Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental

Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón De la Fuente Muñiz

"VALIDEZ CONCURRENTE DE TRES INSTRUMENTOS CLINIMÉTRICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA: MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL MODULO DE RIESGO DE SUICIDIO, ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK Y LA NUEVA ESCALA DE ESTIMACIÓN DE RIESGO SUICIDA (SENTÍES H /ZAMUDIO M)."

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA PRESENTA:

MIGUEL JOSÉ ZAMUDIO SEVERINO

TUTOR TEÓRICO: DR. HÉCTOR SENTÍES CASTELLÁ

TUTOR METODOLÓGICO: ING. JOSÉ FRANCISCO CORTES SOTRES

MÉXICO D.F. 19 DE JUNIO DEL 2009

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

TABLA DE CONTENIDOS

Marco teórico 4

Justificación 29

Objetivos 30

Hipótesis 30

Diseño 30

Método 31

Muestra, Criterios de inclusión, exclusión y eliminación 31

Instrumentos de medición 35

Procedimiento 37

Análisis de datos 38

Resultados 39

Discusión 61

Conclusiones 72

Referencias 74

Anexo de instrumentos de medición y recolección de datos 79

AGRADECIMIENTOS

A mis padres: Dr. Miguel Zamudio y Sra. Leticia Severino

A mis hermanos: Dr. Gustavo Zamudio y Maestra Milene Zamudio

A mi eterna compañera Faby

A mis maestros: Dr. Héctor Sentíes, Ing. José Cortes, Dra. Martha Ontiveros

A los pacientes

A mis amigos y compañeros

A mis enemigos

A aquellas personas que por alguno u otro motivo hoy no están y han sido parte importante de mi vida

A Dios.

MARCO TEORÍCO

El termino *suicidio* deriva del latín *Sui: así mismo* y *Caedere: matar*, lo cual se traduciría como *autoasesinato* o *matarse a si mismo.*

El suicidio puede entenderse desde diferentes perspectivas: desde la perspectiva religiosa, filosófica y sociológica, hasta la psicológica y biológica. El suicidio ha existido desde el principio de la historia y las actitudes frente a él han variado desde la condena hasta la tolerancia, según la época y la cultura. En las antiguas culturas orientales el suicidio constituía, y en algunos casos todavía constituye, una manera honorable de morir y salvaguardar el honor tan preciado en estas. En el *harakiri* encontramos un buen exponente de lo anterior. Aun hoy día, un importante número de asociaciones religiosas y –o- políticas encuentran en el suicidio, así como en diversos actos suicidas y parasuicidas, una excelente vía para la consumación de su ideales y objetivos. Por otra parte la tradición judeo-cristiana ha mantenido que la vida es un don de Dios y que está estrictamente prohibido ponerle fin. Estas influencias siguen existiendo y es posible que contribuyan a una menor tasa de suicidio en los países tradicionalmente católicos como Italia, España e Irlanda. Fue a partir del siglo XIX cuando se perdió ese sentido de socialización, inserto en la ritualidad. La sociedad emergente rechazó aquel paradigma medieval. La muerte fue liberada y pasó al dominio privado, el cadáver era velado en la casa, sepultado en familia, y en ese sentido la muerte pasó a depender cada vez más de la voluntad del individuo. De este modo, la sociedad occidental se había desvinculado de la muerte y del suicidio en particular. El suicidio era, tiempo atrás en occidente, algo vergonzoso para la familia; era sinónimo de debilidad, de enfermedad, de conducta inadecuada y por ello pocos o casi nadie lo daban a conocer. Actualmente las cosas son distintas, ya que este acto se ve como un síntoma de enfermedad y se acepta, se denuncia, lo que ha aumentado las cifras de manera alarmante. Es un problema en el que parece haber consenso entre sociólogos, sicólogos, psiquiatras, antropólogos y demógrafos, cuando lo consideran

como un rasgo de la modernidad, uno de los males del siglo. En base a lo anterior en la sociedad occidental el suicidio no es visto como un acto al azar ni carente de sentido. Por el contrario, es una salida para un problema o una crisis que provoca invariablemente un intenso sufrimiento. Más recientemente, la filosofía laica ha influido en la forma cómo se considera el suicidio en nuestra sociedad. El sociólogo francés Emile Durkheim en su obra *El suicidio* (1897), señala que los suicidios son fenómenos individuales, que responden esencialmente a causas sociales. Las sociedades presentan ciertos síntomas patológicos, ante todo la integración o regulación social ya sea excesiva o insuficiente del individuo en la colectividad. Por tanto el suicidio sería un hecho social. Durkheim comienza su estudio en 1835 con una definición de suicidio como: *Todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma, y que, según ella sabia, debía producir este resultado*. Ejemplo de un acto positivo: dispararse en la cabeza; ejemplo de un acto negativo: rehusar a ingerir cualquier medicina hasta dejarse morir. Durkheim distingue cuatro clases de suicidios: el suicidio egoísta típico de sociedades deficientes o carencia de integración social, el suicidio anómico característico de falta de regulación social (anomia), o sea, las normas sociales no son interiorizadas como propias por parte del individuo, el suicidio fatalista cuando existe un alto grado de regulación social y suicidio altruista característico de sociedades con alto grado de integración social.

El respeto a la voluntad y los derechos del individuo ha llevado a considerar el suicidio como un acto racional, una elección de la muerte frente al dolor. Esta perspectiva ha llevado a la aparición de movimientos que apoyan el suicidio como un derecho de los pacientes terminales, llegando incluso a la eutanasia. En varios estados norteamericanos, el referéndum ha revocado esta cuestión, aunque por un estrecho margen, lo que refleja un apoyo creciente por gran parte de la sociedad. El aspecto crítico que debe afrontar el psiquiatra clínico es que el suicidio sea un acto «racional». ¿Puede constituir un acto racional en una persona que padece una enfermedad psiquiátrica? La inmensa mayoría de los suicidios,

más del 90%, se dan en sujetos que presentan trastornos psiquiátricos en el momento de cometer el acto (Black y Winokur, 1990; E. Robins, 1959). Según Edwin Shneidman, el suicidio se asocia a necesidades frustradas o insatisfechas, a sentimientos de desesperanza y de indefensión, a conflictos ambivalentes entre supervivencia y estrés insoportable, a una percepción de escasas opciones y a una necesidad de huir; el suicida emite señales de aflicción. Como Kay Redfield Jamison dijo: *El sufrimiento del suicida es privado e inexpresable, y deja a los familiares, amigos y colegas con una sensación de pérdida inconmensurable y también de culpa. El suicidio deja tras de sí una secuela de confusión y de devastación casi siempre indescriptible.*

Epidemiologia y factores demográficos

El conocimiento de los factores demográficos y epidemiológicos implicados en el suicido es indispensable para que el clínico pueda llevar a cabo la evaluación del paciente suicida. El suicidio constituye la novena causa de muerte más importante en Estados Unidos, con 30.000 fallecimientos cada año. Esta tasa es de casi el 11,6 por cada 100.000 habitantes. A pesar de los programas de prevención del suicidio, el aumento de la capacidad de detección de la depresión, la hospitalización y los avances en los tratamientos biológicos de la depresión, la tasa *global* de suicidio no se ha modificado en las últimas décadas: sigue siendo de 11-12 por cada 100.000 habitantes [Sainsbury, 1986; Stevenson, 1988] (12). Uno de los escasos factores que se han identificado y se correlacionan con la tasa global de suicidio es la disponibilidad de medios para cometerlo. Esta correlación se demostró por primera vez en Inglaterra a principios del siglo XX: cuando se redujo la toxicidad producida por el gas de consumo doméstico, la tasa de suicidios disminuyó paralelamente. La disponibilidad de armas de fuego también parece correlacionarse con el riesgo de suicidio. En un estudio reciente realizado en cinco condados de Nueva

York, [Marzuk, 1992a] (12) se demostro que las diferencias en el riesgo global de suicidio entre los condados se explicaban por las diferencias en la disponibilidad de medios letales para lesionarse. Aunque la tasa global de suicidio ha permanecido constante a lo largo de las últimas décadas, han cambiado las tasas entre los diferentes subgrupos de edad, sexo y raza. El aumento tan divulgado del suicidio entre los adolescentes y los jóvenes parece compensarse con una disminución en los adultos de mayor edad [L. N. Robins y Kulbok, 1988] (12); sin embargo, las tasas de suicidio entre los ancianos siguen siendo elevadas. Las tasas en las mujeres blancas y negras son relativamente constantes y bajas con respecto a las de los varones. En los varones negros, la tasa es máxima entre los 20 y los 40 años, luego disminuye y vuelve a aumentar después de los 75 años. Finalmente, y de forma sorprendente, la elevada tasa de suicidios consumados en los hombres blancos, que es inicialmente máxima entre los 20 y los 40 años, se estabiliza entre los 40 y los 65 años, y después vuelve a subir rápidamente. La tasa de suicidios es muy elevada en los varones blancos a partir de los 85 años (50 suicidios por cada 100.000 habitantes). Los pacientes de menos de 45 años tienen un riesgo bajo en comparación con los de edad superior a los 45 años; las mujeres presentan un riesgo bajo con respecto a los varones. En cuanto al origen étnico del individuo, numerosos estudios demuestran que los caucasianos tienen el riesgo más elevado de suicidio, seguidos de los indios americanos, los afroamericanos, los hispanos americanos y los asiáticos americanos. Los pacientes que viven acompañados o que están casados presentan un riesgo menor con respecto a los pacientes que viven solos, están divorciados o son viudos. La buena salud se correlaciona con un riesgo bajo y la mala salud con un riesgo elevado. La incidencia de suicidios varía según la región geográfica de Estados Unidos, siendo la región del Atlántico medio la que tiene las tasas más bajas en comparación con los estados montañosos del oeste. A pesar de que esta variación puede tratarse de un artefacto y ser el reflejo de las diferencias en las estadísticas y en el número de autopsias realizadas, tales diferencias son sorprendentes: 18,4 por 100.000 habitantes en la región del Atlántico

medio frente a 32,2 por 100.000 habitantes en los estados montañosos del oeste de Estados Unidos. Desde una perspectiva internacional, la tasa de suicidio en Estados Unidos se encuentra dentro del promedio mundial y es análoga a la de países como Gran Bretaña y Canadá. Alemania, Escandinavia, Europa del Este y Japón tienen las tasas más elevadas, mientras que las tasas más bajas, como ya se ha mencionado, se encuentran en los países tradicionalmente católicos (Italia, España e Irlanda) [Sainsbury, 1986] (12). En México el porcentaje de muertes por suicidio con respecto al total de muertes violentas ha aumentado en los últimos 10 años de tal manera que en el año de 1995 este consistía el 5.1% para en el año 2005 constituir el 8.1 % según el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). En el año 2006 el INEGI publico en las estadísticas de intentos de suicidio y suicidios lo siguiente: en el año 2003 se consumaron un total de 3327 suicidios, en el año 2004 3324 y en el año 2005 3553. (20)

Parasuicidio

El comportamiento autodestructivo y las tentativas de suicidio no fatales, aunque difíciles de clasificar, se han englobado en el concepto de *parasuicidio*. Es importante distinguir entre parasuicidio y suicidio consumado: los pacientes parasuicidas generalmente admiten que los medios utilizados no son letales y presentan características diferenciadas de aquellos con un comportamiento suicida letal. Moscicki en 1989 (12) refirió que la tasa anual de intentos de suicidio hallada en el estudio Epidemiologic Catchment Area (ECA) del National Institute of Mental Health (NIMH) superaba los 18.000 habitantes en Estados Unidos. Pese a que las tasas variaban según las comunidades estudiadas, la tasa global fue del 0,3%. Extrapolando a partir de la tasa de suicidios consumados (12 por 100.000 habitantes), se estima que se dieron aproximadamente 23 intentos por cada suicidio consumado. Los

intentos son más frecuentes en las mujeres, mientras que la consumación es más probable en los varones. Las tentativas son más frecuentes en los jóvenes (con menos de 35 años), mientras que la consumación es más frecuente en personas de edad avanzada (a partir de los 60 años). Los métodos de las tentativas tienden a ser de baja letalidad (p. ej., el conocido intento de ingerir un número de pastillas inferior a la dosis mortal o las laceraciones en la muñeca) en comparación con métodos altamente letales, como las armas de fuego o el ahorcamiento. El entorno también diferencia las tentativas de las consumaciones. El paciente que lleva a cabo el intento de suicidio en su casa o en otro lugar donde puede ser descubierto contrasta con el paciente que escoge un entorno aislado en el que las posibilidades de rescate son escasas. El método y el entorno son muy importantes para determinar la relación imaginaria del riesgo de rescate: cuanto mayor es la relación, más grave y potencialmente mortal es el intento. Finalmente, se ha observado que determinados diagnósticos psiquiátricos en pacientes suicidas se asocian con la tentativa o a la consumación. Los pacientes suicidas con trastornos adaptativos y de la personalidad (sobre todo los trastornos de personalidad del grupo B) son más propensos a realizar tentativas no mortales, mientras que los potenciales suicidas con trastornos del estado de ánimo, psicosis y problemas de abuso de sustancias tienden a consumarlo. No puede olvidarse la importancia del parasuicidio, ya que el 10% de los sujetos que realizan tentativas de suicidio finalmente acaban consumando el acto.

Suicidio y trastornos psiquiátricos

Además de describir los factores sociales implicados en el suicidio, los estudios epidemiológicos han demostrado que la inmensa mayoría de los suicidios consumados se dan en pacientes con enfermedades psiquiátricas identificables. En el estudio clásico de E. Robins en 1959 (12) se demostró

que el 94% de los sujetos que consumaron el suicidio padecían un trastorno psiquiátrico, fundamentalmente de carácter afectivo o alcoholismo. Más recientemente Black y Winokur en 1990 (12) hallaron resultados similares basados en una revisión de estudios sobre suicidios consumados: el 90% de los sujetos que habían cometido suicidio presentaba un trastorno psiquiátrico en el momento de su muerte. Un pequeño porcentaje de suicidios se dan en personas que han sufrido la pérdida de un ser querido, un desastre económico o una pérdida de estatus social. También existe una alta incidencia de suicidios en pacientes no psiquiátricos con enfermedades terminales (p. ej., cáncer), pero sólo explican el 5% del total de suicidios. La inmensa mayoría se da en pacientes con trastornos psiquiátricos que, probablemente en muchos casos pueden ser tratados.

Suicidio y trastornos del estado de ánimo. Los trastornos del estado de ánimo constituyen la categoría diagnóstica más frecuente entre las personas que se suicidan. Los estudios muestran que la presencia de estos trastornos en los sujetos suicidas varía entre el 45 y el 77% [Barraclough, 1974; E. Robins, 1959] (12). Se estima que aproximadamente el 15% de los pacientes con trastornos del estado de ánimo acabarán consumando el suicidio [Sainsbury, 1986ª] (12). Sin embargo, muchos de los estudios que apoyan este porcentaje combinan depresión unipolar y bipolar. En una revisión de 30 estudios de pacientes con depresión, incluyendo la «depresión neurótica» (actualmente englobada en la categoría del trastorno distímico), Miles en 1977 (12) concluyó que el 15% de los pacientes acababa consumando el suicidio. La tasa de suicidio entre los sujetos con trastorno distímico es difícil de estimar, dada la heterogeneidad del diagnóstico y la dificultad en aplicar esta nueva clasificación a los estudios previos sobre los trastornos afectivos. Sin embargo, se ha estudiado otro subtipo de depresión —la depresión psicótica— en relación con el riesgo de suicidio. Los pacientes con características de depresión delirante presentan un riesgo de suicidio 5 veces superior a los pacientes con otros trastornos del estado de ánimo [Roose, 1983] (12). Los primeros 3 meses tras el inicio de un episodio depresivo mayor y los primeros 5

años después del inicio de un trastorno depresivo mayor constituyen el período de mayor riesgo para las tentativas de suicidio, independientemente de la gravedad o de la duración de la depresión. Los factores familiares y genéticos, las experiencias tempranas de pérdidas y el alcoholismo comórbido pueden ser factores causales [Malone, 1995] (12). Se ha observado que la tasa de consumación del suicidio asociado al trastorno bipolar no tratado alcanza hasta el 20% [Goodwin y Jamison, 1990] (12). Otro estudio [Winokur y Tsuang, 1975] (12) examinó las diferencias en el riesgo de los pacientes con trastorno bipolar y aquéllos con trastorno unipolar. En un seguimiento de 30 a 40 años de 76 pacientes con trastorno bipolar y de 182 con trastorno unipolar, las tasas de suicidio fueron del 8,5 y del 10,6%, respectivamente. La mayoría de los autores coinciden al considerar que el factor predisponente no es el propio estado maníaco, sino la presencia de depresión que acompaña el estado bipolar mixto. La experiencia clínica sugiere que el estado bipolar mixto se asocia a un riesgo especialmente elevado de suicidio debido a la peligrosa combinación de un estado muy disfórico y un grado muy elevado de energía y perturbación. Asimismo, el grupo de pacientes con trastorno bipolar II se asocia frecuentemente con el suicidio [Goldring y Fieve, 1984] (12). En ausencia de una manía evidente, cabe la posibilidad de no diagnosticar el trastorno bipolar II del paciente, negándole involuntariamente la administración de eutimizantes; en consecuencia, los ciclos persistentes y la labilidad afectiva pueden predisponerle al suicidio. En resumen, aproximadamente entre el 15-20% de los pacientes con trastornos del estado de ánimo cometen suicidio, lo que convierte estos trastornos en una de las enfermedades médicas más letales. Numerosos estudios que apoyan estas conclusiones se basan en resultados epidemiológicos extraídos de una mezcla de poblaciones tratadas y no tratadas. Aunque existen escasos datos acerca de la tasa de suicidios en la población que recibe tratamiento, la experiencia clínica sugiere que es significativamente inferior al 15%. Por ejemplo, en el NIMH Collaborative Program on the

Psychobiology of Depression [Fawcett, 1990] (12) la tasa de suicidio consumado fue solamente del 3% durante 10 años.

Suicidio y ansiedad. Uno de los hallazgos más importantes de los últimos años es que la ansiedad, y concretamente las crisis de angustia, constituye un factor de riesgo de suicidio importante a corto plazo. Fawcett en 1990 (12) refirió los resultados de un seguimiento de 10 años del NIMH Collaborative Program on the Psychobiology of Depression. La muestra estaba formada por 954 pacientes con trastornos afectivos mayores. Los autores subrayaron nueve factores que correlacionaban con el suicidio. Seis de ellos lo hicieron con el suicidio durante el primer año de seguimiento: crisis de angustia, ansiedad psíquica grave, disminución de la concentración, insomnio generalizado, abuso del alcohol y anhedonía. Estos factores, incluyendo la posibilidad de utilizar el alcohol como automedicación para la ansiedad, demostraron la importancia de los síntomas de ansiedad como marcadores del riesgo de suicidio a corto plazo. Los tres factores restantes que correlacionaban con el suicidio después del primer año de seguimiento, en los 9 años posteriores del estudio, ya se habían identificado en otros trabajos: antecedentes de tentativas de suicidio, ideación suicida y desesperanza. Estos hallazgos tienen una gran importancia clínica porque pueden ser modificados, lo que subraya a su vez la importancia de que los pacientes con trastornos del estado de ánimo reciban un tratamiento agresivo para su ansiedad, la angustia y el insomnio. Weissman en 1989 (12), en el análisis de su renombrado estudio ECA realizado con 18.011 adultos de Estados Unidos, encontraron que el 20% de los sujetos con trastorno de angustia y el 12% de los sujetos con crisis de angustia habían realizado tentativas de suicidio. Estos resultados no pudieron explicarse por la coexistencia de depresión o abuso de sustancias. Otros investigadores han puesto en tela de juicio la significación de dichos hallazgos. En un estudio retrospectivo con pacientes ambulatorios, Beck en 1991 (12) hallo solamente una tentativa de suicidio entre 151 pacientes con trastorno de angustia. Friedman en 1996 y Henriksson en 1996 (12) no encontraron que el trastorno de

angustia comórbido fuera frecuente en los suicidios consumados. En las personas con trastorno de angustia, el suicidio se asocia a depresión mayor superpuesta, al abuso de sustancias y a trastornos de la personalidad. Las diferencias entre estos estudios y el de Weissman y cols., pueden tener relación con el tipo de muestra, clínica o comunitaria. Son necesarios más estudios para determinar los subgrupos específicos de pacientes con trastorno de angustia que presentan un mayor riesgo de suicidio. Por el momento, si se consideran los hallazgos ya mencionados junto con los de Fawcett, debe señalarse que los pacientes con ansiedad grave y crisis de angustia tienen un riesgo superior de suicidio, y el clínico debe estar alerta ante esta posibilidad.

Suicidio y dependencia de sustancias. La dependencia de sustancias, ya sea del alcohol o de drogas de abuso, aumenta hasta cinco veces el riesgo de suicidio en un paciente. Es importante señalar que, aunque el alcohol es la sustancia con mayor prevalencia en este grupo diagnóstico, la mayoría de los suicidios se dan en aquellas personas que abusan de múltiples sustancias. Después de los trastornos del estado de ánimo, la dependencia de sustancias constituye el diagnóstico más frecuente realizado en las personas que cometen suicidio [Marzuk y Mann, 1988] (12). Aproximadamente el 25% de los sujetos que se suicidan en Estados Unidos presentan alcoholismo [Murphy y Wetzel, 1990] (12). Sin embargo, el abuso simultáneo de varias sustancias se asocia todavía más con el suicidio. En el San Diego Suicide Study [Rich, 1986] (12) se identificó un abuso mixto de sustancias en el 67% de los suicidios consumados en los jóvenes y en los adultos jóvenes, y en el 46% de los suicidios en los adultos mayores de 30 años. En los últimos años, la prevalencia del consumo de cocaína en forma de crack ha aumentado de forma muy importante, con el consiguiente aumento de los suicidios relacionados con su abuso. En un estudio reciente sobre suicidios consumados en la ciudad de Nueva York, 1 de cada 5 individuos había consumido cocaína en los días previos al suicidio [Marzuk, 1992] (15). Existen algunas características generales en las personas con dependencia de sustancias que cometen suicidio. Tienden a ser varones

jóvenes que consumen *simultáneamente* alcohol y otras sustancias, con antecedentes de sobredosis y trastornos psiquiátricos comórbidos, especialmente trastornos depresivos. Aunque el suicidio en personas que abusan de sustancias aparece tras muchos años de evolución de la enfermedad, tiende a darse de forma brusca, a menudo en las 6 primeras semanas de una pérdida interpersonal. Roy en 1990 (12) estudio a 298 sujetos alcohólicos que habían intentado suicidarse sin conseguirlo y compararon sus hallazgos con los resultados del suicidio consumado obtenido en otros estudios. Se encontraron varias similitudes entre las personas que abusaban de sustancias y cometían suicidio y los que realizaban tentativas, a saber: presencia de un diagnóstico psiquiátrico, especialmente depresión mayor, trastorno antisocial de la personalidad, abuso de múltiples sustancias, trastorno de angustia, trastorno fóbico o trastorno de ansiedad generalizada. Al igual que los que consumaban el suicidio, los que realizaban una tentativa tenían antecedentes familiares de alcoholismo y habían experimentado problemas relacionados con el alcohol a edades tempranas, generalmente poco después de los 20 años. La principal diferencia entre el grupo de pacientes que intentaron suicidarse en este estudio y los que lo consumaron en otros estudios es que las tentativas fueron más frecuentes en las mujeres. En el estudio de Roy en 1990 (12) con sujetos alcohólicos, el 30,6% de las mujeres intentaron suicidarse con respecto al 14,6% de los varones. El trastorno depresivo y el abuso de sustancias constituyen una combinación especialmente letal [Jaffe y Ciraulo, 1986] (12), que subraya la importancia de detectar la depresión en el paciente alcohólico. Estos síntomas depresivos pueden ser el resultado de un trastorno afectivo subyacente, pero también de los efectos tóxicos directos del alcohol, de alteraciones en la función hepática y de la malnutrición, así como de síndromes cerebrales orgánicos secundarios a traumatismos craneales. Otro problema es que los pacientes con trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias comórbidos presentan un escaso cumplimiento de las pautas del tratamiento [Drake, 1989] (12). Más aún, los trastornos psiquiátricos comórbidos, sobre todo los trastornos afectivos, a menudo son mal tratados y, en

consecuencia, aumenta la probabilidad de conducta suicida. Además del riesgo subyacente de suicidio que comporta la dependencia del alcohol, la intoxicación alcohólica aguda también aumenta este riesgo. El alcohol y las sustancias pueden producir desinhibición y anulan las restricciones para el suicidio en un determinado individuo con dependencia de sustancias y, por tanto, actúan como precipitante agudo del suicidio. Además, la desinhibición y la escasa capacidad de juicio asociadas al estado de intoxicación pueden provocar comportamientos de alto riesgo, como accidentes de tráfico y sobredosis. En ocasiones se considera como un comportamiento suicida «accidental» presente en esta población. Estos suicidios accidentales no sólo se dan entre aquellas personas que conducen en estado de intoxicación, especialmente en accidentes en que se halla involucrado un solo vehículo, sino también en los peatones con intoxicación; se ha observado que un elevado porcentaje de los peatones fallecidos en un accidente de tráfico se encontraban en estado de intoxicación cuando éste se produjo [Weiss y Stephens, 1992] (12). Otro mecanismo que potencia el suicidio en la población que abusa de sustancias puede estar relacionado con la función serotoninérgica, como se detalla más adelante. Estudios recientes han demostrado la relación entre la hipoactividad de la función serotoninérgica y los intentos de suicidio violento [Brown, 1982] (12). También puede haber conexiones entre la disfunción serotoninérgica y el alcoholismo. Linnoila en 1989 (12) observo una elevada prevalencia de alcoholismo en pacientes impulsivos y observaron que los sujetos con padres alcohólicos presentaban una disminución de los niveles de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en el líquido cefalorraquídeo (LCR).

Suicidio y esquizofrenia. Aproximadamente el 10% de los pacientes con esquizofrenia consuman el suicidio [Miles, 1977] (12). La mayor parte de los suicidios en pacientes esquizofrénicos ocurren en varones jóvenes: en una revisión de estudios realizados en la década de 1980, el 73% de las víctimas eran varones y la edad media de su fallecimiento era de 33 años [Weiden y Roy, 1992] (12). También es destacable que en la esquizofrenia el riesgo de suicidio *no* es máximo durante la fase alucinatoria activa;

es más probable que el suicidio se consume cuando la psicosis está bajo control y el esquizofrénico se encuentra en fase de recuperación depresiva de la enfermedad. (En este sentido, la esquizofrenia se diferencia de la depresión en que en esta última el riesgo suicida aumenta durante la fase psicótica delirante.) Los pacientes esquizofrénicos con mayor riesgo son varones jóvenes, generalmente en los primeros años del trastorno, que se encuentran en remisión y sin síntomas psicóticos, pero que siguen deprimidos y han llegado a la conclusión de que su vida es diferente de cómo era antes. El reconocimiento de la pérdida de funcionalidad, en especial en los individuos con un elevado rendimiento premórbido y elevadas auto expectativas, parece correlacionarse con la consumación del suicidio. Por ejemplo, un estudio encontró que entre los esquizofrénicos que cometían suicidio, había un mayor porcentaje de sujetos con educación universitaria, con conciencia de la gravedad de su trastorno y temor a un mayor deterioro, en comparación con aquellos pacientes esquizofrénicos que no se habían suicidado [Drake y Cotton, 1986] (12). Estos autores también observaron que, en los pacientes esquizofrénicos, la depresión secundaria que predisponía al suicidio se caracterizaba por malestar psicológico y desesperanza, más que por un trastorno depresivo mayor con signos vegetativos. Una vez más, se encontró que la desesperanza es un factor clave en la población esquizofrénica y parece ser un factor pronóstico de suicidio en todos los trastornos psiquiátricos. Se han recogido datos sobre el riesgo de suicidio en los pacientes esquizofrénicos con psicosis activa. Todos los clínicos preguntan al esquizofrénico si han sufrido alucinaciones que ordenan autolesiones, y se considera que este estado tiene un alto riesgo suicida. Un metanálisis [Breier y Astrachan, 1984; Drake, 1984; Roy, 1982] (12) reveló que, de 65 suicidios consumados en pacientes esquizofrénicos, solamente 2 podían atribuirse a alucinaciones en forma de órdenes; sin embargo, Weiden y Roy en 1992] (12) sugieren que estos metaanálisis pueden estar sesgados por los efectos de tratamientos secundarios. Estos autores señalan que los clínicos son más propensos a hospitalizar a personas esquizofrénicas por los síntomas psicóticos

y no tanto por los síntomas depresivos. La consecuencia clara de esta práctica es que el esquizofrénico que experimenta de forma activa alucinaciones en forma de órdenes es ingresado y se evita su suicidio; por el contrario, no se tiende a hospitalizar al paciente desmoralizado con malestar psicológico y, por este motivo, no se le puede proteger de la conducta suicida. Las implicaciones clínicas de esta situación no intentan invertir la convención de hospitalizar solamente al paciente esquizofrénico con alucinaciones en forma de órdenes, sino que se debe prestar la misma atención a los pacientes desmoralizados y sin signos psicóticos. Asimismo, cabe destacar que en un estudio reciente de pacientes esquizofrénicos en régimen ambulatorio, si bien las alucinaciones en forma de órdenes tenían una influencia mínima en la evolución de la esquizofrenia, los sujetos de ese estudio que se suicidaron presentaban dichas alucinaciones. Por tanto, en pacientes ambulatorios con esquizofrenia que presentan antecedentes de tentativas suicidas debe prestarse especial atención a las alucinaciones con contenido de órdenes suicidas [Zisook, 1995] (12). En el contexto del hospital psiquiátrico, los pacientes ingresados con riesgo elevado de suicidio han presentado conducta suicida anterior, padecer esquizofrenia, han sido ingresados en contra de su voluntad y vivían solos. Se observó que el riesgo de suicidio persiste en los pacientes esquizofrénicos con estancias prolongadas [Roy, 1995] (12). El riesgo de suicidio en la esquizofrenia, al igual que en otros trastornos, parece ser máximo durante el período posterior a la hospitalización. Este hallazgo es compatible con la observación de que el riesgo máximo no aparece durante el período psicótico, sino cuando ya se ha resuelto. En ese momento, los pacientes tienen una mayor comprensión de su trastorno y pueden reconocer con mayor claridad la realidad de su situación. Posteriormente, en el curso ambulatorio de la enfermedad, es posible que los pacientes hayan desarrollado estrategias de afrontamiento y se hayan adaptado a las nuevas circunstancias de su existencia. La implicación clínica es que en la fase posterior al alta, entre las primeras semanas y los tres primeros meses del alta, el clínico

debe prestar mucha atención a las auto percepciones del paciente, a su reconocimiento de la realidad, a sus estrategias de afrontamiento y a los sistemas de apoyo.

Suicidio y trastorno límite de la personalidad. La conducta suicida en un paciente con trastorno límite de la personalidad constituye un reto especial para el clínico, sobre todo porque debe distinguir entre una tentativa potencialmente mortal y la automutilación crónica o los intentos de suicidio como característica habitual. La incidencia de suicidios consumados en los pacientes con trastorno límite de la personalidad es del 3-8% [McGlashan y Heinssen, 1988; Stone, 1987] (12). Por tanto, el porcentaje global de suicidios en este grupo es inferior al de los pacientes con trastornos afectivos primarios, abuso de sustancias o esquizofrenia; sin embargo, el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad comprende a un grupo heterogéneo de sujetos que pueden presentar trastornos comórbidos del Eje I, y no existen datos concluyentes en la literatura sobre si la coexistencia de un trastorno del Eje I implica un aumento del riesgo de suicidio consumado en el paciente con trastorno límite. Además, aunque las tentativas de suicidio en los pacientes con trastorno de la personalidad suelen considerarse manipulativas, pueden ser bastante graves. Corbitt en 1996 (12) encontraron que los sujetos con un trastorno depresivo mayor y un trastorno límite de la personalidad comórbido tenían mayor probabilidad de presentar antecedentes de múltiples tentativas suicidas, y la misma posibilidad de realizar una tentativa altamente mortal. El número de criterios que se cumplían para el trastorno límite de la personalidad y para otros trastornos del grupo B (dramático/inestable) era mejor predictor de la conducta suicida pasada que los síntomas depresivos. Los autores concluyeron que los pacientes con síntomas de trastorno límite de la personalidad presentan riesgo de cometer tentativas suicidas graves. Por tanto, la gravedad de la psicopatología del trastorno de la personalidad comórbido del grupo B debería considerarse al evaluar el riesgo suicida en pacientes con depresión mayor. Jacobs en 1992 (12) ha propuesto un modelo centrado en tres áreas para evaluar el suicidio en el paciente límite: La dinámica específica del paciente límite que

le situaría en un riesgo elevado, la coexistencia con otros trastornos psiquiátricos que situaría al sujeto en un riesgo elevado y la perspectiva suicida, que incluye la identificación de los factores psicológicos del suicidio y la objetivación de la tentativa y la conducta suicidas. Con respecto a la psicopatología límite específica, Kernberg en 1984 (12) subraya las características particulares que se asocian con un elevado riesgo de suicidio: impulsividad, desesperanza, desesperación, características antisociales e indiferencia interpersonal. También describe las características de aquellos pacientes en quienes la automutilación y las tentativas de suicidio constituyen una «forma de vida» y pueden predisponer al parasuicidio más que al suicidio consumado. Los pacientes con «masoquismo infantil» utilizan la conducta suicida para mantenerse conectados con su entorno. Estos comportamientos tienden a aparecer durante los ataques de ira intensos, mezclados con momentos súbitos de depresión temporal. Están diseñados para establecer un control sobre su entorno al provocar sentimientos de culpabilidad en quienes les rodean, por ejemplo, después de romper una relación interpersonal. En ocasiones este comportamiento puede ser la expresión de una culpabilidad inconsciente del éxito o de la profundidad de una relación psicoterapéutica. Los pacientes con masoquismo infantil, al manifestar esta forma de reacción terapéutica negativa, presentan un riesgo particularmente elevado de tentativas suicidas. Otro grupo de pacientes muestra un comportamiento suicida que es reflejo de un narcisismo maligno. Estos pacientes experimentan un aumento de la autoestima y obtienen la confirmación de su grandiosidad patológica con la conducta suicida. Pueden transmitir una sensación de calma y «triunfo» sobre el miedo a la destrucción, en contraste con el miedo del personal sanitario y de sus parientes, que no cejan en su empeño de evitar que los pacientes se autolesionen. El segundo componente del modelo es la evaluación de los trastornos psiquiátricos comórbidos. Aunque no está claro que dichos trastornos aumenten el riesgo de suicidio, resulta clínicamente importante su reconocimiento y tratamiento en los pacientes límite. Debe prestarse especial atención a los trastornos afectivos concomitantes, el abuso de sustancias, los trastornos de la

conducta alimentaria y el trastorno por estrés postraumático. El tercer componente del modelo de evaluación tripartita, la perspectiva del suicidio, consiste en la objetivación de la tentativa suicida y la identificación de los factores psicológicos específicos y las formulaciones psicodinámicas. Tras identificar la ideación suicida, es importante determinar la tentativa suicida real. El clínico necesita determinar la capacidad del paciente para controlar sus pensamientos suicidas, distinguir entre pensamientos suicidas activos y pasivos, determinar las razones para vivir y morir y el grado de desarrollo del plan suicida y evaluar su determinación para llevarlo a cabo (p. ej., el impacto que tendría en su familia o seres queridos). Los factores psicológicos comunes se revisarán más adelante en este capítulo. Junto con la valoración tripartita, el tratamiento del paciente límite suicida requiere un elevado grado de creatividad y capacidad de individualizar según las características específicas de cada paciente. En primer lugar, si existe alguna duda acerca de la fuerza de la relación terapéutica o la posibilidad de una reacción terapéutica negativa, el paciente debe ser hospitalizado. La hospitalización puede centrarse en el restablecimiento de la alianza terapéutica. Muchos clínicos abogan por una hospitalización breve para minimizar la posibilidad de dependencia institucional en este grupo de pacientes. Se recomienda la farmacoterapia para cualquier trastorno del Eje I añadido. Sin embargo, incluso en ausencia de un trastorno definido del Eje I, varios psicótropos se han mostrado útiles para tratar síntomas específicos de los pacientes límite. Si bien los psicótropos que han resultado eficaces abarcan todo el espectro de fármacos, un estudio ofrece pautas para la utilización diferencial de carbamacepina, tranilcipromina y alprazolam en estos pacientes [Cowdry y Gardner, 1988] (12). Las estrategias psicológicas que deben utilizarse en el paciente límite suicida y que son especialmente importantes incluyen la empatía y el desarrollo de un contrato antisuicida. El denominado «contrato de no autolesión» no debe tomarse literalmente como un contrato para eliminar los sentimientos suicidas; más bien sirve para comunicar la

pérdida de control respecto a los sentimientos suicidas que tiene el paciente, así como la importancia de mantener la comunicación entre el paciente y el psiquiatra.

Factores psicológicos en la conducta suicida

Dado que el suicidio no constituye el diagnóstico de un problema específico, ¿cuáles son los factores psicológicos subyacentes? Un factor central es el tema de la desesperanza. Existe una elevada asociación entre la desesperanza y el riesgo suicida a largo plazo. Sin ser específica de la depresión, la desesperanza puede acompañar a la desmoralización en otros síndromes: esquizofrenia, trastornos de ansiedad y enfermedades crónicas, incluyendo las enfermedades médicas. Este factor puede determinarse con la Escala de desesperanza de Beck *(Beck Hopelessness Scale)*, un instrumento de autoevaluación con 20 ítems que mide el grado de las expectativas negativas sobre el futuro de una persona [Beck y Steer, 1988] (12). En un estudio prospectivo realizado con 1.958 pacientes ambulatorios, [Beck, 1990] (12) encontraron que la desesperanza estaba altamente correlacionada con el suicidio. Un punto de corte superior o igual a 9 en la escala identificó a 16 (94,2%) de los 17 pacientes que consumaron el suicidio. La evaluación de la desesperanza es uno de los aspectos clave en el tratamiento del paciente suicida. Además de la desesperanza, Hendin en 1991 (12) ha identificado la desesperación como otro factor importante para el suicidio. La desesperación implica no solamente un sentimiento de desesperanza ante el cambio, sino también la sensación de que la vida es imposible sin dicho cambio. Se observó también que la culpabilidad es otro componente afectivo de la desesperación. En un estudio con veteranos de la guerra del Vietnam con trastorno por estrés postraumático se observó que la culpabilidad era notable en los veteranos que mostraban comportamiento suicida. Este sentimiento nace del odio hacia uno mismo y de la necesidad de auto castigo, atribuible en parte a la

percepción de culpa por las acciones cometidas durante el combate y en parte por la culpa de ser un superviviente. Estos hallazgos pueden extenderse a determinados trastornos además del trastorno por estrés postraumático, en especial la depresión, en la que uno de sus componentes es la culpa que se deriva del estado de auto recriminación de la persona deprimida. La agresión y la violencia son importantes para entender el suicidio. La teoría psicoanalítica clásica postuló la importancia de la autoagresión en la conducta suicida. Freud describió el suicidio como un ataque homicida sobre un objeto internalizado que se había convertido en fuente de ambivalencia. Por tanto, desde el punto de vista psicológico, el objeto amado introyectado es el centro del ataque. Sin embargo, estudios recientes demuestran que la heteroagresión (es decir, el comportamiento violento) a menudo va de la mano de la conducta suicida. En los sujetos violentos estudiados, el suicidio solía asociarse con ataques de ira consciente y, por tanto, la ira debía interpretarse como un importante factor psicológico subyacente [Hendin, 1991] (12). Apter en 1991 (12) estudio el riesgo de suicidio en pacientes con antecedentes de comportamiento violento y en aquéllos sin antecedentes de violencia. Sus hallazgos demostraron que ambos grupos presentaban un riesgo similar de suicidio en relación con varios factores psicológicos: cólera, miedo, ansiedad, descontrol de impulsos, suspicacia y rebeldía. Sin embargo, cabe destacar que había una correlación entre la tristeza y el riesgo de suicidio en los pacientes no violentos; esta correlación no se observó en los pacientes violentos. Hendin en 1991 (12) ha revisado algunos de los significados comunes de la muerte atribuidos a los pacientes que cometen suicidio: muerte como reunión, reencarnación, abandono como represalia, venganza y auto castigo o expiación. La fantasía de la reunión con un objeto perdido a través de la muerte puede justificar el fenómeno de los suicidios en los aniversarios, así como durante el duelo. La fantasía de la reencarnación se relaciona con la de identificación con el objeto perdido: los pacientes se perciben como incompletos en ausencia del objeto perdido y la reunión a través del suicidio se contempla como una forma de renacimiento. El suicidio y

las tentativas suicidas en forma de abandono como represalia se observan en aquellos pacientes que sienten que la única forma de sobreponerse a una situación es mediante el control de la vida o la muerte. La ilusión de dirigir y mantener este control se observa en aquellos sujetos que tienen fácil acceso a los medios para suicidarse, aunque nunca lo intenten. El suicidio como venganza se correlaciona con la observación freudiana clásica de que el inconsciente desea matar el objeto perdido que se considera de manera ambivalente. Como extensión de este deseo inconsciente, la ira inconsciente y el impulso homicida se consideran una necesidad de auto castigo o expiación. El paciente se siente culpable por el odio que siente hacia el objeto y el suicidio no solamente sirve como venganza, sino que también consigue la expiación. La vergüenza y la humillación son dos factores que en ocasiones subyacen al suicidio. Determinados sujetos pueden considerar el suicidio como un mecanismo para guardar las apariencias tras sufrir una humillación social (p. ej., una pérdida súbita de estatus social o nivel económico). Esta forma de suicidio es rara en sujetos que no sufren trastornos psiquiátricos. Sin embargo, los pacientes psiquiátricos pueden sentir vergüenza respecto a la ideación suicida y ser reticentes a buscar tratamiento o a confiar en los sistemas de apoyo. La existencia de un sistema de apoyo no es suficiente; el paciente debe querer confiar en él. A menudo los sentimientos de vergüenza inhiben el proceso. Por tanto, es importante estar alerta ante estos sentimientos. Finalmente, los factores estresantes que predisponen al suicidio coinciden con las fases de desarrollo del ciclo vital [Rich, 1991] (12). Tres factores estresantes habituales son: 1) el conflicto, la separación y el rechazo; 2) problemas económicos, y 3) enfermedades médicas. En el San Diego Suicide Study los conflictos interpersonales, las separaciones y el rechazo fueron los factores estresantes predominantes en adolescentes y adultos jóvenes. Aunque éstos siguen siendo factores estresantes importantes de los sujetos que consuman el suicidio en la etapa media de la edad adulta, los problemas económicos son el principal factor para el grupo con edades comprendidas entre los 40 y los 60 años. En pacientes con más de 60 años, las

enfermedades desempeñan un papel cada vez más importante, y se consideran el factor predisponente más significativo en los pacientes de más de 80 años.

Evaluación del paciente suicida

Se ha escrito que «ante un paro cardíaco, el primer paso es tomarse el pulso a uno mismo» [Shem, 1978] (12). Esta afirmación, cómica en apariencia, recomienda que el clínico controle sus propias reacciones frente a una situación con posible riesgo vital, sobre todo si se considera que puede interferir en su propia capacidad para evaluar correctamente la situación. En realidad, el paciente suicida puede provocar toda una gama de emociones indeseables en el clínico, tales como odio, miedo e inquietud, que posiblemente interfieran en su capacidad para establecer una relación apropiada. En consecuencia, las cuestiones sobre la ideación suicida o su intento pueden aflorar inmediatamente, aplazarse hasta el final de la entrevista o no mencionarse en absoluto. Es totalmente indispensable que el clínico, sin prejuicios, sea consciente de su propia reacción de contratransferencia frente al paciente suicida. De esta forma, el evaluador puede maximizar su capacidad para interaccionar con el paciente suicida de forma que inspire «la suficiente compasión para que el paciente lo considere su aliado, pero que mantenga la suficiente distancia para que el clínico no se sienta abrumado por sus propias respuestas ante el dolor del paciente» [Doyle, 1990] (12). La evaluación de la ideación o la conducta suicidas se realiza de forma similar a la exploración de un grupo de síntomas que pueden tener consecuencias médicas desagradables. En primer lugar, el clínico mantiene un índice de sospecha generado por los rasgos demográficos revisados anteriormente en este capítulo. Posteriormente debe individualizar la evaluación del paciente, considerando concretamente su entorno personal y familiar, valorando el estado médico y psiquiátrico actual, determinando sus logros y conflictos psicosociales y considerando sus respuestas a tratamientos

previos. Al confeccionar la historia personal de un paciente con el fin de evaluar su ideación suicida, es fundamental analizar el nivel de ejecución de ésta. Más aún, siempre debe comprobarse la presencia de un plan suicida, prestando especial atención a los pasos que ya se han seguido para poner en práctica dicho plan, así como evaluar su potencial letal. Hay que valorar la disponibilidad de medios, desde el almacenamiento de medicación hasta el de armas de fuego. Debe preguntarse si el paciente ha realizado alguna acción específica para preparar su muerte, como la compra de un arma, hacer testamento o regalar objetos de valor. También es importante indagar la presencia de otros síntomas asociados a un riesgo elevado de suicidio. Entre ellos se encuentran los síntomas delirantes (en especial en forma de órdenes), la anhedonía, la desesperanza y una intensa ansiedad. Es fundamental obtener los antecedentes de tentativas suicidas, así como de violencia e impulsividad. Además, debe valorarse la presencia de adicción porque, como ya se ha mencionado, ésta también se asocia con un aumento del riesgo de suicidio. Los antecedentes familiares de suicidio y violencia también deben alertar al clínico acerca de la posible predisposición a una conducta suicida peligrosa. El clínico también debe preguntar por circunstancias involucradas en actos violentos anteriores, así como averiguar si el paciente cree que se trata de un comportamiento anormal o inusual. Asimismo, hay que intentar determinar si la violencia está relacionada con un estado de ánimo concreto. La valoración completa del potencial suicida también incluye la evaluación de las capacidades del individuo. A pesar de la presencia de conducta suicida, el individuo puede haber demostrado capacidad no sólo para controlar su comportamiento, sino también haber buscado recursos familiares o económicos para soportar su situación. Hay que determinar *la motivación para buscar ayuda en general* y tratamiento psiquiátrico en particular. Como parte de esta evaluación, el clínico debe familiarizarse con las respuestas del paciente a tratamientos previos, incluyendo las respuestas a la intervención farmacoterapéutica, así como a la psicoterapia y al apoyo psicosocial. Se han utilizado otros métodos más formales de evaluar el riesgo suicida en el campo de la

investigación, con diferentes grados de éxito. Una de las mejores escalas desarrolladas es la Escala de estimación del riesgo de suicidio *(Risk Estimator Scale for Suicide)* [Mott, 1985] (12). Esta escala es el resultado de un estudio prospectivo de 2 años realizado con 2.753 pacientes con depresión o tendencias suicidas en quienes se observaron suicidios consumados. Se incorporaron 15 variables en una escala que proporcionaba una estimación del riesgo de suicidio en un intervalo de 2 años. Se incluyeron variables demográficas, antecedentes psiquiátricos y factores estresantes, así como factores de interpretación como la reacción del entrevistador frente al paciente. Otras escalas para determinar la ideación suicida incluyen la Escala de ideación suicida *(Scale for Suicidal Ideation)* y la Escala de tentativa suicida *(Suicide Intent Scale)*, ambas desarrolladas por Beck en 1975. Asimismo, dado que el grupo de Beck identificó la desesperanza como variable central de la tentativa de suicidio, se ha considerado la utilidad clínica de la Escala de desesperanza de Beck *(Beck Hopelessness Scale)* [Beck y Steer, 1988] (12). En 1989 Plutchick (37) publican la Escala de Riesgo Suicida destinada a evaluar el riesgo suicida mediante cuestiones relacionadas con intentos suicidas previos, intensidad de la ideación actual, sentimiento de tristeza y desesperanza y otras aspectos relacionados con el intento. La puntuación total determina la calificación que oscila entre 0 a 15 puntos con punto de corte de 6 según versión española. Esta escala presenta las siguientes propiedades psicométricas: Consistencia interna: $\alpha = 0.90$; Fiabilidad test-retest= 0.89; Sensibilidad y especificidad del 88 % para un punto de corte en 6. Estas escalas han subrayado también la necesidad de considerar un gran número de factores que podrían aumentar el riesgo de suicidio, en particular a partir de un estudio reciente que sugirió que más de las tres cuartas partes de los pacientes que finalmente se suicidaron no habían comunicado la intención de hacerlo en las visitas mantenidas con los profesionales de la salud mental en los 28 días anteriores al suicidio.

El suicidio constituye un fenómeno multidimensional y complejo que ha sido estudiado desde las perspectivas filosófica, sociológica y clínica. El fenómeno suicida representa una gran carga social (35)

y económica (18, 40) importante en la salud de la gente y se encuentra dentro de las 10 primeras casusas de muerte en poblaciones mayores de 10 años (28). Los intentos suicidas son aun más comunes (46, 27), incrementan la morbilidad y los costos de los cuidados médicos (40), y en el futuro elevan el riesgo de los individuos para un subsecuente suicidio consumado (23). La prevención del suicidio ha sido identificada como una prioridad nacional en Estados Unidos de Norte América (25, 43) y es ahora el objetivo de una comprensiva estrategia nacional (28). La tasa global del suicidio no se ha modificado en más de 45 años. Uno de los retos más importantes para el médico psiquiatra es determinar si la persona que piensa o tiene impulsos autodestructivos, se encuentra en riesgo de cometer suicidio en las siguientes, horas, días o semanas después de haber expresado sus ideas o intenciones. Determinar el riesgo suicida en un paciente no es una tarea fácil. Sin embargo, se sabe que en las poblaciones tratadas el riesgo de suicidio puede disminuir. Se requiere de habilidad clínica, experiencia y conocimiento de los factores de riesgo más comúnmente asociados al suicidio consumado y a los intentos de suicidio. Muchas veces el paciente no tiene la intención de morir y busca en la conducta autodestructiva una forma de evadir un sufrimiento importante, aliviar la angustia intensa experimentada en ese momento o modificar en su ambiente algo que le genera malestar emocional. En muchos casos, el determinar el riesgo de suicidio en una persona implica tomar una decisión importante para determinar la conducta a seguir con el objeto de salvaguardar la vida del paciente, función primordial del quehacer medico. Los médicos de atención primaria tienen un importante roll en la detección de pacientes con alto riesgo suicida y para su prevención. Muchos estudios (16, 24), pero no todos (24), reportan que los individuos realizan visitas a la atención primaria antes de consumar el suicidio. Mejorar la atención en el primer nivel de atención para los pacientes con impulsos suicidas plantea varios desafíos críticos. El suicidio consumado es relativamente infrecuente en la práctica de la atención primaria. Aunque la ideación suicida es más frecuente que la conducta suicida o el suicidio consumado (31, 10), la relación entre

ideación, intentos suicidas y suicidios consumados implica en la mayoría de los casos un contínuum (46, 44, 23). Los pacientes rara vez expresan abiertamente ideas o planes suicidas, aunque muchos la reconocen si esta se pregunta directamente durante el interrogatorio de rutina (45), y con frecuencia desean que sus médicos la investiguen (47). Desde ya varios años, se han intentado construir instrumentos clinimétricos que ayuden al médico psiquiatra a estimar con precisión el nivel de riesgo que podría tener un paciente para cometer un acto suicida, sobre todo en aquellos que presentan dificultad para expresarla abiertamente o la niegan. Utilizando las bases de datos del sistema Medline, se pueden llegar a encontrar más de 570 publicaciones que tiene que ver con la estimación y valoración del riesgo suicida en población abierta y población psiquiátrica. Se han diseñado varios instrumentos para ayudar al clínico a estimar el potencial riesgo suicida en un paciente, y dentro de los más ampliamente utilizados se encuentran las escalas de ideación e intención suicida de Beck, la escala de estimación de riesgo suicida de Plutchik, el modulo de estimación de riesgo suicida de la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI). Aunque muchos médicos creen en la importancia de detectar el riesgo suicida, recientes reportes sugieren que la detección es realizada inconsistentemente en la práctica (16, 21). Por lo anterior resulta imperativo que los médicos que realizan atención primaria en los servicios de psiquiatría hagan una búsqueda intencionada de ideación suicida y realicen la valoración del riesgo suicida mediante instrumentos que muestren un adecuado valor predictivo (8). Como fin último, y para conseguir influir en la tasa global, deben aunarse los esfuerzos en la prevención primaria a través de la formación en la escuela, en los lugares de trabajo y a través de los medios de comunicación. Como cita el especialista en la materia Edwin Shneidman, «en última instancia, la prevención eficaz del suicidio es una cuestión que atañe a todos».

JUSTIFICACIÓN

Los servicios de urgencias y de primera vez (pre consulta) en los hospitales psiquiátricos y centros de salud mental tienen el objetivo de evaluar a los pacientes que solicitan atención psiquiátrica mediante una entrevista clínica que en la mayoría de los casos tiene una duración no mayor de 30 minutos. Por lo tanto la habilidad clínica y el tiempo son factores importantes para tomar la mejor decisión terapéutica para el beneficio del paciente. Los pacientes que expresan ideas, sentimientos o impulsos autodestructivos tienen que ser evaluados con especial atención, una mala decisión en el plan terapéutico puede tener consecuencia negativas, incluso fatales para el paciente. Con frecuencia la presión ejercida por el tiempo de duración de la consulta, el número de pacientes evaluados, y por evaluar, y las características propias de la enfermedad mental hacen que el médico psiquiatra este sometido a un importante nivel de estrés que puede sesgar su objetividad así como las decisiones que se tomen derivadas de su evaluación clínica. Por lo anterior el uso de instrumentos clinimétricos que faciliten la labor clínica en la evaluación de urgencias o primer contacto resulta de gran ayuda para el clínico al cual le brinda la tranquilidad y confianza requerida para tomar decisiones en cuanto al tratamiento o a los cuidados pertinentes en aquellos pacientes que pudieran presentar riesgo suicida.

Es por ello que la construcción y utilización de este tipo de instrumentos se vuelven una tarea imprescindible en el área de la psiquiatría y la medicina en general.

OBJETIVOS

- Determinar las propiedades clinimétricas de la nueva Escala de Estimación de Riesgo Suicida (*Sentíes H /Zamudio M).*
- Corroborar las propiedades clinimétricas del MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Modulo de Riesgo de Suicidio.
- Corroborar las propiedades clinimétricas de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.
- Determinar la validez concurrente entre la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Modulo de Riesgo de Suicidio, la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y la nueva Escala de Estimación de Riesgo Suicida (*Sentíes H /Zamudio M).*

HIPOTESIS

Por tratarse de una investigación de proceso metodológico no existe hipótesis.

DISEÑO

El diseño de la presente investigación fue de proceso metodológico.

METODO

Muestra

La población estudiada se encontró constituida por todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron participar y fueron atendidos en el servicio de pre consulta del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De la Fuente (México, D.F.) por el médico residente investigador durante un periodo de 3 meses.

Criterios de inclusión

1.- Recibieron atención de primera vez en el servicio de pre consulta del INPRF.

2.- Saben leer y escribir.

3.- Presentaron la capacidad para entender y contestar las preguntas formuladas.

4.- Aceptaron participar en el estudio (firmaron un consentimiento informado).

Criterios de exclusión

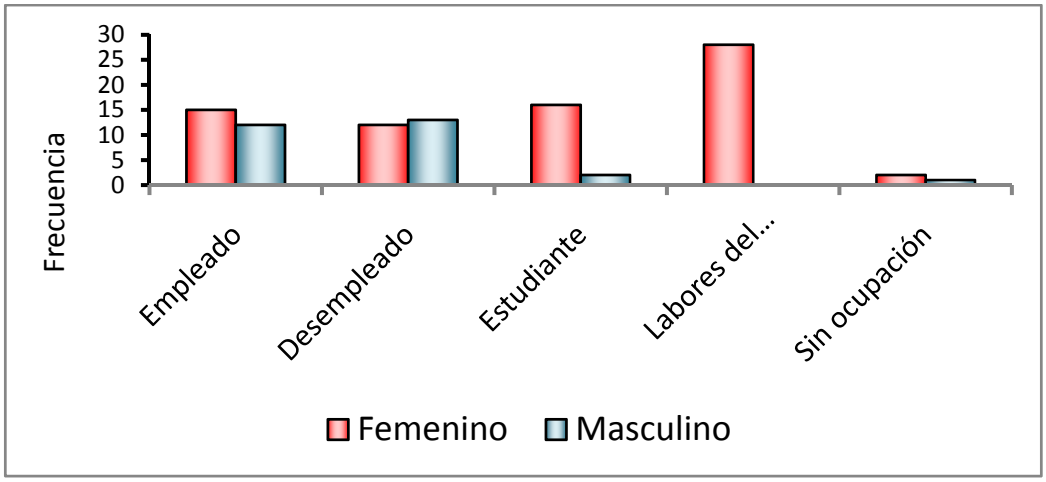
Se excluyeron del estudio a los sujetos con condiciones médicas generales o psiquiátricas que por su gravedad requirieron de tratamiento urgente.

Criterios de eliminación

Se eliminaron del estudio a los sujetos que se negaron a contestar los instrumentos o a participar en el mismo.

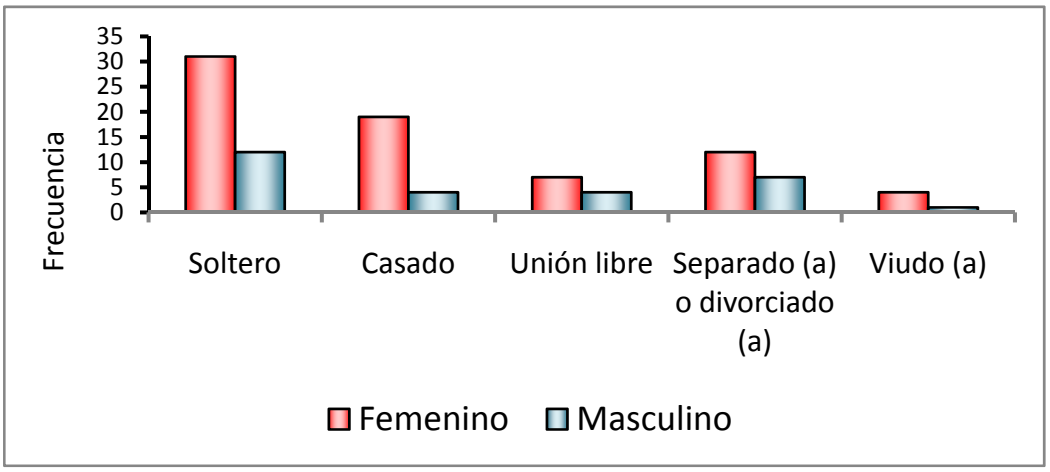
Participaron 101 sujetos que cumplieron con los criterios, de los cuales 73 fueron del sexo femenino y 28 del sexo masculino. Los sujetos del sexo femenino presentaron una media de edad de 33.5 años con una desviación estándar de 12.1 años. Los sujetos del sexo masculino, por su parte, presentaron una media de edad de 33.0 años con una desviación estándar de 10.2 años. Ambos grupos en conjunto presentaron una media de edad de 33.3 años con una deviación estándar de 11.6 años. De las 73 mujeres, 15 se encontraron empleadas, 12 desempleadas, 16 eran estudiantes, 28 se dedicaban a labores del hogar y 2 refirieron nunca haber laborado. Por su parte de los 28 hombres, 12 se encontraron empleados, 13 desempleados, 2 dijeron ser estudiantes y 1 refirió nunca haber laborado. (Grafica 1).

Grafica 1



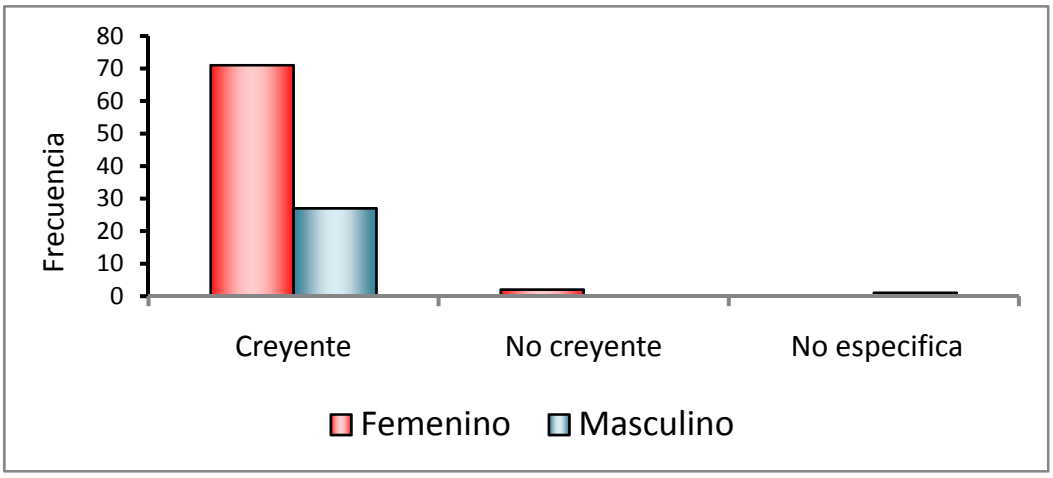
En cuanto al estado civil de las 73 mujeres, 31 dijeron ser solteras, 19 casadas, 7 vivían en unión libre, 12 se encontraban separadas o divorciadas y 4 eran viudas. Por su parte de los 28 hombres, 12 dijeron ser solteros, 4 casados, 4 vivían en unión libre, 7 se encontraban separados o divorciados y 1 era viudo. (Grafica 2).

Grafica 2



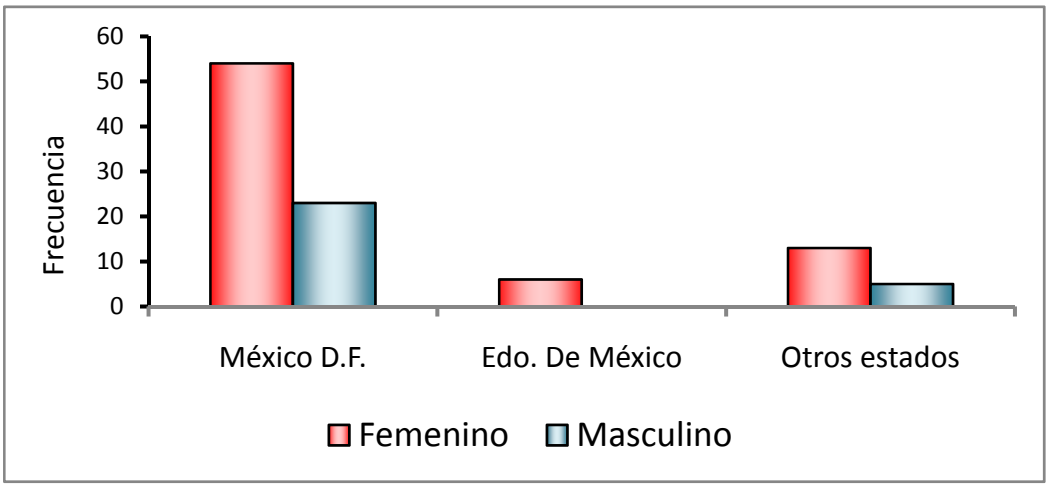
Por otra parte de las 73 mujeres, 71 refirieron tener alguna religión y 2 dijeron no profesar religión alguna. De los 28 hombres 27 refirieron profesar alguna religión y 1 no especifico si tenía o no. (Grafica 3).

Grafica 3



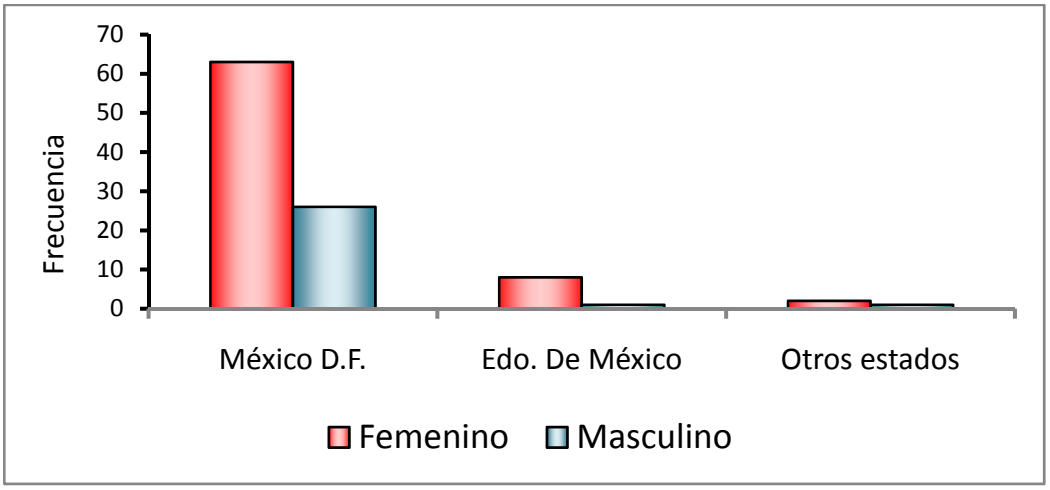
Referente al lugar de origen de las 73 mujeres, 54 eran del Distrito Federal, 6 del Estado de México y 13 de algún estado de la República Mexicana. Por su parte de los 28 hombres, 26 se identificaron como originarios del Distrito Federal y 2 de algún estado de la República Mexicana. (Grafica 4).

Grafica 4



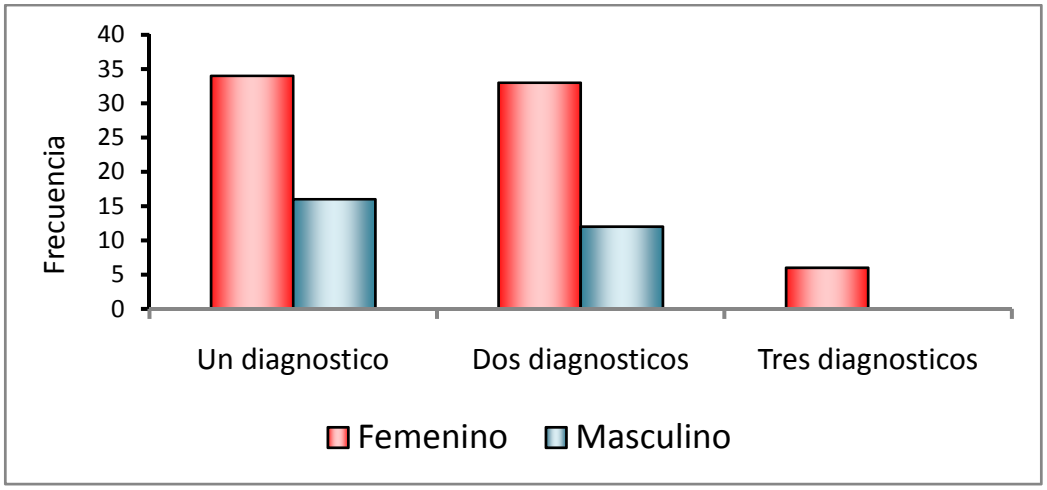
En relación a su lugar de residencia de las 73 mujeres, 63 dijeron radicar en el Distrito Federal, 8 en el Estado de México y 2 de algún estado de la República Mexicana. De los 28 hombres, 26 se identificaron como residentes del Distrito Federal, 1 del Estado de México y 1 de algún estado de la República Mexicana. Todos los sujetos del estudio se identificaron como mexicanos. (Grafica 5).

Grafica 5



Por otra parte de las 73 mujeres, 34 contaron con un solo diagnostico psiquiátrico, 33 contaron con dos diagnósticos y 6 contaron con 3. Por su parte de los 28 hombres, 16 contaron con un solo diagnostico y 12 con dos. Ningún hombre conto con 3 diagnósticos. (Grafica 6).

Grafica 6



Instrumentos de medición

Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M). La Escala de Estimación de Riesgo Suicida es un nuevo instrumento propuesto para ser aplicado por el clínico que consta de 10 reactivos y tiene el objetivo de determinar la presencia o ausencia de las principales variables de riesgo asociadas al intento de suicidio y suicidio consumado. Cada reactivo de la escala se califico de manera dicotómica (Si=1, No=0). La suma del puntaje determina la calificación total y se compara con los puntos de corte propuestos, los cuales al final cuantifican la estimación del riesgo suicida (1-4= leve, 5-7= moderado, 8-10= elevado) (Ver anexo 1).

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10).

Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de 18,7 ± 11,6 minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. *Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.*

Entrevista: Con el fin de hacer la entrevista lo más breve posible, informe al paciente que va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y las cuales requieren unas respuestas de sí o no.

Presentación: La MINI está dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

• Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas «filtro» correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno.

• Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

El MINI se aplica completamente de forma rutinaria a todos los pacientes que reciben atención en el servicio de pre consulta del INPRF. (24)

En este estudio solo se considero la información obtenida en el modulo de Riesgo de Suicidio. (Ver anexo 2).

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik. La Escala de Riesgo Suicida de Plutchick es una escala de evaluar riesgo suicida. Es una escala autoaplicable que consta de 15 reactivos a los que el paciente ha de responder dicotomicamente (Si=1, No=0). Incluye cuestiones relacionadas con intentos suicidas previos, intensidad de la ideación actual, sentimiento de tristeza y desesperanza y otras aspectos relacionados con el intento. La puntuación total determina la calificación que oscila entre 0 a 15 puntos con punto de corte de 6 según versión española.

Esta escala presenta las siguientes propiedades psicométricas: Consistencia interna: α= 0.90; Fiabilidad test-retest= 0.89; Sensibilidad y especificidad del 88 % para un punto de corte en 6. (37). (Ver anexo 3).

Procedimiento.

La recolección de datos se realizo mediante la aplicación de los 3 instrumentos ya descritos y el llenado de una ficha de identificación de datos demográficos especialmente diseñada para este estudio (Ver anexo 4). Los instrumentos *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica* Internacional, *Escala de Estimación de Riesgo Suicida* (*Sentíes H /Zamudio M)* y la ficha de identificación fueron aplicados y llenados por el médico residente investigador durante la entrevista en el servicio de pre consulta del INPRF. El instrumento *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik* fue proporcionado a los pacientes durante la entrevista para ser contestado al final de la misma.

Para la realización de tal procedimiento antes del inicio de la entrevista se proporciono y explico a detalle un consentimiento informado por escrito a todos los participantes que contaron con los criterios de inclusión para el presente estudio y que aceptaron participar en él.

Para garantizar la confiabilidad inter observador, en los casos en que los participantes fueron calificados con riesgo suicida moderado o alto, los instrumentos *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Modulo de Riesgo de Suicidio* y la *Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M)* fueron aplicados a los sujetos por parte de un médico adscrito al servicio de pre consulta.

La información obtenida fue capturada en una base de datos especialmente diseñada para tal propósito. (Ver anexo 4). El tiempo utilizado para la recolección de datos fue de aproximadamente 3 meses.

Análisis de datos.

La validez concurrente entre las escalas se determino utilizando el coeficiente de correlación de Pearson. Para las escalas se determino la estructura factorial utilizando análisis factorial por el método de componentes principales con rotación varimax. La confiabilidad de las escalas se determino utilizando el coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach. La discriminación de ítem se determino utilizando la correlación de Pearson Item- Total. Se calcularon la sensibilidad y especificidad utilizando los procedimientos convencionales.

RESULTADOS

Estructura Factorial

Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M)

Para este instrumento se encontraron 3 factores que explicaron el 54.2% de la varianza total. Estos factores incluyen 9 ítems, el primer factor se denomino **Sintomatología psiquiátrica e ideación suicida** y se encuentra constituido por 4 ítems y explica el 22.8% de la varianza. El segundo factor se denomino **Uso de alcohol y sustancias** y está constituido por 2 ítems. Este factor representa el 17.2% de la varianza. Finalmente se obtuvo un tercer factor, denominado **Aspectos ambientales y respuesta ante el estrés**, mismo que se encuentra conformado por 3 ítems los cuales explican en su conjunto el 14.2% de la varianza. (Tabla 1).

Tabla 1. Estructura factorial de *Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M)*

No. De ITEM		**Sintomatología psiquiátrica e ideación suicida**	**Uso de alcohol y sustancias**	**Aspectos ambientales y respuesta ante el estrés**
1	Sintomatología depresiva severa.	0.887	0.185	-0.034
10	Plan suicida estructurado / desesperanza marcada	0.874	0.215	-0.048
4	Antecedente de intentos suicidas	0.631	-0.244	0.223
6	Alucinaciones de comando autodestructivo	0.439	0.155	0.125
2	Abuso actual de alcohol y/o sustancias psicoactivas	0.117	0.798	-0.026
8	Historia personal de abuso de alcohol y drogas	0.207	0.760	0.082
3	Conflictos graves en la relación familiar o de pareja	-0.010	0.343	0.763
5	Mal manejo del enojo y la frustración	0.280	-0.314	0.685
9	Pérdida de empleo, perdida de status	0.026	0.135	0.524
7	Historia familiar de depresión y/o suicidio	-0.014	-0.321	-0.139
	Eigenvalor	2.63	1.49	1.31
	Varianza explicada	22.8%	17.2%	14.2%
	Varianza explicada acumulada	22.8%	40.0%	54.2%

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

En este instrumento se encontraron 2 factores que explicaron el 36.6% de la varianza total. Estos factores incluyen 10 ítems, el primer factor se denomino **Depresión** y se encuentra constituido por 6 ítems y explica el 19.3% de la varianza. El segundo factor se denomino **Ideación suicida e impulsividad** y está constituido por 4 ítems. Este factor representa el 17.3% de la varianza. Los 5 ítems restantes no lograron constituir otro factor. (Tabla 2).

Tabla 2. Estructura factorial de *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik*

No. De ITEM		**Depresión**	**Ideación suicida e impulsividad**
5	¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	0.713	0.034
8	¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que solo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	0.695	0.326
6	¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	0.682	0.231
9	¿Está deprimido/a ahora)	0.643	-0.198
7	¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	0.554	0.223
4	¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	0.511	0.072
13	¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	0.248	0.826
15	¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	-0.038	0.756
14	¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	0.056	0.748
3	¿A veces nota que podría perder el control sobre si mismo/a?	0.352	0.524
1	¿Tomo de forma habitual medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	-0.341	0.136
2	¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	0.061	-0.077
10	¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	0.368	-0.024
11	¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	-0.063	0.283
12	¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	0.075	0.387
	Eigenvalor	2.89	2.60
	Varianza explicada	19.3%	17.3%
	Varianza explicada acumulada	19.3%	36.6%

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Modulo de Riesgo de Suicidio

Este instrumento se encontró constituido por un solo factor el cual explico el 45.9% de la varianza total. Este único factor incluye la totalidad de los 6 ítems que conforman el instrumento y fue denominado **Ideación suicida**. (Tabla 3).

Tabla 3. Estructura factorial de *MINI*

No. De ITEM		**Ideación suicida**
3	¿Ha pensado en el suicidio?	0.797
2	¿Ha querido hacerse daño?	0.794
5	¿Ha intentado suicidarse?	0.671
4	¿Ha planeado como suicidarse?	0.646
1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto , o deseado estar muerto?	0.632
6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	0.467
	Eigenvalor	2.75
	Varianza explicada	45.9%
	Varianza explicada acumulada	45.9%

Confiabilidad

Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M)

La confiabilidad de este instrumento presento una Alpha de Cronbach de 0.489. La correlación total de ítems corregida mostro al ítem 10 como el más confiable al presentar este una Alpha de Cronbach de 0.444, sin embargo el Alpha de Cronbach del instrumento disminuía hasta 0.423 si el ítem 1 era eliminado lo cual le confirió también una importante confiabilidad ha este ítem. (Tabla 4).

Tabla 4. Confiabilidad de *Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M)*

No. De ITEM		Correlación total de ítems corregida	Alpha de Cronbach si el ítem es eliminado	Media	Desviación estándar	
1	Sintomatología depresiva severa.	0.410	0.423	0.069	0.255	
2	Abuso actual de alcohol y/o sustancias psicoactivas	0.173	0.472	0.099	0.300	
3	Conflictos graves en la relación familiar o de pareja	0.288	0.430	0.693	0.464	
4	Antecedente de intentos suicidas	0.276	0.435	0.347	0.478	
5	Mal manejo del enojo y la frustración	0.230	0.453	0.723	0.450	
6	Alucinaciones de comando autodestructivo	0.308	0.465	0.020	0.140	
7	Historia familiar de depresión y/o suicidio	-0.119	0.586	0.386	0.489	
8	Historia personal de abuso de alcohol y drogas	0.292	0.434	0.168	0.376	
9	Pérdida de empleo, perdida de status	0.163	0.483	0.535	0.501	
10	Plan suicida estructurado / desesperanza marcada	0.444	0.426	0.050	0.218	
Alpha de Cronbach						0.489

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

La confiabilidad de este instrumento presento una Alpha de Cronbach de 0.691. La correlación total de ítems corregida mostro al ítem 13 como el más confiable al presentar este una Alpha de Cronbach de 0.571, lo anterior se corroboro luego de que el Alpha de Cronbach del instrumento disminuyera hasta 0.639 si este ítem era eliminado. (Tabla 5).

Tabla 5. Confiabilidad de *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik*

No. De ITEM		Correlación total de ítems corregida	Alpha de Cronbach si el ítem es eliminado	Media	Desviación estándar	
1	¿Tomo de forma habitual medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	-0.067	0.723	0.396	0.492	
2	¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	0.005	0.710	0.762	0.428	
3	¿A veces nota que podría perder el control sobre si mismo/a?	0.468	0.656	0.743	0.439	
4	¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	0.295	0.677	0.693	0.464	
5	¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	0.365	0.669	0.752	0.434	
6	¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	0.464	0.660	0.832	0.376	
7	¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	0.372	0.666	0.505	0.502	
8	¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que solo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	0.565	0.647	0.802	0.400	
9	¿Está deprimido/a ahora)	0.242	0.683	0.782	0.415	
10	¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	0.234	0.685	0.327	0.471	
11	¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	0.104	0.700	0.267	0.445	
12	¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	0.198	0.689	0.277	0.450	
13	¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	0.571	0.639	0.663	0.475	
14	¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	0.420	0.660	0.475	0.502	
15	¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	0.344	0.670	0.386	0.489	
Alpha de Cronbach						0.691

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Modulo de Riesgo de Suicidio

La confiabilidad de este instrumento presento una Alpha de Cronbach de 0.751. La correlación total de ítems corregida mostro al ítem 3 como el más confiable al presentar este una Alpha de Cronbach de 0.634, lo anterior fue consistente luego de que el Alpha de Cronbach del instrumento disminuyera hasta 0.670 si este ítem era eliminado. (Tabla 6).

Tabla 6. Confiabilidad de *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Modulo de Riesgo de Suicidio*

No. De ITEM		Correlación total de ítems corregida	Alpha de Cronbach si el ítem es eliminado	Media	Desviación estándar	
1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto , o deseado estar muerto?	0.459	0.724	0.693	0.464	
2	¿Ha querido hacerse daño?	0.632	0.671	0.455	0.500	
3	¿Ha pensado en el suicidio?	0.634	0.670	0.485	0.502	
4	¿Ha planeado como suicidarse?	0.463	0.726	0.119	0.325	
5	¿Ha intentado suicidarse?	0.498	0.717	0.139	0.347	
6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	0.308	0.766	0.317	0.468	
Alpha de Cronbach						0.751

Validez Concurrente

La validez concurrente entre el instrumento *Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M)* y el *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Modulo de Riesgo de Suicidio* presento una correlación de Pearson de 0.449. La correlación de Pearson entre los instrumentos *Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M)* y *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik* fue 0.437. A su vez la correlación entre los instrumentos *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Modulo de Riesgo de Suicidio* y *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik* fue de 0.518. (Ver tabla 7).

Tabla 7. Validez concurrente

Correlaciones		SENTIES	PLUTC
MINI	Correlación de Pearson	0.449	0.518
	Sig. (2-colas)	<0.001	<0.001
	N	101	101
SENTIES	Correlación de Pearson	1	0.437
	Sig. (2-colas)		<0.001
	N		101

Estructura Factorial corregida

Se busco mejorar la estructura factorial de los instrumentos al eliminar los ítems que no presentaron una carga factorial significativa.

Escala de Estimación de Riesgo Suicida corregida (Sentíes H /Zamudio M)

Para este instrumento se mantuvieron 3 factores que explicaron el 59.6% de la varianza total. Estos factores incluyeron 9 ítems, el primer factor se denomino **Sintomatología psiquiátrica e ideación suicida** y se encuentra constituido por 4 ítems y explica el 25.4% de la varianza. El segundo factor se denomino **Uso de alcohol y sustancias** y está constituido por 2 ítems. Este factor representa el 18.3% de la varianza. Finalmente se obtuvo un tercer factor, denominado **Aspectos ambientales y respuesta ante el estrés**, mismo que se encuentra conformado por 3 ítems los cuales explican en su conjunto el 15.9% de la varianza. (Tabla 8).

Tabla 8. Estructura factorial de *Escala de Estimación de Riesgo Suicida corregida (Sentíes H /Zamudio M)*

No. De ITEM		Sintomatología psiquiátrica e ideación suicida	Uso de alcohol y sustancias	Aspectos ambientales y respuesta ante el estrés
1	Sintomatología depresiva severa.	0.892	0.179	-0.041
10	Plan suicida estructurado / desesperanza marcada	0.874	0.224	-0.043
4	Antecedente de intentos suicidas	0.634	-0.251	0.193
6	Alucinaciones de comando autodestructivo	0.421	0.187	0.163
2	Abuso actual de alcohol y/o sustancias psicoactivas	0.105	0.808	0.061
8	Historia personal de abuso de alcohol y drogas	0.194	0.771	0.170
3	Conflictos graves en la relación familiar o de pareja	0.001	0.258	0.790
5	Mal manejo del enojo y la frustración	0.297	-0.385	0.640
9	Pérdida de empleo, perdida de status	0.024	0.098	0.549
	Eigenvalor	2.27	1.65	1.43
	Varianza explicada	25.4%	18.3%	15.9%
	Varianza explicada acumulada	25.4%	43.7%	59.6%

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik corregida

En este instrumento se encontraron nuevamente 2 factores que explicaron el 51.9% de la varianza total. Estos factores incluyen 10 ítems, el primer factor se denomino **Depresión** y se encuentra constituido por 6 ítems y explica el 26.8% de la varianza. El segundo factor se denomino **Ideación suicida e impulsividad** y está constituido por 4 ítems. Este factor representa el 25.1% de la varianza. (Tabla 9).

Tabla 9. Estructura factorial de *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik corregida*

No. De ITEM		**Depresión**	**Ideación suicida e impulsividad**
5	¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	0.753	0.029
9	¿Está deprimido/a ahora)	0.651	-0.198
6	¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	0.640	0.296
8	¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que solo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	0.638	0.396
7	¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	0.621	0.202
4	¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	0.581	0.050
13	¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	0.184	0.866
14	¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	-0.001	0.801
15	¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	-0.019	0.721
3	¿A veces nota que podría perder el control sobre si mismo/a?	0.325	0.529
	Eigenvalor	2.66	2.52
	Varianza explicada	26.8%	25.1%
	Varianza explicada acumulada	26.8%	51.9%

Confiabilidad corregida

Escala de Estimación de Riesgo Suicida corregida (Sentíes H /Zamudio M)

Una vez eliminados los ítems no consistentes la confiabilidad de este instrumento presento una Alpha de Cronbach de 0.585. La correlación total de ítems corregida mostro al ítem 10 como el más confiable al presentar este una Alpha de Cronbach de 0.479, sin embargo el Alpha de Cronbach del instrumento disminuía hasta 0.423 si el ítem 1 era eliminado lo cual le confirió también una importante confiabilidad ha este ítem. Lo anterior resulto similar a lo observado en la confiabilidad del instrumentos sin eliminar ítems (Tabla 10).

Tabla 10. Confiabilidad de *Escala de Estimación de Riesgo Suicida corregida (Sentíes H /Zamudio M)*

No. De ITEM		Correlación total de ítems corregida	Alpha de Cronbach si el ítem es eliminado	Media	Desviación estándar	
1	Sintomatología depresiva severa.	0.462	0.526	0.069	0.255	
2	Abuso actual de alcohol y/o sustancias psicoactivas	0.217	0.571	0.099	0.300	
3	Conflictos graves en la relación familiar o de pareja	0.343	0.536	0.693	0.464	
4	Antecedente de intentos suicidas	0.272	0.562	0.347	0.478	
5	Mal manejo del enojo y la frustración	0.236	0.572	0.723	0.450	
6	Alucinaciones de comando autodestructivo	0.301	0.570	0.020	0.140	
8	Historia personal de abuso de alcohol y drogas	0.326	0.542	0.168	0.376	
9	Pérdida de empleo, perdida de status	0.177	0.599	0.535	0.501	
10	Plan suicida estructurado / desesperanza marcada	0.479	0.532	0.050	0.218	
Alpha de Cronbach						0.585

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik corregida

Una vez eliminados los ítems no consistentes confiabilidad de este instrumento presento una Alpha de Cronbach de 0.769. La correlación total de ítems corregida mostro al ítem 13 como el más confiable al presentar este una Alpha de Cronbach de 0.605, lo anterior se corroboro luego de que el Alpha de Cronbach del instrumento disminuyera hasta 0.726 si este ítem era eliminado. (Tabla 11).

Tabla 11. Confiabilidad de *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik corregida*

No. De ITEM		Correlación total de ítems corregida	Alpha de Cronbach si el ítem es eliminado	Media	Desviación estándar	
3	¿A veces nota que podría perder el control sobre si mismo/a?	0.468	0.746	0.743	0.439	
4	¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	0.346	0.762	0.693	0.464	
5	¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	0.451	0.748	0.752	0.434	
6	¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	0.514	0.742	0.832	0.376	
7	¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	0.461	0.747	0.505	0.502	
8	¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que solo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	0.588	0.732	0.802	0.400	
9	¿Está deprimido/a ahora)	0.234	0.774	0.782	0.415	
13	¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	0.605	0.726	0.663	0.475	
14	¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	0.387	0.758	0.475	0.502	
15	¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	0.340	0.764	0.386	0.489	
Alpha de Cronbach						0.769

Validez concurrente corregida

La validez concurrente entre el instrumento *Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M)* constituido por los 9 ítems consistentes y el *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Modulo de Riesgo de Suicidio* presento una correlación de Pearson de 0.482, lo cual muestra un discreto incremento con relación a la versión inicial de 10 ítems. Por su parte la correlación de Pearson entre los instrumentos *Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M)* constituida por 9 ítems y *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik* constituida por los 10 ítems consistentes fue 0.445 lo cual también se traduce en un discreto incremento en relación a la presentada con la versión original de la *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik* de 15 ítems. A su vez la correlación entre los instrumentos *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Modulo de Riesgo de Suicidio* y *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik* con 10 ítems fue de 0.505 lo cual en esta ocasión se traduce a una ligera diminución con respecto a la correlación presentada con la escala original. (Ver tabla 12).

Tabla 12. Validez concurrente corregida

Correlaciones		SENTIES	PLUTC
MINI	Correlación de Pearson	0.482	0.505
	Sig. (2-colas)	<0.001	<0.001
	N	101	101
SENTIES	Correlación de Pearson	1	0.445
	Sig. (2-colas)		<0.001
	N		101

Sensibilidad y especificidad

Para evaluar la sensibilidad y especificidad y establecer el punto de corte de los instrumentos se utilizo como estándar de oro el instrumento *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Modulo de Riesgo de Suicidio* considerando su solida estructura factorial (Tabla 3) y su consistente correlación con la evaluación clínica. Este instrumento cuenta originalmente con 3 puntos de corte, donde el riesgo suicida leve se sitúa entre el uno y cinco en la puntuación total. El riesgo suicida moderado va de los 6 a los 9 puntos. Finalmente el riesgo suicida alto es considerado cuando la puntuación va de los 10 puntos al máximo de 33 en la puntuación total. En este estudio se decidió realizar lo anterior utilizando el estándar de oro de dos maneras. En una primera oportunidad solo se considero la presencia o no presencia de riesgo suicida para lo cual solo se consideraron con presencia de riesgo suida aquellos casos que puntuaron por arriba de 6 (riesgo moderado y severo). En un segundo procedimiento de manera similar solo se consideraron con presencia del riesgo suida aquellos casos que puntuaron por arriba de 10 en el estándar de oro (riesgo severo), esto con la finalidad de establecer evaluar y establecer los puntos de corte de los instrumentos *Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M)* y *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik*. Ambos procedimientos se realizaron con los instrumentos en su versión original y en su versión corregida.

Estándar de oro con punto de corte en 6 puntos.

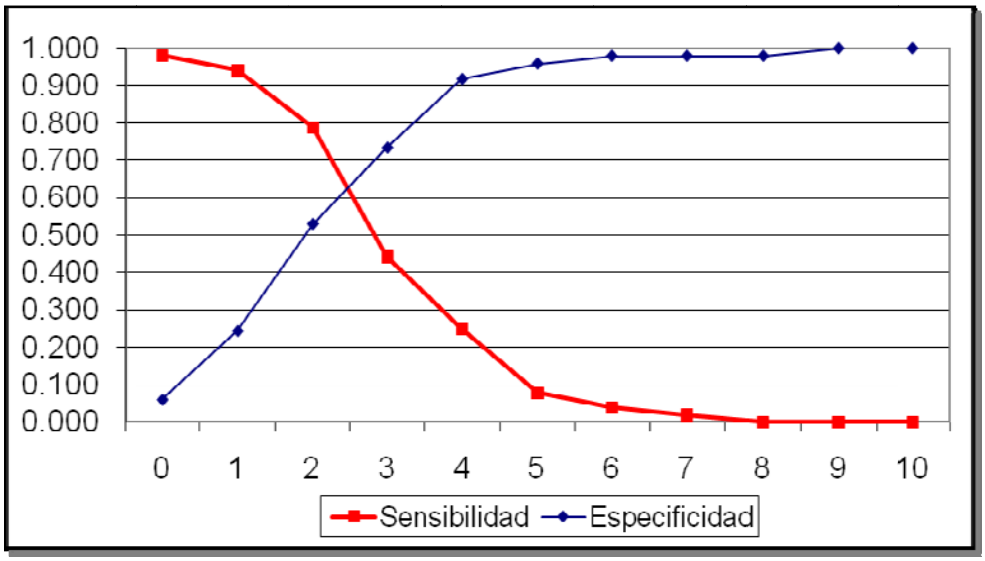
Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M)

Los resultados de evaluación de la sensibilidad, especificidad y el valor predictivo de este instrumento así como el establecimiento de su punto de corte con el estándar de oro con punto de corte en 6 puntos se encuentran resumidos en la tabla 13 y en la grafica 7.

Tabla 13. Sensibilidad, Especificidad, Valor predictivo y Punto de corte de *Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M)*

Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad	Valor Predictivo
0	0.981	0.061	0.526
1	0.942	0.245	0.570
2	0.788	0.531	0.641
3	0.442	0.735	0.639
4	0.250	0.918	0.765
5	0.077	0.959	0.667
6	0.038	0.980	0.667
7	0.019	0.980	0.500
8	0.000	0.980	0.000
9	0.000	1.000	
10	0.000	1.000	

Grafica 7



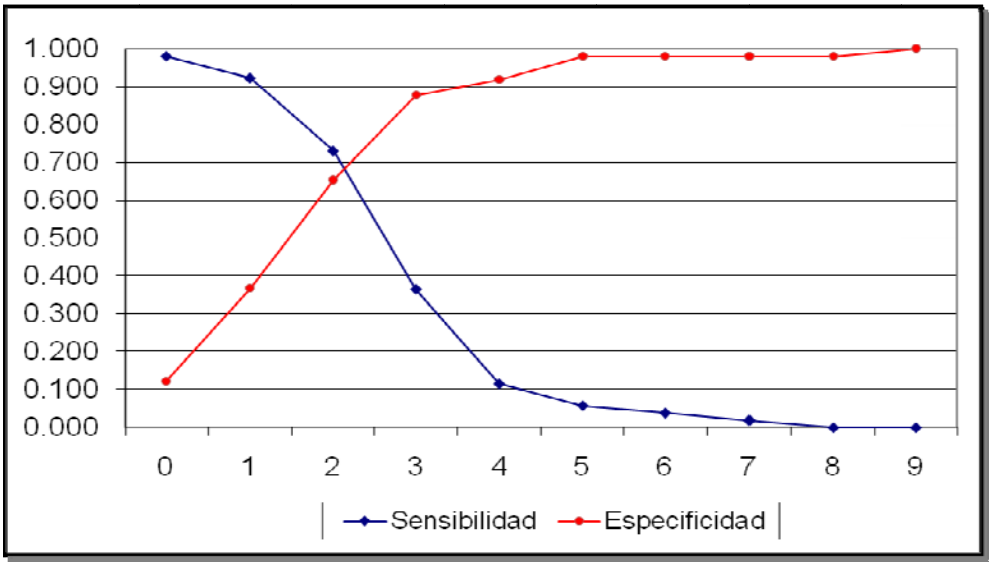
Escala de Estimación de Riesgo Suicida corregida (Sentíes H /Zamudio M)

Los resultados de evaluación de la sensibilidad, especificidad y el valor predictivo de este instrumento así como el establecimiento de su punto de corte con el estándar de oro con punto de corte en 6 puntos se encuentran resumidos en la tabla 14 y en la grafica 8.

Tabla 14. Sensibilidad, Especificidad, Valor predictivo y Punto de corte de *Escala de Estimación de Riesgo Suicida corregida (Sentíes H /Zamudio M)*

Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad	Valor Predictivo
0	0.981	0.122	0.543
1	0.923	0.367	0.608
2	0.731	0.653	0.691
3	0.365	0.878	0.760
4	0.115	0.918	0.600
5	0.058	0.980	0.750
6	0.038	0.980	0.667
7	0.019	0.980	0.500
8	0.000	0.980	0.000
9	0.000	1.000	

Grafica 8



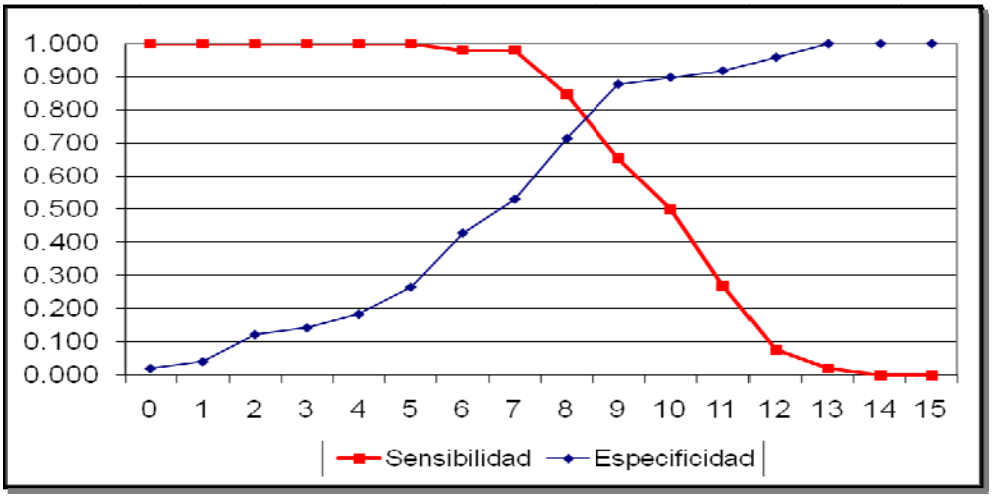
Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

Los resultados de evaluación de la sensibilidad, especificidad y el valor predictivo de este instrumento así como el establecimiento de su punto de corte con el estándar de oro con punto de corte en 6 puntos se encuentran resumidos en la tabla 15 y en la grafica 9.

Tabla 15. Sensibilidad, Especificidad, Valor predictivo y Punto de corte de *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik*

Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad	Valor Predictivo
0	1.000	0.020	0.520
1	1.000	0.041	0.525
2	1.000	0.122	0.547
3	1.000	0.143	0.553
4	1.000	0.184	0.565
5	1.000	0.265	0.591
6	0.981	0.429	0.646
7	0.981	0.531	0.689
8	0.846	0.714	0.759
9	0.654	0.878	0.850
10	0.500	0.898	0.839
11	0.269	0.918	0.778
12	0.077	0.959	0.667
13	0.019	1.000	1.000
14	0.000	1.000	1.000
15	0.000	1.000	1.000

Grafica 9



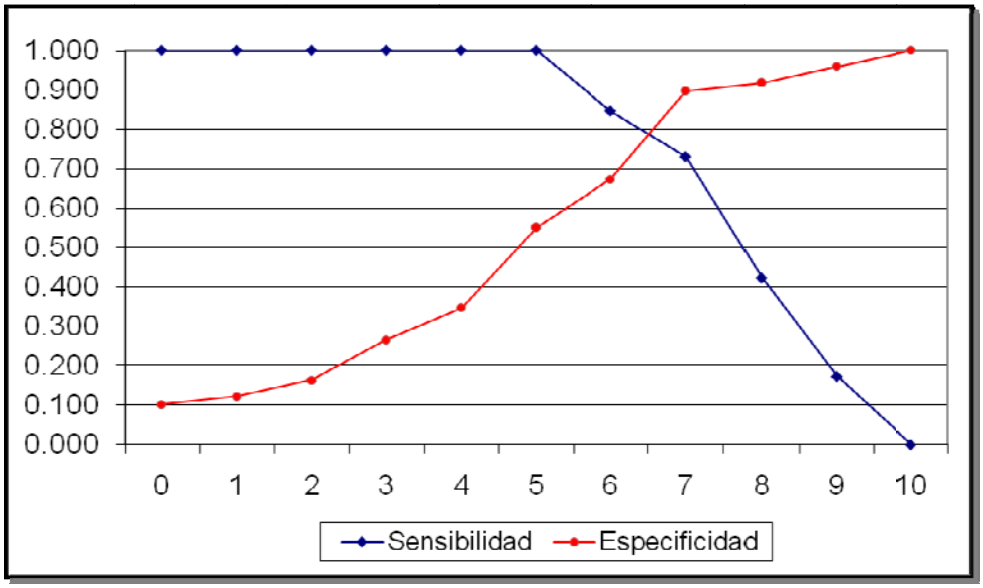
Escala de Riesgo Suicida de Plutchik corregida

Los resultados de evaluación de la sensibilidad, especificidad y el valor predictivo de este instrumento así como el establecimiento de su punto de corte con el estándar de oro con punto de corte en 6 puntos se encuentran resumidos en la tabla 16 y en la grafica 10.

Tabla 16. Sensibilidad, Especificidad, Valor predictivo y Punto de corte de *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik coregida*

Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad	Valor Predictivo
0	1.000	0.102	0.542
1	1.000	0.122	0.547
2	1.000	0.163	0.559
3	1.000	0.265	0.591
4	1.000	0.347	0.619
5	1.000	0.551	0.703
6	0.846	0.673	0.733
7	0.731	0.898	0.884
8	0.423	0.918	0.846
9	0.173	0.959	0.818
10	0.000	1.000	

Grafica 10



Estándar de oro con punto de corte en 10 puntos.

Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M)

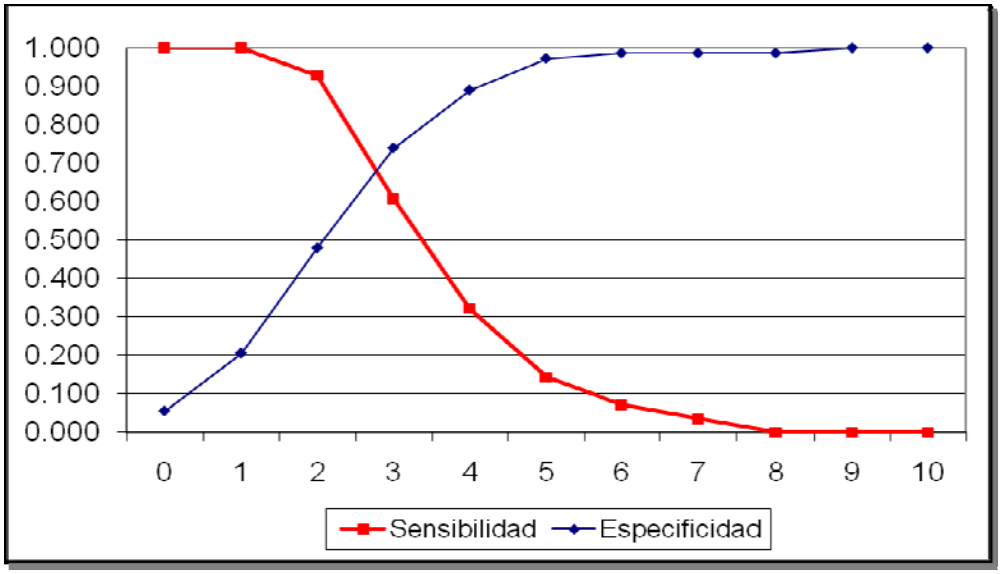
Los resultados de evaluación de la sensibilidad, especificidad y el valor predictivo de este instrumento así como el establecimiento de su punto de corte con el estándar de oro con punto de corte en 10 puntos se encuentran resumidos en la tabla 17 y en la grafica 11.

Tabla 17. Sensibilidad, Especificidad, Valor predictivo y Punto de corte de *Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M)*

Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad	Valor Predictivo
0	1.000	0.055	0.289
1	1.000	0.205	0.326
2	0.929	0.479	0.406
3	0.607	0.740	0.472
4	0.321	0.890	0.529
5	0.143	0.973	0.667
6	0.071	0.986	0.667
7	0.036	0.986	0.500
8	0.000	0.986	0.000
9	0.000	1.000	

10	0.000	1.000	

Grafica 11



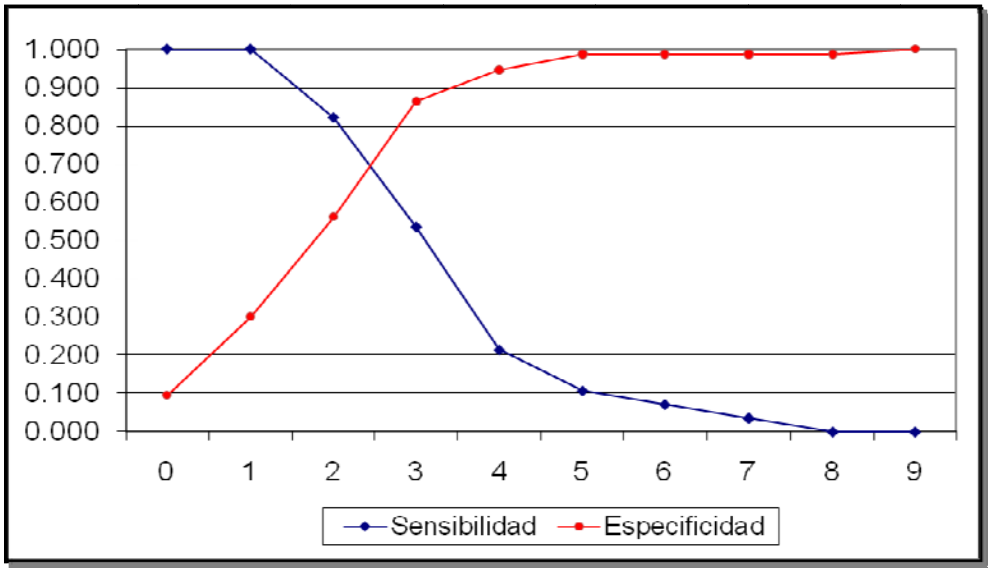
Escala de Estimación de Riesgo Suicida corregida (Sentíes H /Zamudio M)

Los resultados de evaluación de la sensibilidad, especificidad y el valor predictivo de este instrumento así como el establecimiento de su punto de corte con el estándar de oro con punto de corte en 10 puntos se encuentran resumidos en la tabla 18 y en la grafica 12.

Tabla 18. Sensibilidad, Especificidad, Valor predictivo y Punto de corte de *Escala de Estimación de Riesgo Suicida corregida (Sentíes H /Zamudio M)*

Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad	Valor Predictivo
0	1.000	0.096	0.298
1	1.000	0.301	0.354
2	0.821	0.562	0.418
3	0.536	0.863	0.600
4	0.214	0.945	0.600
5	0.107	0.986	0.750
6	0.071	0.986	0.667
7	0.036	0.986	0.500
8	0.000	0.986	0.000
9	0.000	1.000	

Grafica 12



Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

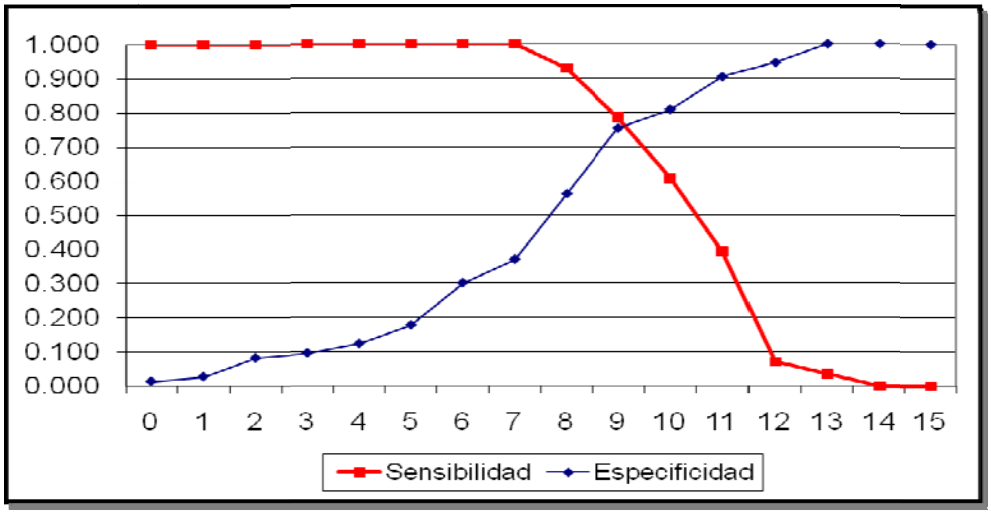
Los resultados de evaluación de la sensibilidad, especificidad y el valor predictivo de este instrumento así como el establecimiento de su punto de corte con el estándar de oro con punto de corte en 10 puntos se encuentran resumidos en la tabla 19 y en la grafica 13.

Tabla 19. Sensibilidad, Especificidad, Valor predictivo y Punto de corte de *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik*

Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad	Valor Predictivo
0	1.000	0.014	0.280
1	1.000	0.027	0.283
2	1.000	0.082	0.295
3	1.000	0.096	0.298
4	1.000	0.123	0.304
5	1.000	0.178	0.318
6	1.000	0.301	0.354
7	1.000	0.370	0.378
8	0.929	0.562	0.448
9	0.786	0.753	0.550
10	0.607	0.808	0.548
11	0.393	0.904	0.611
12	0.071	0.945	0.333

13	0.036	1.000	1.000
14	0.000	1.000	
15	0.000	1.000	

Grafica 13



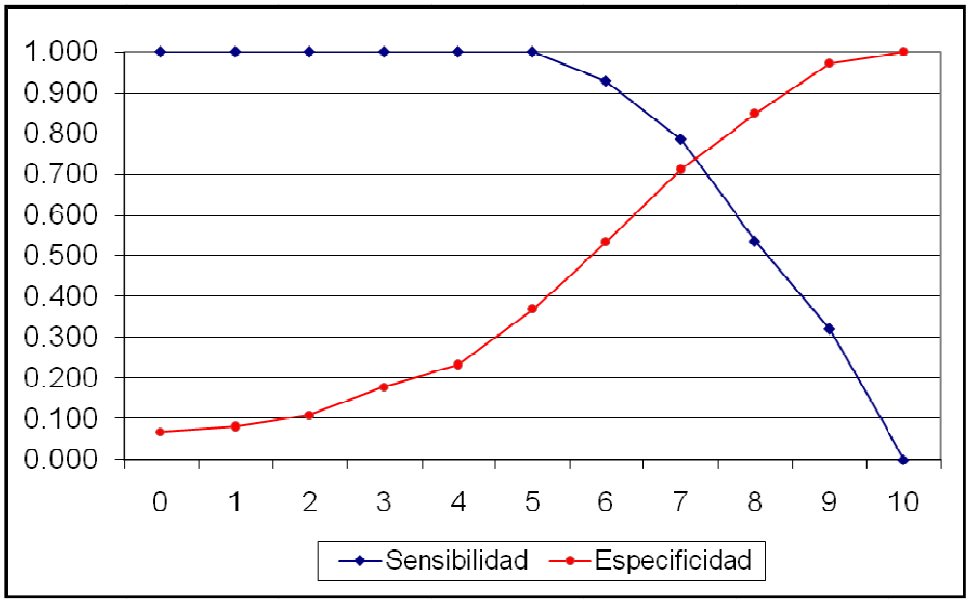
Escala de Riesgo Suicida de Plutchik corregida

Los resultados de evaluación de la sensibilidad, especificidad y el valor predictivo de este instrumento así como el establecimiento de su punto de corte con el estándar de oro con punto de corte en 10 puntos se encuentran resumidos en la tabla 20 y en la grafica 14.

Tabla 20. Sensibilidad, Especificidad, Valor predictivo y Punto de corte de *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik coregida*

Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad	Valor Predictivo
0	1.000	0.068	0.292
1	1.000	0.082	0.295
2	1.000	0.110	0.301
3	1.000	0.178	0.318
4	1.000	0.233	0.333
5	1.000	0.370	0.378
6	0.929	0.534	0.433
7	0.786	0.712	0.512
8	0.536	0.849	0.577
9	0.321	0.973	0.818
10	0.000	1.000	

Grafica 14



Mejor Sensibilidad y especificidad

En la siguiente tabla comparativa se resumen las mejores sensibilidades, especificidades y valores predictivos presentados por los instrumentos *Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M)* y *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik* tanto en sus versiones originales como corregidas utilizando el estándar de oro con dos puntos de corte distintos.

Tabla 21. Mejor Sensibilidad, Especificidad, Valor predictivo y Punto de corte propuestos para los instrumentos *Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M)* y *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik coregida*

Estándar de oro con punto de corte en 6 puntos.				
Instrumentos	Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad	Valor Predictivo
Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M)	4	0.250	0.918	0.765
Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M) corregida	4	0.115	0.918	0.600
Escala de Riesgo Suicida de Plutchik	11	0.269	0.918	0.778

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik corregida	8	0.423	0.918	0.846
Estándar de oro con punto de corte en 10 puntos.				
Instrumentos	Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad	Valor Predictivo
Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M)	5	0.143	0.973	0.667
Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M) corregida	4	0.214	0.945	0.600
Escala de Riesgo Suicida de Plutchik	11	0.393	0.904	0.611
Escala de Riesgo Suicida de Plutchik corregida	9	0.321	0.973	0.818

DISCUSIÓN

Estructura factorial

La estructura factorial del instrumento *Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M)* se encontró constituida por tres factores: **Sintomatología psiquiátrica e ideación suicida**, **Uso de alcohol y sustancias** y **Aspectos ambientales y respuesta ante el estrés** que explicaron el 54.2 % de la varianza total. Estos tres factores se encontraron constituidos por 9 ítems que evalúan características, circunstancias y antecedentes que en múltiples estudios han sido relacionados con el fenómeno suicida. El factor **Sintomatología psiquiátrica e ideación suicida** es sin duda el factor de mayor consistencia como lo muestran los ítems 1 y 10, los cuales son los más consistentes dentro del factor y del propio instrumento. El ítem 1 fue el que presento la mayor carga factorial de toda la escala (0.887). Este ítem evalúa la presencia o no de sintomatología depresiva severa. La presencia de sintomatología depresiva *per se* es un factor de suma importancia para la presencia de riesgo suicida. Sin embargo este ítem no solo considera la presencia o no de sintomatología depresiva, sino que requiere que esta, en caso de presentarse, sea severa para ser considerada por el instrumento. Más de dos terceras partes de los suicidios consumados e intentos suicidas se realizaron dentro del contexto de un episodio depresivo mayor como lo demuestra el estudio de Coryell y Young en el 2005 (11), sin embargo este estudio no hace una diferenciación entre los grados de severidad de los episodios depresivos durante el momento de los intentos. Aunque dentro del constructo de depresión mayor, la ideación suicida por si misma le confiere al episodio la categoría de severo, no hay que perder de vista la importancia de otros diagnósticos o grados de gravedad dentro del espectro afectivo como el propio trastorno depresivo mayor leve o moderado, el trastorno distimico, el trastorno depresivo menor o incluso un episodio depresivo en un trastorno bipolar (5, 33, 32, 1). Se estima, por ejemplo, que las personas con trastorno

bipolar son hasta 30 veces más propensos a realizar intentos suicidas como lo demuestran los estudios de Chen y Dilsaver realizados en 1996 y de Potash en el 2000 (7, 38). Por lo anterior sería conveniente que el ítem 1 solo considerara la presencia o no de sintomatología depresiva independientemente del grado de severidad pues, como ya se ha comentado, esta constituye por sí misma un importante factor de riesgo suicida independientemente de ser leve, moderada o severa y por lo tanto se corre el riesgo de desestimar este dato si solo se toman en cuenta los casos que el clínico considera como severos. El ítem 10 por su parte fue el segundo en orden de importancia tanto en este factor como en la totalidad del instrumento al presentar una carga factorial de 0.874. Sin embargo este ítem cuenta con una importante deficiencia en su construcción: evalúa dos fenómenos, los cuales aunque en muchas ocasiones pueden observarse en conjunto, no dejan de ser distintos. Si bien es cierto que muchas de las personas con un plan suicida estructurado cuentan con desesperanza marcada, no en todos los casos ocurre esto. No está por demás decir que el concepto de desesperanza marcada se relacionaría de forma más consistente con el constructo de sintomatología depresiva que con el de ideación suicida como tal. Incluso la desesperanza es utilizada con suma frecuencia como un modelo animal de depresión en múltiples investigaciones experimentales. La relación entre desesperanza y el riesgo suicida ha sido consignada en numerosos estudios. Beck realizo dos estudios prospectivos en los años 1985 y 1990 (4, 3). Encontró correlatos elevados de desesperanza en las personas que cometían suicidio. A estas personas las clasifico como grupo de alto riesgo y se observo que eran hasta 11 veces más propensas a cometer suicidio que el resto de los pacientes. Por lo tanto la desesperanza puede utilizarse como un indicador de suicidio potencial. No obstante lo anterior la presencia de un plan suicida estructurado es en sí mismo un factor de riesgo tan relevante en el fenómeno suicida como la desesperanza y esto radica en el hecho de que un plan estructurado usualmente es un plan que contempla la utilización de un arma, una sustancia o una mecánica letal, además de considerar la realización del acto en el lugar y en el momento adecuado para

no recibir ayuda o asistencia que pueda evitar o revertir el procedimiento. Es decir, un plan suicida estructurado nos está indicando que la persona muy probablemente ya tomo la decisión del morir y en su entender de los alcances de lo anterior para él y los demás lo cual sin lugar a duda es una de las condiciones más graves que se pueden presentar. En este caso sin embargo, la conformación del ítem no nos permite diferenciar si la carga factorial que presenta se debió a la desesperanza marcada o a la presencia de un plan suicida estructurado o a ambas recordando que las personas pudieran contestar por igual a ambas consideraciones si se hubieran investigado por separado. Por lo anterior sería recomendable el dividir este ítem en dos enunciados distintos. Lo anterior tratara de ejemplificarse al final de la discusión donde considerando los resultados obtenidos se propondrá el instrumento *Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M)* modificado, lo cual pretende ser un apuesta mejorada de la versión original. El ítem 4 por su parte valora el antecedente de intentos suicidas previos lo cual es uno de los correlatos de mayor peso al momento de evaluar el riesgo suicida potencial. Autores como Fawcett en l990 y Nordstrom en 1995 relatan como los intentos suicidas previos y repetitivos constituyen parte de un continuum que va de la ideación suicida, pasando por los intentos suicidas para terminar en el suicido consumado (14, 30) por lo cual la valoración de los intentos suicidas previos es un rubro obligado. El ítem 6, ultimo de este factor, evalúa la sintomatología psicótica constituida por alucinaciones auditivas de comando autodestructivo frecuentemente frecuentes en los padecimientos dentro de los espectros de la esquizofrenia y los trastornos afectivos psicóticos (34, 42). Hawton en el 2005 realiza una importante revisión de los factores de riesgo para suicido en los pacientes con esquizofrenia (19). En dicha revisión se expone como el riesgo de suicidio se puede presentar en dicho padecimiento durante las distintas etapas o niveles de gravedad como durante el estado de perplejidad inicial, dentro la sintomatología depresiva o como consecuencia de una idea delirante o alucinaciones auditivas de comando. Es así que este ítem tiene plena justificación dentro del

instrumento. El segundo factor, **Uso de alcohol y sustancias**, se encuentra constituido por los ítems 2 y 8, los cuales evalúan el consumo pasado y actual de alcohol y otras drogas respectivamente. Un gran porcentaje de los intentos suicidas se realizan bajo el influjo de sustancias, sobre todo de alcohol. Aun más, muchos de los intentos suicidas son realizados mediante sobredosis voluntarias de psicofármacos, fármacos misceláneos y drogas ilegales junto con alcohol (cocteles). En algunos casos el suicida recurre al alcohol u otras drogas para "ganar valor" y atreverse a realizar un acto ya premeditado (29, 36, 22). En otras ocasiones el efecto depresor del alcohol, el cual se consume en un alto porcentaje en búsqueda de su efecto ansiolítico, exacerba una sintomatología depresiva y ansiosa ya existentes lo cual propicia el acto suicida. Así mismo, el alcohol y otras sustancias aumentan de forma significativa la impulsividad y la agresividad y con ello el riesgo suicida (22, 39). La dependencia a etanol favorece una mortalidad por suicidio tan alta como del 18% a lo largo de la vida (41). Nuevamente nos encontramos ante un aspecto de vital importancia dentro de la evaluación del fenómeno suicida. El tercer y último factor de este instrumento fue nombrado **Aspectos ambientales y respuesta ante el estrés** y se encuentra conformado por 3 ítems. Dos de ellos evalúan el entorno familiar y de relaciones interpersonales (ítem 3) y la pérdida de empleo o status respectivamente (ítem 9). El ítem 5 por su parte evalúa el mal manejo del enojo o la frustración. En este sentido, este ultimo ítem evalúa entonces un correlato de la impulsividad/agresividad y aunque su carga factorial en esta investigación fue discretamente menor que la del ítem 3, por ejemplo, valdría la pena considerarlo el enunciado de más peso dentro de este factor si consideramos la importante relación de la impulsividad/agresividad con la conducta suicida como demostraron Dumais en el 2005 y Galfalvy en el 2006 al proponer un modelo donde la impulsividad, relacionada a una predisposición genética y a una disfunción de la corteza prefrontal, forma parte de una predisposición en los individuos con ideación suicida de realizar sus impulsos (13, 17). Dada la importancia de este factor seria conveniente reestructurar el enunciado de este ítem para una valoración más directa y clara del

fenómeno, es decir alguien podría entender por mal manejo del enojo y la frustración como el hacer solo una simple rabieta o por otra parte tornarse lábil o triste. Convendría mejor preguntar o averiguar directamente si la persona se considera impulsiva y-o agresiva, lo cual también puede valorarse desde la evaluación del afecto y actitud del paciente durante la entrevista, incluso resulta de gran utilidad la información obtenida de terceros.

Llama la atención que el ítem 7, el cual evalúa la historia familiar de depresión y-o- suicidio, no presento carga factorial significativa en este estudio por lo cual no se incluyo dentro de ningún factor, esto a pesar diversos estudios genéticos han demostrado una clara transmisión de precursores de la conducta suicida de padres a hijos como lo son la agresividad impulsiva (6). Lo anterior cobra más peso cuando la transmisión involucra padecimientos psiquiátricos caracterizados por presentar frecuentemente conducta suicida como lo son el trastorno depresivo mayor o la esquizofrenia por citar dos ejemplos. Una posibilidad es que las personas que contestaron el instrumentó en este estudio desconocieran esta información. De cualquier manera también cabe la posibilidad de que el tamaño de la muestra no ayudara a evaluar este aspecto o simplemente que esta población, en particular, presento este comportamiento.

Por su parte la estructura factorial del instrumento *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik* se encontró constituida por dos factores: **Depresión** e **Ideación suicida e impulsividad** los cuales explicaron el 36.6 % de la varianza acumulada. El factor **Depresión** se encuentra constituido por 6 ítems, los cuales en su totalidad en un sentido estricto hacen referencia a los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor del DSM-IV-TR. El ítem 5 es el que presento la mayor carga factorial dentro de este factor (0.713) y evalúa la presencia de pesimismo. Si bien este concepto tiende a equipararse con el concepto de desesperanza no hay que perder de vista de que se tratan de conceptos distintos que evalúan un mismo fenómeno desde dos perspectivas paradójicamente opuestas: el pesimismo proviene

del latín *pessimum,* “lo peor”, una corriente filosófica que sostiene que vivimos en el peor de los mundos posibles. Es así que en la persona pesimista el contenido del pensamiento se encuentra plagado de ideas ansiogénicas de esperar lo peor constantemente. Este tipo de pensamiento es el que conduce el individuo a contemplar el acto suicida como una solución a su problemática existencial: “Siempre será peor”. Por su parte la desesperanza, de la cual ya hemos su citado importancia anteriormente, es evaluada en el ítem 7 de este factor (carga factorial de 0.554), es lo contrario del pesimismo, es decir en lugar de esperar siempre lo peor, la desesperanza es nunca esperar lo mejor. Es así que este factor se refiere exclusivamente a la presencia sintomatología depresiva, constructo cuya importancia en el fenómeno suicida ya ha sido abordada con anterioridad. El segundo factor fue llamado **Ideación suicida e impulsividad** y se encuentra conformado por cuatro ítems, tres de los cuales evalúan la ideación suicida y uno la impulsividad. Los ítems que evalúan la ideación suicida fueron los que presentaron la mayor carga factorial. Es así que el ítem 13 (¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?) presento una carga factorial de 0.826. El ítem 15 (Ha intentado alguna vez quitarse la vida?) que evalúa los intentos suicidas previos presento una carga factorial de 0.756. Finalmente el ítem 14 (¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?) presento una carga factorial de 0.748. Al igual que el anterior factor, la importancia de este factor ya ha sido mencionada con anterioridad. Resulta de suma importancia hacer notar que la alta carga factorial de estos ítems nos sugiere que la evaluación de estos campos resulta obligatorio para la correcta evaluación del riesgo suicida, lo cual quedara patente al momento de discutir la estructura factorial del instrumento *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Modulo de Riesgo de Suicidio,* el cual debido a la misma fue considerado el estándar de oro en esta investigación.

Finalmente resulta importante mencionar que 5 ítems no presentaron la carga factorial necesaria para incluirse dentro de un factor. El ítem 11 (carga factorial de 0.283), al igual que el ítem 7 del instrumento

Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M), evalúa antecedentes familiares de suicidio. El ítem 10 evalúa la presencia o no de pareja. El ítem 12 (¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?) valora de alguna manera la agresividad/impulsividad, sin embargo la forma en que es planteada la pregunta evalúa la posibilidad de cometer homicidio en lugar de suicidio, lo cual podría explicar su pobre carga factorial y por lo tanto su pobre contribución a la evaluación del riesgo suicida. Por su parte el ítem 1 (carga factorial 0.136) a pesar de presentar una carga factorial pobre trata de evaluar la posibilidad de que una persona cuente con medicamentos con los cuales realizar un acto suicida, sin embargo el ítem 2 (carga factorial -0.077) definitivamente no evalúa algún aspecto relacionado con el fenómeno suicida y, en apariencia, es el peor ítem de todos los que conforman los tres instrumentos utilizados en la presente investigación.

El instrumento *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Modulo de Riesgo de Suicidio*, como ya se comento con anterioridad es el que mejor estructura factorial presento y se encuentra constituido por un solo factor el cual fue denominado **Ideación suicida**. Los 6 ítems que conforman este único factor exploran aspectos como la ideación suicida, la planeación y los intentos suicidas previos tanto en el último mes como a lo largo de la vida, así como contenidos del pensamiento relacionados con la intencionalidad de lastimarse o el deseo de morir. El ítem 3 (¿Ha pensado en el suicidio?) es el que presento la mayor carga factorial (0.797) lo cual es consistente con los ítem 10 del instrumento *Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M)*, cual fue el segundo ítem con mayor carga factorial en este caso, y el ítem 13 del instrumento *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik*, mismo que constituyo el ítem con mayor carga factorial del mismo, ya que los tres evalúan la ideación suicida de la forma más directa posible. Debido a su solida estructura factorial y a que explora de manera directa la ideación e intencionalidad suicida se decidió utilizar este instrumento como el estándar de oro en este estudio. No obstante lo anterior no hay que perder de vista que este instrumento solo evalúa los aspectos

ya comentados dejando de lado otros correlatos que suma importancia para entender y evaluar el fenómeno suicida, mismos que si fueron contemplados en el instrumento *Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M)* y de cuya importancia ya se ha discutido. Se intento mejorar la estructura factorial de los instrumentos al eliminar los ítems que no presentaron carga factorial suficiente para integrar un factor. A este procedimiento se le denomino estructura factorial corregida. Es así que al eliminar el único ítem sin carga factorial de la *Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M)* la estructura factorial presento un discreto aumento al explicar el 59.6 % de la varianza acumulada. Por su parte al eliminar los 5 ítems sin carga factorial del instrumento *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik* se pudo apreciar un incremento significativo en su estructura factorial al explicar esta el 51.9% de la varianza acumulada, lo cual contrasta con el 36.6% explicado por el instrumento original conformado por 15 ítems. Lo anterior nos demuestra que la estructura factorial del instrumento *Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M)* en su versión original de 10 ítems es superior a la estructura factorial de la versión original de 15 ítems del instrumento *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik*, el cual requirió prescindir del 33.3% de sus ítems para mejorar en este aspecto.

Confiabilidad

En cuanto a la confiabilidad el instrumento *Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M)* tuvo al ítem 10 en la correlación total de ítems corregida como el mejor de todos (0.444), sin embargo en la Alpha de Cronbach si un ítem es eliminado el ítem de mayor peso fue el 1 al disminuir el Alpha de Cronbach del instrumento hasta 0.423. El Alpha de Cronbach para este instrumento fue de 0.489. La confiabilidad para el instrumento *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik* tuvo al ítem 13 en la correlación total de ítems corregida como el mejor de todos (0.571), el Alpha de Cronbach si un ítem es eliminado tuvo su mayor peso en el mismo ítem al disminuir el Alpha de

Cronbach del instrumento hasta 0.639. El Alpha de Cronbach para este instrumento fue de 0.691. Por su parte la confiabilidad para el instrumento *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Modulo de Riesgo de Suicidio* tuvo en el ítem 3 en la correlación total de ítems corregida como su mejor ítem (0.634), así mismo dicho ítem fue el de mayor peso en el Alpha de Cronbach si un ítem es eliminado al disminuir el Alpha de Cronbach del instrumento hasta 0.670. Alpha de Cronbach para este instrumento fue de 0.751. Se busco mejorar la confiabilidad de los instrumentos al eliminar los ítems que no presentaron carga factorial suficiente para integrar un factor. A este procedimiento se le llamo confiabilidad corregida. Es así que el instrumento *Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M)* después de lo anterior continuo teniendo en el ítem 10 en la correlación total de ítems corregida al mejor de todos sus ítems presentando un ligero incremento con relación a la versión de 10 ítems al presentar 0.479, sin embargo en la Alpha de Cronbach si un ítem es eliminado el ítem de mayor peso continuo siendo el 1 al disminuir el Alpha de Cronbach del instrumento en esta ocasión a 0.526 lo cual este caso se podría considerar una ligera mejoria si consideramos que en la versión de 10 ítems disminuía hasta 0.423. El Alpha de Cronbach para este instrumento modificado fue de 0.585 lo cual también pude ser considerada una discreta mejoría si consideramos que en la versión original es de 0.489. En cuanto a la confiabilidad corregida para el instrumento *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik* el ítem 13 en la correlación total de ítems corregida continuo siento el mejor de todos con una discreta mejoría al presentar 0.605, el Alpha de Cronbach si un ítem es eliminado continuo de igual manera teniendo su mayor peso en el mismo ítem sin embargo en esta oportunidad solo disminuyo el Alpha de Cronbach del instrumento a 0.726 lo cual también se puede traducir en una ligera mejoría en la confiabiliad. El Alpha de Cronbach para este instrumento en su versión modificada también mejoro con respecto a la original al ser de 0.769.

Validez concurrente

El que la validez concurrente entre los instrumentos *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Modulo de Riesgo de Suicidio* y *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik* fuera la mayor al presentar una correlacion de Pearson de 0.518, lo cual podría explicarse debido al hecho de que el primer instrumento solo cuenta con un factor y el segundo con dos, a diferencia del instrumento *Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M)* el cual se encuentra constituida por tres factores. Así mismo es importante señalar que el factor **Ideación suicida e impulsividad** del instrumento *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik* coincide de forma sustancial con el único factor del instrumento *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Modulo de Riesgo de Suicidio.* Se busco mejorar la validez concurrente de los instrumentos al eliminar los ítems que no presentaron carga factorial suficiente para integrar un factor. A este procedimiento se le llamo validez concurrente corregida. Tras realizar lo anterior la validez concurrente entre los instrumentos *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Modulo de Riesgo de Suicidio* y *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik* continuo siendo la mayor al presentar una correlación de Pearson de 0.505 lo cual se traduce en una muy discreta diminución con relación a la presentada entre las versiones originales de los instrumentos. Lo contrario ocurrió entre los instrumentos *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Modulo de Riesgo de Suicidio* y *Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M)* los cuales presentaron un discreto incremento en la validez concurrente al presentar una correlación de Pearson de 0.482 respecto a la presentada en su versión original que fue de 0.449.

Sensibilidad y especificidad

El método por el cual se calculo la sensibilidad, la especificidad, el valor predictivo y el establecimiento de los puntos de corte ya se ha sido mencionado con anterioridad y el resultado de lo anterior se ha resumido en una tabla comparativa diseñada con este fin (Ver tabla 21). En dicha tabla se puede constatar como el instrumento *Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M)* resulta superior al instrumento *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik* al momento de evaluar el riesgo suicida. Esto se hace patente tanto en las versiones originales como corregidas de ambos instrumentos utilizando el estándar de oro con los dos puntos de corte propuestos. Tanto en las versiones originales como corregidas el instrumento *Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M)* es capaz de detectar la presencia de riesgo suicida desde un punto de corte tan bajo como 4 puntos con excepción de la versión original utilizando el estándar de oro con punto de corte en 10 puntos donde el punto de corte del instrumento se elevo a 5 puntos. Por el contrario el instrumento *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik* en su versión original requirió de 11 puntos para detectar la presencia de riesgo suicida al utilizar el estándar de oro tanto con un punto de corte en 6 puntos como en 10. Esto se acentuó aun más en las versiones corregidas donde al utilizar el estándar de oro con un punto de corte en 6 puntos se requirió de por lo menos 8 puntos para poder detectar la presencia de riesgo suicida. Al utilizar el estándar de oro con un punto de corte en 10 puntos el instrumento requirió de un punto de corte de 9 puntos para detectar riesgo suicida lo cual se traduce en que prácticamente todos los ítems tendrían que ser contestados de manera positiva al ser este un instrumento de 10 ítems con valor de un punto por cada ítem.

CONCLUSIONES

La conducta suicida es un fenómeno multifactorial y complejo que requiere para su evaluación de una adecuada semiología clínica que logre detectar de manera fehaciente la sintomatología presentada y referida por el paciente u otros informantes, así como de un apropiado juicio clínico que logre integrar de forma adecuada la información obtenida y establezca en base a ella la mejor decisión terapéutica. En esta investigación se pudo constatar que la utilización de instrumentos clinimétricos diseñados con tal fin resultan una herramienta primordial para establecer el diagnostico y el manejo oportuno. Y es en este sentido que el nuevo instrumento *Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M)* se constituye como una apuesta solida para la evaluación del fenómeno suicida. Su estructura factorial demostró ser, si no la más solida, si más diversa e integrativa que la presentada por la mayoría de los instrumentos convencionales al estar conformada por variables que han demostrado en un sinnúmero de investigaciones un importante correlato con la conducta suicida y que usualmente no son considerados por la mayoría de los instrumentos diseñados para la evaluación de las misma. Sin ir más lejos, en esta investigación el instrumento *Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M)* presento un mejor comportamiento incluso que el instrumento *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik* el cual cabe mencionar es uno de los más utilizados en la actualidad por los clínicos alrededor del mundo. Sin embargo no se debe olvidar que la evaluación del fenómenos suicida es procedimiento totalmente clínico y que independientemente de impresión diagnostica obtenida mediante la utilización de un instrumento clinimétrico la decisión terapéutica siempre deberá de sustentarse en una adecuada valoración clínica la cual es, y seguirá siendo, el mejor estándar de oro. Es así que los resultados de esta primera investigación resultan alentadores para promover futuras investigaciones dirigidas a corroborar las propiedades clinimétricas ya mostradas por el instrumento así como las ventajas de su utilización en los diferentes servicios de atención psiquiátrica.

A continuación se propone una versión modificada, en base a los resultados obtenidos, del instrumento *Escala de Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes H /Zamudio M)* por parte del investigador principal.

Escala de Estimación de Riesgo Suicida

(Sentíes H /Zamudio M) Versión modificada

Nombre.-_____

Expediente.-_____

Fecha.-_____

Seleccione de cada reactivo la opción que, con la información obtenida durante la entrevista, a su juicio clínico aplique para el paciente.

Elementos clínicos de peso	si	no
1.- Presencia de sintomatología depresiva (incluyendo leve) y /o ansiosa grave		
2.- Abuso actual o anterior de alcohol y/o sustancias psicoactivas		
3.- Conflictos graves en la relación familiar y/o de pareja o perdida de la pareja		
4.- Antecedente de intentos suicidas		
5.- Presencia de impulsividad/agresividad auto y/o hetero dirigida		
6.- Alucinaciones de comando autodestructivo		
7.- Historia familiar de depresión y/o suicidio		
8.- Desesperanza marcada		
9.- Perdida de empleo o de status		
10.- Presencia de ideación suicida y /o plan suicida estructurado		

*TOTAL*_____

Si= 1 No= 0

RIESGO SUICIDA LEVE.- 0-3 PUNTOS
RIESGO SUICIDA MODERADO.- 4-7 PUNTOS
RIESGO SUICIDA ELEVADO.- 8-10 PUNTOS

REFERENCIAS

1. Angst F, Stassen HH, Clayton PJ, Angst J: Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34–38 years. J Affect Disord 2002; 68:167–181.
2. Appleby L, Amos T, Doyle U, Tomenson B, Woodman M. General practitioners and young suicides: a preventive role for primary care. *Br J Psychiatry*. 1996;168:330-333.
3. Beck AT, Brown G, Berchick RJ, et al.. Relationship between hopelessnessand ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry,* 1990; 147:190–5.
4. Beck AT, Steer RA, Kovacs M, et al.. Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry,* 1985; 142:559–63.
5. Brent DA, Oquendo MA, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B, Zelazny J, Brodsky B, Bridge J, Ellis S, Salazar JO, Mann JJ: Familial pathways to early-onset suicide attempt: risk for suicidal behavior in offspring of mood-disordered suicide attempters. Arch Gen Psychiatry 2002; 59:801–807.
6. Brent DA. Peripubertal suicide attempts in offspring of suicide attempters with siblings concordant for suicidal behavior. Am J Psychiatry, 2003; 160:1486–1493.
7. Chen YW, Dilsaver SC. Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other Axis I disorders. *Biol Psychiatry,* 1996; 39:896-9.
8. Cohen J. Statistical approaches to suicidal risk factor analysis. Annals of the New York Academy of Scienses. 1986;487:34-41.
9. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Revised edition. 1977;101-102.

10. Cooper-Patrick L, Crum RM, Ford DE. Identifying suicidal ideation in general medical patients. *JAMA.* 1994;272:1757-1762.
11. Coryell W, Young E. Clinical predictors of suicide in primary major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*, 2005; 66:412–17.
12. DSM-IV, Tratado de Psiquiatría, Tomo I, Robert E. Hales; Stuart C. Yudofsky; Jonh A. Talbott; 3era. Edición, Editorial Masson, Washington, USA and London, England. 2001; 36:1379-1400.
13. Dumais A, Lesage AD, Alda M, et al. Risk factors for suicide completion in major depression: a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *Am J Psychiatry*, 2005; 162:2116–24.
14. Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L, Clark DC, Young MA, Hedeker D, Gibbons R: Time-related predictors of suicide in major affective disorder. Am J Psychiatry, 1990; 147:1189–1194.
15. Frankenfi eld DL, Keyl PM, Gielen A, et al. Adolescent patients—healthy or hurting? Missed opportunities to screen for suicide risk in the primary care setting. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2000;154:162-168.
16. Frierson RL. Suicide attempts by the old and the very old. *Arch Intern Med.* 1991;151:141-144.
17. Galfalvy H, Oquendo MA, Carballo JJ, et al. Clinical predictors of suicidal acts after major depression in bipolar disorder: A prospective study. *Bipolar Disord*, 2006; 8:586–95.
18. Greenberg PE, Stiglin LE, Finkelstein SN, Berndt ER. The economic burden of depression in 1990. *J Clin Psychiatry.* 1993;54:405-418.
19. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks J J. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. Br J Psychiatry, 2005; **187:** 9–20.
20. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). Suicidios registrados por entidad federativa de ocurrencia según causa, 2003, 2004 y 2005.

21. Kaplan MS, Adamek ME, Calderon A. Managing depressed and suicidal geriatric patients: differences among primary care physicians. *Gerontologist.* 1999;39:417-425.
22. Koller G, Preuss UW, Bottlender M, Wenzel K, Soyka M. Impulsivity and aggression as predictors of suicide attempts in alcoholics. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 2002; 252:155–60.
23. Leon AC, Friedman RA, Sweeney JA, Brown RP, Mann JJ. Statistical issues in the identification of risk factors for suicidal behavior: the application of survival analysis. *Psychiatry Res.* 1990;31:99-108.
24. Lin EH, Von Korff M, Wagner EH. Identifying suicide potential in primary care. *J Gen Intern Med.* 1989;4:1-6.
25. *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, Md: US Department of Health and Human Services; 1999.
26. MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW. Versión en Español 5.0.0. DSM-IV. L. 2000;1.1 C:7
27. Moscicki EK, O'Carroll P, Rae DS, et al. Suicide attempts in the Epidemiologic Catchment Area Study. *Yale J Biol Med.* 1988;61:259-268.
28. *National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action*. Rockville, Md: US Department of Health and Human Services; 2001.
29. Nemtsov A. Suicides and alcohol consumption. Drug Alcohol Depend 2003; 71:161–8.
30. Nordström P, Åsberg M, Aberg-Wistedt A, Nordin C: Attempted suicide predicts suicide risk in mood disorders. Acta Psychiatr Scand, 1995; 92:345–350.
31. Olfson M, Weissman MM, Leon AC, Sheehan DV, Farber L. Suicidal ideation in primary care. *J Gen Intern Med.* 1996;11:447-453.

32. Oquendo MA, Kamali M, Ellis SP, Grunebaum MF, Malone KM, Brodsky BS, Sackeim HA, Mann JJ: Adequacy of antidepressant treatment after discharge and the occurrence of suicidal acts in major depression: a prospective study. Am J Psychiatry 2002; 159:1746–1751.
33. Oquendo MA, Waternaux C, Brodsky B, Parsons B, Haas GL, Malone KM, Mann JJ: Suicidal behavior in bipolar mood disorder: clinical characteristics of attempters and nonattempters. J Affect Disord 2000; 59:107–117.
34. Palmer B A, Pankratz S, Bostwick J M. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: A reexamination. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 247–53.
35. Palmer CS, Revicki DA, Halpern MT, Hatziandreu EJ. The cost of suicide and suicide attempts in the United States. *Clin Neuropharmacol.* 1995;18 (Suppl 3):S25-S33.
36. Pirkola SP, Suominen K, Isometsa ET. Suicide in alcoholdependent individuals. Epidemiology and management. CNS Drugs 2004; 18:423–36.
37. Plutchik R, van Praag HM, Conte HR, Picard S. Correlates of suicide and violence risk 1: the suicide risk measure. Comprehensive Psychiatry. 1989 Jul-Aug;30(4):296-302.
38. Potash JB, Kane HS, Chiu YF, et al.. Attempted suicide and alcoholism in bipolar disorder: Clinical and familial relationships. *Am J Psychiatry*, 2000; 157:2048–50.
39. Preuss UW, Schuckit MA, Smith TL, Danko GP, Bucholz KK, Hesselbrock MN, Hesselbrock V, Kramer JR: Predictors and correlates of suicide attempts over 5 years in 1,237 alcohol-dependent men and women. Am J Psychiatry 2003; 160:56–63.
40. Rissmiller DJ, Steer R, Ranieri WF, Rissmiller F, Hogate P. Factors complicating cost containment in the treatment of suicidal patients. *Hosp Community Psychiatry*. 1994;45:782-788.
41. Roy A, Linnoila M. Alcoholism and suicide. Suicide Life Threat Behav, 1986; 16:244–73.

42. Siris S. Suicide and schizophrenia. J Psychopharmacol 2001; 15: 127–35.
43. US Public Health Service. *The Surgeon General's Call to Action to Prevent Suicide*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 1999.
44. Vandivort DS, Locke BZ. Suicide ideation: its relation to depression, suicide and suicide attempt. *Suicide Life Threat Behav.* 1979;9:205-218.
45. Vassilas CA, Morgan HG. General practitioners' contact with victims of suicide. *BMJ*. 1993;307:300-301.
46. Weissman MM, Klerman GL, Markowitz JS, Ouellette R. Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. *N Engl J Med.* 1989;321:1209-1214.
47. Zimmerman M, Lish JD, Lush DT, et al. Suicidal ideation among urban medical outpatients. *J Gen Intern Med.* 1995;10:573-576.

ANEXOS

Anexo 1.

Escala de Estimación de Riesgo Suicida

(Sentíes H /Zamudio M)

Nombre.-_____

Expediente.-_____

Fecha.-_____

Seleccione de cada reactivo la opción que, con la información obtenida durante la entrevista, a su juicio clínico aplique para el paciente.

Elementos clínicos de peso	si	no
1.- Sintomatología depresiva severa		
2.- Abuso actual de alcohol y/o sustancias psicoactivas		
3.- Conflictos graves en la relación familiar o de pareja		
4.- Antecedente de intentos suicidas		
5.- Mal manejo del enojo y la frustración		
6.- Alucinaciones de comando autodestructivo		
7.- Historia familiar de depresión y/o suicidio		
8.- Historia personal de abuso de alcohol y drogas		
9.- Perdida de empleo, perdida de status		
10.- Plan suicida estructurado / desesperanza marcada		

*TOTAL*_____

Si= 1 No= 0

RIESGO SUICIDA LEVE.- 0-4 PUNTOS
RIESGO SUICIDA MODERADO.- 5- 7 PUNTOS
RIESGO SUICIDA ELEVADO.- 8-10 PUNTOS

Anexo 2.

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

7

C. Riesgo de suicidio

	Durante este último mes:			**Puntos:**
C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SÍ	1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SÍ	2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SÍ	6
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SÍ	10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	10
	A lo largo de su vida:			
C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	4

¿CODIFICÓ **SÍ** EN POR LO MENOS **1** RESPUESTA?

NO		SÍ
	RIESGO DE SUICIDIO	
1-5 puntos	Leve	☐
6-9 puntos	Moderado	☐
≥ 10 puntos	Alto	☐

SI **SÍ**, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6)
RODEAR CON UN CÍRCULO «SÍ» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO
DE SUICIDIO

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

Anexo 3.

6.5. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.

1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	SÍ	NO
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	SÍ	NO
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	SÍ	NO
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	SÍ	NO
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	SÍ	NO
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	SÍ	NO
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	SÍ	NO
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	SÍ	NO
9. ¿Está deprimido/a ahora?	SÍ	NO
10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	SÍ	NO
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	SÍ	NO
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	SÍ	NO
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	SÍ	NO
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	SÍ	NO
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	SÍ	NO

Anexo 4.

Ficha de identificación

Nombre: _____
No. De expediente:_____
No. Consecutivo:_____
Edad:_____
Sexo:_____
Grado escolar:_____
Ocupacion:_____
Estado Civil:_____
Religion:_____
Lugar de origen:_____
Lugar de residencia:_____

Anexo 5.

Titulo de la investigación: “Validez concurrente de tres instrumentos clinimétricos para la evaluación del riesgo suicida: MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Modulo de Riesgo de Suicidio, Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y la nueva Escala de Estimación de Riesgo Suicida.”

Hoja de consentimiento informado

Nombre del paciente: _____ Folio: _____

La presente es una investigación de carácter clínico que tiene como fin obtener más información sobre el riesgo suicida, es decir los síntomas y –o- antecedentes que usted pudiera o no presentar o haber presentado, que permitan determinar la existencia o ausencia de riego de suicidio. Esta investigación permitirá evaluar los cuestionarios que se le aplicaran y con ello determinar si son o no de utilidad para valorar el riesgo de suicidio en la población mexicana.

La investigación consistirá en la realización, por parte del médico, de una serie de preguntas relacionadas con el riesgo suicida durante la entrevista en el servicio de preconsulta la cual tiene una duración aproximada de 30 minuto y donde al final de la misma se le solicitara que conteste un cuestionario de 15 preguntas dirigidas a valorar el riesgo de suicidio que usted presenta. Cabe señalar que esta evaluación no es diferente de aquella que a usted se le realizaría en una consulta de rutina. La información obtenida será utilizada exclusivamente con fines de investigación, tanto la información que usted nos proporcione así como su identidad serán manejadas de forma confidencial. Es importante mencionar que su participación en dicha investigación no tiene costo alguno.

Siempre que usted lo requiera, se le proporcionará información actualizada acerca del riesgo suicida; también tendrá derecho a que se le respondan todas sus preguntas referentes al estudio.

He leído y entendido el consentimiento informado. He recibido respuestas a todas mis preguntas. Entiendo que mi participación servirá para incrementar el conocimiento sobre la valoración del riesgo de suicidio en la población mexicana y que para ayudar a este fin contestare a las preguntas con veracidad. Entiendo que mi participación es voluntaria, y que si así lo deseo, puedo no participar, o bien retirarme en el momento que lo desee, sin que eso tenga consecuencias en mi tratamiento en esta institución. Entiendo que en caso de presentar cambios anímicos, ansiedad o cualquier síntoma psiquiátrico durante la realización del estudio puedo hacerlo del conocimiento del investigador principal, quien me orientara y/o canalizará al servicio indicado. Acepto voluntariamente participar en el estudio de investigación.

Si usted tiene preguntas adicionales durante el presente estudio, puede dirigirse a la Dr. Miguel José Zamudio Severino en el Instituto Nacional de Psiquiatría al teléfono 56-55-28-11 en la extensión No. 333.

Nombre del paciente_____

Firma del Paciente_____

Nombre del Investigador _____Miguel José Zamudio Severino_____

Firma del Investigador_____

Nombre del Testigo 1 _____

Firma de Testigo_____

Nombre del Testigo 2 _____

Firma de Testigo_____

México, DF, a de del 2008.