



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

**Departamento de Psicología Médica,
Psiquiatría y Salud Mental**

Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”

**TÍTULO:
FACTORES DE RIESGO CLÍNICOS Y PSICOSOCIALES
ASOCIADOS AL INTENTO SUICIDA RECIENTE EN PACIENTES
CON DEPRESIÓN: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA PRESENTA:**

Dra. Griselda Iris Flores Flores

Asesores:

Dr. Carlos Berlanga Cisneros.

Dra. Danelia Mendieta Cabrera.

México, D. F. a 19 de junio del 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

CONTENIDO

RESUMEN	V
<u>INTRODUCCIÓN</u>	<u>¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.</u>
MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES	1
JUSTIFICACIÓN	11
OBJETIVOS	12
OBJETIVO GENERAL	12
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
HIPÓTESIS	12
<u>MATERIAL Y MÉTODOS</u>	<u>13</u>
TIPO DE ESTUDIO	13
POBLACIÓN EN ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	13
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	14
VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	15
RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	19
IMPLICACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO	20
<u>RESULTADOS</u>	<u>21</u>
<u>DISCUSIÓN</u>	<u>30</u>
<u>CONCLUSIONES</u>	<u>35</u>
<u>REFERENCIAS</u>	<u>36</u>
<u>ANEXOS</u>	<u>41</u>
I. CONSENTIMIENTO INFORMADO	41
II.... OTROS ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

<i>Tabla 1 Suicidio en México del 2000 al 2005 de acuerdo a grupos de edad.</i>	5
<i>Tabla 2 Variables sociodemograficas.</i>	15
<i>Tabla 3 Variables clínicas.</i>	15
<i>Tabla 4 Diferencias entre las características sociodemográficas y clínicas de pacientes deprimidos con y sin intento suicida.</i>	21
<i>Tabla 5 Diferencias entre las características sociodemograficas y clínicas de pacientes deprimidos con y sin intento suicida.</i>	23
<i>Tabla 6 Porcentajes de los diferentes tipos de intentos suicidas en el grupo de pacientes deprimidos con intento suicida .</i>	24
<u>Tabla 7</u> <i>Características de personalidad clasificado por Clúster de los pacientes deprimidos con y sin intento suicida .</i>	25
<i>Tabla 8 Valores de beta estándar y su significancia para las variables utilizadas en el modelo del análisis de trayectorias.</i>	26

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1 Modelo resultante del análisis de trayectorias de las variables predictoras a las variables dependientes.</i>	29
---	----

AGRADECIMIENTOS

Al final de este recorrido y voltear hacia atrás, existen personas que me han acompañado en el camino, agradezco a mis padres por el aliento en los momentos de dificultad, por inculcarme el trabajo y la dedicación, pero también por su compañía en los logros obtenidos.

Agradezco a mi pareja y compañero por esos momentos de aliento.

Agradezco a todos los maestros que han contribuido al conocimiento que ahora tengo.

Agradezco a mis tutores quienes me orientaron y me apoyaron durante la realización de este proyecto.

Agradezco a la Dra. Danelia Mendieta por el apoyo y la enseñanza en estos 3 años y por todo su apoyo desde el inicio y hasta la culminación de esta investigación.

RESUMEN

Introducción: La conducta suicida actualmente consiste en una constelación de componentes que actúan juntos pero de diferente forma de acuerdo a cada individuo; desde un perspectiva epidemiológica existen factores de riesgo que no están limitados al suicidio, ellos son considerados necesarios pero no suficientes para que ocurra el suicidio: sin embargo existen otros tipos de factores de riesgo que representan la base para que se estructure la conducta suicida.

Objetivos: Determinar los factores de riesgo clínicos y psicosociales para intento de suicidio en pacientes con depresión mayor.

Material y método: Se realizó un estudio trasversal, comparativo de casos y controles. Se incluyeron 100 pacientes con episodio depresivo mayor que se ubicaron en dos grupos de 50 pacientes uno con intento suicida reciente y otro sin intento a lo largo de la vida. Todos los pacientes firmaron hoja de consentimiento informado, se recolectaron datos clínico demográficos, se aplicaron las siguientes escalas: escala de ansiedad de Hamilton, inventario de depresión de Beck, desesperanza de Beck, impulsividad de Pluchik, escala de agresividad explícita, inventario de sistema de creencias, cuestionario de calidad de vida y bienestar de Endicott, cuestionario y entrevista clínica de trastornos de personalidad SCID-II.

Resultados: Las mujeres fueron las que más intentaron suicidarse, la agresividad tuvo una asociación estadísticamente significativa con el intento suicida con una $p < 0.001$, también las creencias religiosas tuvieron una asociación negativa con el intento suicida con una $p = 0.034$. En el análisis de trayectorias la agresividad tuvo una asociación directa con el intento suicida con una $p < 0.001$, la agresividad tuvo una asociación directa con la impulsividad con una $p = 0.03$. Los trastornos de personalidad clúster B tuvieron una asociación directa con intento suicida con una $p = 0.02$ y la agresividad tuvo una asociación directa con éstos trastornos de personalidad con una $p = 0.06$ ésta última con tendencia a la significancia estadística.

Conclusiones: En éste estudio encontramos que la agresividad tiene una asociación directa con el intento de suicidio, a su vez la impulsividad tiene una asociación con la depresión y la agresividad; esto concuerda con lo que se ha reportado en la literatura del constructo impulsividad agresiva y su importante asociación con la conducta suicida. También observamos que los pacientes que tenían un trastorno de personalidad clúster B tenían una importante asociación con el intento suicida y la agresividad, nuevamente el constructo impulsividad agresiva puede incrementar el riesgo de intento suicida en pacientes con un trastorno de personalidad clúster B que cursa con una depresión.

INTRODUCCIÓN

Marco de referencia y antecedentes

1.- DEFINICION:

El termino suicidio proviene del latín *sui caedere* que se define como matarse a uno mismo, el acto de quitarse la propia vida. ¹ El Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia proporciona varios términos: Suicidio que es la acción o efecto de suicidarse; suicida como sustantivo la persona que comete dicho acto y también como adjetivo que es el acto o conducta que daña o destruye así mismo; suicidarse quitarse voluntariamente la vida.

En la reciente historia de la suicidología Stangel en 1964 ², propuso que el intento de *suicidio* es cualquier acto realizado de autoagresión con intención de autodestrucción, definición que resultó ser vaga y ambigua. En 1988 el Centro de investigación para el control de Enfermedades en Estados Unidos, formó un grupo de investigadores con la finalidad de integrar una definición de suicidio y desarrollar una guía para su certificación; Rosenberg y col en 1988 ¹, propusieron que el *suicidio* es: Muerte como resultado de cualquiera de las siguientes: 1) Como un acto inflingido por uno mismo 2) Con la intención de matarse uno mismo, éstos fueron llamados Criterios Operacionales para la Determinación de Suicidio (OCDS por sus siglas en inglés), con la finalidad de facilitar una clara comunicación. Marusic en el 2004 ³, propuso usar los criterios de Rosenberg y col, agregando la conducta suicida fatal y no fatal, así como la ideación suicida. De Leo y col. en el 2004 ³, también basándose en los criterios establecidos por Rosenberg y col, propusieron agregar lo siguiente: 1) conducta con resultados fatales 2) Actos auto inflingidos ya sean activos o pasivos y 3) intención o esperanza de morir, “suicidio es un acto que se realiza con el conocimiento o esperanza de un resultado potencialmente fatal y que ha sido iniciado o llevado con el propósito de un cambio”. En cuanto a las intenciones Shneidman en 1996 ¹ dijo: “Muchos actos de autolesión están agrupados bajo el concepto de suicidio a pesar de que no tienen como meta la autoextinción”.

Otros elementos ligados a la conducta suicida son la *intención* y los *motivos*; el *motivo* es la causa o razón que mueven y hace que el individuo cometa un acto y la *intención* es el propósito de una persona de usar determinada medida (suicidio) para obtener un resultado (muerte); la intencionalidad de los actos satisface los motivos y las intenciones están relacionadas a lo que la persona quiere, mientras que los motivos están relacionados con la razón del deseo. O'Carroll y col en el 2006 ², elaboraron una nomenclatura con un panorama epifenomenológico de suicidio, de conductas amenazantes para la vida y de pensamientos suicidas, considerando la importancia sobre todas aquellas conductas suicidas con un resultado no fatal. Las personas que presentan conductas relacionadas al suicidio pero que no tienen la intención de matarse a ellas mismas, se les dio el término de “gesto suicida” y “conducta suicida como un instrumento” ³.

Las siguientes son definiciones que nos permitirán clarificar las conductas suicidas ¹:

Suicidio consumado: muerte por lesión, envenenamiento, o sofocación donde hay evidencia que el daño fue autoinflingido y que la intención fue matarse así mismo.

Intento de suicidio con lesión: una acción resultado de una lesión no fatal, envenenamiento o sofocamiento. Donde hay evidencia de que la lesión fue autoinflingida y que había algún nivel de intención de matarse así mismo.

Intento de suicidio: Conducta autolesiva con un resultado no fatal en la cual hay evidencia de que la persona tuvo algún nivel de intención de matarse así misma. Un intento de suicidio puede o no puede resultar en lesión.

Acto suicida: Una conducta potencialmente autolesiva para la cual hay evidencia que la persona ha intentado matarse a sí mismo, un acto suicida puede resultar en muerte, lesión o ningún daño.

Conducta suicida como un instrumento: Conducta potencialmente autolesiva en la que hay evidencia de que la persona no ha intentado matarse así misma y la persona desea usar el aparente intento de matarse con algún fin que no es la muerte (pedir ayuda, castigar a otros, recibir atención).

Conductas relacionadas al suicidio: son conductas potencialmente autolesivas hay evidencia de que la persona ha tenido ambivalencia en la intención de matarse o la persona desea usar el intento para lograr otro fin. En éste aspecto se puede agrupar el acto suicida y la conducta suicida como instrumento.

Amenaza suicida: Cualquier acción interpersonal verbal y no verbal de parar en breve un acto autolesivo, que una persona razonable podría interpretar como una sugerencia de un acto suicida conducta relacionada con el suicidio que podría ocurrir en un futuro cercano.

2.- EPIDEMIOLOGIA:

La OMS clasifica las tasas de suicidio en función del número de suicidios por 100,000 habitantes, cifras menores de 5/100,000 se consideran bajas, de 5 a 15 medias, de 15 a 30 altas y por arriba de 30 muy altas.⁴

La OMS estima que para el año 2020, 1.5 millones de personas cometerán suicidio y de 15 a 30 millones cometerán intentos. La relación por género en cuanto a intentos suicidas es 1 hombre:4 mujeres. En cuanto a suicidios consumados: 4 hombres:1 mujer. Siendo los grupos de edad con mayor incidencia de 15 a 24 años y mayores de 74.⁴

Según las tasas de mortalidad por suicidio registradas en las Américas por la OMS en el 2003 ubican a Argentina como el país con las tasas más altas de muerte por suicidio seguidos por Venezuela, Brasil y México.⁴

Los registros de la Secretaría de Salud en México indican que de 1970 a 1998 el suicidio se incrementó en un 215%, las tasas más altas se encontraron en la población mayor de 65

años. En los últimos tres años la tasa de mortalidad por suicidio en México incrementó de 8.3% a un 11% en hombres y de 12.1% a 16.5% en mujeres.⁵

Existen varios estudios realizados en México sobre suicidio y la gran mayoría de éstos son de tipo retrospectivo, en los que se han establecido factores de riesgo principalmente demográficos asociados a suicidio, en los que se ha abordado la asociación de éste fenómeno a la patología psiquiátrica y muy poco reportado específicamente a trastornos del estado de ánimo. En investigaciones realizadas en México las últimas cuatro décadas se encontraron que los hombres tienen una tendencia suicida de casi el doble que las mujeres, de cada 5 intentos de suicidio en el hombre, 4 lo logran y las mujeres fallan 2 de cada 3 intentos. Entre 1954 y 1963 la tasa más alta de suicidio se encontraba en el grupo de edad de 14 a 24 años, 50 a 59 años y mayores de 65 años. En cuanto a la situación marital los que más se suicidan son los divorciados le siguen los solteros, los casados, unión libre y finalmente los viudos. Para 1980 se presenta la tendencia suicida más baja reportada en México con una tasa de 1.5/100,000 habitantes. En cuanto a los aspectos psicopatológicos se determinó que el intento suicida estaba correlacionado de manera importante con sintomatología depresiva y de ansiedad. En cuanto al método utilizado las mujeres empleaban sustancias tóxicas y psicofármacos y los hombres métodos más violentos como arma de fuego y ahorcamiento.^{6,7}

En un estudio realizado por Terroba y col en 1986⁸ de 35 sujetos con intento suicida de entre 15 y 24 años encontró que el 34% tenía una educación media terminada, 27% bachillerato, y el 20% estudios superiores, los métodos más utilizados fueron el veneno, gas e intoxicación medicamentosa; el 90% presentaba sintomatología de ansiedad y el 60% síntomas depresivos.⁸

En México no hay estudios publicados sobre casos y controles que busquen la asociación de los factores de riesgo clínicos y psicosociales asociados al intento suicida, en la literatura internacional el estudio más recientemente reportado es el de Zhang YQ y col en el 2007, los resultados de este estudio concluyeron que la desesperanza, los eventos adversos de la vida, historia familiar de suicidio, nivel educativo bajo fueron factores de riesgo asociados al intento suicida en paciente con depresión mayor⁹.

En la tabla 1 se muestran las tasas de suicidio en México del 2000 al 2005 de acuerdo a grupos de edad, cifras reportadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

Tabla 1. Tasas de suicidio en México del 2000 al 2005 de acuerdo a grupos de edad

Edad	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total	6.7	7.4	7.4	7.8	8.0	8.1
0 a 4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
5 a 9	0.7	0.2	0.7	0.0	0.0	0.0
10 a 14	6.6	8.0	9.8	9.1	10.2	10.5
15 a 19	10.9	12.0	11.6	12.9	12.6	12.6
20 a 24	10.8	11.3	11.6	12.7	12.2	12.0
25 a 29	9.4	9.8	10.5	10.4	10.3	11.6
30 a 34	7.9	10.0	9.2	9.9	10.3	10.4
35 a 39	7.4	7.1	7.9	8.4	9.3	9.2
40 a 44	5.8	7.0	7.9	8.6	8.0	9.1
45 a 49	6.8	7.5	7.1	7.3	7.6	8.1
50 a 54	6.1	7.0	6.9	6.9	7.0	7.5
55 a 59	5.5	6.0	5.7	7.1	7.1	7.0
60 a 64	4.5	6.1	5.6	5.9	6.5	4.9
65 y mas	3.7	4.3	3.8	4.1	4.1	4.0
No especificado	2.8	3.6	2.8	2.4	5.8	4.3

INEGI 2005

3.- Factores de Riesgo para Suicidio:

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos) pueden,

aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción.

10

A) Factores sociodemográficos:

En las últimas décadas ha cobrado gran interés el estudio de los factores de riesgo asociados a la conducta suicida. En estudios realizados en Estados Unidos encontraron que la prevalencia de intentos de suicidio a lo largo de la vida oscila entre un 1.1% a 4.3%.

¹¹ Los estudios epidemiológicos realizados para identificar los factores de riesgo asociados a conducta suicida han determinado numerosas variables, sociodemográficos las cuales incluyen edad, sexo, estado marital, educación, raza y maternidad; varios estudios han examinado el efecto de éstas variables en cuanto a la ideación y el intento suicida sin embargo no hay estudios que examinen la transición de ideación a plan, de ideación a intento ya sea con presencia o ausencia de plan. Existen también factores clínicos como son los trastornos psiquiátricos asociados (uso de sustancias, trastornos del estado de ánimo, trastornos de personalidad o trastornos psicóticos), enfermedades asociadas (enfermedades terminales) e intentos suicidas previos. ^{12,13}

La conducta suicida actualmente consiste en una constelación de componentes que actúan juntos pero de diferente forma de acuerdo a cada individuo; desde una perspectiva epidemiológica existen factores de riesgo que no están limitados al suicidio, ellos son considerados necesarios pero no suficientes para que ocurra el suicidio, como son los sociodemográficos como el género, la edad, el desempleo, la escolaridad, la ausencia de pareja y la ausencia de creencias religiosas; sin embargo existen otros tipos de factores de riesgo que representan la base para que se estructure la conducta suicida como son la impulsividad y la agresividad. ¹⁴

Los factores de riesgo son de importancia práctica cuando se planean programas de prevención, al establecer los objetivos de las estrategias de prevención que se usen y la potencial efectividad.

Las tasas de suicidio varían de acuerdo a la edad, género, raza, status socioeconómico y status marital. En general las tasas de suicidio se incrementan con la edad y son más altas

en los individuos mayores de 65 años en contraste con el grupo de edad de 15 a 24 años, aunque en los recientes años se ha incrementado la tasa en éste grupo de edad.¹⁴ Existen estudios en cuanto al grupo étnico y han encontrado que entre los Nativos de Alaska y los Indios Americanos éstos tienen las tasas más altas de suicidio que cualquier otro grupo étnico, mientras que en los hispanos no es de las principales causas de muerte, y las tasas más bajas fueron encontradas entre los blancos no-hispanos.¹⁵

Existen reportes que han encontrado tasas más altas de suicidio entre personas divorciadas, viudas o sin pareja en todos los grupos de edad y las tasas más altas fueron encontradas entre los viudos jóvenes de entre 15 y 34 años de edad.¹⁴

B) Factores clínicos:

Muchas de las conductas suicidas ocurren en el continuum de la severidad de varios procesos psicopatológicos, y éstas pueden fluctuar desde pensamientos persistentes, ideación suicida, plan, autoagresiones sin intención de morir y suicidio completado. Los trastornos mentales y adictivos son la fuente principal para factores de riesgo de conductas suicidas y suicidios consumados. En Estados Unidos y Europa el 90% de los suicidios completados en todos los grupos de edad estuvieron asociados con un trastorno mental o adictivo.^{15,16} Aproximadamente el 60% de todos los suicidios ocurre en personas con trastorno depresivo mayor y el resto ocurre en personas con otras condiciones psiquiátricas, 20% en trastorno bipolar, 10% en esquizofrenia, 18% en dependencia al alcohol y 5% a 10% en trastorno límite y antisocial de la personalidad.^{15,16}

Los trastornos del estado de ánimo son los trastornos psiquiátricos más frecuentemente asociados a suicidios consumados tanto en hombres como en mujeres en todos los grupos de edad. El abuso de sustancias principalmente el alcohol, trastorno disocial y de personalidad antisocial han reportado una mayor proporción de suicidios consumados. En cuanto a trastorno disocial y abuso de sustancias son encontrados en mayor proporción en los adolescentes que en los adultos. Sin embargo el trastorno depresivo mayor fue más frecuentemente encontrado en mujeres que en hombres, aunque los suicidios completados fueron en mayor proporción en los hombres.^{7,11}

Existen otros trastornos psiquiátricos asociados que incrementan el riesgo de intento y es el trastorno por pánico y se ha encontrado presente con una alta frecuencia en los suicidios consumados. Se ha reportado en la literatura que personas que tienen un trastorno psiquiátrico tienen 4 veces mayor probabilidad de tener un intento que las que no tienen diagnóstico; mientras que las personas que tienen más de un diagnóstico psiquiátrico la probabilidad es 18 veces mayor a tener un intento suicida. Los intentos de suicidio son un factor de riesgo para completar suicidio y en estudios retrospectivos se encontró que es el mejor predictor para consumir el suicidio.^{1,10} Se ha reportado que el 44% de los pacientes que murieron por suicidio tuvieron un intento de suicidio previo, prospectivamente del 10% al 15% de las personas quienes intentan suicidarse eventualmente mueren por suicidio completado y el riesgo es muy alto el primer año después del intento.^{17,18}

El abuso de sustancias está asociado con una alta frecuencia de intentos de suicidio repetitivos, mayor letalidad de los intentos y altos niveles de ideación suicida.^{11, 12,19}

Jeannette y col en el 2006²⁰ encontraron que la experiencia de la ideación suicida incrementa la probabilidad de intento de suicidio y suicidio consumado, haciendo de la ideación un punto crítico de prevención de otras conductas suicidas. Es por esto que varios investigadores se han enfocado en el estudio sobre predictores de ideación suicida tales como antecedentes de conducta suicida, desesperanza, alteración en habilidades de afrontamiento, vulnerabilidad cognitiva para depresión, entre otros. En la literatura han emergido factores de riesgo para el pensamiento suicida, entre éstos, está el pensamiento depresogénico que serían estilos de pensamiento negativo ante eventos negativos de vida, éste estudio sugiere que el pensamiento depresogénico es disfuncional y está relacionado al inicio del pensamiento autolesivo; varios estudios han encontrado una fuerte asociación entre desesperanza e ideación suicida y a su vez con intento de suicidio y suicidio consumado.²⁰

En la década de los sesentas se empezó a investigar sobre la asociación entre la impulsividad y los intentos de suicidio y se comenzó a mencionar que dos terceras partes de los intentos de suicidio eran impulsivos. En la década de los setenta se empezó a hacer

investigación en adolescentes y a utilizar la Escala de Intento Suicidio de Beck y encontraron que los adolescentes menos impulsivos estaban más desesperanzados y deprimidos. En la década de los ochenta Plutchik y col ¹⁶ estudiaron una serie de circunstancias relacionadas con el intento suicida, la letalidad del mismo, método utilizado, severidad de la depresión, la impulsividad y la violencia, encontrando una fuerte asociación entre severidad de la depresión e intento suicida e impulsividad con intento suicida, siendo la impulsividad un mediador entre severidad de la depresión y la realización del intento. ^{16,20}

El término de impulsividad ha sido usado para definir varios constructos: 1) Rasgo de personalidad o característica cognitiva caracterizada por desinhibición 2) Tendencia a actuar rápido o urgente ante un estímulo 3) Trastornos psiquiátricos caracterizados por descontrol en la conducta. Se ha encontrado una fuerte asociación de la impulsividad con suicidio y conductas autodestructivas. En el trastorno límite de la personalidad la impulsividad es un rasgo predictivo de conducta suicida. Una baja actividad serotoninérgica se encuentra correlacionada con agresividad impulsiva como también asociado a conducta suicida, esto sugiere que comparten el mismo sustrato biológico la impulsividad, la agresión impulsiva y los actos suicidas. ^{17,21,22}

El antecedente de abuso sexual en la infancia constituye un factor de riesgo para el desarrollo de impulsividad y agresión así como de intentos de suicidio en adultos con depresión. ^{21,22}

C) Factores psicosociales:

1) Calidad de vida:

Farrel y col en 1996 ²³ definió la calidad de vida como la sensación personal de bienestar que abarca una perspectiva multidimensional que incluye los siguientes dominios: físico, psicológico, social y espiritual. El bienestar físico es el alivio o control de los síntomas, el mantenimiento de la función y la independencia. El bienestar psicológico es mantener una sensación de control en una experiencia amenazante para la vida, caracterizada por inestabilidad emocional, alteración de las prioridades de la vida y miedo a lo desconocido.

El bienestar social es el esfuerzo de contener con el impacto de la enfermedad sobre los individuos, sus roles y relaciones. El bienestar espiritual incluye la capacidad de mantener la esperanza. En la literatura internacional existen estudios de la calidad de vida en pacientes con enfermedades terminales, pacientes con trastornos en el estado de ánimo, principalmente en trastorno bipolar pero, no hay específicamente sobre depresión con intentos de suicidio, en la literatura se encuentran reportados estudios que han encontrado asociación entre trastorno bipolar, trastornos de ansiedad y baja calidad de vida, particularmente sobre el dominio psicológico, éstos datos son de importancia ya que nos muestra como los trastornos psiquiátricos afectan la calidad de vida de los individuos que las padecen. ^{23,24}

2.- Espiritualidad y religiosidad:

En México el 95.6% de la población pertenece a alguna religión, en nuestro país conviven más de 40 religiones establecidas, lo que nos habla de la importancia de la vida religiosa en la sociedad mexicana. La religiosidad posee un carácter directivo, dotando a los individuos de conocimientos necesarios para ir en busca de lo divino, a través del adoctrinamiento y la congregación con otros. La religiosidad es de naturaleza social, hace las veces de contenedor, de protector y es un soporte socio-cultural, lo contrario a la espiritualidad la cual es singular, específica y personal. El término convicción espiritual se refiere a las creencias y prácticas religiosas, que incluye lo emocional, aspectos cognitivos, conductuales y sociales. La vida espiritual es una medida preventiva o amortiguadora ante la soledad, la cual es una experiencia de alta prevalencia y con frecuentes efectos adversos, principalmente en adultos mayores. Las actividades espirituales afectan la salud en un sentido positivo así como el bienestar personal. ^{6,12} Existen estudios que han encontrado que en países con mayor religiosidad se reportan menores tasas de suicidio, encontrando una asociación negativa entre religión y suicidio. Emile Durkheim en 1951 ¹³, fue el primero en describir a la religión como una organización que integra a la sociedad y funciona como un importante protector en personas con riesgo suicida.

3.- Estrategias de afrontamiento:

Las estrategias de afrontamiento pueden ser vistas como la respuesta adaptativa a los estresores. La forma en cómo se enfrenta el peligro va a depender de factores que en resumen, consiste en la evaluación cognitiva que hace un individuo ante determinado evento. Todos los esfuerzos cognitivos y de comportamiento, que cambian y se utilizan para adaptarse a medidas específicas, tanto internas como externas, excediendo los propios recursos, se conocen como estrategias de afrontamiento. El soporte social y las conductas de afrontamiento son un mediador entre el estrés y la adaptación.²⁵

Justificación

La conducta suicida se ha asociado con factores de riesgo como: a) aspectos demográficos b) trastornos psiquiátricos c) aspectos psicosociales (eventos adversos de la vida); de acuerdo a que factores de riesgo se presentan, el pronóstico varía. Es muy raro encontrar intentos de suicidio sin antecedentes de trastorno psiquiátrico, más del 90% de las personas que han consumado suicidio o han tenido intentos de suicidio también han cursado con un trastorno psiquiátrico en eje I, del 56% al 87% cursaron con un episodio depresivo mayor, del 26% a 55% tenían consumo de sustancias, del 6% al 13% cursaban esquizofrenia. Los trastornos de ansiedad y trastornos de la personalidad son otras patologías psiquiátricas que se presentan asociadas fuertemente al suicidio consumado e intento de suicidio. Lo que más se ha reportado en la literatura son los factores de riesgo demográficos asociados a la ideación, intento y suicidio consumado; así como la asociación entre intento de suicidio y consumo de sustancias y la conducta suicida en el trastorno límite de la personalidad. De 1966 a la fecha los estudios realizados en México sobre la conducta suicida han sido acerca de: suicidio consumado en población general, autopsias psicológicas en suicidios consumados, factores de riesgo demográficos asociados a suicidio consumado, intento de suicidio en jóvenes, intento de suicidio en población general, la relación entre ingestión de alcohol y suicidio, relación entre abuso de sustancias e ideación suicida e indicadores psicosociales en la conducta suicida en jóvenes.

Existen varios estudios, prospectivos y retrospectivos que brindan evidencia clara que durante el curso de un episodio depresivo mayor el intento de suicidio se puede presentar en forma concomitante. Sin embargo, son pocos los estudios realizados de casos y controles que busquen la relación entre el intento de suicidio y factores de riesgo clínicos y psicosociales en depresión mayor.

Objetivos

Objetivo General

Identificar aquellos factores de riesgo que se encuentran asociados con un intento de suicidio en pacientes con depresión mayor.

Objetivos Específicos

Determinar los factores de riesgo clínicos para intento de suicidio en pacientes con depresión mayor.

Determinar los factores de riesgo psicosociales para intento de suicidio en pacientes con depresión mayor.

Hipótesis

Es de esperarse que los pacientes deprimidos con y sin intento suicida presenten diferencias en los siguientes factores: a) Clínicos.- que los pacientes con intento suicida presenten mayor severidad en la depresión, mayores niveles de ansiedad, mayor consumo de sustancias, mayor número de comorbilidades psiquiátricas y trastorno de personalidad predominantemente clúster B, mayor grado de desesperanza, mayor grado de impulsividad y agresividad, b) Psicosociales.- que los pacientes con intentos sean predominantemente mujeres, que sean solteros, nivel socioeconómico bajo, menor espiritualidad y religiosidad y menor nivel de calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se trata de un estudio trasversal, comparativo de casos y controles de acuerdo a la clasificación de Feinstein.¹⁰

Población en estudio y tamaño de la muestra

Sujetos:

Fueron captados del servicio de preconsulta y de urgencias del INPRF.

Debido a que se realizó análisis de regresión logística la muestra se calculó considerando 10 pacientes por cada variable dependiente, se medirán 10 variables en éste estudio por lo que¹¹:

Tamaño de la muestra será de: 100 pacientes.

La muestra se dividirá en dos grupos de pacientes:

- a) Con depresión mayor con intento de suicidio (casos). n= 50
- b) Con depresión mayor sin intento de suicidio (controles). n=50

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de Inclusión:

Casos: Grupo de pacientes con depresión mayor con intento suicida.

1. Pacientes de sexo masculino o femenino
2. Mayores de 18 años
3. Diagnóstico de TDM único o recurrente
- 4. Haber tenido un intento suicida reciente (máximo un mes), no se excluyó si ha habido intentos previos.**
5. Que supieran leer y escribir.

6. Que aceptaran participar en el estudio y firmaran la carta de consentimiento informado

Controles: Grupo de pacientes con depresión mayor sin intento suicida.

1. Pacientes de sexo masculino o femenino
2. Mayores de 18 años
3. Diagnóstico de TDM único o recurrente
4. Que supieran leer y escribir.
- 5. Sin intento suicida reciente o previo.**
6. Que aceptaran participar en el estudio y firmaran la carta de consentimiento informado

Criterios de Exclusión (ambos grupos):

1. Que en el momento de la evaluación tuvieran una condición médica o psiquiátrico que requiera manejo inmediato.
2. Que no aceptaran participar en el estudio.
3. Que tuvieran síntomas psicóticos que impidiera la evaluación.
4. Tener retraso mental, el diagnóstico se hizo de forma clínica y basado en los criterios del DSM-IV-TR.
5. Trastornos depresivos secundarios a causa médica.
6. Pacientes que en el momento de la evaluación se encuentren con intoxicación o abstinencia por sustancias. No se excluye abuso o dependencia a etanol u otras drogas a lo largo de la vida.

Criterios de Eliminación (ambos grupos):

1. Que no completaran todas las escalas.
2. Que no acudieran a la segunda evaluación.

Variables y escalas de medición

Las variables estudiadas que son clínicas, sociodemográficas y psicosociales fueron condesadas como se muestran en la tabla 2 y 3 así como los instrumentos de medición que se utilizaron en éste estudio. En la tabla 3 se muestra la variable independiente en estudio la cual es el intento suicida y su definición operacional.

Tabla 2. Variables sociodemográficas

Variables Sociodemográficas	Tipo de Variable	Instrumento: Ficha de identificación
Edad	Dimensional	Ficha de identificación
Género	Nominal	Ficha de identificación
Estado civil	Nominal	Ficha de identificación
Ocupación	Nominal	Ficha de identificación
Años de escolaridad	Dimensional	Ficha de identificación
Religión	Nominal	Ficha de identificación

Tabla 3. Variables Clínicas

Variables Clínicas	Tipo de Variable	Instrumento
Severidad de la Depresión	Ordinal	Inventario de Beck
Severidad de la Ansiedad	Ordinal	Escala de ansiedad de Hamilton.
Desesperanza	Ordinal	Desesperanza de Beck
Impulsividad	Ordinal	Escala de Impulsividad de Plutchik
Agresividad	Ordinal	Escala de Agresión explícita Yudovsky
Calidad de vida	Ordinal	Cuestionario de Calidad de

		vida y satisfacción de Endicott
Espiritualidad y Religiosidad	Tipo de Variable	Inventario de sistema de creencias.
Comorbilidad psiquiátrica	Nominal	MINI
Comorbilidad médica	Nominal	Historia Clínica
Trastorno de Personalidad	Nominal	SCID II personalidad.
Intento de Suicidio	Nominal	Entrevista clínica

Definición operativa de Intento de suicidio: se define como la conducta autolesiva con un resultado no fatal en la cual hay evidencia de que la persona tuvo algún nivel de intención de matarse así misma. Un intento de suicidio puede o no puede resultar en lesión.¹

Validez y confiabilidad de las escalas utilizadas:

1. Inventario de Depresión de Beck:

La escala de depresión de Beck es uno de los instrumentos más utilizados para la evaluación de síntomas depresivos. Es una escala autoaplicable para medir la severidad de la depresión, y consta de 21 reactivos. La validez de ésta escala fue realizada por Steerer y Beck 1987.¹⁶ Demostrando una confiabilidad prueba-reprueba de 0.70 y una consistencia interna con un coeficiente alpha de Cronbach de 0.90. En México el estudio de validez y reproductibilidad fue realizado por Torres-Castillo y col en 1991²⁹ reportaron una sensibilidad de 0.86 y una especificidad de 0.86, su coeficiente de confiabilidad interna de 0.86, la confiabilidad entre evaluadores 0.70; estos resultados son compatibles con lo reportado por Beck y col.

2. Escala de evaluación de la ansiedad de Hamilton:

Es la escala más ampliamente usada y mejor conocida, una escala aplicada por el entrevistador, consta de 14 preguntas cada una se califica del 0 al 4, la calificación final va de 0 a 53. La escala evalúa dos dimensiones la de ansiedad: la psíquica y la somática. Con una consistencia interna con un coeficiente alpha de Cronbach de

0.79 a 0.86, la confiabilidad entre evaluadores es de 0.96. Se encuentra traducida al español y ha sido empleada en varias investigaciones en México por Nicolini y col en 1988; Berlanga y col en 1993.^{28,29}

3. Desesperanza de Beck:

Es una escala diseñada para evaluar el punto de vista subjetivo las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como la habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en la vida. Es una escala autoaplicable que consta de 20 reactivos. La consistencia interna reportó un coeficiente alpha de Cronbach de 0.93.¹⁶

4. Escala de agresividad explícita de Yudovsky:

Es una escala aplicada por un evaluador. Está dividida en cuatro categorías para evaluar la conducta agresiva en niños y adultos. 1) Agresividad verbal 2) Agresividad contra objetos 3) Agresividad autodirigida 4) Agresividad física heterodirigida. Ésta escala fue validada en población mexicana por Páez y col.³⁰ El coeficiente de correlación interclase fue de 0.96 para todas las categorías.³¹

5. Escala de Impulsividad de Plutchik:

Es una escala autoaplicable que consta de 15 reactivos que hacen referencia a la tendencia del paciente a hacer cosas sin pensar o de forma impulsiva. Ésta escala evalúa 5 dimensiones: Planeación, gastos impulsivos, sobrealimentación, control emocional y control conductual. La validez en México de ésta escala fue realizada por Páez y col. La consistencia interna reportó un coeficiente alpha de Cronbach de 0.66.³²

6. Cuestionario de Calidad de vida y satisfacción de Endicott:

Es una escala autoaplicable para explorar el grado de satisfacción que experimentan los pacientes en varias dimensiones de su funcionamiento diario. Estas dimensiones son: salud física, sentimientos subjetivos, trabajo, actividades del hogar, trabajo en la escuela, actividades en tiempo libre, relaciones sociales y actividades generales. Consta de 93 reactivos los cuales se califican en una escala del 1 a 5.²⁴

La confiabilidad fue evaluada en una prueba-reprueba, los resultados fueron un coeficiente de correlación interclase de 0.66 a 0.89 en las diferentes dimensiones. La consistencia interna reportó un coeficiente alpha de Cronbach de 0.91 a 0.96 en las diferentes dimensiones.²⁴

7. Inventario de sistema de creencias:

Fue validada al español por Almanza y col en 1999.³³ Es una escala autoaplicable que consta de 15 reactivos, explora las creencias espirituales y religiosas en relación con la calidad de vida, el estrés y el afrontamiento. Está diseñado para medir creencias, prácticas religiosas, espirituales y soporte social religiosos derivado de la comunidad que comparte estas creencias. La consistencia interna reportó un coeficiente alpha de Cronbach de 0.82.

8. Entrevista neuropsiquiátrica internacional (MIND):

Es una entrevista diagnóstica estructurada que explora sintomatología de orientación diagnóstica de trastornos psiquiátricos del Eje I según DSM-IV y la CIE-10. Esta entrevista se encuentra organizada en módulos que contiene preguntas correspondientes a los principales criterios diagnósticos de los trastornos psiquiátricos.³⁴ Tiene una especificidad para trastorno depresivo mayor de 0.88 una sensibilidad 0.96, para distimia una sensibilidad de 0.99 y una especificidad de 0.66, para trastorno de ansiedad generalizada 0.86 y 0.91 respectivamente, para dependencia al alcohol una especificidad de 0.95 y sensibilidad 0.80, para

dependencia a sustancias una especificidad de 0.96 y una sensibilidad de 0.45, el resto de la validez se citan en el artículo de Sheehan y col.³⁴

9. SCID II de personalidad:

Es una entrevista diagnóstica semiestructurada, para la evaluación de los 10 trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV que se encuentra dividida en dos secciones una autoaplicable y la aplicada por el observador. Se puede usar para formular diagnósticos tanto de forma categórica como dimensional. La versión definitiva del SCID-II para el DM-IV fue publicada en 1997. Con una confiabilidad temporal con una prueba-reprueba kappa de 0.75 para cualquier trastorno de personalidad; los valores kappa para los trastornos de personalidad oscilaban entre 0.61 para trastorno paranoide de personalidad a 0.81 para el trastorno por evitación³⁵.

Procedimiento

Los sujetos fueron captados del servicio de la preconsulta así como del servicio de hospitalización del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”; después de haber sido valorados en el servicio de preconsulta, de tener asignado médico tratante, de contar con el diagnóstico de episodio depresivo así como el que cumplieran el resto de los criterios de inclusión y exclusión, se propuso al sujeto participar en el estudio se otorgó carta de consentimiento informado para la autorización voluntaria de aplicar pruebas clinimétricas. Después de contar con la autorización del sujeto y firma del consentimiento informado, se recolectaron los datos sociodemográficos así como antecedentes familiares, se procedió a realizar una evaluación inicial en la cual se aplicó la entrevista diagnóstica MINI para corroborar diagnóstico de depresión mayor y evaluar la comorbilidad psiquiátrica en eje 1, el entrevistador aplicó escala de agresividad explícita así como de ansiedad de Hamilton, cuando se concluyó lo anterior se procedió a otorgar al paciente las escalas autoaplicables (impulsividad de Plutchik, inventario para depresión de Beck, desesperanza de Beck, inventario de sistemas de creencias, cuestionario de calidad de vida y bienestar de Endicott y SCID-II versión autoaplicable), explicando de manera

clara la forma de llenado; después de ésta primera evaluación se procedió a dar cita al paciente para la aplicación de SCID-II versión aplicada por el entrevistador para corroborar diagnóstico en eje II. En dos sesiones se concluyó la evaluación de los sujetos en estudio. La primera evaluación se llevó a cabo en 60 minutos y la segunda en 20 minutos.

Análisis de los resultados

Se utilizaron medidas de tendencia central, promedio y desviación estándar para las variables dimensionales, frecuencias y porcentajes para las variables categóricas en la descripción de la muestra.

Para comparar entre los sujetos con intento y sin intento suicida, para variables dimensionales se utilizó ANOVA de una vía y para las categóricas la prueba χ^2 .

El análisis multivariado se realizó por medio de análisis de trayectoria. Se utilizó un modelo de ecuaciones estructurales para determinar la bondad de ajuste de las trayectorias por medio del programa Amos 6.3 de SPSS.

Implicaciones Éticas del Estudio

Este estudio contó con la aprobación del Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. A todos los pacientes que participaron en el estudio se les pidió firmaran el consentimiento informado.

Se trató de una investigación con riesgo mínimo.

Al inicio del estudio se planteó, en caso que durante la aplicación de los cuestionarios y escalas los pacientes experimentaran incremento en la ansiedad o en la ideación suicida se llevarían al servicio de urgencias para su manejo y cabe mencionar que ésta situación no se presentó y ningún paciente resultó afectado. En caso necesario y si la gravedad del episodio lo requirió se propuso hospitalización esto sucedió en 19 sujetos.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio cien sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos para éste estudio, los cuales se ubicaron en dos grupos uno con intento suicida de menos de un mes (n=50) y otro sin intento suicida a lo largo de la vida.

Se observó que el grupo de pacientes con intento suicida eran de menor edad pero no hubo diferencias estadísticamente significativas, tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas en la escolaridad. En el grupo de pacientes con intento la media de intentos a lo largo de la vida realizados fue de 2.3 ± 1.8 (de). No hubo diferencias significativas en la escala de impulsividad de Plutchik y tampoco en sus subescalas. Los pacientes deprimidos con intento suicida presentaron mayor puntuación en la escala de agresividad mostrando diferencias estadísticamente significativas con $p < 0.001$. Los pacientes con intento suicida presentaron mayor intensidad en la depresión con puntuaciones más altas en el inventario de depresión de Beck y también mostraron puntuaciones ligeramente más altas en la escala de desesperanza de Beck, sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas. En las puntuaciones de la escala de ansiedad de Hamilton y en las subescalas de calidad de vida de Endicott no hubo diferencias estadísticamente significativas. El grupo de pacientes con intento suicida mostró menor puntuación en el inventario de sistema de creencias, ésta diferencia fue estadísticamente significativa $p = 0.034$. Como se muestra en la tabla 4.

Tabla 4. Diferencias entre las características sociodemográficas y clínicas de pacientes deprimidos con y sin intento suicida (n=100).

	Sin intento suicida n=50 $\bar{X} \pm de$	Con intento suicida n=50 $\bar{X} \pm de$	Significancia ANOVA simple
Edad	37.5±11.8	34.1±12.1	F(1,98)=2.06,p=0.154
Escolaridad	11.2±3.9	12.2±3.3	F(1,98)=1.71,p=0.193
Numero de Intentos suicidas	0	2.3±1.8	-----
Plutchik Autocontrol	8.5±4.5	9.8±3.6	F(1,98)=2.48,p=0.118
Plutchik Planeación	6.5±2.5	6.4±2.4	F(1,98)=0.05,p=0.812
Plutchik Conductas fisiológicas	2.2±1.6	2.4±1.9	F(1,98)=0.44,p=0.509

Tabla 4 (Cont.). Diferencias entre las características sociodemográficas y clínicas de pacientes deprimidos con y sin intento suicida (n=100).

	Sin intento suicida n=50 $\bar{x} \pm de$	Con intento suicida n=50 $\bar{x} \pm de$	Significancia ANOVA simple
Plutchik Actuación espontánea	4.2±2.9	4.7±2.1	F(1,98)=0.87,p=0.353
Plutchik Total	21.4±9.3	22.7±7.4	F(1,98)=0.57,p=0.450
Agresividad	4.7±3.1	8.1±5.1	F(1,98)=16.02,p<0.001
Ansiedad de Hamilton	35.8±11.6	34.9±10.2	F(1,98)=0.61,p=0.689
Inventario depresión Beck	27.9±12.6	32.2±14.6	F(1,98)=2.55,p=0.113
Desesperanza Beck	11.5±7.4	13.3±7.4	F(1,98)=1.43,p=0.234
Sistema de Creencias	25.3±12.8	19.8±12.6	F(1,98)=4.71,p=0.034
Bienestar Físico	32.5±12.0	33.7±11.2	F(1,98)=0.26,p=0.608
Bienestar Subjetivo	35.7±14.0	34.8±12.3	F(1,98)=0.12,p=0.728
Bienestar en el Trabajo	34.4±14.0	30.3±15.8	F(1,98)=0.86,p=0.357
Actividades en el hogar	28.0±11.3	25.8±11.8	F(1,98)=0.71,p=0.402
Actividades en la escuela	34.4±10.5	32.5±12.0	F(1,98)=0.13,p=0.715
Actividades recreativas	15.1±5.5	13.8±6.3	F(1,98)=1.34,p=0.249
Bienestar social	30.9±11.1	28.2±9.8	F(1,98)=1.63,p=0.204
Actividades generales	37.8±14.5	38.9±14.0	F(1,98)=0.14,p=0.701

Las mujeres predominaron en ambos grupos, 86% (n=43) para el grupo sin intento suicida y 76% (n=38) para el grupo con intento, la religión predominante en ambos grupos fue la católica con un 72% (n=36) para el grupo sin intento y 76% (n=37) para el grupo con intento; tanto en el género como en la religión no hubo diferencias estadísticamente significativas. En estado civil, ocupación, escolaridad y comorbilidad en eje I no hubo diferencias estadísticamente significativas (ver tabla 5).

De acuerdo a los resultados obtenidos con el MINI el grupo con intento suicida presentó mayor gravedad en el riesgo suicida, con una diferencia estadísticamente significativa de $p<0.001$, el grupo con intento suicida presentó mayor dependencia al alcohol y sustancias con una tendencia a la significancia estadística de $p=0.08$; de igual forma el grupo con intento presentó mayor abuso de alcohol con una tendencia a la significancia estadística de $p=0.056$. En lo referente a la comorbilidad médica, tipo de comorbilidad médica, antecedentes de enfermedad psiquiátrica en familiares de primer grado e intento suicida en familiares de primer grado no hubo diferencias estadísticamente significativas, tal como se muestra en la tabla 5.

Tabla 5. Diferencias entre las características sociodemográficas y clínicas de pacientes deprimidos con y sin intento suicida (n=100).

	Sin intento suicida n=50(%)	Con intento suicida n=50 (%)	Significancia de χ^2
Sexo			
Femenino	43 (86)	38 (76)	$\chi^2(1)=1.62,p=0.308$
Masculino	7 (14)	12 (24)	
Estado Civil			
Casado/UL	22 (44)	26 (52)	$\chi^2(3)=2.64,p=0.449$
Soltero	16 (32)	16 (32)	
Viudo	0	1 (2)	
Divorciado/separado	12 (24)	7 (14)	
Ocupación			
Hogar	17 (34)	16 (32)	$\chi^2(5)=4.55,p=0.472$
Estudiante	5 (10)	10 (20)	
Desempleado	9 (18)	6 (12)	
Empleado	10 (20)	12 (24)	
Independiente	7 (14)	6 (12)	
Pensionado	2 (4)	0	
Religión			
Católica	36 (72)	37 (74)	$\chi^2(3)=4.48,p=0.213$
Testigo de Jehová	2 (4)	2 (4)	
Cristiana	4 (8)	11 (22)	
Ninguna	8 (16)	0	
Distimia	21 (42)	16 (32)	$\chi^2(1)=1.07,p=0.408$
T. de Ansiedad Generalizada	17 (34)	18 (36)	$\chi^2(1)=0.04,p=0.500$
Fobia social	1 (2)	0	$\chi^2(1)=1.01,p=0.500$
TOC	2 (4)	2 (4)	$\chi^2(1)=0.00,p=0.691$
Bulimia	1 (2)	1 (2)	$\chi^2(1)=0.00,p=0.753$
MINI Riesgo suicida			
Leve	19 (38)	0	$\chi^2(2)=71.66,p<0.001$
Moderado	24 (48)	1 (2)	
Grave	7 (14)	49 (98)	
Dependencia al Alcohol	2 (4)	7 (14)	$\chi^2(1)=3.05,p=0.080$
Dependencia a Sustancias	2 (4)	7 (14)	$\chi^2(1)=3.05,p=0.080$
Ingesta de alcohol antes del intento de suicidio	0	15 (30)	-----
Abuso de Alcohol	1(2)	6 (12)	$\chi^2(1)=3.80,p=0.056$
Comorbilidad Médica	14 (28)	10 (20)	$\chi^2(1)=0.87,p=0.241$

Tabla 5 (Cont). Diferencias entre las características sociodemográficas y clínicas de pacientes deprimidos con y sin intento suicida (n=100).

	Sin intento suicida n=50 (%)	Con intento suicida n=50 (%)	Significancia de χ^2
Tipo Comorbilidad			
Metabólica	6 (12)	7 (14)	$\chi^2(5)=7.62, p=0.178$
Infecciosa	1 (2)	0	
Autoinmune	1 (2)	0	
Neurológica	1 (2)	3 (6)	
Vascular	4 (4)	0	
Neoplasia	1 (2)	0	
Familiares con enfermedad psiquiátrica	22 (44)	22 (44)	
Familiares con intento suicida	7 (14)	8 (16)	$\chi^2(1)=0.07, p=0.500$

Los métodos suicidas más empleados por el grupo de pacientes con intento suicida fue el uso de medicamentos con efectos psicotrópicos seguido de lesiones por cortes y medicamentos sin efectos psicotrópicos (Tabla 6). Hasta un 30% (n=15) de los pacientes que cometieron intento estaban bajo efectos del alcohol en el momento del acto suicida (Tabla 5). En lo que respecta a las características de personalidad de la muestra se encontró que en el grupo sin intento suicida un 46% presentaba trastorno de personalidad clúster B, 42% clúster C y 12% clúster A, en el grupo con intento suicida los trastornos de personalidad que predominaron fueron los del clúster B (trastorno límite de personalidad y narcisista) con un 76%, seguido de 14% clúster C y 10% clúster A (ver Tabla 7) y en el análisis de trayectorias se encontró una asociación significativa de los trastornos de personalidad clúster B con el intento de suicidio con una $p=0.02$ (ver tabla 8).

Tabla 6. Tipos de intentos en los pacientes deprimidos (n=50).

Tipo de intento suicida	n=50	Porcentaje
Medicamentos psicotrópicos	17	34%
Cortes	14	28%
Medicamentos no psicotrópicos	6	12%
Ahorcamiento	6	12%
Defenestración/Arrojarse	5	10%
Electrocución	1	2%
Ahogamiento	1	2%

Tabla 7. Características de personalidad clasificado por Clúster de los pacientes deprimidos con y sin intento suicida (n=100).

	Sin intento suicida n= 50 (%)	Con intento suicida n=50(%)
Clúster A	6 (12%)	5 (10%)
Clúster B	23 (46%)	38 (76%)
Clúster C	21 (42%)	7 (14%)

Descripción de tabla y modelo del análisis de trayectorias:

El modelo resultante del análisis de trayectorias presenta como centro de las predicciones a la depresión la cual es predicha por:

Una trayectoria que se inicia en el intento suicida:

Esto quiere decir que el **intento suicida** predice la **agresividad** con una significancia de $p < 0.001$, los sujetos deprimidos que presentaron mayor agresividad tienen mayor riesgo de presentar intento suicida.

A su vez la **agresividad** es predictora de **impulsividad** con una significancia de $p=0.034$, esto quiere decir que la impulsividad es una parte inherente de los rasgos de agresividad.

La **impulsividad** predice a la intensidad de la **depresión** con una significancia de $p=0.005$ esto quiere decir que los pacientes con mayor intensidad en la depresión presentan niveles mayores de impulsividad.

La **depresión** recibe varias predicciones: a mayor **desesperanza**, mayor intensidad de la depresión ($p=0.010$). Sujetos con mayor intensidad en la **depresión** se asocia a peor **bienestar general** ($p=0.038$), peor **bienestar en la actividades recreativas** que clínicamente se traduce en anhedonia ($p=0.002$).

Otra trayectoria que se relaciona con mayores probabilidades de desarrollar depresión es la del **bienestar subjetivo**, este último predice **desesperanza** con una significancia $p < 0.001$, lo cual significa que a peor bienestar subjetivo mayor probabilidad de desesperanza. Además los pacientes con mayor desesperanza presentan mayor comorbilidad con distimia ($p=0.03$). Por otra parte los sujetos que presentan distimia

tienden a asociarse con menor agresividad. A su vez la distimia es predictora de menor uso de sustancias con una significancia de $p=0.04$.

Otra asociación importante es la trayectoria que se da de **intento suicida** hacia **trastorno de personalidad clúster B** con una significancia de $p=0.02$, esto quiere decir que los pacientes que intentan suicidarse es más probable que tengan un trastorno de personalidad clúster B. A su vez el trastorno de personalidad clúster B es más frecuente en sujetos con mayores niveles de agresividad $p=0.06$. Finalmente tener un trastorno de personalidad incrementa las probabilidades de un peor bienestar social $p=0.02$

En la tabla 8 y en la figura 1 se presenta el modelo completo.

El modelo presentó los siguientes indicadores de ajuste $\chi^2/gf=1.738$, que representa un ajuste general de $GFI=84.8\%$ y el error por mínimos cuadrados es de $RMSEA=0.086$. De acuerdo a estos valores se considera que el modelo tiene un buen ajuste.

Tabla 8. Valores de beta estándar y su significancia para las variables utilizadas en el modelo del análisis de trayectorias.

Variable dependiente	Variable predictora	BETA STD	Z	P	Significado
Agresividad	Intento Suicida	0.375	4.023	0.0001	Los pacientes con intento suicida es probable que presenten mayor agresividad
Ansiedad	Bienestar Físico	-0.275	-2.846	0.0044	Los pacientes con menor bienestar físico se asocian con mayor intensidad en los síntomas de ansiedad
Creencias	Ansiedad	0.292	3.376	0.0007	Los pacientes que tienen mayor intensidad en los síntomas de ansiedad se asocian a mayor fortaleza en creencias religiosas
Creencias	Impulsividad	-0.415	-4.790	0.0000	Los pacientes con mayor impulsividad se asocia a menos creencias religiosas
Dependencia a Alcohol y Sustancias	Distimia	-0.190	-1.986	0.0470	Los pacientes con distimia se asocian a menor dependencia a sustancias
Dependencia a Alcohol y Sustancias	Trastorno de Ansiedad Generalizada	-0.246	-2.573	0.0101	Los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada se asocian a menor dependencia a sustancias

Tabla 8 (Cont). Valores de beta estándar y su significancia para las variables utilizadas en el modelo del análisis de trayectorias.

Variable dependiente	Variable predictora	BETA STD	Z	P	Significado
Depresión	Bienestar general	-0.186	-2.067	0.0387	Los pacientes con peor bienestar general se asocian a mayor intensidad de la depresión
Depresión	Desesperanza	0.232	2.556	0.0106	Los pacientes que presentan mayor desesperanza se asocian a mayor intensidad en la depresión,
Depresión	Impulsividad	0.234	2.767	0.0057	Los pacientes con mayor impulsividad se asocian a mayor intensidad en la depresión.
Depresión	Bienestar en actividades recreativas	-0.313	-3.668	0.0002	Los pacientes con menor bienestar en actividades recreativas se asocian con mayor intensidad de la depresión.
Desesperanza	Bienestar subjetivo	-0.526	-6.158	0.0000	Los pacientes con menor bienestar subjetivo se asocian a mayor desesperanza.
Bienestar Física	Bienestar general	0.687	9.401	0.0000	Los pacientes con menor bienestar general se asocian a menor bienestar físico.
Bienestar subjetivo	Bienestar en actividades recreativas	0.127	1.793	0.0730	Los pacientes con menor bienestar en actividades recreativas se asocian a menor bienestar subjetivo
Bienestar subjetivo	Bienestar en actividades sociales	0.250	3.518	0.0004	Los pacientes con menor bienestar en actividades sociales se asocian a menor bienestar subjetivo
Bienestar subjetivo	Bienestar general	0.374	4.347	0.0000	Los pacientes con menor bienestar general se asocian a menor bienestar subjetivo
Bienestar subjetivo	Bienestar Físico	0.399	4.637	0.0000	Los pacientes con menor bienestar físico se asocia a menor bienestar subjetivo
Actividad Recreativa	Trastorno de Ansiedad Generalizada	0.222	2.268	0.0233	Los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada se asocian a menor bienestar en actividades recreativas.

Tabla 8 (Cont). Valores de beta estándar y su significancia para las variables utilizadas en el modelo del análisis de trayectorias.

Variable dependiente	Variable predictora	BETA STD	Z	P	Significado
Bienestar en actividades sociales	Impulsividad	-0.340	-4.162	0.0000	Los pacientes con mayor impulsividad se asocian a menor bienestar en actividades sociales.
Bienestar en actividades sociales	Bienestar en actividades recreativas	0.474	5.807	0.0000	Los pacientes con menor bienestar en actividades recreativas se asocian a menor bienestar en actividades sociales.
Distimia	Agresividad	-0.205	-2.134	0.0328	Los pacientes con menor agresividad se asocian a distimia.
Distimia	Desesperanza	0.208	2.164	0.0305	Los pacientes con mayor desesperanza se asocian a distimia.
Impulsividad	Agresividad	0.207	2.110	0.0349	Los pacientes con mayor agresividad se asocian a mayor impulsividad.
Trastorno de Personalidad Clúster B	Agresividad	0.184	1.848	0.0646	Los pacientes con mayor agresividad se asocian con trastorno de personalidad Clúster B (trastorno límite y narcisista).
Trastorno de Personalidad Clúster B	Bienestar en actividades sociales	-0.210	-2.281	0.0225	Los pacientes con menor bienestar en actividades sociales se asocian con trastorno de personalidad clúster B.
Trastorno de Personalidad Clúster B	Intento suicida	0.218	2.198	0.0279	Los pacientes con intento suicida se asocian con trastorno de personalidad clúster B.

DISCUSIÓN

En éste estudio se demostró que las mujeres fueron las que más intentaron suicidarse esto es comparable con lo reportado en varios estudios, en los que se ha encontrado que las mujeres presentan una mayor frecuencia de intento de suicidios comparado con los hombres.^{36,37} En nuestro estudio no se demostró asociación significativa en lo correspondiente al estado civil, el 52% de los pacientes del grupo con intento suicida tenían pareja en el momento del intento en comparación con el grupo sin intento 44%, esto es contrario a lo reportado en la literatura, que apoya que las tasas más altas en suicidio se encuentran entre las personas divorciadas, viudas o sin pareja, esta característica afecta a varones con mayor frecuencia.^{18,38} En lo concerniente al aspecto socioeconómico observamos que el 12% del grupo con intento suicida se encontraba sin ocupación en el momento del intento en comparación con el 18% del grupo sin intento esto sin ser significativa la diferencia, esto es contrario a lo reportado en otros estudios en los que señalan que las cifras de desempleo son mayores entre los que cometen intento suicida aunque existen otros autores que le dan poca importancia al desempleo, a pesar de que el desempleo se asocia al intento de suicidio el riesgo atribuible es del 7.3%.^{18,38}

Las tasas de suicidio son más bajas en países religiosos que en países seculares, aún es poco clara la asociación negativa entre religión e intento suicida. Existe la propuesta que la baja tasa de suicidios es debido a la cohesión social y la moral imperativa de sus creencias religiosas que prohíben el suicidio. En la literatura existen reportes en los que no han encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto afiliación religiosa en los grupos con y sin intentos suicida, esto es congruente con éste estudio en el que no se encontró diferencias significativas entre ambos grupos con respecto a si tenían algún tipo de religión. Sin embargo existen otros estudios en los que se sugiere que la religión tiene un efecto protector. Stack y col en 1994³⁹ realizaron un estudio en el que concluyeron que las creencias, prácticas religiosas, valores de preservación de la vida son los que se encuentran asociados a menores tasas de suicidio. Lo anterior apoya lo encontrado en nuestro estudio en el que la religión no tuvo una asociación, pero la

intensidad de las creencias religiosas fue menor en el grupo con intento suicida, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. El grupo sin intento suicida mostró tener más compromiso en sus prácticas religiosas, mayores creencias espirituales y soporte social religioso derivado de la comunidad que comparte estas creencias. Ésto apoya lo reportado por Dervic y col en el 2004 ⁴⁰, en el que una mayor fortaleza en sus creencias religiosas mediado por la afiliación religiosa se asoció a menor frecuencia e historial de intentos de suicidios.

La conducta suicida se encuentra relacionada con comportamiento agresivo, impulsivo e ira, los cuales se consideran fuertes predictores de conducta suicida. Se ha reportado que la religión se encuentra asociada a baja hostilidad, menor agresividad e impulsividad, principalmente se ha encontrado una relación entre afiliación religiosa y baja agresividad en pacientes deprimidos, esto apoya lo encontrado en nuestro estudio en el que se asoció una menor intensidad de creencias religiosas con mayor impulsividad y ésta, a su vez, se asoció con mayor agresividad. En resumen, mayores creencias religiosas están relacionadas con menor conducta agresiva/impulsiva y a menor frecuencia de intentos suicidas. ^{39,40}

La comorbilidad más frecuentemente encontrada en éste estudio fue con distimia y trastorno de ansiedad generalizada sin embargo no hubo asociación estadísticamente significativa con el intento suicida. Con respecto al abuso/dependencia a alcohol y otras sustancias hubo mayor frecuencia de presentación en el grupo con intento suicida con una tendencia a la significancia; históricamente el suicidio ha sido asociado a diagnósticos psiquiátricos en el eje I y II, se sabe que las personas que cometen suicidio tienen siete veces más probabilidad de presentar un trastorno psiquiátrico; existe evidencia que confirma la fuerte asociación entre trastorno depresivo mayor e intento de suicidio, se estima que aproximadamente un 60% de las personas que cometieron intento de suicidio cursaba con un episodio depresivo, la mortalidad por intento suicida a lo largo de la vida en personas con un trastorno depresivo se estima alrededor del 3.4% siendo más alto el riesgo en hombres. ^{40,41}

Diferentes investigadores han reportado que varias características clínicas como la severidad de la depresión, la desesperanza, la ansiedad, la anhedonia, la autonegligencia, los problemas de memoria, la agresión, la impulsividad, las conductas autoagresivas y la comorbilidad con abuso/dependencia de sustancias, las cuales están asociadas con riesgo a cometer intento de suicidio.⁴¹

El abuso/dependencia al alcohol seis meses previos al intento incrementa el riesgo de muerte por suicidio en pacientes con un trastorno depresivo, considerándose un fuerte predictor de suicidio; el uso de alcohol, cocaína y marihuana en el momento del intento se ha asociado a mayor severidad del intento y a mayor número de suicidios consumados, en éste estudio observamos que un 45% de los pacientes consumieron alcohol en el momento del intento suicida.^{41,42} Otros estudios han reportado que el abuso de sustancias es un importante factor de riesgo asociado al suicidio, la dependencia al alcohol se ha encontrado que el riesgo de suicidio se incrementa 60 veces más que en población no psiquiátrica; el uso de sustancias psicoactivas se ha asociado a un aumento en la frecuencia de intentos suicidas repetidos y de mayor letalidad.^{17,38}

Existe un reporte que concuerda con lo encontrado en éste estudio en el que no hay asociación significativa de la ansiedad con el intento de suicidio y reporta que la comorbilidad con el trastorno de pánico se asoció con mayor riesgo de intento suicida en mujeres.⁴²

En éste estudio se encontró asociación significativa entre agresividad e intento suicida, lo cual apoya lo reportado en otros estudios, en los que se menciona que pacientes con un trastorno depresivo con antecedente de intentos de suicidio, presentan altos niveles de agresividad e impulsividad. La conducta agresiva e impulsiva y el intento suicida también son prevalentes en otras categorías diagnósticas como son los trastornos de personalidad clúster B y abuso/dependencia a sustancias, los cuales son trastornos asociados a un incremento en riesgo suicida cuando se encuentran comorbidos con un trastorno depresivo.⁴² Existen dos estudios que buscaron la asociación pura entre suicidio y

agresividad/impulsividad, no encontrando asociación significativa, esto lo asociaron los autores a no incluir en su estudio sujetos con psicopatología en eje 1.⁴³

En nuestro estudio observamos que la agresividad tuvo una relación directa con el intento de suicidio y a su vez encontramos que los pacientes con mayor agresividad también presentaban mayor impulsividad; esto concuerda con lo reportado en la literatura. La conducta agresiva puede ser dividida en dos categorías: agresividad premeditada que involucra un intento de control sobre uno mismo y agresividad impulsiva que resulta de una pobre habilidad para controlar los impulsos.⁴⁴ La impulsividad, agresividad y hostilidad son factores de riesgo asociados a la conducta suicida, altos niveles de éstas características son cruciales en una dimensión conductual subyacente al riesgo suicida. Coccaro en 1998⁴⁵, propuso una dimensión conductual denominada “impulsividad agresiva” la cual involucra la impulsividad, agresividad y hostilidad, este constructo ha sido ampliamente investigado por su asociación con la conducta suicida y los trastornos de personalidad clúster B. Mientras que la impulsividad y hostilidad pueden ser precursores de actos agresivos, éstos no son suficientemente causa de conducta agresiva.^{45,46} La ausencia de asociación entre impulsividad e intento suicida y hostilidad con intento suicida es variada en la literatura, lo contrario de lo que sucede con la agresividad, la cual es una característica presente en sujetos con antecedente de intento suicida.⁴⁶

Por medio de autopsias psicológicas se ha encontrado que en sujetos con suicidio consumado, la característica individual distintiva ha sido la agresividad a lo largo de la vida. La impulsividad agresiva está fuertemente relacionada con riesgo a cometer intento suicida en sujetos con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP); mientras que la depresión severa y la desesperanza parecen tener un papel más importante en la conducta suicida en sujetos sin TLP¹⁷, esto es similar a lo encontrado en nuestro estudio en el que la intensidad de la depresión y la desesperanza guardaron una relación directa con la impulsividad agresiva y a su vez con la conducta suicida.

En nuestro estudio encontramos una relación directa de los sujetos con altos niveles de agresividad con intento suicida. Por otra parte los trastornos de personalidad clúster B

(TLP y trastorno narcisista) tienen una relación directa con la agresividad e intento suicida, esto concuerda con lo reportado en la literatura. El TLP es una condición psiquiátrica en que la conducta suicida figura en su definición, se ha reportado que hasta un 55% cometen intento suicida y se ha reportado que la prevalencia de intento suicida a lo largo de la vida es de un 10%, hasta un 9% de los suicidios consumados cumplían criterios para un TLP. Se han realizado estudios en los que han encontrado que los sujetos con TLP que presentan importante ira, agresividad, hostilidad e impulsividad se encuentran asociados principalmente a intentos suicidas repetidos, mientras que los sujetos con características psicopáticas, impulsividad agresiva importante se encuentran asociados con métodos más violentos.^{17,41}

Los trastornos afectivos comorbidos (distimia, depresión mayor, estado de ánimo predominantemente depresivo) con TLP y trastorno por uso/abuso de sustancias se encuentran más asociados con suicidios consumados. Existen estudios que reportan que el trastorno depresivo tiene tasas significativamente más altas de intento suicida y suicidio consumado cuando se encuentra comorbido con un TLP; la tasa de suicidio en sujetos con TLP puros es de 3%, la tasa de suicidio para depresión unipolar pura es de 8% y la tasa de suicidio para la comorbilidad entre éstos dos trastornos es del 16%.^{46,11}

Existe evidencia que sugiere que la impulsividad agresiva juega un papel importante en la conducta suicida de éstos sujetos, éstas dos características interactúan entre sí, siendo la característica central del TLP la impulsividad pero esta no tiene una relación directa con el intento suicida, sin embargo al agregar el componente de agresividad resulta en un importante incremento en el riesgo de intento suicida o suicidio consumado; éstos datos concuerdan con lo encontrado en éste estudio.^{5,46,47}

CONCLUSIONES

En éste estudio cumplimos con el objetivo de determinar los factores de riesgo clínicos y psicosociales asociados al intento de suicidio en pacientes con depresión mayor, como fueron principalmente las creencias religiosas, la agresividad y la personalidad clúster B, e identificamos que estos factores de riesgo están más asociados a los pacientes con depresión mayor con intento de suicidio al compararlos con aquellos sin intento.

Y en cuanto al objetivo de si existen factores de riesgo con mayor asociación al intento suicida, en nuestro estudio encontramos que la agresividad tiene una asociación directa con el intento de suicidio y la impulsividad, ésta a su vez tiene una asociación directa con la intensidad de la depresión, esto concuerda con lo que se ha reportado en la literatura del constructo impulsividad agresiva y su importante asociación con la conducta suicida. También observamos que los pacientes que tenían un trastorno de personalidad clúster B tenían una asociación directa con el intento suicida y la agresividad, nuevamente el constructo impulsividad agresiva puede incrementar el riesgo de intento suicida en pacientes con un trastorno de personalidad clúster B que cursa con una depresión.

Referencias

1. Patrick W, O'Carroll: Beyond the Tower of Babel: A Nomenclature for Suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1999; 26:237-252.
2. Morton M, Silverman M: The Language of suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2006; 36:519-532.
3. Andriessen K: On "Intention" in the definition of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2006; 36:533-537
4. World Health Organization. September, 2004 from:
<http://www.who.int/prevention/suicide/es/>
5. Mc Guirr A, Paris J, Lesage A, Renaud J, Turecki G: Risk factor for Suicide Completion in Borderline Personality Disorder: A Case-Control Study of Cluster B Comorbidity and Impulsive Aggression. *J Clin Psychiatry* 2007; 68(5): 721-30.
6. Gómez C, Borges G: Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994. *Salud Mental* 1996; 19(1):45-56.
7. Jiménez A, González-Forteza C: Veinticinco años de investigaciones epidemiológicas y psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Salud Mental* 2003; 26:35-46.
8. González-Forteza C, García G, Medina-Mora ME, Sánchez MA: Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida, en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental* 1998; 21: 1-9
9. Zhang YQ, Yuan GZ, Yao JJ, Cheng ZH, Liu QH, Wang AR: A case-control study on the risk factors for attempted suicide in de patients with major depression. *Zhonhua Liu Xing Bing Xue Za Zhi* 2007; 28(2):131-5.
10. Feinstein AR. *Clinical Epidemiology: The architecture of clinical research*. WB Saunders Company. 1995.
11. Lawanga SK, Lemeshow S. *determinación de tamaño de la muestra en estudios sanitarios. Manual Práctico*. Ginebra: O.M.S; 1991.

12. Kessler RC, Borges G, Walters E: Prevalence of and Risk Factors for Lifetime Suicide Attempts in the national Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 617-626.
13. Petronis K, Samuels F, Moscicki E, Anthony C: An Epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990 25: 193-199.
14. Ping Qin; Agerbo E, Mortensen P: Suicide Risk in Relation to socioeconomic, Demographic, Psychiatric, and Familial Factors: A National Register Based Study of All Suicides in Denmark. *Am J Psychiatry* 2003; 160:765-772.
15. Eve K. Moscicki: Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *The Psychiatric Clin of North Am* 1997; 20:449-551.
16. Beck AT, Steer RA, Beck JS, Newman CF: Hopelessness, Depression, Suicidal Ideation, and Clinical Diagnosis of Depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1993; 23(2):139-145.
17. Zoltán R: Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20:17-22.
18. Soloff PH, Lis J, Kelly T, Cornelius J, Ulrich r: Risk Factors Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 1994; 151(9): 1326-23.
19. Mondragón L, Saltijeral M, Bimbela A, Borges G: La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental* 1998; 21:20-27.
20. Jeannette M, Smith MA, Lauren B: Cognitive Vulnerability to Depression, Rumination, Hopelessness and Suicidal Ideation: Multiple Pathways to Self-Injurious Thinking. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2006; 36:443-454.
21. Brodsky B, Oquendo M, Ellis S, Haas G, Malone K, John J: The Relationship of Childhood Abuse to Impulsivity and Suicidal Behavior in Adults with Major Depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1871-1877.
22. Oquendo M, Galfalvy H, Russo S, Ellis S, Grunebaum M, Burke A, Mann J: Prospective Study of Clinical Predictors of Suicidal Acts After a Major Depressive Episode in Patients with Major Depressive Disorder of Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1433-1441.

23. Bech P: Quality of life measurements in major depression. *Eur Psychiatry* 1996; 11:123-126.
24. Endicott J, Nee J, Harrison W, Blumenthal R: Quality of Life Enjoyment Questionnaire: A New Measure. *Psychopharmacol Bull* 1993; 29:321-326.
25. López-Vázquez E, Marvan ML: Validación de una escala de afrontamiento frente a riesgos extremos. *Salud Pública de México* 2004; 46(3):216-221.
26. Mann J: A Current Perspective of Suicide and Attempted Suicide. *Ann Intern Med* 2002; 136:302-311.
27. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J. Prevalencia de Trastornos Mentales y Uso de Servicios: Resultados de la Encuesta nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003; 26(4): 2-16.
28. Apiquián R, Fresan A, Nicolini H, IV: Escalas de evaluación de trastornos ansiosos, V: Escalas de evaluación de trastornos afectivos. En: Nicolini H, Fresán A. En: Apiquian R, Fresán A, Nicolini H (eds). *Evaluación de la Psicopatología Escalas en Español*. Ciencia y cultura latinoamericana S.A de C.V, 37-60, México D.F, 2000.
29. Lara MC, Ontiveros M, Berlanga C, De La Fuente JR. Diferencias entre crisis de angustia y ansiedad generalizada en la escala de Hamilton para ansiedad. *Salud mental* 1988; 11(4):7-10.
30. Páez F, Licona E, Fresan A, Apiquián R: Estudio de validez y confiabilidad de la escala de aggression explícita en pacientes psiquiátricos. *Salud mental* 2002; 25(6): 21-26.
31. Yudovsky S, Silver J, Jackson W, Endicott J, Williams D: The Overt Aggression Scale for the Objective Rating of Verbal and Physical Aggression. *Am J Psychiatry* 1986; 143:35-39.
32. Plutchik R, Praag HM: The measurement of suicidality, aggression and impulsivity. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatr* 1998; 13(suppl):23-24.

33. Rivera-Ledesma A, Montero M: Espiritualidad y Religiosidad en Adultos mayores Mexicanos. *Salud Mental* 2005; 28(6):51-58.
34. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan H, Amorin P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G: The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(suppl 20):22-33.
35. Smith L, First M, Gibbon M, Spitzer R, Williams J: Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad de Eje II del DSM-IV. Hospital del Mar. Barcelona. Ed. Masson 1999.
36. Nojomi M, Mlakouti SK, Bolhari J: A Predictor Model for Suicide Attempt: Evidence from a Population Based Study. *Arch Iranian Med* 2007; 10(4):452-458.
37. Oquendo M, Galfalvy H, Russo S, Ellis S, Grunebaum M, Burke A, Mann J: Prospective Study of Clinical Predictors of Suicidal Acts After a Major Depressive Episode in Patients with Major Depressive Disorder or Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1433-1441.
38. Szanto C, Mulsant B, Houck P, Dew M: Occurrence and Course of Suicidality During Short-term Treatment of Late-Life Depression. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 610-617.
39. Greening L, Stoppelbein L : Religiosity, Attributional Style, and Social Support as Psychosocial Buffers for African American and White Adolescents Perceived Risk for Suicide. *Suicide Life Threat Behav* 2002; 32(4) : 404-17.
40. Dervic K, Oquendo M, Grunebaum M, Ellis S, Burke A, Mann J: Religious Affiliation and Suicide Attempt. *Am j Psychiatry*, 2004;161(12): 2303-08.
41. Hawton K, Houston K, Haw C, Townsend E, Harris L : Comorbidity of Axis I and Axis II Disorders in Patients Who Attempted Suicide. *Am J Psychiatry* 2003; 160(8) : 1494-1500.
42. Dumais A, Lesage A, Rouleau G, Dumont M, Chawky N, Roy M, Mann J, BENKELFAT C: Risk Factors for Suicide Completion in Major Depression A Case-Control Study of Impulsive and Aggressive Behaviors in Men. *Am J Psychiatry* 2005 162(11): 2116-24.

43. Grosz D, Lipschitz D, Eldar S, Blackwood N, Faeda G, Plutchik R : Correlates of violence risk in hospitalized adolescents. *Compr Psychiatry* 1994; 35(4) : 296-300.
44. Best M, Williams Best M, Williams M, Coccaro EF: Evidence for a dysfunctional prefrontal circuit in patients with an impulsive aggressive disorder. *Proc Natl Acad Sci USA* 2002; 99(12):8448-53.
45. Coccaro EF: Impulsive Aggression: a Behavior in Search of Clinical Definition. *Harv Rev Psychiatry* 1998; 5(6): 336-9.
46. Keilp J, Gorlyn M, Oquendo M, Brodsky B, Ellis S, Stanley B, Mann J : Aggressiveness, not impulsiveness or hostility, distinguishes suicide attempters with major depression. *Psychol Med* 2007; 36(7) : 1779-88.
47. Plutchik R: Outward and Inward Directed Aggressiveness: The Interaction Between Violence and Suicidality. *Pharmacopsychiat* 1995; 20(suppl): 47-57.

Anexos

I. Consentimiento informado

FACTORES DE RIESGO CLÍNICOS Y PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL INTENTO SUICIDA RECIENTE EN PACIENTES CON DEPRESIÓN: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

CARTA DE CONSENTIMIENTO

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Nombre del Paciente: _____

Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, éste estudio requiere de su consentimiento voluntario. Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar todo aquello que no entienda claramente.

Programa a Efectuar

El objetivo es estudiar por medio de pruebas clinimétricas a pacientes que han presentado episodios depresivos con intento de suicidio en el último mes y sin intento de suicidio a lo largo de la vida, con la finalidad de identificar los factores de riesgo clínicos y psicosociales asociados al intento de suicidio.

Para el estudio, requerimos de su cooperación con el objeto de contar con la mayor cantidad posible de información sobre su padecimiento actual.

Plan del estudio

Una vez que haya sido valorado en el servicio de preconsulta, asignado médico tratante y cita para historia clínica, se le propondrá participar en este estudio, si usted acepta, firmará esta carta de consentimiento informado, y enseguida será entrevistado por el investigador principal para la aplicación de pruebas clinimétricas para establecer aquellos factores de riesgo relacionados con la presencia o no de intento suicida (éstas pruebas consisten en 10 cuestionarios los cuales tardara aproximadamente 90 minutos en contestar). La realización de éstas pruebas clinimétricas no tienen riesgo alguno para usted y no implican costo adicional.

En caso que durante la aplicación de éstas pruebas usted experimentará incremento en la sintomatología de ansiedad o en la ideación suicida se canalizará al servicio de urgencias para su manejo y en caso de que la gravedad del cuadro depresivo lo requiera se ofrecerá hospitalización, siempre manteniendo comunicación con su médico tratante.

Al terminar las pruebas usted continuará su atención psiquiátrica con su médico tratante asignado previamente.

Consignas a Seguir

- 1.- Se le pedirá su consentimiento para realizar las pruebas climétricas.
- 2.- No se le cobrará ningún cargo económico por la realización de las evaluaciones relacionadas con esta investigación.
- 3.- Su participación es voluntaria
- 4.- Podrá retirarse del estudio en el momento que lo desee sin que esto afecte su atención y tratamiento en esta Institución. Se otorgará una entrevista con el investigador principal para brindar información de los resultados obtenidos.

Ventajas Posibles

- 1.- Las evaluaciones realizadas en éste estudio permitirán conocer mejor la naturaleza de la enfermedad.
- 2.- Usted podrá aclarar sus dudas con el responsable del estudio sobre los hallazgos de las entrevistas y estudios que se le realicen.
- 3.- Indirectamente usted ayudará a otros pacientes al contribuir en el conocimiento sobre la naturaleza y evolución de éstas enfermedades mentales.
- 4.- El investigador se compromete a integrar los diagnósticos encontrados al expediente clínico, para que el médico tratante pueda integrarlos al plan de estudios y tratamiento.
- 5.- Se proporcionará información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar su voluntad para continuar participando.

Confidencialidad

Los datos obtenidos a partir de éstas entrevistas son confidenciales. Se asignará un código a los expedientes, por lo que su nombre no aparecerá en ninguno de los reportes o artículos científicos que se elaboren con la información obtenida.

Disposiciones Generales

Si usted tiene necesidad de informaciones complementarias no dude en comunicarse con el responsable del proyecto, Dra. Griselda Iris Flores Flores al 56 55 28 11 ext. 342, durante horas regulares de trabajo.

Carta de Consentimiento

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier etapa del estudio.

Basado sobre esta información, acepto voluntariamente participar en éste estudio.

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi cuidado médico. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la hoja de información.

- Contacto

Si tengo alguna pregunta, puedo contactar a la Dra. Griselda Iris Flores Flores al teléfono 5655-2811 ext. 342

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente

Firma del Testigo

Fecha

Nombre del Testigo

Firma del Testigo

Fecha

Nombre del Testigo

Firma del Investigador

Fecha

Nombre del Investigador