devantoy (114) en la seva revisió bibliogràfica sobre les disfuncions executives en pacients deprimits amb comportaments suïcides, troben un major dèficit en puntuacions d'inhibició d'acord amb el nombre de perseveracions del WCST, resultats que difereixen dels nostres, possiblement pel paper que pot tenir la simptomatologia depressiva en el rendiment d'aquest tipus de prova.

En la puntuació total del WCST trobem un pitjor funcionament executiu en el grup de no impulsius i en el grup de dones majors de 49 anys. En els cas dels no impulsius podria estar relacionat amb una conducta més compulsiva, que tindria l'objectiu de disminuir l'ansietat i el malestar al realitzar la prova (79), o amb l'ansietat de rendiment generada per la dificultat de la tasca que interfereix en el rendiment neurocognitiu i porta a cometre més errors que repercuteixen en els resultats de la prova i, per tant, a obtenir una pitjor puntuació total. En el cas de les dones majors de 49 anys podria estar relacionat amb l'edat i els anys d'escolarització. L'habilitat que es requereix per aquest tipus de prova decreix a partir dels 50 anys (130). Així mateix, les funcions executives són per sí mateixes sensibles als efectes de l'envelliment i a la presència de simptomatologia depressiva.

En canvi, no trobem diferències entre els dos grups de TA posterior NO/SI. Per altra banda, els que no han realitzat cap TA prèvia a la valoració, presenten un perfil amb pitjor flexibilitat neurocognitiva comparada amb el grup control i el grup de temptatives prèvies i una major dificultat en la comprensió dels principis de classificació (RNC). Aquests resultats són similars als trobats per Moniz (118), on els pacients deprimits que no tenen antecedents de temptatives autolítiques obtenen pitjors resultats en les RNC que els deprimits amb antecedents autolítics i els controls. Aquesta prova és sensible als efectes de lesions en el lòbul prefrontal de predomini dorsolateral.

7.3.2. Test del traçat (Trail-Making Test -TMT)

En la nostra mostra, els pacients que han realitzat una TA obtenen pitjors resultats en comparació amb el grup control en el Trail-Making Test (TMT) part A i B. Mostren un major dèficit en atenció, planificació, velocitat psicomotora, memòria de treball, inhibició de la resposta i flexibilitat cognitiva. Els estudis realitzats mitjançant el TMT concorden en assenyalar un major dèficit en la inhibició de la resposta en pacients amb comportaments suïcida (114,118), tal i com reflexa en el nostre estudi. En canvi, no trobem diferències entre els impulsius versus no impulsius, entre els dos grups de TA prèvia NO/SI i TA posterior NO/SI ni entre els dos grup de dones diferenciades per franges d'edat. En aquest sentit, no hem trobat estudis en el que hagin diferències entre els subjectes que realitzen una temptativa en aquest test. Aquesta prova mesura aspectes d'atenció que depenen del còrtex prefrontal de predomini dorsolateral i dorsomedial.

7.3.3. Escala d'Intel·ligència de Wechsler per Adults-IV (WAIS-IV)

Pel que fa als resultats de les diferents subescales del WAIS-IV (dígit, clau de números, recerca de símbols i lletres i números), els pacients que han realitzat una TA comparat amb el grup control, tenen un perfil amb una baixa capacitat en l'atenció auditiva i visual, concentració, memòria immediata verbal, visual i de treball altern, resistència a la distracció, rapidesa executiva, precisió perceptiva i velocitat de processament de la informació visual simple. Aquests resultats han estat trobats en altres estudis, on els que realitzen una TA tenen més problemes d'atenció (45,97), memòria i d'inhibició de la resposta (97). Per altra banda, en aquesta prova els resultats no difereixen entre els impulsius versus no impulsius, entre els dos grups de TA prèvia NO/SI i TA posterior NO/SI ni entre els dos grup de dones diferenciades per franges d'edat. Cada subescala és sensible al funcionament o disfuncionalitat d'un circuit neural definit. Així, el subtest de dígit depenen d'un circuit parieto-temporal esquerra (ordre directe) i prefrontal dorsolateral esquerra (ordre invers), el subtest de clau de números implica un circuit parieto-temporal i subcortical dret, el subtest de recerca de símbols depèn del lòbul occipito-parietal dret i de la circumvolució anterior dreta, i finalment el subtest de lletres i números depèn de l'escorça prefrontal dorsolateral esquerra.

7.3.4. Test de colors i paraules (Stroop Test)

El perfil que hem obtingut en l'escala d'interferència de l'Stroop descriu una baixa capacitat en l'atenció dividida, inhibició de la resposta i resistència a la interferència en els pacients que han realitzat una TA comparats amb el grup control. Aquests resultats són similars als de Keilp et al. (97), que troba que els pacients que han realitzat una temptativa tenen pitjors puntuacions en atenció, memòria i en la mesura d'interferència de l'Stroop. A més, els seus resultats correlacionen negativament amb el test d'impulsivitat de Barrat. Altres estudis també relacionen una alta impulsivitat amb un fracàs en la capacitat d'inhibició de resposta (93,79,101). En canvi, en la nostra mostra no podem confirmar aquesta correlació negativa entre la impulsivitat i la mesura d'interferència de l'Stroop entre els impulsius versus no impulsius ni entre els dos grups de TA prèvia NO/SI i TA posterior NO/SI ni entre els dos grup de dones diferenciades per franges d'edat. L'Stroop és sensible a mesurar disfunció prefrontal medial i, específicament, de la circumvolució anterior dreta.

7.3.5. Torre de Londres (TOL)

El test de la Torre de Londres va ser l'última prova que es va passar de la bateria de tests neuropsicològics. Degut a la situació en fase aguda dels pacients quan van realitzar l'exploració i la dificultat de la prova, 20 dels pacients (TA) no van puntuar en aquest test. Alguns d'ells van iniciar el test, però als primers intents es van sentir incapaços de fer-la i no la van finalitzar i altres es van negar a realitzar-la després de donar-los les instruccions. Per tant, la mostra final en aquest test va ser de 46 pacients (TA).

El test de la Torre de Londres valora les funcions executives i, més concretament, la planificació i resolució de problemes, en el que estan implicades la capacitat d'organització de la tasca, d'iniciació de la planificació, la memòria de treball, la capacitat d'inhibició de distractors i la capacitat de canviar d'estratègia de forma

flexible. Si observem el grup que ha realitzat alguna TA, comparat amb el grup control, té un rendiment més baix en tots aquests processos neurocognitius i, per tant, un perfil on destaca l'alentiment de l'inici i resolució de la prova, una major dificultat per planificar i resoldre la prova en el temps establert i una tendència a saltar-se les normes que estaria relacionada amb la frustració per no ser capaç de planificar i resoldre el problema que se'ls planteja.

En el grup d'impulsius, comparat amb els no impulsius, observem millors resultats en les mesures de planificació de l'execució de la prova i del temps previst per a la seva resolució. En aquest cas, la impulsivitat pot tenir un paper més funcional on el processament de la informació és més ràpid i on es dona més importància a la rapidesa de la resposta que no a una major precisió de la mateixa (79). En el cas dels no impulsius, tenen més problemes d'atenció, de memòria de treball, d'inhibició de la resposta, menor flexibilitat i major alentiment neurocognitiu, inclús amb puntuacions per sota de la mitjana de la població general (<85), segons el manual de la Torre de Londres (131). Aquests resultats es podrien explicar per una conducta més compulsiva, que tindria l'objectiu de disminuir l'ansietat i el malestar al realitzar la prova (79) o amb l'ansietat de rendiment generada per la dificultat de la tasca que interfereix en el rendiment neurocognitiu i porta a cometre més errors que repercuteixen en els resultats de la prova. També es podrien explicar per l'estat psicopatològic dels pacients que formen part de la nostra mostra, on predomina la simptomatologia depressiva, que està relacionada amb un alentiment neurocognitiu general i amb dèficits en la inhibició cognitiva (93,97,101,114). Per altra banda, els nostres resultats es contradiuen amb altres estudis que relacionen una alta impulsivitat amb un fracàs en la capacitat d'inhibició de resposta (93,79,101). Concretament, la impulsivitat motora s'ha relacionat amb un baix rendiment en les funcions executives (79,93).

En la resta d'anàlisi, no trobem diferències significatives entre els TA posterior SI i els TA posterior NO, tot i que trobem en el grup que ha tornat a realitzar una temptativa autolítica durant l'any posterior a la valoració (TA posterior SI) més dificultats en mesures de memòria de treball, en mesures de planificació de

l'execució de la prova (<85), relacionades amb l'atenció, inhibició de la resposta i flexibilitat mental i la violació de les normes (<85), aquestes darreres amb puntuacions per sota de la mitjana de la població general (<85), segons el manual de la Torre de Londres (131). Aquests resultats estan en concordança amb altres estudis previs que descriuen la rigidesa cognitiva o inflexibilitat en la conducta suïcida (46, 109-111).

Així mateix, trobem que el grup que ha realitzat alguna TA prèvia a l'estudi, a diferència dels que no tenen TA prèvies, obté pitjors resultats que el grup control en la memòria de treball i el control per planificar la seqüència de moviments per resoldre el problema amb una tendència a saltar-se més les normes establertes de l'execució de la prova. Com hem dit anteriorment, aquesta violació de les normes pot expressar la frustració o perplexitat per no ser capaç de planificar i resoldre el problema en relació a les normes i acaba provocant un alentiment a l'iniciar la prova. Per altra banda, els subjectes que no tenen antecedents de TA prèvies tenen un pitjor funcionament en la planificació de l'execució de la prova comparats amb el grup control i necessiten més temps del previst per realitzar-la. Això pot ser degut a un processament cognitiu més lent, a la tendència a donar respostes de perseveració, a la dificultat per mantenir l'atenció o al deteriorament de la capacitat de planificació (124). Els dos grups, TA prèvies SI i TA prèvies NO, comparats amb el grup control, resolen més lentament la prova, resultats que coincideixen amb els de Moniz (118) i obtenen pitjors resultats en la velocitat de la resolució de problemes.

En referència a la comparació entre els dos grup de dones diferenciades per edat del nostre estudi, el grup de dones de més de 49 anys té més problemes en la planificació, resolució i rapidesa executiva de la prova, amb una puntuació (<85) en la que es considera que s'executa la prova de forma lenta, significativament per sota la mitjana de la població general. Aquests resultats podrien estar relacionats amb l'edat i l'habilitat que es requereix per aquest tipus de prova. Cubertson i Zillmer (131) descriuen diferències significatives en les puntuacions del test en referència als grups d'edat, on troben que els grups d'edat a partir dels 40 anys

executen la prova de forma més lenta i necessiten més temps per planificar i resoldre el problema, especialment a partir dels 60 anys. Aquestes dades coincideixen amb els nostres resultats. Així mateix, les funcions executives són per sí mateixes sensibles als efectes de l'envelliment i a la presència de simptomatologia depressiva. Aquesta test és sensible a mesurar disfunció prefrontal dorsolateral.

En resum, els factors neuropsicològics que intervenen en la conducta suïcida de la nostra mostra estan associats amb problemes d'atenció (auditiva, visual i dividida), memòria de treball, inhibició de la resposta, flexibilitat neurocognitiva, resistència a la distracció/interferència, velocitat psicomotora, planificació i resolució de problemes. En quant al grup d'impulsius del nostre estudi, són més hàbils en la planificació i execució dels problemes, que els no impulsius, que tenen un pitjor rendiment neurocognitiu amb problemes d'atenció, memòria de treball, inhibició de la resposta, flexibilitat i lentitud cognitiva. Els que realitzen alguna TA posterior a la valoració tenen més dificultats en la memòria de treball, atenció, inhibició de la resposta i flexibilitat mental que afecta a les estratègies de planificació, a més de les dificultats per seguir les instruccions. Pel que fa als pacients que han realitzat una TA prèvia a la valoració, es caracteritzen per problemes en la memòria de treball, en el control de la planificació de la seqüència de la prova, per un alentiment a l'inici de l'activitat i dificultat per seguir la norma, a diferència dels que no realitzen una TA prèvia, que tenen més problemes en la flexibilitat neurocognitiva i la planificació i un procés neurocognitiu més lent. Finalment, el grup de dones de >49 anys tenen un pitjor rendiment neurocognitiu i més dificultats en la planificació, resolució i rapidesa executiva.

7.4. Resum

Finalment, si tenim en compte tots els resultats explicats anteriorment, les característiques que predominen a la nostra mostra de temptatives autolítiques són un major nombre de dones amb una mitjana d'edat al voltant dels 48 anys, casades amb dos fills que fan una temptativa autolítica de forma impulsiva amb sobre

ingesta de medicaments. En el cas dels homes, la mitjana d'edat és de 40 anys, solters sense fills, que fan una sobre ingesta de medicaments amb una major gravetat de la temptativa. Per les característiques a nivell psicopatològic predomina el trastorn depressiu major, els trastorns adaptatius i els trets de personalitat límits. Per tant, podem dir que una part de la nostra mostra té un tret de personalitat impulsiu, associat amb la dificultat per inhibir la resposta i la tendència a actuar des de la immediatesa, ja sigui des de la impulsió (TLP) com des de la compulsió (TDM), amb problemes d'atenció, memòria de treball i flexibilitat cognitiva i una altra part de la mostra seria menys impulsiva i a nivell psicopatològic la relacionem amb un trastorn depressiu major i un trastorn adaptatiu i tenen un pitjor rendiment neurocognitiu amb problemes d'atenció, memòria de treball, inhibició de la resposta, lentitud cognitiva i dificultats de planificació. Aquesta part de la mostra també la relacionem amb el grup de dones majors de 49 anys.

7.5. Limitacions:

- *La mostra estudiada va ser reclutada en el centre hospitalari on van acudir després de fer la temptativa autolítica i van participar de forma voluntària, amb una mostra relativament petita (n=66), de manera que podria suposar un biaix de selecció i els diagnòstics podrien no ser representatius de la població general.*
- *La majoria de la mostra eren dones i en el nostre estudi no hem diferenciat els resultats de les proves entre els homes i dones, per tant, els resultats de les característiques trobades podrien no ser representatives pels homes.*
- *No s'ha estudiat la comorbiditat de la psicopatologia ni psicopatologia dual.*
- *Es van excloure durant el procés de reclutament de la mostra aquells pacients que van acudir a urgències amb un episodi psicòtic en fase aguda donades les característiques psicopatològiques del pacient i la possible interferència en la seva voluntat de participació i afectació en els resultats de les proves.*

- *Tot i que en el nostre estudi hem analitzat un gran nombre de variables (sociodemogràfiques, neuropsicològiques, psicopatològiques, impulsivitat), altres variables poden estar implicades en la conducta suïcida.*

7.6. Implicacions:

Aquest estudi té implicacions clínicament rellevants en l'àrea de desenvolupament d'eines de valoració per identificar els components bàsics de la conducta suïcida, així com per a l'avenç en programes terapèutics eficaços i precisos centrats en les característiques específiques dels pacients amb problemes en la conducta suïcida.

7.7. Futures investigacions:

- Seria interessant tornar a passar la bateria de proves a l'any de valoració per veure si els resultats es mantenen en el temps o són fruit de la fase aguda en la que acudeixen a urgències de l'hospital.
- En el nostre estudi es va realitzar un seguiment de les temptatives autolítiques durant l'any següent a la valoració. Seria convenient realitzar un estudi longitudinal dels pacients que han realitzat una TA que permeti determinar de manera concloent els factors que intervenen en la conducta suïcida.
- Realitzar l'exploració neuropsicològica i psicopatològica i el tret impulsivitat per franges d'edat i sexe que permeti realitzar tractaments més específics en funció de l'edat i sexe.
- La complexitat de la conducta suïcida fa que siguin múltiples les variables neuropsicològiques i psicopatològiques a estudiar i caldria estudiar altres variables com el consum de tòxics, les pèrdues-dols, antecedents traumàtics que poden estar implicades per poder fer una bona valoració que permeti realitzar tractaments més específics i eficaços en funció d'aquestes variables.

8. CONCLUSIONS

Objectiu 1: Comparar un grup de subjectes amb conducta suïcida amb un grup control en característiques neuropsicològiques, psicopatològiques i tret de personalitat impulsiu.

Hipòtesi 1.1: Els subjectes que hagin realitzat un intent autolític mostraran major dèficit neuropsicològic en funcions executives (atenció, planificació, inhibició de la resposta i presa de decisions) que els subjectes control. **Es verifica**

Hipòtesi 1.2: Els subjectes que hagin realitzat un intent autolític mostraran major grau d'impulsivitat que els subjectes control. **Es verifica**

Hipòtesi 1.3: Els subjectes que hagin realitzat un intent d'autolisi que mostrin major grau d'impulsivitat, mostraran major dèficit neuropsicològic de funcions executives (atenció, planificació, inhibició de la resposta i presa de decisions) que els no impulsius i una major dificultat per afrontar els problemes. **No es verifica**

Hipòtesi 1.4: Els subjectes que hagin realitzat una temptativa autolítica obtindran puntuacions més elevades en l'esfera afectiva i de trets de personalitat límit en les escales de l'Inventari d'Avaluació de la Personalitat (PAI) en comparació amb el grup control. **Es verifica**

Els subjectes que han realitzat una temptativa autolítica mostren un major dèficit en atenció, planificació, inhibició de la resposta i presa de decisions, presenten una major impulsivitat i majors puntuacions en l'esfera afectiva i trets de personalitat límit comparat amb el grup control. No trobem diferències en la inhibició de la resposta, presa de decisions i afrontament de problemes en els més impulsius comparat amb els no impulsius, inclús trobem que els més impulsius planifiquen millor i tenen menys problemes d'atenció.

Objectiu 2: Comparar les mesures neuropsicològiques, psicopatològiques i la impulsivitat entre els pacients que han tornat a realitzar algun intent autolític al cap d'un any de ser valorats amb els que no han tornat a realitzar cap intent.

Hipòtesi 2.1: El subjectes amb pitjor rendiment en les proves que mesuren funcions executives seran els que tornaran a repetir l'intent autolític durant l'any següent de ser valorats. **Es verifica**

Hipòtesi 2.2: El subjectes que hagin realitzat una temptativa prèvia, a més d'alguna temptativa posterior, seran més impulsius i tindran pitjor rendiment en les proves que mesuren funcions executives. **Es verifica**

Hipòtesi 2.3 : Els subjectes amb major psicopatologia i dificultat per resoldre i afrontar els problemes seran els que realitzaran més d'una temptativa autolítica a l'any de la valoració inicial. **Es verifica**

Els subjectes que tornen a repetir l'intent autolític posterior a la valoració són els que tenen pitjor puntuacions en atenció, memòria de treball, planificació, inhibició de la resposta i flexibilitat mental i major psicopatologia associada a trastorns afectius i trets límits de personalitat i dificultat per afrontar el problemes. Els que a més, havien realitzat alguna temptativa prèvia són més impulsius que els que no han realitzat temptatives prèvies.

Objectiu 3: Definir el perfil psicopatològic i el tret de personalitat impulsiu dels subjectes que han realitzat una temptativa de suïcidi.

Hipòtesi 3.1: Els subjectes més impulsius seran els que obtindran major puntuació en les escales i subescales de l'Inventari d'Avaluació de la Personalitat (PAI), especialment en les escales de depressió, trastorns relacionats amb l'ansietat, trets límits i en ideació suïcida i agressió. **Es verifica**

Hipòtesi 3.2: Els subjectes que hagin realitzat una temptativa autolítica tindran un perfil psicopatològic on destacarà la simptomatologia depressiva, ansiosa,

agressivitat, irritabilitat, la impulsivitat, la manca de recolzament i la tendència a l'evitació i la dificultat per afrontar els problemes. **Es verifica**

El perfil observat en la conducta autolítica es defineix per una alta impulsivitat, tret de personalitat impulsiu, i un baix estat d'ànim amb idees de suïcidi, ansietat, trets límits amb irritabilitat autoagressions i actitud agressiva. Per la simptomatologia presentada també trobem diferents perfils psicopatològics compatibles amb un trastorn depressiu major, un trastorn de personalitat límit, un trastorn per estrès posttraumàtic i un trastorn adaptatiu.

Objectiu 4: Comparar el perfil neuropsicològic, psicopatològic i el tret de personalitat impulsiu en dones de dos grups d'edat diferents que han realitzat una temptativa autolítica.

Hipòtesi 4: Les dones que hagin realitzat una temptativa de suïcidi que siguin majors de 49 anys tindran un perfil neuropsicològic, psicopatològic i tret de personalitat impulsiu diferenciat de les dones de menys de 49, en els que destacaran un enlentiment en les funcions executives, una disminució de la impulsivitat i trets límits de la personalitat i un augment de la simptomatologia depressiva. **Es verifica parcialment**

En les dones que han realitzat una temptativa autolítica i que són majors de 49 anys hi ha un enlentiment de les funcions executives amb un pitjor rendiment neurocognitiu i més dificultats en la planificació, resolució i rapidesa executiva i menors puntuacions dels trets límits de la personalitat. No trobem diferències en les puntuacions en impulsivitat, però dins aquesta impulsivitat podríem diferenciar la que està associada a la dificultat per inhibir la resposta i tendència a actuar des de la immediatesa (dones més joves) i la que està associada a un funcionament més compulsiu amb tendència a actuar per disminuir l'ansietat (dones més grans). Tampoc trobem diferències rellevants entre el dos grups en la simptomatologia depressiva.

9. REFERÈNCIES

1. World Health Organization. Global Health Estimates 2019: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2019. Geneva: World Health Organization; 2020.
2. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB et al. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 2008;14;30(1):133-154
3. Fernández de Sanmamed MJ, García J, Mazo MV, Mendive JM, Serrano E, Zapater F. Consideraciones para un abordaje social y sanitario del suicidio a propósito del Código Riesgo de Suicidio. Barcelona: Fòrum Català d'Atenció Primària; 2018.
4. Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio y Familiares y Allegados en Duelo por Suicidio. Red AIPIS-FAeDS i Salud Madrid; 2019. [Internet] Disponible a: <https://www.redaipis.org/>
5. Institut d'Estadística de Catalunya. [Internet] [Consultado 3 Jul 2017] Disponible a: <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=aec&n=15594&t=2017>
6. Codi risc de suïcidi. Barcelona: Direcció Àrea d'atenció sanitària, CatSalut i Direcció General de Planificació i Recerca en Salut, Generalitat de Catalunya; 2015. [Internet]. [Consultat 5 abril de 2018]. Disponible a: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1654/catsalut_instruccio_10_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci*. 2003; 4(10):819–28.
8. Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, Mackway-Jones K, Appleby L. Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *Am J Psychiatry*. 2005 Feb;162(2):297-303.

9. Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S, Ellis SP, Grunebaum MF, Burke A, Mann JJ. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2004 Aug;161(8):1433-41.

10. Chan MK, Bhatti H, Meader N, Stockton S, Evans J, O'Connor RC, Kapur N, Kendall T. Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales. *Br J Psychiatry*. [Internet] 2016 [Consultat 14 Nov 2018] Oct;209(4):277-283. Disponible a: [http://doi: 10.1192/bjp.bp.115.170050](http://doi:10.1192/bjp.bp.115.170050).

11. Mars B, Heron J, Klonsky ED, Moran P, O'Connor RC, Tilling K, Wilkinson P, Gunnell D. Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2019 Apr;6(4):327-337.

12. Real Academia Española. *Diccionario histórico de la lengua española*. Madrid: 2014

13. Durkheim, E. *El suicidio*. Madrid. Akal Editores; 1976

14. Freud, S. *Más allá del principio de placer*. Madrid: Amorrortu: 2016.

15. Menninger, K. *El hombre contra sí mismo*. Barcelona. Península:1972.

16. Beck i Greenber, 1971 citat a Posner K, Brodsky B, Yershova K, Buchanan J, Mann J. The classification of Suicidal behavior. En Nock, MK (editor), *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury*. (p. 7-22) Oxford University Press; 2014.

17. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*. [Internet]. 2008; 192(2), 98–105. Disponible a: <https://doi-org.are.uab.cat/10.1192/bjp.bp.107.040113>

18. Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Br J Psychiatry*. 2003 Jun;182:537-42.
19. O'Connor R. Towards an integrated motivational-volitional of suicidal behaviour. In: O'Connor, RC, Platt, S and Gordon, J (eds.). *The International Handbook of Suicide Prevention: research, policy and practice*. Wiley Blackwell. 2011; 181-98.
20. Bachmann S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Jul 6;15(7):1425
21. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de la muerte. Año 2019. Disponible a: https://www.ine.es/prensa/edcm_2018.pdf
22. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de la muerte. Año 2023. Disponible a: https://www.ine.es/prensa/edcm_2021.pdf
23. Clarke i Lester (1989) citat a Hawton k, van Heeringen k. *The International handbook of Suicide and attempted suicide*. New York: Wiley; 2006.
24. Värnik A, Kõlves K, van der Feltz-Cornelis CM et al. Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the “European Alliance Against Depression” *Journal of Epidemiology & Community Health* 2008;62:545-551.
25. Bidaki R, Shirani S, Shamsian M, Tezerjani EP, Heidari F, Shirani B, Farsham A. A Review of the Various Suicide Methods Used Around the World *International Journal of Medical Reviews*. 2016;3(4):504–507.
26. Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Dan Med Bull*. 2007 Nov; 54(4):306-69.

27. Tsirigotis K, Gruszczynski W, Tsirigotis M. Gender differentiation in methods of suicide attempts. *Med Sci Monit.* 2011;17(8).
28. Anseán A. Suicidios: Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida, 2ª Ed. España: Fundación Salud Mental; 2014
29. Canetto SS, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat. Behav.* 1998; 28(1): 1–23.
30. Mergl R, Koburger N, Heinrichs K, Székely A, Tóth MD, Coyne J et al. What Are Reasons for the Large Gender Differences in the Lethality of Suicidal Acts? An Epidemiological Analysis in Four European Countries. *PLoS One.* [Internet]. 2015 Jul 6;10(7):e0129062. Disponible a: doi: 10.1371/journal.pone.0129062.
31. Steele IH, Thrower N, Noroian P, Saleh FM. Understanding Suicide Across the Lifespan: A United States Perspective of Suicide Risk Factors, Assessment & Management. *J Forensic Sci.* 2018 Jan;63(1):162-171.
32. Kerkhof AJ. How to deal with requests for assisted suicide: some experiences and practical guidelines from the Netherlands. *Psychol Public Policy Law.* 2000 June; 6(2):452-66.
33. Rapeli CB, Botega NJ. Clinical profiles of serious suicide attempters consecutively admitted to a university-based hospital: a cluster analysis study. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2005; 27(4):285-9.
34. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry.* 2002;159(6):909-16.
35. Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C, Beck A, Waitzfelder BE, Rossom R et al. Health care contacts in the year before suicide death. *Journal of general internal*

- medicine. [internet] 2014 [consultat 26 de setembre de 2019]; 29(6): 870–877.
Disponible a: <https://doi.org/10.1007/s11606-014-2767-3>
36. Owens C, Booth N, Briscoe M, Lawrence C, Lloyd K. Suicide outside the care of mental Health services: a case-controlled psychological autopsy study. *Crisis*. 2003; 24(3):113-21.
37. Hawton K, Fagg J. Suicide, and other causes of death, following attempted suicide. *Br J Psychiatry*. 1988 Mar; 152:359-66.
38. Zahl DL, Hawton K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11,583 patients. *Br J Psychiatry*. 2004;185:70-5. citat a J.L Ayuso-Mateos et al. *Rev. Psiquiatria Salud Mental (Barc.)*, 2012; 5(1): 8-23
39. Hawton k, van Heeringen k. *The International handbook of Suicide and attempted suicide*. New York: Wiley; 2006.
40. Goñi-Sarriés A, Blanco M, Azcárate L, Peinado R, López-Goñi JJ. Are previous suicide attempts a risk factor for completed suicide? *Psicothema* [Internet] 2018 30(1):33–38. Disponible a: <https://doi-org.are.uab.cat/10.7334/psicothema2016.318>
41. Suominen, K., Isometsa, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., Lonnqvist, J., 2004. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *Am. J. Psychiatry* 161 (3), 562–563
42. Christiansen E, Jensen BF. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*. 2007;41(3):257–265.
43. Michaelis BH, Goldberg JF, Singer TM, Garno JL, Ernst CL, Davis GP. Characteristics of first suicide attempts in single versus multiple suicide attempters with bipolar disorder. *Compr Psychiatry*. 2003 Jan-Feb;44(1):15-20.

44. Brezo J, Paris J, Tremblay R, Vitaro F, Zoccolillo M, Hébert M, Turecki G. Personality traits as correlates of suicide attempts and suicidal ideation in young adults. *Psychol Med.* [Internet] 2006 [Consultat 14 Nov 2018] Feb;36(2):191-202. Disponible a: doi: 10.1017/S0033291705006719.
45. Jollant F, Lawrence NL, Olie E, Guillaume S, Courtet P. The suicidal mind and brain: a review of neuropsychological and neuroimaging studies. *World Journal of Biological Psychiatry* [Internet]. 2011 [consultat l'11 de febrer de 2016] 12, 319–339. Disponible a: doi: 10.3109/15622975.2011.556200.
46. O'Connor R, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry.* 2014; 1(1):73–85.
47. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. [internet] *Crisis* 2004 [consultat 8 d'abril de 2018] 25(4):147-55. Disponible a: [https://doi: 10.1027/0227-5910.25.4.147](https://doi.org/10.1027/0227-5910.25.4.147). PMID: 15580849.
48. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *The Lancet.* 2009 Apr 18;373(9672):1372-81.
49. Bi B, Liu W, Zhou D, Fu X, Qin X, Wu J. Personality traits and suicide attempts with and without psychiatric disorders: Analysis of impulsivity and neuroticism. *BMC Psychiatry.* 2017; 17(1):294
50. Cannon KE, Hudzik TJ. *Suicide: Phenomenology and Neurobiology.* Vol. 1. New York, NY, USA: Springer International Publishing, 2014.
51. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet.* 2016 Mar 19;387(10024):1227-39.
52. Arsenault-Lapierre G, Kim CD, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicide: a metaanalysis. *BMC Psychiatry.* 2004 Nov 4;4(1):37.

53. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med.* [Internet] 2003 [Consultat 14 Nov 2018] Apr;33(3):395-405. Disponible a: [http://doi: 10.1017/s0033291702006943](http://doi:10.1017/s0033291702006943)
54. Baca García Enrique, Aroca Fuensanta. Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud Ment.* 2014; Oct 37(5):373-380.
55. May AM, Klonsky ED. What distinguishes suicide attempters from suicide ideators? A meta-analysis of potential factors. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 2016; 23:5-20.
56. Park CHK, Lee JW, Lee SY, Moon J, Jeon DW, Shim SH et al. Suicide risk factors across suicidal ideators, single suicide attempters, and multiple suicide attempters. *J Psychiatr Res.* [Internet]. 2020 Dec 131:1-8. Disponible a: [doi: 10.1016/j.jpsychires.2020.08.018](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.08.018).
57. Heikkinen ME, Isometsa ET, Marttunen MJ, Aro HM, Lonnqvist JK. Social factors in suicide. *Br J Psychiatry.* 1995; 167:747-53. Citat a J.L Ayuso-Mateos et al. *Rev. Psiquiatria Salud Mental (Barc.)*, 2012; 5(1): 8-23.
58. Wong PW, Chan WS, Chen EY, Chan SS, Law YW, Yip PS. Suicide among adults aged 30-49: a psychological autopsy study in Hong Kong. *BMC Public Health.* 2008; 8:147. Citat a J.L Ayuso-Mateos et al. *Rev. Psiquiatria Salud Mental (Barc.)*, 2012; 5(1): 8-23.
59. O'Neill S, O'Connor R. Suicide in Northern Ireland: epidemiology, risk factors, and prevention. *The Lancet Psychiatry.* 2020; 7 (6): 538-546.
60. Kposowa AJ. Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *J Epidemiol Community Health.* 2000 Apr; 54(4):254-61.

61. Harriss L, Hawton K, Zahl D. Value of measuring suicidal intent in the assessment of people attending hospital following self-poisoning or self-injury. *Br J Psychiatry*. 2005 Jan 186:60-6.
62. Cheng AT, Chen TH, Chen CC, Jenkins R. Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. *Br J Psychiatry*. 2000;177(4):360-5.
63. Burton CZ, Vella L, Weller JA, Twamley EW. Differential effects of executive functioning on suicide attempts. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. [Internet] 2011 [Consultat 14 Nov 2018] Spring;23(2):173-9. Disponible a: <http://doi:10.1176/jnp.23.2.jnp173>.
64. Rahman S, Alexanderson K, Jokinen J, Mittendorfer-Rutz E. Risk factors for suicidal behaviour in individuals on disability pension due to common mental disorders - a nationwide register-based prospective cohort study in Sweden. 2014 May 28;9(5):e98497.
65. Onyeka IN, Maguire A, Ross E, O'Reilly D. Does physical ill-health increase the risk of suicide? A census-based follow-up study of over 1 million people. *Epidemiology and psychiatric sciences*. [Internet]. 2020; 29, e140. Disponible a: <https://doi.org/10.1017/S2045796020000529>
66. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. Suicide and mental disorders: Do we know enough? *Br. J. Psychiatry* 2003; 183:382–383 citat a Bachmann S. *Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective*. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Jul 6;15(7):1425
67. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet*. 2015 Feb 21;385(9969):717-26.
68. Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM, Malone KM, John Mann J. Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: A comparative study. *Am J Psychiatry*. 2000 Apr;157(4):601–8.

69. Sher L, Grunebaum MF, Burke AK, Chaudhury S, Mann JJ, Oquendo MA. Depressed Multiple-Suicide-Attempters - A High-Risk Phenotype. *Crisis*. 2017 Nov;38(6):367-375.
70. Corruble E, Hatem N, Damy C, Falissard B, Guelfi JD, Reynaud M, Hardy P. Defense styles, impulsivity and suicide attempts in major depression. *Psychopathology*. 2003; Nov-Dec 36(6):279-84.
71. Zakowicz P, Skibińska M, Wasicka-Przewoźna K, Skulimowski B, Waśniewski F, Chorzepa A, Różański M, Twarowska-Hauser J, Pawlak J. Impulsivity as a Risk Factor for Suicide in Bipolar Disorder. *Front Psychiatry*. [Internet]. 2021 [Consultat 5 abril de 2022] Jul 23;12:706933. Disponible a: doi: 10.3389/fpsy.2021.706933.
72. Anestis MD, Soberay KA, Gutierrez PM, Hernández TD, Joiner TE. Reconsidering the Link Between Impulsivity and Suicidal Behavior. *Personal Soc Psychol Rev*. 2014; Nov 8;18(4):366–86.
73. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol*. 1995 Nov;51(6):768-74.
74. Whiteside SP, Lynam DR. The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*. 2001; 30:669-689.
75. Cloninger, C.R. "A systematic method for clinical description and classification of personality variants: a proposal". *Archives of General Psychiatry*. 1987; 44:573-588.
76. McGirr A, Renaud J, Bureau A, Seguin M, Lesage A, Turecki G. Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide. *Psychol Med*. 2008 Mar;38(3):407-17.

77. Joiner TE. *Why People Die By Suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 2005.
78. O'Connor, R. *When It Is Darkest: Why People Die by Suicide and What We Can Do to Prevent It*. London. Vermilion: 2021.
79. Deus J, Pujol J. Neuroimagen de la impulsividad. In Celma-Merola JL (Ed.): *Bases teóricas y clínicas de la conducta impulsiva*. Barcelona: Ediciones San Juan de Dios. Campus Docente. Colección Digital Profesionalidad, 2015:99-123. ISBN: 978-84-943275-3-7-5. Depósito Legal: B-11782-2015.
80. Baca-Garcia E, Diaz-Sastre C, Basurte E, Prieto R, Ceverino A., Saiz-Ruiz J, de Leon J. A prospective study of the paradoxical relationship between impulsivity and lethality of suicide attempts. *Journal of Clinical Psychiatry*. [internet] 2001 [consultat 7 d'octubre de 2019] 62, 560- 564. Disponible a: <https://doi:10.4088/JCP.v62n07a11>
81. Elvira L. Impulsividad: Definición y modelos en psicopatología. In Celma-Merola JL (Ed.): *Bases teóricas y clínicas de la conducta impulsiva*. Barcelona: Ediciones San Juan de Dios. Campus Docente. Colección Digital Profesionalidad, 2015:99-123. ISBN: 978-84-943275-3-7-5. Depósito Legal: B-11782-2015.
82. Smith AR, Witte TK, Teale NE, King SL, Bender TW, Joiner TE. Revisiting impulsivity in suicide: implications for civil liability of third parties. *Behavioral sciences & the law*. [Internet]. 2008; 26(6):779–797. Disponible a: <https://doi.org/10.1002/bsl.848>
83. Bender TW, Gordon KH, Bresin K, Joiner TE. Impulsivity and suicidality: The mediating role of painful and provocative experiences. *J Affect Disord*. 2011 Mar;129 (1–3):301–7.
84. Ardani AR, Naghibzadeh B, Farid Hosseini F, Asadpour Z, Khabazianzadeh F. Temperament and character personality profile and affective temperaments in

- self-poisoning nonlethal suicide attempters. *Psychiatry Res.* 2015 Sep 30;229(1–2):394–400.
85. Klonsky ED, May A. Rethinking impulsivity in suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 2010 Dec;40(6):612-9.
86. Wetherall K, Cleare S, Eschle S, Ferguson E, O'Connor DB, O'Carroll RE, O'Connor RC. From ideation to action: Differentiating between those who think about suicide and those who attempt suicide in a national study of young adults. *J Affect Disord.* 2018 Dec 1 241:475-483.
87. Dhingra K, Boduszek D, O'Connor RC. Differentiating suicide attempters from suicide ideators using the Integrated Motivational–Volitional model of suicidal behaviour. *Journal of Affective Disorders.* 2015; 186:211–218.
88. Baca-Garcia E, Diaz-Sastre C, Resa EG, Blasco H, Conesa DB, Oquendo MA, et al. Suicide attempts and impulsivity. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.* 2005; 255:152–156.
89. Conner KR. A call for research on planned vs. unplanned suicidal behavior. *Suicide Life Threat Behav.* 2004; Summer 34(2):89-98.
90. Conner KR, Hesselbrock VM, Schuckit MA, Hirsch JK, Knox KL, Meldrum S, Bucholz KK, Kramer J, Kuperman S, Preuss U, Soyka M. Precontemplated and impulsive suicide attempts among individuals with alcohol dependence. *J Stud Alcohol.* 2006; Jan 67(1):95-101.
91. Apter A, Plutchik R, Sevy S, Korn M, Brown S, Van Praag, HM. Defense mechanisms in risk of suicide and risk of violence. *American Journal Psychiatry.* 1989; 146:1027-31.
92. Doihara C, Kawanishi C, Ohyama N, Yamada T, Nakagawa M, Iwamoto Y, Odawara T, Hirayasu Y. Trait impulsivity in suicide attempters: preliminary study. *Psychiatry Clinical Neuroscience;* 2012 Oct; 66 (6): 529-32.

93. Raust A, Slama F, Mathieu F, Roy I, Chenu A, Koncke D et al. Prefrontal cortex dysfunction in patients with suicidal behavior. *Psychol Med.* 2007 Mar;37(3):411-9.
94. Gilbert AM, Garino JL, Braga RJ, Shaya Y, Golberg TE, Malhotra AK, Burdick KE. Clinical and cognitive correlates of suicide attempts in bipolar disorder: is suicide predictable? *Journal Clinical Psychiatry*; 2011 Aug; 72(8): 1027-33.
95. Millner AJ, Lee MD, Hoyt K, Buckholtz JW, Auerbach RP, Nock MK. Are suicide attempters more impulsive than suicide ideators? *Gen Hosp Psychiatry.* [Internet]. 2020 Mar-Apr 63:103-110. Disponible a: <http://doi:10.1016/j.genhosppsy.2018.08.002>.
96. Swann AC, Lijffijt M, Lane SD, et al. Severity of bipolar disorder is associated with impairment of response inhibition. *J Affect Disord.* 2009;116(1-2):30-36.
97. Keilp JG, Gorlyn M, Russell M, Oquendo MA, Burke AK, Harkavy-Friedman J, Mann JJ. Neuropsychological function and suicidal behavior: attention control, memory and executive dysfunction in suicide attempt. *Psychological Medicine.* 2013; Mar; 43(3):539-51.
98. Luria AR. *El cerebro en acción.* 5 ed. Barcelona: Martínez-Roca; 1988.
99. Lezak, M.D. "The problem of assessing executive functions". *International Journal of Psychology.* 1982; 17:281-297.
100. Miller EK. The prefrontal cortex and cognitive control. *Nat Rev Neurosci.* 2000; 1(1):59-65.
101. Keilp JG, Sackeim HA, Brodsky BS, Oquendo MA, Malone KM, Mann JJ. Neuropsychological dysfunction in depressed suicide attempters. *American Journal of Psychiatry.* 2001; 158:735–741.

102. Wang L, Zhao Y, Edmiston EK, Womer FY, Zhang R, Zhao P et al. Structural and Functional Abnormalities of Amygdala and Prefrontal Cortex in Major Depressive Disorder With Suicide Attempts. *Front Psychiatry*. 2020 Jan 8;10:923.
103. Sarkinaite M, Gleizniene R, Adomaitiene V, Dambrauskiene K, Raskauskiene N, Steibliene V. Volumetric MRI Analysis of Brain Structures in Patients with History of First and Repeated Suicide Attempts: A Cross Sectional Study. *Diagnostics (Basel)*. 2021 Mar 10;11(3):488.
104. Van Heeringen C, Bijttebier S, Godfrin K. Suicidal brains: a review of functional and structural brain studies in association with suicidal behaviour. *Neurosci Biobehav Rev*. 2011 Jan;35(3):688-98.
105. Jollant F, Guillaume S, Jaussent I, Bechara A, Courtet P. When knowing what to do is not sufficient to make good decisions: deficient use of explicit understanding in remitted patients with histories of suicidal acts. *Psychiatry research*. 2013 Dec 15; 210(2):485-90.
106. Perrain R, Dardennes R, Jollant F. Risky decision-making in suicide attempters, and the choice of a violent suicidal means: an updated meta-analysis. *J Affect Disord*. [Internet]. 2021 [Consultat 5 abril de 2022] Feb 1;280(Pt A):241-249. Disponible a: doi: 10.1016/j.jad.2020.11.052.
107. Jollant F, Bellivier F, Leboyer M, Astruc B, Torres S, Verdier R, et al. Impaired decision making in suicide attempters. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2005 Feb;162(2):304–10. Disponible: <http://files/3812/Jollant et al. - 2005 - Impaired Decision Making in Suicide Attempters.pdf>
108. Chamberlain SR, Odlaug BL, Shreiber LR, Grant JE. Clinical and neurocognitive markers of suicidality in Young adults. *Journal of Psychiatry Research*. [Internet] 2013 [Consultat 16 Nov 2018] May; 47 (5): 586-91. Disponible a: <http://doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.12.016>. Epub 2013 Jan 26. PMID: 23357208.

109. Neuringer C. Rigid thinking in suicidal individuals. *Journal of Consulting Psychology*. [Internet]. 1964; 28(1):54–58. Disponible a: <https://doi.org/10.1037/h0045809>
110. Richard-Devantoy S, Berlim M, Jollant F. A meta-analysis of neuropsychological markers of vulnerability to suicidal behavior in mood disorders. *Psychological Medicine*. 2014; 44(8), 1663-1673.
111. Miranda R, Gallagher M, Bauchner B, Vaysman R, Marroquín B. Cognitive inflexibility as a prospective predictor of suicidal ideation among young adults with a suicide attempt history. *Depress Anxiety*. 2012 Mar;29(3):180-6.
112. Matsuo K, Nielsen N, Nicoletti MA, Hatch JP, Monkul ES, Watanabe Y, Zunta-Soares GB, Nery FG, Soares JC. Anterior genu corpus callosum and impulsivity in suicidal patients with bipolar disorder. *Neurosci Lett*. 2010 Jan 18;469(1):75-80.
113. Richard-Devantoy S, Jollant F, Deguigne F, Letourneau G. Marcadors neurocognitius de vulnerabilitat del suïcidi en gent gran: una revisió. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*. 2013; Dec; 11 (4): 367-78.
114. Richard-Devantoy S, Gorwood P, Annweiler C, Olié JP, Le Gall D, Beauchet O. Suicidal behaviours in affective disorders: a deficit of cognitive inhibition? *Canadian Journal of Psychiatry*. 2012; Apr; 57(4):254-62.
115. Richard-Devantoy S, Berlim MT, Jollant F. A meta-analysis of neuropsychological markers of vulnerability to suicidal behavior in mood disorders. *Psychological Medicine*. 2013; Sep; 9: 1-11.
116. Richard-Devantoy S, Orsat M, Dumais A, Turecki G, Jollant F. Neurocognitive vulnerability: suicidal and homicidal behaviours in patients with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2014; Jan; 59(1):18-25.

117. Richard-Devantoy S, Jollant F, Kefi Z, et al. Deficit of cognitive inhibition in depressed elderly: a neurocognitive marker of suicidal risk. *Journal of Affective Disorders*. 2012 Oct;140(2):193-199.
118. Moniz M, de Jesus SN, Pacheco A, Gonçalves E, Viseu J, Brás, M. et al. The influence of planning and response inhibition on cognitive functioning of non-psychotic unipolar depressed suicide attempters. *Europe's Journal of Psychology*. 2017; 13(4):717–732.
119. Fernández-Sevillano J, González-Pinto A, Rodríguez-Revuelta J, Alberich S, González-Blanco L, Zorrilla I et al. Suicidal behaviour and cognition: A systematic review with special focus on prefrontal deficits. *Journal of Affective Disorders*. [Internet]. 2021 [Consultat 5 abril de 2022] Jan 278(1):488–96. Disponible a: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.044>
120. Baca-Garcia E, Diaz-Sastre C, Ceverino A, Perez-Rodriguez MM, Navarro-Jimenez R, Lopez-Castroman J, Saiz-Ruiz J, Leon JD, Oquendo MA. Suicide attempts among women during low estradiol/low progesterone states. *Journal of Psychiatric Research*. 2010; 44:209–214.
121. An SY, Kim Y, Kwon R, Lim GY, Choi HR, Namgoung S, Jeon SW, Chang Y, Ryu S. Depressive symptoms and suicidality by menopausal stages among middle-aged Korean women. *Epidemiol Psychiatr Sci*. [internet] 2022 [consultat 26 de setembre de 2019] Aug 26;31:e60. Disponible a <https://doi.org/10.1017/S2045796022000439>
122. Inventario de evaluación de la personalidad (PAI). Autor: LeslieC. Morey (1991, 2007). Adaptación española: Ortiz-Tallo M, Santamaría P, Cardenal V, Sánchez MP. Editorial TEA, Madrid: 2011
123. Font-Mayolas S, Adaptación española del inventario de evaluación de la personalidad (PAI). Autor: LeslieC. Morey (1991, 2007). Adaptación española: Ortiz-Tallo, M.; Santamaría, P.; Cardenal, V. & Sánchez, M.P. Editorial TEA, Madrid, España. 2011. Comenta: Sílvia Font-Mayolas. *Revista*

Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica [Internet]. 2013;1(35):225-231. Recuperat de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645435012>

124. Oquendo MA, Baca-García E, Graver R, Morales M, Montalvan V, Mann JJ. Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). *The European Journal of Psychiatry*. 2001; 15(3):147–155.
125. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001 Sep;16(9):606-13.
126. Diez-Quevedo C, Rangil T, Sanchez-Planell L, Kroenke K, Spitzer RL. Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosom [Internet]. Med*. 2001 [Consultat 5 abril de 2018] ; Jul-Aug;63(4):679-86. Disponible a: [http://doi: 10.1097/00006842-200107000-00021](http://doi:10.1097/00006842-200107000-00021).
127. Kirchner T, Forns M. CRI-A: Inventario de Respuestas de Afrontamiento Adultos. Madrid, TEA Ediciones: 2010.
128. Wechsler D. Escala de intel·ligència de Wechsler para adultos-IV. Manual técnico y de interpretación. Pearson: Madrid: 2012
129. Heaton RK, Chelune GJ, Talley JL et al. (1993). Wisconsin Card Sorting Test. Psychological Assesment Resources. Odessa. Florida. Edición española TEA: 2009.
130. De la Cruz, M. V. Manual de test clasificación de tarjetas de Wisconsin: adaptación española. 3ª Ed. Madrid: TEA; 2009.
131. Culbertson WC, Zillmer EA. Tower of London. Drexel University. First Edition (TOL^{DX}), Toronto, Canada: Multi-Health Systems; 2001.

9. ANNEX: CURRICULUM VITAE

Dades personals

Nom: Àngels Deu Coll
Data de naixement: 1 de juny de 1975
Domicili: Calderers, 2, 3r 1a
17004 - Girona
Tel.: 669 46 07 11

Dades acadèmiques

Formació reglada:

2023: En curs tesi doctoral en el Programa de Doctorat de Psiquiatria de la Universitat Autònoma de Barcelona

2017: Certificat de nivell C1 d'anglès de l'Escola Oficial d'Idiomes de Girona

2016: Certificat de nivell avançat de francès (B2) de l'Escola Oficial d'Idiomes de Girona

2009: DEA (Diploma d'Estudis Avançats) del Doctorat en Psiquiatria i Psicologia Mèdica de la Universitat Autònoma de Barcelona

2007: Curs de Postgrau en Rehabilitació Cognitiva a ISEP formació.

2007: Certificat de Nivell Superior de Català (Nivell D). Consorci per a la Normalització Lingüística.

2000: Mestratge de Medicina Conductual a la Universitat Autònoma de Barcelona bienni 1998-2000. Realització de la formació pràctica a la Unitat de Joc Patològic de la Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge i al Gabinet d'Espècialitats Mèdiques de Mataró.

1998: Llicenciada en Psicologia per la Universitat de Girona.

Treballs de recerca presentats a congressos i jornades nacionals i internacionals

2019: *"Executive Functions and Impulsivity related to Suicidal Behaviour"*. Presentació d'una comunicació pòster en el marc del 30th World Congress of the International Association for Suicide Prevention ~ "Breaking Down Walls & Building Bridges" celebrat a Derry-Londonderry, Irlanda, Setembre 2019.

2019: *"Funciones ejecutivas e impulsividad en la conducta suicida"*. Presentació d'una comunicació pòster en el marc del X Encuentros Nacionales en Psiquiatria - Conducta Suicida celebrat a Sevilla, Abril 2019.

2018: *"Funciones ejecutivas e impulsividad en la conducta suicida"*. Presentació d'una comunicació pòster en el marc del XI congreso internacional y XVI congreso nacional de psicología clínica celebrat a Granada, Octubre 2018.

2018: “*Psychopathological factors from Personality Assessment Inventory (PAI) related to suicidal behaviour: Prospective Study*”. Presentació d’una comunicació pòster en el marc del 17th European Symposium on Suicide & Suicidal Behaviour celebrat a Ghent, Bèlgica, Setembre 2018.

2018: “*Variables psicopatològiques del Inventario de Evaluación de la Personalidad asociados a la conducta suicida: estudio prospectivo*”. Presentació d’una comunicació pòster en el marc del IX Encuentros Nacionales en Psiquiatría - Conducta Suicida celebrat a Sevilla, Abril 2018.

2017: “*Variables psicopatològiques del inventario de evaluación de la personalidad Asociados a la conducta suïcida: estudio prospectivo*”. Presentació d’una comunicació pòster en el marc del X CONGRESO INTERNACIONAL y XV NACIONAL de PSICOLOGÍA CLÍNICA celebrat a Santiago de Compostela, Novembre 2017.

2017: “*Variables psicopatològiques de l’Inventari d’avaluació de la personalitat Associats a la conducta suïcida: estudi prospectiu*”. Presentació d’una comunicació oral en el II Congrés de Psicologia Sanitària i Salut Mental celebrat a Barcelona, Maig 2017.

2016: “*¿Puede el ajedrez producir cambios neuropsicológicos en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia?*” Presentació d’una comunicació pòster en el marc del XX Curso Anual de Esquizofrenia, “Imaginación, regresión y recuperación en las psicosis” celebrat a Madrid, Novembre 2015

2011: “*Impacto funcional del control metabólico en pacientes con trastorno mental severo*”. Presentació d’una comunicació pòster en el marc del XVI Curso Anual de Esquizofrenia, “Identidad plural, disociación, psicosis” celebrat a Madrid, Novembre 2011.

2008: “*Perfil Psicopatològic i de Personalitat dels Jugadors Patològics de màquines escurabutxaques*”. Treball de recerca del cicle de Doctorat en Psiquiatria i Psicologia Mèdica de l’UAB.

2001: “*Característiques psicològiques i neuropsicològiques en jugadors patològics*”. Presentació d’un pòster a la “XVI Jornada de Terapia del Comportament i Medicina Conductual en la pràctica Clínica”.

2000: “*Característiques psicològiques i neuropsicològiques en jugadors patològics*”. Tesina del Mestratge de Medicina Conductual de l’UAB.

2000: “*Juego patológico: características demográficas y resultados de un programa de tratamiento cognitivo-conductual*”. Presentació d’un pòster a la “XV Jornada Anual de la SCRITC”.

2000: “*Juego patológico y abuso de sustancias: resultados de un programa de tratamiento cognitivo-conductual*”. Presentació d’un pòster a la “XV Jornada Anual de la SCRITC”.

2000: “*Research and clinical results of a Pathological Gambling Unit in Barcelona, Spain*”. Presentat al “Central and Eastern European Conference on Gambling”. Varsovia, Setembre 2000.

Comitès Científics

2013: Participant del Comitè Científic i Organitzador de la “I Jornada Gironina de Salut Mental i Atenció Primària” amb el registre d’acreditació núm 09/09031-MD organitzada per l’Institut d’Assistència Sanitària, Novembre 2013.

Experiència professional

Des de 16 de març 2005 fins a l'actualitat, I.A.S. – Xarxa Salut Mental (Centre Salut Mental d'Adults La Selva Interior- Sta. Coloma de Farners), psicòloga d'adults.

2005: Des de 15 de novembre 2004 fins a gener 2005, I.A.S. – Xarxa Salut Mental (Hospital Comarcal de Blanes), psicòloga d'adults (substitució baixa per malaltia).

2005: Març 2004 fins Març 2005, Hospital Universitari de Bellvitge, realització de tasques de psicòloga assistent a la Unitat de Trastorns Alimentaris.

2002: Març fins novembre: Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge, psicòloga adjunta (substitució baixa per malaltia) a la Unitat de Joc Patològic.

2000-2002: Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge, realització de tasques de psicòloga assistent a la Unitat de Joc Patològic.

2000-2002: ITEM, Centre de Psicologia, treballant com a psicòloga d'adults.

1998-2000: Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge, realització de les pràctiques del Master en Medicina Conductual a la Unitat de Joc Patològic.

1998-2000., realització de la formació pràctica del Màster en Medicina Conductual sota la tutorització del Neuropsicòleg Joan Deus.

Àngels Deu