



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”

RAZONES PARA VIVIR EN PACIENTES DEPRIMIDOS CON CONDUCTA
SUICIDA QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HPFBA

PRESENTA LA TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRÍA

DRA. EVA ALICIA GARCÍA ARMENDÁRIZ.

ASESOR METODOLÓGICO
MTRA. JANET JIMÉNEZ GENCHI

ASESOR TEÓRICO
DR. CARLOS J. CASTAÑEDA GONZÁLEZ.

Ciudad de México 2017.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la vida, por el infinito conocimiento que proporciona.

Al amor e incondicional apoyo de mi pareja y familia.

*A mis maestros y asesores, por la comprensión y enseñanzas
invaluables.*

*A los pacientes, por ser el mejor libro y una fuente de
inspiración.*

RESUMEN

Introducción: El suicidio en nuestros días se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial. La conducta suicida se caracteriza por ideación suicida, esto se refiere al deseo y a los pensamientos recurrentes sobre el suicidio así como sobre la planeación de un método para conseguirlo, estos pensamientos pueden acompañarse de actos cometidos por el individuo con la finalidad de terminar con su vida. Se han asociado diversos factores protectores y de riesgo que pudieran influir en la evolución de la conducta suicida; de igual manera existen creencias y fortalezas propias del individuo que influyen de manera favorable con respecto al pronóstico. **Objetivo:** Identificar la presencia de creencias y fortalezas en usuarios deprimidos con conducta suicida que acudan al servicio de urgencias del HPFBA. **Material y métodos:** Se realizó la valoración a 50 individuos que acudieron al servicio de urgencias del HPFBA presentando conducta suicida confirmado por instrumentos clinimétricos, dentro de los cuales únicamente 32 se confirmó el diagnóstico de depresión mediante la aplicación de escalas y la entrevista clínica, realizándoles a estos el inventario de razones para vivir con el objetivo de detectar creencias y fortalezas con las que cuentan estos pacientes. **Resultados:** De los 32 pacientes incluidos en el estudio, encontramos diversas asociaciones entre factores de riesgo y protectores que se asocian y no con la literatura, de igual manera encontramos correlación significativa en la intencionalidad suicida y la edad así como con la severidad de la depresión.

Palabras clave: Suicidio, depresión, conducta suicida, razones para vivir.

INDICE

	Página
Agradecimientos	2
Resumen	3
Índice	4
Índice de abreviaturas	6
Introducción	7
Marco Teórico	9
1. Suicidio: Definición del concepto	9
2. El suicidio en la actualidad	9
3. El suicidio en nuestros días	10
1. Epidemiología mundial	10
2. Epidemiología en México	11
3. En el HPFBA	15
4. El suicidio y la Psiquiatría	15
5. Historia familiar en la conducta suicida	17
6. Conducta suicida	19
7. Valoración del riesgo suicida	21
8. Diagnóstico psiquiátrico	21
9. Entrevista, evaluación psicopatológica y tratamiento	24
10. Factores protectores de la conducta suicida	26
11. Razones para vivir	27
Método de Investigación	28

12. Justificación	28
13. Planteamiento del Problema	29
14. Pregunta de Investigación	29
15. Tipo de Estudio	30
16. Objetivo	30
17. Muestra y Muestreo	31
18. Criterios de inclusión	31
19. Hipótesis	32
20. Operacionalización de las Variables	33
21. Instrumentos de Medición	35
22. Procedimiento	42
Consideraciones Éticas	44
Resultados	46
Discusión	58
Conclusiones	63
Referencias Bibliográficas	65
Anexos	68

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

Abreviatura	Significado
HPFBA	Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
DSM V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quinta edición.
RFL	Reasons for living (Inventario de razones para vivir).
ISB	Escala de Ideación Suicida de Beck.
SIS	Escala de Intencionalidad Suicida de Beck.
ISRS	Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina.
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
CIE-10	Clasificación internacional de enfermedades, revisada cada 10 años.
DSM-IV-TR	Diagnostic and statistical manual of mental disorders Cuarta edición revisada.
APA	American Psychiatric Association.

INTRODUCCIÓN

El suicidio a través del tiempo ha sido objeto de controversia. El hombre siempre ha tenido el poder y la capacidad para decidir sobre su muerte, sin embargo pocas veces se ha aceptado que esta decisión le corresponda. Resulta complejo definir la historia del suicidio, pero sí podemos hablar de éste a lo largo de la historia. Como acto ha sido considerado desde un ritual loable hasta condenado por diversas líneas religiosas ya que la concepción predominante del suicidio nos lleva a percibirlo como una transgresión hacia un orden, llámese de Dios o de la naturaleza biológica del ser humano, que tiene un ciclo y que debe cumplirse.

El suicidio ha sido de gran interés para diversas disciplinas, en especial de la psiquiatría, la psicología, la sociología, la estadística, el derecho, la ética, la literatura y por supuesto la filosofía. Importante para estas ha sido explicarlo, tratar de conocer sus relaciones causales, tanto biológicas, psicológicas y ambientales, los factores que influyen y la evolución de la conducta suicida, todo lo anterior para intentar justificarlo o bien reprobalo e incluso juzgarlo ante la ley; al mismo tiempo lo han clasificado esperando predecirlo, con la finalidad de alcanzar la meta de la prevención.

El conocimiento actual nos ofrece un arsenal de herramientas para considerar que es posible prevenir el suicidio, aun así se estima que cada cuarenta segundos una persona en el mundo muere por esta causa¹ y al mismo tiempo el número aumenta potencialmente si hablamos de intentos fallidos, considerando este evento como el principal factor de riesgo.

El vínculo entre el suicidio y diversos trastornos psiquiátricos es muy estrecho, sin embargo la estigmatización de ambos entorpece la identificación de los mismos y su tratamiento. Está bien documentada la relación entre trastornos afectivos, principalmente la depresión, trastorno bipolar, así como trastornos de personalidad grave, trastornos psicóticos, entre otros y, aunado a estos el uso concomitante de sustancias, donde el juicio se ve suspendido y las conductas suicidas aparecen con mayor facilidad. Diversos estudios han asociado otros factores con la conducta suicida, experiencias relacionadas con conflictos políticos y sociales, desastres naturales, violencia, abusos, pérdidas y sensación de aislamiento, grupos vulnerables que generalmente son objeto de discriminación, por ejemplo los refugiados y migrantes, las comunidades indígenas, las personas con diversidad sexual LGBT, así como los reclusos¹.

Como problema actual de salud pública, considero de suma importancia dar un abordaje integral a sujetos con alto riesgo de suicidio, identificándolos, dando un tratamiento adecuado y un seguimiento preciso con el objetivo de reducir la incidencia y prevalencia. Es imperante abordar la contraparte en la conducta suicida, evaluar las razones que la persona tiene para vivir y fortalecerlas. Múltiples instrumentos psicométricos se han encargado de identificar esta conducta, evaluar su letalidad y riesgo, sin embargo pocos se han interesado en detectar factores que podrían frenarla y la importancia de identificarlos para llevar a cabo un abordaje posterior.

MARCO TEÓRICO

SUICIDIO

DEFINICIÓN DEL CONCEPTO

Se define como suicidio, del latín *suicidium*, de *sui*, sí mismo, y *caedĕre*, matar, al acto por el que una persona, deliberadamente, se provoca la muerte².

Si bien el suicidio existe desde el inicio de la vida del hombre, el concepto es relativamente nuevo; Son distintos los autores, Barraclough y Shepherd, Daube, Hill, Szaz, MacAlister, que indican que antes del siglo VII, no se encontró ni en latín ni en griego una palabra que corresponda al término "suicidio". Es hasta 1656, que aparece por primera vez el término en el diccionario inglés *Glossographia*, de T. Blount, sin embargo continuó causando cierta resistencia el término. La Academia Francesa de la Lengua incorpora el vocablo en 1762 y la Real Academia Española hasta 1817, en castellano apareció hasta 1772, dentro del texto de "La falsa filosofía de Fray Fernando de Zevallos", donde el monje recurre al suicidio, visto en ese tiempo como un acto atroz.

Desde entonces el término es utilizado con la carga moral, religiosa y jurídica que implique en su época².

EL SUICIDIO EN LA ACTUALIDAD

EN EL MUNDO

Actualmente el suicidio es considerado un problema de salud pública. La Organización mundial de la salud reporta que el año 2012 se registraron en el mundo unas 804 000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial, ajustada según la edad, de 11,4 por 100 000 habitantes, de los cuales, 15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres; sin embargo, dentro de sus datos epidemiológicos y dadas las controversiales opiniones acerca del mismo y los diferentes entornos socioculturales llegando a ser en algunos países un acto ilegal, muy probablemente exista sub-notificación de casos. La organización mundial de la salud refiere que en los países con registros serios, se observa que muchas veces el suicidio se clasifica mal, dentro de la categoría de muerte por accidente o por otra causa. El registro de un suicidio es un procedimiento complicado que involucra a varias autoridades diferentes, desde los elementos de seguridad que arriban a la escena como primer contacto, paramédicos y médicos forenses e incluso cuestiones administrativas, familiares y finalmente el registro civil. En los países sin registro fiable de las muertes los suicidios, simplemente, no se cuentan. En los países con mayores recursos, se ha observado que se suicidan tres veces más los hombres que mujeres, pero en los de ingresos bajos y medianos la razón hombre: mujer es mucho menor, de 1,5 hombres por cada mujer. A nivel mundial, los suicidios representan un 50% de todas las muertes violentas registradas entre hombres y un 71% entre mujeres. Con respecto a la edad, las tasas de suicidio son más elevadas entre las personas de 70 años de

edad o más, tanto entre hombres como entre mujeres en casi todas las regiones del mundo. En algunos países las tasas de suicidio son más elevadas entre jóvenes, y a nivel mundial el suicidio es la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad. Se estima que alrededor de un 30% de todos los suicidios se cometen por autointoxicación con plaguicidas, y la mayoría de ellos tiene lugar en zonas rurales agrícolas de países de ingresos bajos y medianos. Otros métodos comunes de suicidio son el ahorcamiento y las armas de fuego. El conocimiento de los métodos de suicidio más comunes es importante para elaborar estrategias de prevención basadas en medidas de eficacia probada, entre ellas la restricción del acceso a los medios de suicidio¹.

EN MÉXICO

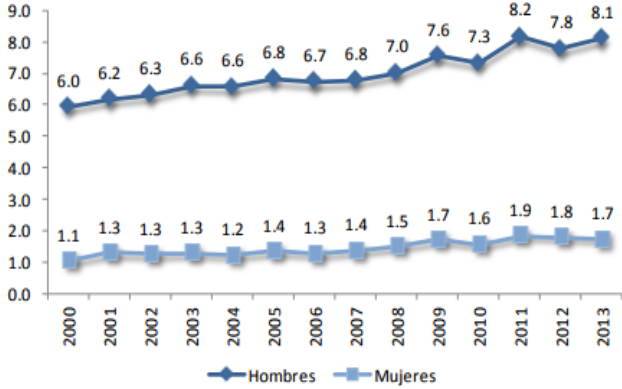
En el informe publicado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática en 2013, se registraron un total de 5 909 suicidios, que representaron el 1% del total de las muertes que se registraron en México, ocupando así el

Grupo quinquenal	Total	Hombre	Mujer
Total	5,75	4,70	1,050
10 a 14 años	16	102	66
15 a 19 años	76	527	233
20 a 24 años	85	693	159
25 a 29 años	73	618	115
30 a 34 años	63	533	97
35 a 39 años	56	477	83
40 a 44 años	49	418	80
45 a 49 años	39	338	54
50 a 54 años	28	236	46
55 a 59 años	25	215	43
60 y más años	57	511	67
No especificado	4	33	7

décimo cuarto motivo de muerte a nivel nacional. Los suicidios en el país tienen una tasa de 5 por cada 100 mil habitantes³.

Tabla 1. Suicidios por grupo quinquenal³.

Se observó que entre los años 2000 y 2013, la tasa de suicidios aumentó de un 3.5 a un 4.9 por cada mil habitantes. Las diferencias entre sexos son notorias y se mantienen a través del tiempo. En 2013, la tasa de mortalidad fue del 8.1 por cada 100mil hombres y de 1.7 por cada 100mil mujeres³.



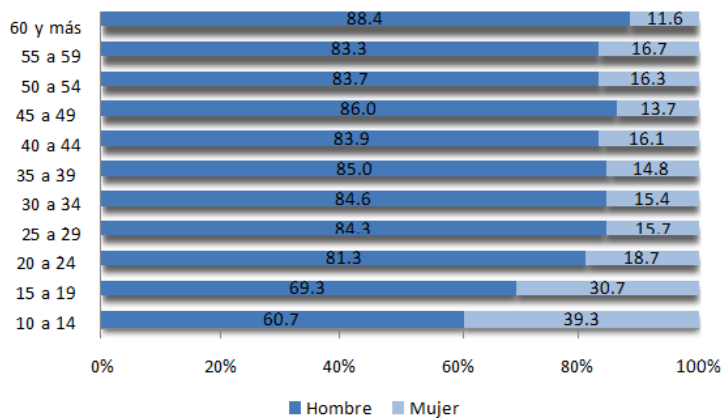
Gráfica 1. Suicidios a través de los años por sexo³.

Con respecto a los suicidios por entidad federativa se observa que Aguascalientes, Quintana Roo y Campeche son los estados en los que se presenta la mayor tasa de suicidios con 9.2, 8.8 y 8.5 respectivamente, mientras que las tasas más bajas se reportaron en Guerrero, Oaxaca y Tlaxcala, la tasa fue de 2.7,3.0 y 3.1 respectivamente³.



Imagen 1. Suicidios por entidad federativa³.

Gráfica 2. Relación de grupos etarios con el sexo³.



Es significativo destacar que en los suicidios registrados en 2013, el 81.7% fueron consumados por varones y el 18.2% por mujeres. Esto da una relación de cuatro a uno; cabe mencionar

también que la sobre mortalidad masculina prevalece en cada uno de los grupos etarios, sin embargo en los grupos jóvenes la proporción femenina es mayor que entre los grupos de edad avanzada³.

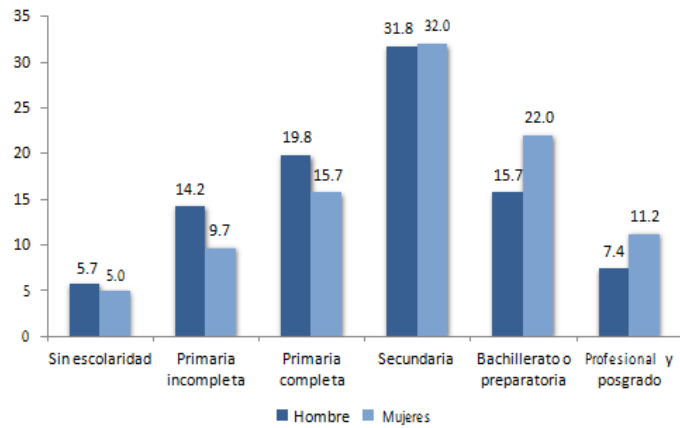
A través de los años, la tasa de suicidio en el grupo etario de 15 a 29 se ha mantenido elevada. En 2013, se reportó que ocurrieron 2 345 casos en jóvenes de 15 a 29 años, tendiendo un porcentaje significativo del 40.8%, observando una tasa de 7.5 suicidios por cada 100 mil jóvenes de este grupo. Por sexo, las tasas de suicidio entre jóvenes de 15 a 29 años son de 12 por cada 100 mil hombres y 3.2 por cada 100 mil mujeres³.

Con respecto a los medios que se utilizaron para llevar a cabo el acto suicida. La OMS considera que el acceso a los medios para quitarse la vida es un factor importante de riesgo que determina el fin de la conducta. El INEGI, describe que el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación se encuentra en el principal método utilizado por la población que comete un suicidio, el 77.3%, de los cuales el 78.9% fueron hombres y el 69.9% mujeres.

Específicamente, el caso de los hombres, el disparo con arma de fuego es el segundo método más empleado, en el 10.9%; mientras que en las mujeres el envenenamiento ocupa el primer lugar, con un 21.8% de los casos³.

Con respecto al nivel de escolaridad de los individuos que cometieron el suicidio, el mayor porcentaje tenía escolaridad secundaria, el 31.8%, por sexos se reporta una mayor proporción en mujeres con educación media

Grafica 3. Relación de la escolaridad³.



superior y superior que hombres. Al hablar de la situación conyugal, aproximadamente la mitad de los individuos se encontraban en unión conyugal, ya sea casados o en unión libre, el 48%, seguidos por los que se encontraban solteros, un 39.8% de los suicidios de hombres y 43.7 del total de las mujeres³.

En lo referente a la ocupación, un importante porcentaje de las personas que se suicidaron no trabajaba, un 29.9%, sin embargo se considera que en este país, la condición laboral varía entre hombres y mujeres. Esta diferencia se presenta también entre los individuos que se suicidaron. Un porcentaje elevado de las mujeres que se suicidaron no trabajaban, el 67.1%, mientras que la mayor parte de los hombres sí laboraban, el 73.3%³.

EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

El estudio más reciente al respecto, titulado “Epidemiología del riesgo suicida en pacientes de un hospital psiquiátrico de la Ciudad de México”, se realizó durante el año 2012, y fue publicado recientemente en la revista Psiquis reportando que al año ingresan al servicio de urgencias 877 personas por conductas relacionadas con el suicidio, recibándose un promedio diario de 2.5 casos al día⁴.

Los diagnósticos más comunmente asociados con dicha conducta se enuncian a continuación:

- Trastorno Depresivo Recurrente (25.2%)
- Esquizofrenia (22.9%)
- Trastorno de Personalidad (17%)
- Trastorno del Humor Episodio Depresivo (11.6%)
- Trastorno Bipolar (6%). (Castañeda-González, García- Aguirre y Cols, en proceso de publicación)⁴.

EL SUICIDIO EN LA PSIQUIATRÍA

El suicidio es considerado como la complicación más grave de los trastornos psiquiátricos, siendo el intento de suicidio una urgencia psiquiátrica frecuente; representa a nivel mundial según la organización mundial de la salud, el 1% de los ingresos a los servicios de urgencias en los hospitales generales a nivel

mundial, de estos intentos, el 5% requiere tratamiento en la unidad de cuidados intensivos y el 2% de los pacientes mueren. Los factores de riesgo suicida más importantes son la existencia de un trastorno mental e intento suicida previo⁵.

El concepto de conducta suicida se refiere a una serie de conductas que incluyen la ideación suicida, el intento de suicidio y el suicidio consumado. En la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), la organización mundial de la salud propone como criterios operativos de suicidio: a) Un acto con resultado letal; b) Acto deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto; c) sabiendo o esperando el resultado letal y d) la muerte es considerada un instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y en el medio social, por lo tanto, se entiende por suicidio a la muerte autoinflingida de inicio a fin con evidencia implícita o explícita de que el fin de la persona era morir. Es necesario por lo tanto definir los términos que incluye la conducta suicida⁶.

Se entiende por intento suicida al acto no habitual con resultado no letal y deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, causándole una autolesión o que, sin la intervención de otros la determinaría o en su caso, que haya presentado una ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica teniendo conocimiento de esto. El suicidio frustrado, se conoce como la acción de un agente accidental e imprevisible que impide la muerte del sujeto con intención suicida. Por otro lado, la ideación suicida se considera como una serie de pensamientos sobre el cese de la propia vida ante

situaciones de estrés intolerable u otras. Las autolesiones o el comportamiento autolesivo se refieren al daño corporal sin intención suicida. La conducta autolesiva repetitiva se caracteriza por la presencia de impulsos recurrentes de infringirse daño físico, que se acompaña de tensión creciente, ansiedad u otros estados disfóricos⁵. En los manuales de clasificación diagnóstica, el suicidio no tiene un código autónomo. LA CIE-10, clasifica a las lesiones intencionalmente autoinflingidas en sus rubros (X60-X84), en un código adicional en el capítulo XX sobre causas externas de morbilidad y mortalidad (V01-Y98) y finalmente en el capítulo XXI sobre factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud (Z00-Z99) se describe el apartado Z91.5, la historia personal de lesión autoinflingida que incluye conductas parasuicidas⁶.

HISTORIA FAMILIAR DE LA CONDUCTA SUICIDA

La organización mundial de la salud reporta que alrededor del 5% de los pacientes suicidas presenta antecedente de un familiar muerto por suicidio. En los casos de suicidio en menores de 18 años, se describe del 10 al 20% de tentativas entre sus familiares. Los estudios que se han llevado a cabo en familiar, gemelos y grupos endogámicos, reflejan la importancia de los antecedentes suicidas en las familias como factor de riesgo importante. En cuanto a la heredabilidad, se habla de que no hay genes específicos que contribuyan al riesgo suicida, estos podrían considerarse dependiendo del trastorno mental de base de que se trate⁷.

GRUPOS DE RIESGO

Se identifica como grupos de riesgo tanto a los adolescentes como a los ancianos. En el caso de los adolescentes, en ocasiones la afectación clínica no suele ser grave, sin embargo debe estudiarse toda conducta suicida. En el caso de los ancianos, donde es más frecuente el suicidio que en cualquier otra población, debe tomarse en cuenta los trastornos psiquiátricos diagnosticados, aunados a las comorbilidades y a los factores de riesgo que se detecten⁹. En la tabla 2 se enuncian los factores de riesgo más comúnmente asociados dentro de la conducta suicida según la APA⁹.

TABLA 2. FACTORES DE RIESGO GLOBALES PARA SUICIDIO⁹.

Hombre	Mujer
Mayor de 65 años	Menor de 45 años
Viudo/divorciado	Divorciado
Aislamiento (social, familiar)	Conflictos interpersonales
Jubilación/desempleo	Desempleo
Enfermedades médicas	
Trastornos afectivos/psicóticos	Trastornos adaptativos/ Trastornos de personalidad.
Abuso de sustancias	Abuso de sustancias
Tentativas de suicidio previas	Tentativas de suicidio previas
Medio rural/urbano	Medio urbano

VALORACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

Una de las funciones más importantes del psiquiatra es la evaluación del riesgo suicida en un paciente. Tomando en cuenta que el 90% de los sujetos que presentan suicidio consumado tenían un diagnóstico psiquiátrico previo. Es necesario tomar en cuenta criterios mayores y menores para suicidio⁹.

TABLA 3. PRINCIPALES RIESGOS PARA SUICIDIO⁹.

RIESGO MAYOR	RIESGO MENOR
Ideación suicida recurrente	Ideación suicida esporádica/ante estresor
Ideas de muerte recurrentes	No hay ideas de muerte
Comunicación indirecta sobre la idea suicida	Comunicación directa sobre la idea suicida
Planificación del método y el sitio	No hay planeación/impulsividad
Negación de la idea suicida	Ambivalencia
Nota suicida	Ausencia de nota suicida
Método violento	Método no violento

CONDUCTA SUICIDA

Los intentos suicidas ocurren en todas las etapas de la vida y en ambos sexos, para su estudio, deben tomarse en cuenta factores asociados. Con respecto al método utilizado, la organización mundial de la salud describe que un 70-80% se realizan con sobreingesta de medicamentos. Las intoxicaciones medicamentosas tienen una dificultad en cuanto a su evaluación, ya que la

relación Toxicidad-intención letal, está determinada por los conocimientos toxicológicos del sujeto. Para lo cual se requiere interrogar al paciente acerca de sus expectativas de toxicidad, tiempo de acción, dosis letal necesaria para causar la muerte, entre otras. Los métodos violentos son indicadores objetivos de la intención letal, en este caso deberá tomarse en cuenta el tiempo de no retroceso de la acción letal¹¹.

La intencionalidad suicida es mayor cuando existe una planeación, cuando se llevan a cabo acciones con respecto a situaciones familiares, económicas o laborales previas a su muerte; cuando se determina lugar, tiempo y método con anticipación, la redacción de una nota, así como tomar medidas para impedir ser salvado. Se ha relacionado también la disociación entre la intención de morir expresada por el sujeto y el resultado del intento suicida; las tentativas graves, tienden a minusvalorar la intencionalidad y viceversa. La persistencia de la intención suicida, cualquiera que sea la letalidad, tras un intento, requiere extremar precauciones; se debe evaluar si continúa en una situación presuicida, para lo cual podríamos categorizar un contexto dinámico en el que se encuentren tres factores asociados, el primero, un estado cognitivo y emocional del sujeto depresivo, inhibido, en el que el acto suicida es premeditado o deliberado, un patrón de irritabilidad, agresividad, en el que la conducta suicida tiende a ser impulsiva y por último, un patrón de ansiedad psíquica y agitación motora que facilita el paso a la acción de manera impulsiva. Ante este patrón de estado constante, deberán evitarse situaciones desencadenantes: estresores, conocidos por su alto contenido emocional y que siempre son secundarios a un acontecimiento vital de breve duración y

limitadas consecuencias para el sujeto; un estado de crisis, conocida como una intensa alteración emocional prolongada, reactiva a una serie de acontecimientos vitales sucesivos que afectan de manera importante a la homeostasis del sujeto o bien un síntoma que puede tener relación a un trastorno psiquiátrico¹¹.

DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

La conducta suicida está mediatizada por un estado de ánimo depresivo, por un acto impulsivo tras un estresor con alto contenido emocional en su mayoría de las veces. La organización mundial de la salud estima que en el 75% de los intentos de suicidio reportados se diagnosticaron trastorno distímico y/o trastornos de personalidad, en especial el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite, por otro lado, la depresión se diagnosticó en un 10-15%, sin embargo en las muertes por suicidio consumado el porcentaje de depresión se eleva y alcanza de un 30 a un 50%. La tasa de suicidio en los pacientes del espectro bipolar se sitúa entre un 10 a 15%. Se ha observado que el porcentaje de suicidios en los trastornos afectivos aumenta cuando presentan comorbilidad con algún trastorno de personalidad¹².

Con respecto a los trastornos psicóticos, se refiere, que el suicidio es la primera causa de muerte en pacientes jóvenes con diagnóstico de esquizofrenia, 10%, en este rubro se categorizan como periodos de riesgo: a) inicio de la

enfermedad, b) exacerbación de sintomatología psicótica y c) Al final del episodio psicótico, ya que frecuentemente se asocia a una clínica depresiva postpsicótica y que puede determinar una conciencia de enfermedad tal que conlleve a un elevado riesgo suicida. Otros factores de riesgo que se deben considerar también son, la aparición de síntomas extrapiramidales intolerables, sea acatisia o discinesias, así como el contenido alucinatorio, voces imperativas y punitivas que exijan su muerte o castigo. En el caso de pacientes con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo tienen un riesgo superior.

Las tentativas de suicidio son muy frecuentes en personas con consumo de sustancias. En más del 25% de los intentos suicidas que acuden a servicios de urgencias, se encontraban bajo intoxicación por alguna sustancia, principalmente alcohol y de estos, el 25% muestra criterios de trastornos por dependencia a otras sustancias psicotrópicas. Del 10 al 15% de pacientes alcohólicos mueren por suicidio, generalmente ocurre hacia los 15 a 20 años de evolución de la enfermedad y generalmente coincide con la aparición de alguna enfermedad médica diagnosticada secundaria al consumo. Hasta el 75% de los alcohólicos crónicos repiten las tentativas de suicidio. En los trastornos por dependencia a opiáceos se observa a nivel global un patrón suicida similar, teniendo una mortalidad por suicidio de un 10%, esta suele ser posterior a los 8 a 10 años de consumo de la sustancia.

En los trastornos de personalidad, la mortalidad por suicidio es entre el 10 y 15%. Globalmente se reporta que el 25% de los pacientes que presentan intento suicida tienen un trastorno de personalidad, en orden descendente el trastorno de inestabilidad emocional tipo límite, el antisocial, el histriónico y el

narcisista. Tienden a llevar repetidas tentativas suicidas de baja letalidad, por lo que se ha visto que se convierte en una estrategia para afrontar las situaciones de estrés¹².

En los trastornos de ansiedad, se dice que el riesgo de intentos suicidas es mayor a la población en general. El 20% de estos pacientes realizan intentos suicidas, siempre y cuando se encuentre en comorbilidad con depresión, trastornos de personalidad y abuso de sustancias, lo cual puede elevar el riesgo, empeorar la respuesta terapéutica y el pronóstico¹².

Cuando existe una enfermedad médica crónica e invalidante o bien que presenta un dolor continuo o que el paciente se encuentra en el estadio terminal y los diagnósticos implican a la muerte a corto plazo, pueden ser factores de riesgo por los que se decida terminar con la vida. A pesar de esto, el porcentaje de suicidios e intentos suicidas en esta población es muy bajo, a menos de que sean comorbidos con un trastorno psiquiátrico, por lo que el mecanismo facilitador es la depresión secundaria al padecimiento médico, lo cual puede ser causado ya sea por los propios síntomas e incapacidad, como por los tratamientos farmacológicos utilizados. Entre las poblaciones con suicidio consumado se estima que el 45% padecía una enfermedad médica, sin embargo solo el 5% se encontraba en un estadio terminal. En los intentos suicidas se diagnostica enfermedad médica en un 20 a 30%¹².

ENTREVISTA, EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA Y TRATAMIENTO

La entrevista psiquiátrica siempre se hará a partir de una comprensión empática de la situación extrema en la que se encuentra el paciente, misma situación que lo llevó a tomar medidas tales como poner en riesgo su vida. Se debe considerar que los juicios de valor no son eficaces ya que el suicidio siempre resulta razonable para quien lo realiza. Resulta de vital importancia con respecto a la obtención de información sí como para valorar el soporte, el entrevistar a la familia, es útil también conocer lo que el intento suicida generó en la familia, ya sean sentimientos de culpa, angustia, incredulidad, agresividad, etc. Al mismo tiempo, deberá darse a conocer a los familiares el riesgo de recidiva o consumación, con el objetivo de asumir la responsabilidad en la vigilancia y control de agentes letales con los que se pudiera tener contacto.

Son de utilidad algunos cuestionarios y escalas para la evaluación del riesgo o intencionalidad suicida, las cuales utilizan variables sociodemográficas y clínicas observadas con mayor frecuencia en las poblaciones suicidas, la mayor parte de estas escalas se realizan con estudios retrospectivos y los resultados no pueden ser generalizables para otros grupos. Es de nuestro conocimiento el pobre valor predictivo que las escalas nos proporcionan sin embargo pueden identificar de manera sistematizada ciertos factores de riesgo. Existen desde las evaluaciones rápidas SAD Person Scale, de Patterson y cols, así como otras más específicas, como la Suicide intent scale, la scale for suicide ideation y la Hopelessness Scale, todas ellas de A. T. Beck y cols, entre otras⁹.

Al finalizar la evaluación del paciente, debe tomarse la intención letal del intento, la utilización de métodos violentos, la planeación, el diagnóstico psiquiátrico y la gravedad de la psicopatología, aunado a los niveles de ansiedad por estresores ambientales o bien a un soporte familiar inadecuado, todo esto para decidir un ingreso hospitalario breve, ya que requerirán de una vigilancia estrecha e inicio o ajuste de tratamiento farmacológico. Deberá constar en el expediente el riesgo suicida y se dispondrán las medidas preventivas intrahospitalarias necesarias, que van desde vigilancia constante por parte del personal, el control de sitios de riesgo, ya sea ventanas o escaleras, o si bien el impulso suicida es mayor, hasta la sedación o contención física del paciente. El control ambulatorio tras intento suicida, deberá darse tras una evaluación global del paciente y considerando que las tentativas son de baja a moderada letalidad, debemos asegurar el adecuado soporte y la estricta medida de control con respecto a sitios de riesgo y productos peligrosos, así como asegurar el tratamiento médico, evitando que éste se encuentre bajo el dominio del paciente, ya que el 70% de las intoxicaciones medicamentosas voluntarias se realizan con fármacos que se le han prescrito con anterioridad al paciente. Con respecto al tratamiento farmacológico, deberá instaurarse el que se adecúe al padecimiento del paciente y nivel socioeconómico. Deberá de ser necesario iniciar un abordaje psicoterapéutico buscando el tratamiento integral del padecimiento a tratar. Si se trata de un padecimiento psiquiátrico afectivo resistente con ideación suicida persistente, deberá tomarse en cuenta la terapia electroconvulsiva como primera opción de tratamiento ⁹.

Se deberán llevar a cabo también medidas psicoeducativas tanto en el paciente como en los familiares con el objetivo de informar y sensibilizar sobre la frecuencia y gravedad del problema. Socialmente la psicoeducación va dirigida a disminuir el estigma social y ayudar a la población en general a reconocer a personas con riesgo suicida, eliminando creencias y conocimiento erróneo⁹.

FACTORES PROTECTORES EN LA CONDUCTA SUICIDA

Según la Organización Mundial de la Salud, en su manual de prevención del suicidio nos habla de las estrategias para contrarrestar los factores de riesgo ante el suicidio, las clasifica en tres: Las estrategias de prevención “universal”, que fueron diseñadas para llegar a toda una población, cuya finalidad es aumentar el acceso a la atención de salud, promover la salud mental, reducir el consumo nocivo de alcohol, limitar el acceso a los medios utilizables para suicidarse o promover una información responsable por parte de los medios de difusión. Otras estrategias son las de prevención “selectivas”, estas se dirigen a grupos vulnerables, como los de quienes han padecido traumas o abuso, los afectados por conflictos o desastres, los refugiados y migrantes y los familiares de suicidas, mediante los llamados “guardianes” adiestrados que ayudan a las personas vulnerables y mediante servicios de ayuda más accesibles como los prestados por líneas telefónicas¹.

Otras estrategias son las “indicadas” se dirigen a personas vulnerables específicas mediante el apoyo de la comunidad, el seguimiento a quienes salen

de los establecimientos de salud, la capacitación del personal de salud y una mejor identificación y manejo de los trastornos mentales y por uso de sustancias. Por otro lado, haciendo referencia a cuestiones más subjetivas, nos habla de la prevención que puede desarrollarse fortaleciendo los factores protectores, como relaciones personales sólidas, un sistema personal de creencias y estrategias de afrontamiento positivas¹.

RAZONES PARA VIVIR

Todo individuo que se encuentra deprimido y presenta ideación suicida, tiene un sentido de realidad modificado, un juicio disminuido que influye en la evolución de la conducta suicida y que en ocasiones no la frena, llevándose a cabo el acto suicida. Existen situaciones subjetivas que proporcionan al individuo cierta protección y que podrían evitar que la conducta suicida culmine con el acto.

Dentro de las creencias y estrategias de afrontamiento, así como vínculos familiares, relaciones sociales, encontramos múltiples factores protectores identificables en personas con conducta suicida que pueden ser clasificables y medibles.

MÉTODO

JUSTIFICACIÓN

El suicidio actualmente, se ha convertido en un problema global de salud pública. Las investigaciones al respecto se han centrado en su mayoría en los factores de riesgo asociados que predisponen a tener una conducta suicida, sin embargo los instrumentos encargados de evaluarla, no han prestado atención suficiente a su contraparte “las razones para vivir”; Osman et al., considera incompleto un estudio que no preste atención a los factores adaptativos que le impedirían a una persona atentar contra su vida⁵.

Todo individuo que presente conducta suicida deberá evaluarse de manera integral, por lo que no deberán dejarse de lado las creencias o expectativas que la persona tiene para adaptarse a las situaciones adversas y continuar con su vida, siendo estos los principales factores protectores⁵.

Es importante que aunado a todos los instrumentos que evalúan riesgo y letalidad suicida, se cuente con uno que nos aporte características adaptativas, así como fortalezas y creencias, ya que su aplicación proporcionará al clínico herramientas importantes que serán de gran utilidad al momento de plantear una estrategia terapéutica mejorando el pronóstico o la evolución de la conducta suicida.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A fin de conocer las razones para vivir con que cuentan los pacientes con diagnóstico de depresión y conducta suicida en usuarios del servicio de urgencias del HPFBA, se llevó a cabo un estudio observacional donde se propone aplicar el inventario de razones para vivir a pacientes de mayores de 18 años que acudan y que cuenten con diagnóstico de depresión y presenten conducta suicida durante los meses de abril a junio de 2017.

Para la recolección de datos y valoración, se realizó una hoja de registro con los datos de pacientes que acudan al servicio de urgencias del HPFBA, con diagnóstico de depresión confirmado por la entrevista clínica el inventario de depresión de Beck en conjunto, así como conducta suicida confirmada por la entrevista clínica, la escala de ideación suicida y la escala de intencionalidad suicida del mismo autor, A. Beck. De igual forma se aplicó el inventario de Razones para vivir con la finalidad de conocer la contraparte de la conducta suicida, así como las creencias y fortalezas de los pacientes con alto riesgo de suicidio, lo anterior previa autorización del paciente.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe una relación estadísticamente significativa entre las razones para vivir y las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes deprimidos con conducta suicida que acuden al servicio de urgencias del HPFBA?

TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional, transversal, correlacional.

OBJETIVO GENERAL

Determinar las “Razones para vivir” en pacientes con depresión y conducta suicida que acuden al servicio de urgencias del HPFBA y su asociación con variables sociodemográficas y clínicas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las razones para vivir, mediante la entrevista clínica y la realización de escalas, en pacientes deprimidos con conducta suicida que acudan al servicio de urgencias del HPFBA.
2. Identificar características clínicas y sociodemográficas mediante la entrevista clínica y el cuestionado semiestructurado en pacientes deprimidos con conducta suicida que acudan al servicio de urgencias del HPFBA.

MUESTRA Y MUESTREO

Se captó una muestra de 50 pacientes durante los meses de abril a junio de 2017 a pacientes que acudan al servicio de urgencias presentando conducta suicida confirmada por entrevista clínica y evaluada por la escala de ideación suicida e intencionalidad suicida del mismo autor Aaron T. Beck. De esta muestra únicamente se tomaron a 32 usuarios en los que se pudo confirmar el diagnóstico de depresión tanto por la entrevista clínica como por la aplicación de instrumentos clinimétricos, el inventario de depresión de Beck.

Criterios de Inclusión:

1. Pacientes que acudan al servicio de urgencias por conducta suicida.
2. Pacientes con diagnóstico de depresión confirmada por el inventario de depresión de Beck, tomando como diagnóstico de depresión un puntaje arriba de 14 de un total de 63.
3. Pacientes con conducta suicida confirmada y evaluada por la escala de ideación suicida e intencionalidad suicida del mismo autor Aaron T. Beck, tomando como riesgo suicida un puntaje mayor a 1.
4. Pacientes mayores de 18 años y menores de 75 años.
5. Pacientes que acepten y firmen consentimiento informado para su inclusión en el estudio.
6. Pacientes de sexo femenino y masculino.

Criterios de Exclusión:

1. Pacientes sin conducta suicida.
2. Pacientes menores de 18 años y mayores de 75 años.
3. Que el paciente y/o familiar responsable no firme el consentimiento informado.

Criterios de Eliminación:

1. Pacientes que no terminen con la entrevista.
2. Que no deseen la publicación de sus resultados.

Hipótesis de investigación:

Sí existe relación estadísticamente significativa entre las razones para vivir y las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes deprimidos con conducta suicida que acuden al servicio de urgencias el HPFBA.

Hipótesis nula:

No existe relación estadísticamente significativa entre las razones para vivir y las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes deprimidos con conducta suicida que acuden al servicio de urgencias el HPFBA.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO Y NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADOR
AL				
Creencias y fortalezas	Conjunto de creencias, fortalezas, constructos morales y vínculos afectivos con los que cuenta una persona para desear continuar con su vida y no tener un acto suicida.	Puntaje obtenido en las seis creencias y fortalezas del inventario razones para vivir	Cuantitativa Dependiente	Puntaje total de 1 a 6 en cada subescala. Con un total de 48 items.
1. Creencias de supervivencia y fortaleza.				
2. Creencias de responsabilidad familiar.				
3. Preocupaciones concernientes a los hijos.				
4. Miedo al suicidio.				
5. Miedo a la desaprobación social.				
6. Objeciones morales.				
Edad	Años desde el nacimiento del paciente.		Cuantitativa Independiente	Años
Sexo	Sexo del paciente		Cualitativa Independiente	Masculino o femenino.
Estado Civil	Compromisos conyugales		Cualitativa Independiente	Soltero, casado, unión libre, separado, divorciado o viudo.

Ocupación	Trabajo desempeñado	Cualitativa Independiente	Varios.
Lugar de residencia	Estado de la república en el que reside.	Cualitativa Independiente	Varios.
Intentos de suicidio previos	Presencia de intentos de suicidio previos (acciones autolesivas con fines suicidas).	Cualitativa Independiente	Si o no.
Uso de alcohol durante el intento	Consumo de alcohol durante la acción autolesiva con fines suicidas	Cualitativa Independiente	Varios
Ocupación actual	Se refiere a la situación, estado laboral o actividad que sea remunerada o no y que abarque un tiempo considerado en el quehacer diario de la persona.	Cualitativa Independiente	Varios
Antecedente familiar de primero y segundo grado de conducta suicida	La definición previa de conducta suicida presente en familiares de primero y segundo grado	Cualitativa Independiente	Varios

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK (ISB)

Escala heteroaplicada, elaborada por Beck (1979) para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse. Consta de 19 ítems. Las adaptaciones al castellano la presentan dividida en varias secciones que recogen una serie de características relativas a:

- Actitud hacia la vida / muerte

- Pensamientos o deseos suicidas

- Proyecto de intento de suicidio

- Realización del intento proyectado

Y añaden una quinta sección, con dos ítems, en la que se indaga sobre los antecedentes de intentos previos de suicidio. Estos dos ítems tienen un valor meramente descriptivo, ya que no se contabilizan en la puntuación global de la escala. Para cada ítem hay tres alternativas de respuesta que indican un grado creciente de seriedad y/o intensidad de la intencionalidad suicida.

En México se han realizado diversos estudios que plantean la evaluación de las propiedades clinimétricas en la población mexicana, las características psicométricas: la concordancia diagnóstica y la consistencia interna de la Escala

de Ideación Suicida de Beck (ISB), así como identificar la frecuencia de la ideación suicida en diversos grupos etarios, de igual forma, describir las características clínicas de los que presentaron la ideación suicida, uno de estos estudios se llevó a cabo por parte del servicio de psiquiatría del departamento de psicología médica, psiquiatría y salud mental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. El estudio fue de tipo transversal, ex-post-facto, donde se utilizó un procedimiento de muestreo no probabilístico, concluyendo que la escala de Ideación Suicida de Beck no pretende poder predecir el intento suicida, pero sí valorar la intensidad del deseo de suicidarse para saber si el sujeto corre el riesgo de suicidarse pronto. Por lo tanto, es importante saber si tiene o no la idea de hacerlo y detectarlo oportunamente para evitarlo y proporcionarle un tratamiento adecuado¹⁴.

ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK (SIS)

La SIS es una escala diseñada para evaluar las características de la tentativa suicida: circunstancias en las que se llevó a cabo (aislamiento, precauciones, etc.), actitud hacia la vida y la muerte, pensamientos y conductas antes, durante y después de la tentativa de suicidio, consumo de alcohol u otras sustancias relacionado con la tentativa. Se trata de una escala semiestructurada que consta de 20 ítems, que se valoran en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos).

Se recomienda su utilización en personas que han realizado una tentativa de suicidio. Consta de tres partes bien diferenciadas:

- Parte objetiva (circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio) (ítems 1 a 8).
- Parte subjetiva: expectativas durante la tentativa de suicidio (ítems 9 a 15).
- Otros aspectos (ítems 16 a 20). Es un instrumento heteroaplicado.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN: Proporciona una valoración de la gravedad de la tentativa. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en los ítems 1 al 15 (los 5 últimos ítems no puntúan). No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad¹⁵.

Con respecto a las propiedades clinimétricas, encontramos que la fiabilidad: de la escala en los 8 primeros ítems es de 0,91. Su consistencia interna (alfa de Cronbach) es elevada (0,82).

En adolescentes la consistencia interna para los 15 primeros ítems es de 0,85 (0,60 para los 8 primeros y 0,85 para los restantes). La correlación de la puntuación total con cada uno de los ítems es significativa, salvo para el 8¹⁶.

En relación a la validez, el análisis factorial se han detectado tres factores principales en la construcción de la escala, el primero se refiere a la expectativa de resultado, a las conductas de aislamiento y actividades de planificación. Ha mostrado correlaciones positivas con escalas similares, como Suicide Ideation Questionnaire, Reynolds Adolescent Depresión Scale y Hopelessness Scale for Children¹⁶.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-II

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un instrumento tipo autoinforme compuesto por 21 ítems de tipo Likert. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. Es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles Muñiz y Fernández-Hermida, en 2010. Sus ítems describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión ¹⁷.

La prueba ha de ser destinada preferentemente para un uso clínico, como un medio para evaluar la presencia y la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con 13 años o más de edad ¹⁷.

Habrà de evaluarse según la suma de las puntuaciones de cada ítem que van de un valor de 0,1,2,3 puntos como sigue:

- 0 – 13 puntos: Sin depresión.
- 14 – 19 puntos: Depresión leve.
- 20 – 28 puntos: Depresión moderada.
- 29 – 63 puntos: Depresión severa.

Con respecto a sus propiedades psicométricas, en un artículo de validación a la lengua española, comenta la fiabilidad de consistencia interna del inventario refiriendo que fue elevada, con un coeficiente alfa de 0,87. Los análisis factoriales indicaron que este instrumento, mide una dimensión general de depresión compuesta por dos factores altamente relacionados, uno cognitivo-afectivo y otro somático-motivacional. Refiriéndose a términos de consistencia interna y validez factorial, este instrumento parece el mejor para evaluar sintomatología depresiva en población general. La distribución de la puntuación total fue similar a la encontrada en estudios previas evaluaciones¹⁸.

INVENTARIO DE RAZONES PARA VIVIR

El “inventario de razones para vivir” (RFL, por sus siglas en inglés reasons for living inventory) fue diseñado en 1983 por Marsha Linehan, con la hipótesis de que la diferencia entre individuos con conductas suicidas de los individuos sin conducta suicida, está determinado por un sistema de creencias que los motiva a vivir¹³.

Se trata de un instrumento clinimétrico que se enfoca en ciertas particularidades adaptativas que evitan que el individuo tome la decisión de suicidarse. Está conformado por 48 ítems organizadas en 6 sub escalas que se enuncian en la tabla 4¹³.

Tabla 4. Sub escalas del inventario RFL¹³.

1.	Creencias de supervivencia y afrontamiento.
2.	Creencias de responsabilidad familiar.
3.	Preocupaciones concernientes a los hijos.
4.	Miedo al suicidio.
5.	Miedo a la desaprobación social.
6.	Objeciones morales.

El inventario de razones para vivir ha demostrado ser de gran utilidad en la evaluación del riesgo suicida, se refiere de este altos niveles de consistencia interna y validez¹³.

En el año 2000, Oquendo et al, adaptaron la escala “Razones para vivir” al español en población latina norteamericana, evaluando la estructura factorial,

confiabilidad, validez de contenido y de constructo en una muestra de individuos con intento suicida; esta versión mostró adecuadas propiedades psicométricas y una elevada consistencia interna y temporal, de igual manera encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de esta escala entre individuos con riesgo de suicidio alto y bajo, definido clínicamente. De igual manera la escala fue validada en Colombia, en individuos con conducta suicida, donde se reportaron resultados similares¹³.

En México, la validación de este inventario se realizó en 2015, concluyendo una confiabilidad y validez aceptable; reconoce la capacidad para estratificar el riesgo suicida y distingue de forma indirecta a aquellos pacientes sin conducta suicida de aquellos con fantasías, ideación o intento suicida, considerando pues sus ventajas con respecto a las perspectivas del fenómeno suicida²².

Este instrumento cuenta con seis sub escalas que abarcan los siguientes rubros.

Es una escala tipo Likert con 32 ítems y 6 opciones de respuesta, van de:

1 = Sin ninguna importancia (como razón para no quitarse la vida, o no aplica en mi caso, o no creo en esto en absoluto)

2 = De muy poca importancia

3 = De poca importancia

4 = De alguna importancia

5 = De mucha importancia

6 = De suma importancia (como razón para no quitarse la vida, o creo mucho en esto y es extremadamente importante)

Los resultados puntúan de mayor a menor con respecto a las razones para vivir en total y según los rubros¹³.

Se han realizado diversos estudios en América Latina, donde los resultados muestran elevados índices de confiabilidad. Un coeficiente de 0.93 para la prueba total y coeficientes entre 0.83 y 0.92 para cada una de las áreas de la prueba. La estructura factorial resultó adecuada, se reprodujeron los 5 factores con un 63.74% de varianza explicada. La correlación con las escalas de Sentido de Coherencia y Esperanza resultaron positivas, altas y significativas, con lo que se confirma la validez y confiabilidad del inventario para poblaciones similares a las del presente estudio.

PROCEDIMIENTO

1. Se presentó el protocolo de estudio a los Comités de ética en Investigación y de Investigación del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" para la realización de correcciones y su aprobación.
2. Al ser aprobado el protocolo, se solicitó al jefe del servicio de urgencias, su autorización para la realización del estudio, proporcionándoseles una copia de protocolo, informándose el procedimiento de manejo de la información y los resultados del estudio. Al término de la evaluación, se integró al expediente clínico del paciente una nota donde se comentaron los

resultados de la entrevista semiestructurada y del inventario de “Razones para vivir”.

3. El proyecto se dividió en tres etapas:
 - a) Recolección de la muestra. Con base en los criterios de inclusión se recolectó una muestra en un periodo de dos meses.
 - b) El proceso de evaluación se llevó a cabo en una entrevista clínica semi-estructurada de aproximadamente 60 minutos que incluyó la aplicación de escalas correspondientes (RFL, SIS, IIS, ISB).
4. Se explicaron los objetivos del estudio y se firmó el consentimiento informado.
5. Recolección y análisis de datos. Durante el período comprendido de Abril 2017 a Junio 2017.
6. Se consignó en una nota médica los resultados de la escala en el expediente clínico en espera de que sean de importancia para el abordaje terapéutico.
7. A partir del 15 de agosto de 2017 se presentaron los resultados del estudio, así como el proyecto completo para su publicación como tesis de titulación para obtener el grado de Especialista en Psiquiatría.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio se basa en la ley general de Salud, en su Reglamento en Materia de Investigación para la Salud dentro de los artículos 1º al 27, en los cuales se estipulan las consideraciones éticas necesarias para la investigación con seres humanos, es una investigación de mínimo riesgo (nivel I), ya que únicamente se observó a una población de pacientes en un estudio transversal. El procedimiento se llevó a cabo de acuerdo a lo descrito en la NOM-012-SSAA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos²⁶.

Se aplicaron escalas e instrumentos clinimétricos que no requieren algún método invasivo, tampoco se manipula la conducta del individuo. Los sujetos de estudio no recibieron ningún beneficio inmediato del estudio. Previo al estudio se les entregó una carta de consentimiento informado en la cual se da información sobre el estudio, lo que incluye aclarar objetivos del estudio, una descripción clara del procedimiento de intervención, la duración del estudio y las implicaciones de participar en él, esta carta será aclarada verbalmente en caso de surgir alguna duda. Esta información se dio antes de la entrevista semi estructurada y la aplicación de instrumentos clinimétricos. Se manejó una estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos en el estudio sin dar a conocer nombres o algún otro dato que pueda dar indicios sobre la identidad de los participantes, el uso de estos datos es únicamente científico. Cualquier información solicitada por el usuario y obtenida con el estudio, se otorgó al solicitante siempre siguiendo las premisas anteriores sobre la confidencialidad. Siendo así, los sujetos de estudio se

encontraron en un marco de bienestar, no se generaron costos excesivos ni riesgos para el paciente. El estudio se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, lugar que cuenta con la infraestructura necesaria para la realización del estudio. De acuerdo con la declaración de Helsinki, promulgada por la asociación médica mundial, el paciente en estudio recibió un trato digno, en los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. La investigación fue realizada por profesionales de la salud con el conocimiento suficiente para garantizar la integridad del ser humano, esto bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes. Para el inicio fue necesario contar con el dictamen favorable de los comités de investigación y ética en investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 50 individuos con conducta suicida que acudieron al servicio de urgencias del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, de los cuales únicamente 32 se confirmó un episodio depresivo con el Inventario de Depresión de Beck. Por lo tanto la muestra se redujo a 32 usuarios, eliminándose 18.

Se realizó una base de datos con la información sociodemográfica obtenida mediante una entrevista semiestructurada, los resultados de las escalas aplicadas evaluando tanto el episodio depresivo, la conducta suicida mediante la ideación e intencionalidad suicida, así como las razones para vivir. El análisis estadístico se realizó con el software SPSS para PC.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Se analizaron los datos de 32 usuarios incluidos en la muestra. La edad mínima fue de 18 años y la máxima fue de 72, con un rango de 54. El promedio de edad fue de 39.9 años, con una desviación típica de 16.18 (Tabla 5). Con respecto a la escolaridad en años, se obtuvo un mínimo de 7 años y un máximo de 23 años de estudios, con un rango de 16, mientras que el promedio es de 13.03 años con una desviación típica de 3.82 (Tabla 6).

Tabla 5. Descripción de la edad mínima y máxima de los 32 sujetos de la muestra.

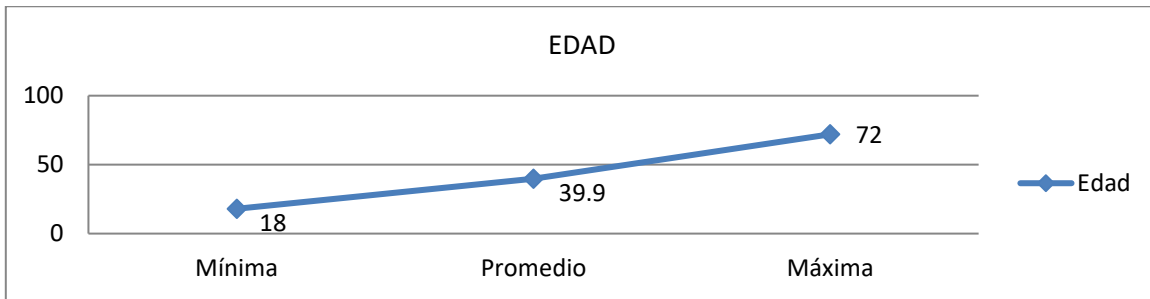
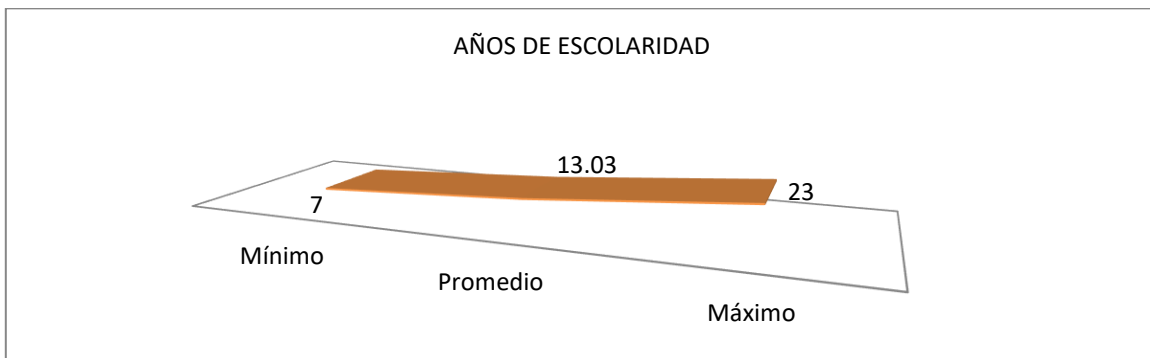


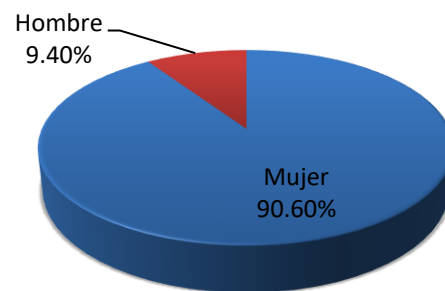
Tabla 6. Descripción de los años de escolaridad mínimo y máximo de los 32 sujetos de la muestra.



En relación al sexo de los usuarios, se incluyeron 29 mujeres, conformando el 90.6% de la muestra y 3 hombres, que conformaron el 9.4% restante (Tabla 7).

Tabla 7. Descripción de la relación entre los sexos y el porcentaje de los 32 sujetos de la muestra.

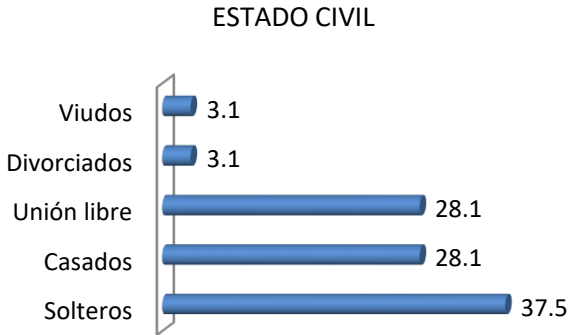
	Frecuencia	Porcentaje
HOMBRE	3	9,4
MUJER	29	90,6
Total	32	100,0



En cuanto al estado civil de los usuarios evaluados, los solteros fueron los que obtuvieron mayor porcentaje, 37.5% seguidos por los casados y en unión libre con un 28.1 % respectivamente, y siendo la minoría los divorciados y viudos con un 3.1% respectivamente (Tabla 8).

Tabla 8. Descripción con respecto a la relación del estado civil y su porcentaje en los 32 sujetos de la muestra.

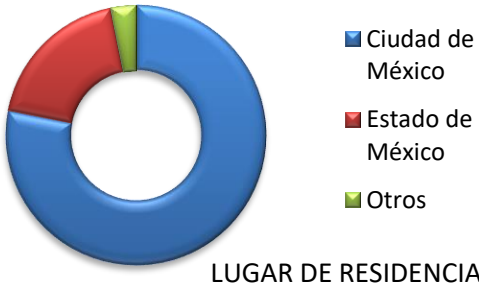
	Frecuencia	Porcentaje
SOLTERO	12	37,5
CASADO	9	28,1
UNION LIBRE	9	28,1
DIVORCIADO	1	3,1
VIUDO	1	3,1
Total	32	100,0



De los usuarios captados, la mayoría reside en la Ciudad de México, con un porcentaje de 78.1%, mientras que el 6% viven en la Ciudad de México y el 3.1% de otros Estados de la república (Tabla 9).

Tabla 9. Descripción con respecto al lugar de residencia y su porcentaje en los 32 sujetos de la muestra.

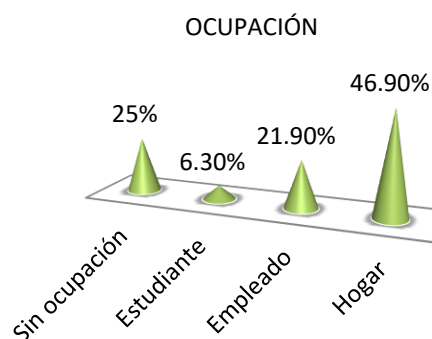
	Frecuencia	Porcentaje
CDMX	25	78,1
EDOMX	6	18,8
OTROS	1	3,1
Total	32	100,0



En lo referente a la ocupación, la mayoría de los usuarios refirieron dedicarse a las labores del hogar, en un 46.9%, seguidos por los que refirieron no tener ocupación en un 25%, los que refirieron estar laborando fueron el 21.9% mientras que los estudiantes fueron en un porcentaje menor, el 6.3% (Tabla 10).

Tabla 10. Descripción con respecto a la ocupación y su porcentaje en los 32 sujetos de la muestra.

	Frecuencia	Porcentaje
SIN OCUPACION	8	25,0
ESTUDIANTE	2	6,3
EMPLEADO	7	21,9
HOGAR	15	46,9
Total	32	100,0



Con respecto a intentos suicidas previos, obtenidos mediante la entrevista semiestructurada, encontramos que el 81.3% de los usuarios había presentado un intento suicidas previos y solo el 18.8% no había presentado intento suicida previo (Tabla 11).

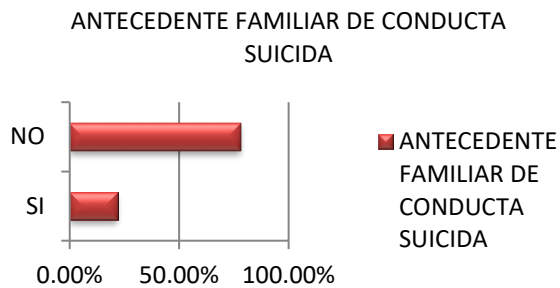
Tabla 11. Descripción de intento suicida previo y su porcentaje en los 32 sujetos de la muestra.

	Frecuencia	Porcentaje
SI	26	81,3
NO	6	18,8
Total	32	100,0



En la entrevista también se hace referencia a los antecedentes familiares de suicidio, encontrando que el 21.9% de los participantes tenían antecedentes familiares de conducta suicida, mientras el 78.1% negó este dato (Tabla 12).

Tabla 12. Porcentaje de antecedente familiar de conducta suicida en la muestra de 32 sujetos de la muestra.



	Frecuencia	Porcentaje
SI	7	21,9
NO	25	78,1
Total	32	100,0

En la muestra, encontramos que el 84.4% de los usuarios no habían consumido alcohol para llevar a cabo el intento suicida, mientras que el 15.6% lo habían hecho bajo el consumo de alcohol (Tabla 13).

Tabla 13. Porcentaje de consumo de alcohol previo al intento suicida en los 32 sujetos de la muestra.

	Frecuencia	Porcentaje
SI	5	15,6
NO	27	84,4
Total	32	100,0

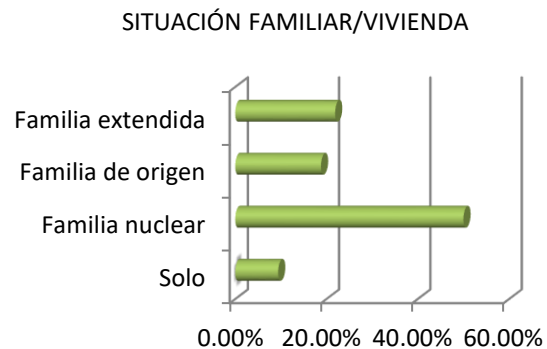
CONSUMO DE ALCOHOL PREVIO AL INTENTO SUICIDA



Con respecto a la situación familiar y de vivienda, encontramos que la mitad de los individuos entrevistados vive con su familia nuclear 50%, el 21.9% vive con familia extendida, mientras el 18.8% continúa viviendo con su familia de origen y solo el 9.4% de los usuarios vive solo (Tabla 14).

Tabla 14. Descripción de la situación familiar y De vivienda de los 32 sujetos de la muestra.

	Frecuencia	Porcentaje
SOLO	3	9,4
NUCLEAR	16	50,0
ORIGEN	6	18,8
EXTENDIDA	7	21,9
Total	32	100,0



De los 32 usuarios que entraron en el estudio tras confirmar el diagnóstico de depresión con el inventario de depresión de Beck, encontramos que el 62.5% presenta un episodio depresivo actual severo y el 37.5% presentó un episodio depresivo actual moderado (Tabla 15).



Tabla 15. Descripción de severidad de síntomas depresivos de acuerdo al Inventario de depresión de Beck en los 32 sujetos de muestra.

	Frecuencia	Porcentaje
MODERADO	12	37,5
SEVERO	20	62,5
Total	32	100,0

Para confirmar la conducta suicida en los usuarios evaluados, aplicamos la escala de ideación suicida y la de intencionalidad suicida del mismo autor A. Beck, reportando que el 62.5% de los individuos evaluados con episodio depresivo confirmado, presentan riesgo suicida grave, mientras que el 37.5% restante presentan riesgo suicida moderado (Tabla 16).

Tabla 16. Descripción del porcentaje de Intencionalidad suicida según la escala de intencionalidad suicida de Beck en los 32 sujetos de la muestra.

	Frecuencia	Porcentaje
RS MODERADO	12	37.5
RS GRAVE	20	62.5
Total	32	100.0

Se describe a doce usuarios con riesgo suicida moderado, de los cuales once son mujeres y uno es hombre, veinte con riesgo suicida grave, de los cuales dieciocho son mujeres y dos son hombres (Tabla 17).

Tabla 17. Descripción de la relación entre sexo e intencionalidad suicida.

INTENCIONALIDAD SUICIDA			
RS MODERADO		RS GRAVE	
SEXO		SEXO	
MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO
Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
1	11	2	18

Como segundo análisis se busca la asociación entre las razones para vivir y las variables sociodemográficas así como el episodio depresivo y la conducta suicida que presentan los usuarios. Para lo anterior, se utilizaron las correlaciones de Pearson y Spearman, ya que las características de las variables permiten el uso de dicha prueba.

En cuanto al grupo etario, en el índice 6 que se refiere a las objeciones morales, encontramos una correlación significativa de 0.667 y una significancia bilateral de 0.000. Al encontrarse un nivel crítico menor al nivel de significación establecido, se asume que la correlación es estadísticamente significativa (Tabla 19).

Tabla 19. Descripción de la correlación de razones para vivir y sus diferentes subescalas con la edad.

	Grupo etario	indice.1	indice.2	indice.3	indice.4	indice.5	indice.6
Correlación de Pearson	1	.226	.231	.040	.178	.278	.667**
Sig. (bilateral)		.215	.204	.827	.329	.123	.000
N	32	32	32	32	32	32	32

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Lo anterior se refiere a que existe una correlación directa con respecto al grupo etario y las objeciones morales, esto es entre mayor es la edad mayor es la importancia que se les da a las objeciones morales, como el hecho de que es moralmente inaceptable quitarse la vida o bien que las creencias religiosas

prohíben al hombre decidir sobre su muerte y el temor al castigo que este acto pudiera tener (“Mis creencias religiosas me lo prohíben”, “Me da miedo ir al infierno”, etc.)²².

De acuerdo a la correlación con la ocupación, se reporta un nivel crítico menor al nivel de significación establecido, se asume que la correlación es estadísticamente no significativa, quiere decir que no influye su ocupación actual con respecto a las razones para vivir.

Al evaluar la correlación entre las subescalas del inventario de razones para vivir con respecto a la escala de intencionalidad suicida de Beck, encontramos que en el índice 6 que se refiere a las objeciones morales, existe una correlación significativa de 0.376 y una significancia bilateral de 0.034, esto es que a mayor importancia con respecto a las objeciones morales mayor es la severidad con respecto a la intencionalidad suicida en estos pacientes, reflejada en un mayor puntaje de la escala de intencionalidad suicida de Beck, refiriéndose a la parte objetiva (circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio) y la parte subjetiva (expectativas durante la tentativa de suicidio) ³⁰ (Tabla 20).

Tabla 20. Descripción de la correlación de intencionalidad suicida con el inventario de razones para vivir en los 32 sujetos de la muestra.

	Intencionalidad suicida	indice.1	indice.2	indice.3	indice.4	indice.5	indice.6
Correlación de Pearson	1	-.097	.138	-.246	.259	.294	.376*
Sig. (bilateral)		.598	.450	.175	.153	.102	.034
N	32	32	32	32	32	32	32

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).
 **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

En otras correlaciones sobre el estudio, encontramos que la intencionalidad suicida con respecto a la edad tiene una correlación significativa de 0.664 y una significancia bilateral de 0.000, esto es, a mayor edad del grupo etario es mayor la intencionalidad suicida (Tabla 21).

Tabla 21. Descripción de la correlación de la edad con la intencionalidad suicida.

	Edad	Intencionalidad suicida
Correlación de Pearson	1	.664**
Sig. (bilateral)		.000
N	32	32

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Con respecto a la intencionalidad suicida en relación al estado civil, se encontró un índice de correlación significativa de .361 con una significancia bilateral de 0.043, esto quiere decir que el estado civil se asocia una mayor intencionalidad suicida,

los que se encontraban solteros que fue el de mayor porcentaje, se asocian con mayor intencionalidad suicida (Tabla 22).

Tabla 22. Descripción de la correlación del estado civil con la intencionalidad suicida de los 32 sujetos de la muestra.

	Estado civil	Intencionalidad suicida
Correlación de Pearson	1	.361*
Sig. (bilateral)		.043
N	32	32

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Al analizar la intencionalidad suicida con respecto a la severidad de depresión, encontramos una correlación significativa de 0.816, esto es, a mayor severidad de depresión mayor será la intencionalidad suicida (Tabla 23).

Tabla 23. Descripción de la correlación de depresión e intencionalidad suicida de los 32 sujetos de la muestra.

	Severidad de depresión	Intencionalidad suicida
Correlación de Pearson	1	.816**
Sig. (bilateral)		.000
N	32	32

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Con respecto al sexo y los intentos suicidas previos, se obtuvo una correlación significativa de 0.395, lo que nos refiere que existe una asociación importante de intento suicidas previos con el sexo femenino, que fue el de mayor porcentaje de la muestra (Tabla 24).

Tabla 24. Descripción de la correlación con respecto al sexo e intento suicida previo en los 32 sujetos de la muestra.

	Sexo	Intenso suicida previo
Correlación de Pearson	1	.395*
Sig. (bilateral)		.025
N	32	32

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue la búsqueda intencionada de razones para vivir en pacientes deprimidos que presentan conductas suicidas así como su relación con variables sociodemográficas. Para el estudio, se seleccionaron pacientes que acudieron al servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez presentando conducta suicida confirmada por escalas y con diagnóstico de episodio depresivo confirmado también por instrumentos clinimétricos.

En la literatura se han reportado factores tanto de riesgo como protectores con respecto a la conducta suicida que pudieran influir de manera significativa a su evolución¹. Asociando variables sociodemográficas, obtuvimos solo algunos resultados que confirman los descritos por la literatura; en cuanto al género de los participantes, se observó una importante mayoría de mujeres en la muestra (90.6%) en relación con los hombres (9.4%), tal cual lo describen los datos estadísticos globales que reporta la OMS con respecto a la prevalencia de intentos suicidas en el sexo femenino¹. Con respecto a la edad, obtuvimos un amplio rango, el hallazgo más significativo en esta variable corresponde a la correlación significativa entre los grupos etarios de mayor edad y la intencionalidad suicida, esto es que a mayor edad del sujeto, mayor fue la severidad en la intencionalidad suicida, que coincide en parte con lo descrito por la OMS, al señalar dos grupos etarios de riesgo, presentes en el adulto joven (de los 20-25 años)¹ y en el adulto mayor (< de 60 años)¹, en este estudio se observó un alto grado de intencionalidad suicida en el grupo etario que abarca a los mayores de

55 años. En lo concerniente al estado civil, los resultados del estudio no se relacionan a los descritos en la literatura¹, ya que el resultado de los usuarios evaluados, describen una mayoría de usuarios que viven en pareja, sumando un 56.2% a comparación de los solteros (37.5%) o los divorciados y viudos con un 3.1% respectivamente; lo anterior no confirma que la vida en pareja resulte un factor protector con respecto a la conducta suicida. Otra variable que la literatura refiere como importante dentro de los factores globales de riesgo o protección⁹ es la ocupación, en este estudio obtuvimos que la mayoría de los usuarios refirieron dedicarse a las labores del hogar, en un 46.9%, seguidos por los que refirieron no tener ocupación en un 25%, los que refirieron estar laborando fueron el 21.9% mientras que los estudiantes fueron en un porcentaje menor, el 6.3%, coincide con lo descrito por la APA⁹ y la OMS¹ al considerar al empleo y vida escolar como un factor protector y al desempleo como un factor de riesgo⁹.

Al referirnos al factor de riesgo más importante para suicidio según organismos internacionales^{1,9}, encontramos que efectivamente en la muestra, el 81.3% de los evaluados habían presentado un intento suicida previo y solo el 18.8% no tenía este antecedente, lo anterior nos confirma la importancia de dar un adecuado seguimiento a la evolución de la conducta suicida. En lo que se refiere al antecedente familiar de intento suicida, encontramos resultados en los que solo el 21.9% de los participantes tenían antecedentes familiares de conducta suicida, mientras el 78.1% negó este dato, lo anterior nos confirma el origen multifactorial de la conducta suicida, que puede o no tener un antecedente familiar de riesgo, tal cual lo describen las guías de la APA⁹.

La situación de vivienda y familia también resultan importantes con respecto a los factores de riesgo y protectores, en el presente estudio encontramos que la mitad de los individuos entrevistados vive con su familia nuclear 50%, el 21.9% vive con familia extendida, mientras el 18.8% continúa viviendo con su familia de origen y solo el 9.4% de los usuarios vive solo, situación que no se relaciona a lo descrito por la literatura, donde se describe que el vivir solo, es un factor de riesgo para suicidio y el llevar una vida en familia es un factor protector⁹, valdrá la pena individualizar cada caso y ampliar el estudio con respecto a si existen o no diversos problemas de dinámica familiar y de pareja y si podrían estar influyendo en cada caso, para dar un abordaje adecuado. Otro dato importante en cuanto al consumo de sustancias como factor facilitador de la conducta suicida¹, encontramos que el 84.4% de los usuarios no habían consumido alcohol para llevar a cabo el intento suicida, mientras que el 15.6% lo habían hecho bajo el consumo de alcohol, lo cual nos permite detectar otra posibilidad de acción terapéutica.

Las razones para vivir constituyen un dato de suma importancia, sin embargo con frecuencia se omiten en la valoración de pacientes con riesgo suicida, ya que el clínico prioriza otros aspectos en el momento de evaluar, tales como la intensidad de los síntomas depresivos o la intencionalidad suicida y la planeación del acto o bien los factores de riesgo basados en las diversas variables sociodemográficas que obtenemos en la entrevista clínica. Durante la realización del presente estudio, fue posible confirmar que el conocimiento de estas creencias y fortalezas con las que cuenta cada individuo, nos abre una serie de posibilidades tanto de

abordaje para el paciente como dentro de una perspectiva cognitiva en el estudio de la conducta suicida. El hecho de que existan instrumentos clinimétricos como el propuesto por Linehan en 1983, brinda a quienes evalúan a diario pacientes con riesgo suicida una herramienta valiosa en la que se puede individualizar, objetivar y de alguna manera cuantificar estas creencias y fortalezas para abordar al paciente y estimar el riesgo. Los autores del inventario de razones para vivir hablan de una relación inversa con respecto al suicidio²². Lo anterior se confirma con el estudio presentado, ya que la correlación con respecto a la severidad de la depresión y la severidad de la intencionalidad suicida es negativa con respecto a las creencias y fortalezas con las que el individuo subjetivamente cuenta, medidas en el inventario de razones para vivir. Las variables sociodemográficas que son tomadas como factores de riesgo o protectores, no tuvieron una relevancia correlacional significativa con respecto a las razones para vivir, a excepción de la edad donde se encontró un hallazgo importante del estudio, donde se correlacionó de manera significativa con la subescala de razones para vivir con respecto a las objeciones morales, lo cual puede entenderse como a que a mayor edad es mayor la tendencia a dar una mayor importancia a los aspectos morales, lo que nos sugiere un factor social relevante que habrá que estudiarse a detalle, en torno a las cuestiones morales que la sociedad refleja a través de los años, fenómeno que debemos conocer y tener presente al momento de evaluar y tratar al paciente con conducta suicida.

El presente estudio tuvo algunas limitaciones, entre ellas que el tamaño de la muestra de pacientes con conducta suicida se vio reducida al considerar

únicamente a pacientes que puntuaron alto en el inventario de Depresión, sería interesante realizar un amplio estudio comparativo que incluya diversos diagnósticos dentro de la población mexicana y así poder incluir a todo sujeto que acuda al servicio de urgencias con conducta suicida.

Para el médico y principalmente el psiquiatra que valora a un paciente con trastorno depresivo y conducta suicida, la incorporación del instrumento razones para vivir puede ser de gran utilidad, ya que le brinda un conocimiento subjetivo y más completo de la situación del usuario y de cuáles son las creencias que protegen al mismo en contra del suicidio, lo cual abre una visión en torno a las áreas de intervención para beneficio del mismo.

CONCLUSIONES

El estudio presentado nos permite conocer la asociación positiva y negativa de diversas variables sociodemográficas en nuestra población atendida en el servicio de urgencias del HPFBA con respecto a los factores de riesgo y protectores asociados descritos en la literatura, lo anterior nos permite identificar que si bien las guías de prevención de suicidio a nivel internacional nos marcan la pauta y son eficaces directivas, necesitamos estudiar a nuestra población e identificar sus características, así como factores de riesgo y protectores según el medio sociocultural e incluso económico.

El estudio nos permitió conocer un instrumento clinimétrico para detectar creencias y fortalezas con las que cuenta el paciente deprimido con conducta suicida y al mismo tiempo cuantificarlas, ya que es preponderante la búsqueda intencionada de estas cuando se valoran al paciente con riesgo suicida en el tercer nivel de atención psiquiátrica.

Se identificaron las creencias y fortalezas con las que cuenta el individuo, englobadas dentro del inventario de razones para vivir y sus diversas subescalas.

La literatura y los resultados del estudio reflejan la importancia de realizar una evaluación integral en el paciente deprimido con conducta suicida, mediante una entrevista semiestructurada dirigida al riesgo suicida, respaldada con la aplicación de escalas clinimétricas que describan e indiquen la severidad del episodio

depresivo y la intencionalidad de la conducta, así como su contraparte, las creencias y fortalezas con las que cuenta el individuo de manera muy subjetiva, para tomarlas en cuenta al momento de llevar a cabo un abordaje terapéutico.

La importancia del abordaje integral e individualizado no solo incluye la detección, sino el manejo integral que proporcionará una evolución favorable de la conducta suicida, previniendo así nuevos intentos o bien un suicidio consumado, mejorando el pronóstico, la funcionalidad y la calidad de vida del paciente.

La incorporación del inventario de razones para vivir en la práctica psiquiátrica en nuestro medio, puede tener enormes ventajas, contribuyendo a una valoración más completa, así como un diseño personalizado de estrategias terapéuticas de corte subjetivo que sería interesante aplicar y evaluar en estudios posteriores.

Valdrá la pena y se sugiere dar un seguimiento a la conducta suicida y un abordaje psicoterapéutico de corte cognitivo en el que podamos utilizar lo arrojado por el inventario de razones para vivir y diversos factores de riesgo con la finalidad de una vez detectadas estas creencias y razones, fortalecerlas para mejorar el pronóstico y la calidad de vida del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Organización Mundial de la Salud 2014 WHO/MSD/MER/14.2 Mental health action plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf, accessed 23 April 2014). 2014.
2. Jorge Semprún. Futuro imperfecto: Dimensión hermenéutico-simbólica del suicidio. Universidad iberoamericana. 2011.
3. INEGI. <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/suicidio0.pdf>. 2015.
4. Castañeda-González, García- Aguirre y Cols. Epidemiología del riesgo suicida en pacientes de un hospital psiquiátrico de la Ciudad de México. Psiquis volumen 23, No.3. IMBIOMED. 2017.
5. Alec L. Miller, Jill H. Rathus, Marsha M. Linehan. Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents. Guilford. 2007.
6. Douglas Jacobs. Ed. Jossey-Bass. Guide to suicide assessment and intervention. San Francisco 2012.
6. CIE- 10 en español. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>. 2010.
7. K Hawton, K. Van Heeringeng. The international handbool of suicide and attempted suicide. Wiley. England 2010.
8. Black, Jeremy y Green, Anthony. Gods, demons and symbols of ancient Mesopotamia. The British Museum Press, Londres, 2003.

9. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behavior. Supplement of the American J Psychiatry. Vol 260 No 11, Nov 2013.
10. Juan Manuel Díaz Torres, Séneca, Obra completa. Biblioteca de Grandes Pensadores. Madrid: Editorial Gredos. 2013.
10. Adrian Wilson. The making of the Nuremberg Chronicle. Segunda edición. Ámsterdam 2008.
11. McCauley E, Calderon. Suicide new age. Colorado Springs, NavPress, 2011.
12. Hoberman HM, Garfinkel. Completed suicide in youth. BD: Suicide among Youth: Perspectives on Risk and Prevention. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2012, 21-40.
13. Jacobs, Louis. Suicide. BBC World News 2011.
14. González MS, Díaz MA, Ortiz LS, González FC, González NJJ. Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB). Salud Mental 2000.
15. N.F. Blake. Ars Moriendi. Dictionary of the Middle Ages. v.1, N.F. Blake 1982.
16. Aaron Beck. Escala de intencionalidad suicida. www.psico-system.com/2013/01/escala-de-intencionalidad-suicida-de.html. 2013.
17. Renzo Felipe Carranza Esteban. Propiedades psicométricas del inventario de depresión de beck. 2013.
18. Sanz, JP, Antonio L; Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general Clínica y Salud, vol. 14, núm. 3, 2003.
19. BBC. Euthanasia and suicide. 21 de julio de 2009.
20. Bernstein, Sid. Aish. Stopping a Suicide. BBC World News .2011.

21. Jacobs, Louis. Suicide in Jewish Tradition and Literature. My Jewish Learning. BBC World News 2010.
22. J.A. Villela. Validación del Inventario de Razones para vivir en México. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. 2015.
23. Gearing, Robin E.; Lizardi. Religion and Suicide. Journal of Religion and Health 2009.
24. Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión. 1992.
25. Biblioteca Nacional de Medicina. Suicidio y comportamiento suicida. 2015. (<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001554.htm>)
26. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>. 2010
27. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behavior. Supplement of the American J Psychiatry. Vol 260 No 11, Nov 2013.
28. Aaron Beck. Inventario de depresión. Instrumentos de evaluación de ideación y comportamiento suicida. Editorial Cyesan. 2011.
29. Aaron Beck. Escala de ideación suicida. Instrumentos de evaluación de ideación y comportamiento suicida. Editorial Cyesan. 2011.
30. Aaron Beck. Escala de intencionalidad suicida. Instrumentos de evaluación de ideación y comportamiento suicida. Editorial Cyesan. 2011.
31. Tecnológico de Monterrey. Ejemplo de consentimiento informado. 2014; Available at: web4.mty.itesm.mx/.../wp.../Ejemplo-de-Consentimiento-Informado.doc, 2015.

ANEXOS:

Anexo 1. Carta de consentimiento al jefe del servicio de urgencias.



SECRETARÍA DE SALUD
SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA
Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"



Ciudad de México 22 de abril de 2017.

DRA. JUANA RAMÍREZ RIVAS
JEFE DEL SERVICIO DE URGENCIAS
PRESENTE

Por medio de la presente le envío un cordial saludo y me permito solicitar su aprobación para llevar a cabo durante los meses de mayo y junio de 2017 el Proyecto de Investigación intitulado: "RAZONES PARA VIVIR EN PACIENTES DEPRIMIDOS CON CONDUCTA SUICIDA QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ".




Para la realización de dicho estudio me permito solicitar su apoyo para identificar las "Razones para vivir" mediante la aplicación del inventario con el mismo nombre, así como su asociación con variables sociodemográficas, en pacientes que acudan al servicio de urgencias que usted dirige, que cuenten con el diagnóstico de depresión confirmado por el inventario de depresión de Beck y que presenten conducta suicida confirmada por las escalas de ideación e intencionalidad suicida con el autor del mismo nombre, A. Beck.

El estudio consistirá en la aplicación de un cuestionario semi-estructurado, así como los instrumentos clinimétricos antes mencionados. Al término de la evaluación se realizará una nota en el expediente con los resultados de la evaluación y el análisis de los mismos, con el objetivo de que influyan de manera positiva en el tratamiento, abordaje y seguimiento del paciente.

Sin más por el momento, reciba mi agradecimiento y un cordial saludo.

ATENTAMENTE
Eva Alicia García Armendáriz
Médico Residente de 4to Año

Anexo 2. Carta de consentimiento informado al usuario evaluado.

 		SECRETARIA DE SALUD COORDINACION DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ" COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD		
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO				
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN				
Nombre del estudio:	_____			
Lugar y fecha:	Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". INICIO: 1o de mayo de 2017, TERMINO: 30 de junio de 2017.			
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar las razones para vivir en pacientes deprimidos con conducta suicida que acuden al servicio de urgencias del HPFBA, así como su asociación a diversas variables sociodemográficas.			
Procedimientos:	Se identificarán las razones para vivir mediante la aplicación del inventario RFL, en pacientes deprimidos confirmados por el inventario de depresión de Beck, en pacientes con conducta suicida confirmada por escala de intencionalidad suicida y la de ideación suicida del mismo autor, Beck, así como su asociación a variables sociodemográficas mediante la aplicación de una entrevista semiestructurada.			
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno			
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer la contraparte de la conducta suicida, "las razones para vivir", así como su asociación a variables sociodemográficas, pudiendo esta información ser de utilidad para los abordajes con respecto al tratamiento, seguimiento y mejora en cuanto al pronóstico.			
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se dará a conocer el resultado mediante una nota médica, con la finalidad de mostrar las creencias y razones que se encontrarán en el paciente para no suicidarse, esperando sean tomadas en cuenta para su abordaje terapéutico, seguimiento y pronóstico.			
Participación o retiro:	Cada integrante tendrá la libertad de retirarse si así lo deseara.			
Privacidad y confidencialidad:	Todos los resultados se trataran con confidencialidad			
Disponibilidad de tratamiento médico en pacientes:	Se sugerirá canalizar al egreso del paciente a diversas clínicas dentro del hospital para su seguimiento, con la finalidad de mejorar el pronóstico.			
Beneficios al término del estudio:	Identificar creencias y fortalezas con las que cuenta el paciente como contraparte a la conducta suicida, con la finalidad de mejorar el abordaje y el seguimiento, esperando un mejor pronóstico.			
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	_____			
Investigador Responsable:	Eva Alicia García Armendáriz. Médico Residente de 4º año de Psiquiatría			
Colaboradores:	Cel: 7772571560 horario de hospital de 8:00 a 15:00 hrs			
_____		_____		
Nombre y firma del sujeto		Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento		
_____		_____		
Testigo 1. Nombre y firma		Testigo 2. Nombre y firma		

Anexo 3. Entrevista clínica semiestructurada.



**SECRETARIA DE SALUD
COORDINACION DE INSTITUTOS NACIONALES DE
SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**



ENTREVISTA CLÍNICA

Nombre:

Sexo:

Edad:

Fecha y lugar de nacimiento:

Lugar de residencia:

Escolaridad:

Ocupación actual:

Ocupación previa:

Estado civil:

Hijos:

Actualmente vive con:

Antecedentes heredofamiliares de trastornos psiquiátricos:

Diagnósticos psiquiátricos previos:

Antecedentes heredofamiliares de suicidio o conducta suicida:

No. De intentos suicidas previos:

No. De internamientos previos por conducta suicida:

Abordajes psicoterapéuticos:

Impresión diagnóstica actual:

Teléfono:

Anexo 4. Escala de ideación suicida de Beck.

6.1.1. Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI)

1

1. <i>Deseo de vivir</i> 0. Moderado a fuerte 1. Débil 2. Ninguno
2. <i>Deseo de morir</i> 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte
3. <i>Razones para vivir/morir</i> 0. Porque seguir viviendo vale más que morir 1. Aproximadamente iguales 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo
4. <i>Deseo de intentar activamente el suicidio</i> 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte
5. <i>Deseos pasivos de suicidio</i> 0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida 1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad 2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida
6. <i>Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)</i> 0. Breve, periodos pasajeros 1. Por amplios periodos de tiempo 2. Continuo (crónico) o casi continuo
7. <i>Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)</i> 0. Raro, ocasional 1. Intermitente 2. Persistente o continuo
8. <i>Actitud hacia la ideación/deseo</i> 0. Rechazo 1. Ambivalente, indiferente 2. Aceptación
9. <i>Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out</i> 0. Tiene sentido del control 1. Inseguro 2. No tiene sentido del control
10. <i>Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)</i> 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo 1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo 2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos
11. <i>Razones para el intento contemplado</i> 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse 1. Combinación de 0 y 2 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta
12. <i>Método (especificidad/planificación del intento contemplado)</i> 0. No considerado 1. Considerado, pero detalles no calculados 2. Detalles calculados/bien formulados
13. <i>Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)</i> 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa 2. Método y oportunidad accesibles 2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto

14. <i>Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento</i> 0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente 1. Inseguridad sobre su valor 2. Seguro de su valor, capacidad
15. <i>Expectativas/espera del intento actual</i> 0. No 1. Incierto 2. Sí
16. <i>Preparación actual para el intento contemplado</i> 0. Ninguna 1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.) 2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)
17. <i>Nota suicida</i> 0. Ninguna 1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada 2. Nota terminada
18. <i>Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)</i> 0. Ninguno 1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos 2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales
19. <i>Engaño/encubrimiento del intento contemplado</i> 0. Reveló las ideas abiertamente 1. Frenó lo que estaba expresando 2. Intentó engañar, ocultar, mentir

Anexo 5. Escala de intencionalidad suicida de Beck.

6.2.1. Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS)

1

I. Circunstancias objetivas
1. <i>Aislamiento</i> 0. Alguien presente 1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono) 2. Nadie cerca o en contacto
2. <i>Medición del tiempo</i> 0. La intervención es muy probable 1. La intervención es poco probable 2. La intervención es altamente improbable
3. <i>Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas</i> 0. Ninguna 1. Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar, etc.) 2. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.)
4. <i>Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento</i> 0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda 1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado 2. No contactó, ni avisó a nadie
5. <i>Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro)</i> 0. Ninguno 1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa 2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales
6. <i>Preparación activa del intento</i> 0. Ninguna 1. Mínima o moderada 2. Importante
7. <i>Nota suicida</i> 0. Ninguna 1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla 2. Presencia de nota
8. <i>Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)</i> 0. No comunicación verbal 1. Comunicación ambigua (p. ej., «estoy cansado de la vida», «pienso que estáis mejor sin mí», «nada tiene sentido») 2. Comunicación no ambigua (p. ej., «quiero morir», «siento como si quisiera matarme», «voy a tomar pastillas»)
II. Autoinforme
9. <i>Propósito supuesto del intento</i> 0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza 1. Componentes de 0 y 2 2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas
10. <i>Expectativas sobre la probabilidad de muerte</i> 0. Pensó que era improbable 1. Posible pero no probable 2. Probable o cierta
11. <i>Concepción de la letalidad del método</i> 0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal 1. No estaba seguro de si lo que hacía era letal 2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal
12. <i>Seriedad del intento</i> 0. No intentó seriamente poner fin a su vida 1. Inseguro 2. Intentó seriamente poner fin a su vida

6.2.1. Escala de Intencionalidad Suicida de Beck
(Suicide Intent Scale, SIS)

2

13. <i>Actitud hacia el vivir/morir</i> 0. No quería morir 1. Componentes de 0 y 2 2. Quería morir
14. <i>Concepción de la capacidad de salvamento médico</i> 0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica 1. No estaba seguro de si la muerte podía ser impedida por la atención médica 2. Seguro de morir aunque recibiese atención médica
15. <i>Grado de premeditación</i> 0. Ninguno; impulsivo 1. Suicidio contemplado durante 3 horas antes del intento 2. Suicidio contemplado durante más de 3 horas antes del intento
III. Circunstancias subjetivas
16. <i>Reacción frente al intento</i> 0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza 1. Acepta tanto el intento como su fracaso 2. Rechaza el fracaso del intento
17. <i>Preconcepciones de la muerte</i> 0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos 1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas 2. No concepciones o pensamientos sobre la muerte
18. <i>Número de intentos de suicidio previos</i> 0. Ninguno 1. 1 o 2 2. 3 o más
19. <i>Relación entre ingesta de alcohol e intento suicida</i> 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad 2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento
20. <i>Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos, etc., cuando la droga no es el método utilizado para el intento)</i> 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento; lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad 2. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento

Anexo 6. Inventario de razones para vivir.

6.3.3. Inventario de Razones para Vivir (Reasons for Living Inventory, RFL)

1

Muchas personas han pensado en el suicidio por lo menos una vez. Otras nunca lo han considerado. Así, lo haya considerado usted o no, nos interesan las razones que usted tendría para no suicidarse, si es que la idea se le ocurriera o si alguien se lo sugiriera. En las siguientes páginas hay razones que las personas a veces dan para no suicidarse. Quisiéramos saber cuán importante sería cada una de estas posibles razones para usted, en este momento, para no matarse. Por favor, anote esto en el blanco a mano derecha de cada pregunta.

A cada razón puede dársele una importancia que varía del 1 (sin ninguna importancia) al 6 (de suma importancia). Si la razón no se aplica en su caso o si usted no cree que la oración sea cierta, es poco probable que la razón fuera importante para usted y por lo tanto debe asignarle un 1. Por favor, use todos los números disponibles para que no resulte que la mayoría de las respuestas estén sólo en el medio (2, 3, 4, 5) o sólo en los extremos (1, 6).

Detrás de cada frase ponga el número que indique la importancia que tiene cada razón para no quitarse la vida en su caso.

- 1 = Sin ninguna importancia (como razón para no quitarme la vida, o no se aplica en mi caso, o no creo en esto en absoluto)
- 2 = De muy poca importancia
- 3 = De poca importancia
- 4 = De alguna importancia
- 5 = De mucha importancia
- 6 = De suma importancia (como razón para no quitarme la vida, o creo mucho en esto y es extremadamente importante)

Aun si usted nunca ha considerado quitarse la vida o si cree que nunca consideraría seriamente matarse, sigue siendo importante que usted le asigne un número a cada razón. En tal caso, asigne el número basándose en por qué el matarse no es o nunca sería una opción para usted

1. Soy responsable y estoy comprometido con mi familia
2. Creo poder aprender a adaptarme y a lidiar con mis problemas
3. Creo tener control sobre mi vida y mi destino
4. Deseo vivir
5. Creo que sólo Dios tiene derecho a quitar una vida
6. Le tengo miedo a la muerte
7. Mi familia podría pensar que no la quiero
8. No creo que las cosas lleguen a ponerse tan miserables e irremediables que prefiriera estar muerto
9. Mi familia depende de mí y me necesita
10. No quiero morir
11. Quiero ver a mis hijos crecer
12. La vida es lo único que tenemos y es mejor que no tener nada
13. Tengo planes para el futuro que me gustaría llevar a cabo
14. Por mal que me sienta, sé que no durará
15. Le tengo miedo a lo desconocido
16. Quiero a mi familia y disfruto de ellos demasiado para dejarlos
17. Quiero vivir todo lo que la vida ofrece y hay muchas experiencias que aún no he tenido y que quisiera tener
18. Temo que mi método de matarme no funcionaría
19. Yo mismo me aprecio lo suficiente para seguir viviendo
20. La vida es demasiado bella y preciada para ponerle fin
21. No sería justo dejar a mis hijos para que otros los cuiden
22. Creo poder encontrar otras soluciones a mis problemas
23. Tengo miedo de ir al infierno
24. Amo la vida

6.3.3. Inventario de Razones para Vivir
(Reasons for Living Inventory, RFL)

2

25. Soy demasiado estable para matarme
26. Soy un cobarde y no tengo la valentía para matarme
27. Mis creencias religiosas me lo prohíben
28. Podría tener un efecto perjudicial en mis hijos
29. Tengo curiosidad sobre lo que pasará en el futuro
30. Le dolería demasiado a mi familia y no quisiera hacerlos sufrir
31. Me preocupa lo que otros pensarían de mí
32. Creo que las cosas salen como convienen
33. No podría describir dónde, cuándo ni cómo lo haría
34. Lo considero inmoral
35. Todavía me quedan muchas cosas por hacer
36. Tengo la valentía de enfrentarme a la vida
37. Soy feliz y estoy a gusto con mi vida
38. Le tengo miedo al acto de matarme (el dolor, la sangre, la violencia)
39. Creo que con matarme no lograría ni resolvería nada
40. Tengo la esperanza de que las cosas mejorarán y el futuro será más feliz
41. La gente pensaría que soy débil y egoísta
42. Tengo un impulso innato de sobrevivir
43. No quisiera que la gente pensara que no tenía control sobre mi vida
44. Creo que puedo encontrar un propósito en la vida, una razón para vivir
45. Para qué apresurar la muerte
46. Soy tan inepto que mi método no funcionaría
47. No quisiera que mi familia se sintiera culpable después
48. No quiero que mi familia piense que soy egoísta o cobarde

Anexo 7. Inventario de depresión de Beck.

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

- 4) .
- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 - No disfruto de las cosas tanto como antes.
 - Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 - Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
- 5) .
- No me siento especialmente culpable.
 - Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 - Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 - Me siento culpable constantemente.
- 6) .
- No creo que esté siendo castigado.
 - Me siento como si fuese a ser castigado.
 - Espero ser castigado.
 - Siento que estoy siendo castigado.
- 7) .
- No estoy decepcionado de mí mismo.
 - Estoy decepcionado de mí mismo.
 - Me da vergüenza de mí mismo.
 - Me detesto.
- 8) .
- No me considero peor que cualquier otro.
 - Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
 - Continuamente me culpo por mis faltas.
 - Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13).

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19).

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación	Nivel de depresión*
1-10	Estos altibajos son considerados normales.
11-16	Leve perturbación del estado de ánimo.
17-20	Estados de depresión intermitentes.
21-30	Depresión moderada.
31-40	Depresión grave.
+ 40	Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

