



**Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina**



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”

**“Correlación de Psicopatología de acuerdo a la SCL-90-R en Pacientes
con Abuso o Dependencia a Sustancias Psicoactivas y Riesgo Suicida en el
Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA**

PRESENTA:

**Dr. Gilberto Medina Hernández
Médico Residente**

ASESORES DE TESIS

**Dra. Cecilia Bautista Rodríguez
Asesor Teórico**

**Dr. Félix A. Ambrosio Gallardo
Asesor Metodológico**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Al Arquitecto, quién ha construido mi vida.

A San José María, quien ha bendecido e iluminado mi camino.

A Alejandra, amor de mi vida, futura esposa. Gracias por tolerar, conocernos y compartir la eternidad.

A mi familia.

A mis abuelos José e Inés.

A Doña Betty y Doña Vicky.

A la Dra. Eroza y Dra. Bautista, gracias por sus consejos, enseñanzas y amistad.

A la Dra. Ramírez, gracias por la disciplina.

A mi alma máter... *Magna cum laude.*

A mi hogar de formación, Hospital Fray Bernardino... *Hombre soy y nada humano es ajeno a mí.*

A mis colegas y amigos, por las vivencias y momentos inolvidables.

Te empeñas en ser mundano, frívolo y atolondrado porque eres cobarde. ¿Qué es, sino cobardía, ese no querer enfrentarte contigo mismo?

San José María Escrivá de Balaguer.

Índice General

Capítulo	Página
1. Introducción	1-2
2. Antecedentes	3-18
3. Marco Conceptual	19-26
4. MÉTODO	
4.1 Planteamiento del Problema	26-27
4.2 Justificación	28-29
4.3 Objetivos	29
4.4 Hipótesis	30
4.5 Variables	30
4.6 Muestra	30
4.7 Sujetos	31
4.8 Criterios de Selección	31-32
4.9 Tipo de Estudio	32
4.10 Instrumentos de Evaluación y Medición	32-37
4.11 Procedimientos	37-38
5. Resultados	39-50
6. Discusión	51-54
7. Conclusión	54-55
8. Referencias Bibliográficas	56-64
9. ANEXOS	65-75
9.1 Carta de Consentimiento Informado	66

Lista de Tablas y Gráficos

	Página
Tabla 1. Datos Sociodemográficos de la Población.	40
Gráfico 1. Distribución de trastornos de personalidad.	42
Tabla 2. Resumen de Síntomas de la Escala SCL-90-R.	43
Tabla 3. Significancia estadística de diversas variables por Sexo.	43
Tabla 4. Comparativo de las media de SCL-90-R en pacientes con Abuso / Dependencia.	44
Tabla 5. Comparativo de las media de SCL-90-R y SCID-II.	45
Tabla 6. Comparativo de SCL-90-R y Comportamiento suicida expresado en medias.	46
Tabla 7. Comparativo entre Intento Suicida Previo y pacientes con Abuso / Dependencia.	47
Tabla 8. Comparativo entre el Número de Intentos Suicidas Previos y pacientes con Abuso / Dependencia.	48
Tabla 9. Comparativo entre el Motivo de Internamiento y pacientes con Abuso / Dependencia.	49
Tabla 10. Comparativo entre el Tipo de Intento Suicida y pacientes con Abuso / Dependencia.	50

Resumen

Introducción. El espectro suicida constituye un problema de salud pública, el comprender este fenómeno es esencial para abordarlo, tratarlo y en la manera de lo posible prevenirlo. La complejidad de variables psicopatológicas hace difícil encontrar a pacientes con características exclusivas y genera que la presentación de los mismos en el servicio de urgencias sea diversa. Uno de los aspectos relevantes de estas variables es la comorbilidad con el uso de sustancias, pudiendo exacerbar la suicidabilidad de los pacientes. *Objetivos.* Identificar los síntomas de psicopatología general por SCL-90-R que predominan pacientes de la Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos y Observación con Abuso o Dependencia a Sustancias Psicoactivas e Intento o Ideación suicida. *Metodología.* Se reclutaron a 117 pacientes con Intento o Ideación suicida como motivo de internamiento así como con abuso o dependencia a sustancias psicoactivas a quienes se les aplicó la Lista de Síntomas Limitados 90 (SCL-90-R), Abuso y Dependencia de alcohol de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas de la MINI, Dependencia a Nicotina de Fageström y Entrevista Diagnóstica de Trastornos de Personalidad (SCID-II). *Resultados.* Realizando análisis multivariado se encontró asociación significativa entre el intento suicida previo entre la población con dependencia y abuso a alucinógenos, así como predominio de dependencia a cocaína entre las mujeres, mientras que en los hombres predominó el abuso y dependencia a marihuana. La frecuencia de síntomas de la SCL-90-R nos indicó un índice alto en las subescalas de depresión (media 1.95 ± 0.53 DE), sensibilidad interpersonal (media 1.81 ± 0.49 DE) y hostilidad (media 1.76 ± 0.79 DE). *Conclusiones.* La psicopatología general entre la población con abuso o dependencia a sustancias psicoactivas se encuentra con índices elevados para depresión, sensibilidad interpersonal y hostilidad, lo que condiciona motivo de atención en los servicios de urgencias de la institución. Se requieren más estudios con mayor población para determinar una asociación específica por cada sustancia. La utilidad del estudio reside en la aplicación clínica, por las características de la población estudiada al ser representativa del universo, los cuales con diversas variables. *Palabras clave:* Abuso de Sustancias Psicoactivas, Dependencia a Sustancias Psicoactivas, Intento Suicida, Ideación Suicida, Psicopatología, SCL-90-R.

1. Introducción

El fenómeno suicida es la convergencia de diversos factores tanto promotores como protectores que cobran importancia en una etapa de la vida de algunos individuos. Si el acto es exitoso, se da fin a una trayectoria de problemas psíquicos que culminan con la vida de la persona, sin embargo dejando atrás un intrincado y duro problema hacia los familiares y a la sociedad misma.

Por otro lado, si el acto suicida falla (denominado intento suicida), la persona cursa por un momento de reflexión y mejoría en el mejor de los casos, pero comúnmente con arrepentimiento, desesperanza y deseo de continuar persiguiendo al suicidio. Esto nos obliga a preguntarnos si es un acto resolutivo debido a que la miseria se vive intensamente egodistónica y es la única opción visible. Posiblemente nos sea difícil responder a este cuestionamiento por la complejidad del mismo. Decir que no existe el comportamiento suicida sería vendarnos los ojos ante la realidad que nos acoge, entre más se ponga atención vamos descubriendo que éste existe y ha ido incrementándose a lo largo del tiempo. El suicidio es un evento que rebasa las fronteras del tiempo, ya que ha sido un comportamiento constante en la historia, que con frecuencia genera rechazo y crítica, aunque en algunas civilizaciones sea un evento que genera admiración y aceptación.

Para Arango *et al* ⁽¹⁾ el suicidio ha sido considerado en forma tradicional como resultado de la desesperanza extrema e infelicidad, pero existen evidencias crecientes que bien podría ser el resultado de múltiples factores que afectan a la persona, que es biológicamente susceptible o que tiene el riesgo para el acto suicida, ha tratado de explicar al suicidio como el resultado de diversos estresores internos y externos que se sobrepone con diferente importancia cada uno. En el comportamiento suicida se pueden incluir

componentes de historia familiar, biológica, trastornos psiquiátricos, rasgos de personalidad y eventos sociales de la vida en desencadenantes para el suicidio como una pérdida importante; dentro de otros factores de riesgo identificables encontramos a la soledad, el aislamiento, pérdidas afectivas, nivel sociocultural (siendo habitual en clases sociales altas), alcoholismo ⁽²⁾. Para la comprensión del complejo acto suicida, su estudio nos obliga a identificar diversas variables ya conocidas, delimitar otras del todo no estudiadas y a identificar nuevas que no se han asociado en la actualidad. Comorbilidades importantes en la génesis de los comportamientos suicidas son el abuso y dependencia a sustancias psicoactivas. Es de especial interés el identificar a las sustancias como un factor importante para dichos comportamientos suicidas, puesto que constituyen un pilar adicional que considerar para el abordaje terapéutico. Así, la descripción psicopatológica de este grupo es útil para enfocar la atención no solo del abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, sino de los síntomas de psicopatología general que nos puede brindar la Lista de Síntomas Limitados 90 (SCL-90-R) aplicada a este grupo de pacientes. Además de asociar un incremento de psicopatología (de acuerdo a esta escala) con el consumo de sustancias psicoactivas y el riesgo suicida. La SCL-90-R aplicada en el servicio de cuidados especiales UCEP (Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos) y Observación, nos ayudará a identificar comorbilidades generales en cuanto a la expresión de la sintomatología psiquiátrica predominante, puesto que la breve aplicación de la misma y el análisis obtenido, provee información relevante que ayuda al tratamiento de los pacientes con riesgo suicida (ideación o intento) logrando describir a un grupo de pacientes con patología dual y suicidio.

2. Antecedentes

Sustancias Psicoactivas

La prevención de los trastornos mentales y de la conducta asociados al uso de sustancias psicoactivas no solo incluye la prevención de la intoxicación aguda, sino también al abuso y dependencia. El concepto de “sustancia psicoactiva” hace alusión a cualquier sustancia que al entrar en el cuerpo tiene efecto en el sistema nervioso central, modificando la fisiología del mismo (neurotransmisión) y alterando a los mecanismos de la conducta, pensamiento, percepción y juicio. Así el concepto de uso de sustancias psicoactivas es amplio, por lo que en este trabajo se enfocará exclusivamente al uso de sustancias denominadas “de abuso”, las cuales son aquellas con mayor efecto adverso respecto a su efecto terapéutico y cuyo uso es predominantemente recreacional pese a las consecuencias físicas y sociales que implica la persistencia de su administración.

Las Sustancias psicoactivas incluyen al tabaco, alcohol y drogas ilícitas (por ej., opio, marihuana y cocaína), así como solventes y drogas psicoactivas de prescripción. Globalmente, el tabaco como un factor de riesgo, causa el 4.1% de la carga total de discapacidad. Se estima que en el siglo XXI el tabaco será la causa de un billón de muertes a nivel mundial, y tres cuartas partes de estas muertes ocurrirán en países de bajo ingreso. En todo el mundo, cerca de dos billones de personas consumen bebidas alcohólicas y más de 75 millones son diagnosticadas con trastornos asociados al consumo de alcohol. El alcohol como un factor de riesgo, causa el 4.0% de la carga total de discapacidad, mientras que el consumo de alcohol es el principal factor de riesgo para carga de enfermedad en países de bajo ingreso de baja mortalidad. En países de alto ingreso, de 10% a 30% de las ocasiones en que se ingieren bebidas alcohólicas el consumo de alcohol es de por lo menos

60 g (seis bebidas), 25% de los hombres y 10% de las mujeres consumen alcohol a niveles peligrosos y dañinos a su salud; y la prevalencia de la dependencia del alcohol varía de 3% a 5%. Aparte de los efectos directos de la intoxicación y dependencia que causan trastornos por el uso de alcohol, se estima que el alcohol es responsable de 20% a 30% de cada una de las siguientes condiciones a nivel mundial: cáncer esofágico, cáncer hepático, cirrosis hepática, homicidio, epilepsia y accidentes automovilísticos. A finales de los años 90 se estimó que el 4.2% de la población global de 15 años o más usaron drogas ilícitas, causando el 0.8% de la carga total de discapacidad ⁽³⁾.

Durante décadas el término dependencia a sustancias ha tenido muchos significados oficiales. Se han identificado dos constructos para definir a la dependencia de sustancias; el físico y el conductual. En la dependencia conductual (psicológica), se evidencian las actividades de búsqueda intencionada a la sustancia, el *craving* y patrones de uso patológicos a modo de evitar los estados disfóricos. Mientras que en la dependencia física se refiere al efecto fisiológico del uso múltiple de sustancias. El término intoxicación se refiere a la experiencia reversible y no dependiente de la sustancia que genera alteraciones metabólicas y mentales. De alguna manera se ha relacionado a la dependencia con las palabras adicción o adicto, aunque ésta última adquiere un sentido peyorativo y despectivo que se aleja del concepto que se quiere abordar. Así mismo el uso del término adicción se ha trivializado al usarse indiscriminadamente para referirse a conductas compulsivas. Además es de mencionarse que existen comportamientos (juego, sexo, robo y comer) con implicaciones cerebrales en áreas específicas de recompensa como el área tegmental ventral, el locus ceruleus y el núcleo accumbens ⁽⁴⁾. Por lo que es importante que diferenciamos dichas conductas del objetivo de estudio que es el uso de sustancias psicoactivas.

El abuso de sustancias se encuentra entre los cinco principales problemas mundiales de salud, en los Estados Unidos es el tercer problema de salud en cuanto a costos de salud y de impacto socioeconómico. El uso compulsivo de sustancias, a pesar de las serias consecuencias negativas, define a la adicción como un trastorno mental. A pesar de ello existen pocos medicamentos efectivos para tratar estos padecimientos. La adicción no solo es caracterizada por un único incidente, sino por una serie de eventos iniciados en el efecto agudo sobre el circuito de la recompensa hasta el uso crónico de las sustancias. Muchos adictos experimentan periodos de abstinencia, pero frecuentemente recaen en el consumo de sustancias. El curso cíclico natural del uso de sustancias, donde existen periodos de abstinencia y recaídas subsecuentes, sugiere la presencia de la enfermedad a lo largo de la vida del paciente, sin alcanzar la absoluta recuperación. Aunque se han identificado mediante modelos animales y de imágenes cerebrales en humanos, el circuito de recompensa estimulado ante el uso inicial de sustancias y los mecanismos cerebrales tanto moleculares como celulares responsables del desarrollo del estado de adicción crónica, los mecanismos completos permanecen sin dilucidarse del todo.

Teóricamente los factores que más afectan a la salud se pueden considerar dentro de tres áreas: el ambiente social, el ambiente físico y el acceso a la salud y sus servicios ⁽⁵⁾. Diversos factores pueden contribuir al uso inicial y continuo de las sustancias. Las exposiciones a estrés tanto psicológico como fisiológico, en cualquier punto del ciclo de la adicción, pueden empeorar la enfermedad, aumentando las conductas de búsqueda (tomas iniciales de sustancias, *craving* y recaídas) ⁽⁶⁾.

Debido a que las adicciones son un problema complejo como se ha mencionado, su estudio debe ser multidimensional, como se muestra en un estudio realizado por Schifano en 2008, donde menciona al ambiente social como un determinante importante en el uso de

substancias psicoactivas. El uso de sustancias en el ambiente urbano se conceptualiza por tres componentes de relevancia: 1) las características del ambiente urbano, subclasificado en primario (infraestructura, empleo, educación y recursos de salud) y secundario (mediando la relación entre factores primario y la población usuaria de sustancias). 2) Las redes sociales y los estresores psicosociales, que son mediadores de las asociaciones entre las características del ambiente urbano y el uso de sustancias. 3) El uso de sustancias debe ser concebido no solo como resultado del perfil psicobiológico del usuario sino también de las características del área donde se localiza el mismo usuario y sus condiciones de vivienda.

Es a considerar que el estrés que genera el vivir en áreas donde existe diferencias importante de ingresos e inequidad en zonas urbanas con exposición crónica a condiciones amenazantes puede asociarse a tensión interindividual y predisponentes a violencia, lo que finalmente resulta en un incremento en el uso de sustancias. También es considerable el fenómeno que sucede entre la población segregada económica y racialmente, las cuales pueden tener una exposición desproporcionada, una respuesta susceptible ante la privación social/económica, un aumento en las condiciones peligrosas y uso de sustancias. El uso de sustancias psicoactivas puede estar asociado a disminuir el estrés, y este uso puede llevar al abuso y dependencia. Así, se puede concebir a un usuario de sustancias en un vecindario con inequidad social y segregación como resultado de un mecanismo protector en respuesta a un número de experiencias de la vida estresantes. Se considera importante que el acceso a los servicios de salud son contundentes en el sesgo que puede existir entre la población rural ⁽⁵⁾.

Por otra parte en Beijing, un estudio de 1822 colonias realizado por Jiang documentó que la estructura familiar, el estatus económico, la función social individual o

los eventos estresantes de la vida no están correlacionados con el uso de sustancias y no deben considerarse como mecanismos defensivos de mal adaptación ambiental ⁽⁷⁾. Las consideraciones sociodemográficas son relevantes puesto que existe divergencia en los resultados obtenidos en distintas culturas. Los chinos tienen ideas y costumbres distintas a las occidentales respecto al consumo de drogas. Implicando que el consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno socioeconómico y médico de complejo abordaje.

Desde la esfera social, hasta el microcosmos, se cita un ejemplo molecular de las adicciones, como el que se nos muestra con la disfunción dopaminérgica encontrada en el síndrome X frágil. Se menciona que el síndrome X frágil es el resultado de la ausencia de la proteína FMRP (codificada por el gen FMR1, del cromosoma X) y resulta en la causa más común de retraso mental de causa heredable, así como autismo y trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Aunque se ha demostrado que la dopamina tiene también un papel en las funciones cognitivas como en la motivación, el circuito de predicción-recompensa-error, habilidad para enfocar un estímulo ambiental pertinente y las conductas de meta dirigida. Los receptores D1 son cruciales para la plasticidad en especial en el circuito corticoestriatal, importante en los procesos de aprendizaje de nuevas conductas de meta dirigida y para la formación de hábitos, incluyendo el refuerzo cognitivo de conductas adictivas y no solo el estímulo del conocido circuito de recompensa. Los circuitos corticoestriatales no pueden adaptarse rápidamente a los cambios, lo que “rigidiza” el aprendizaje, y donde enfocado a la adicción, esta rigidez funciona como factor de protección para la génesis de adicción ⁽⁸⁾.

Mientras mayor influencia tengan los factores individuales sobre el desarrollo de los trastornos mentales y la salud mental, mayor será el efecto preventivo que se puede esperar cuando se implementen. Resulta imperativo que los determinantes abordados en las

intervenciones preventivas sean maleables y abarquen factores modificables específicos de la enfermedad. Los factores genéricos de riesgo y protección son aquellos que son comunes a varios problemas y trastornos de salud mental. Las intervenciones que abordan exitosamente dichos factores genéricos pueden producir un amplio espectro de efectos preventivos. Por ejemplo, la pobreza y el abuso de menores son comunes en la depresión, la ansiedad y el abuso de sustancias.

Los principales determinantes socioeconómicos y ambientales de la salud mental están relacionados con grandes problemas tales como la pobreza, la guerra y la desigualdad. Por ejemplo, las personas pobres a menudo viven sin las libertades básicas de seguridad, acción y elección mientras que las personas que no se encuentran en esta situación, dan por hecho. Con frecuencia carecen de alimento, refugio, educación y salud adecuada, privaciones que no les permiten llevar el tipo de vida que “todos valoramos”. Las poblaciones que viven en circunstancias socioeconómicas de pobreza están en mayor riesgo de presentar problemas de salud mental, sufrir de depresión y gozar de un bienestar subjetivo inferior. Otros macro factores tales como la migración a áreas urbanas, la guerra y el desplazamiento, la discriminación racial y la inestabilidad económica han sido vinculados con mayores niveles de sintomatología psiquiátrica y morbilidad psiquiátrica. Por ejemplo, los traumas por la guerra o relacionados con la guerra causan trastornos de estrés pos-traumáticos, depresión, ansiedad y trastornos relacionados con el consumo de alcohol. Además, dichos traumas pueden crear vulnerabilidades psiquiátricas en los hijos de padres traumatizados y deprimidos ⁽³⁾.

Es importante mencionar que los estudios realizados en pacientes con consumo de sustancias psicoactivas se limita a patrones de uso, comorbilidad definida por criterios diagnósticos del DSM o ICD-10 o abordaje terapéutico. Pero pocos estudios han utilizado

la escala SCL-90-R para describir a este grupo de pacientes, en donde determinados síntomas psicopatológicos y el malestar percibido por el sujeto nos podría indicar áreas objeto de abordaje y seguimiento, con la posibilidad de disminuir la frecuencia de recaídas.

Uno de los estudios más importantes es el realizado en la Universidad de Santiago de Compostela, con una muestra de 115 pacientes bajo tratamiento por dependencia a cocaína, en donde la mayor puntuación fueron las escalas de depresión, obsesión-compulsión, ideación paranoide y sensibilidad interpersonal mediante la SCL-90-R. Identificando áreas de abordaje y de reevaluación ante la instauración de tratamientos ya sean farmacológicos como psicoterapéuticos ⁽⁹⁾. Pero el estudio solo se enfocó a pacientes con consumo de cocaína a modo de estadificar a una población mediante este instrumento. Es innegable que la personalidad puede jugar un papel en la evolución y apego al tratamiento, así como la afición por otro tipo de sustancias.

Personalidad

Definimos personalidad como la culminación de la interacción entre factores biológicos (heredabilidad, coeficiente intelectual), psíquicos (experiencia, aprendizaje, mecanismos específicos de defensa yoica, mecanismos inespecíficos de labilidad yoica, juicio) y sociales (educación, cultura) a lo largo del desarrollo, lo que genera un patrón de pensamiento y comportamiento predominante. Por lo tanto un individuo será particularmente único ante la respuesta que el medio intra e interpersonal le demande para satisfacer las necesidades psicobiológicas y sociales. Los patrones predominantes de estas características nos permiten definir a una personalidad en especial y el poder categorizarlas en grupos que comparten rasgos, siendo una aproximación meramente taxonómica con fines de estudio, ya que se enfatiza que cada individuo es diferente. Luego entonces la integración dinámica de estos patrones de conducta predominantes, la adquisición de

experiencia, el paso del tiempo, los sistemas de valores internalizados, la mismidad (*self*), las relaciones objetales, la represión de pulsiones y los mecanismos defensivos que un individuo posee, define un tipo específico de personalidad ⁽¹⁰⁾.

O. Kernberg propone utilizar criterios dimensionales y categoriales para clasificar a la personalidad y sus trastornos en donde las diferencias cuantitativas y cualitativas juegan un papel importante en la variabilidad y comprensión de la personalidad. ^(11, 12).

Los trastornos de personalidad son comunes, con una prevalencia de aproximadamente 10% en la población general. Cualquier tratamiento eficaz será de ayuda puesto que es un problema de salud pública. Los principales modelos de abordaje y tratamiento incluyen: psicoterapia dinámica, terapia cognitivo analítica, terapia cognitivo-conductual, comunidades terapéuticas, antidepresivos, antipsicóticos y estabilizadores del ánimo ⁽¹³⁾.

La comorbilidad parece estar incrementada entre aquellos individuos que tienen coexistencia de trastornos de Eje I y II, particularmente entre aquellas con intento suicida. Entre los trastornos de personalidad más comúnmente encontrados tenemos al trastorno límite de personalidad, cuya comorbilidad con otros padecimientos psiquiátricos es amplio. El riesgo suicida aumenta 6 veces si se cuenta con un trastorno de Eje II y Eje I comórbidamente, comparado con pacientes quienes solo cuenten con un trastorno de Eje I. Así como complica el abordaje clínico, el tratamiento y evoca el uso de tratamiento integral y multidisciplinario ⁽¹⁴⁾.

Suicidio

Definido como el *matarse a sí mismo* (del latín *sui* y *occidere* o *caedere*), es la representación fatal del deseo personal de morir. Constituye un acto humano que ha estado presente en la psiqué de la humanidad desde que el hombre tuvo conciencia de sí mismo.

Junto con la ideación o intento homicida y la enfermedad psiquiátrica secundaria a condición médica, el suicidio es considerado una urgencia psiquiátrica. El propio concepto comprende desde la fantasía de muerte hasta el suicidio consumado, incluyendo las variantes de suicidio como el suicidio crónico. Las actitudes derivadas ante el suicidio van desde el apoyo hasta el repudio puesto que depende de los principios regidos por la sociedad en cada época y cultura. Ya en 1897 el sociólogo E. Durkheim mencionaba la existencia de 4 subtipos de suicidios: Altruista, Egoísta, Anónimo y Fatalista ^(4, 15).

Las aproximaciones psicodinámicas iniciaron con S. Freud, al describir en su obra “*Trauer und Melancholie*”, 1915 (“Duelo y Melancolía”, 1917) al suicidio como la representación de una agresión en contra de un objeto introyectado y amado con ambivalencia, a lo que postula que el suicidio surge de un deseo homicida. *A posteriori* esta idea fue desarrollada a profundidad por K. Menninger menciona que el suicidio es un homicidio convertido hacia sí mismo en respuesta a la ira dirigida a otra persona, toma en consideración además el concepto de castigo a los demás mediante este acto. El acto suicida tiene componentes de hostilidad siendo el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir. Estos trabajos tempranos fueron importantes para la comprensión inicial del suicidio, sin embargo actualmente se considera que no existen factores específicos psicodinámicos o estructurales de personalidad asociados, puesto que las razones intrapsíquicas son tan diversas y obedecen a deseos variables tales como la venganza, el poder, heridas narcisistas, evitación al sufrimiento derivado de una enfermedad crónica o la identificación y sumisión hacía un líder ^(4, 16).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud las cifras mundiales de autolesiones se estiman entre un 3-5 % de la población mayor de 16 años cifra que incluye a los suicidios consumados. La cifra anual en la Unión Europea es de 800-1.000 casos por

cada 100.000 habitantes/año. Del 15-30 % de los pacientes que se autolesionan repiten la conducta antes del año, y entre el 1-2 % se suicidarán entre los 5 y 10 años posteriores a la tentativa. Diariamente se producen en el mundo de 8.000 a 10.000 intentos de suicidio, de los que 1.000 lo consiguen. En los países civilizados el suicidio sería la décima causa de muerte. El suicidio constituye un problema de salud pública muy importante pero en gran medida prevenible, que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en casi un millón de víctimas al año, además de unos costos económicos cifrados en miles de millones de dólares, según ha señalado la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las estimaciones realizadas indican que en 2020 las víctimas podrían ascender a 1.5 millones. A escala global, el suicidio representa el 1.4% de la carga mundial de morbilidad, pero las pérdidas van mucho más allá. En la Región del Pacífico Occidental representa el 2.5% de todas las pérdidas económicas debidas a enfermedades. En la mayoría de países de Europa, el número anual de suicidios supera al de víctimas de accidentes de tránsito. En 2001 los suicidios registrados en todo el mundo superaron la cifra de muertes por homicidio (500 000) y por guerras (230 000) ^(3, 17).

Entre los países que informan sobre la incidencia de suicidios, las tasas más altas se dan en Europa del este, y las más bajas sobre todo en América Latina, los países musulmanes y unos cuantos países asiáticos. Se dispone de poca información sobre el suicidio en los países africanos. Se calcula que por cada muerte atribuible a esa causa se producen entre 10 y 20 intentos fallidos de suicidio, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales, pero no se dispone de datos fiables sobre el verdadero alcance. Las tasas tienden a aumentar con la edad, pero recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años. Exceptuando las zonas rurales de China, se suicidan más

hombres que mujeres, aunque en la mayoría de lugares los intentos de suicidio son más frecuentes entre las mujeres. El comportamiento suicida viene determinado por un gran número de causas complejas, tales como la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, una discusión, la ruptura de relaciones y problemas jurídicos o laborales. Los antecedentes familiares de suicidio, así como el abuso de alcohol y estupefacientes, y los maltratos en la infancia, el aislamiento social y determinados trastornos mentales, como la depresión y la esquizofrenia, también tienen gran influencia en numerosos suicidios. Las enfermedades orgánicas y el dolor discapacitante también pueden incrementar el riesgo de suicidio. Los métodos más empleados para suicidarse son los plaguicidas, las armas de fuego y diversos medicamentos, como los analgésicos, que pueden resultar tóxicos si se consumen en cantidades excesivas. En este sentido, una novedad reciente es la decisión de muchas empresas farmacéuticas de comercializar los analgésicos en blísteres y evitar los frascos, más fácilmente accesibles, medida ésta con gran incidencia en la elección de ese método de suicidio. En la actualidad la atención se centra en evitar el acceso a los plaguicidas y en mejorar la vigilancia, la capacitación y la acción comunitaria en relación con su manejo. Entre los factores de protección contra el suicidio cabe citar una alta autoestima y unas relaciones sociales ricas, sobre todo con los familiares y amigos, el apoyo social, una relación estable de pareja y las creencias religiosas o espirituales. La pronta identificación y el tratamiento adecuado de los trastornos mentales son una importante estrategia preventiva. Asimismo, existen datos que demuestran que la formación del personal de atención primaria en la identificación y el tratamiento de las personas con trastornos del estado de ánimo puede hacer disminuir los suicidios entre los grupos de riesgo, y así se ha observado en países como Finlandia y el Reino Unido. Las intervenciones basadas en el principio de conexión social y el fácil acceso a la ayuda, como

las líneas de ayuda benévola y los programas de chequeo telefónico de las personas de edad, han tenido resultados alentadores. Además, las intervenciones psicosociales, los centros de prevención del suicidio y la prevención escolar son todas ellas estrategias prometedoras ^(3, 17).

Con el co-patrocinio de la Organización Panamericana de la Salud y la OMS, la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) lleva años sumando esfuerzos para que el mundo adquiriera conciencia en un esfuerzo colectivo para evitar que las bases de datos de más muertes por suicidio continúen llenando estadísticas. Es por esto que el 10 de septiembre está reservado como un día especial con carácter internacional para la prevención del suicidio. Este día, personal de la salud pública en hospitales y centros de atención sanitarios tienen programados foros y eventos informativos en todas las regiones del mundo que subrayan iniciativas y modelos para la prevención de un asunto que se acentúa sobre los sectores poblacionales más jóvenes cada día más. La OPS/OMS señala que el suicidio es una de las tres principales causas de mortalidad en todos los países del mundo entre personas de 15 a 34 años de edad. Estimados de la OPS/OMS indicaban que en el año 2000 murieron por suicidio aproximadamente un millón de personas. Pero la organización también enfatiza el hecho de que ese mismo año, un número de personas entre 10 y 20 veces superior intentaron cometer suicidio, representando con ello una muerte por suicidio cada 40 segundos y un intento de suicidio cada 3 segundos en promedio, respectivamente. En su análisis comparativo del fenómeno del suicidio, la IASP recuerda que el número anual reportado en el mundo equivale a la cifra completa de las víctimas mortales de los ataques terroristas del 11 de septiembre del 2001 en Estados Unidos, cada día del año; o el equivalente a una cifra tres veces mayor que la pérdida catastrófica también de vidas causada por el tsunami asiático de diciembre del 2004. Los suicidios en el

mundo superan en número al total combinado de víctimas mortales de guerras y homicidios cada año. Los gráficos que sintetizan las tasas observadas de mortalidad por suicidios en hombres y mujeres en México pintan, como en todos los países, una curva ascendente de más y más casos a medida que pasan los años. En 2004 se concluye que el suicidio en México exige acciones inmediatas. El crecimiento acelerado de este fenómeno, particularmente entre hombres y mujeres jóvenes, debe ser una llamada de atención para implementar a la brevedad medidas tendentes a disminuir su magnitud⁽¹⁸⁾.

Incidencia

Debido al número de personas que cometen suicidio, el acto suicida es un problema de salud pública considerado de primer orden a nivel mundial. Existen diferencias por país como evidencia la tendencia en países Europeos (Alemania, Europa del Este, Finlandia) mientras que en otros como Italia, Egipto o España son bajas (5/100.000 habitantes)^(19, 20).

Factores de riesgo

Desde hace 10 años se plantea la existencia de dos dimensiones cuya interacción establece un modelo de comportamiento suicida, la que comprende a los rasgos propios de la persona y la que incluye a los desencadenantes o precipitantes. Factores directamente proporcionales al riesgo suicida⁽²⁰⁾. Aunque debemos considerar la resiliencia existente en cada paciente expuesto a eventos adversos y la propia enfermedad.

Para la comprensión del comportamiento suicida, se han descrito factores de riesgo que han sido identificados y comprendidos actualmente mediante el modelo de Diátesis-Estrés de Oquendo y cols, donde se menciona a la interacción entre el estresor y la vulnerabilidad como factor contundente⁽²¹⁾.

Factores socio demográficos.

Se sabe que los comportamientos suicidas son más comunes entre mujeres, y que la

relación mujer/hombre para el intento suicida oscila entre 1.5-4:1, sin embargo los hombres tienen cuatro veces más éxito en el acto suicida derivado de la agresión cometida en los actos suicidas y por lo tanto de mayor letalidad. ^(19, 22, 23, 24). Se ha identificado una edad media de suicidio de 47.4 años en la población general (Hombres 42.0 y Mujeres 50.4) ^(4, 20). El comportamiento suicida se ha descrito elevado entre personas solteras o con desintegración de su núcleo social (familia o pareja) ^(21, 23). Una población desempleada es vulnerable al igual que los grupos con nivel sociocultural bajo ⁽²⁰⁾.

Factores clínicos

Enfrentar a una enfermedad médica y crónica incrementa la ideación suicida, a su vez incrementándose padecer otras enfermedades (crónicas y degenerativas). Además es conocido que algunos medicamentos modifican por sí mismo al estado del ánimo con la probable consecuencia suicida ⁽²⁵⁾. Los trastornos mentales se han asociado a conductas suicidas, especialmente al confrontar el diagnóstico y curso inicial de la enfermedad, así como al egreso posterior a la exacerbación de la misma ^(26, 27). Se ha descrito en especial que el trastorno depresivo está relacionado con el suicidio respecto a otros trastornos afectivos, sin minimizar el papel de los trastornos de ansiedad en la conducta suicida, puesto que cerca de un quinto de los pacientes con trastorno de ansiedad y fobia específica llegan a cometer actos suicidas de baja letalidad. Pero si los trastornos de ansiedad se conjuntan con patología depresiva, estos actos suicidas pueden ser consumados con éxito con mayor frecuencia ^(28, 29, 30, 31, 32). Los pacientes con esquizofrenia presentan tasas suicidas de hasta 10 % y el solo hecho de padecerla, constituye un riesgo de 8.5 comparado con la población general, además en este grupo de pacientes habrá que considerar factores protectores al deterioro y el soporte familiar, mientras que los antipsicóticos no han demostrado su eficacia en modificar el comportamiento suicida ^(33, 34). Los trastornos de

personalidad son considerados como predisponentes de comorbilidades o de problemas en las relaciones inter e intrapersonales, lo que implica una pobre capacidad para afrontar problemas a lo largo de la vida. El riesgo suicida en pacientes con trastornos de personalidad es de 6.0 comparados con la población general, aunque puede llegar a ser entre 10 y 20 veces. Uno de los trastornos con mayor tasa de riesgo suicida es el trastorno límite de personalidad y se deben considerar al trastorno antisocial, evitativo y dependiente como factores independientes para riesgo suicida. La impulsividad solo se debe tener presente como predictor del comportamiento suicida, en especial en la complejidad del constructo de personalidad ^(19, 35, 36). La presencia de conducta suicida previa nos indica un riesgo de suicidio consumado de 40 veces más probable que la población general, lo que nos obliga a indagar en este antecedente ante la valoración de pacientes, en especial a los identificados clínicamente ^(37, 38). Los procesos relacionados con la edad (fenómeno de nido vacío, matrimonio de hijos, jubilación, necesidad de asistencia domiciliaria, ingreso en residencias o asilos), problemas laborales, de pareja, de salud, enfermedad o fallecimiento de algún miembro de la familia están relacionados con un riesgo de 14 veces contra la población general ⁽³⁹⁾.

Factores genéticos y neurobiológicos

Uno de los genes que se ha estudiado ampliamente e identificado en el comportamiento suicida es el gen de la Triptofano Hidroxilasa (cromosoma 11q7) y en particular dos polimorfismo el A218C y A779C, el primero con clara asociación suicida y el segundo con resultados mixtos. Otro gen es el transportador de serotonina (SLC6A4; cromosoma 17q12) con resultados mixtos, aunque identificando un claro aumento de la impulsividad con el genotipo s/s. Un tercer gen es el receptor de serotonina 5-HT2A (T102C; cromosoma 13q14.1-14.2) cuyas anormalidades aumentan la suicidabilidad,

aunque no se ha correlacionado con el polimorfismo específico que regula este efecto. El gen de la Catecol-O-Metiltransferasa (cromosoma 22q11) ha tenido resultados mixtos para ambos alelos (*H* y *L*). También se ha relacionado la alteración de la vía serotoninérgica y la disminución de serotonina con elevación de impulsividad, violencia y letalidad del acto suicida. Los bajos niveles de MAO en sangre, altos niveles de receptores 5-HT 1A y 5-HT 2A postsinápticos no han tenido resultados tan contundentes pero son aproximaciones a considerar ^(40, 41, 42, 43).

3. Marco Conceptual

Sustancias Psicoactivas y Comportamiento Suicida

El suicidio es una de las primeras causas de muerte a nivel mundial teniendo una prevalencia de aproximadamente un millón de muertes al año. Uno de los esfuerzos para prevenir el suicidio consiste en el reconocimiento y entendimiento de las conductas suicidas (ideación, planeación e intento). En México ha habido un incremento constante en la tasa de suicidio, entre 1970 y 2007 hubo un crecimiento del 275%, lo que ha convertido al suicidio en una de las primeras causas de muerte para la población joven. Dentro de los principales factores de riesgo que se han encontrado es el alcohol y abuso – dependencia a sustancias ⁽⁴⁴⁾.

Diversos modelos se han propuesto para la comprensión del rol del uso de sustancias en la conducta suicida, donde se describen la relación causal o la coexistencia debido a un tercer factor implicado. La relación causal considera que el uso de sustancias incrementa la posibilidad de conductas suicidas, independientemente de la presencia de otros factores de riesgo; mientras que los modelos de relación de coexistencia consideran al

uso de sustancias como marcadores de personalidad predisponente al suicidio o como una consecuencia de la presencia de otros factores de riesgo como los trastornos del humor (ej. depresión). Otra aproximación al problema ha sido desde el curso cercano y lejano; cercano con el estudio de conductas suicidas e intoxicación y de conductas suicidas con consumo crónico de sustancias; sin embargo ha sido especialmente difícil identificar el rol de cada dimensión por su coexistencia ^(45, 46, 47, 48).

Se han postulado que algunos factores de riesgo fungen como mediadores, modificadores del efecto o de la interacción. Algunos rasgos de personalidad como la impulsividad, desesperanza y estrategias de adaptación pueden acortar el periodo de ambivalencia del suicidio, al igual que los factores sociodemográficos como la edad o eventos negativos de la vida ⁽⁴⁹⁾.

La literatura sugiere que las personas con consumo crónico de sustancias tienen un riesgo incrementado de presentar conductas suicidas. Sin embargo en el diseño de los estudios se han detectado dos limitantes de importancia. La primera, la mayoría del conocimiento se ha basado en estudios realizados en pacientes con dependencia al alcohol u otras sustancias, solo una pequeña fracción de los pacientes con dependencia a sustancias reciben tratamiento (2.8-18.6%) y generalmente tardan entre 6 y 18 años en iniciar un tratamiento, y solo una minoría en centros de servicio especializados. Por lo que la comorbilidad entre los pacientes adictos en tratamiento es de esperarse elevada, con la subsecuente dificultad para dilucidar la relación directa entre el consumo de sustancias y las conductas suicidas independientemente de la coexistencia de otros trastornos psiquiátricos. La segunda limitante es que la mayoría de los estudios se han enfocado en pacientes con dependencia al alcohol, y solo pocos estudios se han enfocado en otras dependencias a sustancias, existe así una falta de estudios que especifiquen los mecanismos

por el que las diferentes drogas (alcohol y otros depresores del SNC, o la cocaína y otros estimulantes del SNC) pueden estar relacionados con las conductas suicidas durante la intoxicación y en la fase de abstinencia ⁽⁵⁰⁾.

Otro punto importante es la relación que existe entre el uso de nicotina y el suicidio, la cual se ha reportado en investigaciones epidemiológicas desde 1970, siendo incluso determinado el riesgo de cometer suicidio y consumo de nicotina en una relación aparentemente directa ⁽⁵¹⁾. Aunque la interpretación de los resultados ha sido objeto de controversia al tener un escaso control de las variables demográficas ⁽⁵²⁾.

Dos grandes estudios publicados en el 2000 han tratado de asociar el consumo de nicotina y el acto suicida. Un estudio prospectivo de 50000 hombres encontró una relación de dosis respuesta con un riesgo relativo de 1.4 (en exfumadores) y de 4.3 (en fumadores de 15 cigarros/día en promedio) controlando variables de edad, estado marital, IMC, actividad física, consumo de alcohol, consumo de café y antecedentes de cáncer. El otro estudio, uno prospectivo de 300000 hombres militares, también demostró la relación entre el hábito tabáquico y el suicidio, controlando variables de educación, raza, consumo de alcohol, estado civil, nivel de actividad física y rango militar. Pese a que la depresión puede estar asociada o acentuada como resultado de la vía nicotínica u otras sustancias derivadas del cigarro, la evidencia que los síntomas depresivos en la adolescencia predicen un consumo en etapas posteriores de la vida, y la depresión mayor conlleva del consumo “regular” de nicotina a la dependencia. Indicando la necesidad de considerar la historia de depresión en la evaluación de la posibilidad de un incremento de riesgo suicida en fumadores ⁽⁵³⁾.

Otro estudio suizo de 49323 hombres entre los 18 y 21 años de edad y circunscritos en las fuerzas armadas evaluados durante un periodo de 26 años demostró una significativa relación entre consumo de tabaco y riesgo suicida; siendo el riesgo suicida del doble

presentando un consumo mayor de 20 cigarrillos al día, respecto a los no fumadores. A pesar de considerar problemas de conducta, alcoholismo, diagnóstico psiquiátrico y un control emocional bajo (resumen de estabilidad mental, madurez emocional, y tolerancia al estrés y frustración), medido durante el periodo de servicio militar y donde al parecer solo el consumo de nicotina era el factor modificado ⁽⁵⁴⁾.

Una relación entre el uso de sustancias, incluyendo tabaco, e ideación suicida o intento suicida ha sido reportado en estudios clínicos y de la comunidad. En un grupo de adolescentes se reportó que cerca del 7% había presentado intentos suicidas, demostrando una asociación entre el consumo de cigarrillo y una variedad de conductas suicidas. Incluso previo a la ideación suicida existen predictores de intento suicida, con dos predictores de suicidio consumado.

La posibilidad biológica del papel del consumo de tabaco y la suicidabilidad proviene de estudios recientes que establecen una relación entre el fumar y la monoaminoxidasa, como marcador biológico de psicopatología. La MAO es crucial en un número considerable de funciones de neurotransmisores con un importante papel en el metabolismo de la serotonina y en la modulación de la transmisión serotoninérgica. La actividad plaquetaria de la MAO se ha asociado con violencia y con suicidio, así como bajos niveles de 5-HIAA (ácido hidroxindoleacético) en LCR. La MAO plaquetaria se ha asociado a distintos trastornos mentales que incluyen depresión, alcoholismo y esquizofrenia; en donde la tasa de tabaquismo es elevada. Whitfield y cols reportaron la baja actividad de la MAO plaquetaria en fumadores a diferencia de no fumadores, sugiriendo una directa asociación del hábito tabáquico con la dicha disminución de la actividad, luego entonces si se ha reportado que las personas con una historia de intentos suicidas de alta letalidad tienen una MAO plaquetaria disminuida respecto a las personas

quienes no han tenido ni pensamientos ni intentos suicidas ⁽⁵⁵⁾.

En 2005 se publica un estudio realizado en pacientes hospitalizados donde se encontró una relación inversa entre el número de cigarrillos consumidos al día y la función serotoninérgica, medida mediante 5-HIAA en LCR, sugiriendo que el funcionamiento serotoninérgico disminuido puede estar relacionado al consumo de cigarrillo, así como a las conductas agresivas y suicidas ⁽⁵⁶⁾.

Además, la evidencia de la disminución de las concentraciones de 5-HIAA en LCR en personas con ideación suicida, intento suicida y suicidio consumado es consistente con la actividad disminuida de la actividad de la MAO; la posibilidad de la relación neurobiológica entre el fumar y el suicidio provee una nueva revisión de la relación desde el punto de vista longitudinal. Se examinó la relación entre el consumo de cigarrillo y las conductas suicidas en un estudio epidemiológico longitudinal, donde la depresión mayor y otros trastornos psiquiátricos fueron también considerados. Se consideró que el consumo diario de cigarrillo, sin importar el consumo previo, predecía las consecuencias subsecuentes de la ideación o intención suicida, independientemente de depresión previa y consumo de sustancias (riesgo relativo de 1.22-2.69). Así como el consumo diario de cigarrillo, pero no el consumo previo, predice la incidencia de ideación o intención suicida, ajustado a la predisposición suicida, indicado por la suicidabilidad previa y además controlando la variable de trastornos mentales previos (riesgo relativo de 1.17-2.54). La explicación biológica del hecho que el consumo de cigarrillo (actual) se asocie con la conducta suicida es aún poco clara. Sin embargo las recientes observaciones derivadas de la actividad disminuida de la MAO en fumadores activos pero no en fumadores pueden proveer evidencia para acercarnos a dicho proceso ^(57, 58).

El uso de sustancias confiere un riesgo suicida, reportándose que aproximadamente

30-40 % de los intentos suicidas en hombres y 15-20% en mujeres, tienen dependencia o abuso a alcohol y aproximadamente 7-8% de los pacientes con dependencia al alcohol cometen suicidio. El riesgo relativo suicida en pacientes alcohólicos es de 7 veces mayor comparado con la población general. La prevalencia de suicidio aumenta por la simple presencia de consumo de sustancias. En el caso de la heroína la prevalencia de intento suicida es de 35-40%. El número de sustancias utilizadas es un fuerte predictor del comportamiento suicida. Es importante recalcar que los pacientes con consumo de sustancias tienen confluencia de factores de riesgo como el desempleo, el nivel sociocultural bajo, aislamiento social, segregación, encarcelamiento, padres alcohólicos, divorcio y psicopatología general ^(28, 29, 35, 38, 42).

La depresión mayor es un factor de riesgo importante para el suicidio pero también es cierto, que no todos los individuos con depresión mayor intentan el suicidio. Los comportamientos impulsivos y agresivos son frecuentes en los individuos que intentan suicidarse, independientemente de presentar un trastorno depresivo, y por otra parte, en los individuos con trastorno límite de la personalidad o que abusan de sustancias psicoactivas el riesgo de suicidio se incrementa cuando existe comorbilidad con un trastorno afectivo. Estas observaciones permiten suponer que los rasgos de impulsividad y agresividad son responsables de los intentos de suicidio y de los suicidios consumados en los individuos afectados por un trastorno depresivo. La presencia de rasgos de impulsividad y agresividad se asocia con comportamientos suicidas en los pacientes con trastornos depresivos, se trate de depresión unipolar o bipolar. Al parecer, la impulsividad se relaciona con una mayor frecuencia de intentos de suicidio que con la misma letalidad del acto suicida. Los enfermos depresivos que requieren hospitalización para tratar las secuelas físicas del intento de suicidio presentan menores niveles de impulsividad y con frecuencia se observan mayores

niveles de pesimismo, que como lo anotamos anteriormente se relacionan con la presencia de un plan suicida ⁽⁵⁹⁾.

La impulsividad entre los pacientes deprimidos se manifiesta por tres dimensiones: la pérdida de control en el comportamiento, la no planificación y la impulsividad cognoscitiva. Al parecer, la pérdida de control en el comportamiento y la impulsividad cognoscitiva son responsables de los intentos de suicidio en los enfermos con depresión mayor ⁽⁶⁰⁾.

Los individuos que tienen un plan suicida durante un lapso más o menos largo muestran comportamientos suicidas más letales. En forma paradójica, la impulsividad incrementa el riesgo de futuros intentos de suicidio pero impide la planeación del acto suicida, razón por la cual con frecuencia, el intento de suicidio no es usualmente letal. Los individuos que intentan suicidarse presentan mayor frecuencia de comportamientos agresivos comparados con quienes no lo hacen, como se ha observado en estudios con individuos con trastornos de personalidad, trastorno afectivo bipolar o depresión monopolar, pero no se ha estudiado la relación entre la conducta agresiva y el riesgo del comportamiento suicida. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que la presencia de sentimientos de rabia hacia sí mismo con frecuencia ocasiona la aparición de ideación suicida ^(42, 61).

Dumais y cols realizaron un estudio de caso-control para comparar los comportamientos impulsivos y agresivos y el predominio de la psicopatología asociada al cuadro clínico primario en 104 hombres que se suicidaron durante un episodio de depresión mayor comparados con 74 sujetos masculinos depresivos vivos mediante entrevistas estructuradas y evaluaciones de los rasgos de personalidad. Los autores encontraron que los niveles elevados de impulsividad y agresividad, el abuso o dependencia actual al alcohol o

a las sustancias psicoactivas y los trastornos de la personalidad del grupo B incrementan el riesgo de suicidio en individuos con depresión mayor. El análisis por edad mostró que estos factores de riesgo son más específicos para las víctimas más jóvenes de suicidio (18-40 años de edad) quienes emplearon los métodos más violentos. El análisis multivariado indicó que el abuso o dependencia actual al alcohol o a las sustancias psicoactivas y los trastornos de la personalidad del grupo B son dos predictores independientes del suicidio y que la presencia de comportamientos impulsivos y agresivos constituye la base de estos factores de riesgo ^(62, 63). Los autores suponen que la presencia de altos niveles de impulsividad y agresividad originan una cascada comportamental al incrementar el riesgo de desarrollar un trastorno de personalidad del grupo B, el cual incrementa a su vez, el riesgo de abuso de alcohol o de sustancias psicoactivas. Esta hipótesis puede ser apoyada por el hecho de que el trastorno limítrofe de la personalidad por sí mismo no constituye un factor de riesgo para el suicidio pero cuando se asocia con una depresión severa el riesgo de morir por suicidio se incrementa 450 veces.

4.- MÉTODO.

4.1 Planteamiento del Problema

Uno de los principales motivos de internamiento en la Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos (UCEP) y de Observación es la ideación suicida o el intento suicida. El poder acercarnos a comprender la psicopatología subyacente en la aparición de dichos comportamientos es de importancia para una atención integral. Ayudando así a la planificación de medidas preventivas de detección e higiene mental. Los comportamientos

o ideaciones suicidas son principales signos y síntomas, respectivamente, que evidencian psicopatología general y malestar; se aprecia el desconocimiento de la frecuencia de comorbilidad relacionada al abuso y/o dependencia de sustancias psicoactivas entre aquellos pacientes con riesgo suicida, lo que nos lleva a relegar la presencia de desesperanza e ideación suicida en pacientes con consumo de sustancias psicoactivas.

Si solo se tomara en cuenta al trastorno mental primario sin considerar su comorbilidad con el abuso y/o dependencia a alguna sustancia estaríamos omitiendo parte de la génesis de la patología en el individuo, limitando su tratamiento a solo un área de la problemática. Así mismo, nos encontramos ante un grupo de pacientes donde su manejo en los Centros de Integración Juvenil se torna complicado por su comorbilidad con otros trastornos. Y por el contrario, nos enfrentamos en la Institución, a pacientes quienes cuentan con motivos de atención en tercer nivel y demeritamos la importancia de los diagnósticos relacionados al consumo de sustancias presentes comórbidamente, los cuales jueguen un papel importante en la generación de comportamiento e ideación suicida.

Hasta el momento el área del consumo de sustancias y las conductas suicidas está escasamente delimitada, con resultados que han logrado establecer cierta relación neurobiológica.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué síntomas de psicopatología general de acuerdo a la SCL-90-R son más frecuentes entre los pacientes hospitalizados en los servicios de UCEP y Observación del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” con Abuso y Dependencia a Sustancias Psicoactivas quienes se encuentran con ideación y/o intento suicida?

4.2 Justificación

Es frecuente encontrar que los pacientes atendidos en el Hospital Fray Bernardino Álvarez en los servicios de UCEP como Observación tienen síntomas de psicopatología en pacientes con riesgo suicida asociado a Abuso y Dependencia a Sustancias Psicoactivas; sin embargo es poco entendida dicha relación, aunado el descuido en el abordaje de los pacientes quienes al acudir a solicitar atención a los servicios de urgencias pueden encontrarse con una limitada atención en cuanto a el motivo de la génesis de dichas ideas o conductas de riesgo.

Como ya se ha mencionado, existe evidencia que el consumo de sustancias es un factor promotor en el comportamiento suicida, la psicopatología general se encuentra presente en aquellos pacientes que consumen cocaína, las comorbilidades de Eje I adicionales a las de consumo de sustancias son importantes en el fenómeno suicida. Algunas cualidades de personalidad como la impulsividad, mecanismos de defensa primitivos, pobre tolerancia a la frustración y espera acortan la latencia de la ambivalencia en la toma de decisión del acto suicida. Lo cual incrementará la psicopatología general de acuerdo a la SCL-90-R comparada con los pacientes que no consumen sustancias, puesto que el adicionar elementos adversos elevará la expresión de síntomas, y específicamente nos orientará sobre los puntos cardinales a tratar adicionales a las complicaciones inmediatas del propio consumo. Una vez estabilizado el paciente y bajo la vigilancia de un servicio especial para evitar conductas autolesivas, podemos ofrecer un enfoque integral de abordaje a este grupo de pacientes con comportamiento suicida, consumo de sustancias psicoactivas y rasgos de personalidad predisponentes a la autolesión.

Es posible que la relación entre la psicopatología de base, la comorbilidad de

trastornos de personalidad y el Abuso y/o Dependencia a Sustancias Psicoactivas sean factores que contribuyen a la agudización de síntomas y lo que finalmente conlleva a la ideación o intento suicida. Ergo es importante estudiar al grupo de pacientes quienes cuentan con consumo de sustancias e Ideación o Intención suicida para brindar mejor entendimiento de la psicopatología del suicidio en este tipo especial de población. El identificar y describir a estos pacientes es la labor inicial.

4.3 Objetivos

O. GENERAL: Identificar los síntomas de psicopatología general por la SCL-90-R que predominan en los pacientes de UCEP y Observación con Abuso o Dependencia de sustancias psicoactivas e Intento o Ideación suicida.

O. ESPECÍFICO:

- a. Identificar a los pacientes con intento suicida y abuso de sustancias psicoactivas.
- b. Identificar a los pacientes con ideación suicida y abuso de sustancias psicoactivas.
- c. Identificar a los pacientes con intento suicida y dependencia a sustancias psicoactivas.
- d. Identificar a los pacientes con ideación suicida y dependencia a sustancias psicoactivas.
- e. Describir los síntomas de psicopatología general en este grupo de pacientes psicoactivas.

4.4 Hipótesis

Hipótesis: Existe una frecuencia elevada de síntomas de psicopatología general por la SCL-90-R en las escalas de depresión, así como una elevada presencia de trastorno límite de personalidad en el grupo de pacientes con intento suicida y abuso de sustancias. Mientras que la ideación suicida no se encontrara con una marcada frecuencia de sintomatología tanto de Eje I o II.

4.5 Variables

Intento Suicida Previo:	Independiente
Número de Intentos Suicidas:	Independiente
Motivo de Internamiento:	Independiente
Vector Suicida:	Independiente
Tipo de Ideación o Intento Suicida:	Independiente
Síntomas de Psicopatología General:	Dependiente
Abuso de Sustancias:	Dependiente
Dependencia a Sustancias:	Dependiente
Dependencia a Tabaco:	Dependiente
Rasgos de Personalidad:	Dependiente

4.6 Muestra

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realizó muestreo no probabilístico de casos consecutivos y se reclutaron 117 pacientes.

4.7 Sujetos

UNIVERSO DE TRABAJO

Población de los servicios de Observación y de la Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” en el período comprendido del 1 de Julio del 2010 al 31 de Enero 2011 quienes contaron con abuso o dependencia a sustancias psicoactivas y presentaron intento o ideación suicida como motivo de internamiento, cumpliendo con criterios de inclusión, exclusión y eliminación correspondientes.

4.8 Criterios de Selección

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Pacientes de ambos sexos.

Pacientes entre 18 y 59 años de edad.

Pacientes hospitalizados en el área de UCEP o de Observación

Pacientes con Intento Suicida y/o Ideación Suicida como motivo de internamiento.

Pacientes con consumo de sustancias psicoactivas.

Consentimiento informado aceptado para la participación del estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

No aceptar aplicación de las escalas.

Pacientes con enfermedades médicas graves o en descontrol.

Pacientes con déficit cognitivo que impida completar las escalas.

Pacientes con agitación psicomotriz importante que impida la aplicación de las escalas.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Elaboración incompleta de las escalas.

Escalas inconsistentes.

Pacientes que retiren el consentimiento en cualquier momento del estudio.

4.9 Tipo de Estudio

Descriptivo, Transversal y Correlacional.

4.10 Instrumentos de Evaluación y Medición

a) **Ficha de identificación** que se integra por 16 preguntas, las cuales permiten conocer las características socio demográficas del entrevistado, el área de la unidad de la atención, nombre, domicilio, edad, sexo, escolaridad, ocupación, religión, intentos suicidas previos, vector suicida del intento o el vector suicida considerado en la ideación.

b) **Lista de Síntomas Limitados 90 (Symptom Check List – 90; SCL 90-R)** ^(64, 65, 66, 67, 68).

Este inventario fue desarrollado por Derogatis en 1973 (con versiones actualizadas hechas por el mismo autor en 1994), validado al castellano por De las Cuevas en

1991 y su validación en México por Casullo en 2004. Tiene por objetivo el evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico. Cada uno de los 90 ítems que lo integran se responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias: 1) Somatizaciones (SOM). 2) Obsesiones y compulsiones (OBS). 3) Sensitividad interpersonal (SI). 4) Depresión (DEP). 5) Ansiedad (ANS). 6) Hostilidad (HOS). 7) Ansiedad fóbica (FOB). 8) Ideación paranoide (PAR). 9) Psicoticismo (PSIC). Y tres índices globales de malestar psíquico: 1) Índice global de severidad (IGS). 2) Índice positivo de Malestar (PSDI). 3) Total de síntomas positivos (TP). Estos tres indicadores reflejan aspectos diferenciales de los trastornos a ser evaluados.

El Índice de Severidad Global (ISG) es un muy buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido. Se calcula sumando las puntuaciones obtenidas en las nueve dimensiones de síntomas y en los ítems adicionales, y dividiendo ese número por el total de respuestas dadas. El Total de síntomas positivos (STP) se estima contando el total de ítems que tienen una respuesta positiva (mayor que cero). En sujetos de población general, puntuaciones brutas iguales o inferiores a 3 en varones e iguales o inferiores a 4 en mujeres son consideradas como indicadoras de un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente están. Puntuaciones brutas superiores a 50 en varones y a 60 en mujeres indican lo contrario: tendencia a exagerar sus patologías. El Índice de Malestar Positivo (PSDI) pretende evaluar el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan. Se calcula

dividiendo la suma total de las respuestas dadas a los ítems por el valor obtenido en Síntomas Totales Positivos. (STP) Puntuaciones extremas en este índice también sugieren patrones de respuestas que deben analizarse en términos de actitudes de fingimiento.

En términos generales una persona que ha completado su escolaridad primaria lo puede responder sin mayores dificultades. Es aplicable a personas entre 13 y 65 años de edad.

c) Escala MINI (International Neuropsychiatric Interview) ^(69, 70, 71, 72, 73).

La MINI (versión 5.0.0 en castellano por L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert, M. Soto, O. Soto.) es una entrevista diagnóstica estructurada, de duración breve, la cual explora para detección y/u orientación diagnóstica, los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV-TR y la CIE-10. La MINI está dividida en módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de trastornos psicóticos) se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los principales criterios diagnósticos del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas, permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos. Su aplicación es heteroaplicada.

Se aplicaron los módulos J. Abuso y dependencia de Alcohol, K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas.

d) Test de Fagerström ^(74, 75, 76, 77, 78, 79, 80).

El test de la tolerancia de Fageström, de ocho ítems simplificado a seis, evalúa

varios componentes del comportamiento del fumador y se ha mostrado útil en muchos estudios, como predictor del cese del consumo. Sin embargo su uso ha sido cuestionado por deficiencias psicométricas, en particular su consistencia interna, y la dificultad para interpretar los resultados.

Se trata de un cuestionario autoadministrado, diseñado para la evaluación de la dependencia nicotínica relacionada con el consumo de cigarrillos. La versión original, Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ), (Fagerström, 1978) contenía 8 ítems. Posteriormente en 1991, Heatherton et al. propusieron la supresión de 2 ítems (cantidad de nicotina que contiene sus cigarrillos y si el paciente se traga o no el humo) ya que no encontraron una relación adecuada con las medidas bioquímicas y contribuían a las deficientes propiedades psicométricas del cuestionario. De este modo, surgió el Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND), cuestionario de 6 ítems que analiza la cantidad de cigarrillos consumidos por el paciente, la compulsión por fumar y la dependencia nicotínica.

El análisis factorial por componentes principales de la adaptación de Villarreal-González (2009) presenta una solución unifactorial con un 88.4 % de varianza explicada.

Los ítems se contestan de dos modos diferentes: 4 de ellos son de respuesta dicotómica (sí o no) y los otros 2 se responden según una escala tipo Likert de 4 puntos (0 a 3 puntos). La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en cada ítem y oscila de 0 a 11 puntos.

Es un cuestionario muy breve y fácil de aplicar, esto lo convierte en un buen dispositivo de screening y una guía útil para planificar la estrategia de tratamiento y su intensidad. Aunque en el trabajo original, los autores no proponen puntos de

corte se establece que cuanto mayor es la puntuación, más elevada es la adicción. Se considera dependencia baja si la calificación es de 4 puntos o menos: dependencia moderada si es de 5 ó 6 puntos y dependencia alta si es de 7 puntos ó más. Se considera dependencia alta con puntaje mayor o igual a 6 y dependencia moderada con puntaje igual o menor a cinco. Diferentes estudios indican que los fumadores que puntúan alto en el FTND se beneficiarán del uso alternativo de chicles o spray nasal de nicotina incluso a dosis altas. Por otra parte, los parches de nicotina y el bupropion tienen una eficacia parecida en fumadores con puntuaciones altas o más bajas en el FTND. En la escala original, el coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) obtenido en tres muestras clínicas oscilo de 0.56 a 0.64. El coeficiente de correlación intraclases (CCI) obtenido en la prueba test-retest, administrada inicialmente por teléfono y posteriormente mediante entrevista fue de 0.88. La adaptación Mexicana, obtuvo un coeficiente de consistencia interna de 0.97.

e) Escala SCID-II (Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos DSM-IV)

(81).

La SCID-II es una entrevista semiestructurada destinada a realizar los diagnósticos más importantes de la personalidad del eje II del DSM-IV. Este tipo de entrevistas estructuradas aumentan la fiabilidad diagnóstica por la estandarización del proceso de evaluación y de investigación, lo que aumenta a su vez la validez diagnóstica a través de los criterios diagnósticos del DSM-IV.

Aporta un instrumento eficiente y sencillo, para su fácil aplicación en el ámbito clínico. Asegura una revisión sistemática, es fácil de utilizar, y proporciona toda la información necesaria, mientras que mejora la precisión diagnóstica.

Se enfoca en realizar los diagnósticos más importantes de personalidad: Trastorno de personalidad por Evitación, por Dependencia, Obsesivo-Compulsivo, Depresivo, Paranoide, Esquizotípico, Esquizoide, Histriónico, Narcisista, Limítrofe y Antisocial.

La SCID-II puede usarse para formular diagnósticos de Eje II, de forma tanto categorial (presente o ausente) como dimensional (reseñando el número de criterios de trastorno de personalidad para cada diagnóstico que han sido codificados. Se realizó por categoría diagnóstica y cada criterio con respuesta dicotómica (SI o NO), sacando coeficiente percentil de cada categoría, siendo el valor mínimo 0 y el máximo 1 por cada categoría. En el caso de que los pacientes contaran con dos o más resultados 1, se escogía la categoría con más ítems.

4.11 Procedimientos

Se presentó el protocolo ante los asesores del proyecto. Posteriormente ante el comité de investigación y ética del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

Una vez aceptado el protocolo:

Se acudió a los servicios de Observación y Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” diariamente en busca de pacientes con Intento suicida como motivo de internamiento; se les solicito su participación en este protocolo de investigación, con los pacientes aceptantes y que firmaron el consentimiento informado, se procedió a la aplicación de la encuesta Socio demográfica breve, individual y fechada que nos ofrece datos como Nombre, Edad, Sexo, Estado Civil, Escolaridad, Ocupación y Religión, así como antecedentes de Intentos Suicidas previos y

características del Intento o Ideación Suicida motivo de internamiento.

Se realizó una entrevista breve semiestructurada basada en el MINI del DSM-IV TR, para corroborar que tuvieran el diagnóstico de Abuso y Dependencia a sustancias.

Posteriormente se les aplicó el SCL90-R, escala con 90 reactivos estructurados, MINI sección J y K correspondiente al abuso y dependencia al alcohol y otras sustancias psicoactivas, Test de dependencia a Nicotina y SCID-II. Se agradeció al paciente su participación.

Consideraciones Éticas

Todos los procedimientos estuvieron de acuerdo a lo estipulado en el reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Se solicitó consentimiento informado explicado de forma verbal y escrita.

Artículo 17, título 20, Capítulo I, fracción 2: Investigación con riesgo mínimo.

5. Resultados

Los pacientes encuestados e incluidos en el estudio son representativos de la población que acude a solicitar y recibir atención por Intento o Ideación Suicida al Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. Se logró reclutar a 117 pacientes, de los cuales 74 eran mujeres y 43 hombres. En un rango de edad comprendido entre 18 a 59 años con una media de 35.7 y una Desviación Estándar (DE) de 11.78. La edad promedio de los hombres fue de 37.65 años (± 12.31 DE) y la edad de las mujeres fue de 34.66 (± 11.41 DE). Con respecto a la religión se tuvo mucha variabilidad aunque principalmente católicos y cristianos (79.63 %), otras religiones las constituyeron testigos de Jehová, evangelistas, mormona (un paciente) y judía (un paciente). Mientras que el 9.4 % de la población no profesaban religión. Con relación al estado civil encontramos que prácticamente la mitad de los pacientes estaban casados o en unión libre y la otra mitad estaban solteros. Solo el 6 % estaban separados, divorciados o viudos.

La mayoría residían en el Distrito Federal (78.63 %), en segundo lugar el Estado de México y 5 pacientes de otros estados (dos de Guerrero, dos de Hidalgo y un paciente de Oaxaca). En lo que respecta a la escolaridad, el 58.9 % de pacientes tenían educación básica, el 35 % tenían educación de nivel superior y medio superior, mientras que solo el 5.9 % no tenían escolaridad alguna. Se encontró que el 37.6 % de los pacientes estaban desempleados, el 53.8 % de los pacientes trabajaban fuera de casa, solo el 1.7 % trabajaban en casa y el 6.8 % eran estudiantes. 51 pacientes trabajan en sector privado, mientras que 46 no pertenecían a algún sector en específico y solamente 20 pacientes en la población estudiada laboraba en el sector público.

Tabla 1. Datos Sociodemográficos de la Población.	
<i>Sexo</i>	
Hombres	36.75 % (n=43)
Mujeres	63.25 % (n=74)
Edad Promedio	35.76 (\pm 11.78 DE)
<i>Religión</i>	
Católica	59.97 % (n=69)
Cristiana	19.66 % (n=23)
Otras	21.37% (n=25)
<i>Estado Civil</i>	
Solteros	47.0 % (n=55)
Casados / Unión Libre	47.0 % (n=55)
Separados	3.4 % (n=4)
Viudos	2.6 % (n=3)
<i>Lugar de Residencia</i>	
Distrito Federal	78.6 % (n=92)
Estado México	17.1 % (n=20)
Otros	4.3 % (n=5)
<i>Escolaridad</i>	
Primaria	32.5 % (n=38)
Secundaria	26.5 % (n=31)
Preparatoria	24.8 % (n=29)
Licenciatura	8.5 % (n=10)
Analfabeta	6.0 % (n=7)
Carrera Técnica	1.7 % (n=2)
<i>Ocupación</i>	
Empleado	41.9 % (n=49)
Desempleado	37.6 % (n=44)
Comerciante	12.0 % (n=14)
Estudiante	6.8 % (n=8)
Ama de casa	1.7 % (n=2)

En resumen, los pacientes de la muestra son creyentes de alguna religión (90.6 %), casados (47.01 %) *versus* solteros (47.01 %), con educación primaria, secundaria o preparatoria (combinada 85.47 %) y desempleados en más de un tercio de ellos (37.6 %). Así mismo, el grupo específico descrito presentó un Intento Suicida previo en el 80 % de los casos (casi semejante por sexo: Hombres 81.4 % y Mujeres 79.7 %) ya había tenido de

uno a 10 intentos suicidas previamente, con una media de 2.8 y 1.9 DE.

La Ideación Suicida con vector físico fue el medio predominante (31.62 %) mientras que el Intento Suicida fue realizado casi sin predominio de vector químico o físico (45.45 % *versus* 47.73 %, respectivamente). El Intento suicida con vector químico fue de 17.1 %, físico 18 % y mixto 2.6 %. Mientras que la ideación suicida con vector químico 22.2 %, físico 31.6 % y mixto 8.5 %.

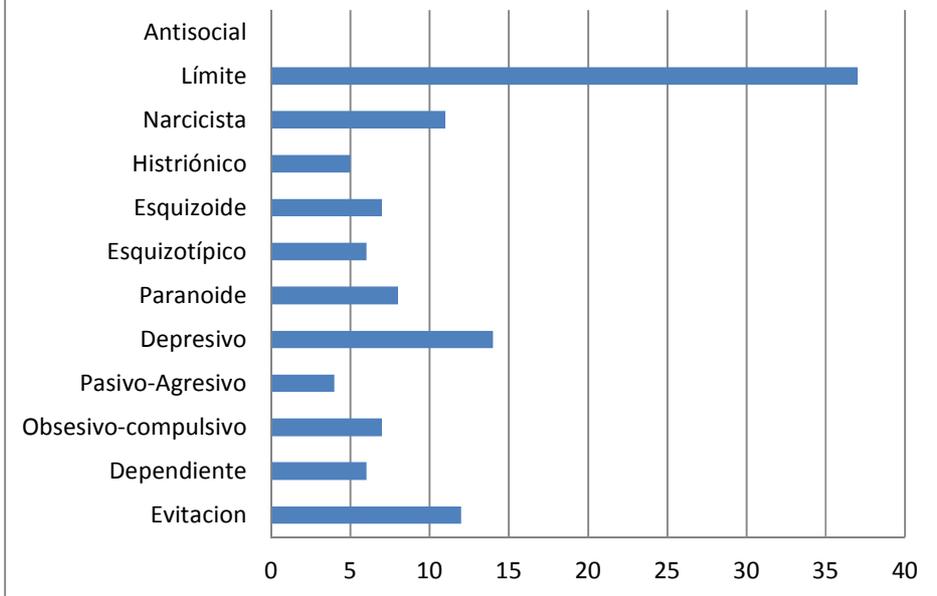
La impulsividad del acto suicida (Intento) o del pensamiento suicida (Ideación) constituyó el 64 %.

En cuanto al consumo de sustancias se encontró que 59.83 % de los pacientes tenían dependencia al alcohol, 31.62 % a marihuana, 24.79 % a cocaína, 13.67 % a tranquilizantes y 7.69 % a narcóticos. Respecto al abuso de alcohol fue el predominio siendo cerca de un tercio de la muestra evaluada (24.79 %), un quinto de los pacientes tenían abuso a cocaína (17.95 %), y un quinto a marihuana (17.95 %), casi el 10 % a narcóticos y casi un 8 % a tranquilizantes. Respecto a la dependencia a sustancias, también el alcohol constituyó casi el 60 % de los pacientes, cerca del 30 % a marihuana y casi un 25 % a cocaína.

En lo que a tabaco se refiere, la dependencia a esta sustancias constituyó la totalidad de la muestra, con una distribución por intensidad como se describe: 31.62 % baja dependencia, 37.61 % moderada dependencia y 30.77 % alta dependencia.

El trastorno de personalidad predominante fue el trastorno límite (cerca del 31.63 %, n = 37), seguido del depresivo (1.96 %, n = 14), evitación (10.26 %, n = 12), narcisista (9.40 %, n = 11) y paranoide (6.84 %, n = 8) (Ver Gráfico 1.) Cabe mencionar que del total de los pacientes con trastorno límite de personalidad el 51.36% (n=19) presentó ideación suicida, mientras que el 48.64% (n=18) constituyó intento suicida.

Gráfico 1. Distribución de Trastornos de Personalidad



La frecuencia de síntomas de psicopatología general de acuerdo a la SCL-90-R nos indicó un índice alto en las subescalas de depresión (media 1.95 ± 0.53 DE), reflejando manifestaciones clínicas del trastorno depresivo. La sensibilidad interpersonal, sentimientos de inferioridad e inadecuación al compararse con los semejantes, (media 1.81 ± 0.49 DE). Y la hostilidad, que refleja pensamientos, sentimientos y acciones característicos del enojo (media 1.76 ± 0.79 DE).

El promedio del Índice Global de Severidad (ISG) en Hombres fue de 1.50, mientras que en Mujeres fue de 1.42 lo que refleja una alta percepción global sintomatológica tanto en hombres como en mujeres. Respecto al promedio de Total de Síntomas Positivos (STP) en Hombres fue de 63.07 y el de las Mujeres 60.12. El promedio del Índice de Malestar positivo (PSDI) en Hombres fue 2.17, en las mujeres 2.18 (Ver

Tabla 2.)

La muestra permitió un segundo análisis estadístico correlacional mediante la prueba de Chi cuadrada (χ^2) para comparar variables ⁽⁸²⁾, sin embargo solo se encontraron algunas asociaciones de relevancia, las importantes son la presencia de intento suicida previo en la población con dependencia y abuso a alucinógenos. La ideación e intención suicida entre los pacientes con dependencia a estimulantes y abuso de narcóticos. También de relevancia fue la presencia de dependencia a cocaína en las mujeres, mientras que en los hombres predominó el abuso y dependencia a marihuana. (Ver Tabla 3.)

Tabla 2. Resumen de Síntomas de la Escala SCL-90-R				
Síntomas	Mínimo	Máximo	Media	DE
Somatización	0.17	2.83	1.07	0.55
Obsesivo-compulsivo	0.2	3	1.27	0.61
Sensitividad Interpersonal	0.44	2.89	1.81	0.49
Depresión	0.54	3.38	1.95	0.53
Ansiedad	0	3.1	1.26	0.55
Hostilidad	0	3.17	1.76	0.79
Ansiedad fóbica	0	3	1.12	0.80
Ideación paranoide	0.17	2.83	1.50	0.68
Psicoticismo	0.2	2.8	1.29	0.71
Índice de Severidad Global	0.64	2.83	1.45	0.35
Total de Síntomas Positivos	25	89	61.21	11.63
Índice de Malestar Positivo	1.45	2.98	2.18	0.25

Tabla 3. Significancia estadística de diversas variables por Sexo	
Variable	Valor de <i>p</i>
Dependencia Cocaína	0.045*
Dependencia Marihuana	0.044*
Abuso Marihuana	0.018*

De las variables de dependencia a cocaína, dependencia a marihuana y abuso de marihuana al encontrar significancia estadística se sacaron las medias para determinar la diferencia específica por sexo, en donde se encontró que las mujeres presentaban mayor

dependencia a cocaína respecto a los hombres (1.81 contra 1.65 respectivamente), mientras que en el consumo de marihuana tanto dependencia en hombres (1.79) como abuso (1.93) fue mayor que el consumo en mujeres (dependencia 1.62 y abuso 1.76, respectivamente).

En la comparación estadística de cada una de las modalidades tanto de abuso como de dependencia contra los síntomas de psicopatología, los resultados no fueron significativos, exceptuando el Abuso de Estimulantes con síntoma de depresión (DEP) con una $p < 0.046$ (Ver Tabla 4.)

Tabla 4. Comparativo de las media de SCL-90-R en pacientes con Abuso / Dependencia												
Variable	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	PSDA	TP
Dependencia Alcohol	1.0	1.2	1.7	1.9	1.2	1.7	1.0	1.4	1.2	1.4	60.2	2.1
Abuso Alcohol	1.1	1.2	1.8	1.9	1.3	1.6	1.2	1.4	1.1	1.4	61.7	2.1
Dependencia Estimulantes	0.9	1.0	1.5	1.8	1.0	2.0	0.7	1.2	1.0	1.2	54.7	2.1
Abuso Estimulantes	1.0	1.2	1.7	2.4*	1.1	2.3	0.6	1.0	0.9	1.3	61.0	2.2
Dependencia Cocaína	1.1	1.2	1.8	1.9	1.3	1.6	1.2	1.4	1.2	1.4	61.7	2.1
Abuso Cocaína	1.1	1.2	1.7	1.8	1.3	1.6	1.1	1.2	1.1	1.3	60.6	2.1
Dependencia Narcóticos	1.2	1.1	1.7	1.8	1.3	1.5	1.2	1.0	1.1	1.3	61.0	2.1
Abuso Narcóticos	1.1	1.2	1.8	1.8	1.4	1.4	1.4	1.3	1.3	1.4	63.3	2.2
Dependencia Alucinógenos	1.2	1.2	1.9	2.2	1.3	1.7	1.3	1.9	1.7	1.6	66.6	2.2
Abuso Alucinógenos	1.2	0.9	1.7	1.8	1.3	2.1	1.0	1.9	1.5	1.5	65.0	2.1
Dependencia Inhalantes	1.0	1.1	1.7	2.1	0.9	2.1	0.9	1.3	1.0	1.4	61.0	2.1
Abuso Inhalantes	0.7	1.1	1.7	1.8	0.9	2.0	1.2	1.5	1.2	1.3	60.5	2.2
Dependencia Marihuana	1.0	1.0	1.7	1.8	1.1	2.0	0.9	1.5	1.1	1.3	58.3	2.1
Abuso Marihuana	1.0	0.9	1.7	1.8	1.1	1.9	0.9	1.5	1.0	1.3	57.5	2.1
Dependencia Tranquilizantes	0.9	1.1	1.7	1.8	1.1	1.8	0.8	1.5	1.1	1.3	60.1	2.0
Abuso Tranquilizantes	1.1	1.0	1.9	2.0	1.2	1.8	0.9	1.3	1.1	1.4	63.3	2.0
Tabaquismo Leve	1.2	1.2	1.8	1.9	1.2	1.8	1.1	1.6	1.2	1.4	60.5	2.2
Tabaquismo Moderado	0.9	1.2	1.7	1.9	1.2	1.7	1.0	1.4	1.2	1.4	60.9	2.1
Tabaquismo Severo	1.0	1.2	1.8	1.9	1.2	1.6	1.1	1.4	1.3	1.4	62.2	2.1

Somatizaciones (SOM), Obsesiones y compulsiones (OBS), Sensitividad interpersonal (SI), Depresión (DEP), Ansiedad (ANS), Hostilidad (HOS), Ansiedad fóbica (FOB), Ideación paranoide (PAR), Psicoticismo (PSIC), Índice global de severidad (IGS), Índice positivo de Malestar (PSDI), Total de síntomas positivos (TP).

Existió asociación entre las dimensiones definidas de personalidad por la SCID-II y los síntomas de psicopatología general, con excepción del Índice Global de Severidad y el Total de Síntomas Positivos (Ver Tabla 5.). Lo que era de esperarse puesto que los síntomas psicopatológicos comparten expresiones en las dimensiones medidas por la SCID-II.

Tabla 5. Comparativo de las media de SCL-90-R y SCID-II

Variabl e	EVI T	DEPE N	OC	PA	DEPRE S	PA R	ESQ T	ESQ Z	HIS	NA R	LI M	Valor de <i>p</i>
SOM	1.0	1.5	1.4	0.8	1.2	0.7	1.0	0.8	2.1	0.4	1.1	0.002 *
OBS	1.5	1.7	2.2	0.8	1.7	1.3	1.8	1.5	0.7	0.5	0.9	0.005 *
SI	1.8	2.0	2.0	1.4	2.1	1.8	2.0	1.8	1.9	1.1	1.8	0.001 *
DEP	2.0	2.0	2.1	1.7	2.4	1.9	1.8	2.0	1.6	0.9	2.0	0.005 *
ANS	1.5	1.7	1.4	0.5	1.5	1.3	1.4	1.5	2.0	0.4	1.1	0.001 *
HOS	0.9	2.8	1.3	1.5	1.2	1.5	1.6	1.6	1.0	2.1	2.3	0.002 *
FOB	1.6	2.7	1.5	0.1	1.3	1.4	1.9	1.6	1.1	0.1	0.7	0.001 *
PAR	1.4	2.5	0.8	1.4	1.1	1.8	2.2	1.9	0.8	1.9	1.4	0.001 *
PSIC	1.4	2.6	1.6	0.5	1.2	2.0	2.0	2.0	0.8	0.5	1.1	0.001 *
IGS	1.5	1.9	1.6	1.0	1.5	1.5	1.8	1.6	1.3	0.9	1.4	0.345
PSDA	2.1	2.3	2.2	2.1	2.2	2.1	2.2	2.2	2.1	2.1	2.1	0.249
TP	66.5	71.0	67. 0	42. 0	65.4	66.0	70.8	67.2	62. 8	38.1	60.8	0.049 *

EVIT=Evitación, DEPEN=Dependencia, OC=Obsesivo-Compulsivo, PA=Pasivo-Agresivo, DEPRES=Depresivo, PAR=Paranoide, ESQT=Esquizotípico, ESQZ=Esquizoide, HIS=Histriónico, NAR=Narcisista y LIM=Límite.

Somatizaciones (SOM), Obsesiones y compulsiones (OBS), Sensitividad interpersonal (SI), Depresión (DEP), Ansiedad (ANS), Hostilidad (HOS), Ansiedad fóbica (FOB), Ideación paranoide (PAR), Psicoticismo (PSIC), Índice global de severidad (IGS), Índice positivo de Malestar (PSDI), Total de síntomas positivos (TP).

No hubo asociación entre el comportamiento suicida comparado con cada una de las variables dimensionales de psicopatología medida por la SCL-90-R. Cabe mencionar una

aproximación estadística que existió entre el tipo de Intento Suicida (planeado o impulsivo) respecto a la sensibilidad interpersonal (SI) siendo de 0.061, aunque no significativo. Sin embargo no minimizando el posible reflejo de sentimientos de inferioridad e inadecuación presente en los pacientes con Intento Suicida al compararse con los demás y la representación intrapsíquica que una intención suicida posee, especialmente durante el internamiento derivado de este motivo (Ver Tabla 6.)

Variable	IS PREVIO			No. IS PREVIOS			MOTIVO HOSP			VECTOR SUICIDA				TIPO IS		
	SI	N O	p	<5	>5	p	IN T	ID E	p	Q	F	M	p	PL A	IM P	P
SOM	1.0	1.1	0.475	1.0	1.1	0.653	1.1	1.0	0.210	1.0	1.1	0.9	0.217	1.0	1.0	0.237
OBS	1.3	1.1	0.972	1.2	1.2	0.568	1.2	1.3	0.443	1.2	1.2	1.4	0.731	1.2	1.2	0.743
SI	1.8	1.7	0.374	1.8	1.7	0.848	1.7	1.8	0.343	1.8	1.8	1.7	0.938	1.7	1.8	0.061
DEP	1.9	1.9	0.259	1.9	2.0	0.290	1.9	1.9	0.957	1.9	1.9	1.9	0.224	1.8	1.9	0.252
ANS	1.2	1.2	0.274	1.2	1.0	0.600	1.2	1.2	0.368	1.2	1.2	1.2	0.679	1.2	1.2	0.639
HOS	1.7	1.8	0.422	1.7	1.4	0.569	1.8	1.6	0.133	1.7	1.8	1.6	0.978	1.8	1.7	0.467
FOB	1.1	1.0	0.422	1.1	0.6	0.890	1.0	1.1	0.435	1.0	1.0	1.2	0.643	1.0	1.1	0.510
PAR	1.5	1.4	0.252	1.5	1.2	0.928	1.4	1.5	0.614	1.5	1.5	1.4	0.962	1.5	1.4	0.329
PSIC	1.3	1.2	0.824	1.3	0.7	0.491	1.1	1.3	0.503	1.3	1.2	1.1	0.964	1.3	1.2	0.603
IGS	1.4	1.4	0.403	1.4	1.2	0.199	1.4	1.4	0.422	1.4	1.4	1.4	0.357	1.4	1.4	0.240
PSDI	2.1	2.1	0.603	2.1	2.1	0.275	2.1	2.1	0.627	2.1	2.2	2.1	0.644	2.1	2.1	0.540
TP	61.1	61.3	0.168	61.5	56.7	0.791	60.4	61.1	0.316	61.7	60.8	61.0	0.504	60.1	61.8	0.699

Somatizaciones (SOM), Obsesiones y compulsiones (OBS), Sensitividad interpersonal (SI), Depresión (DEP), Ansiedad (ANS), Hostilidad (HOS), Ansiedad fóbica (FOB), Ideación paranoide (PAR), Psicoticismo (PSIC), Índice global de severidad (IGS), Índice positivo de Malestar (PSDI), Total de síntomas positivos (TP). IS=Intento Suicida, HOSP= Hospitalización, INT= Intento, IDE= Ideación, Q=Químico, F=Físico, M=Mixto, PLA=Planeado, IMP= Impulsivo.

Existió asociación entre el Intento suicida previo y el consumo de alucinógenos

tanto en su modalidad de dependencia ($p = 0.020$) como de abuso ($p = 0.004$) (Ver Tabla 7.). El resto de las sustancias psicoactivas evaluados no tuvieron significancia estadística.

Tabla 7. Comparativo entre Intento Suicida Previo y pacientes con Abuso / Dependencia							
Variable		DEPENDENCIA			ABUSO		
Alcohol		SI	NO	p	SI	NO	P
	SI	54	16	0.288	20	9	0.075
	NO	40	7		74	14	
Estimulantes		SI	NO	p	SI	NO	P
	SI	6	1	0.712	3	0	0.385
	NO	88	22		91	23	
Cocaína		SI	NO	p	SI	NO	P
	SI	25	4	0.359	17	4	0.938
	NO	69	19		77	19	
Narcóticos		SI	NO	p	SI	NO	P
	SI	8	1	0.502	9	2	0.897
	NO	86	22		85	21	
Alucinógenos		SI	NO	p	SI	NO	P
	SI	2	3	0.020*	0	2	0.004*
	NO	92	20		94	21	
Inhalantes		SI	NO	p	SI	NO	P
	SI	4	1	0.984	2	0	0.480
	NO	90	22		92	23	
Marihuana		SI	NO	p	SI	NO	P
	SI	30	7	0.891	17	4	0.938
	NO	64	16		77	19	
Tranquilizantes		SI	NO	p	SI	NO	P
	SI	12	4	0.563	6	3	0.283
	NO	82	19		88	20	
Tabaco		SI	NO	p	-	-	-
	Leve	31	6	0.763			
	Moderado	34	10				
	Severo	29	7				

No se encontró asociación entre el número de intentos suicidas previos (subdividido en dos grupos menor a 5 y mayor a 5) y el abuso o dependencia a sustancias. La tendencia de la asociación estadística entre sustancias, en el caso de tabaco fue la más baja (valor de p de 0.158), pero aun así sin significancia. Dato relevante puesto que es casi el reflejado en la literatura (Ver Tabla 8.)

Tabla 8. Comparativo entre el Número de Intentos Suicidas Previos y pacientes con Abuso / Dependencia							
Variable		DEPENDENCIA			ABUSO		
Alcohol		<5	>5	<i>p</i>	<5	>5	<i>p</i>
	SI	65	5	0.785	27	2	0.853
	NO	43	4		81	7	
Estimulantes		<5	>5	<i>p</i>	<5	>5	<i>P</i>
	SI	7	0	0.431	3	0	0.612
	NO	101	9		105	9	
Cocaína		<5	>5	<i>p</i>	<5	>5	<i>P</i>
	SI	26	3	0.537	18	3	0.211
	NO	82	6		90	6	
Narcóticos		<5	>5	<i>p</i>	<5	>5	<i>p</i>
	SI	9	0	0.367	11	0	0.314
	NO	99	9		97	9	
Alucinógenos		<5	>5	<i>p</i>	<5	>5	<i>p</i>
	SI	5	0	0.509	2	0	0.680
	NO	103	9		106	9	
Inhalantes		<5	>5	<i>p</i>	<5	>5	<i>p</i>
	SI	5	0	0.509	2	0	0.680
	NO	103	9		106	9	
Marihuana		<5	>5	<i>p</i>	<5	>5	<i>p</i>
	SI	35	2	0.528	19	2	0.728
	NO	73	7		89	7	
Tranquilizantes		<5	>5	<i>p</i>	<5	>5	<i>p</i>
	SI	14	2	0.437			0.367
	NO	94	7				
Tabaco		<5	>5	<i>p</i>	-	-	-
	Leve	35	2	0.158			
	Moderado	38	6				
	Severo	35	1				

Hubo asociación entre dependencia a estimulantes (valor de *p* de 0.034) y el abuso de narcóticos (valor de *p* de 0.040) con la ideación suicida y el intento suicida (Ver tabla 9.)

Tabla 9. Comparativo entre el Motivo de Internamiento y pacientes con Abuso / Dependencia							
Variable		DEPENDENCIA			ABUSO		
Alcohol		Intención	Ideación	<i>p</i>	Intención	Ideación	<i>p</i>
	SI	24	46	0.365	9	20	0.400
	NO	20	27		35	53	
Estimulantes		Intención	Ideación	<i>p</i>	Intención	Ideación	<i>P</i>
	SI	0	7	0.034*	0	3	0.133
	NO	44	66		44	70	
Cocaína		Intención	Ideación	<i>p</i>	Intención	Ideación	<i>P</i>
	SI	8	21	0.199	6	15	0.345
	NO	36	52		38	58	

Narcóticos		Intención	Ideación	<i>p</i>	Intención	Ideación	<i>p</i>
	SI	2	7	0.321	1	10	0.040*
	NO	42	66		43	63	
Alucinógenos		Intención	Ideación	<i>p</i>	Intención	Ideación	<i>p</i>
	SI	1	4	0.406	1	1	0.715
	NO	43	69		43	72	
Inhalantes		Intención	Ideación	<i>p</i>	Intención	Ideación	<i>p</i>
	SI	1	4	0.406	0	2	0.268
	NO	43	69		44	71	
Marihuana		Intención	Ideación	<i>p</i>	Intención	Ideación	<i>p</i>
	SI	15	22	0.656	9	12	0.583
	NO	29	51		35	61	
Tranquilizantes		Intención	Ideación	<i>p</i>	Intención	Ideación	<i>p</i>
	SI	8	8	0.271	4	5	0.659
	NO	36	65		40	68	
Tabaco		Intención	Ideación	<i>p</i>	-	-	-
	Leve	14	23	0.973			
	Moderado	16	28				
Severo	14	22					

No existió asociación estadística entre el tipo de intento suicida y el abuso / dependencia de sustancias, exceptuando una aproximación existente en la dependencia de alcohol, la cual obtuvo un valor de *p* de 0.055; sin embargo no significativo estadísticamente (Ver Tabla 10.)

Tabla 10. Comparativo entre el Tipo de Intento Suicida y pacientes con Abuso / Dependencia							
Variable		DEPENDENCIA			ABUSO		
Alcohol		Planeado	Impulsivo	<i>p</i>	Planeado	Impulsivo	<i>p</i>
	SI	30	40	0.055	12	17	0.478
	NO	12	35		30	58	
Estimulantes		Planeado	Impulsivo	<i>p</i>	Planeado	Impulsivo	<i>p</i>
	SI	4	3	0.227	1	2	0.925
	NO	38	72		41	74	
Cocaína		Planeado	Impulsivo	<i>p</i>	Planeado	Impulsivo	<i>p</i>
	SI	9	20	0.529	7	14	0.787
	NO	33	55		35	61	
Narcóticos		Planeado	Impulsivo	<i>p</i>	Planeado	Impulsivo	<i>p</i>
	SI	1	8	0.107	2	9	0.198
	NO	41	67		40	66	
Alucinógenos		Planeado	Impulsivo	<i>p</i>	Planeado	Impulsivo	<i>p</i>
	SI	2	3	0.845	0	2	0.286
	NO	40	72		42	73	
Inhalantes		Planeado	Impulsivo	<i>p</i>	Planeado	Impulsivo	<i>p</i>
	SI	1	4	0.449	0	2	0.286

	NO	41	71		42	73	
Marihuana		Planeado	Impulsivo	<i>p</i>	Planeado	Impulsivo	<i>p</i>
	SI	16	21	0.260	7	14	0.787
	NO	26	54		35	61	
Tranquilizantes		Planeado	Impulsivo	<i>p</i>	Planeado	Impulsivo	<i>p</i>
	SI	8	8	0.206	5	4	0.201
	NO	34	67		37	71	
Tabaco		Planeado	Impulsivo	<i>p</i>	-	-	-
	Leve	11	26	0.567			
	Moderado	16	28				
	Severo	15	21				

Catgicamente no se encontraron diferencias significativas entre los sntomas de psicopatologa general de acuerdo a la SCL-90-R comparado por sexo, entre el tipo de personalidad de acuerdo a la escala SCID-II comparado con la dependencia y/o abuso a sustancias psicoactivas, entre el comportamiento suicida (IS previo, Nmero de IS previos, Motivo de Internamiento, Vector Suicida o Tipo de IS) y las dimensiones de personalidad de acuerdo a la escala SCID-II. Tampoco se encontr asociacin estadstica entre el vector suicida y el abuso / dependencia de sustancias.

6. Discusión

Según la SCL-90-R existe evidencia para síntomas de psicopatología general en la población específica estudiada, siendo consumidora de sustancias psicotrópicas (abuso y/o dependencia), dependiente a nicotina y con Ideación o Intento suicida. Especialmente es notoria la asociación de síntomas depresivos con el abuso de estimulantes.

Los resultados del Total de Síntomas Positivos nos indicó que tanto hombres como mujeres tendieron a exagerar sus síntomas, sin embargo el género masculino tendió a exagerar más sus síntomas comparándolos con las mujeres (al comparar el punto de corte por sexo, siendo por encima de 50 en hombres y 60 en las mujeres), posiblemente por la alta sensibilidad interpersonal y hostilidad que en los hombres exacerba la autopercepción de los síntomas psicopatológicos. Además sería conveniente analizar en una segunda intención esta escala, puesto que es de esperarse que los síntomas ante un pensamiento suicida o intento del mismo exacerben o enfaticen la psicopatología.

En el estudio no se pudo asociar estadísticamente el abuso o dependencia al alcohol ni dependencia a nicotina con comportamiento suicida, con aproximaciones relevantes en el caso del consumo de tabaco puesto que correlacionaría con datos encontrados en la literatura.

Los síntomas depresivos fueron asociados con el abuso de estimulantes. Estos resultados pueden estar relacionados con el deseo de mitigar una psicopatología depresiva, pero al incidir en el curso del trastorno se pueden modificar funciones cerebrales que pueden ocasionar precipitación del comportamiento suicida.

Es de llamar la atención que las personas en el estudio realizado se incluyeron tanto pacientes casados como solteros, develando por tanto es un dato apartado de lo usual a lo

reportado por la literatura. Esto explicado posiblemente porque el Hospital es un centro de concentración y segundo, la preocupación familiar (en el caso de los solteros) y de las parejas (en el caso de las casadas) juegue el papel promotor en la aceptación de atención especializada.

Mediante este estudio se corroboró la utilidad de la SCL-90-R al compararla con el SCID-II arrojando resultados estadísticamente significativos. Se propone entonces la utilidad de realizar de primera instancia la Lista de Síntomas Limitados 90 en los servicios de atención para pacientes con comportamiento suicida con el fin de identificar sintomatología predominante motivo de atención, con respectivos controles posteriores para sustentar mejoría tanto clínica como con instrumentos de escrutinio. Y que además no ser necesaria del todo la aplicación de alguna escala enfocada en personalidad, sin relegar la necesidad del sentido clínico que se debe tener para abordar al paciente con comportamiento suicida y posibles comorbilidades de personalidad para una atención integral.

Así mismo se enfatiza el estado de la dependencia y el abuso de sustancias psicoactivas en los pacientes internados como infradiagnosticados al demostrar la presencia de patología dual en una alta muestra de pacientes. Si bien no en su totalidad, se debe reflexionar que estas condiciones modifican el apego al tratamiento, el propio curso de la enfermedad y las condiciones intrapsíquicas que subyacen en los motivos de la conducta suicida. Quedando limitada la atención de estas patologías.

La importancia del estudio realizado radica en la descripción psicopatológica general de síntomas mediante la escala SCL-90-R y la psicopatología de personalidad en un grupo de pacientes muy delimitado, que presenta una queja motivo de atención en urgencias e internamiento. Esta es una aproximación a la comprensión de este grupo de

pacientes, lo que implica mejoras en su atención al determinar las variables que determinan asociaciones de suicidalidad y consumo de sustancias. Tomando relevancia no solo los síntomas de psicopatología general (como los depresivos), sino también el consumo de sustancias en ambas modalidades (abuso / dependencia) para su atención, puesto que no es infrecuente encontrar pacientes con sintomatología suicida y consumo de sustancias psicoactivas.

Fue importante identificar que los síntomas de psicopatología de acuerdo a la SCL-90-R no solo se limitaron a la escala de depresión, es evidente que los pacientes tienen cierta hostilidad y sensibilidad interpersonal tanto por el fracaso de su plan suicida, como por la frustración y enojo que conlleva el tratamiento y el propio internamiento. Así como de importancia es el hecho de identificar no solo a pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, sino también pacientes con trastorno de personalidad depresiva, evitativa y narcisista de acuerdo a la SCID-II. Los pacientes con consumo de sustancias no solo se limitaron al sexo masculino, siendo gran parte de los pacientes femenino, aclarando que varios pacientes solicitaron que sus resultados fueran estrictamente confidenciales puesto que no deseaban que el personal de atención directa se enteraran de la adicción y por tal motivo ser consideradas “adictas”. Siendo reflejo del concepto cultural que se tiene del paciente consumidor de sustancias, etiquetado como adicto y no como quien “padece” de una enfermedad, estigmatizándose aún más a la figura femenina. Aunque de ninguna manera minimizando la responsabilidad que al paciente se le debe conferir para mejorar su condición adictiva. Así surge a la reflexión el subdiagnóstico del trastorno de consumo de sustancias (abuso o dependencia) entre la población femenina por diversos prejuicios que sobrepasan este trabajo.

Cabe mencionarse que las ventajas de este trabajo radican en la identificación de

una escala útil en el abordaje de la psicopatología de los pacientes con comportamiento suicida (Ideación o Intención) y consumo de sustancias psicoactivas (Abuso o Dependencia) y quienes presentan diversas comorbilidades clínicas en la expresión de diversa psicopatología general y de personalidad. Situación no alejada de la realidad, puesto que es infrecuente encontrar a pacientes de los denominados puros de padecer un trastorno mental. La desventaja del estudio son las condiciones clínicas específicas de los pacientes, limitando una posible expansión de la escala, aunque no descartable en un futuro el continuar la utilidad de esta escala a diversos grupos de atención.

Los resultados nos exhortan a reconsiderar las comorbilidades frecuentes entre los pacientes internados tanto en el servicio de la Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos como de Observación.

Es evidente la importancia de continuar con estudios en esta área de trabajo, así como la necesidad de estudios de seguimiento y comparativos con otro grupo de pacientes.

7. Conclusión

Se encontró una frecuencia elevada entre los síntomas de psicopatología general en una población con comportamiento suicida y consumo a sustancias psicoactivas de acuerdo a la SCL-90-R no solo en las escalas de depresión, sino también en las escalas de hostilidad y sensibilidad interpersonal, así como comorbilidad de trastorno límite de personalidad, depresiva, evitativa y narcisista. Corroborando no solo la hipótesis de trabajo, sino que adicionando datos relevantes en la descripción de la población mencionada.

La SCL-90-R facilita obtener un perfil amplio de los síntomas psicopatológicos del paciente, que nos permite establecer un diagnóstico específico mediante sus diversas

escalas e índices. Identificándose el malestar que precede en la última semana y por lo tanto herramienta viable para utilizar en la evaluación del paciente con comorbilidades de Eje I y/o Eje II. De modo que se puede evaluar la mejoría o empeoramiento percibido por el paciente a medida que recibe tratamiento durante su estancia en los servicios de atención especializada psiquiátrica. Se demuestra así una utilidad clínica objetiva en la aplicación y toma de decisiones en un servicio de atención psiquiátrica intensiva.

8. Referencias Bibliográficas

1. Arango Victorio, et al. Autoradiographic Demonstration of Increased Serotonin and B-adrenergic Receptor Binding Sites In The Brain Of Suicide Victims, Arch Gen Psychiatry 1990; 47; 1038-1047.
2. Fife A, Schreiber J. Psychiatric emergencies in adults: Suicidal ideation and behavior. 2002 UpToDate.
3. World Health Organization, 2004. Organización Mundial de la Salud. Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado. Informe de la Organización Mundial de la Salud Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias; en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht.
4. Sadock. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 10th Edition. 2007. Chapter 12. Substance-Related Disorders and Chapter 34. Emergency Psychiatric Medicine (Suicide).
5. Schifano, F. Is urbanization a risk factor for substance misuse? Current Opinion in Psychiatry 2008, 21:391–397.
6. Cleck and Blendy. Making a bad thing worse: adverse effects of stress on drug addiction. Journal of Clinical Investigation, 2008; 118:454–461.
7. Jiang Z. Drug abuse among residents of Beijing: an epidemiologic survey of 1,822 households. Zhonghua Shen Jing Jing Shen Ke Za Zhi 1990; 23:66– 68; 125.
8. David Weinshenker and Stephen T. Warren. Fragile dopamine. Nature. Vol 455. 2 October, 2008; 607-608.
9. López A, Becoña E. Dependencia de la Cocaína y Psicopatología a través del SCL-

- 90-R. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica 2006; 11 (1): 13-20.
10. Gabbard, GO. Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica, 3era Edición, Ed. Médica Panamericana.2002; 3-93.
 11. Gomberoff L. Otto Kernberg, introducción a su obra. Ed Mediterráneo. Santiago de Chile. 1999.
 12. Kernberg, O. F. Trastornos Graves de Personalidad: Estrategias Psicoterapéuticas. Ed Manual Moderno. 1989. México D.F.
 13. Roy and Tyrer. Treatment of personality disorders. Current Opinion in Psychiatry 2001, 14: 555-558.
 14. Mehlum L. Suicidal behaviour and personality disorder. Current Opinion in Psychiatry 2001, 14:131-135.
 15. Durkheim, Émile. Escritos Selectos. 1993. Ed Nueva Visión, Buenos Aires.
 16. Menninger K. El hombre Contra Sí Mismo. 1972. Ed Península, Barcelona, pp 15-76.
 17. Prevención del Suicidio. Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1969.
 18. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2005.
 19. García de Jalón E, Peralta V. Suicidio y Riesgo de Suicidio. Anales Del Sistema Sanitario de Navarra. 2002; Vol 25, Suplemento 3: 87-96.
 20. García Resa E, Braquehais D, Blasco H, Ramírez A. Sociodemographic features of suicide attempts. Actas Españolas de Psiquiatría 2002; 30: 112-119.
 21. Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S, Ellis S, Mann JJ. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. Am J Psychiatry 2004; 161: 1433-41.
 22. Hawton K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour. Br J

- Psychiatry 2000; 177: 484-485.
23. Qin P, Agerbo E, Westergard-Nielsen N, Eriksson T, Mortensen PB. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 546-550.
 24. Isometsä ET, Lönnquist JK. Suicide attempts preceding completed suicide. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 531-535.
 25. Druss B, Pincus H. Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses. *Arch Intern Med* 2000; 160: 1522-1526.
 26. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: A case-control study. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1009-1014.
 27. King EA, Baldwin DS, Sinclair JMA, Baker NG, Campell MJ, Thompson C. The Wessex recent in-patient suicide study, I. Case control study of 234 recently discharged psychiatric patient suicides. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 531-536.
 28. Isometsä ET. Psychological autopsy studies- a review. *Eur Psychiatry* 2001; 16: 379-385.
 29. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1925-1932.
 30. Lecrubier Y. The influence of comorbidity on the prevalence of suicidal behaviour. *Eur Psychiatry* 2001; 16: 395-399.
 31. Khan A, Leventhal RM, Khan S, Brown WA. Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database. *J Affec Disorders* 2002; 68, 183-190.
 32. Fawcett J. The detection and consequences of anxiety in clinical depression. *J Clin*

- Psychiatry 1997; 58 (Suppl 8): 35-40.
33. Palmer DD, Henter ID, Wyatt RJ. Do antipsychotic medications decrease the risk of suicide in patients with schizophrenia? *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl 2): 100-103.
 34. Johnson DA, Pasterski G, Ludlow JM, Street K, Taylor RD. The discontinuance of maintenance neuroleptic therapy in chronic schizophrenic patients: drug and social consequences. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 339-352.
 35. Ros Montalbán S. La conducta suicida. Editorial Ela 1997. Grupo Arán.
 36. Isometsä ET, Henriksson MM. Suicide among subjects with personality disorders. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 667-673.
 37. Suokas J, Suominen K, Isometsä E, Ostamo A, Lönnquist J. Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide. Findings of a 14-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 117-121.
 38. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 181-189.
 39. Conner KR, Conwell Y, Duberstein PR. The validity of proxy-based data in suicide research: a study of patients 50 years of age and older who attempted suicide. II. Live events, social support and suicidal behavior. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 452-457.
 40. Mehlum L. Suicidal behaviour and personality disorder. *Current Opinion in Psychiatry* 2001, 14:131-135.
 41. Ros Montalbán S. La conducta suicida. Editorial Ela 1997. Grupo Arán.
 42. Baca-García E, Díaz-Sastre C, Basuarte E, Prieto R, Ceverino A, et al. A prospective study of the paradoxical relationship between impulsivity and lethality

- of suicide attempts. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 560-4.
43. Isometsä ET, Henriksson MM. Suicide among subjects with personality disorders. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 667-673.
44. Borges G, Orozco R, Benjet C, et al. Suicide and suicidal behaviors in Mexico: retrospective and current status. 2010; *Salud Pública Mex.*
45. Hufford MR. Alcohol and suicidal behavior. *Clin Psychol Rev.* 2001; 21:797–811.
46. Bagge CL, Sher KJ. Adolescent alcohol involvement and suicide attempts: toward the development of a conceptual framework. *Clin Psychol Rev* 2008; 28:1283–1296.
47. Hughes JR. Smoking and suicide: a brief overview. *Drug Alcohol Depend* 2008; 98:169–178.
48. Conner KR, Duberstein PR. Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 28:6S–17S.
49. Conner KR, Beautrais AL, Conwell Y. Moderators of the relationship between alcohol dependence and suicide and medically serious suicide attempts: analyses of Canterbury Suicide Project Data. *Alcohol Clin Exp Res* 2003; 27:1556–1561.
50. Borgesa G, Rafful C. Alcohol and drug use in suicidal behavior. *Current Opinion in Psychiatry* 2010, 23; 1-10.
51. Doll R, Peto R. Mortality in relation to smoking: 20 years' observations on male British doctors. *BMJ.* 1976; 2:1525-1536.
52. Smith GD, Phillips AN, Neaton JD. Smoking as “independent” risk factor for suicide: illustration of an artifact from observational epidemiology? *Lancet.* 1992; 340:709-712.

53. Miller M, Hemenway D, Bell NS, Yore MM, Amoroso PJ. Cigarette smoking and suicide: a prospective study of 300,000 male active-duty Army soldiers. *Am J Epidemiol.* 2000; 151:1060-1063.
54. Hemmingsson T, Kriebel D. Smoking at age 18-20 and suicide during 26 years of follow-up: how can the association be explained? *Int J Epidemiol.* 2003; 32:1000-1004.
55. Whitfield JB, Pang D, Bucholz KK, Madden PA, Heath AC, Statham DJ, Martin NG. Monoamine oxidase: associations with alcohol dependence, smoking and other measures of psychopathology. *Psychol Med.* 2000; 30:443-454.
56. Malone KM, Waternaux C, Haas GL, Cooper TB, Li S, Mann JJ. Cigarette smoking, suicidal behavior, and serotonin function in major psychiatric disorders. *Am J Psychiatry.* 2003; 160:773-779.
57. Mann JJ, Malone KM. Cerebrospinal fluid amines and higher-lethality suicide attempts in depressed inpatients. *Biol Psychiatry.* 1997; 41:162-171.
58. Breslau N. Smoking and the Risk of Suicidal Behavior: A Prospective Study of a Community Sample. *Arch Gen Psychiatry.* 2005; 62:328-334.
59. Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S, Ellis S, et al. 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: 1433-41.
60. Corruble E, Benyamina A, Bayle F, Falissard B, Hardy P. Understanding impulsivity in severe depression? A psychometrical contribution. *Progr Neuro_Psychopharmacol Biol Psychiatry* 2003; 27: 829-33.
61. Baca-García E, Pérez-Rodríguez MM, Díaz-Sastre C, Saiz-Ruiz J, De León J. Suicidal behavior in schizophrenia and depression: a comparison. *Schizophr Res*

- 2005; 75 (1): 77-81.
62. Dumais A, Leseage A, Lalovic A, Seguin M, Turecki G. 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.
 63. Dumais A, Leseage A, Lalovic A, Seguin M, Turecki G. Is violent method of suicide a behavioral marker of lifetime aggression? *Am J Psychiatry* 2005; 162 (7): 1375-8.
 64. Derogatis LR. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharma Bull*, 1973; 9(1):13-28.
 65. Derogatis LR, Cleary PA: Factorial invariance across gender for the primary symptom dimensions of the SCL-90. *British J Social Clinical Psychology*, 1977; 16:347-356.
 66. Derogatis LR: Symptom Checklist 90. Administration Scoring and Procedures Manual. 1994. National Computer Systems Inc. Minneapolis.
 67. De las Cuevas C. Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general. *Anales de Psiquiatría* 1991; Vol. 7, No 3, pp. 93-96.
 68. Casullo MM. Adaptación UBA. CONICET. 1999/2004. Inventario de Síntomas SCL-90-R de L- Derogatis. Cruz Fuentes CS, López Bello L. Datos sobre la validez y confiabilidad de la Symtom Check List 90 en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental*, Vol. 28, No. 1, febrero 2005, pp 72-81.
 69. Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic Disorders: Procedural validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry* 1998; 13: 26-34.

70. Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora LI, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI) A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry* 1997; 12: 224-231.
71. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl 20): 22-23.
72. Bobes J, González MP, Sáiz PA, Bousoño M, Iglesias C, Bascarán MT et al. La MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview): una familia de entrevistas de ayuda diagnóstica en Psiquiatría y Atención Primaria. En: Gutiérrez M, Ezcurra J, González A, Pichot P, editores. *Psiquiatría y otras especialidades médicas*. Madrid: Grupo Aula Médica; 2000. p. 401-419.
73. Bobes J, González MP, Sáiz PA, Bascarán MT, Bousoño M. Instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2000; Barcelona: Grafo, SA.
74. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav.* 1978;3(3-4):235-41.
75. Fagerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *J Behav Med* 1989; 12: 159-182.
76. Fagerström KO, Heatherton TF, Kozlowski LT. Nicotine addiction and its assessment. *Ear Nose Throat J* 1990; 69: 763-765
77. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991; 86: 1119-1127.

78. Kozlowski LT, Porter CQ, Orleans CT, Pope MA, Heatherton T. Predicting smoking cessation with self-reported measures of nicotine dependence: FTQ, FTD, and HSI. *Drug Alcohol Depend* 1994; 34: 211-216.
79. Begoña, E. y Vázquez, F. The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. *Psychological Reports*, 1998, 83(3), 1455-1458.
80. Robert J. Wellman et al. A comparison on the Hooked on Nicotina Checklist and the Fagestrom Test for Nicotina Dependence in adult smokers. *Nicotine and Tobacco Research*. Volumen 8, número 4, 2006; 575-580.
81. First MB, Gibbon, M, Smith BL, Spitzer RL, Williams, JBW. Guía del usuario para la entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV SCID-II 1999, Español.
82. Dawson S.E. *Bioestadística Médica*. 2a edición, 2000; 50-52. Ed. Mc Graw Hill.

9. Anexos

Anexo 1

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

NOMBRE: _____
SEXO: M F
EDAD: _____ AÑOS FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ LUGAR DE RESIDENCIA:

RELIGIÓN: _____
ESTADO CIVIL: _____
ESCOLARIDAD: _____
OCUPACIÓN: _____ SECTOR: PÚBLICO /
PRIVADO
1. Relacionadas a su Profesión.
2. Ocupación de mantenimiento Técnico, ventas y administrativo.
3. Ocupaciones de servicio.
4. Ocupaciones de Campo (producción Primaria).
5. Ocupaciones de Trabajo manual y reparación.
6. Operador, limpieza.
7. Ama de casa.
8. Desempleado.
9. Nunca ha laborado.
10. Estudiante tiempo completo.
11. Pensionado.
12. Desconocido/no responde.

INTENTOS SUICIDAS PREVIOS: SI NO
EN CASO DE SI, ¿CUÁNTOS? _____
¿SE ENCONTRABA INTOXICADO CUANDO COMETIÓ INTENTO SUICIDA?
 SI NO
MOTIVO DE INTERNAMIENTO: IDEACIÓN O INTENTO SUICIDA
VECTOR SUICIDA: FÍSICO / QUÍMICO / MIXTO

INTENTO / IDEACIÓN SUICIDA: PLANEADO O IMPULSIVO

Anexo 2

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PACIENTES

“Correlación de Psicopatología de acuerdo a la SCL-90-R en Pacientes con Abuso o Dependencia a Sustancias Psicoactivas y Riesgo Suicida en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez “

Por medio de este documento se le invita a participar en este estudio, en el cual se estudiará la psicopatología presente en los pacientes con riesgo suicida y consumo de sustancias. Y siendo aprobado por el Subcomité de Investigación y Ética del hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

El estudio consiste en aplicar la lista de síntomas limitados (SCL-90-R), Abuso y dependencia de alcohol de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), Entrevista Diagnóstica de trastornos de Personalidad (SCID-II) y Dependencia a Nicotina de Fageström a pacientes hospitalizados en UCEP y Observación.

Así mismo se le solicitarán datos sociodemográficos incluyendo ficha de identificación, la cual será solo para fines estadísticos, y la información obtenida de este estudio permanecerá de manera confidencial.

Este estudio es no invasivo para el paciente, lo cual no conlleva a riesgos en su salud.

Usted está de acuerdo con participar en el estudio antes descrito y autoriza que se la realice la aplicación de escalas antes descritas, y sin dudas sobre el estudio.

Nombre, firma y teléfono del paciente

Testigo 1

Testigo 2

Cualquier duda o aclaración con gusto le serán resueltas directamente con el encargado del estudio Dr. Gilberto Medina Hernández médico residente de 4to año al teléfono 0445539777249.

Anexo 3

LISTA DE SÍNTOMAS LIMITADOS (SCL-90)

NOMBRE _____	_____
EDAD _____	FECHA DE NACIMIENTO _____
SEXO _____	OCUPACIÓN _____
FECHA _____	_____

Instrucciones:

A continuación encontrará una lista de problemas y quejas que la gente tiene a veces. Elija la opción que mejor describa que tanto el problema le molestó a Ud. durante la semana pasada, incluido el día de hoy. Elija solamente una opción para cada problema y no deje vacío ningún punto.

- 0 = Nunca
- 1 = Muy pocas veces
- 2 = Algunas veces
- 3 = Muchas veces
- 4 = Siempre

Con qué frecuencia tiene las sensaciones:

1. Dolor de cabeza.	0	1	2	3	4
2. Nerviosismo o inestabilidad interior.	0	1	2	3	4
3. Malos pensamientos, ideas o palabras.	0	1	2	3	4
4. Debilidad o mareos.	0	1	2	3	4
5. Pérdida de interés o placer sexual.	0	1	2	3	4
6. Actitud crítica hacia los demás.	0	1	2	3	4
7. Sensación de que alguien puede controlar sus pensamientos.	0	1	2	3	4
8. Cree que a otros se les debe culpar por sus problemas.	0	1	2	3	4
9. Problemas para recordar las cosas.	0	1	2	3	4
10. Preocupación por su descuido o actitud indiferente.	0	1	2	3	4
11. Fácilmente molestarlo o irritarse.	0	1	2	3	4
12. Dolor en el corazón o en el tórax.	0	1	2	3	4
13. Siente miedo en los espacios abiertos o en las calles.	0	1	2	3	4
14. Sentimientos de falta de energía o lentitud.	0	1	2	3	4
15. Pensamientos de acabar con su vida.	0	1	2	3	4
16. Oye voces que los demás no oyen.	0	1	2	3	4
17. Temblor.	0	1	2	3	4
18. Sentimiento de que la mayoría de la gente no es de confianza.	0	1	2	3	4
19. Poco apetito.	0	1	2	3	4
20. Lloro fácilmente.	0	1	2	3	4
21. Se le hace difícil el trato con el sexo opuesto.	0	1	2	3	4
22. Se siente atrapado.	0	1	2	3	4
23. Se asusta de repente sin razón.	0	1	2	3	4
24. Explosiones temperamentales incontrolables.	0	1	2	3	4
25. Tiene miedo de salir solo de casa.	0	1	2	3	4

26. Sentimiento de culpabilidad.	0	1	2	3	4
27. Dolor en la parte inferior de la espalda.	0	1	2	3	4
28. Se siente limitado para hacer las cosas.	0	1	2	3	4
29. Se siente solo.	0	1	2	3	4
30. Tristeza.	0	1	2	3	4
31. Se preocupa demasiado por las cosas.	0	1	2	3	4
32. No tiene interés.	0	1	2	3	4
33. Siente miedo	0	1	2	3	4
34. Se siente herido en sus sentimientos.	0	1	2	3	4
35. Cree que los demás están enterados de sus pensamientos privados.	0	1	2	3	4
36. Cree que los demás no le entienden o que no es simpático.	0	1	2	3	4
37. Cree que la gente no es amigable.	0	1	2	3	4
38. Hace las cosas muy despacio para asegurarse de que están bien hechas.	0	1	2	3	4
39. Siente que el corazón le golpea o esta acelerado.	0	1	2	3	4
40. Náuseas o malestar en el estómago.	0	1	2	3	4
41. Se siente inferior a los demás.	0	1	2	3	4
42. Dolor muscular.	0	1	2	3	4
43. Sentimiento de que está siendo observado o que los demás hablan de usted.	0	1	2	3	4
44. Problemas para quedarse dormido.	0	1	2	3	4
45. Tiene que comprobar lo que hace, una o dos veces.	0	1	2	3	4
46. Dificultad para tomar decisiones.	0	1	2	3	4
47. Siente miedo a viajar en autobús, metro o trenes.	0	1	2	3	4
48. Sensación de ahogo.	0	1	2	3	4
49. Ataques de calor o frío.	0	1	2	3	4
50. Evita ciertas cosas, lugares o actividades por que le asustan.	0	1	2	3	4
51. Se le queda la mente en blanco.	0	1	2	3	4
52. Entumecimiento u hormigueo en partes del cuerpo.	0	1	2	3	4
53. Siente un nudo en la garganta.	0	1	2	3	4
54. Se siente desesperado frente al futuro.	0	1	2	3	4
55. Dificultad para concentrarse.	0	1	2	3	4
56. Sentir debilidad en partes del cuerpo.	0	1	2	3	4
57. Sentirse tenso o excitado.	0	1	2	3	4
58. Pesadez en brazos o piernas.	0	1	2	3	4
59. Pensamientos de muerte o agonía.	0	1	2	3	4
60. Comer en exceso.	0	1	2	3	4
61. Sentirse incómodo cuando la gente le mira o le habla.	0	1	2	3	4
62. Tener pensamientos que no son suyos.	0	1	2	3	4
63. Tener necesidad urgente de golpear, dañar o herir a alguien.	0	1	2	3	4
64. Despertarse pronto por la mañana.	0	1	2	3	4
65. Tener que repetir las mismas acciones tales como tocar, contar, lavar.	0	1	2	3	4
66. Sueño inquieto o alterado.	0	1	2	3	4
67. Tener necesidad de romper o destrozr cosas.	0	1	2	3	4
68. Tener ideas o creencias, que otros no comparten.	0	1	2	3	4
69. Sentirse muy tímido delante de otras personas.	0	1	2	3	4
70. Sentirse incómodo en las multitudes, como el ir de compras o en el cine.	0	1	2	3	4
71. Sentir que todo cuesta un esfuerzo.	0	1	2	3	4
72. Períodos de terror o pánico.	0	1	2	3	4
73. Sentirse incómodo al comer en público.	0	1	2	3	4

74. Involucrarse en frecuentes discusiones.	0	1	2	3	4
75. Sentirse nervioso cuando se queda sólo.	0	1	2	3	4
76. Que otros no le reconocen méritos apropiados por sus logros.	0	1	2	3	4
77. Sentirse solo aún cuando está con otra gente.	0	1	2	3	4
78. Sentirse tan intranquilo que no podría quedarse quieto.	0	1	2	3	4
79. Sentimiento de inutilidad.	0	1	2	3	4
80. Sentir que las cosas conocidas son extrañas o irreales.	0	1	2	3	4
81. Gritar, o tirar cosas.	0	1	2	3	4
82. Sentir miedo a que pueda desmayarse en público.	0	1	2	3	4
83. Creer que los demás se aprovecharán de usted si les deja.	0	1	2	3	4
84. Tener pensamientos sobre el sexo que le molestan mucho.	0	1	2	3	4
85. Que debe ser castigado por sus pecados.	0	1	2	3	4
86. Sentirse obligado a que las cosas estén hechas	0	1	2	3	4
87. Tener la idea de que algo grave le pasa en el cuerpo.	0	1	2	3	4
88. No sentirse nunca cerca de otra persona.	0	1	2	3	4
89. Culpabilidad.	0	1	2	3	4
90. La sensación de que algo malo está pasando en su mente.	0	1	2	3	4

Anexo 4

TEST DE FAGESTRÖM

1. ¿Cuántos minutos pasan entre el momento de levantarse y fumar el primer cigarrillo?

- 5 ó menos (3)
- De 6 a 30 (2)
- De 31 a 60 (1)
- Más de 60 (0)

2. ¿Encuentra dificultad para abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido? (cines, hospitales, metro...)

- Si (1)
- No (0)

3. ¿Cuál es el cigarrillo que más necesita?

- El primero de la mañana (1)
- Otros (0)

4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

- Más de 30 (3)
- Entre 21 y 30 (2)
- Entre 11 y 20 (1)
- Menos de 11 (0)

5. ¿Fuma más durante las primeras horas de la mañana que durante el resto del día?

- Si (1)
- No (0)

6. ¿Fuma usted aunque esté tan enfermo como para estar en la cama?

- Si (1)
- No (0)

CORRECCIÓN:

Puntúa entre 0 y 11, y es mayor la adicción a la nicotina cuanto más alta sea la cifra obtenida.

De **0 a 3** dependencia baja

De **4 a 6** dependencia moderada

De **7 a 11** dependencia alta

Anexo 5

SCID-II

NOMBRE: _____ EXPEDIENTE: _____

FECHA DE EVALUACIÓN _____

EDAD _____ GENERO _____

INSTRUCCIONES

Estas preguntas se refieren al tipo de persona que es usted comúnmente, es decir, la manera que en general se ha sentido o comportado durante los últimos años. Encierre en un círculo la palabra “SI” si la pregunta se aplica en forma total o en mayor parte a usted, o la palabra “NO” si no se aplica a usted.

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Ha evitado trabajos o labores que involucren el trato con gente numerosa? | SI | NO |
| 2. ¿Evita involucrarse con gente a menos que este seguro que les agradara? | SI | NO |
| 3. ¿Encuentra difícil ser “abierto” aun con personas cercanas? | SI | NO |
| 4. ¿Se preocupa con frecuencia sobre ser criticado o rechazado en ocasiones sociales? | SI | NO |
| 5. ¿Esta generalmente callado cuando se encuentra con nuevas personas? | SI | NO |
| 6. ¿Piensa que no es tan bueno, listo o atractivo como la mayoría de los demás? | SI | NO |
| 7. ¿Teme probar cosas nuevas? | SI | NO |
| 8. ¿Necesita muchos consejos o palabras tranquilizadoras de otros antes de tomar decisiones cotidianas como qué usar o qué ordenar en un restaurante? | SI | NO |
| 9. ¿Depende de otras personas para manejar áreas importantes en su vida como finanzas, atención de niños o planes de alojamiento? | SI | NO |
| 10. ¿Encuentra difícil estar en desacuerdo con otras personas aun cuando piense que están equivocadas? | SI | NO |
| 11. ¿Encuentra difícil empezar o trabajar en tareas cuando no hay nadie quien lo ayude? | SI | NO |
| 12. ¿Ha hecho cosas desagradables voluntariamente? | SI | NO |
| 13. ¿Se siente en general incomodo cuando esta solo? | SI | NO |
| 14. Cuando se termina una relación cercana, ¿siente que tiene que encontrar de inmediato a alguien más que lo cuide? | SI | NO |
| 15. ¿Se preocupa mucho porque lo dejan solo para cuidarse así mismo? | SI | NO |
| 16. ¿Es usted el tipo de persona que se enfoca en detalles, orden y organización, o le gusta hacer listas y planes? | SI | NO |
| 17. ¿Tiene problemas para terminar trabajos ya que pasa mucho tiempo tratando de hacer cosas correctas de manera exacta? | SI | NO |
| 18. ¿Piensa usted o los demás que esta tan dedicado al trabajo (o a la escuela) que no tiene tiempo para nadie más ni solo por divertirse? | SI | NO |
| 19. ¿Tiende usted estándares muy altos sobre lo que es bueno y lo que es malo? | SI | NO |
| 20. ¿Tiene problemas para deshacerse de las cosas porque algún día pueden ser útiles? | SI | NO |
| 21. ¿Le es difícil permitir que otras personas le ayuden excepto cuando | SI | NO |

están de acuerdo en hacer las cosas exactamente como usted desea?		
22. ¿Le es difícil gastar el dinero en usted mismo y otras personas aun cuando tiene lo suficiente?	SI	NO
23. ¿Está usted seguro con frecuencia que está en lo correcto y no importa lo que los demás opinen?	SI	NO
24. ¿Le han dicho otras personas que usted es obstinado o rígido?	SI	NO
25. ¿Cuándo alguien le pide hacer algo que no quiere hacer, ¿dice usted que “si” pero trabaja lentamente o hace mal el trabajo?	SI	NO
26. Si no quiere hacer algo, ¿”olvida” con frecuencia hacerlo?	SI	NO
27. ¿Es frecuente que sienta que los demás no lo entienden, o no aprecian todo lo que hace?	SI	NO
28. ¿Está usted con frecuencia malhumorado y dispuesto a discutir?	SI	NO
29. ¿Ha encontrado que la mayoría de sus jefes, maestros, supervisores, doctores y otros que se supone saben lo que hace e realidad no lo saben?	SI	NO
30. ¿Piensa con frecuencia que no es justo que otra gente tenga más que usted?	SI	NO
31. ¿Se queja con frecuencia porque demasiadas cosas malas le han ocurrido?	SI	NO
32. ¿Rehúsa con frecuencia y con enojo hacer lo que los demás quieren y después se siente mal y se disculpa?	SI	NO
33. ¿No se siente contento por lo general?	SI	NO
34. ¿Cree que básicamente usted es una persona inadecuada y con frecuencia no se siente contento sobre usted mismo?	SI	NO
35. ¿Se degrada con frecuencia?	SI	NO
36. ¿Se mantiene pensando en cosas malas que han sucedido en el pasado o preocupándose por las cosas malas que puedan pasar en el futuro?	SI	NO
37. ¿Juzga con frecuencia a otros duramente y les encuentra fallas?	SI	NO
38. ¿Piensa que la mayoría de la gente no es buena básicamente?	SI	NO
39. ¿Espera casi siempre que las cosas salgan mal?	SI	NO
40. ¿Se siente con frecuencia culpable sobre cosas que ha o no realizado?	SI	NO
41. ¿Tiene con frecuencia que estar alerta para impedir que la gente la utilice o lastime?	SI	NO
42. ¿Pasa mucho tiempo pensando si puede confiar en sus amigos y en la gente con quienes trabaja?	SI	NO
43. ¿Encuentra que es mejor no permitir que otras personas sepan mucho sobre usted porque lo utilizaran en su contra?	SI	NO
44. ¿Detecta con frecuencia amenazas o insultos ocultos en cosas que dice o hace la gente?	SI	NO
45. ¿Es el tipo de persona rencorosa o que le toma tiempo perdonar a la gente por haberla insultado o menospreciado?	SI	NO
46. ¿Hay mucha gente a quien no puede perdonar porque le hicieron o dijeron algo a usted hace mucho tiempo?	SI	NO
47. ¿Es frecuente que se enoje o estalle cuando alguien lo critica o insulta de alguna manera?	SI	NO
48. ¿Ha sospechado que con frecuencia su esposa o pareja le han sido infieles?	SI	NO
49. Cuando esta en público y ve gente hablando, ¿piensa con frecuencia que	SI	NO

estas hablan sobre usted?

- | | | |
|--|----|----|
| 50. ¿Siente con frecuencia que las cosas que no tienen ningún significado especial para la mayoría de la gente en realidad tienen un mensaje para usted? | SI | NO |
| 51. ¿Cuándo está entre la gente, tiene con frecuencia la sensación de que lo que están observando o vigilando? | SI | NO |
| 52. ¿Ha sentido alguna vez que usted puede hacer que sucedan las cosas solo con desearlo y pensando en ellas? | SI | NO |
| 53. ¿Ha tenido experiencias personales con lo sobrenatural? | SI | NO |
| 54. ¿Cree que usted tiene un “sexto sentido”, que le permite conocer y predecir cosas que otros no puedan? | SI | NO |
| 55. ¿Es frecuente que parezca que objetos y sombras son en realidad gente o animales, o que los ruidos son realmente voces de personas? | SI | NO |
| 56. ¿Ha sentido que algunas personas o fuerza está a su alrededor, aun cuando no pueda ver a nadie? | SI | NO |
| 57. ¿Ve auras o campos de energía en la gente con frecuencia? | SI | NO |
| 58. ¿Existe muy poca gente que realmente está cercana a usted fuera de su familia inmediata? | SI | NO |
| 59. ¿Se siente con frecuencia nervioso cuando esta con otras personas? | SI | NO |
| 60. ¿NO es importante para usted si tiene relaciones cercanas? | SI | NO |
| 61. ¿Prefiere casi siempre hacer cosas solo y no con otra gente? | SI | NO |
| 62. ¿Estaría contento sin estar involucrado sexualmente con alguien? | SI | NO |
| 63. ¿Existen en realidad muy pocas cosas que le proporcionan placer? | SI | NO |
| 64. ¿No le importa lo que la gente piense de usted? | SI | NO |
| 65. ¿Encuentra que nada lo hace muy feliz ni muy triste? | SI | NO |
| 66. ¿Le gusta ser el centro de atención? | SI | NO |
| 67. ¿Coquetea mucho? | SI | NO |
| 68. ¿Se encuentra con frecuencia “convenciendo” a la gente? | SI | NO |
| 69. ¿Trata de llamar la atención por la manera que se viste o se ve? | SI | NO |
| 70. ¿Se cree en la obligación con frecuencia de ser dramático y animado? | SI | NO |
| 71. ¿Cambia de parecer con frecuencia sobre las cosas dependiendo de la gente con quienes se encuentra o lo que acaba de leer o ver en la TV? | SI | NO |
| 72. ¿Tiene muchos amigos con los que se siente cercano? | SI | NO |
| 73. ¿Es frecuente que la gente no aprecie sus muy especiales talentos o logros? | SI | NO |
| 74. ¿Le han mencionado la gente que tiene una opinión demasiado elevada de usted mismo? | SI | NO |
| 75. ¿Piensa mucho en que el poder la fama o el reconocimiento serán suyos algún día? | SI | NO |
| 76. ¿Piensa mucho en el perfecto romance que será suyo algún día? | SI | NO |
| 77. Cuando tiene algún problema ¿insiste casi siempre en ver a la máxima persona? | SI | NO |
| 78. ¿Cree que es importante emplear el tiempo con gente que es especial o de influencia? | SI | NO |
| 79. ¿Es muy importante para usted que la gente le preste atención o lo admire de alguna manera? | SI | NO |
| 80. ¿Piensa que no es necesario seguir ciertas reglas o convenciones | SI | NO |

sociales cuando se interponen en su camino?

- | | | |
|---|----|----|
| 81. ¿Piensa que es el tipo de persona que merece un trato especial? | SI | NO |
| 82. ¿Encuentra con frecuencia que es necesario lastimar a algunos para obtener lo que usted quiere? | SI | NO |
| 83. ¿Tiene que poner con frecuencia sus necesidades por encima de las necesidades de los demás? | SI | NO |
| 84. ¿Espera con frecuencia que los demás hagan sin preguntar lo que usted quiere por ser usted? | SI | NO |
| 85. ¿NO está usted realmente interesado en los problemas o sentimientos de los demás? | SI | NO |
| 86. ¿Se ha quejado la gente con usted porque usted no los escucha o no le importa sus sentimientos? | SI | NO |
| 87. ¿Es frecuente que siente envidia de los demás? | SI | NO |
| 88. ¿Piensa que hay otros que sienten envidia de usted con frecuencia? | SI | NO |
| 89. ¿Encuentra que hay muy poca gente que vale su tiempo y atención? | SI | NO |
| 90. ¿Se ha puesto con frecuencia frenético al pensar que alguien que realmente le interesa lo iba a dejar? | SI | NO |
| 91. ¿Tiene relaciones con gente que en realidad le crea muchos altibajos extremos? | SI | NO |
| 92. ¿Ha cambiado repentinamente su sentido de quien es usted y hacia dónde se dirige? | SI | NO |
| 93. ¿Cambia en forma dramática y con frecuencia su sentido de quien es usted? | SI | NO |
| 94. ¿Es usted diferente con gente diferente y en situaciones diferentes, de modo que no sabe quién es realmente en ocasiones? | SI | NO |
| 95. ¿Han existido muchos cambios repentinos en sus metas, planes en su carrera, creencias religiosas, etc.? | SI | NO |
| 96. ¿Ha hecho con frecuencia cosas en forma impulsiva? | SI | NO |
| 97. ¿Ha tratado de lastimarse o matarse, o ha amenazado con hacerlo? | SI | NO |
| 98. ¿Se ha cortado, quemado, o arañado usted mismo a propósito? | SI | NO |
| 99. ¿Tiene muchos cambios repentinos en su estado de ánimo? | SI | NO |
| 100. ¿Se siente vacío en su interior de repente? | SI | NO |
| 101. ¿Tiene con frecuencia explosiones de enojo o se enoja tanto que pierde el control? | SI | NO |
| 102. ¿Golpea a las personas o lanza cosas al enojarse? | SI | NO |
| 103. ¿Incluso pequeñas cosas le causan mucho enojo? | SI | NO |
| 104. Cuando esta bajo mucha presión, ¿sospecha de otra gente o se siente especialmente distanciado? | SI | NO |
| 105. Antes de los 15 años, ¿Intimidaba o amenazaba a otros chicos? | SI | NO |
| 106. Antes de los 15 años, ¿provocaba pleitos? | SI | NO |
| 107. Antes de los 15 años ¿lastimo o amenaza a alguien con un arma, como un bate, ladrillo, botella rota, cuchillo o pistola? | SI | NO |
| 108. Antes de los 15 años, ¿torturo en forma deliberada a alguien o le causo dolor y sufrimiento físico? | SI | NO |
| 109. Antes de los 15 años ¿torturo o lastimo a animales a propósito? | SI | NO |
| 110. Antes de los 15 años ¿robaba, asaltaba o tomaba a la fuerza objetos de alguien bajo amenaza? | SI | NO |

111. Antes de los 15 años, ¿forzó a alguien a tener sexo con usted, a desvestirse frente a usted o a que le tocara sexualmente?	SI	NO
112. Antes de los 15 años, ¿provoco incendios?	SI	NO
113. Antes de los 15 años, ¿destruyo deliberadamente cosas que no eran suyas?	SI	NO
114. Antes de los 15 años ¿forzaba casas, otros edificios o coches?	SI	NO
115. Antes de los 15 años ¿mentía mucho o timaba a los demás?	SI	NO
116. Antes de los 15 años ¿hurtaba algunas veces o robaba cosas en tiendas o falsificaba la firma de alguien?	SI	NO
117. Antes de los 15 años, ¿huía de casa y se quedaba fuera toda la noche?	SI	NO
118. Antes de los 13 años, ¿era frecuente que se quedaba fuera tarde, más tarde de la hora que se suponía debería estar en su casa?	SI	NO
119. Antes de los 13 años, ¿faltaba a clases con frecuencia?	SI	NO

CALIFICACIÓN

<i>TRASTORNO</i>	<i>No. DE REACTIVOS</i>	<i>No. DE RESPUESTAS (SI)</i>	<i>Coeficiente</i>
Evitación	7		
Dependencia	8		
Obsesiva-Compulsiva	8		
Pasiva-Agresiva	8		
Depresiva	8		
Paranoide	11		
Esquizotípica	8		
Esquizoide	6		
Histriónica	7		
Narcisista	17		
Limítrofe	15		
Antisocial	15		

INVENTARIO DEL SCID-II

<i>Trastorno de personalidad</i>	<i>Preguntas</i>
Por EVITACION	1 2 3 4 5 6 7
Por DEPENDENCIA	8 9 10 11 12 13 14 15
OBSESIVA-COMPULSIVA	16 17 18 19 20 21 22 23 24
PASIVA-AGRESIVA	25 26 27 28 29 30 31 32
DEPRESIVA	33 34 35 36 37 38 39 40
PARANOIDE	41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51
ESQUIZOTÍPICA	52 53 54 55 56 57 58 59
ESQUIZOIDE	60 61 62 63 64 65
HISTRIONICA	66 67 68 69 70 71 72
NARCISISTA	73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89
LIMÍTROFE	90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104
ANTISOCIAL	105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119

First, Gibbon, Spitzer, Williams, Smith, 1999