



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

EFFECTO DE LAS INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS EMPLEADAS EN
PACIENTES CON TRASTORNOS DEPRESIVOS Y CONDUCTAS SUICIDAS EN EL
HOSPITAL PSQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

Presenta la tesis para obtener el
Diploma de Especialista en Psiquiatría

Ana Laura Valdés Peñaloza
Médico Residente de Psiquiatría

Dr. Fernando Corona Hernández

Asesor Teórico

Mtra. Janet Grijalva Jiménez Genchi

Asesora Metodológica

Ciudad de México, Julio 2019



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 mi familia que es la base de lo que soy ahora, en especial a mi madre que es mi ejemplo de fortaleza y amor desinteresado. Gracias

A Daniel mi pareja, compañero y amigo en este viaje llamado vida.

A mis profesores, principalmente al Dr. Corona Hernández y a la Maestra Genchi por asesorarme en este gran proyecto. Gracias a todos los que en el camino me han enseñado tanto, pero sobre todo aquellos que más que profesores, han sido mis maestros de vida.

A mis pacientes y sus familias que han puesto su confianza en mí práctica profesional y que me han enseñado y me siguen enseñando día a día, no solo sobre psiquiatría , sino sobre la vida misma.

Índice

I. Introducción.....	6
II. Marco Teórico	8
El suicidio	
• Concepto	8
• Epidemiología	9
• Depresión y suicidio	11
• Factores de riesgo	11
• Factores protectores	12
• Conductas Suicidas	13
• Identificación del Riesgo suicida	14
• Intervenciones terapéuticas	15
• Tratamiento Farmacológico	18
• Tratamiento psicoterapéutico	19
• Seguimiento de pacientes con Riesgo Suicida	21
• III.Método	23
• Justificación	23
• Planteamiento del problema	24
• Pregunta de investigación	24
• Objetivos generales y específicos	25
• Hipótesis	25
• Variables	26
• Muestra	29
• Criterios de selección	29
• Tipo de estudio	30
• Muestreo y procedimiento.....	31
• Análisis estadístico.....	31
• Instrumentos	32
IV.Consideraciones éticas	35
V. Resultados	36
VI. Discusión	43
VII. Conclusión	49
VIII. Limitaciones y Alcances	50
IX. Referencias Bibliográficas	52
X. Anexos	59

LISTA DE TABLAS Y GRAFICAS

Tabla 1.- Variables Sociodemográficas de la muestra	36
Gráfica 1.- Distribución de edad por sexo dela muestra	37
Gráfica 2.- Grado de Depresión al ingreso por Sexo	38
Gráfica 3.- Riesgo Suicida al ingreso Hospitalario	38
Tabla 2.- Gravedad de la Enfermedad al Ingreso	39
Gráfica 4.- Comportamiento Suicida previo al Internamiento	39
Tabla 3.- Fármacos utilizados durante el manejo Intrahospitalario	40
Gráfica 5.- Intervenciones Farmacológicas durante manejo Intrahospitalario.....	41
Gráfica 6.- Depresión pre-post Hospitalización.....	41
Gráfica 7.- Riesgo Suicida pre-Post Intervención	42
Gráfica 8.- Mejoría Clínica Global post Intervención.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS.

HPFBA – Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

UCEP - Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos

OMS – Organización Mundial de la Salud

RS – Riesgo Suicida

BDI – Inventario de Depresión de Beck

SSI- Escala de Ideación Suicida de Beck

CGI-I- Escala de Impresión Clínica Global

ISRS – Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina

ISRN - Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y norepinefrina

TEC – Terapia Electroconvulsiva

TCC- Terapia Cognitivo Conductual

Resumen

Introducción: El suicidio es una de las 10 principales causas de muerte a nivel mundial y actualmente está en aumento, principalmente en el grupo de personas entre los 15 y 29 años de edad. No solo el suicidio consumado es objeto de estudio, sino también el intento suicida, ya que es de 10 a 40 veces más frecuente y es claramente el predictor clínico más fuerte de suicidio posterior, representan así un problema de salud pública importante. De las personas que han muerto por suicidio, se estima que el 90% padecía un trastorno psiquiátrico conocido y de estos el 60% presentaba un trastorno depresivo. **Objetivo:** Evaluar la modificación del riesgo suicida, severidad de depresión y la mejoría clínica global posterior a la aplicación de las intervenciones farmacológicas en pacientes con trastornos depresivos y conductas suicidas durante el manejo intrahospitalario en el HPFBA. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio cuasi experimental, pre test post test y de alcance explicativo, mediante la aplicación de escalas clinimétricas; depresión e ideación suicida de Beck, así como escala clínica de impresión global en dos momentos; al ingreso y previo al egreso hospitalario en pacientes con depresión y conductas suicidas. **Resultados:** Se identificaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la disminución de la severidad de depresión, ideación suicida e impresión clínica global posterior al manejo hospitalario y a las intervenciones farmacológicas, que en el 90% de los casos se utilizó un ISRS como tratamiento de primera línea. **Conclusiones:** Las intervenciones que se realizan durante la hospitalización de un paciente con depresión y conductas suicidas son múltiples, pero una de las más importantes es la farmacológica, pues mejora los síntomas clínicos y con ello provoca una disminución de la ideación y de las conductas suicidas, lo cual es posible medir de forma objetiva en los pacientes con aplicación de escalas pre y post intervención como es la escala BDI, SSI y CGI.

Palabras clave: Riesgo suicida, conductas suicidas, Depresión, intervenciones terapéuticas, desesperanza.

Introducción

El suicidio es una de las 10 principales causas de muerte a nivel mundial y actualmente está en aumento en el grupo de personas entre los 15 y 29 años de edad, por lo que constituye una de las primeras causas de muerte en este grupo etario (1), representando un problema de salud pública importante.

No solo el suicidio consumado es objeto de estudio, sino también el intento suicida, pues este último es de 10 a 40 veces más frecuente y es claramente el predictor clínico más fuerte de suicidio posterior (2).

Con frecuencia, un acto que llevó a una muerte por suicidio se ve precedido por una serie de intentos fallidos previos. Por lo tanto, el poder comprender y evitar dichos intentos, es una de las piedras angulares en la prevención de suicidios (4). Así, dicha prevención se ha centrado en estrategias y políticas de salud mental basadas en realizar múltiples intervenciones tanto farmacológicas como psicoterapéuticas en pacientes que presentan riesgo suicida inminente (5).

Existen múltiples estudios realizados a nivel mundial sobre suicidio y riesgo suicida, donde se han identificado factores de riesgo importantes para dicho evento, sobretodo factores sociodemográficos; sexo, estado civil, edad, consumo perjudicial o dependencia de alguna sustancia psicoactiva. Del mismo modo se han descrito factores protectores como son; funcionalidad familiar, religión, redes de apoyo familiares y sociales, entre otros. Sin embargo existen pocos estudios sobre el seguimiento de pacientes con antecedente de riesgo suicida, incluso se ha prestado poca atención a las personas que fueron hospitalizadas después de un intento de suicida. Lo anterior a pesar de la acumulación de evidencias clínicas, científicas y de la literatura que reportan el aumento en la tasa de suicidio posterior a un intento suicida fallido con respecto al resto de la población (6) (7). Toma entonces gran importancia la evolución clínica y el seguimiento estrecho de los pacientes posterior a presentar alguna conducta suicida.

En el HPFBA se han realizado diferentes estudios sobre el suicidio, principalmente con el objetivo de identificar factores de riesgo en pacientes con trastornos mentales, enfocándose en los de tipo psicótico o de personalidad. Incluso se cuenta con trabajos sobre las características sociodemográficas de pacientes que consumaron el suicidio.

Incluso en la revista *Psiquis* del HPFBA existe una gran diversidad de artículos de investigación sobre múltiple aspectos de este importante tema, como son; el suicidio como un problema de salud pública, la epidemiología del riesgo suicida en pacientes de un hospital psiquiátrico de la Ciudad de México, la prevalencia de ideación suicida y su correlación con desesperanza, las características sociodemográficas en pacientes adultos que presentaron intento suicida, pero dichos estudios no solo enfocados a la población adulta, sino también se han realizado y publicado estudios en población adolescente, pues como hemos mencionado previamente las tasas en esta población son alarmantes, encontrando así estudios sobre la Ideación suicida en jóvenes universitarios con enfoque en variables psicológicas y personales asociadas, así como las creencias sobre el suicidio en adolescentes (8).

Sin embargo, hasta el momento no se cuenta con estudios enfocados a trastornos afectivos, siendo que estos son los padecimientos más frecuentemente relacionados a la conducta suicida. Sería importante además de identificar factores de riesgo y protectores para suicidio, describir las intervenciones farmacológicas que se realizan en el hospital, así como la efectividad que estas representan.

Es por ello que este estudio de investigación intenta aportar información novedosa y útil no solo de los factores de riesgo y protectores de pacientes con trastornos afectivos y conductas suicidas, sino también sobre las intervenciones farmacológicas que se realizan durante el manejo intrahospitalario, así como la efectividad que ellas representan en cuanto a la disminución de dicho riesgo a

través de la evaluación objetiva y la aplicación de escalas clinimétricas específicas.

Es la hospitalización una de las intervenciones terapéuticas más valiosas y acertadas en pacientes con riesgo suicida, ya que ofrece una oportunidad para la intervención de tratamiento, sea mediante el uso de fármacos, psicoterapia o alguna intervención complementaria, además de que permite evaluar la efectividad de estas mismas intervenciones mediante la valoración clínica y la aplicación de escalas clinimétricas. Todo lo anterior con la finalidad de aportar mayor información y brindar mejores herramientas para la toma de decisiones en la atención de pacientes con dichas características.

MARCO TEÓRICO

Suicidio

El suicidio es el acto de quitarse la vida intencionalmente, con el previo conocimiento o expectativa de un resultado fatal (9) y se considera comúnmente como el extremo de un continuum que también incluye ideación suicida e intentos de suicidio (10).

La conducta suicida es un problema complejo que resulta de la interacción de factores genéticos, psicológicos, sociales, culturales y medioambientales. Existe desde el origen mismo del ser humano, sucede en todas las épocas, afecta a ambos sexos y a todas las clases sociales (5). Es por ello la necesidad evidente de aumentar los conocimientos sobre dicho tema. Según la literatura, la mayoría de los suicidios consumados están relacionados con algún trastorno psiquiátrico previo y la mayoría de los pacientes suicidas han buscado ayuda médica previo a la realización de dicho acto (5).

No solo el suicidio es objeto de estudio, sino las múltiples conductas suicidas, pues con mucha frecuencia, un acto que llevó a una muerte por suicidio se ve precedido por una serie de intentos fallidos previos (4).

Resulta necesario conocer las definiciones de diferentes conductas suicidas que nos brinda la OMS (9):

- **Intento suicida** es el acto que pone en riesgo la vida con la consciente intención de terminar con la misma, que además requiere atención médica después del acto.
- **Gesto suicida** es la amenaza o el acto de realizar una conducta autolesiva la cual puede o no dañar al sujeto.
- **Idea suicida** es el deseo o pensamiento que a menudo inicia el proceso que deriva en terminar con la propia vida.
- **Riesgo suicida** es una característica ya sea que la presencia o ausencia de la misma incremente o disminuya la tendencia a cometer suicidio.
- **Pacto suicida** un acuerdo entre 2 o más personas para morir simultáneamente cometiendo suicidio.
- **Suicidalidad** es un continuum que va desde la ideación suicida fugaz, intermedia, el daño deliberado, y la consumación del suicidio.

Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud ha informado que globalmente, el suicidio es la décima causa de muerte en personas entre los 15 y 29 años. Además que representa una importante causa de muerte en todo el mundo y por lo tanto es considerado un problema de salud pública evidente (5).

En el año 2012, se registraron en el mundo aproximadamente 804,000 muertes por suicidio, lo cual representa una tasa anual mundial normalizada según la edad de 11,4 por 100.000 habitantes (15, entre hombres y 8, entre mujeres). Sin embargo, como el suicidio despierta estigma, incluso está considerado ilegal en algunos países, es muy probable que haya subregistro. A nivel mundial, representa el 50% de todas las muertes violentas notificadas en los hombres, y el 71% en las mujeres. Cada año, por cada suicidio cometido, hay muchos más intentos de suicidio. Incluso hay indicios de que, por cada adulto que se suicidó,

posiblemente más de 20 personas intentaron suicidarse. Siendo el intento suicida previo el factor de riesgo más importante de suicidio en la población general (9).

Según datos de la OMS, en los países desarrollados se suicidan tres veces más hombres que mujeres, pero en los países en vías de desarrollo la razón hombre: mujer es mucho menor, de 1,5 hombres por cada mujer. 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. Hablando sobre los métodos suicidas más utilizados, la ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y el uso de armas de fuego se encuentran entre los medios más comúnmente utilizados para el suicidio a nivel mundial, pero también se recurre a muchos otros métodos, que varían según el grupo de población(9).

La mortalidad por suicidio en México ha aumentado lenta pero constantemente en los últimos 40 años y en el año 2007 se observaron 4 388 muertes por esta causa, representando una tasa de 4.15 por cada 100 000 habitantes. En el país, el suicidio es una de las cinco principales causas de muerte hasta los 34 años de edad, y la tercera causa de muerte entre los 15 y 24 años , puesto que en los extremos de la vida las tasas tienden a elevarse (4).

En 2008, entre los habitantes de la República Mexicana 6 601 210 tuvieron ideación suicida en los últimos 12 meses, 593 600 personas intentaron suicidarse y 99 731 utilizaron servicios médicos como consecuencia de un intento de suicidio. Sin embargo para el año 2014 se registraron 6 337 suicidios, representando el 1% del total de muertes ocurridas y registradas en este país, con una tasa de 5.2 decesos, lo que muestra un aumento respecto a la tasa de 2013, que fue de 4.9 muertes por cada 100 mil habitantes (8).

El comportamiento de los suicidios en 2014 por entidad federativa, muestra que Campeche (10.2), Aguascalientes (8.6), Chihuahua (8.4) y Yucatán (8.4), son las entidades que presentan mayor tasa de suicidios por cada 100 mil habitantes, respectivamente. En tanto que Oaxaca (3.4), Morelos (2.8), y Guerrero (2.1), presentan las tasas más bajas (11).

Depresión y suicidio

La mayoría de las personas que presentan un comportamiento suicida se ven afectadas por un trastorno psiquiátrico (12,13), una asociación que es más fuerte entre los suicidios; aproximadamente el 90% de las personas que mueren por suicidio se vieron afectadas por un trastorno psiquiátrico antes de la muerte (12). De los trastornos más frecuentemente relacionados se encuentra el depresivo mayor, aunque también se han encontrado antecedentes de esquizofrenia, trastornos relacionados con sustancias y / o trastornos de la personalidad (13).

Existen una serie de alteraciones en los sistemas neurobiológicos que se han asociado con el comportamiento suicida, incluidos los sistemas serotoninérgicos, noradrenérgicos y el eje hipotalámico-pituitario-adrenal. El funcionamiento alterado de estos sistemas puede provenir tanto de causas genéticas como adquiridas durante el desarrollo. Así mismo, se comenta la importancia que tiene la adversidad en los primeros años de vida en el desarrollo de estos sistemas que persisten en la adultez. Por su parte las diferencias genéticas también pueden contribuir a las alteraciones en el funcionamiento de los sistemas neurobiológicos. Además, la interacción de las experiencias tempranas de adversidad y vulnerabilidad genética está haciendo que se mire y relacione incluso a través de mecanismos epigenéticos (14).

Los pacientes con trastornos afectivos y antecedentes de intentos suicidas en su mayoría cuentan con trastornos depresivos recurrentes unipolares o depresión bipolar. De hecho una proporción importante de los pacientes deprimidos ha tenido un intento suicida dentro de los primeros 12 meses del episodio (15).

Factores de riesgo

Aspectos tales como variables demográficas y socioeconómicas, orientación sexual, práctica religiosa, comportamiento suicida en la familia o entre amigos, el consumo de alcohol y los síntomas depresivos también han demostrado tener relevancia en la conducta suicida. (16) Pero aspectos más subjetivos como la impulsividad, la agresión, la percepción corporal, las dificultades de comunicación

y la falta de pertenencia han sido sugeridos como posibles factores desencadenantes del proceso de ideación suicida (17)

Como se mencionó anteriormente no solo los factores sociodemográficos tienen un papel importante, sino también factores como los sentimientos de desesperanza, falta de apoyo social, trastornos mentales (del estado de ánimo, ansiedad, abuso de sustancias, etc.), antecedentes de planes suicidas, ideación e intentos previos toman un papel relevante. De hecho, entre las personas que han muerto por suicidio, se estima que el 90% tiene un trastorno psiquiátrico conocido y de estos el 60% tiene un trastorno del estado de ánimo (16), dentro de los trastornos afectivos los más relacionados son los trastornos depresivos (16).

En estudios realizados sobre suicidio e intento suicida, se obtuvo que la mortalidad fue mayor en el primer año después del intento suicida previo, por lo que las prácticas actuales sugieren que así como se evalúa el riesgo suicida, mediante la identificación de múltiples conductas suicidas, es importante evaluar la desesperanza y de estar presente, debe ser parte de un plan de tratamiento integral pues aumenta el riesgo considerablemente. El intento de suicidio es más difícil de estudiar que el suicidio consumado (17) puesto que no se realiza seguimiento a largo plazo de estos pacientes, desconociendo totalmente la evolución así como la efectividad de las intervenciones realizadas previamente.

Factores protectores:

El apoyo social y la adecuada relación familiar protegen contra el suicidio, mientras que la discordia familiar aumenta dicho riesgo (18). Existe un estudio realizado en por , donde se observó que el apoyo social se asoció con una disminución del riesgo de suicidio tanto en Estados Unidos (odds ratio 0,7) como en Inglaterra (odds ratio 0,9). Se han descrito también condiciones como el embarazo y la paternidad, que disminuyen el riesgo de suicidio considerablemente. Por su parte la religiosidad, espiritualidad y la participación en actividades religiosas se asocian con un menor riesgo de presentar dicha conducta, puesto que proporciona mayores objeciones morales al suicidio y menor

nivel de agresión en sujetos afiliados, con lo que logra reducir la probabilidad de actuar sobre pensamientos suicidas (19,20).

Conducta suicida recurrente

Haukka Jun y colaboradores realizaron un estudio de investigación tipo cohorte en Finlandia, donde se analizaron los intentos suicidas repetidos y la mortalidad por suicidio en pacientes hospitalizados por dicha causa, durante el período 1996-2003. El objetivo fue determinar el riesgo de Intentos suicidas recurrentes, suicidio consumado y muerte por otras causas en estos pacientes posterior a dicha hospitalización. Dentro de los factores de riesgo que se identificaron y contribuyeron a la conducta suicida recurrente, fueron: edad, sexo, la presencia de algún trastorno mental, antecedente de conducta suicida previa además del motivo y método del primer intento suicida (16,21).

En dicho estudio de seguimiento había 18,199 personas con intento suicida previo tratados en el hospital, a los cuales se les dio seguimiento por un periodo de 8 años. Dentro de los datos más relevantes se encontró que 7,122 de estos pacientes presentaron intentos suicidas repetidos y que el envenenamiento fue el método más frecuente (16). La incidencia de intentos recurrentes fue mayor entre las mujeres que entre los hombres, lo cual se explica debido a que la tasa de suicidio consumado es mayor en hombres, ésto probablemente por los métodos utilizados, los cuales son más agresivos y de alta letalidad en hombres. El riesgo más alto de intentos repetidos se asoció con la edad, y se presentó en personas en edad productiva, principalmente en el grupo de 30-40 años (16). También se identificó que contar con algún trastorno mental ya sea psicótico o afectivo, consumo o dependencia al alcohol aumentó el riesgo de intentos recurrentes durante el seguimiento.

Se identificó además la relación entre conducta suicida y depresión, al encontrar que pacientes con trastornos del estado de ánimo tuvieron un 59 % más de riesgo que los pacientes con padecimiento psicótico tipo esquizofrenia de presentar intento suicida recurrente durante el seguimiento (16).

Finalmente en dicha investigación se concluyó que existe una etapa de alto riesgo donde se consuman la mayor parte de los suicidios, la cual inicia inmediatamente posterior al egreso hospitalario y dicho riesgo se disminuye hasta varias semanas después del egreso. Esto implica que la atención ambulatoria después del intento de suicidio es necesaria y de primordial importancia (16).

Identificación del riesgo suicida

Berman A, en 2017 realizó un estudio retrospectivo, el cual tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo dinámicos relacionados con el estado observado por los médicos clínicos en los últimos 30 días de vida de 157 pacientes que murieron por suicidio entre 1981 y 2014 en el distrito de Columbia y 40 estados más de E.U, así como comparar estos factores de riesgo a corto plazo entre los pacientes que negaban rotundamente la ideación suicida versus los que aceptaban dicha ideación.

Dentro de los factores encontrados en la mayoría de los pacientes fallecidos estaba una historia de ideación suicida y / o intento suicida previo, así como la presencia de sintomatología ansiosa, episodios de agitación, problemas de sueño, problema en relaciones interpersonales, laborales o financieros y diagnósticos comórbidos de padecimiento psiquiátrico, así como una historia familiar de enfermedad mental. Una conducta frecuente fue el aislamiento que presentaron estos pacientes días previos a consumir el suicidio. Se identificó además, que una tercera parte de los pacientes que cometieron suicidio negaron ideación suicida cuando se les interrogó propositiva y reiteradamente, falleciendo el 50% de estos pacientes por suicidio dentro de los 2 días posteriores a su valoración o egreso hospitalario (22).

En 2014, Silverman y Berman realizaron un estudio similar en Washington D.C. , donde encontraron que el 19% de los pacientes que murieron por suicidio consultaron a un servicio de salud mental previo y el 45% consultaron a un profesional de atención médica primaria dentro de 30 días previos a sus muertes por suicidio (23).

Por lo anterior es posible concluir la importancia de la evaluación sobre la conducta o ideación suicida, sin embargo, la ausencia de la ideación no anula ni disminuye considerablemente el riesgo suicida, existe la necesidad de una mejor comprensión del riesgo suicida de forma global y sobre todo a corto plazo, con una visión más completa que solo la ausencia de ideación suicida declarada por el paciente (23).

Según la Asociación Americana de Suicidología, hasta 1 de cada 10 suicidios son de personas que fueron atendidas en un servicio de urgencias dentro de los últimos 2 meses previos a morir. Toma entonces gran importancia el seguimiento continuo y estrecho de los pacientes, durante su hospitalización y posterior a ella, para realizar intervenciones adecuadas y tempranas con el fin de disminuir la suicidalidad.

Las guías sobre prevención y manejo del suicidio, recomiendan intervenir desde la primera evaluación una vez identificado el riesgo suicida, mediante manejo integral ambulatorio o intrahospitalario, ya que esta intervención representa la puerta de entrada al diagnóstico, tratamiento y a la gestión de intervenciones terapéuticas. Cabe destacar que la muerte por suicidio es rara vez el resultado de un seguimiento estrecho por especialistas en salud mental, con un tratamiento adecuado y múltiples intervenciones multidisciplinarias.

Sin embargo es importante aclarar que los suicidios pueden ocurrir a pesar de todos los cuidados del entorno familiar y de la atención clínica, por lo que es evidente la necesidad de mejores herramientas para la clasificación, disposición y decisiones de tratamiento basadas en la formulación del riesgo de suicidio a corto plazo de un paciente (23).

Intervenciones en pacientes con riesgo suicida:

El manejo del individuo suicida debe incluir;

- Reducir el riesgo inmediato
- Gestión de los factores subyacentes
- Seguimiento

Reducir el riesgo inmediato

Esta intervención se refiere al uso de los servicios psiquiátricos inmediatos, que suelen incluir la hospitalización. Estos son necesarios para los pacientes que han intentado suicidarse, así como para los pacientes con riesgo inminente de autolesión. La prioridad es asegurar la integridad del paciente, sea un manejo intra o extrahospitalario, la habitación debe estar libre de objetos que podrían ser usados para infligir auto daño. De hecho parte de los puntos clave sobre prevención de suicidio, está el disminuir el acceso de armas u objetos potencialmente útiles para autoagredirse. También es posible que sea necesario buscar en las pertenencias del paciente, ya que los métodos potenciales para la autolesión pueden ser fácilmente accesibles.

Los pacientes en quienes el riesgo de suicidio es elevado pero no inminente, por ejemplo, aquellos con depresión o abuso de alcohol que expresan el deseo de cometer suicidio pero que no tienen un plan o intención específico, necesitan tratamiento farmacológico incisivo y psicológico, pero no necesariamente requieren la hospitalización. Por otra parte en casos donde el manejo intrahospitalario sea prioritario, las intervenciones a realizar tienen como objetivos reducir el riesgo suicida, conseguir alivio sintomatológico, promover una comprensión de la situación crítica, sentar las bases para un cambio en el modo de funcionamiento personal y establecer estrategias para el tratamiento posterior al manejo intrahospitalario (24).

La hospitalización representa una gran área de oportunidad, donde se prioriza la alianza terapéutica fomentando el compromiso del paciente con su tratamiento. De manera paralela a las intervenciones psiquiátricas y psicológicas, durante el internamiento el paciente se integra a las actividades de terapia ocupacional y a la rutina diaria del servicio, con períodos de descanso, interacción con otros hospitalizados, horarios de visitas y eventuales salidas de la unidad de hospitalización. Estas actividades se ajustan en su tipo y periodicidad, según el estado y posibilidades de la persona hospitalizada. Estas intervenciones propician la contención emocional necesaria y se transita entre la labor de apoyo y la elaboración de la situación crítica. Se destacan los recursos personales y

familiares que permitirán potenciar los aspectos saludables, definiéndose el enfoque terapéutico más conveniente para el tratamiento posterior al alta hospitalaria (24).

Gestión de los factores subyacentes

Además de la hospitalización psiquiátrica, existen otras medidas útiles para disminuir el riesgo suicida, se incluyen las siguientes intervenciones (25):

- Involucrar a miembros de la familia o personas cercanas al paciente.
Es la familia y personas cercanas quienes representan la principal red de apoyo para el paciente, con la responsabilidad que esto implica. De hecho se comenta en la literatura lo fundamental del papel de la familia y de su funcionalidad, puesto que este organismo social ofrecerá cuidados y contención al paciente, que se traducirá en una reducción del riesgo en forma significativa, representando incluso un factor protector.
- Disponibilidad de armas de fuego. Un meta-análisis de 14 estudios observacionales encontró que el riesgo de suicidio consumado era tres veces mayor entre individuos con acceso a armas de fuego, en comparación con individuos que no tenían acceso a las mismas (26). De igual forma, estudios ecológicos y observacionales sugieren que restringir el acceso a las armas sea de fuego, punzocortantes o múltiples sustancias disminuye el riesgo de suicidio de manera importante (27).

Seguimiento

Aumentar la frecuencia del contacto clínico con el paciente y comunicar un compromiso de ayuda, en el cual el paciente en caso de crisis o ideación y plan suicida pueda contactar a su clínico o algún familiar disminuye el riesgo de consumir el suicidio.

Tratamiento farmacológico

Uno de los puntos importantes sobre la reducción del riesgo suicida y prevención del mismo es mediante el tratamiento farmacológico incisivo de los padecimientos psiquiátricos de base, puesto que el descontrol o la recaída del padecimiento aumentan considerablemente la presencia de conductas suicidas.

En el caso de padecimientos afectivos tipo depresivos, se comenta que los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa pueden ser letales si se toman en dosis altas; por lo que deben ser evitados si es posible en el paciente deprimido que ha expresado pensamientos de suicidio (28), puesto que en múltiples ocasiones el propio tratamiento del padecimiento psiquiátrico es utilizado en el plan suicida al presentar envenenamiento con dicho fármaco. Incluso los inhibidores de la recaptura de serotonina y norepinefrina pueden ser peligrosos en sobredosis. Es por ello la supervisión estrecha de la ingesta de medicación en pacientes con riesgo suicida es indispensable, sobre todo en los que no se realiza manejo intrahospitalario.

Por el contrario, los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) parecen ser más seguros cuando se toman en sobredosis y deben ser los fármacos de elección en pacientes deprimidos potencialmente suicidas (28). Sin embargo algunos pacientes deprimidos no responden al tratamiento inicial con un ISRS y pueden requerir farmacoterapia que incluya ISRN como venlafaxina, tricíclicos o bien inhibidores de la monoaminoxidasa, en estos pacientes la mejor decisión será un tratamiento supervisado de forma intrahospitalaria.

En cuanto a la farmacoterapia de pacientes con trastornos del estado de ánimo y riesgo suicida, existen ensayos clínicos aleatorizados, los cuales indican que el tratamiento de mantenimiento con litio puede prevenir el suicidio. Un metanálisis de cuatro ensayos clínicos (485 pacientes con trastorno depresivo unipolar o trastorno bipolar) comparó el litio con placebo para el tratamiento de continuación y mantenimiento con duración de 20 a 104 semanas. La mayoría de los pacientes habían respondido inicialmente al tratamiento agudo con litio (29).

Para los pacientes suicidas gravemente deprimidos, el inicio rápido del efecto de la TEC puede salvar la vida, al menos en el corto plazo; La eficacia a largo plazo aún no se ha demostrado (28).

Tratamiento no farmacológico y psicoterapéutico

Después de un intento de suicidio, la psicoterapia puede prevenir intentos subsiguientes. Existen estudios de seguimiento de pacientes con intentos suicidas previos y tratados con psicoterapia durante 20 años de seguimiento los cuales resultan muy interesantes, puesto que las muertes por suicidio ocurrieron en menos pacientes que recibieron psicoterapia en comparación con atención estándar que solo incluía valoración psiquiátrica y psicofármacos. La mortalidad por todas las causas también fue menor en los pacientes que recibieron psicoterapia versus atención estándar (6,9 versus 9,6 por ciento) (30).

Dentro de la psicoterapia utilizada en la reducción y el seguimiento de pacientes con riesgo o conducta suicidas, se han utilizado diferentes enfoques, como la terapia cognitivo-conductual (TCC), terapia de resolución de problemas, conductual dialéctica o la psicoterapia psicodinámica. Entre estos enfoques de terapia psicológica, se recomienda la terapia con enfoque cognitivo conductual o la terapia de resolución de problemas principalmente, ya que son los modelos que han arrojado mejores resultados con respecto a la reducción del riesgo suicida.

Además de la psicoterapia existen intervenciones complementarias que abordan el aislamiento social, y proporcionan un puente entre una visita al departamento de emergencias y la atención ambulatoria y que ayudan a reducir los intentos de suicidio. (30) Sin embargo, en algunos casos resulta necesario alejar al paciente mediante la hospitalización de relaciones conflictivas que los puedan desregular emocionalmente o promover en ellos sentimientos de agobio o incapacidad, por lo que dichas intervenciones se realizan bajo manejo hospitalario (31).

Una vez que se ha asegurado la integridad inmediata del paciente, los clínicos deben abordar el hecho subyacente, tomando en cuenta la participación de los apoyos comunitarios, religiosos y sobretodo familiares. Por su parte los médicos

de atención primaria deben asegurarse que los pacientes reciban o sean referidos para llevar un tratamiento psiquiátrico adecuado. Sabemos que aun pacientes dados de alta de la atención psiquiátrica intrahospitalaria tienen alto riesgo suicida a corto plazo, particularmente si hay una interrupción en la continuidad de la atención o en el apego a tratamiento (32).

Otra estrategia de intervención no farmacológica, es el contrato de no suicidio. Este término se utiliza para denominar a una especie de pacto que se realiza entre el profesional de salud mental, generalmente psiquiatra o bien terapeuta y el paciente, esto como parte de la evaluación o el apoyo a la capacidad de un paciente para evitar actuar sobre pensamientos suicidas, el concepto de "contratación de seguridad" o de acuerdo de "no dañar el contrato" es el utilizado en la práctica clínica. Los términos del "contrato" antes comentado implican que los pacientes pueden prometer a los clínicos que tratarán de no dañarse a sí mismos y en caso de no poder controlar dicho pensamiento contarán a su médico, terapeuta o informarán a algún miembro de su red de apoyo. Los términos no se definen de forma uniforme y una realidad es que los médicos especialistas en salud mental generalmente no reciben entrenamiento formal para dichos contratos de la prevención del suicidio. Además, a pesar de su amplio uso en la práctica clínica, hay poca evidencia de que tales contratos realmente ayuden a reducir el suicidio. Por lo anterior aunque resulta una opción llamativa, sabemos que las mejores herramientas para identificación y disminución de riesgo incluyen el diálogo abierto entre pacientes y clínicos para establecer una alianza terapéutica, así como evaluaciones continuas del riesgo de suicidio en el tiempo y durante el seguimiento (32).

Los suicidios son prevenibles, sin embargo para que las respuestas nacionales sean eficaces, se necesita una estrategia integral multisectorial de prevención. El fomento de los factores protectores ayudará a construir un futuro en el cual las organizaciones comunitarias prestan apoyo y referencias apropiadas a los necesitados de asistencia; las familias y los círculos sociales mejoran la capacidad de recuperación e intervienen eficazmente en ayuda de los seres queridos, y haya

un clima social donde la búsqueda de ayuda ya no es tabú y se promueve el diálogo público (9).

Como se comentó previamente la restricción del acceso a los medios utilizables para suicidarse es un elemento clave de la prevención del suicidio. Sin embargo, las políticas de restricción de esos medios requieren un conocimiento de los métodos preferidos en diversos grupos de la sociedad, y de la cooperación y colaboración entre múltiples sectores, donde aún falta mucho por hacer (9).

Seguimiento de pacientes con antecedente de riesgo suicida

El seguimiento de pacientes previamente suicidas, corresponde a una serie de evaluaciones clínicas para determinar si existen cambios conductuales o afectivos en el paciente, especialmente pensando en una recaída o al detectarse eventos precipitantes, estresores sean vitales o de la vida diaria, o trastornos mentales. Por lo tanto estos pacientes deben ser valorados regularmente según el nivel de riesgo, teniendo en cuenta que esta condición es fluctuante, particularmente si la situación del paciente cambia. Sobre todo si tomamos en cuenta que hasta un año después de la hospitalización se considera un periodo crítico de riesgo suicida para estos pacientes (33).

Se debe tomar entonces el seguimiento del paciente posteriormente al alta psiquiátrica, como un factor relevante en la prevención del riesgo suicida, además de la farmacoterapia, psicoterapia y psicoeducación del paciente y su familia (34).

El riesgo de suicidio aumenta en los días y semanas iniciales después del alta hospitalaria psiquiátrica, particularmente si los pacientes perciben que han perdido un sistema de apoyo terapéutico, incluyendo el contacto con un profesional de salud mental. El riesgo es particularmente alto en la primera semana después del alta (35) y más de un tercio de todos los suicidios en el primer año después del alta hospitalaria ocurren en el primer mes (36). Por ello resulta indispensable programar la primera visita de seguimiento poco después de una hospitalización psiquiátrica, de ser posible en las semanas siguientes, lo cual puede reducir las tasas de suicidio. Un estudio observacional encontró que la implementación de

una política de seguimiento de los pacientes dentro de los siete días de alta estuvo asociada con una disminución del índice de suicidio durante los tres meses posteriores al alta (de 2,5 a 2,0 suicidios por cada 10.000 pacientes dados de alta)(36).

Los pacientes también corren un alto riesgo de no adherencia a la farmacoterapia poco después del alta y, por lo tanto, tienen un mayor riesgo de suicidio. Por el contrario, los que continúan la atención en la comunidad y que mantienen la farmacoterapia están relacionados con un menor riesgo suicida. La falta de adherencia terapéutica y al seguimiento médico, puede deberse a la presencia de efectos adversos, falta de alivio de los síntomas, a no entender el propósito de los medicamentos o bien a no apreciar las consecuencias por parte del propio paciente y de su familia ante las conductas suicidas antes presentadas.

Los pacientes que corren un riesgo inminente de suicidio necesitan servicios psiquiátricos inmediatos y deben ser monitoreados continuamente, generalmente en un medio intrahospitalario, hasta que se encuentren en una situación segura (37).

Existen incluso guías que proponen un tratamiento multifase, tanto en el momento agudo como en la prevención de recaídas posteriores que involucra, tanto acciones comunitarias, como intervenciones individuales. En las cuales se incluye atención telefónica para disuadir en el momento agudo; sistemas de atención primaria y secundaria; hospitalización involuntaria en alto riesgo; atención móvil; planes de salvataje; y psicoeducación de la familia. Comentando además es vital evaluar constantemente el riesgo durante la hospitalización, así como preparar al paciente para volver a su entorno y proseguir su tratamiento de forma ambulatoria (32).

Después del manejo agudo del riesgo o la conducta suicida, el médico de atención primaria, la familia y el propio paciente deben tener en conocimiento que los pacientes estén activamente involucrados en la atención continua de cualquier trastorno mental y que reciban tratamiento de mantenimiento para prevenir

episodios recurrentes de depresión unipolar, trastornos de ansiedad, trastornos psicóticos o trastornos por uso de sustancias.

Con lo anterior podemos concluir que existe una labor médica- psiquiátrica, que no solo radica en detectar personas con riesgo o conductas suicidas y realizar manejo hospitalario, sino también psicoeducar a la familia y la sociedad misma sobre este gran problema de salud pública. Además de mantener un seguimiento estrecho a largo plazo de estos pacientes, así como de las necesidades y eventualidades que presente.

Metodología

Justificación

Los trastornos afectivos depresivos son los padecimientos psiquiátricos más frecuentes en la población general, y por lo tanto los que más se atienden en la institución. Ocupando el sexto lugar dentro de las principales causas de morbilidad que requieren hospitalización en esta institución, con un total de 236 internamientos en el año 2017(38).

El HPFBA al ser una institución de referencia atiende a pacientes con trastornos depresivos acompañados de sintomatología grave, incluso con riesgo suicida inminente. En el año 2017 se atendieron en el servicio de urgencias a 3672 pacientes con alguna conducta suicida (38).

La importancia de estudiar las conductas suicidas radica en que no sólo producen un gran malestar mental, sufrimiento psíquico, consecuencias y secuelas físicas de primera magnitud, sino que son un antecedente fundamental de un posterior suicidio consumado (4).

El seguimiento de pacientes que presentan conductas suicidas en instituciones especializadas durante y posterior al manejo intrahospitalario es básico, pues no basta con identificar el riesgo suicida, sino conocer la evolución desde su primer contacto con el servicio de urgencias de la institución hasta su egreso

hospitalario, evaluando la efectividad de las medidas e intervenciones terapéuticas que se aplican, tanto las farmacológicas como psicoterapéuticas.

Resulta entonces necesario realizar trabajos que aporten más información sobre las intervenciones farmacológicas más frecuentemente utilizadas durante el manejo intrahospitalario con medición objetiva de su efectividad. Lo anterior para lograr mejoras en la toma de decisiones y favorecer la realización de modelos estandarizados de atención que promuevan la prevención del suicidio y del intento suicida, así como ayuden a disminuir las recaídas y mejorar el pronóstico de estos pacientes.

Planteamiento del Problema:

El riesgo suicida y el suicidio consumado se consideran un problema de salud pública puesto que ocupa la causa décimo cuarta de discapacidad en personas en edad productiva y se encuentra entre las primeras diez causas de muerte en adultos jóvenes. Se sabe que existen múltiples factores de riesgo relacionados con la conducta suicida, siendo uno de los más importantes la presencia de trastornos mentales y de estos son los trastornos afectivos depresivos los más relacionados.

El HPFBA es una institución de referencia en la atención de urgencias psiquiátricas, dentro de ellas un número importante se trata de pacientes con riesgo suicida y trastornos afectivos. Debido a ello, resulta importante tener estadísticas completas y detalladas de la población atendida, con conocimiento de los factores de riesgo y protectores, así como la utilidad de las intervenciones farmacológicas que se realizan a los usuarios durante el manejo intrahospitalario de la institución.

Pregunta de investigación:

¿Cuál es el efecto del tratamiento farmacológico en la disminución del riesgo suicida, la severidad de depresión y en la mejoría clínica global en pacientes con trastorno depresivo y conductas suicidas durante el manejo intrahospitalario en el HPFBA?

Objetivo General:

-Evaluar el efecto del tratamiento farmacológico en el riesgo suicida, la severidad de depresión y la mejoría clínica global durante el internamiento en pacientes con trastornos depresivos y riesgo suicida.

Objetivos específicos:

- Conocer el porcentaje de cambio clínico pre y post intervención farmacológica.
- Describir los tratamientos farmacológicos utilizados durante el internamiento en pacientes con depresión y riesgo suicida.
- Correlacionar el riesgo suicida con respecto a la severidad del trastorno depresivo.
- Analizar las características sociodemográficas de la población a estudiar.
- Conocer los factores de riesgo presentes en los pacientes deprimidos que presentan conductas suicidas atendida en el HPFBA
- Identificar los factores protectores con los que cuenta nuestra población con riesgo suicida atendida en el HPFBA.
- Describir las diferentes conductas suicidas que presentan los pacientes deprimidos que son atendidos en el HPFBA

Hipótesis:

Hi: Sí existe disminución del riesgo suicida y de la severidad de depresión así como mejoría clínica global en pacientes con depresión y conductas suicidas posterior a las intervenciones farmacológicas realizadas durante el manejo intrahospitalario en el HPFBA.

Ho: No existe disminución del riesgo suicida y de la severidad de depresión ni mejoría clínica global en pacientes con depresión y conductas suicidas posterior a las intervenciones farmacológicas realizadas durante el manejo intrahospitalario en el HPFBA.

Operacionalización de las variables:

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de Medición
Riesgo suicida	La probabilidad que tiene una persona de intentar matarse.	Predicción de la probabilidad de la ocurrencia de un intento de suicidio fatal.	Puntaje en Escala de Ideación suicida de Beck 0-38puntos.	Cuantitativa Continua dependiente	Intervalar
Severidad de depresión	Se refiere a la gravedad de los síntomas y el grado de incapacidad funcional y malestar.	Se considera leve, moderada o grave en base al número de síntomas de los criterios	Inventario de Depresión de Beck. 0-13 indica depresión mínima, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión grave.	Cuantitativa independiente	Ordinal
Mejora Clínica global	Evaluación general de cuánto han mejorado o empeorado los síntomas y los comportamiento de un paciente desde el inicio del tratamiento.	Comparación general de la condición inicial del paciente con su estado posterior a las intervenciones farmacológicas realizadas	Aplicación escala CGI Puntuación de 0-7	Cuantitativa	Ordinal
Tratamiento farmacológico actual durante la hospitalización	Uso de psicofármacos utilizados para aliviar, controlar o curar los síntomas de la enfermedad	Uso de psicofármacos de los diferentes grupos; antipsicóticos, antidepresivos (ISRS, ISRN, Tricíclicos, IMAO) y benzodiacepinas	ISRS, Benzodicepinas, Tricíclicos, Duales, antipsicóticos	Cualitativa independiente.	nominal

Tipos de Conducta suicida al ingreso.	Cualquier acción intencionada con consecuencias potencialmente mortales.	Incluye tres tipos de acciones de carácter autodestructivo: el suicidio consumado, la tentativa de suicidio y las autoagresiones no suicidas.	Sobreingesta, Autolesiones, Ahorcamiento , heridas por punzocortante etc.	Cualitativa	Nominal
Intentos suicidas previos	Acto autolesivo previo con intención de provocar la muerte, pero que finalmente no resulta mortal	Presencia de intentos suicidas previos.	Respuesta emitida por el sujeto de estudio: sí o no.	Cualitativa	Nominal
Antecedentes familiares de Conductas Suicidas	Antecedentes familiares de suicidio, intento o aceptación de conducta suicida	Presencia de conductas suicidas (IDM,IS, IS, Suicidio) en algún familiar de primer grado.	Presente o Ausente	Cualitativa	Nominal
Consumo de sustancias	Uso de sustancias psicoactivas que puede alterar los estados de conciencia, de ánimo y de pensamiento.	Consumo de sustancias psicoactivas	Etanol, cannabis, solventes , cocaína etc.	Cualitativa	Nominal
Variables interventoras Sociodemográficas					
Sexo	Conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer	Sexo (de acuerdo a características físicas, biológicas, anatómicas al que pertenece el paciente que se obtendrá con la aplicación	(Masculino-Femenino)	Cualitativa	Nominal

		de un cuestionario sociodemográfico			
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Edad al que pertenece el participante, expresada en años que se obtendrá con la aplicación de un cuestionario sociodemográfico	Años	Independiente Cuantitativa Continua	Intervalar
Ocupación	Actividad o trabajo el cual sea asalariado o no	A que se dedica el paciente	Profesiones y Oficios (Ej. Profesor, Albañil, Médico)	Cualitativa	Nominal
Nivel de Escolaridad	Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional.	Grado de cursos que un estudiante sigue en un centro docente	Nivel(primaria, secundaria, licenciatura)	Cualitativa	Ordinal
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Compromisos conyugales con que cuenta el paciente de acuerdo a la presencia o no de pareja.	Soltero, casado, viudo, divorciado.	Cualitativa	Nominal
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas y comportamiento	Reconocimiento del paciente con alguna relación con la divinidad de acuerdo a sus creencias específicas.	Católico, Cristiano, budista, politeísta, etc.	Cualitativa	Nominal
Red de Apoyo	Es una serie de contactos personales de los cuales se recibe apoyo y físico, emocional y material.	La presencia de apoyo moral, económico y físico con que cuenta el paciente.	Presente o ausente	Cualitativa	Nominal

Muestra:

El tipo de muestreo fue no probabilístico, a conveniencia, mediante la captación e invitación a pacientes que acudieron al servicio de urgencias del HPFBA por riesgo suicida y trastornos depresivos, durante el periodo de septiembre del 2018-marzo 2019, de los cuales únicamente participaron aquellos pacientes que debido al riesgo suicida inminente se decidió manejo intrahospitalario y que aceptaron dicha intervención.

Criterios de Selección**Criterios de Inclusión:**

1. Pacientes que acudieron al servicio de urgencias por riesgo suicida de entre 18 y 70 años de edad.
2. Pacientes que presentaron alguna conducta suicida que implicó riesgo y por lo tanto el manejo psiquiátrico sugerido fue intrahospitalario.
3. Pacientes con diagnóstico de algún trastorno depresivo sea recurrente, Distimia o primer episodio depresivo.

Criterios de Exclusión:

1. Pacientes que en su valoración inicial y previo a su ingreso en el servicio de urgencias se tuvo sospecha clínica de trastorno psicótico no asociado al cuadro afectivo (trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia y bipolar).
2. Pacientes que acudieron al servicio de urgencias con algún cuadro afectivo depresivo y riesgo suicida, quienes no aceptaron el manejo intrahospitalario en la institución y por lo tanto firmaron liberación de responsiva.
3. Pacientes que no aceptaron participar en esta investigación y por lo tanto no firmaron el consentimiento informado para la aplicación de escalas clinimétricas.

Criterios de eliminación

1. Pacientes que durante su seguimiento se agregó y confirmó diagnóstico de padecimiento psicótico primario, espectro bipolar o algún grado de deterioro cognitivo y/o demencia.
2. Pacientes que solicitaron egreso hospitalario voluntario o por petición familiar y por lo tanto no se aplicaron escalas clinimétricas al egreso hospitalario.
3. Pacientes que durante el manejo intrahospitalario decidieron no seguir participando en el estudio de investigación.

Tipo de estudio:

Es un estudio con diseño cuasi experimental con pre test post test y de alcance explicativo.

Recolección y registro de datos: Se diseñó un formato electrónico (Excel) para registro y recolección de datos recabados directamente de la aplicación de escalas clinimétricas y de los datos sociodemográficos obtenidos del paciente y de los expedientes clínicos.

Procedimiento:

Una vez presentado y aprobado el protocolo de investigación, se inició con la captura de participantes, invitando a participar en este estudio a pacientes que acudieron al servicio de urgencias del HPFBA con algún trastorno afectivo depresivo y en los cuales se identificó alguna conducta suicida, entre los meses de septiembre 2018 y marzo 2019 que implicó riesgo suicida inminente y por lo tanto se decidió manejo intrahospitalario en la institución, obteniendo una muestra de 54 pacientes. En dicho estudio además de obtener datos sociodemográficos, factores de riesgo y protectores, se describieron las múltiples intervenciones farmacológicas realizadas durante la hospitalización, así como se evaluó la efectividad de las mismas, mediante la aplicación de escalas clinimétricas de ideación suicida y depresión de Beck, además de la escala clínica de impresión

clínica global. Dicha medición se realizó en dos momentos importantes, al ingreso y al egreso hospitalario, siendo el propio paciente su control, y así se pudo comparar mediante análisis estadístico las modificaciones en cuanto a riesgo suicida, severidad de depresión y mejoría global al finalizar el tratamiento intrahospitalario y las intervenciones que se aplicaron en el mismo.

Análisis Estadístico

La información recabada de los expedientes clínicos, entrevistas y aplicación de escalas clinimétrica se registró y organizó en un documento de Excel para registro y recolección de datos, creando finalmente una base de datos.

Dicha información se sometió a un análisis utilizando el software estadístico IBM SPSS Statistics 26 (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales), aplicándose análisis estadístico descriptivo donde se obtuvieron frecuencias y porcentajes así como estadística no paramétrica con Chi cuadrada de Pearson y prueba t de Student (muestras emparejadas dependientes) para comprobar si las medias de dos campos continuos eran estadísticamente diferentes.

Instrumentos:

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Es un instrumento que se entrega al paciente para su llenado, consta de 21 apartados que se clasifican de 0 a 3, evaluando el nivel severidad de la depresión. El BDI consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión. En cada uno de los ítems el sujeto tiene que elegir aquella frase entre el conjunto de cuatro alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, que mejor se aproxima a su estado medio durante la última semana incluyendo el día en que completa el inventario. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida. La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63. En el caso de que el sujeto elija más de una alternativa en un ítem dado, se considera únicamente el ítem con la puntuación de mayor gravedad. La validez de contenido del BDI ha mejorado siguiendo los criterios del DSM-IV sobre los síntomas. La consistencia interna fue satisfactoria y alta ($\alpha > 0 = 0.84$), y retest superó $r > 0 = 0.75$ en

muestras no clínicas. Asociaciones con la construcción relacionados con las escalas (depresión, disfunciones cognitivas construcción) fueron altas, mientras que los de evaluación de la personalidad asintomáticas (NEO-FFI) fueron menores. El BDI-II diferencia bien entre los grados de depresión y era sensible a los cambios.

Los exámenes interculturales de la validez y confiabilidad del Inventario de depresión de Beck son esenciales para su uso en la evaluación y el monitoreo de la efectividad de las intervenciones suicidas en todos los grupos raciales. Los resultados de múltiples estudios de validez indican que el BDI-II es una medida confiable y válida de los síntomas depresivos para los intentos de suicidio en afroamericanos(40).

El Beck Depression Inventory-II (BDI-II, Beck, Steer, Ball y Ranieri, 1996) es uno de los instrumentos más utilizados en investigación y práctica para medir la presencia y gravedad de la depresión y se ha utilizado ampliamente en la prevención del suicidio investigación.

Si bien la versión del BDI-IA se revisó y actualizó en 1996 para conformar el BDI-II que evalúa las últimas dos semanas, e incluye los nueve síntomas depresivos del DSM-IV . En México, la versión estandarizada por Jurado, en 1998 constituye la versión de uso más común en estudios con población adolescente (41).

Escala de Ideación suicida de Beck

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.

La escala está conformada por cuatro dimensiones tal como la escala original de Beck de la siguiente manera: Sub-escala I: Características de sus actitudes hacia la vida y la muerte (5 reactivos), conformada por un factor y con una consistencia interna de $\alpha = .90$. La sub-escala II: Los pensamientos y de los deseos de suicidarse (5 reactivos) arrojó 2 factores, obteniendo coeficientes de $\alpha = 0.65$

en el primero y de $\alpha = .45$ en el segundo, pero se consideró pertinente integrarlos en una sola dimensión.

La sub-escala III: Características del intento suicida (4 reactivos), que se integraron en un factor, alcanzaron una consistencia interna de $\alpha = .61$. La sub-escala IV: Actualización del intento suicida (2 reactivos), que se considera como un indicador y obtuvo un coeficiente $\alpha = .45$. (42).

La escala consta de 19 reactivos aplicados en el contexto de una entrevista clínica semiestructurada. Estos reactivos miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada reactivo se registró en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2. Las mediciones se sumaron para obtener un puntaje global. De este modo, el rango teórico del puntaje es de 0 a 38. Cuenta con una consistencia interna de la Escala de Ideación Suicida de Beck. Los 20 reactivos de la Escala de ISB se sometieron a un análisis de confiabilidad y se obtuvo un coeficiente α de Cronbach = .84. (42)

La consistencia interna del SSI se evaluó mediante dos métodos. Primero, un análisis de ítems mostró que cada ítem tenía una correlación positiva con el puntaje total de la escala y que 16 de los 19 coeficientes eran significativos. El segundo método para evaluar la consistencia interna fue la determinación del coeficiente α , KR-20 (Cronbach, 1951). Para los 90 casos, un coeficiente de fiabilidad de .89. (42).

Escala clínica de impresión global

La CGI es un breve instrumento clínico calificado que consta de tres medidas globales diferentes: a) Gravedad de la enfermedad, donde se realiza una evaluación general de la gravedad actual de los síntomas del paciente (CGI-S); b) Mejora global, realizando comparación general de la condición inicial del paciente con su estado actual (CGI-I); c) Índice de eficacia: comparación global de la condición inicial del paciente con una relación entre el beneficio terapéutico actual y la gravedad de los efectos secundarios (CGI-E).

Desde su primera publicación, el CGI se ha convertido en una de las herramientas de evaluación más utilizadas en psiquiatría (43). El CGI, especialmente la escala de mejora de CGI (CGI-I), se ha utilizado ampliamente como una medida de eficacia en ensayos clínicos de fármacos en diferentes trastornos mentales como depresión, esquizofrenia y riesgo suicida (44,45). Su popularidad se basa principalmente en su concisión y facilidad de administración.

El CGI-I se utilizó incluso como criterio externo para probar la validez de otras medidas de resultado, como el Inventario de Depresión de Beck (46) y la Escala de Evaluación de la Depresión de Hamilton (47).

En un estudio de validez de dicha escala se encontró que las puntuaciones CGI-S de ingreso y egreso se correlacionaron ($r = 0,40$), y las puntuaciones de mejora indirecta obtenidas a partir de sus diferencias se correlacionaron en gran medida con las puntuaciones directas de CGI-I ($r = 0,71$).

La CGI es entonces una medida de resultado clínica válida adecuada para el uso de rutina en un entorno hospitalario. Ofrece una serie de ventajas, incluida su utilidad establecida en la investigación psiquiátrica, la sensibilidad al cambio, la administración rápida y sencilla, la utilidad en los grupos de diagnóstico y la confiabilidad en manos de clínicos capacitados (48)

Consideraciones éticas:

Esta investigación se llevó a cabo posterior a obtener la autorización del representante legal de la institución investigadora, así como de la aprobación del comité de Bioética en investigación de nuestra institución, siguiendo los principios de beneficencia, no maleficencia y justicia.

Según el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación, este estudio se considera como una investigación sin riesgo ya que se trata de un tipo de estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental, en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios,

entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Se cumplió además con lo establecido en el Artículo 14. Del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación fracción VIII, por lo que las escalas clinimétricas y entrevistas a desarrollar se llevaran a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento. Proporcionando así mismo el consentimiento informado dirigido a paciente y familiar previo a dicho acto.

Se tomó en cuenta además para el siguiente proyecto de investigación la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, que comenta:

5.4 Los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que los genera, cuando éste, no dependa de una institución. En caso de instituciones del sector público, además de lo establecido en esta norma, deberán observar las disposiciones que en la materia estén vigentes. Sin perjuicio de lo anterior, el paciente en tanto aportante de la información y beneficiario de la atención médica, tiene derechos de titularidad sobre la información para la protección de su salud, así como para la protección de la confidencialidad de sus datos, en los términos de esta norma y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables.

Resultados

Se obtuvo una muestra de 54 pacientes, de los cuales el 65% (n=35) fueron mujeres y el 35% (n=19) hombres. En cuanto a la edad, se encontró un promedio de 36 años, con una edad mínima de 18 y máxima de 67 años. La edad promedio en mujeres fue de 38 y en hombres de 36 años. (Gráfica 1)

Con respecto a la ocupación se identificó que el 56% (n=30) de los pacientes se encontraban desempleados al momento del estudio, mientras que el 17% (n=9) se dedicaban al hogar, 13% (n=7) eran empleados o ejercían algún oficio, el 9% (n=5) estudiantes y sólo 5% (n=3) ejercían alguna profesión.

La religión predominante en los participantes fue la católica, con un total de 37 (69%) pacientes, seguida de la religión cristiana con 10 pacientes (18%), mientras que sólo 7 (13%) participantes refirieron no tener ninguna creencia religiosa.

Sobre el estado civil, encontramos que el 60% (n=33) se encontraban solteros, mientras que el 20 % (n=11) estaban casados, 11% (n=6) separados o divorciados y el 9% (n=4) en unión libre.

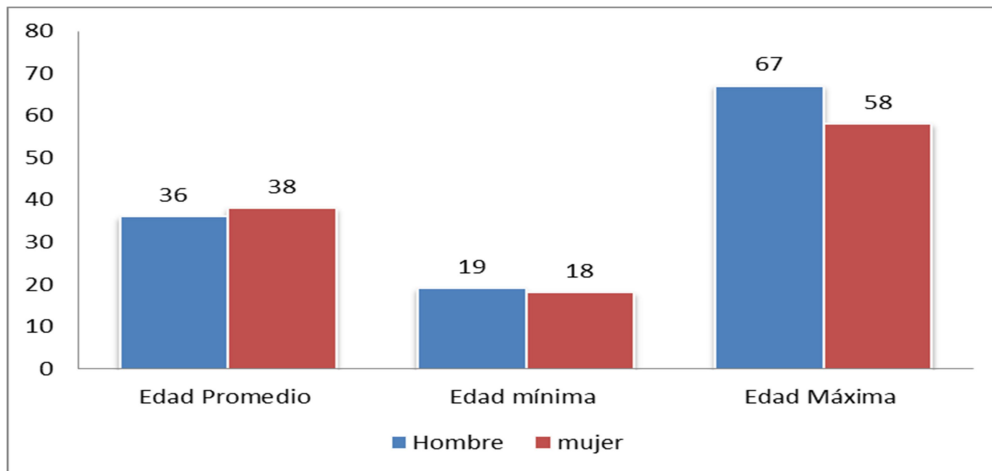
Por otra parte el 87% (n=47) comentó tener una red de apoyo, mientras que el 13% (n=7) negó tenerla. (Tabla 1)

Tabla 1. Variables Sociodemográficas de la muestra

	Frecuencia (N=)	Porcentaje (%)
Sexo		
Mujeres	35	65
Hombres	19	35
Estado Civil		
Soltero	33	60
Casado	11	20
Divorciado	6	11
Unión libre	4	9
Ocupación		
Desempleado	30	56
Hogar	9	17
Oficio /empleado	7	13
Estudiante	5	9
Profesionista	3	5
Religión		
Católica	37	69
Cristiana	10	18
Ninguna	7	13
Red de Apoyo		
Sí	47	87
No	7	13
Edad		
Años	Promedio 36	Mín.-Max 18-67

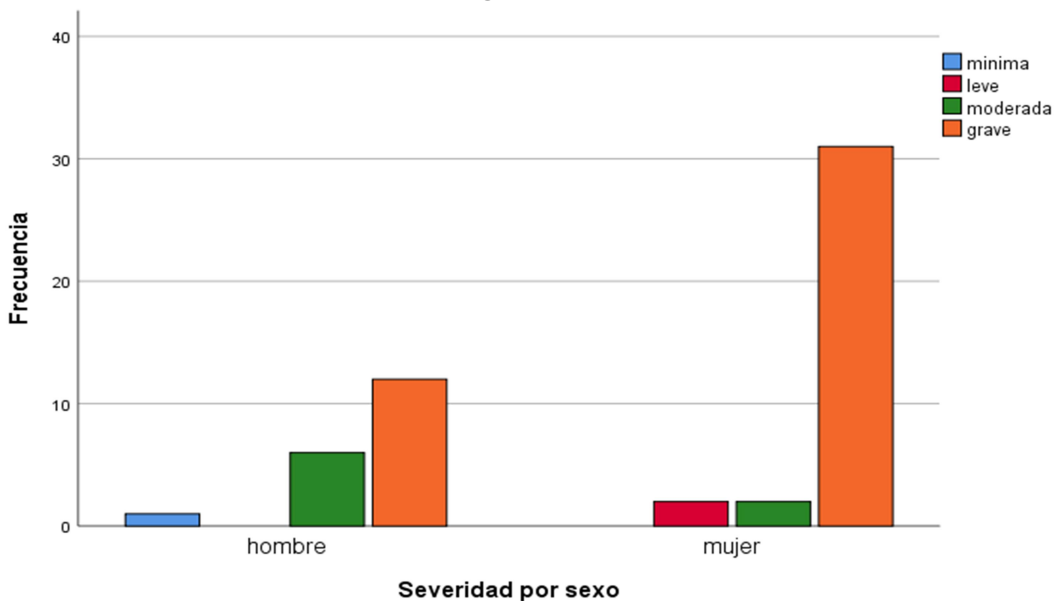
Nota: Las variables nominales de la tabla anterior son representadas en frecuencias y porcentajes, mientras que las variables continuas en promedio, valor mínimo y máximo.

Gráfico 1. Distribución de edad por sexo de la muestra



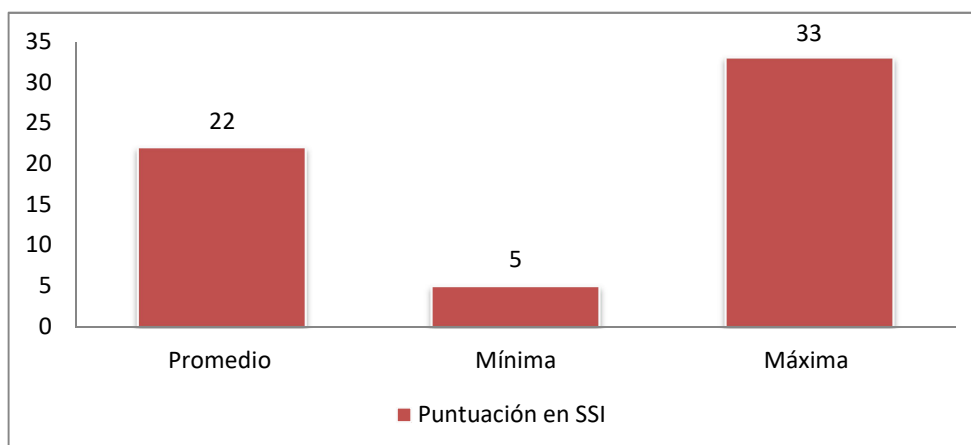
Respecto a la severidad de la depresión, se identificó que el 79% (n=43) de los participantes presentaban un cuadro de depresión grave al ingreso, seguido del 14% (n=8) que presentaban una depresión moderada, mientras que sólo el 4% (n=2) tenía una depresión leve. En dichos hallazgos no se identificó alguna correlación entre el sexo y la severidad, pues tanto en hombres como en mujeres el grado de depresión predominante fue grave con un 52 % y 51% correspondientemente. (Gráfica 2)

Gráfica 2. Grado de Depresión al ingreso por sexo.



Referente al riesgo suicida al ingreso, se obtuvo un promedio de 22 puntos en la escala de ideación suicida de Beck, con una puntuación mínima de 5 y máxima de 33, sin identificar una diferencia significativa entre hombres y mujeres. (Gráfico 3)

Gráfica 3. Riesgo suicida al ingreso hospitalario



Nota: Se representa la puntuación promedio, mínima y máxima en la escala SSI (Ideación suicida de Beck) de la muestra.

Por lo que corresponde a la impresión clínica global al ingreso y en específico a la gravedad de la enfermedad, el 50% (n=27) se encontraban marcadamente enfermos, seguidos del 32% (n=17) que se encontraban moderadamente enfermos y el 9% (n=5) gravemente enfermos. (Tabla 2)

Tabla 2. Gravedad de la Enfermedad al ingreso

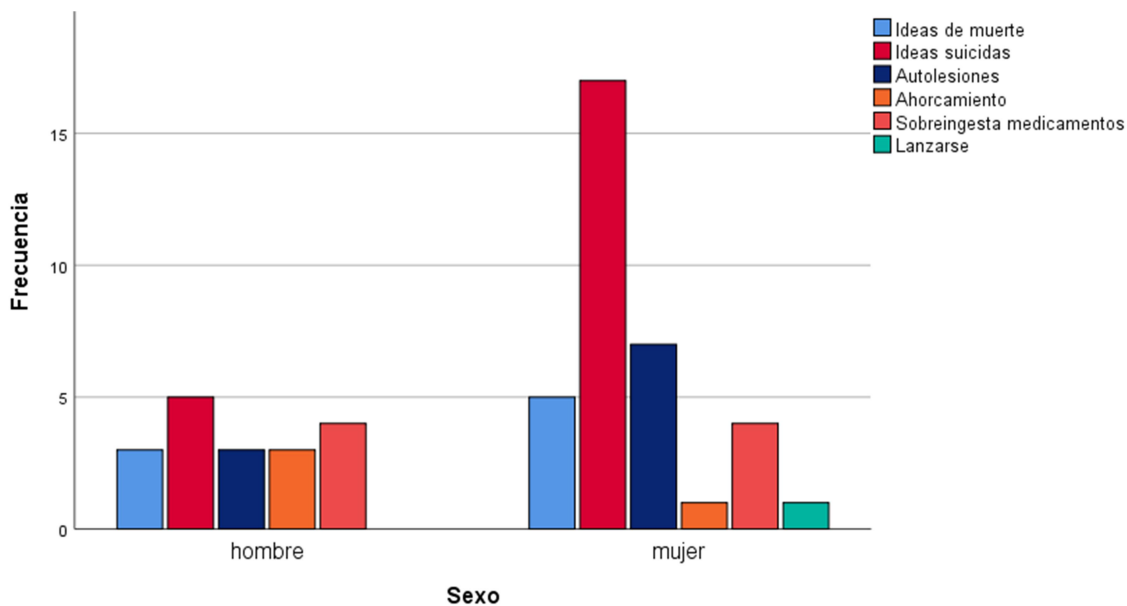
Enfermedad	Frecuencia (n=)	Porcentaje (%)
Marcada	27	50
Moderada	17	32
Grave	10	18
Total	54	100

Nota: Se representa la severidad de la enfermedad en frecuencias y porcentajes obtenida a través de la aplicación de la escala CGI.

Con respecto al comportamiento suicida, encontramos que el 41% (n=22) de los participantes presentaron ideas suicidas al ingreso, seguido del 19% (n=10) que

presentaron autoagresiones. En cuanto a las ideas de muerte y la sobreingesta de medicamentos se presentaron con la misma frecuencia de un 15% (n=8), en menor proporción encontramos intentos suicidas como el ahorcamiento y lanzarse con una frecuencia de 2% (n=1) en ambas. (Gráfica 4)

Gráfica 4. Comportamiento suicida previo al internamiento



El tipo de comportamiento suicida en relación al sexo no muestran diferencias significativas, siendo en ambos sexos las ideas suicidas el comportamiento predominante.

En lo que corresponde al abuso de sustancias psicoactivas, encontramos que en el 21% (n= 26) de los casos estaba presente, mientras que el 79% (n=43) negaba dicho abuso. Sin embargo encontramos una diferencia significativa de dicha conducta de acuerdo al sexo, pues en el 63% (n=12) de los hombres de este estudio encontramos el abuso de alguna sustancia, mientras que en las mujeres sólo el 26% (n=9) lo tenían.

Sobre el suicidio en la familia de los participantes, se identificó que el 91% (n=49) no contaban con dicho antecedente, mientras que el 9% (n=5) sí lo tenían.

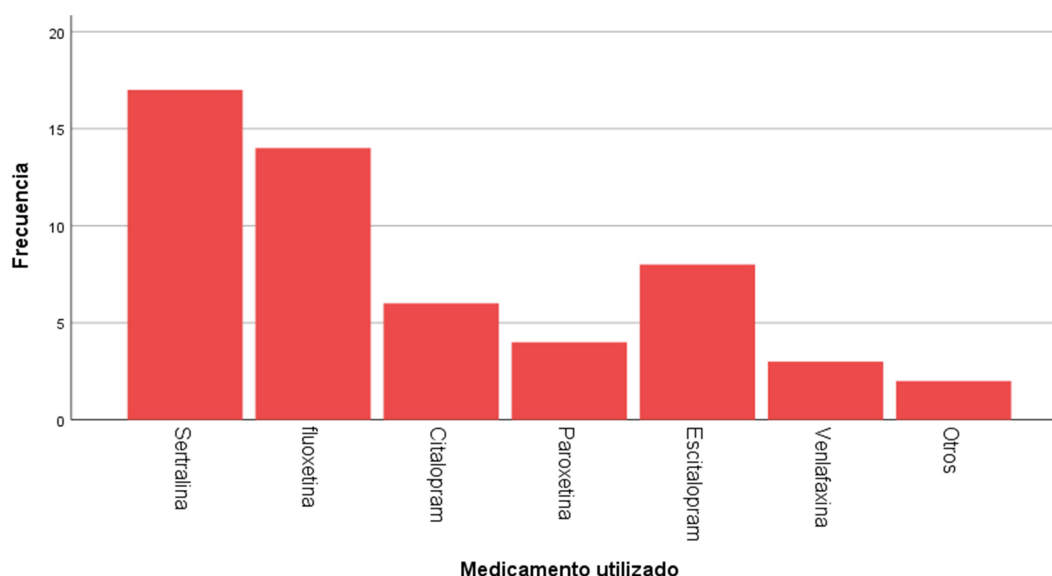
En cuanto a la intervención farmacológica que se realizó durante la hospitalización, encontramos que los medicamentos mayormente utilizados fueron los inhibidores de la recaptura de serotonina en un 90% de los casos; siendo la sertralina el más frecuentemente utilizado en 32% de los participantes (n=17), seguido de fluoxetina 26% (n=14), continuando con citalopram, paroxetina y escitalopram. (Tabla 3)

Tabla 3. Fármacos utilizados durante el manejo intrahospitalario

Fármaco	Frecuencia (n=)	Porcentaje %
Inhibidores de la recaptura de serotonina		
Sertralina	17	31.5
Fluoxetina	14	25.9
Escitalopram	8	14.8
Citalopram	6	11.1
Paroxetina	4	7.4
Inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina		
Venlafaxina	3	5.6
Duloxetina	1	1.85
Antipsicóticos Atípicos		
Risperidona	1	1.85
Total	54	100

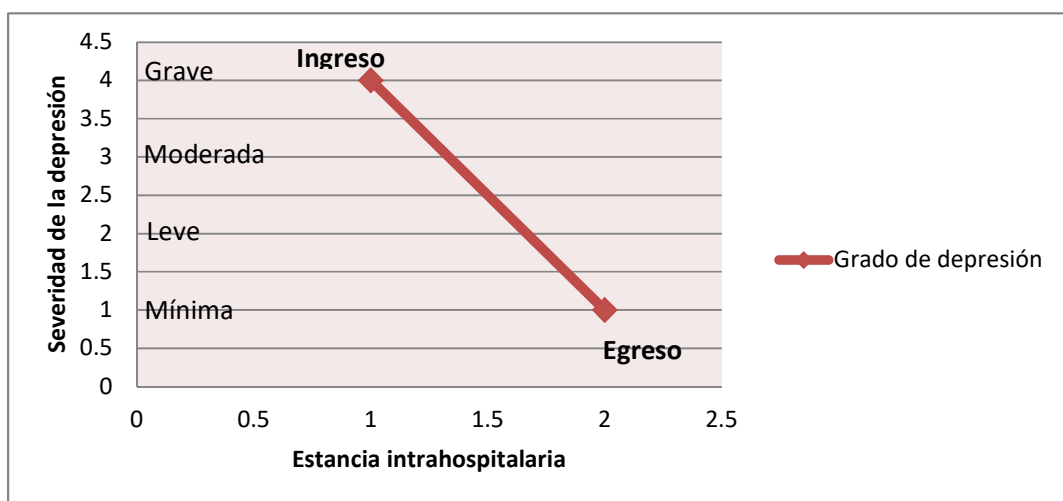
Con respecto a otros antidepresivos duales como son los Inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina se utilizaron solo en el 7% de los casos, siendo el más utilizado venlafaxina seguida de duloxetina y sólo en el 1.85 % de los casos (1) se utilizaron como fármacos de primera línea antipsicóticos. (Gráfica 5)

Gráfica 5. Intervención farmacológica durante manejo intrahospitalario



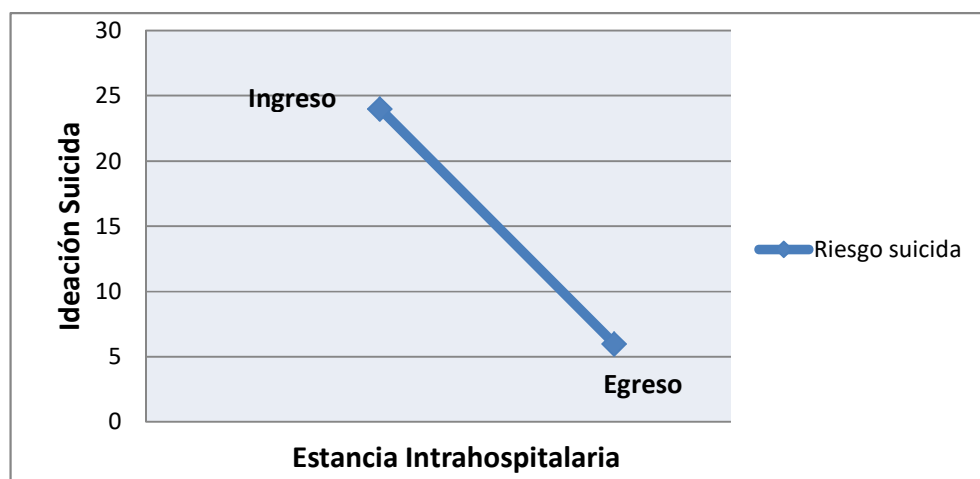
Al comparar la severidad de depresión pre y post intervención, mediante el análisis de muestras emparejadas, se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa entre dichos puntajes, con una t de 22.89 y una p de .000, presentando un cambio de depresión grave, con puntuación promedio de 50 en escala de severidad de Beck al ingreso a mínima con puntuación promedio de 8 al egreso, con una reducción del 84% en la puntuación de dicha escala. (Gráfica 6)

Gráfica 6. Depresión pre-post Hospitalización



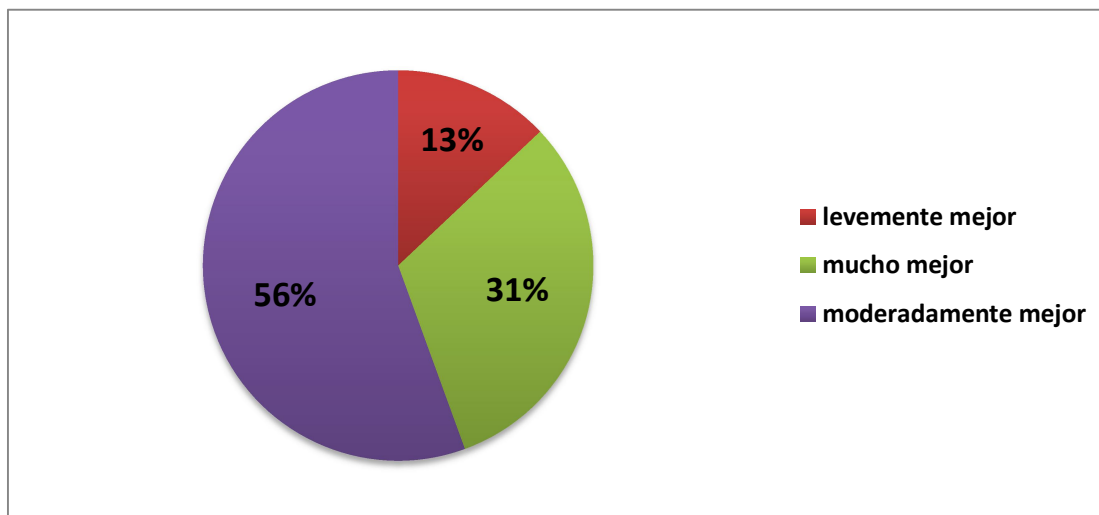
Por otra parte, el riesgo suicida de ingreso presentó un promedio de 24 puntos en la escala de ideación suicida de Beck, y posteriormente a la hospitalización identificamos una disminución promedio de 18 puntos, con un riesgo suicida de egreso de 6 en dicha escala, lo anterior se obtuvo mediante una prueba de T, con una p de 0.016, t de 21.422, mostrando así una diferencia estadísticamente significativa y una correlación débil de .327. (Gráfica 7)

Gráfica 7. Riesgo suicida pre-post intervención



En cuanto a la impresión clínica al ingreso comparada con la mejoría clínica al egreso, observamos que existe una diferencia estadísticamente significativa, con una t de 22.89 y una p de .000. Puesto que al ingreso el 50% (n=27) de los participantes se encontraban marcadamente enfermos, mientras que al egreso el 56% (n=30) se encontraban moderadamente mejor. (Gráfica 8)

Gráfica 8. Mejoría clínica global post intervención



Discusión

Variables sociodemográficas

Aspectos demográficos, socioeconómicos, así como clínicos han demostrado tener relevancia en la conducta suicida (16). Es por ello que en éste estudio de investigación se realizó un análisis de dichas variables sociodemográficas en pacientes con depresión y conductas suicidas, encontrando que el 65% de los participantes fueron mujeres en una relación 2:1 con respecto a los hombres, dicho hallazgo se ha encontrado en múltiples estudios donde se menciona que la tasa de intentos suicidas es mayor en mujeres, mientras que los suicidios consumados son en su mayoría realizados por hombres. Incluso en un estudio de investigación se identificó que de los suicidios consumados en la ciudad de México en el 2015, el 79% fueron realizados por hombres y el 21% por mujeres. (49)

Con respecto a la edad, en México el suicidio es una de las cinco principales causas de muerte hasta los 34 años de edad, y la tercera causa de muerte entre

los 15 y 24 años, se ha identificado que en los extremos de la vida las tasas tienden a elevarse (4). En este estudio se identificó una edad promedio de 36 años, con un mínimo de 18 y máximo de 67 años, con lo que se corrobora el hallazgo que menciona la literatura sobre el riesgo suicida y suicidio se presenta principalmente y está en aumento en personas en edad productiva.

Continuando con las variables sociodemográficas, de maneja general ser soltero o vivir solo se ha asociado clásicamente con mayor riesgo de consumación del suicidio (49), de hecho se reporta que el suicidio ocurre con más frecuencia en personas que no están casadas que en personas casadas. En un metanálisis de 36 estudios (con una $n= 100,000, 000$ individuos), el riesgo de suicidio fue casi dos veces mayor en los no casados que en los casados (razón de probabilidades 1.9, 95% IC 1.8-2.1) (50). Los subanálisis encontraron que el riesgo elevado era aproximadamente comparable para los individuos que eran solteros, divorciados o viudos en comparación con los individuos casados. Nuestros resultados coinciden pues el 60% los participantes que presentaron comportamiento suicida se encontraban solteros en el momento del estudio así como el 11% se encontraba divorciado y sólo el 20% se encontraba casado, con lo que podemos concluir que el estado civil funciona de igual forma como un factor importante en la presencia de comportamientos suicidas.

La ocupación representa otro factor importante en la conducta suicida, un metaanálisis comenta que el ser desempleado o bien ser trabajador menos calificado (por ejemplo, obreros, trabajadores y limpiadores de oficinas que realizan tareas manuales simples) que en la población general en edad de trabajar (IC 95% 1.5-2.3) aumenta el riesgo suicida (51). En contraste, el riesgo de suicidio fue menor en los trabajadores más calificados (por ejemplo, profesionistas, gerentes generales que resuelven problemas complejos) que en la población general en edad de trabajar (tasa de tasa 0.7, IC 95% 0.5-0.9). Además, el desempleo y la tensión económica pueden llevar a un mayor riesgo de suicidio (52). En nuestra muestra el 56% reportó encontrarse desempleado al momento del estudio que se puede relacionar con el grado de disfunción de la enfermedad y la incapacidad que ésta condiciona en los pacientes.

Así mismo se pudo comprobar lo reportado en la literatura sobre el antecedente de intentos suicidas previos en el paciente, en nuestros participantes el 65% confirmó haber tenido un intento suicida previo lo que es similar a lo reportado en los estudios y artículos recientes. Por otra parte, en cuanto al antecedente de suicidio en la familia fue bajo en esta muestra pues solo el 9% reportó dicho antecedente en la familia.

En cuanto a factores protectores, el apoyo social y la conexión familiar protegen contra el suicidio, mientras que la discordia familiar aumenta el riesgo de suicidio (53). Un estudio de muestras representativas a nivel nacional encontró que el apoyo social se asoció con una disminución del riesgo de suicidio en los Estados Unidos (razón de probabilidades 0.7) y en Inglaterra (proporción de probabilidades 0.9). (54)

La religiosidad y la participación en actividades religiosas se asocian con un menor riesgo de suicidio, incluso ha sido asociada como un factor de protección para la ideación suicida pero no para consumación de suicidio (55), en este estudio por el contrario se encontró que el 87% de los pacientes que presentaron comportamiento y riesgo suicida comentaron tener religión (católica o cristiana) y solo el 13% de dichos participantes negaron alguna creencia religiosa, por lo que podríamos comentar que en esta muestra la religión no fue un factor protector evidente lo cual podría estar en relación al tamaño de la misma o bien el grado de religiosidad de los participantes.

Variables clínicas

Los intentos de suicidio son mucho más comunes que las muertes por suicidio. En cuanto al comportamiento suicida más común se encuentran las ideas suicidas, según la Organización Mundial de la Salud en unas encuestas comunitarias realizadas en 21 países, se encontró que la prevalencia de pensamientos suicidas durante 12 meses fue de aproximadamente 2% (56), y que la prevalencia de por vida fue de 9%. En el presente estudio se identificó que el comportamiento suicida más común fueron las ideas suicidas en un 41% de los casos, seguidas de las ideas de muerte 15% y los intentos suicidas con

sobreingesta de medicamentos en otro 15 % de los participantes. Lo anterior resulta muy importante ya que el intento suicida es claramente el predictor clínico más fuerte de suicidio posterior.

En México se ha detectado que el principal factor de riesgo en torno al suicidio es un intento previo del mismo. Distintos estudios establecen que la tasa de intentos de suicidio se encuentra en una relación de 10:1 con respecto a los suicidios consumados (4).

De acuerdo con el modelo de suicibilidad de Turecki y colaboradores creado en el año 2014, el abuso de sustancias es un factor que predispone o precipita el suicidio. (57) El abuso de sustancias comprende aspectos de internalización como el afecto negativo y la desesperanza y de externalización como la agresividad y la impulsividad. Varios estudios incluso han corroborado que los trastornos por uso de alcohol están intrínsecamente asociados a la conducta suicida y el suicidio consumado. Por otra parte en este estudio se identificó que solo el 21% de los participantes tenía un consumo perjudicial de sustancias, mientras que el 79% negó tener dicho consumo. Lo interesante fue que al realizar el análisis por sexo, se encontró una diferencia significativa entre el consumo de sustancias en mujeres y hombres, pues en estos últimos dicho consumo se encontraba presente en el 63% de los casos.

Los trastornos psiquiátricos más comúnmente asociados con el suicidio incluyen depresión, trastorno bipolar, alcoholismo o consumo de otras sustancias, en menor proporción esquizofrenia (58), trastornos de personalidad, trastornos de ansiedad que incluyen trastorno de pánico, trastornos por estrés postraumático y delirium (59).

La gravedad de la enfermedad psiquiátrica se asocia con el riesgo de suicidio. un metanálisis encontró que el riesgo de suicidio de por vida es del 8,6 % en pacientes que han tenido un ingreso psiquiátrico por ideación suicida, 4 % en pacientes que han tenido un ingreso psiquiátrico por un trastorno afectivo sin suicidio, 2,2% por ciento en pacientes ambulatorios psiquiátricos, y menos del 0,5 % en la población general (60). Se comenta que más del 90 % de los pacientes

que intentan suicidarse tienen un trastorno psiquiátrico (61)(62), y el 95 % de los pacientes que cometen suicidio con éxito tienen un diagnóstico psiquiátrico (63).

En el presente estudio se analizó la severidad de la depresión previa al manejo intrahospitalario mediante la aplicación de la escala BDI la cual reportó que el 80% de los pacientes tenían depresión grave con una puntuación promedio de 50, dicho hallazgo corresponde con lo reportado en la literatura pues la mayoría de los participantes que tuvieron algún comportamiento suicida presentaban trastorno psiquiátrico grave.

De igual forma se analizó el riesgo suicida mediante la aplicación de la escala SSI al ingreso, reportando una puntuación promedio de 24 que aunque no existe una puntuación de corte se considera alta, lo cual se interpreta como alto riesgo suicida y por lo tanto la primera indicación médica psiquiátrica es ofrecer un manejo intrahospitalario. De hecho la hospitalización psiquiátrica está indicada para pacientes con comportamiento suicida reciente o alto riesgo de suicidio. (64)

Durante la hospitalización psiquiátrica, una intervención fundamental es la farmacológica. Por lo tanto los pacientes con depresión mayor aguda que manifiestan ideas o conductas suicidas generalmente se tratan con antidepresivos; la evidencia sugiere que los antidepresivos pueden disminuir los suicidios (53) (65). Un estudio retrospectivo encontró que el tratamiento con ISRS se asoció con una reducción del 25 % en los suicidios (66).

Al pensar en dicha intervención farmacológica la literatura comenta que son los ISRS los más seguros cuando se toman en sobredosis y deben ser los fármacos de elección en pacientes deprimidos potencialmente suicidas (28). Durante el seguimiento de nuestra muestra en el manejo intrahospitalario, se encontró que el 90% de los casos fue tratado con antidepresivos ISRS, seguidos del 7.5% tratados con ISRSN y sólo el 2.5% tratados con antipsicótico. De los ISRS el más utilizado fue sertralina en el 31.5 % de los casos, seguido de fluoxetina, escitalopram y citalopram. Mientras que en una proporción menor se utilizó venlafaxina, duloxetina y antipsicótico como tratamiento de primera línea, tomando en cuenta

que la mayoría de los participantes presentaron un cuadro depresivo grave con comportamientos suicidas recientes.

El uso de ISRS se considera el tratamiento farmacológico de elección por la efectividad y seguridad que representa. Sin embargo, muchos pacientes deprimidos no responden al tratamiento inicial con un ISRS, y pueden requerir farmacoterapia que incluya venlafaxina, tricíclicos o inhibidores de la monoaminoxidasa y su uso se recomienda únicamente bajo manejo intrahospitalario por el riesgo que implica una sobredosis de alguno de ellos.

Como se ha mencionado, la intervención farmacológica es fundamental en el manejo integral del paciente suicida. Los estudios de autopsia psicológica han encontrado que entre todos los pacientes que se suicidan, solo entre el 8 y el 17 % recibió algún medicamento psiquiátrico; entre las víctimas de suicidio deprimidas, solo entre el 6 y el 14 % fueron tratados adecuadamente (67).

Parte fundamental del presente estudio de investigación fue identificar las intervenciones farmacológicas que se realizan en los pacientes del HPFBA durante el manejo intrahospitalario, las cuales son muy similares a lo establecido por la literatura y la medicina basada en evidencias. Pero además otro objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad de dichas intervenciones mediante la aplicación de escalas clinimétricas pre y post intervención.

Con lo anterior fue posible comprobar la hipótesis de investigación que afirma existe disminución del riesgo suicida y de la severidad de depresión, así como mejoría clínica global en pacientes con depresión y conductas suicidas posterior a las intervenciones farmacológicas realizadas durante el manejo intrahospitalario en el HPFBA.

Identificamos en primer lugar una reducción en la severidad de la depresión al egreso la cual fue estadísticamente significativa con una p de .000, siendo el grado de depresión mínima la más frecuente posterior a la hospitalización con puntuación de 8 en la escala BDI y una reducción del 84% con respecto a la puntuación de ingreso. En cuanto al riesgo suicida se identificó una reducción

promedio de 18 puntos en la escala SSI con respecto al ingreso, siendo esta diferencia estadísticamente significativa con una p .016.

Así como fue posible identificar una reducción en el grado de depresión y en el riesgo suicida, también se pudo comprobar la mejoría clínica global post intervención farmacológica, pues el 50% de pacientes que ingresaron se encontraban marcadamente enfermos, mientras que al egreso el 56% del total de la muestra se reportó como moderadamente mejor, siendo esta diferencia estadísticamente significativa con una p .000.

Finalmente las intervenciones a realizar en pacientes con las características de nuestra muestra tienen como objetivos reducir el riesgo suicida, conseguir alivio sintomatológico, promover una comprensión de la situación crítica, sentar las bases para un cambio en el modo de funcionamiento personal y establecer estrategias para el tratamiento posterior al manejo intrahospitalario (24).

Como hemos mencionado previamente el tratamiento farmacológico solo es un pilar en el manejo integral del paciente con riesgo suicida, pues además de los fármacos, las intervenciones psicoterapéuticas y del resto del personal y las interacciones que se manejan durante la hospitalización son fundamentales en la mejoría del paciente.

Conclusión

Los pacientes que acuden por depresión y comportamiento suicida al HPFBA presentan características sociodemográficas muy similares a las reportadas por la literatura a nivel mundial, al ser en su mayoría pacientes en edad productiva, género femenino en el caso de intentos suicidas, solteros, desempleados, con antecedente de consumo de sustancias y de intento suicida previo. Quienes además presentan un grado de depresión grave acompañado de ideas suicidas como parte del comportamiento de riesgo.

La hospitalización psiquiátrica representa entonces un área de oportunidad para dichos pacientes, pues además de reducir el riesgo suicida, conseguir alivio sintomatológico, priorizar la alianza terapéutica y fomentar el compromiso del

paciente con su tratamiento, representa un medio protegido y de resguardo para el paciente quien se encuentra vulnerable para conservar su propia integridad.

Existe disminución estadísticamente significativa en la severidad de la depresión, la ideación suicida y el grado de enfermedad posterior al manejo intrahospitalario en estos pacientes por lo que concluimos esta intervención resulta ser efectiva pues independientemente del comportamiento suicida que hayan presentado al ingreso existen cambios favorables.

El inicio de un tratamiento farmacológico adecuado es vital para la mejor evolución y pronóstico de estos pacientes. Los ISRS son el tratamiento de primera línea por su efectividad, alta tolerabilidad y bajo riesgo, de estos la sertralina y fluoxetina son los más utilizados en el HPFBA así como los más recomendados por la literatura.

Las intervenciones que se realizan durante dicha hospitalización son múltiples, pero una de las más importantes es la farmacológica, pues mejora los síntomas clínicos y con ello provoca una disminución de la ideación y de las conductas suicidas, lo cual es posible medir de forma objetiva en los pacientes con aplicación de escalas pre y post intervención como es la escala BDI, SSI y CGI. Dicha medición objetiva de los aspectos clínicos en estos pacientes debería ser parte de un seguimiento estandarizado durante la hospitalización y posterior a ella.

Limitaciones y alcances

El suicidio puede concentrarse en los días y semanas posteriores a la hospitalización psiquiátrica por lo que para realmente evaluar los cambios y la efectividad de lo realizado en la hospitalización de estos pacientes, se debería continuar un seguimiento estrecho, con mediciones posteriores, finalmente son individuos con mayor vulnerabilidad y alto riesgo de recaída o cronificación del comportamiento suicida. En una revisión sistemática, el 41 % de los que se suicidaron habían sido pacientes hospitalizados psiquiátricos en el año anterior, y hasta el 9 % de los suicidios ocurrieron en las primeras 24 horas posteriores al egreso de la atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados (68).

Además del seguimiento, en este estudio no se realizó una medición objetiva del efecto del resto de las intervenciones que no son el tratamiento farmacológico y que se realizan durante el manejo intrahospitalario. Pues como sabemos cualquier intervención sea psicoterapéutica o social tendrá algún impacto en el paciente y en su evolución clínica.

Pese a las limitaciones, este estudio ofrece una descripción detallada no solo de las características sociodemográficas sino también de las características clínicas de la población que acude al HPFBA con riesgo suicida y depresión. Además ofrece un panorama de las intervenciones farmacológicas que se realizan durante el manejo hospitalario el cual es la principal indicación en pacientes con estas características, además que demuestra que la efectividad de las intervenciones que se realicen pueden medirse de forma objetiva mediante la aplicación de escalas clínicas.

Lo anterior con la finalidad de identificar áreas de oportunidad en cuanto a crear un plan de intervención estandarizado para estos pacientes, no solo basado en la evidencia mundial, sino en la evidencia de los propios pacientes del HPFBA.

Idealmente este tipo de estudios deberían ser tomados en cuenta para la creación de políticas de salud pública en el área de salud mental, pues resulta prioridad el mejorar la accesibilidad de pacientes a la atención especializada psiquiátrica y de esta forma tener mayor posibilidad de prevención e intervención en dichos pacientes. Finalmente el suicidio y el comportamiento suicida representan un problema de salud pública importante y que va en aumento.

Referencias Bibliográficas:

1. - Bertolote JMF, Fleischmann A. Suicidal behavior prevention: WHO perspectives on research. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 2005; 133:8–12.
2. - Taylor SJ, Kingdom D, Jenkins R. How are nations trying to prevent suicide? An analysis of national suicide prevention strategies. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95:457–63.
- 3.- Mackenzie S, Wiegel JR, Mundt M, Brown D, Saewyc E, Heiligenstein E, et al. Depression and suicide ideation among students accessing campus healthcare. *Am J Orthopsychiatry*. 2011 [Access Mai 25, 2015];81(1):101–7.
4. - Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Publica Mex* 2010;52:292-304
5. - World Health Organization. The world health report 2001—mental health: new understanding, new hope. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2002.
- 6.-Jenkins GR, Hale R, Papanastassiou M, et al. Suicide rate 22 years after parasuicide: cohort study. *BMJ* 2002; 325:1155.
7. - Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Br J Psychiatry* 2003; 182:537–42.
- 8.- IMBIOMED. [Internet] Psiquis. Ciudad de México; vol. 19. Num. 1, 2010. <http://www.imbiomed.com.mx/1/1/catalogo.html>
- 9.- Organización Mundial de la salud. Preventing Suicide A Global imperative , Geneva, Switzerland. 2014
10. - Silverman M. The language of suicidology. *Suicide Life Threat Behav.* 2006;36:519–32.
- 11.- Instituto Nacional de Estadística y geografía. Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. (2016).

- 12.- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C. & Turecki, G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 4, 37 (2004).
13. - American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed* (American Psychiatric Publishing, 2013).
- 14.- Mann J, Currier D. Stress, genetics and epigenetic effects on the neurobiology of suicidal behavior and depression. *Eur Psychiatry*. 2010 Jun;25(5):268-71
- 15.- Vieta E, Nieto E, Gastó C, Cirera E. Serious suicide attempts in affective patients. *J Affect Disord*. March 1992, Volume 24, Issue 3, Pages 147–152.
16. - Haukka J, Suominen K, Partonen T. Determinants and Outcomes of Serious Attempted Suicide: A Nationwide Study in Finland, 1996–2003. *Am J Epidemiol*.2008; 167: 1155
17. - Alaghebandan R, Gates KD, MacDonald D. Suicide attempts and associated factors in Newfoundland and Labrador, 1998–2000. *Can J Psychiatry* 2005; 50:762–8.
- 18.- Barrientos G, Lomba P, Peláez J. Prevención y control de la conducta suicida. Guía para el diseño e implantación de programas locales. Proyecto de cooperación técnica entre países. La Habana: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
- 19.- Sahlin H, Kuja-Halkola R, Bjureberg J ,et al. Association between deliberate Self-harm and Violent Criminality. *JAMA Psychiatry*. 2017 Jun 1; 74(6):615-621.
- 20.- Dervic K, Oquendo M, Grunebaum M, Ellis S, Burke A, Mann J. Religious affiliation and suicide attempt. *Am J Psychiatry*. 2004 Dec;161(12):2303-8.
- 21.- Beautrais AL. Suicides and serious suicide attempts: two populations or one? *Psychol Med* 2001;31:837–45.
- 22.- Berman A. Risk Factors Proximate to Suicide and Suicide Risk Assessment in the Context of Denied , Suicide Ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2017.

- 23.- Silverman M, Berman A. Suicide risk assessment and risk formulation. Part I: Focus on suicide ideation in assessing suicide risk. *Suicide Life-Threat. Behav*, 2014; 44:420-431.
- 24.- Shneidman, E., & Farberow, N. *Clues to suicide*. New York: McGraw Hill. 2010.
- 25.- Hirschfeld RM, Russell JM. Assessment and treatment of suicidal patients. *N Engl J Med* 1997; 337:910.
- 26.- Anglemyer A, Horvath T, Rutherford G. The accessibility of firearms and risk for suicide and homicide victimization among household members: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med* 2014; 160:101.
- 27.- Reisch T, Steffen T, Habenstein A, Tschacher W. Change in suicide rates in Switzerland before and after firearm restriction resulting from the 2003 “Army XXI” reform. *Am J Psychiatry* 2013; 170:977.
- 28.- Cipriani A, Hawton K, Stockton S, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2013; 346:f3646.
- 29.- Cipriani A, Pretty H, Hawton K, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1805.
- 30.- Erlangsen A, Lind BD, Stuart EA, et al .Short-term and long-term effects of psychosocial therapy for people after deliberate self-harm: a register-based, nationwide multicentre study using propensity score matching. *Lancet Psychiatry*. 2014.
- 31.- De Jong, T., Overholser, J., & Stockmeier, C. Apples to oranges? : A direct comparison between suicide attempters and suicide completers. *J Affect Disord* 2010, 124(1-2), 90–97.

- 32.- Jacobs, D., Baldessarini, R., Cornwell, Y., Fawcett, J., Horton L., Meltzer, et. Al. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. (2014). APA Steering Committee on Practice Guidelines, 1-183
- 33.- Appleby, L., Shaw, J., Amos, T., McDonnel, R., Harris, C., McCann, et. al. Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *BMJ* 1999 , 318, 1235-1239)
- 34.- Mann J, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et, al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005, Oct 26;294(16):2064-74.
- 35.- Qin P, Nordentoft Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(4):427.
- 36.- While D, Bickley H, Roscoe A, et al. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet*. 2012 Mar; 379(9820):1005-12.
- 37.- Jacobs D., Baldessarini R., Cornwell Y , Fawcett J, Horton L, Meltzer, et. al. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. (2014). American Psychiatric Association Steering Committee on Practice Guidelines, 1-183.
- 38.- Departamento de Bioestadística Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. Informe anual de las principales causas de morbilidad 2017.
- 39.-Cardiel, M. La medición de la calidad de vida. En L. Moreno F cano y H. García. 1994.*Epidemiología Clínica*. Pp189-199.
- 40.- Sean J, Michael E. Woolley, Gregory K, Aaron T. Beck et al. Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory-II in Low-Income, African American Suicide Attempters. *J Pers Assess*. 2008 Sep; 90(5): 521–523)

- 41.- María del Carmen Beltrán Miguel-Ángel Freyre & Laura Hernández-Guzmán. El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia psicológica* 2012, Vol. 30, N° 1, 5-13 .
42. - Beck A, Kovacs M. Assessment of Suicidal Intention:The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.1979;47;3 2: 343-352.
- 43.- Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Rockville, MD: U.S. Department of Health, Education, and Welfare; 1976.
- 44.-Hale A, Corral RM, Mencacci C, Ruiz JS, Severo CA, Gentil V. Superior antidepressant efficacy results of agomelatine versus fluoxetine in severe MDD patients: a randomized, double-blind study. *Int Clin Psychopharmacol*. 2010;25:305–314.
- 45.-Hsieh MH, et al. A 64-week, multicenter, open-label study of aripiprazole effectiveness in the management of patients with schizophrenia or schizoaffective disorder in a general psychiatric outpatient setting. *Ann Gen Psychiatry*. 2010;9:35.
- 46.-Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory. San Antonio: The Psychological Corporation Inc; 1987.
- 47.-Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *British journal of social and clinical psychology*. 1967; 6:278–296.
- 48.- Berk M, et al. The validity of the CGI severity and improvement scales as measures of clinical effectiveness suitable for routine clinical use. *J Eval Clin Pract*. 2008 Dec; 14(6):979-83.
- 49.- González Sáenz, Eli Elier. Caracterización sociodemográfica y clínica de los suicidios de la Ciudad de México en el año 2015 .Tesis que para obtener el grado de Especialista en Medicina (Psiquiatría) ,2017.
- 50.- Kyung W, SangSoo S, Sangjin S, Young S. Integration of marital status and suicide: a meta-analysis and meta-regression. *Soc Sci Med* 2018; 197: 116.

- 51.- Milner A, Spittal MJ, Pirkis J, La Montagne. Suicide by occupation: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2013; 203: 409.
- 52.- Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of the 2008 global economic crisis on suicide: a study of trends in 54 countries. *BMJ* 2013; 347: f5239.
- 53.-Goldsmith S, Pellmar TC, Kleinman AM, Bunney W. Reduce suicide: a national imperative. NLM, Washington 2002.
- 54.-Kleiman EM, Liu RT. Social support as a protective factor for suicide: findings from two representative samples nationwide. *J Affect Disord* 2013; 150: 540.
- 55.- Pila S, Lester D. El efecto de la religión en la ideación suicida. *Soc. Psiquiatría Psiquiatría Epidemiol* 1991; 26: 168.
- 56.- Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, et al. Twelve-month prevalence and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization's Global Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatry* 2010; 71: 1617.
- 57.- Turecki G. The molecular bases of the suicidal brain. Review. *Nature* 2014. 15 .802817.
- 58.- Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The risk of lifetime suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 247.
- 59.- Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, et al. Trastornos de ansiedad y riesgo de ideación suicida e intentos de suicidio: un estudio longitudinal de adultos basado en la población. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 1249.
- 60.- Bostwick JM, Pankratz VS. Trastornos afectivos y riesgo de suicidio: una reexaminación. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1925.
- 61.- Hirschfeld RM, Russell JM. Evaluation and treatment of suicidal patients. *N Engl J Med* 1997; 337: 910.

62.- Moscicki, E. Epidemiología del suicidio. En: Goldsmith, S, ed, Prevención e intervención en el suicidio, National Academy Press, Washington, DC 2001.

63.- Litman, RE. Suicides: What do you have in mind? In: Suicide: Understanding and responding. Jacobs, D, Brown, HN (Eds), Prensa de Universidades Internacionales, Madison 1989. p.143.

64.-Álvarez A, Atienza M, Ávila G, et al. Guía de práctica para la evaluación y tratamiento de pacientes con conductas suicidas.Soy J Psiquiatría. 2003; 160.

65.-Isacsson G. Suicide prevention: a medical breakthrough?Acta Psychiatr Scand 2000; 102: 113.

66.-Isacsson G, Boëthius G, Bergman U. Low level of antidepressant prescription for people who later commit suicide: 15 years of experience from a population-based drug database in Sweden. Acta Psychiatr Scand 1992; 85:444.

67.- Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL, et al. Pharmacological interventions for self-harm in adults. Cochrane Database Syst Rev 2015; CD011777.

68.- Pirkis J, Burgess P. Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. Br J Psychiatry 1998; 173:462.

Anexos

Inventario de depresión de Beck

1.	a) No me siento triste b) Me siento triste c) Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza d) Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo
2.	a) No me siento especialmente desanimado ante el futuro b) Me siento desanimado con respecto al futuro c) Siento que no tengo nada que esperar d) Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar
3.	a) No creo que sea un fracaso b) Creo que he fracasado más que cualquier otra persona normal c) Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos d) Creo que soy un fracaso absoluto como persona
4.	a) Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes b) No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo c) Ya no tengo verdadera satisfacción de nada d) Estoy insatisfecho o aburrido de todo
5.	a) No me siento especialmente culpable b) No me siento culpable una buena parte del tiempo c) Me siento culpable casi siempre d) Me siento culpable siempre
6.	a) No creo que este siendo castigado b) Creo que puedo ser castigado c) Espero ser castigado d) Creo que estoy siendo castigado
7.	a) No me siento decepcionado de mí mismo b) Me he decepcionado a mí mismo c) Estoy disgustado conmigo mismo d) Me odio
8.	a) No creo ser peor que los demás b) Me critico por mis debilidades o errores c) Me culpo siempre por mis errores d) Me culpo de todo lo malo que sucede

9.	<ul style="list-style-type: none"> a) No pienso en matarme b) Pienso en matarme, pero no lo haría c) Me gustaría matarme d) Me mataría si tuviera oportunidad
10.	<ul style="list-style-type: none"> a) No lloro más de lo de costumbre b) Ahora lloro más de lo que solía hacer c) Ahora lloro todo el tiempo d) Solía poder llorar , pero ahora no puedo aunque quiera
11.	<ul style="list-style-type: none"> a) Las cosas no me irritan más que de costumbre b) Las cosas me irritan más que de costumbre c) Estoy bastante irritado o enfadado una buen parte del tiempo d) Ahora me siento irritado todo el tiempo
12.	<ul style="list-style-type: none"> a) No he perdido el interés por otras cosas b) Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre c) He perdido casi todo el interés por otras personas d) He perdido todo mi interespor otras personas
13.	<ul style="list-style-type: none"> a) Tomo decisiones casi siempre b) Postergo la adopción de decisiones más que te costumbre c) Tengo mas dificultad para tomar decisiones que antes d) Ya no puedo tomar decisiones
14.	<ul style="list-style-type: none"> a) No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre b) Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos c) Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto y parezco parezco poco atractivo d) Creo que me veo feo
15.	<ul style="list-style-type: none"> a) Puedo trabajar tan bien como antes b) Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo c) Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa d) No puedo trabajar en absoluto
16.	<ul style="list-style-type: none"> a) Puedo dormir tan bien como antes b) No puedo dormir también como solía c) Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir d) Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir
17.	<ul style="list-style-type: none"> a) No me canso más que de costumbre b) Me canso más fácilmente que de costumbre c) Me canso sin hacer nada

	d) Estoy demasiado cansado como para hacer algo
18.	<ul style="list-style-type: none"> a) Mi apetito es peor que de costumbre b) Mi apetito no es tan bueno como solía ser c) Mi apetito esta mucho peor ahora d) Ya no tengo apetito
19.	<ul style="list-style-type: none"> a) No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo últimamente b) He bajado más de dos kilos y medio c) He bajado más de cinco kilos d) He bajado más de siete kilos y medio
20.	<ul style="list-style-type: none"> a) No me preocupo por mi salud más que de costumbre b) Estoy preocupado problemas físicos como, por ejemplo dolores molestias estomacales o estreñimiento c) Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa d) Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguno otra cosa
21.	<ul style="list-style-type: none"> a) No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo b) Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar c) Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo d) He perdido por completo el interés en el sexo

Anexos

Escala de ideación suicida de Beck (SSI)

1. Deseo de vivir	<ul style="list-style-type: none"> 0. Moderado a fuerte 1. Débil 2. Ninguno
2. Deseo de morir	<ul style="list-style-type: none"> 0. Moderado a fuerte 1. Débil 2. Ninguno
3. Razones para vivir/morir	<ul style="list-style-type: none"> 0. Porque seguir viviendo vale más que morir 1. Aproximadamente iguales 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo
4. Deseo de intentar activamente el suicidio	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ninguno 1. Débil

2. Moderado a fuerte
5. Deseo pasivo de suicidio 0. Puedo 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. Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida) 0. Breves, periodos pasajeros 1. Por amplios periodos de tiempo 2. Continuo (crónico) o casi continuo
7. Dimensión temporal (frecuencia del suicidio) 0. Raro, ocasionalmente 1. Ambivalente, indiferente 2. Persistente o continuo
8. Actitud hacia la ideación/deseo 0. Rechazo 1. Ambivalente, indiferente 2. No tiene sentido de control
9. Control sobre la actividad suicida/deseo de acting out 0. Tiene sentido de control 1. Inseguro 2. No tiene sentido de control
10. Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad) 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo 1. Alguna preocupación sobre los medios puede disuadirlo 2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos
11. Razones para el intento contemplado 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse 1. Combinación de 0 y 2 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta
12. Método (especificidad/planificación del intento contemplado) 0. No considerado 1. Considerado pero detalles no calculados 2. Detalles calculados/bien formulados
13. Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado) 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa 2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto
14. Sentido de capacidad para llevar adelante el intento 0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente 1. Inseguridad sobre su valor 2. Seguro de su valor, capacidad
15. Expectativa/espera del intento actual 0. No 1. Incierto 2. Sí
16. Preparación actual para el intento completado 0. Ninguna

1.Parcial 2.Completa
17. Nota suicida 0.Ninguna 1.Piensa sobre ella o comenzada y no terminada
18. Actos finales en anticipación de la muerte 0.Ninguno 1.Piensa sobre ella o comenzada y no terminada 2.Nota terminada
19. Engaño/encubrimiento del intento contemplado 0.Revelo las ideas abiertamente 1.Freno lo que estaba expresando 2.Intentó engañar, ocultar, mentir

Escala de impresión clínica global

Gravedad de la enfermedad CGI-S
Basándose en su experiencia clínica, ¿Cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?
0. No evaluado
1. Normal, no enfermo
2. Dudosamente enfermo
3. Levemente enfermo
4. Moderadamente enfermo
5. Marcadamente enfermo
6. Gravemente enfermo
7. Entre los pacientes más gravemente enfermos
Mejoría global (CGI-I)
Comparado con el estado inicial , ¿ Cómo se encuentra el paciente en estos momentos?(Puntúe la mejoría total independientemente de que a su juicio se deba o no por completo al tratamiento)
0. No evaluado
1. Mucho mejor
2. Moderadamente mejor
3. Levemente mejor
4. Sin cambios
5. Levemente peor
6. Moderadamente peor
7. Mucho peor