



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSGRADO

SEGUIMIENTO A 6 MESES DE RAZONES PARA VIVIR Y AUTOESTIMA EN PACIENTES CON
CONDUCTA SUICIDA Y DEPRESIÓN QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HPFBA

TESIS DE POSGRADO

PARA OPTAR POR EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
PSIQUIATRÍA

PRESENTA:
MAYRA PIMENTEL AMAYA

TUTORES PRINCIPALES
DOCTOR CARLOS JESUS CASTAÑEDA CONZÁLEZ
MAESTRA JANET JIMÉNEZ GENCHI

CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO DE 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

Lista de cuadros gráficos y Abreviaturas

1. RESUMEN.....	
2. INTRODUCCIÓN.....	1
3. MARCO TEÓRICO.....	3
4. METODOLOGÍA.....	21
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	21
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	22
JUSTIFICACIÓN.....	23
TIPO DE ESTUDIO.....	24
OBJETIVO.....	24
MUESTRA Y MUESTREO.....	26
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	27
HIPÓTESIS.....	29
VARIABLES.....	30
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.....	32
PROCEDIMIENTO.....	36
CONSIDERACIONES BIOÉTICAS.....	38
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	41
5. RESULTADOS.....	42
6. DISCUSIÓN.....	57
7. CONCLUSIONES.....	60
8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	62
9. ANEXOS.....	66

Lista de tablas, gráficas y abreviaturas

Tabla 01. Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10

Tabla 02. Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10

Tabla 03. Operacionalización de las variables

Cuadro 01 características sociodemográficas de 35 sujetos

Cuadro 02 características sociodemográficas de 35 sujetos

Cuadro 03 características sociodemográficas de 35 sujetos

Cuadro 04 características sociodemográficas de 35 sujetos

Cuadro 05 características clínicas de 35 sujetos

Cuadro 06 características clínicas de 35 sujetos

Cuadro 07 características clínicas de 35 sujetos

Figura 01 Gráfica de barras que representa los porcentajes de niveles de autoestima

Figura 02 Gráfica de barras que representa los porcentajes de razones para vivir.

Figura 03 Gráfica de barras que representa la media en escala de autoestima de Rosenberg

Figura 04 Gráfica de barras que representa la media en escala de razones para vivir

Figura 05 Gráfica de barras que representa la media de los dominios de razones para vivir 1

Figura 06 Gráfica de barras que representa la media de los dominios de razones para vivir 2

Figura 07 Gráfica de barras que representa la asociación de medias de los dominios de razones para vivir 1 y 2

Figura 08 Gráfica de barras que representa el número de pacientes con algún tipo de autoestima en relación al tratamiento al inicio del estudio

Figura 09 Gráfica de barras que representa el número de pacientes con algún tipo de autoestima en relación al tratamiento a los seis meses

Figura 10 Gráfica de barras que representa la relación entre el puntaje máximo y media de dominios de razones para vivir 2

Agradecimientos:

A mis padres y hermanos, por su amor y apoyo incondicional.

A mis asesores por su tiempo, paciencia y enseñanza.

A mis amigos por su apoyo emocional.

A la vida por permitirme seguir creciendo y brindarme la oportunidad para hacer realidad mis sueños.

“Si quieres triunfar en la vida, haz de la perseverancia tu amigo del alma, de la experiencia tu sabio consejero, de la advertencia tu hermano mayor y de la esperanza tu genio guardián”. Joseph Addison

Abreviaturas:

CIE- 10. Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión

DSM- IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 4° Edición

RFL. Inventario Razones para vivir

HPFBA. Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

NIMH. National Institute of Mental Health

Seguimiento a 6 meses de las razones para vivir y autoestima en pacientes con conducta suicida y depresión que acuden al servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y se envían a consulta externa.

RESUMEN

Introducción: Los trastornos psiquiátricos, en este caso el trastorno depresivo, es uno de los principales factores de riesgo para el suicidio consumado y la conducta suicida. Por lo que el suicidio se ha convertido en un problema de salud pública a nivel global; estadísticamente ocupa niveles importantes como causa de muerte. Esta información ha influido para que se genere una serie de herramientas que permitan identificar las conductas suicidas y se puedan abordar de manera integral. En relación a estas herramientas existen instrumentos que evalúan la conducta suicida en pacientes con depresión, pero la mayoría de ellos no han prestado atención a su contraparte “las razones para vivir”, ni a la autoestima, es decir, qué motiva al paciente con depresión a no suicidarse; enfoque que podría resultar de utilidad al llevar a cabo un abordaje integral y mejorar el pronóstico.

Objetivo: Observar y describir la evolución a seis meses de los pacientes con diagnóstico de depresión con conducta suicida valorados en el servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino y con ello encontrar características que ayuden a reforzar las razones para vivir y autoestima así como identificar nuevas áreas de intervención para un adecuado tratamiento.

Material y Método: Se aplicó la entrevista semi-estructurada Razones para vivir (RFL) y escala de autoestima de Rosenberg al inicio del estudio y 6 meses después a los pacientes valorados en el servicio de urgencias que cumplieron con los criterios para depresión y conducta suicida; posteriormente se aplicó la prueba de T para analizar su asociación.

Palabras clave: Conducta suicida, Trastorno depresivo, Razones para vivir, Autoestima

INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas actuales más urgentes a los que se enfrenta el profesional de la salud mental, es la conducta suicida, pues cada año aumentan los fallecimientos por esta causa, así como los que intentan consumar el acto, con una gran consecuencia psicológica, sociológica y asistencial para ellos, sus familiares y el equipo médico que les atiende en tan lamentable situación.

La conducta suicida es un fenómeno multicausal y complejo, donde interaccionan factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales; que ha estado presente en todas las épocas históricas y todas las sociedades, y que se manifiesta por una variedad de comportamientos en un continuo que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. La presencia de cualquiera de estos indicadores (ideas, amenazas, gestos e intentos) debe considerarse como un signo de riesgo.

En contra de la creencia general, hay más muertes por suicidio que por homicidio; La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera el suicidio como un problema grave de salud pública, cada año, a nivel mundial, aproximadamente 800 000 personas se quitan la vida. Para el año 2015 se colocó al suicidio como la segunda causa de defunción en el grupo de 15 a 29 años. Dentro de las causas que lo provocan, se indican diversos factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales. Entre ellos, destacan los trastornos psiquiátricos, principalmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol, el abuso de

sustancias, la violencia, las sensaciones de pérdida y diversos entornos culturales y sociales. ⁽¹⁾.

Otros factores de riesgo que se mencionan son el aislamiento, salud precaria, baja autoestima, desesperanza, sentimientos de rechazo e incapacidad para resolver problemas. Algunas señales de alerta podrían ser antecedentes de daño a sí mismos, o bien avisos del deseo de quitarse la vida. ⁽²⁾

Por lo que en este trabajo nos enfocaremos a la evolución en 6 meses del trastorno depresivo y conducta suicida; con la finalidad de proporcionar datos necesarios para lograr un plan de acción en nuestro medio, tanto en la difusión, prevención como un tratamiento de forma integral.

MARCO TEÓRICO

SUICIDIO, CONDUCTA SUICIDA, AUTOESTIMA Y DEPRESIÓN MAYOR

DEFINICIÓN DEL CONCEPTO

La palabra suicidio proviene de las palabras latinas sui (uno mismo) y caedere (matar), término acuñado en 1642 por el médico y filósofo Thomas Browne para distinguir entre el homicidio de uno mismo y el cometido hacia otra persona. ⁽³⁾ De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio se define como un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona en pleno conocimiento o expectativa de su desenlace fatal ⁽⁴⁾ . El suicidio es una cuestión de salud pública, por ello, en la mayoría de los países, la tasa de suicidio es considerada un indicador de la salud mental de su población.

La depresión mayor es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. La base para distinguir estos cambios patológicos de cambios ordinarios, viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, la presencia de otros síntomas y el grado de deterioro funcional y social que lo acompaña ⁽⁵⁾.

La autoestima constituye el resultado de una evaluación emocional subjetiva acerca de la capacidad individual para la resolución de los problemas y para hacer frente a los desafíos de la vida ⁽⁶⁾. Por lo cual, el tener una autoestima baja frente a los factores estresantes del medio social actual pueden llegar a presentar un factor de riesgo para la aparición de la ideación o de conductas suicida así como la depresión.

ANTECEDENTES

El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en las distintas sociedades y ha variado en función de los principios filosóficos, religiosos e intelectuales de cada cultura y época.

El suicidio es tan viejo como la humanidad, obteniendo información desde la época de la Grecia antigua, en donde el suicidio era un delito contra el Estado y los castigos para los suicidas era la mutilación del cadáver, los entierros aislados e incluso la deshonra familiar del suicida.

El imperio romano continuó los conceptos anti-suicidas de la Antigua Grecia, sin embargo, dieron pie a algunas variaciones sobre el concepto y su penalización.

Dos etapas de reflexión acerca el suicidio vivió el Imperio Romano. Una, la primera, con Cicerón (106-43), que si bien condenaba el suicidio, avalaba el mismo si era una forma de heroísmo, amor, abnegación o la defensa del honor. La segunda, Constantino (290-337), penalizo el suicidio y como medida preventiva se tomaron medidas estrictas, tales como la confiscación de los bienes de la familia después del suicidio para compensar al Estado por la pérdida de un ciudadano ⁽⁷⁾.

En la edad media, la religión influencio mucho en la visión de las personas sobre el suicidio. En el Renacimiento aparecen observaciones que pretenden despenalizar el suicido, estas observaciones devinieron de una reafirmación de conceptos grecorromanos más racionales e influenciadas por una intelectualidad francesa ⁽⁸⁾.

Los siglos XVII y XVIII marcaron nuevamente una estigmatización del suicidio.

La época contemporánea va estableciendo al suicidio como una enfermedad. La Psiquiatría que ya años atrás se ha apropiado de este fenómeno, refiere que la enfermedad mental se acompaña en un porcentaje elevado con el suicidio, observando a este fenómeno desde una visión biológica, psicológica y social ^{(9, 10, 11,12).}

EL SUICIDIO EN NUESTROS DÍAS

EPIDEMIOLOGÍA

El suicidio es una de las causas de muerte más frecuente a nivel mundial; según las estimaciones de la OMS, en el 2020 más de un millón y medio de personas morirán por suicidios y entre 10 y 20 veces más personas llevaran a cabo una tentativa suicida. Esta cifra representa una muerte por suicidio en el mundo cada 20 segundos y una tentativa suicida cada 1 o 2 segundos. A pesar del avance de la psiquiatría, especialmente en el campo de la psicofarmacología, las tasas de suicidio apenas se han modificado en los últimos 20 años e, incluso, han aumentado en algunos países en vías de desarrollo.

En México, en el 2013, se registraron 5 909 suicidios, que representan 1% del total de muertes registradas, colocándose como la décima cuarta causa de muerte y presentando una tasa de cerca de cinco por cada 100 mil habitantes. ⁽¹³⁾

Las entidades con mayor tasa de suicidio son Aguascalientes (9.2), Quintana Roo (8.8) y Campeche (8.5). El 40.8% de los suicidios ocurren en jóvenes de 15 a 29 años. Entre ellos, la tasa alcanza 7.5 suicidios por cada 100 mil jóvenes. ⁽¹⁴⁾

Del total de suicidios ocurridos en 2013, 81.7% fueron consumados por hombres y 18.2% por mujeres. El ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación es el principal método de suicidio (77.3 %). El principal lugar donde ocurren los decesos es dentro de la vivienda particular (74 %) ⁽¹⁵⁾.

La depresión es el trastorno mental más comúnmente asociado con la conducta suicida, suponiendo un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general ⁽¹⁶⁾. Aparece en todos los rangos de edad, aunque existe un mayor riesgo cuando su comienzo es entre los 30 y los 40 años. La OMS asume que entre el 65-90% de los suicidios e intentos de suicidio se relacionan con algún grado de depresión ⁽¹⁷⁾.

EL SUICIDIO, LA DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA EN LA PSIQUIATRÍA Y SUS CLASIFICACIONES.

En la actualidad se considera que el suicidio se mueve a lo largo de un continuum de diferente naturaleza y gravedad, que va desde la ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas y suicidio consumado).

La conceptualización de la conducta suicida es compleja y algunos de los términos utilizados resultan poco operativos tanto para la investigación como para la práctica clínica, por lo que ha sido necesaria la elaboración de definiciones más precisas que intentan concretar diferentes aspectos ^(18,19). Por lo que O'Carroll et al. ⁽²⁰⁾ plantearon una nomenclatura de los pensamientos y conductas relacionadas con el suicidio, adoptada por el National Institute of Mental Health (NIMH) de EE.UU. y considerada como una de las más operativas. En ella se diferencia entre ideación suicida, conducta instrumental, intento de suicidio y suicidio consumado.

En 2007, Silverman et al ^(21,22) propusieron una revisión de la nomenclatura de O'Carroll et al. En la que intentaron incluir aquellos aspectos clave de diferentes definiciones propuestas con anterioridad, como: el resultado de la conducta, la entidad del acto, el grado de intencionalidad y el conocimiento o conciencia de los resultados de dicha conducta ⁽²³⁾. En esta nueva propuesta se añadió una categoría denominada comunicación suicida, que incluye la

amenaza y el plan suicida, y además, el término conducta instrumental se cambió por el de amenaza suicida.

Silverman et al. ^(21,22) añadieron los tipos I, II y III con el fin de intentar simplificar la terminología e incluir todas las combinaciones posibles de las diferentes variables clínicas. Así, se considera comunicación suicida Tipo I cuando no existe intencionalidad suicida, Tipo II cuando existe un grado indeterminado de intencionalidad y Tipo III cuando existe alguna intencionalidad. La conducta suicida se clasifica de Tipo I si no provoca lesiones y de Tipo II si provoca lesiones.

Las definiciones de esta terminología son las siguientes:

- Pensamientos y conductas de riesgo: Con riesgo inmediato (p.ej.: paracaidismo etc.). Con riesgo remoto (p.ej.: fumar, promiscuidad sexual).
- Pensamientos y conductas relacionados con el suicidio:

Ideación suicida: cualquier pensamiento expresado con relación a la conducta suicida. Distingue entre:

- Ideación seria: persistente o transitoria.
- Ideación ocasional.

Conducta relacionada con el suicidio: conducta potencialmente autolesivas en las que es evidente, explícita o implícitamente que la persona ha intentado

matarse o que la persona desea aparentar que quiere matarse para obtener algún beneficio.

Conducta instrumental relacionada con el suicidio: conductas potencialmente autolesivas en las que es evidente, explícita o implícitamente, que la persona ha intentado matarse y que la persona desea aparentar que quiere matarse para obtener algún beneficio.

Amenaza suicida: cualquier acción personal, verbal o no verbal, detención de un daño autoinfligido, que una persona razonable podría interpretar como comunicación o sugerir que un acto suicida u otra conducta relacionada con el suicidio podría ocurrir en un futuro cercano:

- Pasiva (p.ej.: sentarse en una repisa en altura)
- Activa (p.ej.: amenaza verbal, nota)

Actos suicidas

- **Intento de suicidio:** conducta potencialmente autolesivas con un resultado no fatal, para la que existen pruebas (explícitas o implícitas) de que la persona tiene intención de matarse, pueden producirse o no lesiones. En caso de que se produzca lesión se consideraría esta como una acción con daño no letal, envenenamiento o asfixia en la que está demostrado (explícita o implícitamente) que el daño fue autoinfligido para matarse.

- **Suicidio consumado:** Muerte por lesión, envenenamiento o asfixia, respecto de la que hay pruebas (explícitas o implícitas) de que el daño fue autoinfligido para matarse (este término es equivalente a suicidio).

La depresión es uno de los factores más asociados a la conducta suicida ^(5,24,25).

Se ha estimado que el riesgo de suicidio es cuatro veces mayor en las personas con depresión en comparación con la población general, y 20 veces mayor en el caso de la depresión grave. Debido a ello es importante evaluar el riesgo de suicidio ante un paciente depresivo.

La conducta suicida es el resultado de la confluencia de distintas situaciones y factores que se combinan entre sí para generar un abanico que iría desde la ideación hasta el suicidio consumado ⁽⁵⁾.

El riesgo de suicidio se puede incrementar durante el episodio de depresión y en el período de remisión parcial ⁽²⁶⁾. Algunos de los factores que se han asociado con mayor riesgo de suicidio en pacientes con depresión son: sexo masculino, historia familiar de trastorno mental, intento de suicidio previo, niveles más graves de depresión, presencia de desesperanza y trastornos comórbidos, especialmente ansiedad y abuso de alcohol y otras drogas. Otros factores que se han asociado al suicidio en pacientes con depresión son el trastorno límite de la personalidad y niveles altos de impulsividad y agresividad ⁽²⁷⁾.

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM) ⁽²⁸⁾; en esta investigación se utilizará a clasificación de CIE-10.

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES, DÉCIMA REVISIÓN (CIE-10)

La CIE-10 ⁽²⁹⁾ clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30- F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, y la primera se subdivide a su vez en:

- F32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- F32.8 Otros episodios depresivos
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado

En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión (tabla 1):

- Ánimo depresivo
- Pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar
- Aumento de la fatigabilidad

TABLA 1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO SEGÚN CIE-10

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
<p>C. Síndrome somático: alguno de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras – Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta – Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual – Empeoramiento matutino del humor depresivo – Presencia de enlentecimiento motor o agitación – Pérdida marcada del apetito – Pérdida de peso de al menos 5 % en el último mes – Notable disminución del interés sexual

Fuente: Adaptado de OMS (29)

En la tabla 2 se exponen los criterios de gravedad de un episodio depresivo, según CIE-10

TABLA 2. CRITERIOS DE GRAVEDAD DE UN EPISODIO DEPRESIVO SEGÚN CIE-10

A. Criterios generales para episodio depresivo

- El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

- Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
- Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:

- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
- Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
- Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
- Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
- Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

D. Puede haber o no síndrome somático*

Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Fuente: Adaptado de OMS (29)

FACTORES PROTECTORES EN LA CONDUCTA SUICIDA.

Tradicionalmente, las investigaciones se han centrado en el estudio de factores de riesgo de la conducta suicida dejando en un segundo plano la profundización y el análisis riguroso de aquellos que son protectores. Por lo tanto, igual de importante debe ser identificar y comprender aquellos factores que protegen del suicidio dado la relevancia de estos en la prevención de dichos actos.⁽³⁰⁾

Por otro lado, de forma global se ha señalado una serie de factores protectores frente al suicidio que se pueden clasificar en dos grupos: aquellos relacionados con aspectos propios del individuo y aquellos relacionados con factores ambientales^(31,32).

Entre los factores más relacionados con características individuales destacan⁽³³⁾:

- Actitudes, valores y normas introyectadas en contra del suicidio.
- Presencia de valores sólidos y bien fundamentados basados en las tradiciones que fomentan los vínculos con la red social y un sentido trascendente de la vida.
- Poseer habilidades sociales que permitan una integración de forma positiva en los diferentes grupos de la comunidad.
- La capacidad de resolución de problemas y conflictos y búsqueda de soluciones no violentas.
- Disponer de estrategias de afrontamiento adecuadas y de manejo de la ira.
- El cuidado y la búsqueda de la salud mental y somática.

- Las creencias culturales y religiosas que desapruaban el suicidio.
- El temor al dolor y a las conductas de riesgo.
- La presencia de esperanza y optimismo.
- El autocontrol de la impulsividad.
- Poseer buena autoestima, autoimagen, autosuficiencia y alta resiliencia.
- Adecuada autoconfianza basada en una educación donde se destacan los éxitos y se extraen experiencias de los fracasos.
- Percepción de autocontrol sobre las actividades personales.

Por otro lado entre los factores de protección más importantes relacionados con variables situacionales encontraríamos ⁽³³⁾:

- Presencia de una atención clínica eficaz de los trastornos de salud mental, física y consumo de sustancias.
- Fácil accesibilidad a los dispositivos clínicos y soportes de búsqueda de ayuda.
- Relación satisfactoria con los dispositivos de atención primaria y salud mental.
- Existencia de una red adecuada de apoyo comunitario y mantener amistades profundas y duraderas.
- Pertenecer a una familia estable, cohesionada y con canales de comunicación abiertos.
- Mantener elevada participación social.
- Disponer de un ambiente estable - Pertenecer y sentir una identidad cultural.
- Restricción en la adquisición de armas de fuego o medicamentos potencialmente letales

TRATAMIENTO EN PACIENTE CON DEPRESIÓN Y CONDUCTA SUICIDA.

México necesita dedicar mayores esfuerzos a la detección, tratamiento y prevención de estas conductas para evitar futuros incrementos en la conducta suicida y sus consecuencias.

El tratamiento de la persona en riesgo o con intento de suicidio es variable, pero en general, se basa en el uso de psicofármacos y la psicoterapia cognitivo-conductual en forma combinada.

La psicoterapia cognitivo-conductual es útil cuando el objetivo es modificar los comportamientos y pensamientos. Entre las técnicas que utiliza están la asertividad, la relajación, la reestructuración cognitiva, la resolución de problemas, el entrenamiento en habilidades sociales y el manejo de contingencias.⁽³⁴⁾

En algunos casos, la terapia electro convulsiva (TEC), se utiliza como tratamiento rápido y eficaz para prevenir el riesgo de suicidio, en personas con trastornos depresivos muy graves.⁽³⁵⁾

El tratamiento psicoterapéutico de la conducta suicida está adquiriendo cada vez más importancia, sobre todo aquél que se basa en técnicas cognitivo conductuales, por lo que es de vital importancia conocer y trabajar en dichos tratamientos para obtener una reducción en la conducta suicida.⁽³⁶⁾

Entre las terapias que se han estudiado y practicado para el tratamiento de la conducta suicida en la depresión sobresalen las siguientes:

Terapia cognitivo conductual, Terapia dialecto conductual, Terapia de resolución de problemas, Otras terapias de corte cognitivo-conductual, Terapia interpersonal, Terapia familiar, Terapia psicodinámica, Fármacos y Terapia Electroconvulsiva.

ESTADISTICA EN LOS ÚLTIMOS AÑOS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ (DEPRESIÓN Y CONDUCTA SUICIDA).

Los diagnósticos que se asocian con los pacientes con presencia de conducta suicida en el 2010 fueron con mayor frecuencia Trastorno depresivo mayor episodio grave con 53.3%, en segundo sitio el Trastorno Límite de la personalidad con 30%, y con 3.3% cada uno de los siguientes diagnósticos: Trastorno Disocial de la personalidad, Distimia, Trastorno Adaptativo, Trastorno Bipolar Depresivo y trastorno afectivo orgánico.

La presencia de un trastorno psiquiátrico es probablemente el factor de riesgo más significativo para cometer suicidio.

En base a los datos obtenidos del servicio de atención psiquiátrica del 2016, se estima que en ese año, en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez se valoraron por primera vez a 3360 mujeres y 3530 hombres con un total de 6894 pacientes y de forma subsecuente a 15958 hombres y 18262 mujeres con un total de 34220 pacientes. De estos totales se observaron aproximadamente a 7 311 pacientes con algún tipo de trastorno afectivo, entre ellos de tipo depresivo, por lo que con estos datos, es evidente la importancia de tratar este tipo de patología, previniendo así el suicidio.

MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El suicidio se ha convertido en un problema de salud pública a nivel global, estadísticamente ocupa niveles importantes como causa de muerte. El conocimiento actual nos da un arsenal de herramientas que nos hacen afirmar que es posible tratar las conductas suicidas en pacientes con depresión siempre y cuando se identifique y se trate de manera integral dicha conducta, sin embargo día a día se suman intentos consumados, tentativas de suicidio, ideas suicidas persistentes, que demandan en los servicios de urgencia atención y tratamiento psiquiátrico inmediato.

Los instrumentos que evalúan la conducta suicida en pacientes con depresión, no han prestado atención a su contraparte “las razones para vivir”, que podría resultar de utilidad al llevar a cabo un abordaje integral y mejorar el pronóstico, por lo anterior se realizó esta investigación para determinar el seguimiento a seis meses de “las razones para vivir” y autoestima en pacientes que acudieron al servicio de urgencias presentando conducta suicida y depresión en el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y proponer un enfrentamiento especializado al paciente con conducta suicida y depresión al momento de observar su seguimiento durante los siguientes 6 meses.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existen diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de la escala razones para vivir y escala de autoestima de Rosemberg en los pacientes con diagnóstico de depresión y conducta suicida previos y en el seguimiento a 6 meses?

¿Existe relación entre los puntajes de las escalas razones para vivir y la escala de autoestima de Rosemberg?

JUSTIFICACIÓN

Los trastornos psiquiátricos principalmente el trastorno afectivo de tipo depresivo, son el principal factor de riesgo para el suicidio consumado y la conducta suicida. La conducta suicida en pacientes con depresión es un fenómeno dinámico, va cambiando con el tiempo, por lo que un estudio transversal no permite entender de forma completa este evento; para comprender mejor este fenómeno se necesita de una perspectiva de tipo dinámica que explique cómo va modificándose dicha conducta a lo largo del tiempo, por lo que se propone este estudio para observar dicha evolución y en base a esto mencionar algunas ideas, con la finalidad de reforzar la razones para vivir y autoestima con un adecuado tratamiento integral.

TIPO DE ESTUDIO

Estudio Observacional, descriptivo, longitudinal, correlacional y comparativo.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Describir el curso a 6 meses de seguimiento de los resultados en los puntajes de las escalas razones para vivir y autoestima de Rosemberg en una muestra de pacientes con diagnóstico de depresión y conducta suicida.
- Describir la relación entre los puntajes y resultados entre la escala razones para vivir y la escala de autoestima de Rosemberg.

Objetivos Específicos.

- Describir las características sociodemográficas: sexo, edad, escolaridad y estado civil y su relación con los pacientes con diagnóstico de depresión y conducta suicida.

- Describir cada uno de los dominios de la escala de razones para vivir: Creencias de supervivencia y afrontamiento, responsabilidad con la familia, preocupaciones relacionadas con los hijos, miedo a suicidarse, miedo a la desaprobación social y objeciones morales y su relación con los pacientes con diagnóstico de depresión y conducta suicida.
- Describir el puntaje de la escala de autoestima de Rosemberg y su relación con los pacientes con diagnóstico de depresión y conducta suicida.

MUESTRA Y MUESTREO

Se captará una muestra seleccionada previamente, la cual será no aleatorizada, durante los dos primeros meses de iniciado el trabajo de investigación por cuota de pacientes que acudan al servicio de urgencias y sean referidos a la clínica de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez que presenten conducta suicida y depresión.

MUESTREO

El muestreo será no probabilístico, intencional y por tiempo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Pacientes seleccionados en la primera etapa de este trabajo de investigación
2. Pacientes que acepten y firmen consentimiento informado para inclusión en el estudio
3. Pacientes femeninos y masculinos
4. Pacientes mayores de 18 años
5. Paciente con diagnóstico de depresión y conducta suicida en servicio de urgencias.
6. Familiar que acepten y firmen consentimiento informado para inclusión en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Pacientes no seleccionados en la primera etapa de este trabajo de investigación.
2. Pacientes menores de 18 años.
3. Que el paciente no acepte ni firme el consentimiento informado para inclusión en el estudio.
4. Que el familiar no acepte ni firme el consentimiento informado para inclusión en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

1. Pacientes que no terminen con la entrevista.
2. Que no deseen la publicación de sus resultados
3. Pacientes que no acudan a sus valoraciones en la consulta externa durante los 6 meses de seguimiento.

HIPOTESIS

- Hipótesis alterna: Sí existen diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de la escala razones para vivir y la escala de autoestima de Rosemberg en los pacientes con diagnóstico de depresión y conducta suicida previos y en el seguimiento a 6 meses.
- Hipótesis nula: No existen diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de la escala razones para vivir y escala de autoestima de Rosemberg en los pacientes con diagnóstico de depresión y conducta suicida previos y en el seguimiento a 6 meses.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Nombre de la variable	Definición Conceptual	Tipo de Variable	Escala de medición	Definición operacional	Indicador
Razones para Vivir	Particularidades adaptativas que evitan que el individuo tome la decisión de suicidarse, es decir evalúa las creencias y motivos de una persona para no cometer suicidio.	Cuantitativa	Intervalar	Inventario el cual está conformado por 48 ítems que evalúan las creencias para no cometer suicidio 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.	De 6 a 36 puntos.
Autoestima	Sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.	Cuantitativa	Intervalar	Cuestionario que se utiliza para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. 1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás. 2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas. 3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente. 4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo /a 5. en general estoy satisfecho /a de mí mismo/ a. 6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a. 7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado /a. 8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo. 9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil. 10. A veces creo que no soy una buena persona.	De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada, considérese autoestima normal. De 26 a 29 puntos: Autoestima media. Menos de 25 puntos: Autoestima baja.

Intento suicida previo	Todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil	Cualitativa	Nominal	Antecedentes de haber presentado un intento suicida	Si O no
Sexo	Condición biológica que diferencia al macho de la hembra dentro de una misma especie.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Sexo al que pertenece el paciente, que se obtendrá con la aplicación de un cuestionario sociodemográfico.	Femenino Masculino
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta un momento concreto.	Cuantitativa	De intervalo	Edad al que pertenece el paciente, expresada en años que se obtendrá con la aplicación de un cuestionario sociodemográfico.	Años
Escolaridad	Grado de estudios de una persona hasta el momento actual	Cualitativa	Ordinal	Nivel máximo de estudios al que llegó el paciente, que se obtendrá mediante la aplicación de un cuestionario sociodemográfico.	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura
Ocupación	Ejercer determinada profesión u oficio	Cualitativa	Nominal	Ocupación al que se dedica el paciente, que se obtendrá con la aplicación de un cuestionario sociodemográfico.	Ocupación
Estado Civil	Condición de una persona con su matrimonio que se hace constar en el registro civil	Cualitativa	Nominal	Estado civil del paciente que se obtendrá con la aplicación de un cuestionario sociodemográfico	Soltero, casado, separado, unión libre, divorciado y viudo.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

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. El RFL es una escala que se enfoca en las particularidades adaptativas que evitan que el individuo tome la decisión de suicidarse, es decir evalúa las creencias y motivos de una persona para no cometer suicidio.

Desde su creación, el RFL demostró gran utilidad en la valoración del riesgo suicida y los estudios previos que han valorado sus propiedades psicométricas han demostrado altos niveles de consistencia interna y validez de constructo en adolescentes delincuentes, adolescentes sanos y adultos con trastornos psiquiátricos. Así mismo el RFL ha demostrado validez divergente con otras medidas del comportamiento e ideación suicida, depresión y desesperanza ⁽³⁷⁾.

Es un instrumento de autorreporte, con ítems consistentes en afirmaciones que son calificadas en orden de importancia usando una escala de seis puntos tipo Likert.

Como resultado, 48 ítems fueron conservados y se agruparon en seis dominios que fueron llamados ⁽³⁸⁾:

- 1. Creencias de supervivencia y afrontamiento (24 ítems)
- 2. Responsabilidad con la familia (7 ítems)
- 3. Preocupaciones relacionadas con los hijos (3 ítems)

- 4. Miedo a suicidarse (7 ítems)
- 5. Miedo a la desaprobación social (3 ítems)
- 6. Objeciones morales (4 ítems)

Cada dominio de la escala se califica de la siguiente manera: las puntuaciones de cada ítem se suman y el resultado es dividido por el número total de ítems de ese dominio. La puntuación total del RFL se obtiene con el promedio de los resultados de los seis dominios.

Obteniendo los siguientes puntajes ⁽³⁹⁾:

Puntuación total de 73-144 puntos: Le cuesta encontrar razones para aferrarse a la vida y existe cierto riesgo de termine por enfrentarse a la idea del suicidio. Creemos a priori, que resultaría aconsejable contacte con un profesional para indagar más a fondo sobre su problema y aclarar en qué medida ello influye en el riesgo que usted tiene de cometer suicidio

Puntuación total de 144-216 puntos: Usted tiene bastantes razones para aferrarse a la vida por lo que a pesar de las adversidades, resulta improbable que llegue a cometer suicidio.

Puntuación total de 216-288 puntos: Usted tiene múltiples razones para aferrarse a la vida. Puede estar tranquilo, no presenta apenas riesgo de cometer suicidio.

Estos factores se evalúan a través del grado de importancia que el sujeto le otorga a cada ítem, a través de una escala Likert de 6 puntos, siendo 1 no es importante y 6 extremadamente importante, como motivo para no suicidarse

Desde su creación, el RFL demostró gran utilidad en la valoración del riesgo suicida y los estudios previos que han valorado sus propiedades psicométricas han demostrado altos niveles de consistencia interna y validez de constructo en adolescentes delincuentes, adolescentes sanos y adultos con trastornos psiquiátricos. Así mismo el RFL ha demostrado validez divergente con otras medidas del comportamiento e ideación suicida, depresión y desesperanza.

Oquendo et al (Oquendo, 2000) adaptaron la escala RFL al español en población latina norteamericana. Evaluaron la estructura factorial, confiabilidad, validez de contenido y de constructo en una muestra de individuos con intento de suicidio. Esta versión mostró adecuadas propiedades psicométricas, una estructura factorial de 6 dimensiones y una elevada consistencia interna y temporal. Asimismo, se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones del RFL entre individuos con riesgo de suicidio alto y bajo, definido clínicamente.

Escala de autoestima de Rosemberg.

Cuestionario que se utiliza para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia y es autoadministrada ⁽⁴⁰⁾.

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada, considérese autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima grave, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas: La escala ha sido traducida y validada al español. La consistencia interna de la escala se encuentra entre 0.76 y 0.87. La fiabilidad es de 0.80.

PROCEDIMIENTO

1. Se presentará 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 solicitará a los Jefes del servicio de urgencias y consulta externa, 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. Se les garantizará que al término de la evaluación, se integrará al expediente clínico del paciente una nota donde se comentarán los resultados de la entrevista.
3. La muestra será seleccionada en base a la aplicación de las escalas correspondientes (Escala de ideación suicida de Beck, Escala de intencionalidad suicida de Beck, Escala de depresión de Beck e Inventario de Razones para vivir, Autoestima de Rosemberg), trabajo que será realizado por la Dra. Eva García Armendáriz, residente de 4 año del HPFBA, para la realización de tesis para obtener el título de Psiquiatría.

4. Se realizará nuevamente a los 6 meses, una entrevista clínica semi-estructurada de aproximadamente 45 minutos de duración con la aplicación de la escala correspondiente (Inventario de Razones para vivir y Escala de Autoestima de Rosemberg) a los pacientes previamente seleccionados.
5. Recolección y análisis de datos.
6. Se documentarán los factores asociados a la depresión, conducta suicida y autoestima.
7. Se presentarán los resultados del estudio, así como el proyecto completado para su publicación como tesis de titulación para obtener el grado de Especialista en Psiquiatría.

CONSIDERACIONES BIÓÉTICAS.

Este trabajo se basa en principios éticos que no dañen a los participantes, así mismo tendrá un riesgo mínimo y ningún costo. El trato que recibirán los participantes será digno y de respeto, con ello nos comprometemos al resguardo de la información obtenida durante el estudio.

Esta investigación se considera de riesgo mínimo, ya que los instrumentos de prueba son totalmente inofensivos, no representan ningún riesgo a la salud o el estado emocional de los participantes. El beneficio es sustancial, ya que en función de los hallazgos, se podrá determinar la conducta a seguir en cuanto a su manejo.

El valor de esta investigación para los pacientes consistirá en conocer que con su participación ayudarán a diseñar mejores estrategias de abordaje diagnóstico y terapéutico para quienes padecen los trastornos y la información será resguardada por el encargado de la investigación y por el equipo tratante del paciente y será absolutamente confidencial. En ninguna publicación que resulte de dicha investigación se dará a conocer la identidad de los participantes.

La selección se realizará en base a los criterios de inclusión de la investigación. En ningún momento se discriminará por motivos de raza, edad, condición socioeconómica, preferencia sexual o religión.

Según el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación, este estudio se considera como:

Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 mililitros en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación.

La información obtenida en este estudio será utilizada únicamente para fines de investigación, los datos de los familiares y controles no serán de uso del dominio público.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Para el análisis de datos se utilizará el programa SPSS, con el que se calculará tanto la estadística descriptiva y como la de correlación estadística. Se usará la prueba para la relación entre las razones para vivir y la autoestima con el diagnóstico de depresión y conducta suicida.

Y se aplicara la prueba de T para relacionar las diferencias al inicio del estudio y a los 6 meses de su seguimiento.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 35 individuos con diagnóstico de depresión y conducta suicida en el servicio de urgencias del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y que posteriormente fueron enviados al servicio de consulta externa del mismo hospital.

Se realizó una base de datos con la información sociodemográfica obtenida mediante una entrevista semiestructurada así como los resultados de los test razones para vivir y autoestima de Rosemberg, ambas aplicadas al inicio del estudio y 6 meses después. El análisis estadístico se realizó con el software SPSS para PC.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Se analizaron los datos sociodemográficos y clínicos así como los resultados de los test razones para vivir y autoestima de Rosemberg al inicio del estudio y a los 6 meses de 35 usuarios incluidos en la muestra.

La edad mínima fue de 19 años y la máxima fue de 55 años. Con un promedio de edad de 39.91 años, con una desviación estándar de 10.84. Con respecto al sexo se encontró que el 80% (28) pertenecen al sexo femenino y 20% (7) al masculino. En relación a la escolaridad se encontró que 14.35% (5) estudió hasta la primaria, el 34.3% (12) hasta la secundaria, el 31.4% (11) hasta la preparatoria y el 20.0% (7) hasta la licenciatura. En relación al estado civil, se encontró que el 28.5% (10) está casado, el 40.0% (14) está soltero, el 5.7% (2) está divorciado, el 8.6% (3) se

encuentra en unión libre, el 5.7% (2) está viudo y el 11.4% (4) se encuentra separado (Cuadro 1).

Cuadro 1 características sociodemográficas de 35 sujetos

Sexo	N	%
Femenino	28	80
Masculino	7	20
Escolaridad	N	%
Primaria	5	14.3
Secundaria	12	34.3
Preparatoria	11	31.4
Licenciatura	7	20.0
Estado civil	N	%
Casado	10	28.6
Soltero	14	40.0
Divorciado	2	5.7
Unión libre	3	8.6
Viudo	2	5.7
Separado	4	11.4

N= número, %= porcentaje

En relación a la ocupación previa, se encontró que el 22.9% (8) se dedica al hogar, el 14.3% (5) al comercio, el 25.7% (9) al ámbito administrativo, el 22.9% (8) realiza algún oficio y el 14.3% (5) no tiene alguna ocupación. Con respecto a la ocupación actual, se encontró que el 28.6% (10) se dedica al hogar, el 28.6% (10) se dedica al comercio, el 25.7 (9) al ámbito administrativo, el 8.6% (3) realiza algún oficio y el 8.6% (3) no tiene alguna ocupación. (Cuadro 2).

Cuadro 2 características sociodemográficas de 35 sujetos

Ocupación previa	N	%
Hogar	8	22.9
Comercio	5	14.3
Administrativo	9	25.7
Oficio	8	22.9

Ocupación actual	N	%
Hogar	10	28.6
Comercio	10	28.6
Administrativo	9	25.7
Oficio	3	8.6
Ninguno	3	8.6

N= número, %= porcentaje

Con respecto a tener hijos, el 74.3% (26) tiene hijos, de estos el 11.4% (4) tiene uno, el 31.4% (11) tiene dos, el 20% (7) tiene tres, el 8.6% (3) tiene 4 y 2.9% (1) tiene 10 pero el 25.7% (9) no tiene hijos (Cuadro 3). En relación con quien viven actualmente, el 25.7% (9) vive con esposos e hijos, el 8.6% (3) vive con padres e hijos, el 8.6% (3) vive con padres y hermanos, el 2.9% (1) vive con hijos, el 5.7% (2) vive con padres y abuelos, el 25.7% (9) vive con sus padres, el 2.9% (1) vive con hijos y nietos, el 5.7% (2) vive con padres y abuelos, el 2.9% (1) vive con su pareja, el 8.6% (3) vive solo, el 2.9% (1) vive con madre, padrastro y hermanos, el 2.9% (1) vive con sus hijos, el 2.9% (1) vive con madre e hijos y el 2.9% (1) vive con madre y hermanos (Cuadro 4).

Cuadro 3 características sociodemográficas de 35 sujetos

Hijos	N	%
Si	26	74.3
No	9	25.7

Cuantos Hijos	N	%
1	4	11.4
2	11	31.4
3	7	20
4	3	8.6
10	1	2.9

N= número, %= porcentaje

Cuadro 4 características sociodemográficas de 35 sujetos

Actualmente vive	N	%
Esposo/hijos	9	25.7
Padres	9	25.7
Padres/hijos	3	8.6
Padres/hermanos	3	8.6
Solo	3	8.6
Padres/abuelo	2	5.7
Hijos	1	2.9
Hijos/nietos	1	2.9
Pareja	1	2.9
Madre/padrastro/hermanos	1	2.9
Madre/hermanos	1	2.9
Madre/hijos	1	2.9

N= número, %= porcentaje

En relación a presentar antecedentes heredofamiliares neuropsiquiátricos, el 31.4% (11) no los presenta y el 68.6% (24) si lo presentó (Cuadro 5). En relación a tener antecedente de conducta suicida, el 54.3% (19) si presenta antecedentes y de estos, el 48.6% (17) fue 1 intento suicida, el 2.9% (1) fueron 4 intentos suicidas y el 2.9% (1) fueron 5 intentos suicida a diferencia del 45.7% (16) que presentó únicamente ideación suicida. (Cuadro 6)

Entonces con respecto a los datos sociodemográficos en esta muestra se encontró que hubo más usuarios de sexo femenino que masculino, con un promedio de edad de 39.9 años, donde la mayor parte de la población en estudio terminó hasta la preparatoria. El estado civil con mayor número de usuarios fue soltero, predominando la ocupación previa hogar y área administrativa y actual en el hogar, viviendo la mayoría de la población en estudio ya sea con pareja e hijos o padres. El 68.6% de la población si cuenta con antecedentes neuropsiquiátricos y el 54.3% presenta antecedente de conducta suicida, donde 17 usuarios la han presentado en una ocasión

Con respecto al tratamiento se encontró que el 25.7% (9) toma antidepresivo, el 25.7% (9) toma antidepresivo y ansiolítico, el 11.4 % (4) toma antidepresivo y antipsicótico, el 11.4% (4) se desconoce el tipo de tratamiento, el 5.7% (2) toma antidepresivo y psicoterapia, el 5.7% (2) toma antidepresivo, ansiolítico y psicoterapia, el 5.7% (2) toma antidepresivo y modulador de estado de ánimo, el 2.9 % (1) toma antidepresivo, ansiolítico y antipsicótico, el 2.9% (1) toma antidepresivo, modulador del estado de ánimo, antipsicótico y psicoterapia, el 2.9% (1) toma antidepresivo, modulador del estado de ánimo, ansiolítico y psicoterapia (Cuadro 7)

Cuadro 5 características clínicas de 35 sujetos

Antecedentes heredofamiliares de trastornos neuropsiquiátricos	N	%
Si	1	31.4
No	24	68.6
Antecedente de conducta suicida	N	%
Si	19	54.3
No (ideación suicida)	16	45.7

N= número, %= porcentaje

Cuadro 6 características clínicas de 35 sujetos

Número de intentos suicidas	N	%
0	16	45.7
1	17	48.6
4	1	2.9
5	1	2.9

N= número, %= porcentaje

Cuadro 7 características clínicas de 35 sujetos

Tratamiento	N	%
Antidepresivo	9	25.7
Antidepresivo/ansiolítico	9	25.7
Antidepresivo/antipsicótico	4	11.4
Se desconoce	4	11.4
Antidepresivo/psicoterapia	2	5.7
Antidepresivo/ansiolítico/psicoterapia	2	5.7
Antidepresivo/modulador del estado de ánimo	2	5.7
Antidepresivo/ansiolítico/antipsicótico	1	2.9
Antidepresivo/modulador del estado de ánimo/ antipsicótico/psicoterapia	1	2.9
Antidepresivo/modulador del estado de ánimo/ansiolítico/psicoterapia	1	2.9

N= número, %= porcentaje.

Para valorar las razones para vivir y la autoestima en los usuarios evaluados, se aplicó la escala razones para vivir y escala de autoestima de Rosemberg en los pacientes con diagnóstico de depresión y conducta suicida previas al inicio del estudio y en su seguimiento a 6 meses. Reportando en la primera aplicación de la escala de autoestima de Rosemberg que el 20% de los pacientes presentaba una autoestima baja, el 25.7% una autoestima media y el 54.3% una adecuada autoestima, en comparación a la aplicación a los 6 meses en donde ya no hubo porcentaje de usuarios con reporte de autoestima baja, el 5.7% presentaba autoestima media y el 94.3% presentaba adecuada autoestima. (Figura1). En relación a la primera aplicación de la escala razones para vivir el 45.7 % de los paciente presenta un riesgo leve de cometer un suicidio y el 54.3% no presento riesgo de cometer suicidio, en comparación a la aplicación a los 6 meses en donde el 22.9% presenta riesgo leve de cometer suicidio y el 77.1 % no presenta riesgo. (Figura 2)

Figura 1 Gráfica de barras que representa los porcentajes de niveles de autoestima.

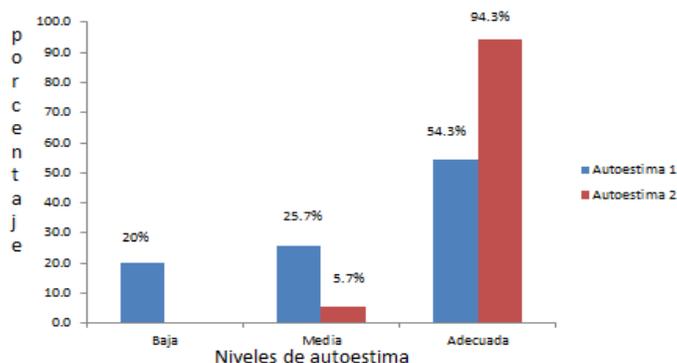
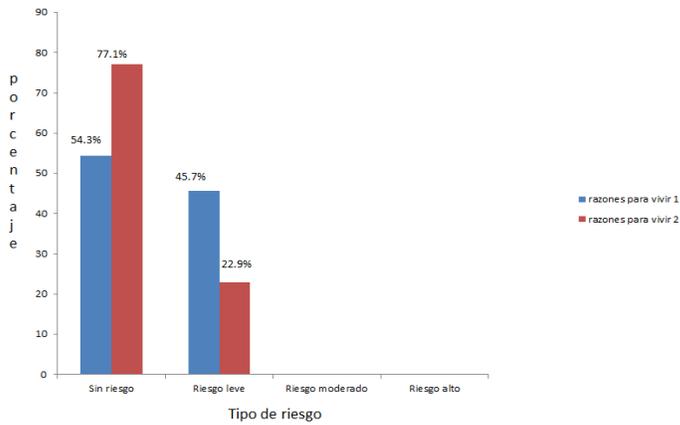
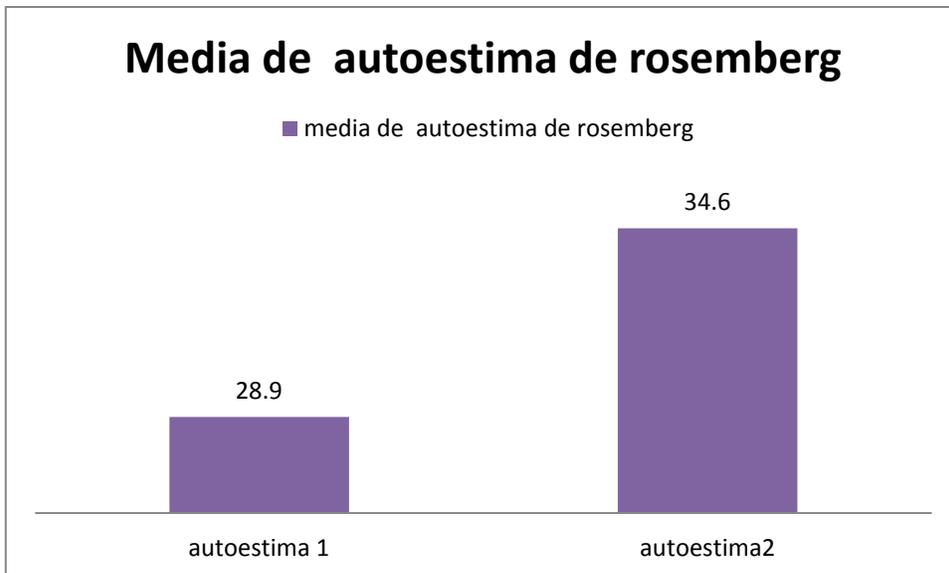


Figura 2 Gráfica de barras que representa los porcentajes de razones para vivir.



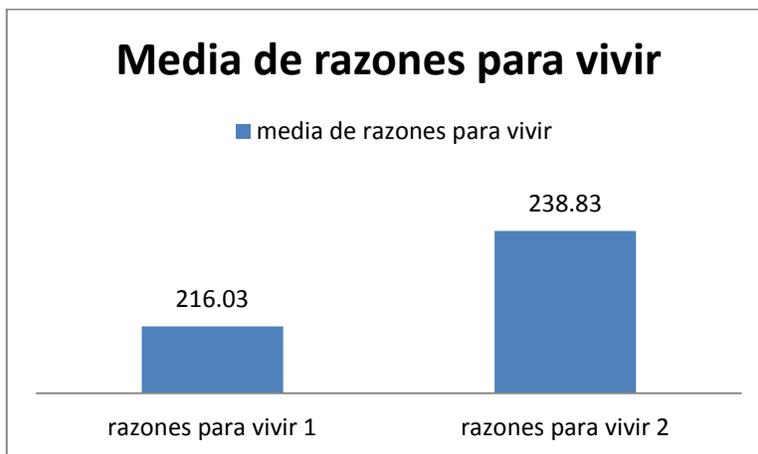
Para valorar los cambios en la media entre la escala de autoestima de Rosemberg al inicio del estudio y en su seguimiento a 6 meses, se realizó una comparación entre estas con los siguientes resultados: 28.9 en autoestima1 y 34.6 en autoestima 2. (Figura3)

Figura 3 Gráfica de barras que representa la media en escala de autoestima de Rosemberg



Para valorar los cambios en la media entre la escala de razones para vivir al inicio del estudio y en su seguimiento a 6 meses, se realizó una comparación en estas con los siguientes resultados: 216.03 en razones para vivir 1 y 238.83 en razones para vivir 2. (Figura 4)

Figura 4 Gráfica de barras que representa la media en escala de razones para vivir



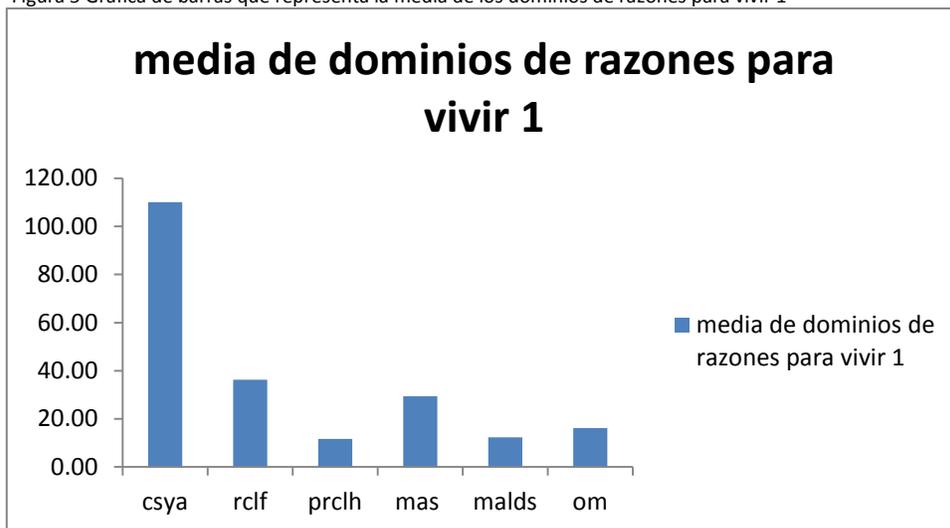
Si hubo diferencia estadísticamente significativa en la media de la aplicación de la primera escala de autoestima de Rosemberg con respecto a la segunda con una t de student de 35.615 y una significancia del 0.000.

Existe además una diferencia estadísticamente significativa en la media de la aplicación de la primera escala de razones para vivir con respecto a la segunda con una t de student de 56.732 y una significancia del 0.000.

Para valorar los cambios en la media entre el puntaje de los 6 dominios de la escala razones para vivir al inicio del estudio y en su seguimiento a 6 meses, se realizó una comparación en esta medida con los siguientes resultados : el dominio

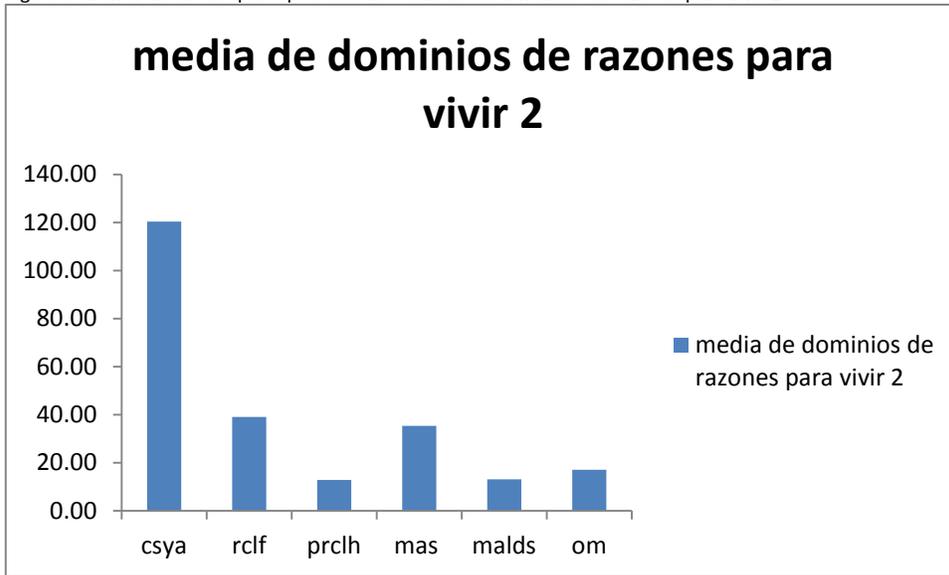
de creencias de supervivencia y afrontamiento tuvo una media de 110.06 al inicio del estudio y 120.31 a los 6 meses, en relación al dominio responsabilidades con la familia tuvo una media de 36.20 al inicio del estudio y 39.03 a los 6 meses, en relación al dominio preocupación relacionada con los hijos se presentó una media de 11.66 al inicio del estudio y 12.86 a los 6 meses, en relación al dominio miedo a suidarse se presentó una media de 29.40 al inicio del estudio y 35.31 a los 6 meses, en relación al dominio miedo a la desaprobación social se presentó una media de 12.37 al inicio del estudio y 13.11 a los 6 meses y con relación al dominio objeciones morales se obtuvo una media de 16.17 al inicio del estudio y 17.06 a los 6 meses. (Figura 5, 6 y 7)

Figura 5 Gráfica de barras que representa la media de los dominios de razones para vivir 1



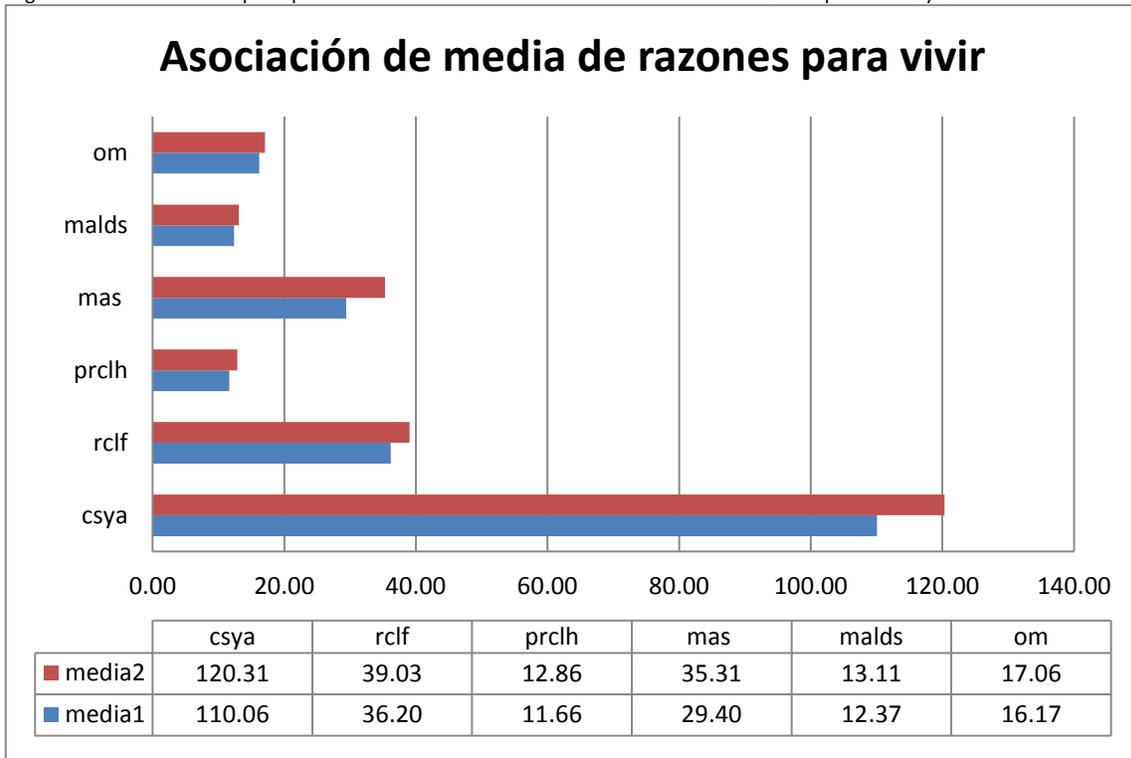
csya= creencias de supervivencia y afrontamiento, rclf= responsabilidades con la familia, prclh= preocupación relacionada con los hijos, mas=miedo a suidarse, malds=miedo a la desaprobación social, om= objeciones morales.

Figura 6 Gráfica de barras que representa la media de los dominios de razones para vivir 2



csya= creencias de supervivencia y afrontamiento, rclf= responsabilidades con la familia, prclh= preocupacion relacionada con los hijos, mas=miedo a suicidarse, malds=miedo a la desaprobación social, om= objeciones morales

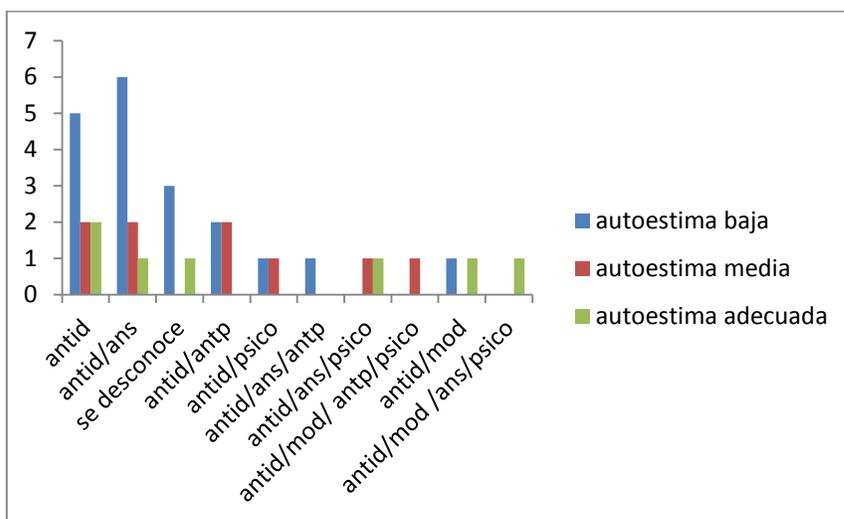
Figura 7 Gráfica de barras que representa la asociación de medias de los dominios de razones para vivir 1 y 2



Se valoraron los cambios en los niveles de autoestima en los pacientes al inicio de tratamiento y al final del mismo, obteniendo los siguientes resultados : De los 9 pacientes que toma antidepresivo 5 pacientes presentaron autoestima baja, 2 autoestima media y 2 autoestima adecuada al inicio del tratamiento y a los 6 meses los 9 presentaron autoestima adecuada. De los 9 pacientes que están en tratamiento con antidepresivo y ansiolítico, 6 pacientes presentaron autoestima baja, 2 pacientes presentan autoestima media y 1 paciente autoestima adecuada al inicio del tratamiento y a los 6 meses 1 paciente presentó autoestima media y 8 autoestima adecuada. De los 4 pacientes que desconocen su tratamiento 3 presentan una autoestima baja y 1 una autoestima adecuada al inicio y a los 6 meses los 4 presentaron autoestima adecuada. De los 4 pacientes en tratamiento con antidepresivo y antipsicótico 2 tenían autoestima baja y 2 autoestima media al inicio del tratamiento y a los 6 meses los 4 presentaron autoestima adecuada. De los 2 pacientes en tratamiento con antidepresivo y psicoterapia uno presentó autoestima baja y uno autoestima media al inicio y a los 6 meses los 2 presentaron autoestima adecuada. El paciente con tratamiento con antidepresivo, ansiolítico y antipsicótico presentó autoestima baja al inicio del tratamiento y los 6 meses presentó autoestima adecuada. De los 2 pacientes con tratamiento con antidepresivo, ansiolítico y psicoterapia, 1 presentó autoestima media y 1 autoestima adecuada al inicio del tratamiento y a los 6 meses los 2 pacientes presentaron autoestima adecuada. El paciente con tratamiento a base de antidepresivo, modulador del estado de ánimo, antipsicótico y psicoterapia presentó autoestima media al inicio del tratamiento y a los 6 meses autoestima adecuada. De los 2 pacientes con tratamiento a base de antidepresivo y

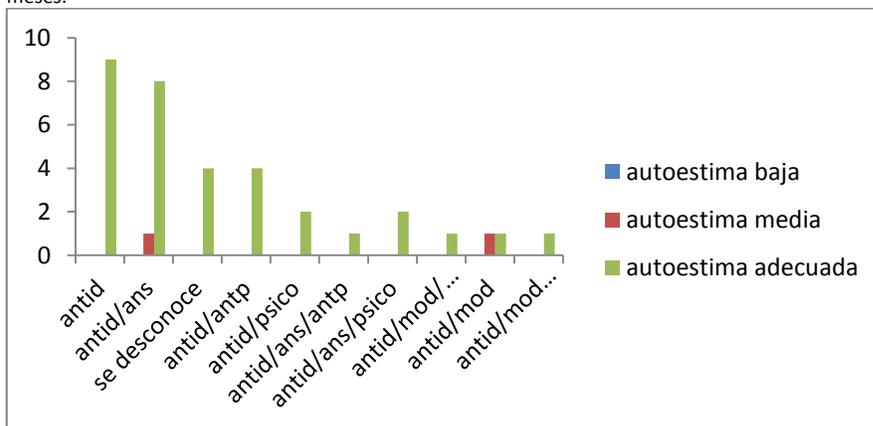
modulador del estado de ánimo 1 presentó autoestima baja y 1 autoestima adecuada al inicio y a los 6 meses y del paciente que tomo antidepresivo, modulador del estado de ánimo, ansiolítico y psicoterapia presentó una autoestima adecuada en ambos períodos de medición. (Figura 8 y figura 9)

Figura 8 Gráfica de barras que representa el número de pacientes con algún tipo de autoestima en relación al tratamiento al inicio del estudio



ant=antidepresivo, ans=ansiolítico, antp=antipsicótico, psico=psicoterapia, mod=modulador del estado de ánimo.

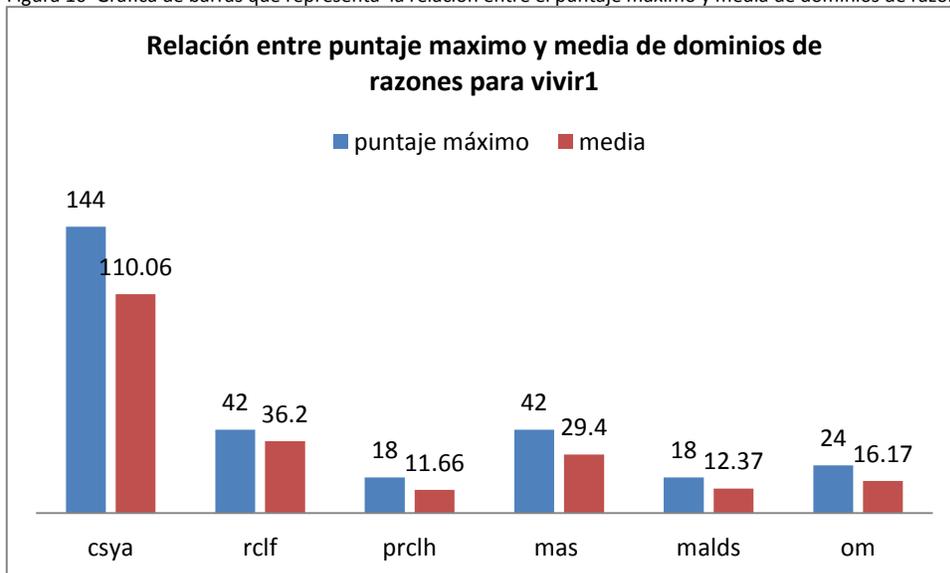
Figura 9 Gráfica de barras que representa el número de pacientes con algún tipo de autoestima en relación al tratamiento a los 6 meses.



ant=antidepresivo, ans=ansiolítico, antp=antipsicótico, psico=psicoterapia, mod=modulador del estado de ánimo.

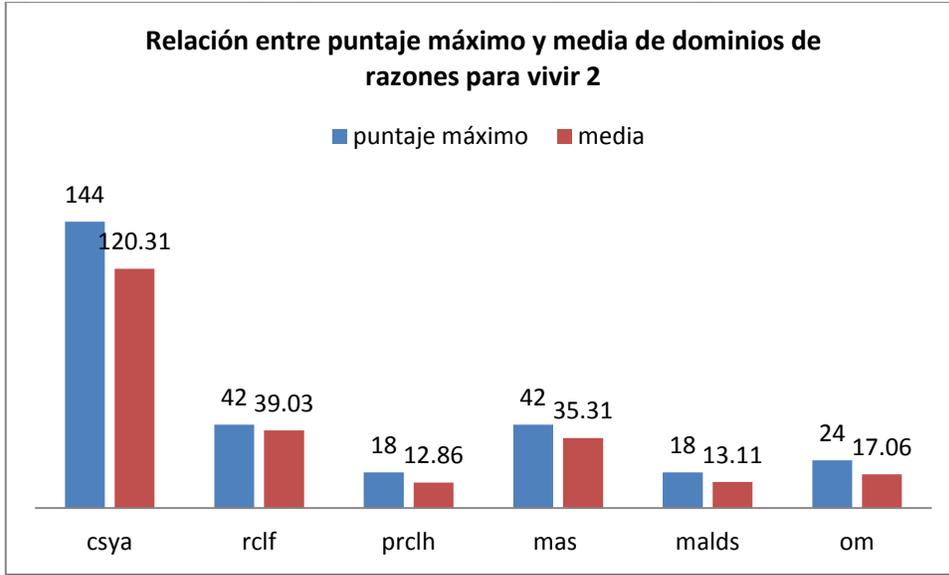
Para conocer que dominio de razones para vivir tuvo mayor influencia en los pacientes se comparó el puntaje máximo con la media de cada dominio de la escala razones para vivir 1 y 2 observando que el dominio preocupación relacionada con los hijos, tanto al inicio del estudio como a los 6 meses, representa el dominio con una media más cercana al puntaje máximo. El dominio con una media más alejada del puntaje máximo fue creencias de supervivencia y afrontamiento. (Figura 10 y 11)

Figura 10 Gráfica de barras que representa la relación entre el puntaje máximo y media de dominios de razones para vivir 1



csya= creencias de supervivencia y afrontamiento, rclf= responsabilidades con la familia, prclh= preocupacion relacionada con los hijos, mas=miedo a suidarse, malds=miedo a la desaprobación social, om= objeciones morales

Figura 10 Gráfica de barras que representa la relación entre el puntaje máximo y media de dominios de razones para vivir 2



csya= creencias de supervivencia y afrontamiento, rclf= responsabilidades con la familia, prclh= preocupacion relacionada con los hijos, mas=miedo a suidarse, malds=miedo a la desaprobación social, om= objeciones morales

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos durante este estudio podrían confirmar la hipótesis que proponen la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de la escala razones para vivir y la escala de autoestima de Rosemberg en los pacientes con diagnóstico de depresión y conducta suicida previos y en el seguimiento a 6 meses y la relación estadísticamente significativa entre los puntajes de la escala razones para vivir y la escala de autoestima de Rosemberg en los pacientes con diagnóstico de depresión y conducta suicida previos y en el seguimiento a 6 meses.

En años recientes se ha avanzado mucho en México en el conocimiento de la ideación, planes e intentos de suicidio (conducta suicida). Los factores de riesgo que se han descrito en el país en población adulta y en adolescentes son en muchos aspectos similares a lo descrito en la literatura internacional. En relación a los resultados de los datos sociodemográficos, se observó mayor población del sexo femenino, datos que coincide en investigaciones previas donde la conducta suicida (ideación, planes e intento) es más frecuente entre las mujeres de México⁽¹⁴⁾. En la literatura, se ha observado una asociación estadísticamente significativa entre no tener cónyuge o pareja⁽⁴¹⁾ tener antecedentes de conducta suicida y antecedentes heredofamiliares de suicidio (alrededor de 75% de los casos de intento de suicidio de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica reportaron antecedentes de algún trastorno psiquiátrico⁽⁴¹⁾) con la conducta suicida, información que coincide con los datos obtenido es este estudio ya que se identificó que la mayor parte de la población con conductas suicida es soltero,

en donde un poco más de la mitad de la población cuenta con antecedentes neuropsiquiátricos así como antecedente de conducta suicida.

Es importante identificar el nivel de autoestima en este tipo de paciente, ya que al tener una autoestima baja frente a los factores estresantes del medio social actual puede ser un factor de riesgo para la aparición de la ideación o de conductas suicida así como la depresión. Corroborando en el estudio que al mejorar la autoestima mejora y aumentan las razones para vivir y con esto se disminuye el riesgo suicida.

En la literatura se han reportado que el tener hijos es un factor protector con respecto a la conducta suicida que pudiera influir de manera significativa a la evolución de la conducta suicida ⁽⁴¹⁾. Lo anterior se confirma con el estudio presentado, ya que se identifica que el dominio que obtuvo mayor puntaje fue la preocupación relacionada con los hijos.

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 la evolución de la conducta suicida ⁽⁴²⁾. Los autores del inventario de razones para vivir hablan de una relación inversa con respecto al suicidio así como la importancia de tener una adecuada autoestima como factor protector ⁽³⁷⁾. Lo anterior se confirma con el estudio presentado, ya que la correlación con respecto a la mejora en la autoestima es directamente proporcional al aumento en las razones para vivir, manifestadas con un aumento en la puntuación en la valoración a los 6 meses siguientes.

El tratamiento adecuado de la persona en riesgo o con intento suicida más trastorno depresivo es variable ya existe una serie de dificultades específicas en los ensayos clínicos aleatorizados cuando se trata de comprobar y comparar la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos. Pero en general, se basa en el uso de psicofármacos y la psicoterapia cognitivo-conductual en forma combinada.⁽³⁴⁾ Situación que se identificó también en el estudio, en donde hubo un total de 10 variaciones en el tratamiento, desde el uso únicamente con psicofármacos (antidepresivo, ansiolítico, antipsicótico y/o modulador del estado de ánimo) o su combinación con algún tipo de psicoterapia, presentándose dificultades para comparar la eficacia de los tratamientos, asociado probablemente al número de participantes en la muestra, las variables en el tratamiento psicofarmacológico y el desconocimiento del tipo de psicoterapia) pero identificando una mejora en la autoestima en todos los usuarios al realizar la comparación de la escala de autoestima al inicio y a los 6 meses. Por lo que los datos que se han presentado sugieren que se necesita trabajar mucho para lograr identificar si existe o no diferencia significativa en el tipo de tratamiento.

CONCLUSIONES:

La importancia de identificar las razones para vivir y autoestima con las que cuenta el paciente deprimido con conducta suicida es fundamental para tomarlas en cuenta al momento de llevar a cabo un abordaje terapéutico otorgando nuevas posibilidades para estudiar el fenómeno suicida desde una perspectiva cognitiva, pero desafortunadamente se realiza una pobre búsqueda intencionada de estas cuando se valora al paciente en el ámbito hospitalario y ambulatorio.

La presente investigación se puede considerar como una aproximación al estudio de los datos que motiva a los pacientes con depresión y conducta suicida a no cometer dicho acto, ya que a partir de los resultados se identificó información que puede proporcionar al clínico las bases para iniciar un plan de acción en nuestro medio, tanto en la difusión, prevención como tratamiento integral.

Se observa como la autoestima y las razones para vivir se comportan de manera diferente con respecto al inicio del estudio y a los 6 meses, situaciones modificadas por una serie de factores, entre ellos el tratamiento. El análisis de este y su asociación con la mejora en la autoestima y razones para vivir es de vital importancia para conocer qué tipo de decisiones terapéuticas son las más apropiadas, por lo que sería conveniente que se realizara una réplica con una mayor muestra y un grupo de comparación, para obtener resultados con mayor significancia.

Al utilizar estas escalas estamos proponiendo un abordaje complementario en el estudio de las motivaciones que actúan como factores protectores en el paciente con depresión y conducta psiquiátrica.

Se identificaron variaciones en los dominios del inventario de razones para vivir con los que cuenta el paciente, observando pero no profundizando en el análisis riguroso de estos factores protectores por lo que es importante identificar en próximas investigaciones las características propias de cada dominio y saber cómo este puede influir en el tratamiento integral del paciente con depresión y conducta suicida.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- OMS (2017). Suicidio. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
- 2.- Gutiérrez García, AG, Contreras, CM, Orozco Rodríguez, RC. El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental* [Internet]. 2006; 29(5):66-74. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58229510>
- 3.- INEGI (2006). Suicidio. Marco de referencia sobre el suicidio. México, INEGI
- 4.- SSA (2015). Día mundial para la prevención del suicidio. Recuperado de: <http://www.gob.mx/salud/articulos/dia-mundial-para-la-prevencion-del-suicidio-11158>.
- 5.- Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Avaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t N° 2006/06
6. - Hewitt J.P.: The social construction of self-esteem. In Snyder C.R., and Lopez S.J. (eds): *Oxford Handbook of Positive Psychology*.. Oxford: Oxford University Press, 2009. pp. 217-224
7. - Minois G. *History of Suicide, Voluntary Death, in Western Culture*. Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press; 1999.
- 8.- Martínez José. Suicidio, crisis política y medicina mental en la Francia del siglo XIX (1801-1885). *Frenia: Revista de Historia de la Psiquiatría*. 2001: 39-65.
- 9.- Barraclough B, et al. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br. J. Psychiatry* . 1997: 205-228.
10. - Bondy B, Peter Z. Neurobiology of suicide. En: *Molecular biology of neuropsychiatric disorders*. Berlin: Springer; 2009: 205-227.
11. - Joiner, Thomas. *Why people die by suicide*. Boston: Harvard University Press; 2009.
- 12.- Chávez-Hernández A, Antoon A. Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud mental*. 2010: 355-360
13. - Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide *suicidology* 2002; 7(2):6-8.

- 14.- Baca-García E, Díaz-Sastre C. Bases biológicas del suicidio. Monografías de Psiquiatría 2002; XII (5): 1-51.
- 15.- INEGI. Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre).Septiembre 2015.
16. - Beautrais AL, Collings SCD, Ehrhardt P. Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention. Wellington: Ministry of Health; 2005.
17. - World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002. Recuperado de: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_chap7_eng.pdf
- 18.- Chinchilla A, Correas J, Vega M. Manual de urgencias psiquiátricas. Barcelona: Masson; 2003.
- 19.- Meyer RE, Salzman C, Youngstrom EA, Clayton PJ, Goodwin FK, Mann JJ, et al. Suicidality and risk of suicide--definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a consensus statement. J Clin Psychiatry. 2010; 71(8):e1-e21.
- 20.- O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman M. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. Suicide Life Threat Behav. 1996; 26(3):237-52.
21. - Silverman MM, Berman AL, Sanddal MD, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 1: Background, Rationale, and Methodology. Suicide Life Threat Behav. 2007; 37(3):248-63.
22. - Silverman MM, Berman AL, Sanddal MD, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. Suicide Life Threat Behav. 2007; 37(3):264-77.
23. - De Leo D, Bertolote JM, Lester D. Self-directed violence. En: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, eds. World Report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002. p. 183-212.
- 24.-Hawton K, van Heeringen K. Suicide. Lancet. 2009; 373(9672):1372-81.
25. - Hawton K, Casañas I, Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. J Affect Disord. 2013;147(1-3):17-28.

- 26.- LSokero TP, Melartin TK, Rytsälä HJ, Leskelä US, Lestelä-Mielonen PS, Isometsä ET. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder. *Br J Psychiatry*. 2005;186:314-8.
27. - Dumais A, Lesage AD, Alda M, Rouleau G, Dumont M, Chawky N, et al. Risk factors for suicide completion in major depression: a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *Am J Psychiatry*. 2005;162(11):2116-24.
28. - Reed GM, J. M-C, Esparza P, Saxena S, Maj M. The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. *World Psychiatry*. 2011;10(2):118-31.
- 29.- Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
30. - Beautrais AL, Collings SCD, Ehrhardt P. Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention. Wellington: Ministry of Health; 2005.
- 31.-Guo B, Harstall C. Efficacy of suicide prevention programs for children and youth. Edmonton (AB): Alberta Heritage Foundation for Medical Research. Health Technology Assessment; 2002. Informe No.: 26.
32. - Yang CY. Association between parity and risk of suicide among parous women. *CMAJ*. 2010; 182(6):569-72.
- 33.- Johnson J, Wood AM, Gooding P, Taylor PJ, Tarrier N. Resilience to suicidality: the buffering hypothesis;31(4):563-91.
34. - Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitivebehavioral therapy: a review of meta-analyses; 26(1):17-31.
- 35.- Sociedad Española de Psiquiatría. Consejo español sobre la terapia electroconvulsiva (TEC), 1999.citado 1 octubre 2007; Recuperado de: <http://www.medicinainformacion.com/documentos/consensotec.pdf>
- 36.- Hamilton KE, Dobson KS. Cognitive therapy of depression: pretreatment patient predictors of outcome. *Clin Psychol Rev* 2002; 22(6):875-93.
- 37.- Linehan, M., Goodstein, J., Nielsen, S. L. & Chiles, J. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000; 51(2), 276-286

- 38.- Cassaretto B, Martinez U. Razones para vivir en jóvenes adultos: validación del RFL-YA. Revista de Psicología. 2012; 30 (1): 170-188.
- 39.-Valencia, J. Validación del Inventario de Razones para Vivir (RFL) en sujetos con conducta suicida de Colombia. Revista Colombiana de Psiquiatría 2009; 38(1): 67-84.
- 40.- Cogollo, Zuleima, Campo-Arias, Adalberto, Herazo, Edwin, Escala de rosenberg para autoestima: consistencia interna y dimensionalidad en estudiantes de cartagena, colombia. Psychologia. Avances de la disciplina [en línea] 2015, 9 (Julio-Diciembre): Disponible en:<<http://148.215.2.10/articulo.oa?id=297241658005>> ISSN 1900-2386
- 41.- Borges G, Medina-Mora ME, Orozco R, Ouéda C, Villatoro J, Fleiz C. Distribución y determinantes socio-demográficos de la conducta suicida en México. Salud Mental 2009. 32:413-425.

ANEXOS:

Carta de autorización para la realización de protocolo de investigación:

Tlalpan, México D.F. a _____ de _____ del 2017.

A quien corresponda:

Por medio de la presente, reciba un cordial saludo al tiempo de solicitar la autorización para realizar en las instalaciones de Clínica de Consulta externa y Urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, el protocolo de investigación titulado: **“Seguimiento a 6 meses de razones para vivir y autoestima en pacientes con conducta suicida y depresión que acuden al servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.”**, el cual consistirá en la aplicación de la escala Razones para vivir y autoestima, previo consentimiento informado, a los pacientes de Urgencias y Consulta Externa que cumplan con los criterios de inclusión en el estudio, durante el periodo comprendido de Febrero a Abril de 2018 en horario matutino- vespertino. Su servidor y responsable del proyecto se compromete a no interferir con las decisiones de los médicos tratantes y a mantener la confidencialidad y respeto hacia sus instalaciones, personal y los pacientes.

Sin otro particular por el momento agradezco se sirva al presente, quedo de usted.

Dra. Mayra Pimentel Amaya

Médico Residente de 4° Año en Psiquiatría

C.c.: Jefe de Servicio

C.c.p.: Médicos Adscrito.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo.

De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21:

I. Yo: _____ o _____
como responsable del paciente, declaro que se me propone participar en el proyecto de investigación con el fin de detectar las razones para vivir y nivel de autoestima

II. Se me ha informado que se me realizará una entrevista y dos cuestionarios autoaplicados.

III. Se me explicó que los instrumentos de prueba son totalmente inofensivos, no representan ningún riesgo a mi salud o estado emocional y los resultados no tendrán repercusiones en mi salud.

IV. Que los resultados de dichas pruebas ayudarán a determinar el manejo a seguir y que los resultados se utilizarán con fines estadísticos.

VI. Se me ha asegurado que puedo preguntar todo lo relacionado con el estudio y mi participación a la Doctora Mayra Pimentel Amaya, con número de teléfono 5513985753.

VII. Se me aclaró que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida. No renuncio a ninguno de mis derechos legales al firmar este documento de consentimiento.

VIII. Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará mi nombre o revelará mi identidad. Los resultados obtenidos en las escalas y las entrevistas son totalmente confidenciales.

Firma de autorización de Paciente (o responsable)

Firma del investigador

Firma de primer Testigo

Firma de Segundo Testigo

Lugar y fecha: Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”; Ciudad de México, a ____ de ____ de 2017

ESCALA RAZONES PARA VIVIR

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

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 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 quitarse la vida, o no aplica en mi caso, o no creo en esto en lo 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)

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 los quisiera
8. No creo que las cosas lleguen a ponerse tan miserables e irremediables que preferiera 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 más 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 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 preciosa para ponerle fin
21. No sería justo dejar 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

25. Soy demasiado sensible para mí mismo
26. Soy un cobarde y no tengo la valentía para matarme
27. Mis amigos/as me lo prohíben
28. No sé tener un efecto perjudicial a 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 pensarán de mí
32. Creo que las cosas salen como conciben
33. No podría describir cómo, estando yo cómo lo haría
34. Lo considero impuro
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 resolver 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 que apresurar a mierte
46. Soy tan inepto que mi suicidio no funcionaría
47. No quisiera que mi familia se sintiera culpable después
48. No quisiera que mi familia piense que soy egoísta al suicidarme

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

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:

NOTA: _____

Expediente: