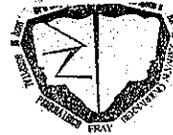


11241  
38



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**Facultad de Medicina  
División de Estudios de Posgrado  
Departamento de Psiquiatría, Psicología  
y Salud Mental.**

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PRIMER INTENTO  
SUICIDA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN MAYOR**

**TESIS**

Que para obtener el Título de Especialista en Psiquiatría

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

**Presenta:**

**DR. DIEGO ANGEL SÁNCHEZ ULUAC**

Asesor Teórico

Asesor Metodológico

**DR. FERNANDO LÓPEZ MUNGUÍA**

**DR. FRANCISCO PÁEZ AGRAZ**

2002  
SPECIALIZACION EN PSQUIATRIA  
DE PSICOLOGIA MEDICA,  
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL,  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# ÍNDICE

- I. Introducción**
- II. Marco Teórico**
- III. Justificación**
- IV. Hipótesis.**
- V. Objetivos**
- VI. Metodología**
- VII. Resultados**
- VIII. Discusión**
- IX. Bibliografía**
- X. Anexo**

## I. INTRODUCCIÓN

El suicidio y la depresión son dos entidades estrechamente relacionadas. Detrás de una idea, intento o acto suicida por lo general se encuentra una depresión mayor. La depresión es una enfermedad asociada con una tasa de mortalidad alta, a la que actualmente, en los países en desarrollo, se le ha estado dando la importancia debida, formando parte de los programas nacionales de salud pública, con el fin de prevenir daños en la salud física de los individuos que la padecen y pérdidas económicas al país. Por otra parte el suicidio o acto consciente de aniquilación autoinducida, no es llevado a cabo al azar y sin sentido; generalmente es tomado como la salida de un problema que causa sufrimiento y también a factores relacionados con la depresión.

Los intentos de suicidio y las muertes por suicidio entre pacientes deprimidos constituyen un problema importante. Aproximadamente 1 de cada 200 enfermos deprimidos se suicida y alrededor del 50% de todos los suicidios han sufrido depresiones.(1)

Hasta el momento las investigaciones han señalado diversos factores de riesgo, entre los que se incluyen los sociales, legales, trastornos psiquiátricos, psicológicos, genéticos y biológicos. Sin duda alguna, el mejor indicador de riesgo suicida es el intento suicida el cual por si solo representa un problema al que con dificultades se ha aproximado la salud pública. Recientemente el campo de la investigación muestra convergencias entre las aportaciones biológicas y los conceptos psicopatológicos básicos como son: la agresión, impulsividad y estado de ánimo, ya que el intento y la consumación suicida coinciden en ser, generalmente, el resultado de una condición psicopatológica previa.(2)

## II. MARCO TEÓRICO

Actualmente, en un mundo globalizador, que tiende a la homogenización de los patrones culturales, los actos suicidas son vistos como un problema de salud mental que requiere atención y el cual está vinculado principalmente con la depresión.

Las relaciones entre la etiología, los síntomas, los procesos bioquímicos subyacentes, la respuesta al tratamiento y el pronóstico de los trastornos del humor no son aún lo suficientemente conocidos como para permitir una taxonomía universal, pero a pesar de todo es necesaria. La Clasificación Internacional de las Enfermedades en su Décima Revisión ( CIE-10 ) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) lo clasifican en forma diferente, pero nuestro enfoque no será la discusión de estas diferencias. El DSM-IV lo divide en trastornos depresivos (depresión unipolar), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (al menos dos semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión). Características del episodio depresivo mayor: un episodio depresivo mayor de un período de al menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas como cambio de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal pero a costa de un esfuerzo muy importante.(3)

El CIE-10 clasifica a la depresión dentro de los trastornos del humor

(F30-39). Episodios depresivos (F32) son descritos como leve, moderado o grave siendo esta última considerada con síntomas psicóticos o sin ellos. F33 Trastorno Depresivo Recurrente que se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve, moderado o grave.(4)

Los trastornos del ánimo son los diagnósticos que suelen asociarse con el suicidio. Como el riesgo de suicidio en los trastornos depresivos aumenta fundamentalmente cuando los pacientes están deprimidos, los avances psicofarmacológicos de los últimos 25 años pueden haber reducido el riesgo de suicidio en los pacientes con trastorno depresivo. En cualquier caso las tasas de suicidio ajustadas por edad para los pacientes con trastorno del ánimo se estiman en 400 por 100,000 para los pacientes varones y 180 por 100,000 para las pacientes.(5)

Se suicidan más pacientes al comienzo de la enfermedad; también se suicidan más hombres que mujeres. La posibilidad de que un sujeto deprimido se suicide aumenta si está soltero, separado, divorciado, viudo o a sufrido una pérdida reciente. Los pacientes con esta enfermedad que llegan a suicidarse suelen ser de mediana edad o ancianos.

Se han hecho algunos estudios para investigar qué pacientes con trastornos depresivos tienen más riesgo de suicidio. Dichos estudios indican que el aislamiento incrementa las ideas suicidas en los pacientes deprimidos. Este hallazgo coincide con los datos de estudios epidemiológicos que muestran que los suicidas podrían ser personas escasamente integradas en la sociedad. En los pacientes deprimidos el suicidio es más probable al comienzo o al final del episodio depresivo. Como sucede con otros pacientes psiquiátricos, los meses que siguen al alta hospitalaria son una época de alto riesgo. Un tercio o más de los pacientes deprimidos que se suicidan lo hacen dentro de los seis meses siguientes a la salida del hospital; probablemente habían recaído.

En cuanto al tratamiento ambulatorio la mayoría de los pacientes deprimidos que consuman el suicidio tienen antecedentes de tratamiento; sin embargo, menos de la mitad recibía tratamiento psiquiátrico en el momento del suicidio. De los que estaban en tratamiento los estudios han mostrado que era menos de lo adecuado. Por ejemplo, la mayoría de los pacientes tenía prescritos los antidepresivos a dosis subterapéuticas.(5)

En cuanto al suicidio etimológicamente proviene del latín sui que significa a si mismo y del verbo caedere, matar, por lo que se traduce como la muerte de sí mismo. Edwin Schneidman definió el suicidio como “el acto consciente de autoaniquilación que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución.” (5) Según el Diccionario de la Real Academia Española se define de la siguiente manera: “Dícese del acto o de la conducta que daña o destruye al propio agente”. Pero la Organización Mundial de la Salud (OMS), que estudia el fenómeno del suicidio a escala mundial, da una definición más matizada. Habla de un -atentado contra su propia persona, con un grado variable en la intención de morir-.(9) El término suicidio y suicida es relativamente actual, surgiendo, según algunas fuentes en Gran Bretaña en el siglo XVII y según otras en Francia en el siglo XVIII, pero es con Voltaire y los enciclopedistas que es incluida en la Academia Francesa de la Lengua en 1762.(6)

Clasificaremos al suicidio de acuerdo al Centro de Estudios del Suicidio de los Estados Unidos de Norteamérica (National Institute of Mental Health, NIMH, Center for Studies of Suicide Prevention): el suicidio consumado, el intento suicida (o suicidio frustrado) y la idea suicida.(15)

<b>IDEA SUICIDA</b>	<b>INTENTO SUICIDA</b>	<b>SUICIDIO CONSUMADO</b>
<p>pensamiento, planes impulso o deseo. A.. Intento de morir Alto, medio, bajo, ninguno.</p>	<p>A. Intento B. Letalidad. C. Método</p>	<p>A. Intento B. Método.</p>

Desde épocas remotas el suicidio ha sido practicado, variando la forma de interpretar dicho acto de acuerdo a la cultura que rige a un pueblo o sociedad. Los mayas, por ejemplo consideraban que los suicidas eran conducidos directamente al paraíso, y tenían a Ix-tab como la diosa de estos, la cual es representada con una cuerda al cuello, mientras que en el mundo judeocristiano los suicidas son condenados, pagando este atrevimiento en el purgatorio. Dentro de la filosofía cristiana sobresalen con sus argumentos contra el suicidio, San Agustín con su libro La Ciudad de Dios y Santo Tomas con su obra La Summa Theológica. Ambos consideran que este acto encarna el

mayor mal y que representa un atentado contra el mismísimo Dios.

Existen y siempre han existido divergencias en cuanto al suicidio, algunos en contra y otros a favor. Aristóteles en su pensamiento clásico considera que el suicidio es una acción éticamente ilícita, lo argumenta en su obra *Ética a Nicómaco* en la que rechaza categóricamente “la valentía” de las personas que se suicidan: “pero el morir para huir de la pobreza o del amor o de algo doloroso no es propio del valiente sino más bien del cobarde, porque es blandura rehuir lo que es penoso, y no sufre la muerte (el suicida) por ser noble, sino por rehuir un mal” (7). Para Aristóteles lo propio del valiente (es decir, de quien posee esa virtud) es soportar lo que es terrible para un hombre o lo parece porque es honroso y porque sería vergonzoso no soportarlo. El punto central de la argumentación de Aristóteles es la cuestión de si alguien puede ser injusto consigo mismo, y a ello responde negativamente: “nadie es objeto de un trato injusto voluntariamente”. De ahí que mencione que es injusto el suicidio y concluye que quien se suicida obra injustamente pero no contra sí mismo, sino contra la ciudad, contra la sociedad. Aristóteles parece ver en el suicidio un crimen social; consideraba que el miembro de la polis formaba una unidad con su ciudad, su existencia carecía de sentido separado de ella.(8)

Por otro lado encontramos a Epicuro quien ha sido probablemente el más calumniado de los filósofos de la antigüedad, lo que tal vez se deba a que fue un pensador materialista, hedonista, negador de la inmortalidad del alma y de la providencia divina y enemigo de la religión y del Estado. Una de las ideas centrales de su filosofía es que no se debe temer a la muerte, pues “la muerte no es nada para nosotros”. Para los epicúreos meditar sobre la muerte era acostumbrarse a la idea de que la muerte no era tan terrible. Consideraba que el hombre tenía la libertad de adelantar su muerte, sobre todo si su vida era insoportable, y veían al suicidio como un acto moralmente indiferente. Por su parte los estoicos, representados por Séneca, defendían el derecho a quitarse la vida como un acto heroico, es decir no en cualquier circunstancia ni por una mera cuestión de moda. Su primer argumento es que lo que es bueno no es el mero vivir, sino el vivir bien, por lo tanto morir significaba escapar del peligro de vivir mal. En consecuencia para Séneca decidir suicidarse o no y cómo hacerlo era una cuestión puramente racional.

Por lo que respecta al planteamiento de Hume los argumentos que ofrece en defensa de la validez del suicidio se encuentran en su obra: Sobre el

Suicidio, en la que contradice la postura de Santo Tomás, aunque Hume no haga ninguna referencia expresa a ello. Al contrario, en su ensayo Hume sostiene que el suicidio está éticamente justificado de acuerdo con los sentimientos de todos los filósofos antiguos y que el suicidio es tan legítimo dentro de la doctrina cristiana como lo fue para los paganos. Sostiene que si el suicidio fuera un acto ilícito, entonces habría de suponer una transgresión: a) bien de nuestros deberes hacia con Dios, b) bien de nuestros deberes hacia nuestro prójimo, hacia la sociedad, c) o bien de nuestros deberes para con nosotros mismos. Sin embargo, en su opinión, no puede decirse que exista una transgresión en ninguno de esos tres sentidos y esto lo explica del siguiente modo:

En primer lugar no es una transgresión de nuestros deberes para con Dios. Dios ha establecido leyes generales e inmutables por las que se rigen todos los cuerpos y también la vida de los hombres: “las vidas de los hombres dependen de las mismas leyes de las que dependen las vidas de todos los animales, y están sujetas a las mismas leyes generales que rigen la materia y el movimiento”. Sin embargo el modificar o alterar dichas leyes generales “no implica ninguna transgresión de los planes de la providencia”. Y no hay porque pensar que la vida humana haya de considerarse como un caso especial: “la vida de un hombre no tiene para el universo más importancia que la de una ostra”. En consecuencia no hay porque pensar que el hombre no puede (sólo Dios podría) disponer de su vida: “si el disponer de la vida humana fuera algo reservado exclusivamente al Todopoderoso y fuese un infringimiento el derecho divino el que los hombres dispusieran de sus propias vidas, tan criminal sería el que un hombre actuara para conservar la vida como el que decidiese destruirla. Si yo rechazo una piedra que va a caer sobre mi cabeza, estoy alterando el curso de la naturaleza, y estoy invadiendo una región que sólo pertenece al Todopoderoso”.

En segundo lugar, afirma que el suicidio tampoco es una infracción de los deberes hacia nuestro prójimo y hacia la sociedad porque: 1) nuestros deberes sociales parecen basarse en la reciprocidad: cuando uno se aparta totalmente de la sociedad, deja de recibir sus beneficios y, por tanto, también debería dejar de tener la obligación de promover los intereses sociales; 2) porque, en todo caso, las obligaciones deben de tener algún límite “no estoy obligado a hacer un pequeño bien a la sociedad, si ello supone un gran mal para mí” y 3) porque hay ocasiones en que uno ya no tiene el poder de promover los intereses de la sociedad, sino que se convierten en una carga “en

casos así mi renuncia a la vida no solo sería un acto inocente sino también laudable. Y la mayoría de la gente que se ve tentada a abandonar la existencia se encuentra en una situación de este tipo”.

En tercer lugar el suicidio tampoco implica una transgresión de nuestros deberes para con nosotros mismos. “Que el suicidio puede a menudo ser consistente con el interés y el deber para con nosotros mismos es algo que nadie puede cuestionar, una vez que se admite que la edad, la enfermedad, o la desgracia pueden convertir la vida en una carga y hacer de ella algo peor que la aniquilación”.

La posición de Hume en su obra ya citada supone un rechazo frontal de la idea de la santidad de la vida, lo que le sitúa frente a la filosofía cristiana y, en particular, frente a las ideas éticas de su época. Por lo demás, la concepción de Hume sobre el suicidio puede considerarse representativa de la concepción utilitarista de la moral que ha caracterizado al pensamiento ético anglosajón de todo el siglo XIX y gran parte del XX.

Kant está más cerca de Santo Tomás que de Hume aunque, por supuesto no coincide totalmente con el primero. Considera que el suicida subvierte los propósitos de su creador esto es vulnera nuestros deberes hacia con Dios. “El suicida abandona el mundo como alguien que deserta de su puesto y puede ser considerado un rebelde contra Dios (...) Dios es nuestro propietario y su providencia vela por nuestro bien. Un siervo que se haya bajo el cuidado de un amo bondadoso se comporta de un modo reprehensible cuando se opone a sus designios”. Pero lo que le interesa a Kant fundamentalmente es examinar el suicidio en sí mismo, sin tomar en cuenta consideración religiosa alguna, “pues el suicidio es ilícito y aborrecible, no porque Dios lo haya prohibido, sino porque Dios lo prohíbe precisamente por su carácter aborrecible”.

El punto central de la argumentación de Kant según él: “quien se arrebatara la vida está disponiendo de su persona”, “lo más opuesto al supremo deber para con uno mismo, ya que elimina la condición de todos los restantes deberes. El suicidio sobrepasa todos los límites del uso del libre arbitrio dado que este sólo es posible si existe el sujeto en cuestión. El suicidio no es lícito bajo ningún respecto ya que representa la destrucción de la humanidad y coloca a ésta por debajo de la animalidad”.

Para Kant, la intención de autodestruirse es lo que constituye el suicidio. Y, por supuesto, tampoco debe considerarse como el fin de la moral la consecución de la felicidad, lo que le lleva a rechazar que pueda justificarse de alguna forma el darse muerte por razones hedonistas, por ejemplo, para escapar de las miserias de esta vida como habían defendido los estoicos: “no es necesario ser feliz durante toda la vida, pero sí lo es vivir con dignidad. La miseria no autoriza al hombre a quitarse la vida”. Lo que para Kant hace que el suicidio sea una conducta absolutamente ilícita es el principio de dignidad y de libertad humana. El suicidio significa la negación de la moralidad, porque implica la destrucción de la condición que hace posible la moralidad misma, esto es, el sujeto moral: “el hombre no puede enajenar su personalidad mientras haya deberes, por consiguiente, mientras viva; y es contradictorio estar autorizado a sustraerse a toda obligación, es decir, a obrar libremente como si no se necesitara ninguna autorización para esta acción. Destruir el sujeto de la moralidad en su propia persona es tanto como extirpar del mundo la moralidad misma en su existencia, en la medida en que depende de él”. Como vemos a lo largo del tiempo siempre han existido opiniones a favor y en contra del suicidio, aún hoy en nuestros días encontramos estas discusiones; sin embargo se tiende a aceptar que existen condiciones psicopatológicas previas que dan origen a esta conducta.

### ***Teorías explicativas del suicidio:***

**Teoría de Kelly.-** Los sujetos tienen una peculiar forma de adaptarse al ambiente, en función de las categorías cognitivas concretas que poseen, y que sirven de parámetros para procesar sus experiencias donde el sujeto construye e interpreta la realidad, su realidad. La teoría de Kelly sobre el suicidio se fundamenta en la idea de que la realidad es independiente de la interpretación que cada sujeto haga de ella, siendo esta última la que orienta y condiciona la conducta. La idea subyacente es que la realidad no se explica por sí misma, siendo el propio sujeto quien atribuye un significado y da un sentido a su existencia en función de su experiencia, por lo que cada hecho es -interpretado desde la singularidad de nuestro pensamiento-. A partir de esa teoría Kelly explica el suicidio como un acto por el cual el individuo trata de validar la vida, es decir, darle un sentido, arremetiendo con las teorías que tratan de explicar el suicidio sin tener presente al sujeto.

**Teoría de Rotter.-** Se propone una teoría del aprendizaje social

compaginando la teoría de la psicología del refuerzo social y la teoría de la psicología cognitiva. Estos tres criterios explican conductas concretas y actitudes generales ante la vida y el entorno, determinado por los propios logros o fracasos que las personas tengan sobre sus conductas por la interacción con el medio ambiente y la realidad. Rotter sustenta que la experiencia continuada de eficacia en el curso de la propia vida puede llevar al sujeto a un estancamiento y absorción de las propias limitaciones impuestas por el ambiente (tanto física, humana y social) rompiéndose el vínculo entre ambos por agotamiento, reificación de los significados, o simple inconformismo con el status y rol socialmente impuesto. Rotter muestra dos caminos por los que se puede llegar al suicidio: por la suspensión de la proyección social, al no poder realizar las expectativas propias y percibirse el sujeto como incapaz de controlar su vida y los acontecimientos que le suceden; o como alternativa aprendida como plausible ante la no realización de ciertas expectativas que le sirven de refuerzo vital.

**Teoría de Seligman.-** La teoría de Indefensión Aprendida se fundamenta en la idea de que la percepción continuada por parte de un sujeto de no correlación entre los objetivos esperados de sus actos y los resultados de los mismos pueden provocar en la persona un sentimiento de impotencia e incapacidad de control. Esta experiencia de incontrolabilidad puede suscitarle un sentimiento de indefensión que se traduce en la limitación y/o bloqueo, en mayor o menor grado, de su actividad. El aprendizaje e interiorización de la carencia de control en los resultados de las propias conductas provoca según el autor, tres déficits en la personalidad: motivacional, cognitivo y emocional, traducidos en la depresión que sufriría el sujeto. La hipótesis de la indefensión aprendida propone que el estado depresivo es una consecuencia del aprendizaje de que los resultados son incontrolables. La indefensión ejerce una importante influencia en el proceso vivencial de la persona, por cuanto al reducir las expectativas de ocurrencia de resultados derivados de su conducta, lo coloca en una situación de inseguridad, insatisfacción y a la larga de pasividad, que provocará más su desligamiento social que su integración, tanto por su parte, como por la de la sociedad. Esta teoría muestra una especial relación del sujeto con el entorno social, y con su propio desarrollo como ser social, cuyos efectos principales son la apatía y la desmotivación.

**Teoría Cognitiva de Beck (o terapia racional emotiva).-** Tiene su origen en la idea de que los hombres, en función de sus experiencias crean unas

categoría mentales a partir de las cuales perciben, estructuran e interpretan la realidad y desde ellas orientan la conducta; es decir, el sujeto realiza conductas concretas en función de percepciones determinadas de la realidad - sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de sus experiencias anteriores-.

La depresión, siguiendo a Beck se produciría al sufrir el sujeto distorsiones en el procesamiento de la información; distorsiones que influyen en el posterior tratamiento que lleva a la conducta, y que se resumen en seis principios: a) inferencia arbitraria, b) abstracción selectiva, c) generalización excesiva, d) maximización y minimización, e) personalización y f) pensamiento absolutista dicotómico.

**Teoría de Shneidman.-** Es una de las teorías actuales en cuanto al suicidio, reconociendo que este estaría determinado por cuatro elementos básicos que son: la hostilidad, la perturbación, la constricción y el cese. Plantea que la tendencia autodestructiva (hostilidad) está provocada por estados emocionales negativos (perturbación). A ello se sumarían las distorsiones en la percepción y valoración de la realidad (constricción). Estos tres elementos suponen un alto riesgo de suicidio que es el cese. Posteriormente agrega que todo suicidio tiene como objetivo lograr el fin de una situación cognitiva de sufrimiento, provocada por un estresor cuyo origen está en las necesidades frustradas. Esta teoría sigue el patrón teórico de vulnerabilidad al estrés, y comprende que las variables que incitan al suicidio se reparten entre el sujeto, su entorno inmediato y la sociedad en la que vive el sujeto. Una mala relación entre el sujeto y su ambiente, una mala adaptación cultural, déficit cognitivos en la resolución de problemas y carencias en las relaciones personales, que hacen que el sujeto no posea, no pueda utilizar o no utilice el apoyo social de su entorno, son algunas de las principales teorías que explican la vulnerabilidad al estrés.

**Teorías Psicoanalíticas:** Freud aborda el suicidio en sus obras *Psicopatología de la Vida Cotidiana*, *Duelo y Melancolía* y *Más Allá del Principio del Placer*. Esta perspectiva del suicidio tiene su origen en la teoría de los instintos elaborada por Freud, y más concretamente en el instinto de muerte (Thanatos), opuesto al de la vida (Eros) “fundamentalmente, las bases del suicidio radican en el hecho mismo de un instinto de muerte, que al buscar constantemente un reposo eterno puede encontrar su expresión en el suicidio”.

Propone el suicidio como un proceso cuyo origen estaría en el deseo de matar a otro, principalmente a un ser amado y previamente introyectado, esto provocaría un sentimiento de culpabilidad que llevaría al individuo a dirigir hacia sí mismo su agresividad, matándose a sí mismo.

**Menninger** aborda este tema en *El Hombre Contra Sí Mismo* mencionando que las causas del suicidio responden a impulsos internos principalmente, siendo los factores externos refuerzos y justificaciones que el sujeto inconscientemente se crea congruentes con los primeros. De ello resulta que el ambiente que se construye el individuo responde a sus intenciones suicidógenas, es decir, el individuo se crea un ambiente negativo que disculpe de cara al exterior las intenciones de su inconsciente.

**C.G. Jung** conceptualiza al suicidio en forma diferente a como la abordan los psicoanalistas, para este autor el self es un componente seudoinconsciente de la personalidad, que enlaza ésta con el medio social del sujeto, siendo a partir de él de donde emana la experiencia de lo significado contraviniendo así la primacía del yo como motor de la interpretación de la experiencia. El yo es el núcleo consciente de la personalidad del mismo, y ambos han de estar conectados para un equilibrado funcionamiento de la personalidad individual, y una correcta interpretación de la vida y de uno mismo. El self tiene una faceta positiva y otra negativa, la última relacionada con una interpretación peyorativa de la vida, acercando a la persona, por tanto, a la muerte. Esta parte negativa del self aparece principalmente cuando no existe correlación entre el yo (que representa la realidad) y el self (que representa las expectativas que para y de sí tiene el sujeto en la sociedad). Esta incongruencia motivaría en el sujeto un anhelo de renacimiento espiritual.

**Teoría sociológica de Durkheim.**- Esta teoría sociológica parte de la idea de que es la sociedad como marco, instrumento y modelo de desarrollo de los sujetos, quien directa o indirectamente orienta a los mismos hacia el suicidio por cuanto no es capaz de vincular a los sujetos a la vida a través de ella. Parte de la idea de que el hombre es ante todo un ser social, y por tanto, la configuración de la estructura de la sociedad influirá sobre el individuo, tanto en su manera de percibir la sociedad, como en su manera de proyectarse socialmente. De igual manera, establece que las circunstancias sociales influyen al provocar un estado de - ánimo colectivo - que presiona a los

individuos. Pero, en contra de lo que generalmente se ha interpretado da al individuo consciente la última palabra sobre la conducta suicidógena. Los factores sociales influyen en tanto el individuo es susceptible a ellos, o con una terminología más actual existe una población de riesgo más sensible a los factores y cambios sociales.

Este autor construye una tipología de los suicidios en función de las características sociales: egoísta, altruista, anómico y fatalista; a los que hay que sumar tres tipos mixtos: ego anómico, anómico altruista y ego altruista. El suicidio egoísta se da en sociedades disgregadas, con poca cohesión, o cuando el individuo está poco integrado en el ámbito social. El suicidio altruista, por el contrario, es propio de individuos excesivamente integrados y subordinados a la voluntad colectiva. El suicidio anómico se daría en función de la reglamentación social, en cuanto modo de asignar expectativas y medios de logros sociales, por lo que está íntimamente relacionado con: -la necesidad de bienestar- y realización de los individuos, y los - límites- socialmente impuestos a cada grupo social.

**Baechler** critica a Durkheim por ser demasiado sociologista en sus estudios del suicidio. Baechler parte para el estudio del suicidio de presupuestos sociocognitivos y psicosociales, concibiendo el mismo como el desenlace de un conflicto existencial del hombre, además añade que el estudio del suicidio habrá de ser más cualitativo que cuantitativo, es decir menos estadístico ya que los suicidios individuales no son equiparables los unos a los otros proponiendo nuevas variables a partir de las cuales estudiarlo: senilidad, juvenilidad, masculinidad y feminidad. Estas variables no solo conllevan una edad numérica o un sexo concreto, sino que también implican status, roles, estilo de vida, etcétera que son en última instancia factores determinantes del suicidio y los elementos que mejor definen la realidad suicida. El autor propone además dos causas por la que los enfermos mentales se suicidarían atribuyendo a cada una enfermedades y motivos:

<b>Tipo 1</b>	<b>ENFERMEDAD</b>	<b>CAUSA</b>
<b>ESCAPISTAS</b>	Esquizofrenia Depresión Melancolía	Huida Duelo Castigo

<b>Tipo 2</b>	<b>ENFERMEDAD</b>	<b>CAUSA</b>
---------------	-------------------	--------------

<b>Tipo 2</b>	<b>ENFERMEDAD</b>	<b>CAUSA</b>
<b>AGRESIVO</b>	Delirios pasionales Histeria Psicopatía	Venganza, Crimen Llamada Chantaje

**Teoría de la elusión social** (Miguel Clemente-Andrés González).- Estos autores parten de que el suicidio es un proceso vital global del sujeto y no una conducta aislada. En este contexto creen que los conceptos imprescindibles para explicar el suicidio son el de Identidad y el de Experiencia, ambos en un sentido amplio. Estos dos factores son determinante en el desarrollo, formación y socialización de la persona. La Identidad orienta las expectativas de los sujetos, contiene ciertas características que lo determinan positiva o negativamente, conlleva ciertos condicionamientos sociales (vínculos, afinidades, necesidades, motivaciones, metas, etc.). La Experiencia, por su parte, es la que determina la relación con la sociedad, su entorno y la misma vida, siendo por tanto una fuente en sí misma de motivación o inhibición, de vinculación o ruptura.(6)

### **Explicaciones recientes de la biología del suicidio.**

Actualmente se han realizado una serie de investigaciones en torno a la influencia de los sistemas neurotransmisores en las conductas suicidas. Por lo que es de suma importancia considerar que la conducta suicida parece estar relacionada con la serotonina (5-HT) aunque efectos noradrenérgicos también se han asociado. El intento y el suicidio consumado son analizados en forma separada aún estando estrechamente relacionados.(30)

**Intento Suicida.-** En los pacientes deprimidos se ha encontrado que, generalmente, tienen una respuesta baja de prolactina cuando se expone a la fenfluramina. Los pacientes deprimidos con antecedente de intento suicida o rasgos de agresividad e impulsividad, tienen más bajas respuestas a la prolactina que los pacientes que no han intentado suicidarse y que tampoco presentan rasgos de agresividad. Se ha observado en los casos letales o graves de suicidio una mayor disminución de prolactina que en los casos con daños físicos leves; dándose una correlación biológica que refleja la gravedad de la conducta suicida. (18) Dentro de los trastornos de la personalidad, los pacientes límites (Border Line) son los únicos que presentan bajos niveles de

fenfluramina tanto en el grupo de los que no han tenido intentos suicidas como en el que si los ha tenido. Los receptores de plaquetas (5-HT<sub>2A</sub>) han sido encontrados en mayor número cuando el intento suicida es letal, en pacientes deprimidos. También una disminución del ácido 5-hidroxiindoleacético (5-HIAA) en el líquido cefalorraquídeo (LCR) se correlacionó con la severidad del intento suicida, lo mismo sucede con los esquizofrénicos y con los límites (Border). La noradrenalina y el 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol no han tenido variaciones en el LCR. En cuanto a lo genético algunos estudios sugieren que un polimorfismo intrónico en el gen del triptófano hidroxilasa está asociado con actos suicidas (19, 20), con LCR (5-HIAA) y respuesta de la prolactina a fenfluramina (21). La función serotoninérgica se encuentra bajo regulación genética.(20,27) La disfunción de este sistema está asociado con un antecedente de intento suicida y puede predecir el suicidio o intento suicida.(28,29) El alelo U fue asociado en personas que durante su vida presentaron agresividad sin tener una alteración psiquiátrica. (21)

**Suicidio Consumado.-** En un estudio de metanálisis de 399 pares de gemelos se mostró una concordancia mayor significativa de suicidios en gemelos monocigóticos que en dicigóticos. (22) En una comunidad Amish se encontró que individuos con un desorden afectivo y antecedentes familiares de suicidio tienen un riesgo mayor de intentar este tipo de acto.(18,23)

Con respecto a los estudios postmortem, en víctimas de suicidio se reportaron disminución de los niveles de serotonina y del 5-HIAA en el tallo cerebral. En las otras regiones del cerebro no se encontraron diferencias (24, 25, 26). Sin embargo, en el locus ceruleus, en su porción rostral, las neuronas noradrenérgicas se encuentran disminuidas.

## Factores de riesgo del de Suicidio

1	Edad de 45 años o más
2	Dependencia al alcohol
3	Irritabilidad, cólera o violencia
4	Conducta suicida previa
5	Sexo masculino
6	Ser reacio a aceptar ayuda
7	Cursar con un episodio depresivo de duración mayor a la habitual
8	Antecedente de trastorno psiquiátrico que requirió hospitalización
9	Pérdida o separación reciente
10	Depresión
11	Pérdida de la salud física
12	Situación de desempleado o jubilado
13	Condición de soltero, viudo o divorciado

### Epidemiología

La tasa de suicidio en el mundo no ha dejado de aumentar globalmente desde hace un siglo, aunque ha sufrido variación en relación con el contexto socio-económico. Los suicidios tuvieron una disminución en el curso de las dos guerras mundiales. Progresaron con las crisis económicas de los años 1930 (crack de la bolsa) y 1970 (primera crisis del petróleo). Desde 1990, con la recesión económica mundial, esta tasa se estanca aunque en unos índices elevados. Actualmente se estima que se suicidan más de 1,200 personas cada 24 horas en el mundo, y que más de 8,500 personas harán una tentativa. En un año, son pues cerca de 450,000 que se matan y más de 3 millones las que intentan hacerlo. Estas cifras según la OMS, deben considerarse con precaución pues según la opinión de los expertos las tasas de suicidio en el mundo están subestimadas. La diferencia sería entre un 20 y un 25% en los países que tienen un buen control estadístico (occidentales) y de un 100 a un 200% en otras regiones del mundo, en particular en los países en vías de desarrollo. Las estadísticas no siempre son comparables en la medida en que los métodos de recogida de datos y la definición misma de suicidio pueden variar considerablemente de un país a otro. (9)

## SUICIDIOS EN EL MUNDO 1991

PAIS	RANGO(por 100,000)
Hungría	38.7
Rusia	26.6
Dinamarca	22.0
Japón	16.8
Alemania	16.9
Estados Unidos de Norte América	12.2
Italia	7.8
SUR AMERICA	7.0

### Estados Unidos:

En 1990 el suicidio fue la octava causa de muerte en los Estados Unidos, en dicho año 30,906 personas se suicidaron, siendo el rango de 12.4 muertes por 100,000 habitantes. ,notándose un aumento en los adolescentes de 15 a 19 años de edad, pasando de 8.5 por 100,000(1980) a 11.1 muertes por 100,000 en 1993. Por encima del suicidio , las causas de muerte están las enfermedades cardíacas y los accidentes por vehículos de motor; y por debajo de los suicidios se encuentra el homicidio Los hombres cometieron más suicidios (19.0) que las mujeres (4.5 por 100,00), los de raza blanca (12.2) más que los negros (7.0). Las edades en que se dieron mayores suicidios fueron de 25 a 34 años en los negros y en los blancos por arriba de los 65 años de edad.(17). A continuación se muestran unos cuadros de causas de muerte, y de métodos empleados :

CAUSAS DE MUERTE	RANGO(POR 100,000)(%)(17)
Enfermedades cardíacas	289.5(33.5)
Accidente por vehículo de motor	18.8 (2.2)
SUICIDIO	12.4 (1.4)

**METODOS USADOS DE 30,906 SUICIDIOS.(17)**

METODO	HOMBRES(%)	MUJERES(%)
Tiro o disparo	66	42
Ahorcamiento	15	12
Sobredosis	6	27

**MEXICO:**

En nuestro país existen algunos estudios con respecto al suicidio, aunque no han sido suficientes para tener una estadística confiable. El impacto de los fallecimientos por lesiones intencionales, tanto las inflingidas por otra persona (homicidios) como las autoinflingidas (suicidios), es un tema poco abordado en México, desde una perspectiva multidisciplinaria. En el caso concreto de los suicidios algunos autores se han dado a la tarea de plantear mantener actualizada la información y la discusión respecto a los daños que produce, desde una perspectiva cuantitativa. Solo últimamente los trabajadores en el área de la salud pública se han involucrado en el estudio del problema. Como tradicionalmente se consideraba que el problema del suicidio era más frecuente entre las personas con algún diagnóstico de salud mental, los especialistas en este campo son los que más han trabajado en el manejo y prevención de este tipo de problemas al diagnosticar a las personas con depresión, alcoholismo, esquizofrenia, etcétera. Esta aproximación clínica ha sido la más utilizada en la prevención de los intentos de suicidio y del suicidio. (11)

En nuestro sistema de salud se considera lo que es un suicidio y un intento de suicidio; este último generalmente no es reportado legalmente, mientras que el primero es obligatorio. Así en 1992 el INEGI menciona 1,955 defunciones y 79 intentos de suicidio. De igual manera la SSA informó 2,022 suicidios consumados y 93 intentos de suicidio en 1993, lo que difiere totalmente de las estimaciones en las que se dice que los intentos de suicidio se presentan aproximadamente 70 veces más que los suicidios consumados; esto se explica por el tipo de reporte que se realiza.(11)

Martha Hajar M. y cols. realizaron un análisis de los fallecimientos registrados en México como suicidio entre 1979 y 1993. Se registró en el país un total de 23,669 suicidios, lo que representa un promedio anual de 1578 y diario de 4.3 defunciones registradas como suicidios. Estos promedios diarios se duplicaron en 3 en 1979 a 6 en 1993. Los grupos de mayor riesgo fueron los extremos, 70 años (o más) y el de 20 a 24 años; el resto de la población presentó una distribución uniforme. Las causas específicas para el grupo de 70 años ó más fueron ahorcamiento, arma de fuego, y explosivos. Para el grupo de 20-24 años fue el envenamiento. En cuanto a sexo, el masculino presentó un riesgo relativo 5 veces mayor de suicidio que el femenino. Se observó que los estados de Tabasco, Campeche, Baja California Sur y Quintana Roo fueron los que presentaron mayor riesgo. (11)

En 1994 hubo 2,603 defunciones, con una tasa de 2.89 por 100 000 habitantes siendo Colima el que ocupó el 3er lugar con una tasa de 5.36 desplazando a Baja California Sur que tuvo 3.31, y los demás estados sin cambios significativos(12,13):

### DEFUNCIONES Y TASAS DE SUICIDIO POR ENTIDAD FEDERATIVA 1994.

Rep. Mex.	DEFUNCIONES			TASAS.		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	hombres	mujeres
Rep. Mex.	2,603	2,210	393	2.89	4.90	0.87
Ags Calien.	14	13	1	1.71	3.21	0.24
B. Califor.	72	64	8	3.55	6.18	0.81
<b>B. Cal. Sur</b>	12	11	1	3.31	5.96	0.56
<b>Campeche</b>	46	33	13	7.78	11.13	4.41
Coahuila	61	53	8	2.81	4.83	0.74
<b>Colima</b>	26	21	5	5.36	8.57	2.08
Chiapas	63	49	14	1.78	2.73	0.80
Chihuahua	129	113	16	4.62	7.98	1.16
D.F.	307	244	63	3.64	5.93	1.46
Durango	36	35	1	2.46	4.77	0.14
Guanajuato	121	103	18	2.74	4.73	0.80

Guerrero	48	40	8	1.69	2.83	0.56
Hidalgo	30	26	4	1.44	2.50	0.39
Jalisco	240	203	37	4.05	6.95	1.23
Edo Mex.	137	101	36	1.19	1.75	0.63
Michoacán	129	113	16	3.29	5.84	0.81
Morelos	21	17	4	1.53	2.49	0.58
Nayarit	29	26	3	3.18	5.64	0.67
Nvo León	94	86	8	2.70	4.87	0.47
Oaxaca	64	53	11	1.94	3.23	0.67
Puebla	63	55	8	1.38	2.43	0.35
Querétaro	18	17	1	1.50	2.83	0.17
<b>Quintana R.</b>	32	28	4	5.28	8.91	1.37
Sn Luis P.	95	86	9	4.30	7.77	0.82
Sinaloa	68	62	6	2.82	5.06	0.50
Sonora	90	80	10	4.51	8.00	1.00
<b>Tabasco</b>	161	142	19	9.74	16.99	2.33
Tamaulipas	113	103	12	4.54	8.09	0.95
Tlaxcala	10	8	2	1.17	1.87	0.47
Veracruz	162	139	23	2.36	4.03	0.68
Yucatán	68	49	19	4.54	6.52	2.55
Zacatecas	42	37	5	3.02	5.34	0.71

Mondragón en 1986 realizó una investigación en estudiantes de enseñanza media y media superior del DF. siendo su objetivo conocer la relación que hay entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. El estudio lo realizó en consulta externa, hospitalización y urgencias del Hospital " Dr. Gea González" de la SSA. En el análisis univariado se encontró que las mujeres(OR= 18), los sujetos de entre 30 y 45 años, los separados , divorciados/ separados , los sujetos con educación primaria y los pacientes desempleados/jubilados tienen mayor riesgo de tener ideación suicida. En cuanto al uso de drogas y alcohol, solo se encontraron riesgos incrementados y estadísticamente significativos en el diagnóstico de alcohol de por vida (OR=18) y en problemas sociales de por vida(OR=2.0). Los pacientes con niveles elevados de desesperanza tuvieron riesgo 6 veces mayor de presentar ideación suicida. En este estudio las únicas dos variables relacionadas con el consumo de drogas que permiten predecir el riesgo de tener ideación suicida, una vez considerada las variables sociodemográficas y la desesperanza , son a) el patrón de consumo de alcohol( en su categoría de consumo más elevado) y

b) El diagnóstico de alcohol de por vida.(12).

Aunque tradicionalmente al suicidio se le ha considerado como una expresión de los conflictos mentales subyacentes y prolongados como la depresión, a veces el suicidio no se relaciona con patologías mentales declaradas, y su latencia, en estos casos, es más bien corta. La tendencia a suicidarse es más importante entre los jóvenes de 15 a 30 años y disminuye ligeramente con la edad. Después de los 14 años, la tasa aumenta extraordinariamente hasta alcanzar su máximo en el grupo de 20 a 24a y después hasta los 49 años, para aumentar discretamente entre los 50 y los 59a (Borges, Rosovsky, Caballero, Gómez , 1994)(14). El INEGI reporta 988 casos de lesiones autoinflingidas y suicidios en el DF. en pacientes entre los 15 y los 24 años, 771 varones y 217 mujeres. Se ha asociado la probabilidad de riesgo suicida con la pérdida del padre por muerte o abandono, y se identificó por medio de la medición de los factores de ideación suicida, desesperanza, actitud negativa del self y hostilidad.(15)

Los resultados encontrados en su mayor parte coinciden con la bibliografía internacional. Algunos autores atribuyen que los intentos e ideas suicidas son considerados como una conducta femenina, porque implica desesperanza, indecisión y, algunas veces, la expectativa de ser rescatadas. Los hombres , aunque tengan sentimientos depresivos y desesperados, pueden estar poco dispuestos a admitir sus pensamientos suicidas, porque perciben la ideación suicida como un signo de debilidad. Existe una relación estrecha entre la ideación suicida y la desesperanza, que tiene que ver a la vez con la rigidez cognitiva ; ésta rigidez se mide por la dificultad para desarrollar alternativas positivas a los problemas emocionales.(12)

En cuanto a los niños las tentativas y las amenazas de suicidio son altas pero son raros los suicidios consumados; no sucede lo mismo con los ancianos, pues no siempre se investigan a fondo las causas de muerte , ya que existe la tendencia a considerarla en ellos como un fenómeno natural. Pueden pasar inadvertidas muchas conductas suicidas como caídas, accidentes , omisión de las indicaciones médicas, el rechazo de medicamentos y a los alimentos, etc. Como se ha mencionado anteriormente en México el perfil demográfico de personas con riesgo elevado de suicidio incluyen a individuos mayores de 45a., separados, viudos, divorciados, solos y desamparados. Una proporción importante (83%) presenta sentimientos depresivos intensos. Un dato

importante observado en las mujeres es que posterior a los 50 años de edad disminuyen los suicidios consumados y en los varones aumenta. (16)

### III. JUSTIFICACION

El suicidio es un fenómeno altamente variable entre culturas. Las prevalencias del suicidio cambian entre países, regiones y se ven afectados por sucesos que cambian a lo largo de la vida de una persona. Este trabajo se hace necesario debido a una importante morbilidad y mortalidad en la población general, como consecuencia de la correlación depresión-suicidio. Investigar en este sentido nos permitirá comprender cuáles son los factores de riesgo en personas deprimidas, como una forma de prevenir a futuro pérdidas humanas.

#### **IV. HIPÓTESIS**

Los pacientes con Depresión Mayor que tienen su primer intento suicida presentan diferencias sociodemográficas y de puntaje en las escalas, comparado con los pacientes que tienen ideas sin intento suicida, y con los que no tienen ni ideas ni intentos suicidas.

## V. OBJETIVOS

1.-Describir el perfil sociodemográfico en pacientes con Depresión Mayor que no tienen ideas ni intentos suicidas, en los que tienen ideas suicidas pero no intento y los que sí tienen intento suicida.

2.-Comparar el perfil de afecto positivo y negativo entre: pacientes con Depresión Mayor en su primer intento suicida, pacientes con Depresion Mayor con ideación suicida pero sin intentos y pacientes con Depresión Mayor sin ideación ni intentos suicidas.

3.Comparar el nivel de soledad entre pacientes con Depresion Mayor en su primer intento suicida, pacientes con Depresión Mayor con ideacion pero sin intento suicida y pacientes con Depresion Mayor sin ideación ni intentos suicidas.

4.Comparar la calificación obtenida del Inventario de Beck para la Depresión, entre pacientes con Depresión Mayor en su primer intento sucida, pacientes con Depresion Mayor con ideas pero sin intentos suicidas y los pacientes con Depresión Mayor sin ideas ni intentos suicidas.

5. Comparar las calificaciones de la Escala de Ideación Suicida de Beck entre pacientes con Depresion Mayor en su primer intento suicida y los pacientes que sólo tuvieron ideación suicida.

## **VI. METODOLOGÍA**

### **a) Diseño.**

Se realizará un estudio comparativo, observación y transversal.

### **b) Universo y muestra.**

Los pacientes serán reclutados en una muestra consecutiva no probabilística de casos que lleguen a los servicios de urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez y que cumplan con los criterios de selección. Se propone un mínimo de 39 pacientes ; 13 por cada grupo.

### **c) Criterios de Selección (Comunes a todos los grupos).**

- Cualquier sexo entre 18 y 55 años de edad.
- Diagnóstico de depresión mayor de acuerdo al DSM-IV. Confirmado con el Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID).
- Puntaje mayor a 17 en el Inventario de Beck para la depresión
- Que acepten el llenado de los instrumentos, además de su consentimiento informado.

#### **I.- Para el grupo con intento suicida.**

Pacientes que estén cursando con su primer intento suicida.  
No importa presencia previa de ideación suicida.  
Que el paciente esté internado en los servicios Hospitalarios.

#### **II.- Para el grupo con ideación suicida.**

Presencia de ideación suicida sin intentos suicidas previos.

#### **III.- Para el grupo sin ideación suicida.**

Ausencia de ideación e intentos suicidas.

#### **IV.- Criterios de exclusión para todos los grupos.**

Comorbilidad con las siguientes entidades mayores: cualquier trastorno psicótico (o depresión con síntomas psicóticos), trastorno obsesivo compulsivo, trastornos mentales orgánicos, trastornos de personalidad. No se excluyen otros trastornos como los de ansiedad, consumo de sustancias o enfermedades médicas asociadas

#### **d) Variables e Instrumentos.**

- **Diagnóstico clínico.-** Entrevista Psiquiátrica Estructurada para el DSM-IV (Spitzer y col., 1994). Se aplicará el apartado de depresión de la versión y se excluirá completamente la versión para trastornos de la personalidad, psicóticos, y otros.
- **Escala de Depresión de Beck. Evaluación de los síntomas depresivos**
- **Variables relacionadas con la ideación y el intento suicida (EPS).-** Escalas de ideación suicida y riesgo rescate del intento suicida (Beck y col., 1973).
- **Afecto positivo y negativo.-** Escala de afecto positivo y negativo que describe los diferentes sentimientos y emociones en las últimas semanas y en forma general (PANAS).
- **Soledad.-** Escala de soledad ó Índice mental de soledad (IMSOL).

#### **e) Procedimiento.**

El investigador acudirá diariamente al servicio de urgencias donde se revisará el registro diario de pacientes con sus diagnósticos presuntivos. Todos aquellos pacientes que tengan depresión mayor, independientemente de la severidad, serán evaluados con el SCID para confirmar el diagnóstico, incluyendo la escala del Inventario de Beck para Depresión y establecer que cumplan con los criterios de selección de alguno de los tres grupos ya señalados. Una vez incluidos en algunos de ellos se procederá al llenado de la

batería de instrumentos (casi todos ellos de autoevaluación, salvo el Beck y el EPS). A los pacientes sin intentos suicidas previos no se les preguntará los reactivos que se refieran al suicidio. El investigador corroborará que los instrumentos sean llenados en forma completa. En pacientes que debido al intento suicida, el llenado de instrumentos sea difícil se les dará el tiempo necesario para completar la batería.

## VII. RESULTADOS

Se estudiaron a 39 pacientes con edad que oscilan entre 18 a 53 años, ver tabla 1.

TABLA 1: PORCENTAJE DE PACIENTES ESTUDIADOS SEGÚN EDAD

<b>Rango Edades</b>	<b>Porcentaje</b>
18 - 21	12.8%
22 - 25	5.2%
26 - 29	10.3%
<b>30 - 33</b>	<b>23.1%</b>
34 - 37	5.2%
38 - 41	10.3%
42 - 45	7.8%
46 - 49	5.2%
<b>50 - 53</b>	<b>20.5%</b>

El 74% fueron mujeres y el 25% hombres. En cuanto a su estado civil 59% son casados, el 23% solteros y el 17.9% son divorciados. El 64% vive con pareja y el 35% vive sin una pareja.

En escolaridad obtuvimos los siguientes datos: 43.6%, bachillerato; 30%, secundaria; 12% primaria y otro 12%, profesionistas. (VER FIGURA 1 EN ANEXOS)

En ocupación el 51.3% empleados, el 30.8% dedicados al hogar, el 12.8%, profesionistas y el 5.1% son jubilados. (VER FIGURA 2 EN ANEXOS)

En cuanto a severidad de depresión encontramos que el 41% estuvieron catalogados en moderados, el 28.2% como graves y el 30.8% como leves. El 64.1% tuvieron episodio único y el 35.9% tuvo dos o más.

De los estudiados el 61.5% no presentó enfermedad médica asociada como causa directa de depresión, el 23.1% padecía de enfermedades crónico degenerativas, el 10.3% tuvieron otras enfermedades leves y el 5.1% estuvo

Asociado a algún tipo de adicción ( ver figura 3 y tabla 2 en anexos)

**Tabla 2: PORCENTAJES DE PACIENTES SEGÚN GRUPO Y CONDICIÓN SOCIODEMOGRÁFICA**

	SIN IDEAS NI INTENTOS SUICIDAS	CON IDEAS SIN INTENTO SUICIDA	CON IDEAS E INTENTOS SUICIDAS
SEXO	84.6 % femenino	69.2 % femenino	69.2 % femenino
ESTADO CIVIL	61.5 % casado	61.5 % casado	53.8 % casado
PAREJA	61.5 % con pareja	76.95 % con pareja	53.8 % con pareja
ESCOLARIDAD	46.2 % bachillerato	38. % bachillerato	46.2 % bachillerato
OCUPACION	61.5 % técnico	46.2 % técnico	46.2 % técnico
SEVERIDAD	61.5 % leve	69.2 % moderado	76.9 % grave
EPISODIO	76.9 % único	76.9 % único	61.55 % recurrente
CORMORBILIDAD	38.5 % sin enfermedad crónica degenerativa	84 % sin enfermedad	61.55 % sin enfermedad médica.

En cuanto a la escala de soledad ( IMSOL,) los resultados obtenidos en los grupos fueron los siguientes:

**IMSOL A:** que se refiere a la frecuencia en los sentimientos, se encontró:

Sin ideación ni intento suicida: 11 paciente contestaron " algunas veces,";

1 contestó " casi nunca", y 1 " la mayor parte del tiempo".

Con ideación sin intento: 9 pacientes contestaron lo mismo y 4 " la mayor parte del tiempo".

Con intento suicida 8 pacientes contestaron lo mismo y 5 "la mayor parte del tiempo".

**IMSOL B:** sentimientos y estrategias que siguieron para afrontar la soledad:

Sin ideación ni intento suicida: 10 calificaron como " algunas veces", 2 como "casi nunca" y 1 como "la mayor parte del tiempo".

Con ideación pero sin intento suicida: 9 calificaron como "algunas veces", 3 como "la mayor parte del tiempo," y 1 como "casi nunca".

Con ideas e Intento suicida: 9 calificaron como " algunas veces", 4 como "la mayor parte del tiempo". (VER TABLA 3)

En cuanto a la **escala de afecto positivo y negativo de los sentimientos (PANAS)** de los grupos fue el siguiente:

**En las ultimas semanas:**

Sin ideas ni intentos suicidas 10 pacientes contestaron "moderadamente".

Con ideas sin intentos suicidas 8 pacientes contestaron lo mismo.

Con ideas e intentos suicidas 8 pacientes contestaron lo mismo.

**Generalmente:**

Sin ideas ni intentos suicidas 10 pacientes contestaron "moderadamente"

Con ideas sin intentos suicidas 8 pacientes contestaron lo mismo

Con ideas e intento suicida 9 pacientes contestaron lo mismo. (VER TABLA 3)

Los resultados del **Inventario de Beck para Depresión** fueron:

En el grupo 1, Sin ideas ni intentos: 50% tuvo una calificación por debajo de los 19 puntos,

Con ideas sin intentos : El 25% tuvo calificación por debajo de los 19 puntos

Con intento suicida : El 25% tuvo calificación por debajo de los 19 puntos.

Sin ideas ni intentos suicidas: el 36% tuvo calificaciones entre 20-39 puntos

Con ideas pero sin intentos suicidas: 32% tuvo calificaciones entre 20-39 puntos.

Con ideas e Intentos suicidas: el 32% tuvo calificaciones entre 20-39 puntos.

Sin ideas ni intentos suicidas: ningún paciente calificó por arriba de 40 puntos.

Con ideas pero sin intentos suicidas: el 50% calificó por arriba de los 40 puntos.

Con ideas e intentos suicidas: el 50% calificó por arriba de los 40 puntos. (VER TABLA 3)

**TABLA 3. FRECUENCIA DE PACIENTES ESTUDIADOS SEGÚN GRUPO Y ESCALAS APLICADAS.**

GRUPOS	SIN IDEAS NI INTENTOS SUICIDAS	CON IDEAS SIN INTENTO SUICIDA	CON INTENTO SUICIDA
IMSOL A	11 algunas veces	9 algunas veces	8 algunas veces
IMSOL B	10 algunas veces	9 algunas veces	9 algunas veces
PANAS	8 moderadamente	8 moderadamente	10 moderadamente
PANGE	9 moderadamente	8 moderadamente	10 moderadamente
BDI	50% menos de 19 puntos	36% entre 20 -39 puntos	50% Calificaron 50 ó más puntos

Los resultados obtenidos en las **Escalas de Ideación Suicida y Riesgo Rescate del Intento Suicida (EPS)** en los grupos fue el siguiente:

#### DESEOS DE VIVIR.

Sin ideas ni intentos suicidas: no se aplicó la escala (no aplica).

Con ideas sin intento suicida: 7 pacientes contestaron "moderado a fuerte", 5 contestaron "poco" y 1 contestó "ninguno"

Con ideas e Intento suicida: 4 pacientes contestaron "moderado", 7 contestaron "poco" y 2 contestaron "ninguno".

#### DESEO DE MORIR.

Sin ideas ni intentos suicidas: No aplica

Con ideas sin intento suicida: 2 contestaron "ninguno", 7 contestaron "poco", y 4 contestaron "moderado".

Con ideas e Intento suicida: 3 pacientes contestaron "ninguno" 4 contestaron "poco" y 6 contestaron "moderado".

#### RAZONES PARA VIVIR-MORIR.

Sin ideas sin intento suicida: No aplica

Con ideas sin intento suicida: 7 pacientes contestaron "vivir supera a morir", 4 contestaron "equilibrado" y 2 contestaron "morir supera a vivir"

Con intento suicida: 5 pacientes contestaron "vivir supera morir", 1 paciente contestó "equilibrado" y 7 pacientes respondieron "morir supera a vivir".

#### DESEO DE REALIZAR UN INTENTO SUICIDA ACTIVO.

Con ideas sin intento suicida: 4 pacientes contestaron "ninguno", 8 contestaron "poco", 1 respondió "moderado a fuerte".

Con intento suicida: 5 pacientes respondieron "ninguno" 5 respondieron a "poco" y 3 de "moderado a fuerte".

#### DESEO PASIVO DE SUICIDIO.

Con ideas sin intento de suicidio: 5 contestaron "tomaría precauciones para salvar su vida", 7 respondieron "dejaría la vida-muerte a la suerte" y 1 contestó "evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener la vida".

Con Intento suicida: 5 contestaron "tomaría precauciones para salvar su vida", 6 respondieron "dejaría la vida-muerte a la suerte" y 2 pacientes "evitarían los pasos necesarios para salvar la vida"

#### DURACION.

Con ideas sin intento suicida: 10 pacientes respondieron a "breves, períodos pasajeros", 2 "períodos largos" y 1 refirió "continuos".

Con Intentos suicidas: 7 contestaron "breves períodos pasajeros", 4 "períodos largos" y 2 respondieron "continuos".

#### FRECUENCIA.

Con ideas sin intento suicida: 10 respondieron "rara, ocasionalmente", 1 contestó "intermitente" y 2 "persistentes, continuos".

Con ideas e Intentos suicidas: 6 respondieron "rara, ocasionalmente", 6 contestaron "intermitente" y 1 "persistentes, continuos".

#### ACTITUD HACIA LOS PENSAMIENTOS-DESEOS.

Con ideas sin intentos suicidas: 9 refirieron "rechazo", 2 contestaron "ambivalente, indiferente" y 2 respondieron "aceptación".

Con Intentos suicidas: 4 mencionaron "rechazo", 7 refirieron "ambivalente, indiferente" y 2 contestaron "aceptación".

#### CONTROL SOBRE LA ACCION-DESEO DE SUICIDIO.

Con ideas sin intento suicida: 9 contestaron "tiene sentido de control", 4 mencionaron "inseguridad de control".

Con Intentos suicidas: 6 respondieron "tiene sentido de control", 4 refirieron "inseguridad de control" y 3 "no tienen sentido de control".

#### RAZONES O MOTIVOS QUE DETIENEN LA TENTATIVA SUICIDA

Con ideas sin intento suicida: 10 respondieron "no lo intentaría porque algo lo detiene" 3 respondieron "cierta duda hacia los intereses que lo detienen".

Con intento suicida: 10 refirieron "no lo intentarían porque algo los

detiene", 2 respondieron " cierta duda hacia los intereses que lo detienen" y 1 contestó " ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen".

## RAZONES PARA PENSAR-DESEAR EL INTENTO SUICIDA

Con ideas sin intento suicida: 3 respondieron "manipular el ambiente, llamar la atención , venganza", 4 contestaron combinación "manipular-escapar". Y 6 respondieron "escapar , acabar, salir de problemas".

Con ideas e Intentos suicidas: 1 contesto "manipular el ambiente, llamar la atención , venganza", 1 respondió "combinación manipular - escapar" y 11 refirieron " escapar , acabar, salir de problemas".

## METODO ( ESPECIFICIDAD , OPORTUNIDAD DE PENSAR EN EL INTENTO)

Sin ideas ni intento: no aplica.

Con ideas y sin intento suicida: no aplica.

Con intento suicida: 5 contestaron " sin considerar" , 7 respondieron "considerar pero sin elaborar detalles" y 1 contesto " detalles elaborados-formulados".

## METODO(DISPONIBILIDAD - OPORTUNIDAD DE PENSAR EN EL INTENTO)

Sin ideas y sin intento suicida: no aplica.

Con ideas pero sin intento suicida: no aplica.

Con intento suicida: 5 contestaron "método no disponible, no oportunidad", 6 contestaron "método tomaría tiempo-esfuerzo" y 2 tuvieron "método y oportunidad disponible".

## SENSACION DE CAPACIDAD PARA LLEVAR A CABO EL INTENTO.

Sin ideas sin intento suicida: no aplica.

Con ideas pero sin intento suicida: no aplica.

Con intento suicida: 9 calificaron con "falta de valor, debilidad, asustado, incompetente, 3 respondieron "no estar seguro de tener valor" y 1 contestó "está seguro de tener valor"

## EXPECTATIVA-ANTICIPACION DE UN INTENTO REAL.

Sin ideas ni intento suicida: no aplica.

Con ideas pero sin intento suicida: no aplica.

Con intento suicida: 4 contestaron "no", 9 contestaron "sin seguridad, sin claridad".

## PREPARACION REAL.

Sin ideas ni intento suicida: no aplica.

Con ideas pero sin intento suicida: no aplica.

Con intento suicida: 4 contestaron "ninguna", 9 contestaron "parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos)".

## NOTA SUICIDA.

Sin ideas ni intento suicida: no aplica.

Con ideas pero sin intento suicida: no aplica.

Con intento suicida: 6 contestaron "ninguna", 5 contestaron "solo pensada, iniciada, sin terminar" y 2 contestaron "escrita, terminada".

ACCIONES FINALES PARA PREPARAR LA MUERTE (TESTAMENTO, ARREGLOS, REGALOS).

Sin ideas ni intento suicida: no aplica.

Con ideas pero sin intento suicida: no aplica.

Con intento suicida: 9 pacientes calificaron como "no", 4 calificaron "solo pensado, arreglos parciales"

## ENCUBRIMIENTO DE LA IDEA DE REALIZAR EL INTENTO SUICIDA

Sin ideas ni intento suicida: no aplica.

Con ideas pero sin intento suicida: no aplica.

Con intento suicida: 7 pacientes calificaron como "revela las ideas abiertamente", 4 contestaron "revela las ideas con reserva" y 2 contestaron "encubre, engaña, miente".

## INTENTOS DE SUICIDIOS ANTERIORES

**Sin ideas ni intento suicida: no aplica.**

**Con ideas pero sin intento suicida: no aplica.**

**Con intento suicida: 13 pacientes calificaron como "no".**

## VIII. DISCUSION

Encontramos que los resultados fueron consistentes y no existieron muchas diferencias con otros autores, en los tres grupos tuvimos mayor porcentaje del sexo femenino que los del sexo masculino; las ideas y los intentos suicidas son considerados como actitudes femeninas y los suicidios consumados como una actitud masculina (15, 17). Existió congruencia de que el nivel económico bajo, el estar soltero, padecer depresión grave y la recurrencia son factores que influyen para tener ideas e intentos suicidas. Algunos autores mencionan que este es un camino común para consumir el suicidio (31,5). Aunque A. Van Gastel no encontró que lo anterior fuera significativo. (32) En nuestro resultado la escolaridad y el no tener enfermedad médica no fue un factor relevante en los tres grupos.

En cuanto a las escalas, el IMSOL, calificó en los tres grupos en forma importante lo que demuestra que a mayor soledad, desesperanza, no pedir ayuda, se ha encontrado que los pacientes presentan ideas suicidas; lo mismo podemos decir del PANAS (15). En el inventario de Beck las calificaciones de 20 a 50 puntos significan que existe un riesgo elevado de presentar ideas e intentos suicidas no así para los que calificaron por debajo de los 19 puntos. En este caso Van Gastel coincide con nuestros resultados.(32) La escala de ideación suicida y riesgo rescate del intento suicida (EPS) mostró que en el grupo con intento suicida el 80% respondieron, en el apartado RAZONES PARA PENSAR-DESEAR EL INTENTO SUICIDA, “escapar, acabar, salir de problemas”; en los demás apartados no hubieron diferencias marcadas.

En conclusión encontramos concordancia con nuestra hipótesis, mayor puntaje en las escalas aplicadas e influencias sociodemográficas claras. No aplicamos el índice de temperamento y carácter (ITC), tampoco el apartado de trastornos de personalidad del SCID por ser demasiado laboriosos para los pacientes, debido a que estos requieren en promedio de 3 a 4 horas para aplicarse.

En un futuro sería conveniente completarlos, para ampliar el estudio.

## XI. BIBLIOGRAFÍA

- (1) DE LA FUENTE, Ramón., La Patología Mental y su Terapéutica., Tomo I, México, 1997.
- (2) ALMANZA MUÑOZ, José de Jesús., "Suicidio e intento suicida: Revisión actualizada." En: Rev. Sanid Milt, Mex. qpp7; Volumen 51(6): 260-266.
- (3) PICHOT, Pierre, (Coordinador)., Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). 1995.
- (4) Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima revisión (CIE-10) Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. O.M.S., 1992.
- (5) KAPLAN, Harol y Sadock, Benjamín., Sinopsis de Psiquiatría. 8a. edición.\*
- (6) CLEMENTE, Miguel y GONZÁLEZ, Andrés., Suicidio. Una alternativa Social. , Madrid, España, 1996.
- (7) Aristóteles., Ética a Nicómaco, Libro Y, 116a. Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1981.
- (8) JUANATEY DORADO, Carmen., Derecho, Suicidio y Eutanasia. Ministerio de Justicia e Interior, Centro de publicaciones Madrid, España, 1994.
- (9) BARDET, Marie., El Suicidio. Esenciales Paradigma., Sabadell, España., 1997.
- (10) STREJILEVICH, A. Sergio., "El Trastorno Depresivo Mayor y el Suicidio en los Pacientes Ancianos." En: Psiquiatría, 1992, Volumen 3: 139-153.
- (11) HIJAR M. MARTHA Y COLS. " Los suicidios en México.

- Características sexuales y geográficas”. Salud Mental V.19 , No.4 Dic. 1996
- (12) MONDRAGON LILIANA ,SALTIJERAL MA. T. “ La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol” Salud Mental V.21, No.5, Octubre 1998.
- (13) INEGI-SSA Dirección General de Estadística. Tabulaciones sobre defunciones Distrito Federal. SSA . Centro de Estudios en Población y Salud. Proyección de la Población de México y de las Entidades Federativas 1979-1994 .
- (14) BORGES G, ROSOVSKY H, CABALLERO MA, GÓMEZ. “Evolución reciente del suicidio en México : 1970-1991”. Anales , Instituto Mexicano de Psiquiatría, 15-21, 1994 .
- (15) GONZÁLEZ MACIP, DÍAZ MARTÍNEZ A, ORTIZ LEON SILVIA. “ Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México”. Salud Mental V.23; No.2 , abril 2000.
- (16) KRASSOIEVITCH Miguel. Psicoterapia Geriátrica. F.C.E México primera edición 1993.
- (17) RIVES WENDY, MD . “ Emergency Department Assessment of Suicida Patients” . THE PSYCHIATRIC CLINICS OF NORTH AMERICA. Vol.22 Num. 4 .Dic. 1999.
- (18) OQUENDO, María A., MD, and Mann, John, MD., “The Biology of Impulsivity and suicidality”. En: The Psychiatric Clinics of North America., Vol. 23, No. 1, Marzo de 2000.
- (19) BURESI, C, Courtet PH, Leboyer M, et. al. “Association between suicide attempt and the tryptophane hydroxylase (TPH) gene (abstract 270). Presented at the Annual meeting of the American Society of Human Genetics, 1997.
- (20) MANN JJ, Malone KM, Nielsen DA, et. al. Possible Association of a polymorphism of the tryptophan hydroxylase gene with suicidal behavior in

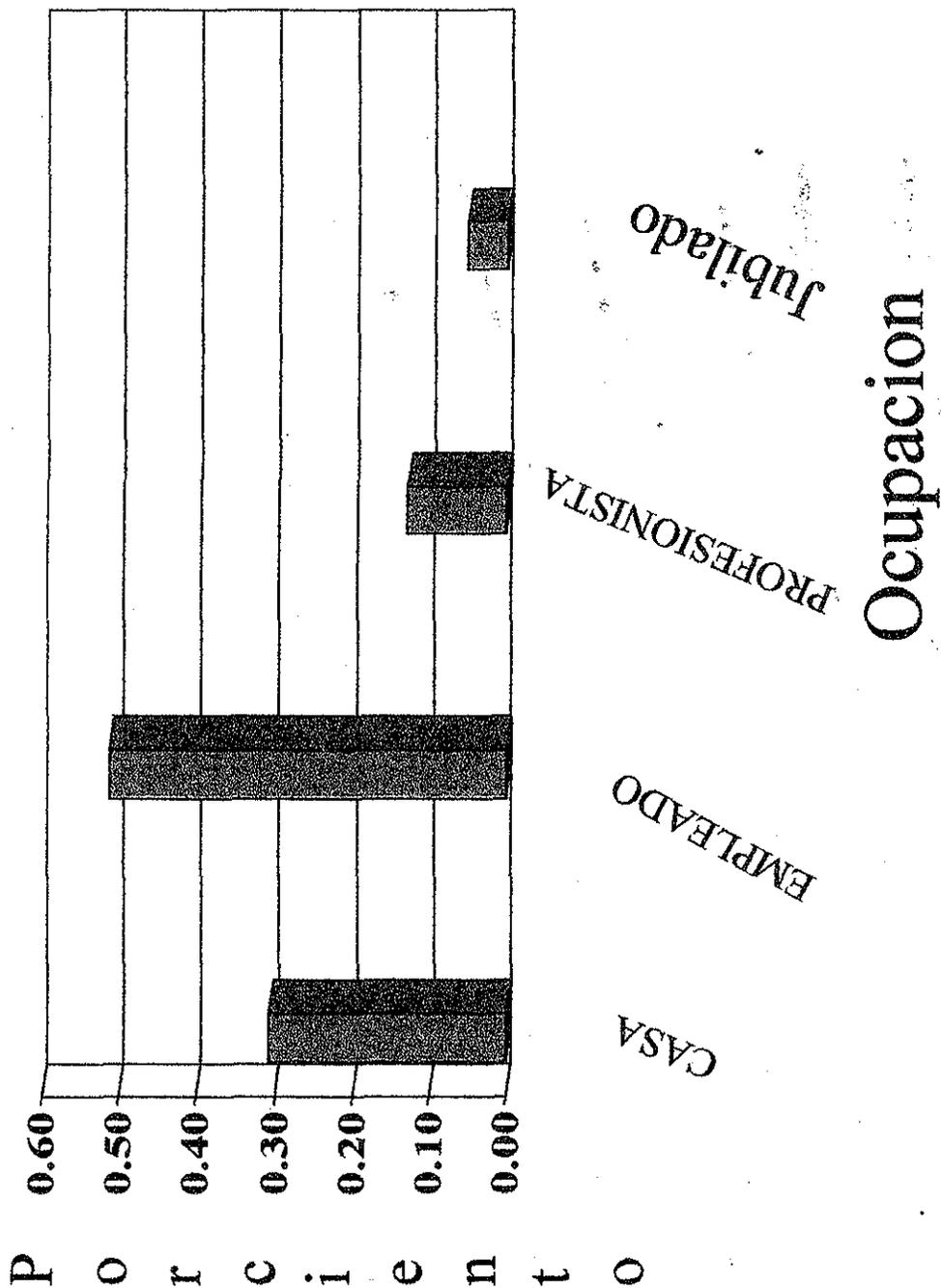
- depress patients. *Am J Psychiatry* 154:1451-1453. 1997.
- (21) MANUCK SB, Flory JD, Ferrell RE, et. al. Aggression and anger-related traits associated with a polymorphism of the tryptophan hydroxylase gene. *Biol Psychiatry* 45:603-614, 1999.
- (22) ROY A: " Genetic and Biologic risk factors for suicide in depressive disorders." *Psychiatr Q.* 64:345-358 , 1993 .
- (23) EGELAND JA, Sussex JN : "Suicide and family loading for affective disorders". *JAMA* 254:915-918, 1985.
- (24) CHEETHAM SC, Crompton MR, Crudek C, et al : "Serotonin concentrations and turnover in brains of depressed suicides". *Brain Res* 502:332-340, 1989.
- (25) COCHRAN E, Robins E, Grote S: "Regional serotonin levels in brain : A comparison of depressive suicides and alcoholic suicides with controls. *Biol Psychiatry.*" 11:283-294. 1976
- (26) OWEN F, Chambers DR, Cooper SJ, et al: " Serotonergic mechanisms in brains of suicide victims" . *Brain Res* . 362:185-188. 1996
- (27) HIGLEY JD, Thompson WW, Champoux M, et al: "Paternal and maternal genetic and enviromental contributions to cerebrospinal fluid monoamine metabolites in rhesus monkeys" (*Macaca mulatta*), *Arch Gen Psychiatry* . 1993 ; 50: 615-623.
- (28) COOPER SJ, Kelly CB, King DJ: " 5-Hydroxyindoleacetic acid in cerebrospinal fluid and prediction of suicidal behaviour in schizophrenia." . *Lancet* . 1992; 340: 940-941.
- (29) ASBERG M, Traskman L, Thorén P: " 5-HIAA in the cerebrospinal fluid: a biochemical suicide predictor? ." *Arch Gen Psychiatry* , 1976; 33:1193-1197.
- (30) SALIM PASCUAL R., Bases Bioquímicas y Farmacológicas de la Neuropsiquiatría Interamericana . 1997 México DF:

- (31) ROTHERAM-BORUS M. "Suicidal behavior and risk factors among runaway youths." En: American Journal of Psychiatry., 150:103-107, 1993.
- (32) VAN GASTEL, A., Schotte, C and cools. "The Prediction of Suicidal Intent in Depressed Patients." En: Acta Psychiatr Scand, 1997:96:254-259.

## **X. ANEXO**

FIGURA 1

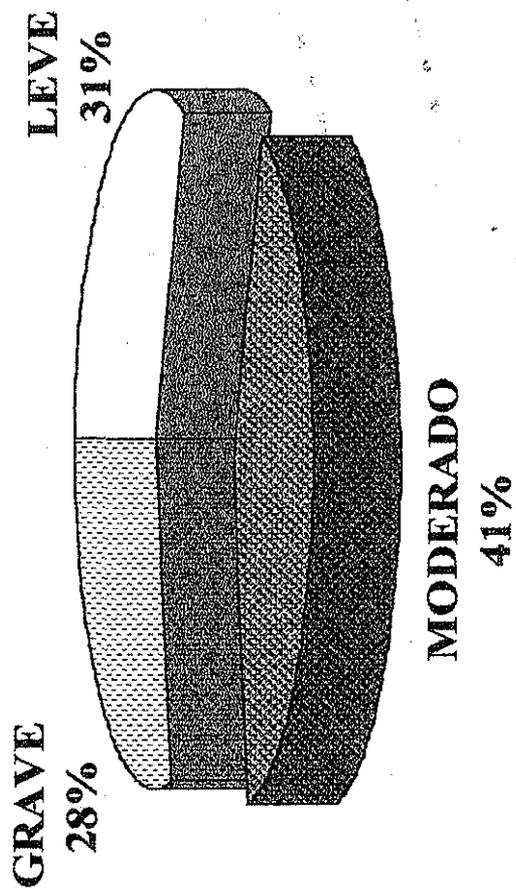
PORCENTAJE DE PACIENTES ESTUDIADOS, SEGÚN OCUPACIÓN



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## FIGURA 2

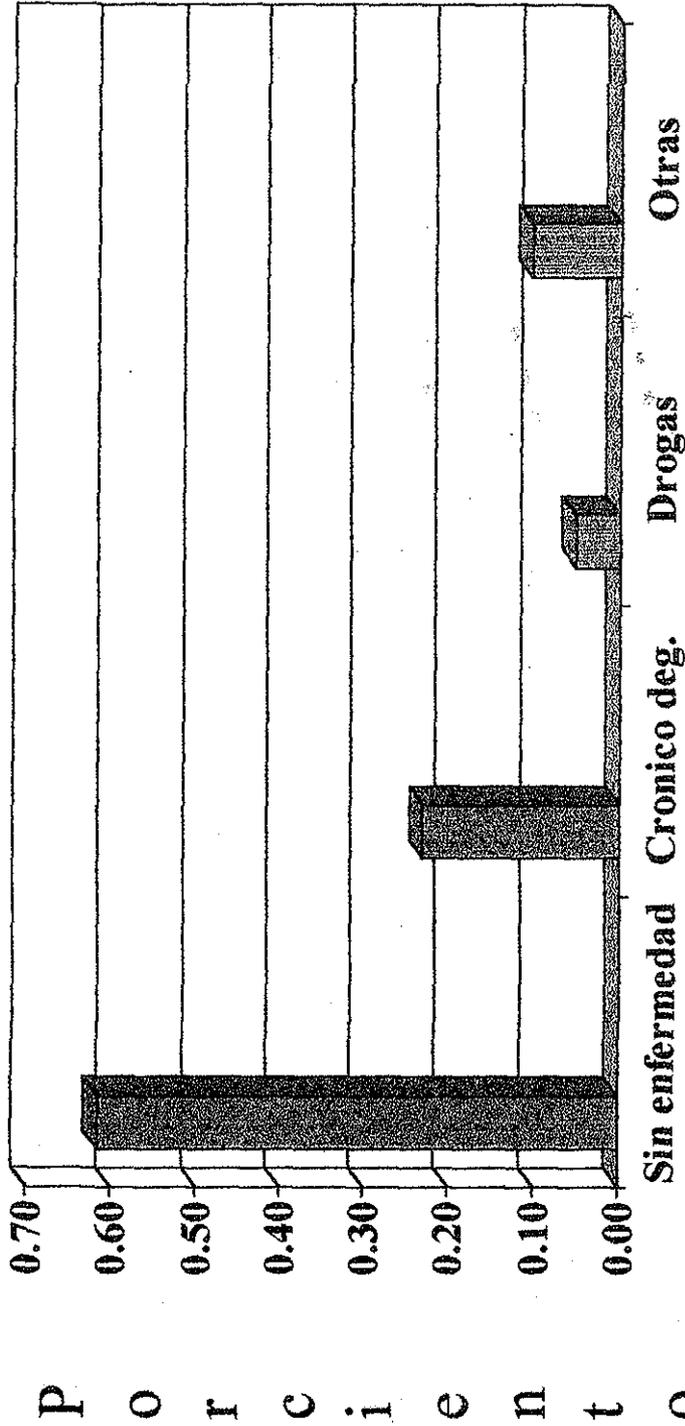
Porciento de pacientes según grado de depresión



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**FIGURA 3**

**Porcentaje de pacientes, según comorbilidad**



**Patología sistémica**

**Entrevista Clínica Estructurada para  
Trastornos del Eje I del DSM-IV**

**SCID-I**

**Manual de Administración**

Episodio Depresivo Mayor

Criterios para Episodio Depresivo Mayor

Ahora le hare algunas preguntas acerca de su estado de animo

NOTA: El criterio B (no cumple los criterios para episodio mixto) ha sido descartado en el SCID

A. Presencia de cinco (o mas) de los siguientes sintomas durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los sintomas debe ser (1) estado de animo depresivo o (2) perdida de interes o de la capacidad para el placer.

A1 En el último mes...

(1) Estado de animo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p.ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables. A1

...¿Hubo algún periodo de tiempo en el que se sintiera deprimido o decaído la mayor parte del día o casi todo el día? (¿Cómo era?)

SI: ¿Cuánto duró? (¿Aproximadamente dos semanas?)

A2 ... ¿Qué acerca de perder el interés o el placer en las cosas que usualmente disfrutaba?

(2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás). A2

SI: ¿Duraba casi todo el día? ¿Cuánto duraba? (¿Aproximadamente dos semanas?)

Si A1 ni A2 es "+" en el presente mes, verifique si en el pasado se presentaron episodios depresivos mayores pregunte nuevamente A1 y A2 buscando episodios pasados, comenzando con "¿Alguna vez...?" SI AL MENOS HUBO UN EPISODIO DEPRESIVO EN EL PASADO: ¿Ha estado así en más de una ocasión? ¿Cuál fue el peor? Si A1 ni A2 fueron "+", vaya a A16 (Episodio Maníaco).

PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, CÉNTRESE EN EL PEOR PERÍODO DE 2 SEMANAS

Durante (periodo de 2 semanas)

A3 ...¿Bajó o subió de peso? (¿Cuánto? ¿Estaba tratando de bajar de peso?)

(3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p.ej. un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables. A3

NO: ¿Cómo estuvo su apetito? (¿Comparada con su apetito usual?)

¿Alguna vez se torció a como? ¿Cómo muchas veces? ¿Comparado con su usual?

A4 ¿Cómo dormía? ¿Tenía problemas para quedarse dormido? ¿Estaba con frecuencia problemas para mantenerse dormido? ¿se despertaba muy temprano o dormía demasiado? ¿Cuántas horas comparado con lo usual? ¿Ocurría casi cada noche?

A5 ¿Estaba tan acelerado o despierto que no podía mantenerse sentado? (Era tan grave que otras personas lo notaban? ¿Qué es lo que notaban? ¿Ocurría casi diario?)

NO: ¿Y lo opuesto, hablar o moverse más despacio de lo normal? (¿Era tan grave que otras personas lo notaban? ¿Qué es lo que notaban? ¿Ocurría casi diario?)

NOTA: CONSIDERE EL COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA.

A6 ¿Cómo estaba su nivel de energía? (¿Estaba cansado todo el tiempo? ¿Casi todo el tiempo?)

A7 ¿Cómo se sentía consigo mismo? (¿Despreciable? ¿Casi todo el día?)

(7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

NO: ¿Se sentía culpable por cosas que había o no había hecho? (¿Casi todo el día?)

NOTA: CODIFIQUE "-" SI SOLO HAY BAJA AUTOESTIMA.

A8 ¿Tenía problemas para pensar o concentrarse? (¿Con qué cosas interfería? ¿Casi todo el día?)

NO: ¿Se le dificultaba tomar decisiones de la vida diaria?

A9 ¿Las cosas estaban tan mal que pensaba mucho en la muerte o de que estaría mejor muerto? ¿Que acerca de lastimarse?

SI: ¿Hizo algo para lastimarse?

A10 AL MENOS CINCO DE A(1)-A(9) SON "+" Y AL MENOS UNO DE ESTOS REACTIVOS A(1) O A(2).

Si A10 es "-" (p. eje. menos de cinco es "+") pregunte lo siguiente si es desconocido  
 ¿Hubo algún otro momento en el que estuvo deprimido y tuvo incluso más síntomas de los que hablamos?  
 SI: Vaya a A1 y pregunte acerca de ese episodio  
 NO: Vaya a A16 (Episodio Maníaco).

A11 SI NO ES CLARO: ¿La depresión le ha dificultado hacer su trabajo, encargos del hogar o relacionarse con otras personas?

Si los síntomas clínicos no son significativos pregunte lo siguiente: ¿Hubo algún otro momento en el que estuvo deprimido y tuvo incluso más de un efecto en el área de...

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

SI: Regrese a A10, pregunte sobre ese episodio.  
 NO: Vaya a A16 (Episodio Maniaco)

A12 Antes de que esto comenzara ¿Estaba físicamente enfermo?

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p.ej. hipotiroidismo).

Antes de que esto comenzara ¿Estaba tomando algún medicamento?

SI: ¿Hubo algún cambio en la dosis que estaba consumiendo?

Antes de que esto comenzara ¿estaba consumiendo alcohol o drogas?

La etiología de las condiciones médicas generales incluyen una enfermedad neurológica degenerativa (e.g., Enfermedad de Parkinson), enfermedad cerebrovascular, condiciones metabólicas (e.g., deficiencia de la vitamina B12), condiciones endócrinas (e.g., hiper e hipotiroidismo, hiper e hipoadrenocorticism), infecciones virales u otras infecciones (e.g., hepatitis, mononucleosis, VIH), y algunos tipos de cáncer (e.g., carcinoma del páncreas).

Si existe alguna indicación de que la depresión pudo ser secundaria (consecuencia fisiológica directa de una condición médica general o sustancia), vaya a la página 20 y regrese a esta sección para evaluar "-" o "+"

La etiología de sustancias incluye alcohol, anfetaminas, cocaína, alucinógenos, inhalantes, opioides, fenciclidina, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos. Los medicamentos incluyen antihipertensivos, anticonceptivos orales, corticosteroides, esteroides anabólicos, agentes anticancerígenos, analgésicos, anticolinérgicos, medicamentos cardiacos

Si A12 es "-" (el afecto se debe a sustancias o a una condición médica general), pregunte lo siguiente ¿Hubo algún otro momento en el que se sintió deprimido y no fue debido a (condición médica / uso de sustancia)?  
 SI: Vaya a A1 y pregunte acerca del episodio  
 NO: Vaya a A16 (Episodio Maniaco)

A13 SI ES DESCONOCIDO: ¿Esto comenzó poco después de que alguien cercano a usted murió?

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p.ej. después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas, inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o entorpecimiento psicomotor.

Si A13 es "-" (el afecto deprimido no se debe a la pérdida), pregunte lo siguiente ¿Hubo otros momentos en los que estuvo deprimido y no fue debido a la pérdida de un ser querido?

SI VAYA A A18 (Ejemplo por el episodio)  
NO: Vaya a A16 (Episodio Maníaco)

- A14** SI ES DESCONOCIDO: ¿Ha tenido LOS CRITERIOS A, C, D, Y E SON... **A14**  
(Síntomas calificadas...) en el último... (REALICE EL DIAGNOSTICO DE  
mes? EPISODIO DEPRESIVO MAYOR)
- A15** ¿Cuántas veces ha estado deprimido casi todo el día por al menos 2 semanas y ha tenido varios de los síntomas que acaba de describir, tales como (síntomas o episodio más severo)? **A15**  
El número total de episodios depresivos mayores incluyendo el actual (CODIFIQUE 99 si son muy numerosos o indistintos para contar)

### Episodio Maníaco

### Criterios para Episodio Maníaco

Nota: El criterio C (ej. no cumple los criterios para episodio mixto) ha sido omitido del SCID.

- A16** ¿Alguna vez ha tenido un periodo de tiempo en el que se sentía muy bien, elevado, excitado y más activo que incluso otras personas pensaron que no estaba en su estado normal o que tenía algún problema? (¿Alguien le dijo que estaba maníaco? ¿Era más que solo sentirse bien?) **A16**  
A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable...
- ¿Cómo era?  
NO: ¿tuvo algún período de tiempo en el que se sintió tan irritable que incluso le gritaba a la gente o empezaba peleas o discusiones? (¿Se encontró gritándole a gente que en realidad no conocía?)

Si A16 es "-" (p.ej., nunca ha tenido periodos elevados o de afecto irritado), vaya a A45 (trastorno Distímico).

- A17** ¿Cuánto duraba? (¿Aproximadamente... que dura al menos 1 semana (o cualquier semana? ¿Tuvo que ingresar a un hospital?) **A17**  
duración si es necesaria la hospitalización)

Si A17 es "-" (duración menor a una semana), vaya a A30 (Episodio Hipomaniaco)

¿Ha tenido más de un periodo así? ¿En que momento estuvo más (elevado/irritable)?

PARA LOS REACTIVOS A18-A27 CÉNTRASE EN EL EPISODIO MÁS EXTREMO.

SI ES DESCONOCIDO: Durante este tiempo ¿Cuándo estuvo más eufórico o irritable?

Durante el (período más grave de síntomas maníacos)

B Durante el periodo de alteración del estado de ánimo han perecido tres o más de los siguientes síntomas cuando el estado de ánimo es solo irritable o ha habido un cambio significativo

- A18** ¿Cómo se sentía consigo mismo? ¿Se sentía más confiado o seguro? ¿En poderes o habilidades personales?

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

- A19 ¿Necesitaba dormir menos de lo usual? (2) Disminución de la necesidad de dormir (p.ej. se siente desahogado tras solo tres horas de sueño) A19
- SI: ¿Aún así se siente descansado?
- A20 ¿Hablaban o platicaban más de lo usual? (3) Más hablador de lo habitual o (p.ej. la gente se le dificultaba pararlo o entenderlo? A la gente se le dificultaba poder hablar mientras usted lo hacía?) A20
- A21 ¿Sus pensamientos iban muy rápido en su cabeza? (4) Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado. A21
- A22 ¿Se distraía con facilidad por cosas a su alrededor por lo que tenía problemas para concentrarse o mantenerse en alguna actividad? (5) Distractibilidad (p.ej. la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes). A22
- A23 ¿Cómo pasaba el tiempo? (Trabajo, amigos, pasatiempos? ¿Estaba tan activo que sus amigos o familiares estaban preocupados por usted?) (6) Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora. A23
- SI NO HAY INCREMENTO EN LA ACTIVIDAD: ¿Estaba físicamente agitado? (¿Qué tan malo fue?)
- A24 ... ¿Hizo algo que le causó problemas a usted o a su familia? (¿Como comprar cosas que no necesitaba? ¿Alguna actividad inusual para usted? ¿Manejar sin precaución?) (7) Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p.ej. enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas). A24
- A25 AL MENOS TRES DE B(1)-B(7) SON "+" (O CUATRO SI EL ÁNIMO ES IRRITABLE Y NO ELEVADO) A25

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Si A25 es "-" (menos de 3 son "+") pregunte lo siguiente.  
 ¿Hubo algún otro momento en el que estuviera elevado/irritable y que tuviera más síntomas de los que hablamos?  
 SI: Regrese a A16 y pregunte acerca del episodio  
 NO: Vaya a A45 (Trastorno Distímico)

A26 SI ES DESCONOCIDO: ¿En ese tiempo, tuvo problemas en el hogar o trabajo (escuela) porque estaba (síntomas) o tuvo que ingresar a algún hospital? D. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos A26

Si A26 es "-" (No lo suficientemente severo) pregunte lo siguiente  
 ¿Hubo otros momentos en los que estuvo elevado/irritable y tuvo problemas con las personas hospitalizado?  
 SI: Regrese a A16 y pregunte acerca del episodio  
 NO: Vaya a A39 (Criterio C para Episodio Hipomaniaco)

A27 ¿Antes de que esto comenzara estaba físicamente enfermo? E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. una droga, medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica A27

antes de que esto comenzara estaba

Nota: Los episodios paranoicos...

SI

tomando algún medicamento?

que están claramente causados por un tratamiento somático antidepressivo (un medicamento, terapia electroconvulsiva, terapia lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I pero son considerados como trastornos del ánimo inducidos por sustancias.

SI: ¿Hubo algún cambio en la dosis que estaba tomando?

¿Antes de que esto comenzara, estaba consumiendo alcohol o alguna droga?

Si existe alguna indicación de que la manía pudiera ser secundaria (consecuencia fisiológica directa de una condición médica general o sustancia), vaya a la página 20 y regrese para evaluar "-" o "+".

La etiología de las condiciones médicas generales incluyen una enfermedad neurológica degenerativa (e.g., Enfermedad de Parkinson), enfermedad cerebrovascular, condiciones metabólicas (e.g., deficiencia de la vitamina B12, Enfermedad de Wilson), condiciones endócrinas (e.g., hipertiroidismo) infecciones virales u otras infecciones (e.g., hepatitis, mononucleosis, VIH), y algunos tipos de cáncer (e.g., neoplasmas cerebrales).

La etiología de sustancias incluye alcohol, anfetaminas, cocaína, alucinógenos, inhalantes, opioides, fenciclidina, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos. Los medicamentos incluyen psicotrópicos, corticosteroides, esteroides anabólicos, medicamentos antiparkinsonianos (e.g., levodopa), y simpatomiméticos/descongestionantes.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Si A27 es "-" (manía secundaria a una sustancia o condición médica general), pregunte lo siguiente: ¿Hubo algún otro momento en el que estuviera elevado/irritable y que no estuviera (físicamente enfermo/ tomando medicamento /consumiendo alguna sustancia)?  
SI: Vaya a A16 y pregunte acerca de ese episodio.  
NO: Vaya a A45 (Trastorno Distímico).

- A28 SI ES DESCONOCIDO: ¿Ha tenido (síntomas evaluados "+") en el último mes? LOS CRITERIOS A, C, D Y E, SON "SI" A28 (HAGA EL DIAGNÓSTICO DE EPISODIO MANÍACO)
- A29 ¿En cuántas ocasiones ha estado (elevado /palabras propias) y ha tenido (síntomas maníacos reconocidos) durante al menos una semana (o fue hospitalizado)? Número total de episodios maníacos, incluyendo el actual (CODIFIQUE 99 si son muy numerosos o indistintos para contar)

HA TERMINADO DE EVALUAR LOS EPISODIOS AFECTIVOS VAYA AL MÓDULO B (SÍNTOMAS PSICÓTICOS Y ASOCIADOS), B1.

- A30 SI ES DESCONOCIDO: ¿Cuándo estuvo (irritable) elevado durante el día? Criterios para Episodio Hipomaniaco

del estado de ánimo habitual.

¿Han tenido más de un momento así? ¿En que momento estuvo más elevado/irritable?

PARA LOS REACTIVOS A31-A37 CENTRESE EN EL EPISODIO MÁS EXTREMO

Si A30 es "-" (no han habido periodos de ánimo elevado o irritable con una duración de al menos 4 días), vaya a A45. (Trastorno Distímico)

Durante (PERÍODO MÁS EXTREMO DE SÍNTOMAS HIPOMANIACOS)...

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo, han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable) y se ha presentado en un grado significativo:

- A31 ...¿Cómo se sentía de sí mismo? (¿Más confiado de lo usual? ¿Con algún poder o habilidad especial?) (1) Autoestima exagerada o grandiosidad. A31
- A32 ...¿Necesitaba dormir menos de lo usual? (2) Disminución de la necesidad de dormir (p.ej., se siente descansado tras solo 3 horas de sueño). A32
- A33 ...¿Hablaba más de lo usual? (¿La gente tenía problemas para que dejara de hablar o para entenderle? ¿a la gente se le dificultaba hablar mientras usted lo hacía?) (3) Más hablador de lo habitual o verborreico. A33
- A34 ...¿Sus pensamientos iban demasiado rápido en su cabeza? (4) Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado. A34
- A35 ...¿Se distraía con facilidad por cosas de su alrededor por lo que se le dificultaba concentrarse o mantener una idea? (5) Distractibilidad (p.ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes). A35
- A36 ...¿Cómo ocupaba el tiempo? (¿Trabajo, amigos, pasatiempos? ¿Estaba tan activo que sus amigos o familiares se preocuparon por usted?) (6) Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios o sexualmente) o agitación psicomotora. A36
- SI NO HAY INCREMENTO EN LA ACTIVIDAD: ¿Estaba físicamente agitado? (¿Qué tan malo era?)
- A37 ...¿hizo algo que le causó problemas a usted o a su familia? (¿Comprar cosas que no necesitaba? ¿Alguna actividad sexual inusual para usted? ¿Manejar sin precaución?) (7) Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p.ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas). A37
- A38 AL MENOS TRES B(1)-B(7) SON "+" (O CUATRO SI EL ÁNIMO ES IRRITABLE Y NO ELEVADO). A38

Si A38 es "-" (menos de tres son "+") pregunte lo siguiente:

¿Han habido otros momentos en los que estuvo elevado/irritable y también sus síntomas de los que hablamos?

SI: Regrese a A30 y pregunte sobre el episodio.

NO: Vaya a A45 (Trastorno Distímico).

A39 SI SE DESCONOCIDO. ¿Se le ha diagnosticado alguna vez un trastorno de ánimo de la forma como usualmente se manifiesta en los episodios de manía o hipomanía?

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

¿Cómo era diferente? ¿En el trabajo? ¿Característico del simple estado de ánimo? ¿En los amigos? ¿Síntomas?

Si A39 es "-" (Característicamente hipomaniaco), pregunte lo siguiente:  
¿Han habido otros momentos en los que estuvo (elevado/irritable) y fuera usted realmente diferente de como generalmente es?  
SI: Regrese a A30 y pregunte por el episodio.  
NO: Vaya a A45 (Trastorno Distímico)

A40 SI ES DESCONOCIDO: ¿Otras personas D: La alteración del estado de ánimo y el A40 notaban estos cambios en usted? ¿Qué es cambio de la actividad son observables por lo que decían? los demás.

Si A41 es "-" (lo suficientemente severo para provocar un marcado deterioro), regrese a A26. codifique "+" para ese reactivo y continúe con A27.

A42 ¿Antes de que esto comenzara, estaba E. El episodio no es suficientemente grave A42 físicamente enfermo? como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización, no hay síntomas psicóticos.

¿Antes de que esto comenzara, estaba tomando algún medicamento?

SI: ¿Hubo algún cambio en la dosis que estaba tomando?

Nota: Los episodios parecidos a los hipomaniacos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p.ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben diagnosticarse como trastorno bipolar II pero son considerados como Episodios del Estado de Animo inducidos por Sustancias.

¿Antes de que esto comenzara, estaba consumiendo alcohol o drogas?

Si existe alguna indicación de que la hipomanía es secundaria (consecuencia fisiológica directa de una condición médica general o sustancia), vaya a la página 20 y regrese a esta sección para hacer la evaluación de "-" o "+"

Refiera la lista de posibles etiologías de condiciones médicas generales y sustancias incluidas en el reactivo A27

Si A42 es "-" (hipomanía secundaria a una sustancia o condición médica general), pregunte lo siguiente:  
¿Han habido otros momentos en los que estuviera elevado/irritable) y que no estuviera (físicamente enfermo/tomando algún medicamento/consumiendo alguna sustancia)?

SI: Regrese a A30 y pregunte por el episodio

NO: Vaya a A45 (Trastorno Distímico)

A43 SI ES DESCONOCIDO: ¿Ha tenido LOS CRITERIOS A, B, C, D, E Y F SON A43 (síntomas evaluados "-") en el último mes?

(REALICE EL DIAGNOSTICO DE EPISODIO HIPOMANIACO)

A44 ¿En cuántas ocasiones ha estado Número total de episodios hipomaniacos A44 (elevado/irritable) y ha tenido (síntomas hipomaniacos reconocidos) en un período de tiempo? (CUALIFIQUE "0" si son indistinguibles o muy similares para contar)

EPISODIO CON FALLA DE ORIGEN

(SÍNTOMAS PSICÓTICOS Y ASOCIADOS) B1

Trastorno Distímico

Criterios para Trastorno Distímico

Nota: Para las presentaciones en donde existe historia de múltiples episodios depresivos mayores recurrentes, el clínico puede omitir la evaluación de Trastorno Distímico (vaya a B1)

A45 ¿En el último par de años ha tenido un estado de ánimo deprimido la mayoría de los días o más días de los que no?

A Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años. Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

A45

(¿Más de la mitad del tiempo?)  
SI: ¿Cómo era?

Si A45 es "-" (Ánimo no crónicamente deprimido), vaya a B1 (Síntomas Psicóticos y Asociados).

¿Durante estos períodos de (palabras propias para depresión crónica), se ha dado cuenta de que la mayor parte del tiempo...

- A46 ...¿Ha perdido su apetito? (¿Come demasiado?)
- A47 ...¿Ha tenido problemas para dormir o duerme demasiado?
- A48 ...¿Tiene poca energía para hacer las cosas o se siente muy cansado?
- A49 ...¿Se siente mal consigo mismo? (¿Despreciable o fracasado?)
- A50 ...¿Ha tenido problemas para concentrarse o para tomar decisiones?
- A51 ...¿Se siente sin esperanza?
- A52

B. Presencia, mientras está depresivo, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) Pérdida o aumento de apetito. A46
  - (2) Insomnio o hipersomnia A47
  - (3) Falta de energía o fatiga A48
  - (4) Baja autoestima. A49
  - (5) Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones. A50
  - (6) Sentimientos de desesperanza A51
- AL MENOS DOS SÍNTOMAS "B" SON "+"

Si A52 es "-" (menos de dos síntomas son "+"), vaya a B1 (Síntomas Psicóticos y Asociados)

A53 ¿Cuál ha sido el mayor período de tiempo, durante este período de depresión, en el que sintió bien? (SIN SÍNTOMAS DISTÍMICOS)

C. Durante el período de 2 años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

A53

Si A53 es "-" (Más de dos meses sin síntomas), vaya a B1 (Síntomas Psicóticos y Asociados)

- A54 ¿Por cuánto tiempo se ha sentido de esta forma? (¿Cuándo comenzó?)
- A55 SI ES DESCONOCIDO ¿Comenzó de forma gradual o empezó con un período grave de depresión?

D. Edad de inicio del Trastorno Distímico Actual (Codifique 99 si es desconocido)  
E. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración. El año para el cual se refiere al diagnóstico por el cual se cumplió el criterio B1.

A54

A55

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

Si A55 es "-" (episodio depresivo mayor durante los primeros dos años), vaya a B1 (Síntomas Psicóticos y Asociados).

A56

E. Nunca ha habido un episodio maniaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

Si A56 es "-" (episodio pasado de manía, mixto o hipomanía o se cumplen los criterios para trastorno ciclotímico), vaya a Bc (Síntomas Psicóticos y Asociados).

A57 ESTO PUEDE SER QUE TENGA QUE SER DIFERENDO AÚN CUANDO LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS HAYAN SIDO DESCARTADOS

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

Si A57 es "-" (ocurre durante un trastorno psicótico), vaya a B1 (Síntomas Psicóticos y Asociados)

A58 ¿Antes de que esto comenzara, estaba físicamente enfermo?

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p.ej., hipotiroidismo).

¿Antes de que esto comenzara, estaba tomando algún medicamento?

SI: ¿Hubo algún cambio en la dosis que estaba tomando?

La etiología de las condiciones médicas generales incluyen: enfermedades neurológicas degenerativas (Enfermedad de Parkinson), enfermedades cerebrovasculares, condiciones metabólicas (deficiencia de la vitamina B12), condiciones endocrinas (hiper e hipotiroidismo, hiper e hipoadrenocorticismos), infecciones virales o de otro tipo (hepatitis, mononucleosis, VIH) y algunos tipos de cáncer (cáncer de páncreas).

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

¿Antes de que esto comenzara, estaba consumiendo alcohol o drogas?

Si existe alguna evidencia de consumo de alcohol o drogas, ¿cuál es el tipo de consumo?

condición médica general (o sustancia), vaya a la página 20 regrese para hacer la evaluación de A60.

hipnóticos, ansiolíticos. Los medicamentos incluyen antihipertensivos, anticonceptivos orales, corticosteroides, esteroides anabólicos, agentes anticancerígenos, anticolinérgicos y medicamentos cardíacos.

Si A58 es "SI" (debido a una condición médica general crónica o uso crónico de sustancias), vaya a B1 (Síntomas Psicóticos y Asociados).

A59. SO O NO ES CLARO: ¿Qué tanto H. Los síntomas causan un malestar A59 (síntomas en A y B) interferían con su vida) social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo?

Si A59 es "-" (clínicamente no significativo), vaya a B1 (Síntomas Psicóticos y Asociados).

A60

LOS CRITERIOS A, B, C, D, E, F, G Y H SON "+" A60

(HAGA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DISTÍMICO 300.4)

Vaya a B1 (Síntomas Psicóticos y Asociados)

CONSIDERE EL PAPEL ETIOLÓGICO DE UNA CONDICIÓN MÉDICA GENERAL O USO DE SUSTANCIAS

Si los síntomas afectivos no están temporalmente asociados con una condición médica general, vaya a A65 (Trastorno afectivo inducido por sustancia)

Trastorno del Estado de Animo debido a una Condición Médica General

Criterios para Trastorno del Estado de Animo debido a una Condición Médica General

Nota. El Criterio D (no durante el transcurso de un delirium) ha sido omitido del SCID)

A61 CODIFIQUE DE ACUERDO A LA INFORMACIÓN YA OBTENIDA

A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo, caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes:

- (1) Estado de ánimo depresivo o notable disminución de interés o del placer en todas o casi todas las actividades.
- (2) Estado de ánimo elevado, expansivo o irritable

A62 ¿Piensa que sus (SINTOMAS AFECTIVOS) estuvieron relacionados de alguna forma con su (CONDICIÓN MÉDICA GENERAL COMÓRBIDA)?

B/C a partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica y la alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental, por un trastorno adaptativo con estado de ánimo anímico, o en respuesta a un agente ambiental.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Si Dipam de qu forma  
 (LOS SINTOMAS AFECTIVOS)  
 iniciaron o empeoraron solo despues de  
 que (CONDICION MEDICA GENERAL  
 COMORBIDA) iniciara?  
 SI Y LA CONDICION MEDICA  
 GENERAL HA SIDO RESUELTA Los  
 (SINTOMAS AFECTIVOS) mejoraron  
 una vez que (CONDICION MEDICA  
 GENERAL COMORBIDA) mejoró?

Si A62 es " " (condición médica general no etiológica), vaya a A65 (Trastorno afectivo inducido por sustancia).

- |   |   |                       |
|---|---|-----------------------|
| <p>A63 SI NO ES CLARO: ¿Qué tanto (SINTOMAS AFECTIVOS) interferían con su vida?</p> <p>A64 SI ES DESCONOCIDO: ¿Ha tenido (SINTOMAS AFECTIVOS) EVALUADOS "+" en el último mes?</p> | <p>E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>LOS CRITERIOS A, B/C Y E SON "+" (HAGA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO AFECTIVO DEBIDO A UNA CONDICIÓN MÉDICA GENERAL. 293.83).</p> | <p>A63</p> <p>A64</p> |
|---|---|-----------------------|

Si los síntomas no están temporalmente asociados con uso de sustancias, regrese al episodio evaluado.  
 A12 para Episodio Depresivo Mayor.  
 A27 para Episodio Maníaco.  
 A42 para Episodio Hipomaniaco.  
 A58 para Trastorno Distímico.  
 D11 para Otros Trastornos Bipolares.  
 D18 para Trastorno Depresivo no Especificado.

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

**Trastorno Afectivo Inducido por Sustancias**

**Criterios para Trastorno Afectivo Inducido por Sustancias**

Nota: El Criterio D, (no debido a delirium) ha sido omitido del SCID.

- |   |   |                       |
|---|---|-----------------------|
| <p>A65 CODIFIQUE DE ACUERDO A LA INFORMACIÓN YA OBTENIDA</p> <p>A66 SI ES DESCONOCIDO ¿Cuándo comenzaron (SINTOMAS AFECTIVOS)? ¿Ya estaba consumiendo (SUSTANCIA) o acababa de dejar de consumirla o reducirla drástic?</p> | <p>A En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes:<br/>         (1) Estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades<br/>         (2) Estado de ánimo elevado, expansivo o irritable.</p> <p>B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de que (1) o (2).</p> | <p>A65</p> <p>A66</p> |
|---|---|-----------------------|

Los síntomas de estado de ánimo  
 maníaco o depresivo se atribuyen  
 al uso de sustancias.

Si A66 es " " (etiología no relacionado a la sustancia) regrese al episodio evaluado:  
 A12 para Episodio Depresivo Mayor  
 A27 para Episodio Maníaco  
 A42 para Episodio Hipomaniaco  
 A58 para Trastorno Distímico  
 D11 para Otros Trastornos Bipolares  
 D18 para Trastorno Depresivo no Especificado

A67 ¿Piensa que sus (SÍNTOMAS AFECTIVOS) están de alguna forma relacionados con el uso de (SUSTANCIA)? C La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno afectivo que no sea inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno afectivo no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: A67

SI: ¿De qué forma?  
 HAGA CUALQUIERA DE LA SIGUIENTES PREGUNTAS SI SE REQUIERE DESCARTAR ALGUNA ETIOLOGÍA QUE NO SE DEBA A LA SUSTANCIA.

A67 (cont) SI ES DESCONOCIDO: ¿Que vino primero, el uso de (SUSTANCIA) o (SÍNTOMAS AFECTIVOS)?  
 SI ES DESCONOCIDO: ¿Alguna ha dejado de consumir (SUSTANCIA) por un período de tiempo?

- (1) los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia ( o al consumo del medicamento).
- (2) los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (p.ej. alrededor de un mes) después del final de la abstinencia aguda o la intoxicación grave.
- (3) Los síntomas son claramente excesivos respecto a lo que sería esperable dado el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso.
- (4) hay otros datos que sugieren la existencia independiente de un trastorno afectivo no inducido por sustancias (p.ej. una historia de episodios depresivos mayores recurrentes)

SI: ¿Cuando dejó de usar (SUSTANCIA) los (SÍNTOMAS AFECTIVOS) mejoraron?

SI ES DESCONOCIDO: ¿qué cantidad de (SUSTANCIA) estaba usando cuando iniciaron (SÍNTOMAS AFECTIVOS)?

SI ES DESCONOCIDO: ¿Ha tenido otros episodios de (SÍNTOMAS AFECTIVOS)?

SI: ¿Cuántos? ¿Estaba usando (SUSTANCIA) en esos momentos?

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

MUESTRA ORIGINAL

Si A67 es "-" (el trastorno se clasifica mejor como un trastorno afecto no inducido por sustancia) regrese al episodio evaluado:  
 A12 para Episodio Depresivo Mayor  
 A27 para Episodio Maníaco  
 A42 para Episodio Hipomaniaco  
 A58 para Trastorno Distímico  
 D11 para Otros Trastornos Bipolares  
 D18 para Trastorno Depresivo no Especificado

A68 SI ES DESCONOCIDO ¿Que más le molestó de los síntomas? ¿Fue el...? ¿Fue el...? ¿Fue el...?

160 SI ES DESCONOCIDO, ¿Ha tenido LOS CRITERIOS A, B, C Y E SON = 160  
 (SÍ, COMO SÍNTOMAS) en el último mes? (HAGA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO AFECTIVO INDUCIDO POR SUSTANCIAS)

Represé al episodio evaluado:  
 A12 para Episodio Depresivo Mayor.  
 A27 para Episodio Maníaco.  
 A42 para Episodio Hipomaniaco.  
 A58 para Trastorno Distímico.  
 D11 para Otros Trastornos Bipolares.  
 D18 para Trastorno Depresivo no Especificado.

**B. Síntomas Psicóticos y Asociados**

PARA CADA SÍNTOMA PSICÓTICO, DESCRIBA EN LA HOJA DE CALIFICACIÓN EL CONTENIDO ACTUAL E INDIQUE EL PERÍODO DE TIEMPO EN EL QUE SE PRESENTÓ EL SÍNTOMA.

A continuación le haré algunas preguntas acerca de experiencias inusuales que en ocasiones la gente tiene

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

**Delirios**

Creencias personales falsas basadas en inferencias incorrectas de la realidad externa y que se sostienen firmemente a pesar de lo que los demás creen y a pesar de lo que constituye una evidencia obvia e incontrovertible de lo contrario. La creencia ordinariamente no es aceptada por otros miembros de la cultura de la persona o subcultura. No se considera como delirio las creencias irrazonables y sostenidas que se mantienen con una menor intensidad ("ideas sobrevaloradas").

- |  |  |           |
|--|--|-----------|
| <p>B1 ¿Alguna vez le ha parecido que la gente hablaba de usted o que especialmente lo notaban?</p> <p>SI: ¿Estaba convencido de que hablaban de usted o pensó que tal vez era solo su imaginación?</p> | <p>Delirio de referencia: eventos, objetos u otras personas que en el medio donde se desenvuelve el individuo tienen un significado particular o inusual y que es claramente injustificado</p> | <p>B1</p> |
| <p>B2 ¿Que acerca de que alguien buscara hacerle pasar un mal rato o hacerle daño?</p>   | <p>Delirio de persecución: El individuo (o su grupo) es atacado, perseguido, engañado o se conspira en su contra</p>   | <p>B2</p> |
| <p>B3 ¿Alguna vez sintió que era especialmente importante de alguna manera, o de que tenía poderes especiales para hacer cosas que las demás personas no podían hacer?</p>                             | <p>Delirio de grandiosidad: El contenido del delirio incluye un poder, conocimiento o importancia exagerada o una sensación de ser una entidad, persona famosa, importante o poderosa</p>      | <p>B3</p> |
| <p>B4 ¿Alguna vez sintió que algo iba muy mal en usted aun cuando todo parecía lo contrario, como si estaba pasando alguna otra terrible enfermedad?</p>   | <p>Delirio de somatización: El contenido del delirio incluye una enfermedad o lesión física que no puede ser atribuida a una enfermedad o lesión física real</p>                               | <p>B4</p> |

¿Alguna vez ha estado convencido de que algo estaba mal en la forma en que se veía una o varias partes de su cuerpo?

¿Alguna vez sintió que algo extraño le ocurría a partes de su cuerpo?

B5 ¿Alguna vez ha tenido alguna experiencia religiosa inusual?

Otros delirios: religiosos, celotípicos, erotomaniacos, delirio de culpa, delirios de ser controlado, pensamiento grabado, inserción del pensamiento, retirada del pensamiento.

¿Alguna vez ha sentido que cometió un crimen o algo terrible por lo que merece ser castigado?

¿Alguna vez ha sentido que alguien o algo fuera de usted controla sus pensamientos o acciones en contra de su voluntad?

¿Alguna vez ha creído que alguien puede leer su mente?

¿Alguna vez ha sentido que ciertos pensamientos que no eran de usted fueron introducidos en su cabeza? ¿qué acerca de que le roben los pensamientos?

**Alucinaciones**

Percepción sensorial que implica la sensación de una sensación real pero que se presenta sin estímulos externos de los órganos sensoriales.

B6 ¿Escucha cosas que los demás no pueden oír, como ruidos, o voces de personas que murmuran o platican?  
SI: ¿Qué es lo que escucha? ¿Con qué frecuencia lo escucha?

Alucinaciones auditivas: Cuando el sujeto está despierto, escucha cosas ya sea dentro o fuera de su cabeza B6

B7 ¿Alguna vez ha tenido visiones o ha visto cosas que los demás no pueden? (¿Estaba despierto en ese momento?)

Alucinaciones visuales B7

B8 ¿Ha tenido sensaciones extrañas en su cuerpo o piel?

Alucinaciones táctiles p.ej. electricidad B8

B9 ¿Que acerca de oler o probar cosas que los demás no pueden oler o probar?

Otras alucinaciones p.ej. gustativas, olfatorias B9

LOS REACTIVOS RESTANTES DE ESTA SECCIÓN SON OBSERVACIONALES O POR HISTORIA.

Permítame un minuto para poder hacer algunas anotaciones

B10 Conductas catatónicas p.ej. catalepsia, estupor, agitación catatónica, negativismo, mutismo, movimientos estereotipados, ecolalia, ecopraxia B10

B11 Comportamiento desorganizado p.ej. marcada apariencia desolada, comportamiento sexual inapropiado, agitación impredecible, comportamiento desordenado B11

B12 Afecto aplanado p.ej. sonrisa inapropiada, falta de expresión facial B12

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

**ENTREVISTA CLINICA ESTRUCTURADA PARA DSM-IV TRASTORNOS DEL EJE I  
EDICION PARA NO-PACIENTES  
(Enero de 1995)**

**ECED-I/NP (Versión 2.0)**

Michael B. First, M.D.; Robert L. Spitzer, M.D.; Miriam  
Gibbon, M.S.W.; and Janet B. W. Williams, D.S.W.

Estudio: \_\_\_\_\_ Estudio No.: \_\_\_\_\_ NP1  
Sujeto: \_\_\_\_\_ I.D. No.: \_\_\_\_\_ NP2  
Evaluador: \_\_\_\_\_ Evaluador No.: \_\_\_\_\_ NP3

Fecha de la entrevista: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año NP4

Evaluación: Inicial 1  
Reevaluación 2

Tiempo de entrevista empezó \_\_\_\_\_  
terminó \_\_\_\_\_

Fuentes de información (revise que todas se apliquen):  
 Sujeto  
 Familia/amigos/conocidos  
 Profesional de la salud/expediente/  
 opinión de referencia

NP5  
NP6  
NP7

Consultado y revisado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

El desarrollo del ECED fué apoyado en parte por el contrato NIMH #278-83-0007(DB) y los derechos NIMH #1 R01 MH40511.

Para citas: First, Michael B., Spitzer, Robert L., Gibbon, Miriam, and Williams, Janet B.W.: "Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders - Non-patient Edition (SCID-I/NP, Version 2.0)" Biometrics Research Department New York State Psychiatric Institute 722 West 168th Street New York, New York 10032

© 1995 Biometrics Research Department

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

HOJA DE RESUMEN DE RESULTADOS ECED-I/NP

Clave del Dx	DIAGNOSTICO	INFORMACION INADECUADA	PREVALENCIA A LO LARGO DE LA VIDA			ALCANZA EL CRITERIO DE DIAGNOSTICO SINTOMATICO DURANTE EL MES PASADO		NP8 NP9 NP10 NP11 NP12 NP13 NP14 NP15 NP16
			AUSENTE	SUB-UMBRAL	UMBRAL	AUSENTE	PRESENTE	
01	<b>TRASTORNOS AFECTIVOS</b> <b>TRASTORNO BIPOLAR (D.I)</b>	3	1	2	3	1	3	
	Episodio de Manía Único Recurrente				1 2	1 2 3 4 5	Episodio actual manía mixto hipomanía depresion mayor inespecifico	
	Sin ciclos rápidos Con ciclos rápidos				1 2			
	Sin patron estacional Con patron estacional				1 2		Sin caracter Melancólico, Atípico, No catatónico Melancólico Atípico Catatónico	0 1 2 3
	(sólo si no es actual): En remisión parcial En remisión compleca				6 7		Gravedad actual: 1 leve 2 moderado 3 grave, sin síntomas psicóticos 4 con síntomas psicóticos congruentes con el afecto 5 con síntomas psicóticos incongruentes con el afecto	

LEER ESTE  
 MANUAL DE  
 FALLA DE ORIGEN

Clave  
del Dx

DIAGNOSTICO

PREVALENCIA A LO LARGO DE LA  
VIDA

ALCANZA EL  
CRITERIO DE DIAGNOSTICO  
SINTOMATICO DURANTE  
EL MES PASADO

Clave del Dx	DIAGNOSTICO	INFORMACION INADECUADA	PREVALENCIA A LO LARGO DE LA VIDA			ALCANZA EL CRITERIO DE DIAGNOSTICO SINTOMATICO DURANTE EL MES PASADO		
			AUSENTE	SUB-UMBRAL	UMBRAL	AUSENTE	PRESENTE	
02	<b>TRASTORNOS AFECTIVOS (CONTINUACION)</b> Trastorno Bipolar II (D.2.)	?	1	2	3	1	3	NP17 NP18 NP19
				Sin ciclos rápidos Con ciclos rápidos	0 1	1 2	0 1 2 3	NP20 NP21
				Sin patron estacional Con patron estacional	0 1	1 2 3	0 1 2 3	NP22
				(sólo si es actual): En remisión parcial En remisión completa	6 7	1 2 3 4 5	NP23 NP24	
03	Otro Trastorno Bipolar (D.4)	?	1	2	3	1	3	NP25 NP26
				Trastorno ciclotímico Episodios intermitentes de hipomanía Episodio maníaco o hipomaníaco superpuesto a un trastorno psicótico Otro	1 2 3 4			NP27

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Clave del Dx

DIAGNOSTICO

PREVALENCIA A LO LARGO DE LA VIDA

ALCANZA EL CRITERIO DE DIAGNOSTICO SINTOMATICO DURANTE EL MES PASADO

Clave del Dx	DIAGNOSTICO	INFORMACION INADECUADA	PREVALENCIA A LO LARGO DE LA VIDA			ALCANZA EL CRITERIO DE DIAGNOSTICO SINTOMATICO DURANTE EL MES PASADO		Código
			AUSENTE	SUB-UMBRAL	UMBRAL	AUSENTE	PRESENTE	
04	<b>TRASTORNOS AFECTIVOS (CONTINUACION)</b> Depresión Mayor (D.6)	?	1	2	3	1	3	NP28 NP29 NP30 NP31
				Sin ciclos rápidos Con ciclos rápidos	0 1	0 1 2 3	Tipo de Episodio actual: 0 Sin caracter Melancólico, Atípico o Catatónico 1 Melancólico 2 Atípico 3 Catatónico	NP32
				Sin patron estacional Con patron estacional	0 1		Gravedad actual:	NP33
				(sólo si es actual): En remisión parcial En remisión completa	6 7		1 leve 2 moderada 3 grave, sin aspectos psicóticos 4 con aspectos psicóticos congruentes con el afecto 5 con aspectos psicóticos incongruentes con el afecto	NP34
05	Trastorno Distímico (sólo actual) (A.23)	?	1	2	3			NP35
				1 Inicio temprano 2 Inicio Tardío				NP36
				1 Sin rasgos atípicos 2 Con rasgos atípicos				NP36

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Clave del Dx      **DIAGNOSTICO**      **PREVALENCIA A LO LARGO DE LA VIDA**      **ALCANZA EL CRITERIO DE DIAGNOSTICO SINTOMATICO DURANTE EL MES PASADO**

INFORMACION INADECUADA      AUSENTE      SUB-UMBRAL      UMBRAL      AUSENTE      PRESENTE

**TRASTORNOS AFECTIVOS (CONTINUACION)**

06 Trastorno de Depresion No especificado de otra forma (D. 8)      ?      1      2      3      →      1      3      NP37  
NP38

- 1 Trastorno depresivo postpsicótico relacionado a Esquizofrenia
- 2 Episodio de Depresión Mayor sobrepuesto a un trastorno psicótico
- 3 Trastorno disfórico premenstrual
- 4 Trastorno de depresión menor
- 5 Trastorno de depresión breve recurrente
- 6 Otro

07 Trastorno afectivo asociado a una Condición Médica General (A. 28) Especifique CMG:      ?      1      2      3      →      1      3      NP40  
NP41

- 1 Con episodios parecidos a Depresión Mayor
- 2 Con rasgos depresivos
- 3 Con rasgos de manía
- 4 Con rasgos mixtos

08 Trastorno afectivo inducido por una sustancia (A. 24) Especifique la sustancia:      ?      1      2      3      →      1      3      NP43  
NP44

- 1 Con rasgos depresivos
- 2 Con rasgos de manía
- 3 Con rasgos mixtos

**SINTOMAS PSICOTICOS**

09 Síntomas Psicóticos Primarios (que no sean parte del trastorno afectivo) (B/C. 1)      ?      1      2      3      →      1      3      NP46  
NP47

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Clave del Dx	DIAGNOSTICO	PREVALENCIA A LO LARGO DE LA VIDA			ALCANZA EL CRITERIO DE DIAGNOSTICO SINTOMATICO DURANTE EL MES PASADO				
		INFORMACION INADECUADA	AUSENTE	ABUSO	DEPENDENCIA	AUSENTE		PRESENTE	
<b>TRASTORNOS POR USO DE SUBSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>									
17	Alcohol (E. 3/E. 6)	?	1	2	3	→	1	3	NP48 NP49
18	Sedante-Hipnótico-Ansiolítico (E. 12/E. 17)	?	1	2	3	→	1	3	NP50 NP51
19	Cannabis (E. 12/E. 17)	?	1	2	3	→	1	3	NP52 NP53
20	Estimulante (E. 12/E. 17)	?	1	2	3	→	1	3	NP54 NP55
21	Opióide (E. 12/E. 17)	?	1	2	3	→	1	3	NP56 NP57
22	Cocaína (E. 12/E. 17)	?	1	2	3	→	1	3	NP58 NP59
23	Alucinógenos /PCP (E. 12/E. 17)	?	1	2	3	→	1	3	NP60 NP61
24	Multi Droga (E. 17)	?	1		3	→	1	3	NP62 NP63
25	Otro (E. 12/E. 17)	?	1	2	3	→	1	3	NP64 NP65

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Clave  
del Dx: **DIAGNOSTICO**

**PREVALENCIA A LO LARGO DE LA VIDA**

**ALCANZA EL  
CRITERIO DE DIAGNOSTICO  
SINTOMATICO DURANTE  
EL MES PASADO**

INFORMACION INADECUADA      AUSENTE      SUB-UMBRAL      UMBRAL      AUSENTE      PRESENTE

**TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

	INFORMACION INADECUADA	AUSENTE	SUB-UMBRAL	UMBRAL		AUSENTE	PRESENTE	
26 Trastornos de Pánico (F.5)	?	1	2	3	→	1	3	NP66 NP67
1 sin Agorafobia								NP68
2 con Agorafobia								
27 Agorafobia sin historia de trastorno de Pánico (ASHTP) (F. 8)	?	1	2	3	→	1	3	NP69 NP70
28 Fobia Social (F.11)	?	1	2	3	→	1	3	NP71 NP72
29 Fobia Específica (F.14)	?	1	2	3	→	1	3	NP73 NP74
30 Trastorno Obsesivo Compulsivo (F.18)	?	1	2	3	→	1	3	NP75 NP76
31 Trastorno de Estrés Postraumático (F. 21)	?	1	2	3	→	1	3	NP77 NP78
32 Trastorno de Ansiedad Generalizada (solo actual) (F.26)	?	1	2	3				NP79

776-5110  
MAY 19 1994

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Clave  
del Dx

DIAGNOSTICO

PREVALENCIA A LO LARGO DE LA  
VIDA

ALCANZA EL  
CRITERIO DE DIAGNOSTICO  
SINTOMATICO DURANTE  
EL MES PASADO

INFORMACION  
INADECUADA

AUSENTE

SUB-  
UMBRAL

UMBRAL

AUSENTE PRESENTE

TRASTORNOS DE ANSIEDAD  
(CONTINUACION)

33	Trastorno de ansiedad asociado a una Condición Médica General (F.27) Especifique CMG: _____ 4	?	1	3	→	1	3	NP80 NP81
	1 Con ataques de pánico 2 Con ansiedad generalizada							NP82
34	Trastorno de ansiedad inducido por uso de alguna sustancia (F.28) Especifique la sustancia: _____	?	1	3	→	1	3	NP83 NP84
	1 Con ataques de pánico 2 Con ansiedad generalizada							NP85
35	Trastornos de ansiedad No Especificada de Otra Forma (F.30)	?	1	3	→	1	3	NP86 NP87

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Clave del Dx	DIAGNOSTICO	PREVALENCIA A LO LARGO DE LA VIDA			ALCANZA EL CRITERIO DE DIAGNOSTICO SINTOMATICO DURANTE EL MES PASADO				
		INFORMACION INADECUADA	AUSENTE	SUB-UMBRAL	UMBRAL	AUSENTE		PRESENTE	
<b>TRASTORNOS SOMATOMORFOS</b>									
36	Trastorno de Somatización (sólo actual) (G.1)	?	1	2	3		NP88		
37	Trastorno por Dolor (sólo actual) (G.5)	?	1	2	3		NP89		
38	Trastorno Somatomorfo indiferenciado (sólo actual) (G.6)	?	1	2	3		NP90		
39	Hipocondría (sólo actual) (G.8)	?	1	2	3		NP91		
40	Trastorno Dismórfico corporal (sólo actual) (G.9)	?	1	2	3		NP92		
<b>TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA</b>									
41	Anorexia Nerviosa (H.2)	?	1	2	3	→	1	3	NP93 NP94
42	Bulimia Nerviosa (H.4)	?	1	2	3	→	1	3	NP95 NP96
43	Trastorno de Ingesta excesiva de alimentos (H.6)	?	1	2	3	→	1	3	NP97 NP98
44	TRASTORNO DE AJUSTE (sólo actual) (I.2)	?	1	2	3				NP99
45	OTRO TRASTORNO DEL EJE I DSM-IV:	?	1	2	3	→	1	3	NP100 NP101

Especifique: \_\_\_\_\_

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**DIAGNOSTICO DEL EJE I PRINCIPAL** (por ejemplo aquel trastorno que es (o debería ser) el foco principal de la atención clínica actual)

Anote el número de código del diagnóstico arriba determinado (los dos primeros números de la izquierda): \_\_\_\_\_

Nota: Emplee el código 00 si no existe el trastorno del Eje I. Y el código 99 si no ha sido determinado.

NP102

DIAGNOSTICOS OBTENIDOS POR EL ENTREVISTADOR, SI DIFIERE DEL DIAGNOSTICO OBTENIDO MEDIANTE EL ECED.

**EJE IV DEL DSM-IV: Problemas psicosociales y ambientales**

Revise:

\_\_\_\_\_ Problemas con el grupo primario de apoyo (adolescentes, adultos, padres de familia).  
Especifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Problemas relacionados al ambiente social. Especifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Problemas educacionales. Especifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Problemas por el empleo. Especifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Problemas en el hogar. Especifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Problemas económicos. Especifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Problemas con el acceso a los servicios del cuidado de la salud.  
Especifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Problemas relacionados a la interacción con el sistema legal/crímenes.  
Especifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Otros problemas psicosociales. Especifique: \_\_\_\_\_

NP103

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**EJE V DSM-IV: EVALUACION GLOBAL DE LA ESCALA DE FUNCIONAMIENTO**

Considere el funcionamiento psicológico, social y ocupacional sobre un continuo hipotético de salud-enfermedad mental. No incluya impedimentos funcionales debido a limitaciones físicas (o de medio ambiente).

Indique el código apropiado para el NIVEL MAS BAJO de funcionamiento durante la semana del MAS DEFICIENTE funcionamiento durante el mes pasado. (rédice un nivel intermedio cuando sea apropiado. por ej. 45 (dentro del rango 41-50), 66,72, etc.) Nota: Ponga una calificación de 0 si la información es inadecuada

NP104

- 100 | Funcionamiento óptimo en un gran rango de actividades, los problemas de la vida nunca escapan de su control.
- 91 | Es buscado por otros debido a sus cualidades positivas. Sin síntomas
  
- 90 | Ausencia o síntomas mínimos (por ej. ansiedad ligera antes de un examen, buen funcionamiento en todas las áreas
- 81 | interesado e involucrado en un amplio rango de actividades, socialmente funcional, generalmente satisfecho con la vida, no más allá de problemas o cuestiones cotidianas, por ej. discusiones con los miembros de la familia)
  
- 80 | Si los síntomas presentes, son transitorios y reacciones esperadas ante situaciones psicosociales estresantes
- 71 | (Por ej. dificultad para concentrarse después de una discusión familiar), no más que un leve desarreglo en el funcionamiento social, ocupacional o escolar (por ej. fallas temporales o retrasos en el trabajo escolar)
  
- 70 | Algunos síntomas leves (por ej. afecto deprimido e insomnio leve) O alguna dificultad en el funcionamiento
- 61 | social, ocupacional o escolar (por ej. delincuencia ocasional o robos domésticos), pero generalmente tiene un buen funcionamiento, tiene relaciones interpersonales significativas
  
- 60 | Síntomas moderados (por ej. afectividad aplanada y pláticas circunstanciales, ataques de pánico ocasionales) O
- 51 | dificultad moderada en el funcionamiento social, ocupacional o escolar (por ej. pocos amigos, conflictos con los compañeros de trabajo)
  
- 50 | Síntomas graves (por ej. ideación suicida, rituales obsesivos graves, frecuentes hurtos en tiendas) O cualquier
- 41 | dificultad seria en el funcionamiento social, ocupacional o escolar por ej. no tener amigos, incapacidad para mantener un empleo).
  
- 40 | Algunas incapacidades en pruebas de realidad o comunicación (por ej. discursos a veces lógicos, oscuros o irrelevantes) O incapacidades mayores en algunas áreas, tales como relaciones familiares, laborales o escolares,
- 31 | juicio, pensamiento o afecto (Por ej. un hombre deprimido evita a los amigos, rechaza a la familia y es incapaz de trabajar; el niño frecuentemente golpea a los más pequeños, es desafiante en casa, y está fallando en la escuela).
  
- 30 | La conducta esta influenciada considerablemente por delirios, alucinaciones, o incapacidades graves en la
- 21 | comunicación o juicio (Por ej., algunas veces incoherente, actos considerablemente inapropiados, preocupaciones suicidas) O incapacidad para funcionar en todas las áreas (por ej. permanecer en cama todo el día; no tener empleo, casa ó amigos)
  
- 20 | Dañar o herirse a sí mismo o a otros (Por ej. intentos de suicidio sin clara conciencia de muerte,
- 11 | violencia frecuente, excitación maníaca) O fallas ocasionales para mantener higiene personal mínima (Por ej. esparcir heces fecales) O fuertes impedimentos en comunicación (por ej. evidentes incoherencias o periodos de mutismo)
  
- 10 | Daños persistentes y graves a sí mismo o a otros (violencia recurrente) O incapacidad persistente para
- 1 | mantener higiene personal mínima o actos de conducta de suicidio con clara conciencia de muerte.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



¿Trabaja actualmente?

EN CASO AFIRMATIVO: ¿Durante cuánto tiempo ha trabajado en su actual empleo?

SI TIENE MENOS DE 6 MESES:

¿Por qué abandono su antiguo empleo?

¿Ha realizado siempre esa clase de trabajo?

SI NO: ¿Por qué?

¿Qué clase de trabajo ha realizado siempre?

¿De qué se mantiene actualmente?

SI ES INDEFINIDO: ¿Ha habido algún periodo en su vida en que haya sido incapaz de trabajar o ir a la escuela?

EN CASO AFIRMATIVO:

¿Cuándo?

¿A que se debió?

**ANTECEDENTES DE PSICOPATOLOGIA. (LA HOJA DE SINOPSIS, PAGINA V DEL APARTADO DE EXPLORACION GENERAL, PUEDE EMPLEARSE PARA RESUMIR UNA HISTORIA COMPLEJA DE PSICOPATOLOGIA Y TRATAMIENTO)**

¿Ha consultado a alguien acerca de sus problemas afectivos o psiquiátricos?

Tratamiento por problemas afectivos con un profesional de la salud física o mental.

1 NO  
2 SI

109

EN CASO AFIRMATIVO: ¿Por qué motivo? ¿Qué tratamiento le dieron? ¿Qué medicamentos?

¿Hubo alguna (otra) ocasión en que usted o alguien más pensara en que debiera obtener ayuda por su manera de sentir o de actuar?

¿Ha recibido algún tratamiento por consumir drogas o alcohol?

¿Alguna vez ha sido paciente en un hospital psiquiátrico?

Número de hospitalizaciones previas (No incluye transferencias)

0  
1  
2  
3  
4  
5 (o más)

110

EN CASO AFIRMATIVO: ¿Por qué? ¿Cuántas veces?

SI LE DA UNA RESPUESTA INADECUADA, PREGUNTELE

CORTESMENTE: por el. ¿No fué por alguna otra razón? La gente no asiste a hospitales psiquiátricos sólo por estar cansada o nerviosa.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ECED-I/NP Version 2.0  
(para DSM-IV)

¿Ha estado usted en algún hospital por un tratamiento o problema médico?

---

---

EN CASO AFIRMATIVO: ¿Cuál fue el motivo?

---

---

Revisando toda su vida, ¿Cuándo ha sido el período en que ha estado más alterado o molesto?

---

---

(¿Por qué? Describa qué es lo que pasaba y como se sentía)

---

---

¿Cuándo se ha sentido mejor que nunca?

---

---

**PSICOPATOLOGIA DURANTE EL MES PASADO**

Ahora me gustaría preguntarle acerca del mes pasado ¿Cómo han sido las cosas para usted?

---

---

¿Ha sucedido algo que haya sido especialmente difícil para usted?

---

---

¿Qué hay acerca de las dificultades en el trabajo o con su familia?

---

---

¿Cómo ha estado su humor?

---

---

¿Qué hay acerca de su estado de salud física?

---

---

(¿Ha tenido algún problema médico?) USE ESTA INFORMACION PARA CODIFICAR EJE III.

(¿Toma algún medicamento o vitaminas actualmente?)

EN CASO AFIRMATIVO: ¿Qué cantidad de medicamento ha tomado y con qué frecuencia? ¿Ha habido algún cambio en la dosis que ha estado tomando?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

¿Qué tanto ha bebido (alcohol) en el mes pasado?

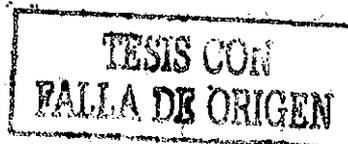
---

---

¿Se ha drogado en alguna ocasión (durante el mes pasado)? ¿Qué tal con marihuana, cocaína o alguna otra droga (por ej., drogas ilícitas de venta en la calle)?

---

---



ECED-I/NP Versión 2.0  
(para DSM-IV)

**FUNCIONAMIENTO SOCIAL ACTUAL**

¿Cómo ha estado disfrutando su tiempo libre?

---

---

¿Con quién pasa su tiempo libre?

---

**PROBABLE DIAGNOSTICO:**

---

---

---

**DIAGNOSTICO QUE REQUIERE  
DESCARTARSE:**

---

---

---

---

---

---

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**MODULO DE EXPLORACION DEL ECED (OPCIONAL)**

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas específicas acerca de problemas que pudo haber tenido usted. Más adelante le preguntaré detalladamente acerca de ellos.

**A LAS PREGUNTAS QUE SEAN REPONDIDAS AFIRMATIVAMENTE, EL ENTREVISTADOR DEBERA DECIR: "Más adelante hablaremos un poco más acerca de esto"**

1. ¿Ha habido alguna época en su vida en las que ha tomado cinco o más copas (cerveza, vino o licor) en una misma ocasión?
2. ¿Ha usado alguna vez drogas ilícitas de venta en la calle?
3. ¿Alguna vez ha tomado un medicamento prescrito por su médico, durante mucho más tiempo del que se supone que debería tomarlo?
4. ¿Alguna vez ha tenido ataques como de pánico, en los que se sentía repentinamente temeroso o ansioso o repentinamente tuvo muchos síntomas físicos?
5. ¿Alguna vez estuvo muy temeroso de salir fuera de casa solo, estar en una muchedumbre, estar esperando en una fila o viajando en autobús o tren?
6. ¿Hay alguna cosa que le haga sentir asustado o incómodo, como hablar, comer o escribir en frente de otras personas?
7. ¿Hay alguna otra cosa que le haga sentir especialmente asustado o incómodo, como volar, ver sangre, sufrir un disparo, las alturas, lugares cerrados o cierta clase de animales o insectos?

1  
Encierre con un círculo "NO" en E.1

2 3  
Encierre con un círculo "SI" en E.1

1  
Encierre con un círculo "NO" en E.9

2 3  
Encierre con un círculo "SI" en E.9

1  
Encierre con un círculo "NO" en E.9

2 3  
Encierre con un círculo "SI" en E.9

1  
Encierre con un círculo "NO" en F.1

2 3  
Encierre con un círculo "SI" en F.1

1  
Encierre con un círculo "NO" en F.6

2 3  
Encierre con un círculo "SI" en F.6

1  
Encierre con un círculo "NO" en F.9

2 3  
Encierre con un círculo "SI" en F.9

1  
Encierre con un círculo "NO" en F.12

2 3  
Encierre con un círculo "SI" en F.12

P1  
P2  
P3  
P4  
P5  
P6  
P7

1 = ausente o falso

2 = subumbral

3 = umbral o verdadero

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

8. ¿Alguna vez ha sido molestado por pensamientos sin sentido que vienen a su mente incluso cuando usted trata de no pensar en ellos?

1	2	3
Enclerre con un círculo "NO" en F.15	Enclerre con un círculo "SI" en F.15	

P8

9. ¿Alguna vez ha habido algo que tuviera que hacer una y otra vez y no pudiera resistir hacerlo, como por ejemplo lavar sus manos una y otra vez, contar hasta cierto número, o revisar algo muchas veces para asegurarse de que estaba bien hecho?

1	2	3
Enclerre con un círculo "NO" en F.16	Enclerre con un círculo "SI" en F.16	

P9

10. ¿En los últimos seis meses ha estado particularmente nervioso o ansioso?

1	2	3
Enclerre con un círculo "NO" en F.25	Enclerre con un círculo "SI" en F.25	

P10

11. ¿Ha habido alguna época en la que pesara mucho menos de lo que otras personas pensaban que debería usted pesar?

1	2	3
Enclerre con un círculo "NO" en H.1	Enclerre con un círculo "SI" en H.1	

P11

12. ¿Frecuentemente ha habido ocasiones en las que su ingesta de alimentos estuviera fuera de su control?

1	2	3
Enclerre con un círculo "NO" en H.3	Enclerre con un círculo "SI" en H.3	

P12

ESTRÉS CON  
FALLA DE ORIGEN

1 = ausente o falso

2 = subumbral

3 = umbral o verdadero

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**IMSOL**

A continuación encontrará una serie de afirmaciones que describen diversos sentimientos. Lea con atención cada una, e indique la frecuencia con la que experimenta tales sentimientos marcando con una cruz (X) en el espacio correspondiente. Por favor sea sincero(a) y espontáneo(a) al responder, y recuérde no dejar ninguna pregunta sin contestar.

AFIRMACION	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
1. Siento que mi pareja está conmigo solo en apariencia.					
2. Me siento cansado(a) de luchar por la vida.					
3. Me siento abandonado(a).					
4. Me siento incomprendido(a) por mi familia.					
5. Me siento desamparado(a).					
6. Me siento apartado(a) de mi familia.					
7. Me siento sólo(a).					
8. Me siento inseguro(a) acerca de mi futuro.					
9. Siento indiferencia por la gente.					
10. Me siento satisfecho(a) con mi vida sentimental.					
11. Siento plena confianza de llamar a mis amigos cuando quiero.					
12. No tengo una pareja que le dé sentido a mi vida.					
13. Siento que mi vida no tiene un propósito.					
14. Siento que la vida está llena de conflictos y tristezas.					
15. Siento que mi pareja me apoya incondicionalmente.					
16. Siento que no tengo amistades verdaderas.					
17. Disfruto poco de la vida.					
18. Cuento con el apoyo incondicional de mis amistades.					
19. Me siento como encerrado(a) en mi mismo(a).					
20. Me siento realmente unido(a) a mi familia.					
21. Me siento distante del cariño de mis amigos(as).					
22. Me siento triste.					
23. La soledad es mi única compañía.					
24. Siento que las relaciones que establezco son superficiales.					
25. Siento que mi familia desapueba mi manera de ser.					
26. Me siento rechazado(a).					
27. En el trabajo me siento a gusto con la gente que me rodea.					
28. Siento mi vida vacía.					
29. Siento vergüenza de confiar mis debilidades a otros.					
30. Me siento ajeno(a) a mis compañeros(as) de trabajo.					
31. Me siento vacío(a) de cariño.					
32. Siento que sólo cuento conmigo mismo(a).					
33. En mi trabajo no tengo un grupo al que me sienta integrado.					
34. Siento a mi pareja distante, aunque esté junto a mí.					
35. Siento que mi familia me apoya incondicionalmente.					
36. En el trabajo cuento con mucha gente que me apoya.					
37. Me siento insatisfecho(a) con mi vida.					
38. Me siento aislado(a).					
39. Me siento completamente aceptado(a) por mi pareja.					
40. La gente está alrededor de mí, pero no la siento conmigo.					
41. Me llevo bien con la gente que me rodea.					
42. Puedo encontrar compañía en el momento en que yo quiero.					
43. Siento que a nadie le interesa conocerme a fondo.					

AFIRMACION	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
44. Aunque tenga pareja me siento solo(a).					
45. Deseo tener gente a mi alrededor.					
46. Cuento con mucha gente que me acepta como soy.					
47. Cuento con mucha gente que me apoya.					
48. Siento que mi círculo de amistades es muy reducido.					
49. Disfruto estar en compañía de mucha gente.					
50. Siento que mis amigos(as) no aceptan mi forma de ser.					
51. Cuento con alguien a quien le platico mis problemas.					
52. Me esfuerzo por conseguir cariño sin encontrarlo.					
53. Creo que mi familia desconoce mis sentimientos.					
54. Oculto mis verdaderos sentimientos.					
55. Sonrío aunque me sienta triste.					

**IMSOL-A**

Ahora considere que todos hemos estado o nos hemos sentido alguna vez solos(as). Nos interesa conocer el modo en el que usted se enfrenta a la soledad. Por favor marque con una cruz (X) la opción que indique la frecuencia con la que usted utiliza las siguientes estrategias para afrontar la soledad. Por favor, responda a todas las afirmaciones que se le presentan.

CUANDO ME SIENTO SOLO(A),	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
1. Me digo a mi mismo(a) que la soledad es solo una fantasía.					
2. Me entristezco sin ocultarlo.					
3. Escuho música.					
4. Vivo mi soledad diciéndome que puedo aguantarla.					
5. Hago más oración o rezo con más fervor.					
6. Acepto que mi soledad es real y tiene su razón de ser.					
7. Actúo como si no me hubiera sentido solo(a).					
8. Busco a alguien que me ayude a eliminar mi soledad.					
9. Me pongo triste.					
10. Busco aventuras sexuales para pasar el rato.					
11. Busco que alguien me guíe sobre qué hacer con mi soledad.					
12. Veo televisión para desentenderme de mi sentimiento.					
13. Tomo licor para evitar pensar en mi soledad.					
14. Fumo más.					
15. Le entrego a Dios mi soledad.					
16. Como más.					
17. Acepto sin oponerme lo que me produjo soledad.					
18. Trato de madurar como persona.					
19. Busco el cariño de mi familia.					
20. Salgo a distraerme.					
21. Recuerdo cosas o situaciones agradables.					
22. Pongo mi confianza en Dios.					
23. Busco otras actividades para olvidarme de este sentimiento.					
24. Imagino cosas diferentes a este sentimiento.					
25. Busco a alguien para platicarle lo que siento.					
26. Busco trabajar más.					
27. Dejo que mis sentimientos salgan.					
28. Trato de ordenar mis sentimientos.					

CUANDO ME SIENTO SOLO(A),	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
29. Busco la guía de mi religión.					
30. Aprendo a vivir con este sentimiento.					
31. Analizo la situación para saber que me produjo soledad.					
32. Tomo pastillas para desconectarme de mi soledad.					
33. Busco a personas que vivan solas para que me aconsejen.					
34. Trato de encontrar consuelo en mi religión.					
35. Bebo (licor) para olvidarme de este sentimiento.					
36. Trato de obtener alguna enseñanza de mi soledad.					
37. Me hago a la idea de que lo que sucedió fue lo mejor.					
38. Leo más.					
39. Me niego a sentirme solo(a).					
40. Expreso todo lo que siento.					
41. Reflexiono sobre mi vida.					
42. Me meto en mi soledad hasta tocar fondo.					
43. Busco la ayuda de Dios.					
44. Busco el afecto de mis amigos(as).					
45. Busco a alguien que me consuele.					
46. Hablo con alguien que me ayude a eliminar mi soledad.					
47. Me deprimó.					
48. Me digo a mi mismo que estoy realmente acompañado.					
49. Platico de mis sentimiento con alguien que me comprenda.					
50. Duermo más.					
51. Procuero aprender más de mi mismo.					
52. Disimulo mi tristeza.					
53. Como menos.					
54. Tomo fármacos que me avuden a dormir.					
55. Me digo que mi soledad es una mentira.					
56. Llora.					

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## PANAS

Esta escala consiste en una serie de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Lea cada palabra y marque en el espacio correspondiente la respuesta apropiada para usted. Indique como se ha sentido usted durante **LAS ULTIMAS SEMANAS**. Utilice la siguiente escala para registrar sus respuestas.

1	2	3	4	5
<b>Muy poco o nada</b>	<b>Algo</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremadamente</b>

**Ejemplo:** Si se presenta la palabra *triste*, y en **LAS ULTIMAS SEMANAS** usted se ha sentido extremadamente triste, entonces registrará su respuesta con el número 5: Triste: 5

motivado	_____	irritable	_____
molesto (a disgusto)	_____	alerta	_____
emocionado	_____	avergonzado	_____
de malas	_____	inspirado	_____
firme	_____	nervioso	_____
culpable	_____	decidido	_____
temeroso	_____	estar atento	_____
agresivo	_____	inquieto	_____
entusiasmado	_____	activo	_____
estar orgulloso	_____	inseguro	_____

Esta escala consiste en una serie de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Lea cada palabra y marque en el espacio correspondiente la respuesta apropiada para usted. Indique como se siente **GENERALMENTE**, esto es, como se siente regularmente. Utilice la siguiente escala para registrar sus respuestas.

1	2	3	4	5
<b>Muy poco o nada</b>	<b>Algo</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremadamente</b>

**Ejemplo:** Si se presenta la palabra *triste*, y en **GENERAL O REGULARMENTE** usted se siente extremadamente triste, entonces registrará su respuesta con el número 5: Triste: 5

motivado	_____	irritable	_____
molesto (a disgusto)	_____	alerta	_____
emocionado	_____	avergonzado	_____
de malas	_____	inspirado	_____
firme	_____	nervioso	_____
culpable	_____	decidido	_____
temeroso	_____	estar atento	_____
agresivo	_____	inquieto	_____
entusiasmado	_____	activo	_____
estar orgulloso	_____	inseguro	_____

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**BDI**

Este cuestionario cuenta con 21 grupos de enunciados. Después de leer cuidadosamente los cuatro enunciados correspondientes a cada grupo marque el número (0,1,2 ó 3) que se encuentre junto al enunciado de cada grupo que **mejor** describa la manera como usted se ha sentido durante **la última semana, incluyendo el día de hoy**. Si considera que dentro de un mismo grupo de enunciados varias pueden aplicarse de la misma manera circule cada uno de ellos. **Asegúrese de leer todos los enunciados de cada grupo antes de elegir su respuesta.**

1.                    0. No me siento triste.  
                          1. Me siento triste.  
                          2. Me siento triste todo el tiempo.  
                          3. Me siento tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.
  
2.                    0. No me encuentro particularmente desanimado con respecto a mi futuro.  
                          1. Me siento más desanimado que antes con respecto a mi futuro.  
                          2. No espero que las cosas me resulten bien.  
                          3. Siento que mi futuro no tiene esperanza y que seguiré empeorando.
  
3.                    0. No me siento como un fracasado.  
                          1. Siento que he fracasado mas de lo que debería.  
                          2. Cuando veo mi vida hacia atrás, lo único que puedo ver son muchos fracasos.  
                          3. Siento que como persona soy un fracaso total.
  
4.                    0. Obtengo tanto placer como siempre de las cosas que me gustan.  
                          1. No disfruto tanto de las cosas como antes.  
                          2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.  
                          3. No siento placer con las cosas que solía disfrutar.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

5.
  0. No me siento particularmente culpable.
  1. Me siento culpable con respecto a muchas cosas que he hecho o debía de hacer.
  2. Me siento bastante culpable casi todo el tiempo.
  3. Me siento culpable todo el tiempo.
  
6.
  0. No siento que esté siendo castigado.
  1. Siento que tal vez seré castigado.
  2. Espero ser castigado.
  3. Siento que estoy siendo castigado.
  
7.
  0. Me siento igual que siempre acerca de mí mismo.
  1. He perdido confianza en mí mismo.
  2. Estoy desilusionado de mí.
  3. No me agrado.
  
8.
  0. No me critico ni me culpo más de lo usual.
  1. Soy más crítico de mí mismo de lo que solía ser.
  2. Me siento crítico por todas mis fallas y errores.
  3. Me culpo por todo lo malo que sucede.
  
9.
  0. No tengo ningún pensamiento acerca de matarme.
  1. Tengo pensamientos de matarme, pero no los llevaría a cabo.
  2. Me gustaría matarme.
  3. Me mataría si tuviera la oportunidad.
  
10.
  0. No lloro más de lo usual.
  1. Ahora lloro más que antes.
  2. Ahora lloro por cualquier cosa.
  3. Siento ganas de llorar pero no puedo.
  
11.
  0. No me siento más tenso de lo usual.
  1. Me siento más inquieto o tenso de lo usual.
  2. Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta trabajo estar quieto.
  3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar moviéndome o haciendo algo constantemente.

12.                   0. No he perdido interés en otras personas o actividades.  
                          1. Ahora me encuentro menos interesado que antes en otras personas o actividades.  
                          2. He perdido la mayor parte de mi interés en otras personas o actividades.  
                          3. Me resulta difícil interesarme en cualquier cosa.
13.                   0. Puedo tomar decisiones casi tan bien como siempre.  
                          1. Me resulta más difícil tomar decisiones ahora que antes.  
                          2. Ahora tengo mucho mayor dificultad para tomar decisiones que antes.  
                          3. Me cuesta trabajo tomar cualquier decisión.
14.                   0. No me siento devaluado.  
                          1. No me siento tan valioso o útil como antes.  
                          2. Me siento menos valioso comparado con otros.  
                          3. Me siento francamente devaluado.
15.                   0. Tengo tanta energía como siempre.  
                          1. Tengo menos energía de la que solía tener.  
                          2. No tengo suficiente energía para hacer gran cosa.  
                          3. No tengo suficiente energía para hacer nada.
16.                   0. No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.  
                          1a. Duermo mas de lo usual.  
                          1b. Duermo menos de lo usual.  
                          2a. Duermo mucho mas de lo usual.  
                          2b. Duermo mucho menos de lo usual.  
                          3a. Duermo la mayor parte del día.  
                          3b. Me despierto 1 ó 2 horas mas temprano y no puedo volver a dormir.
17.                   0. No estoy más irritable de lo usual.  
                          1. Estoy más irritable de lo usual.  
                          2. Estoy mucho más irritable de lo usual.  
                          3. Estoy irritable todo el tiempo.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

18.           0. No he sentido ningún cambio en mi apetito.  
              1a. Mi apetito es menor que lo usual.  
              1b. Mi apetito es mayor que lo usual.  
              2a. Mi apetito es mucho menor que antes.  
              2b. Mi apetito es mucho mayor que antes.  
              3a. No tengo nada de apetito.  
              3b. Me despierto 1 ó 2 horas mas temprano y no me  
                  puedo volver a dormir.
19.           0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.  
              1. No puedo concentrarme tan bien como siempre.  
              2. Me resulta difícil concentrarme en algo durante  
                  mucho tiempo.  
              3. No puedo concentrarme en nada.
20.           0. No estoy mas cansado ó fatigado de lo usual.  
              1. Me canso ó fatigo más fácilmente que antes.  
              2. Estoy demasiado cansado ó fatigado para hacer  
                  cosas que solía hacer.  
              3. Estoy demasiado cansado ó fatigado para hacer  
                  la mayoría de las cosas que solía hacer.
21.           0. No he notado ningún cambio reciente en mi  
                  interés en el sexo.  
              1. Me encuentro menos interesado en el sexo ahora.  
              2. Me encuentro mucho menos interesado en el sexo  
                  ahora.  
              3. He perdido completamente el interés en el sexo.

TOTAL: \_\_\_\_\_

EPS

**I. CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA/MUERTE.**

1. Deseo de vivir.
  0. Moderado a fuerte
  1. Poco (Débil)
  2. Ninguno (No tiene)
2. Deseo de morir.
  0. Ninguno (No tiene)
  1. Poco (Débil)
  2. Moderado a fuerte
3. Razones para vivir/Morir
  0. Vivir supera a morir
  1. Equilibrado (Es igual)
  2. Morir supera a vivir
4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo
  0. Ninguno (Inexistente)
  1. Poco (Débil)
  2. Moderado a fuerte
5. Deseo pasivo de suicidio
  0. Tomaría precauciones para salvar su vida
  1. Dejaría la vida/muerte a la suerte
  2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida

**II. CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS DE SUICIDIO**

6. Duración.
  0. Breves, periodos pasajeros
  1. Periodos largos
  2. Continuos (crónicos), casi continuos
7. Frecuencia.
  0. Rara, ocasionalmente
  1. Intermitente
  2. Persistentes, continuos
8. Actitud hacia los pensamientos/deseos.
  0. Rechazo
  1. Ambivalente, indiferente
  2. Aceptación
9. Control sobre la acción/deseo de suicidio.
  0. Tiene sentido de control
  1. Inseguridad de control
  2. No tiene sentido de control
10. Razones ó motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad ó fallar).
  0. No lo intentaría porque algo lo detiene
  1. Cierta duda hacia los intereses que lo detienen
  2. Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen. Indicar que factores tienen: \_\_\_\_\_

TESTS CON  
FALLA DE ORIGEN

11. Razones para pensar/desear el intento suicida.
0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza
  1. Combinación de 0-2
  2. Escapar, acabar, salir de problemas

### III. CARACTERISTICAS DEL INTENTO

12. Método: Especificidad/oportunidad de pensar en el intento.
0. Sin considerar
  1. Considerado, pero sin elaborar los detalles
  2. Detalles elaborados / bien formulados
13. Método: Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento.
0. Método no disponible, no oportunidad
  1. Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente
  2. Método y oportunidad disponible
14. Sensación de capacidad para llevar a cabo el intento.
0. Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente
  1. No está seguro de tener valor
  2. Está seguro de tener valor
15. Expectativa/anticipación de un intento real.
0. No
  1. Sin seguridad, sin claridad
  2. Si

### IV. ACTUALIZACION DEL INTENTO

16. Preparación real.
0. Ninguna
  1. Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos)
  2. Completa
17. Nota suicida.
0. Ninguna
  1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar
  2. Escrita. Terminada
18. Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos).
0. No
  1. Sólo pensados, arreglos parciales
  2. Terminados
19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida.
0. Revela las ideas abiertamente
  1. Revela las ideas con reserva
  2. Encubre, engaña, miente
20. Intentos de suicidio anteriores.
0. No
  1. Uno
  2. Más de uno