



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN DE SEGUIMIENTO TELEFÓNICO PARA PACIENTES
ADULTOS CON INTENTO DE SUICIDIO.**

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
ALEJANDRO VÁZQUEZ GARCÍA

DIRECTORA
DRA. MARÍA EMILIA LUCIO Y GÓMEZ MAQUEO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

COMITÉ:
DRA. GUADALUPE ACLE TOMASINI
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES DE ZARAGOZA
DRA. CORINA LENORA BENJET MINER
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. ALEJANDRA VALENCIA CRUZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DR. QUETZALCÓATL HERNÁNDEZ CERVANTES
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA CAMPUS PUEBLA

CDMX, DICIEMBRE 2021



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

Espero que la emoción con que escribo estas palabras alcancen a transmitir mi sentimiento más profundo de gratitud y reconocimiento

A la Universidad Nacional Autónoma de México y la Facultad de Psicología por brindarme una sólida formación profesional y un espíritu de compromiso con mi país.

A mi tutora principal, Dra. Emilia Lucio y Gómez Maqueo, por su cálido acompañamiento, con su sabiduría estuvo al tanto de todas las esferas de mi vida, mi formación fue más que académica a su lado.

A mi comité tutor, Dra. Guadalupe Acle Tomasini, Dra. Corina Benjet Miner, Dra. Alejandra Valencia Cruz y Dr. Quetzalcóatl Hernández Cervantes, por la calidad humana, académica y dedicación con que me acompañaron.

A mi familia política Trejo Oviedo, suegros y cuñados, fueron un puente sólido y cariñoso de apoyo para alcanzar este logro.

A mis padres, hermana y sobrinos, de quienes más valoro las libertades que gozamos, han favorecido mi tendencia a la emancipación, los veo poco pero los llevo en mi esencia, son mi raíz.

A mis compañeras y amigas del doctorado, de quienes como nunca saboreé la ayuda; el trabajo conjunto en los proyectos, la solidaridad en las desveladas de entrega y trámites; fueron una compañía invaluable. Rose, Laura M, Rauqe, Fran, Pao, Laura H, su dedicación también está presente en este trabajo y en mí.

Al Director, Subdirectora De Atención Médica, Subdirector de Enseñanza, Jefe de Psicología y el personal que colaboró con el proyecto en Hospital Sede de la investigación, me hicieron sentir en casa y me dieron todas las facilidades para realizar el proyecto.

Estoy ampliamente agradecido con el equipo de investigación: Fer, Andrea y Nadia que transcribieron 168 llamadas, un loable trabajo de equipo. Pero también quiero agradecer a Consuelo, Edith, Tere, Laura, Alex, Ana, Gaby y Blanca, siempre conté con ustedes.

A mis amigos y compañeros de mil batallas de Salud Mental de Durango, que estuvieron al pendiente de mí todos estos años; Dra. Ruiz Canaán, Arturo Guerrero, Alan Flores, Yesica Ruíz, Paloma Fonseca y Eberth Canales.

Por último pero no menos valioso agradezco a CONACyT por otorgar la valiosa beca para estudiantes de posgrado (CVU 924918) y al Proyecto DGAPA-PAPIIT IN305719 por el financiamiento al proyecto.

DEDICATORIA

A Esther, Regina, Pablo
y los participantes anónimos de esta investigación;
me han cambiado la vida,
he crecido,
gracias.

ÍNDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCION	6
CAPÍTULO 1: DEFINICIÓN DE TÉRMINOS Y DATOS EPIDEMIOLÓGICOS	8
Suicidio.....	8
Intento de suicidio	9
Ideación suicida.....	10
Conducta suicida	11
Datos epidemiológicos.....	12
Suicidios	12
Ideación e intentos de suicidio	15
CAPÍTULO 2: TEORÍAS DE LA CONDUCTA SUICIDA	19
Modelo cultural del suicidio.....	19
Modelo Motivacional-Volitivo Integrado (IMV).....	21
Teoría de la desesperanza.....	25
Modelo del flujo de vulnerabilidad	26
Modelo Funcional	27
Teoría interpersonal del suicidio	29
Teoría de las tres etapas	32
CAPÍTULO 3: ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.....	36
Antecedentes	36
Estrategias de prevención.....	38
Intervenciones post hospitalarias para pacientes con intento de suicidio	44
CAPÍTULO 4: RIESGO SUICIDA.....	54
Evaluación del riesgo suicida.....	54
Entrevistas para evaluar el riesgo suicida	55
Personalidad y riesgo suicida	58
Factores de riesgo.....	62
Manejo del riesgo suicida.....	64
CAPÍTULO 5: MÉTODO	67
Justificación.....	67
Preguntas de investigación	69
Objetivo general	70
Objetivos específicos.....	70
Hipótesis.....	70
Modelo teórico	71

Definición y operacionalización de las variables	72
Participantes	74
Instrumentos	75
Procedimiento.....	76
Modelo de intervención.....	78
Consideraciones éticas	78
CAPÍTULO 6: ESTUDIOS PREVIOS	82
Método	82
6.2.1 Validación de la Entrevista Directiva para Evaluar el Riesgo Suicida (EDERS) y el Formato de Intervención de Apoyo Interpersonal de Seguimiento Telefónico (IAIST).....	83
6.2.2 Validación de las Rúbricas de la Entrevista Directiva para Evaluar el Riesgo Suicida (R - EDERS).....	93
6.2.3 Validación de Constructo de la Entrevista Directiva para Evaluar el Riesgo Suicida (EDERS).....	104
6.3.1 Piloteo de la intervención de apoyo interpersonal de seguimiento telefónico (IAIST).....	110
CAPÍTULO 7: ESTUDIO FINAL	116
7.1 Caracterización de la muestra de pacientes con intento de suicidio	116
7.2 Diferencias en las variables de riesgo suicida antes y después del seguimiento y a seis meses después de ser dados(as) de alta, tanto en el grupo de intervención como en el grupo control	123
7.3 Evolución de los indicadores de riesgo suicida durante la intervención de apoyo interpersonal de seguimiento telefónico.....	129
CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	136
Introducción	136
Caracterización del riesgo suicida.....	137
Efectividad de la intervención telefónica	138
Limitaciones	143
Replicabilidad del estudio	144
Estudios futuros.....	145
Conclusiones	146
REFERENCIAS	147
Anexo 1: Viñetas de los casos clínicos del grupo con intervención IAIST	158

RESUMEN

El comportamiento suicida y el suicidio han ido en continuo crecimiento en el mundo y en México; a nivel internacional se registran entre 800,000 y 1,000,000 muertes por suicidio cada año (WHO, 2014), en México en 2019 se registraron 7,223, alcanzando una tasa de 5.71 por 100,000 habitantes (INEGI, 2021); siendo la tercera causa de muerte para dicho grupo de edad, lo cual representa un problema de salud pública (OMS, 2014). Además, el contexto social e institucional presenta huecos para detectar y atender a las personas en riesgo de suicidio, por lo tanto la presente investigación tiene por objetivo probar la efectividad de una intervención de seguimiento telefónico (Bertolote et al., 2010) para pacientes dados de alta de un hospital psiquiátrico después de un intento de suicidio. La evaluación del riesgo suicida se basa en los indicadores de pertenencia frustrada, el percibirse como una carga (Joiner, 2009), y capacidad para suicidarse (Klonsky & May, 2016). Además, la caracterización del riesgo suicida se complementa con el análisis de los datos sociodemográficos de la muestra y factores de personalidad psicopática. Para alcanzar el objetivo general, se realizaron dos estudios: el primero abarcó la validación y el piloteo de instrumentos de evaluación e intervención y, el segundo, dio respuesta a la caracterización de la muestra, el estudio pre post entre un grupo de intervención de seguimiento telefónico versus un grupo control en tratamiento usual y por último el análisis de la evolución de indicadores de riesgo suicida a lo largo de cuatro llamadas de seguimiento realizadas a lo largo de seis meses, que comenzaron una semana después de que los pacientes fueron dados de alta. Se utilizaron múltiples aproximaciones metodológicas para dar respuesta a los objetivos. La hipótesis de estudio refiere que la intervención de seguimiento telefónico disminuirá los indicadores de riesgo suicida de los pacientes con intento de suicidio. La muestra fue de pacientes de un hospital psiquiátrico del IMSS, quienes presentan un mayor nivel de estudios y más intentos de suicidio que el perfil reportado por estudios previos en población abierta de México (Borges et al., 2010). En la evaluación post seguimiento, el grupo de intervención muestra mejoría en percibirse como una carga, mientras en el grupo control aumenta la ideación; sin embargo, en ambos grupos aumenta significativamente la pertenencia frustrada.

INTRODUCCION

En la actualidad se ha probado la efectividad de una amplia gama de estrategias para prevenir el suicidio, desde las de carácter universal hasta las de alta especialidad (Bertolote, 2014). Entre éstas, las intervenciones de seguimiento para pacientes con intento de suicidio después de ser dados de alta de servicios de urgencias o periodos de internamiento, han dado resultados prometedores (Fleishman et al, 2008, Motto & Bostrom, 2001); debido a que contribuyen para dar respuesta al reto de brindar continuidad de tratamiento a dicha población y además se han documentado beneficios a nivel emocional por el apoyo social recibido.

Sin embargo, evaluar la efectividad de las intervenciones es complejo, pues es difícil comprender los efectos en los cambios observados, lo que resulta un desafío metodológico, tanto por sus implicaciones éticas como por la compleja interacción con cambios espontáneos en la trayectoria del desarrollo de las personas y su ambiente social (Lewitzka, Sauer, Bauer, & Felber, 2019).

Por tanto, en la presente investigación se evalúa la efectividad de una intervención de seguimiento telefónico para pacientes con intento de suicidio después de ser dados de alta de un hospital psiquiátrico de la Ciudad de México, tomando como indicadores de efectividad, las variables de la taxonomía de la ideación suicida de la teoría interpersonal del suicidio (Joiner, 2009), el concepto de capacidad para suicidarse de la teoría de las tres etapas del suicidio (Klonsky & May, 2018) y la personalidad como una variable predictora que se postula en la teorías con el componente diátesis-estrés (Man, 1999; O'Connor y Nock, 2014).

Para alcanzar el objetivo el trabajo se ha estructurado de forma que los dos primeros capítulos abordan los conceptos básicos del fenómeno suicida, su epidemiología y una revisión teórica para comprender su complejidad.

En el capítulo tres se revisa una amplia diversidad de estrategias para la prevención de suicidio, entre ellas, el uso de las nuevas tecnologías y se profundiza en las investigaciones realizadas con diferentes modalidades de seguimiento para pacientes que se han intentado suicidar después de ser dados de alta.

En el capítulo cuatro se aborda la evaluación del riesgo suicida, principalmente por medio de entrevistas. Se podrá constatar que los instrumentos de estimación del riesgo suelen verse enriquecidos por diversos enfoques teóricos y su utilidad tiene implicaciones en el tratamiento.

El capítulo cinco corresponde a la metodología general del estudio; la justificación, preguntas, objetivos, participantes, variables, modelo teórico y de intervención, hipótesis y la forma en que se divide en estudios para dar respuesta al objetivo general.

En el capítulo seis aborda la validación y piloteo de los instrumentos de medición e intervención, que se desarrollaron en diferentes momentos y con diversas aproximaciones metodológicas.

El estudio principal se encuentra en el capítulo siete, en éste, se pueden observar los resultados sobre la caracterización de la muestra de pacientes, el estudio pre post intervención comparando al grupo de intervención con un grupo control, y por último, el análisis de la evolución de los indicadores de riesgo suicida a lo largo de cuatro llamadas realizadas durante seis meses de seguimiento.

Por último, en el capítulo ocho se discuten los hallazgos obtenidos en la investigación, en relación al marco teórico empleado y la evidencia empírica encontrada; se establecen las limitantes de la investigación, su replicabilidad, sugerencias para futuras investigaciones y conclusiones.

CAPÍTULO 1: DEFINICIÓN DE TÉRMINOS Y DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

En el presente capítulo se describirán algunas definiciones de los conceptos más importantes al referirse al fenómeno del suicidio, como por ejemplo: suicidio, intento de suicidio, ideación suicida y conducta suicida; con el propósito de delimitar estos términos y comprender sus significados. Asimismo, se describen los datos epidemiológicos relacionados con la conducta suicida, lo que invita a pensar en la importancia de intervenir en este fenómeno y promover la salud emocional.

De hecho, el suicidio es un fenómeno presente en nuestra cotidianidad, por milenios o quizá desde los inicios de la humanidad ha tenido un profundo significado para todas las sociedades del mundo (Chávez, 2010), forma parte de nuestro día a día, está presente en las noticias, cultura, películas, series, literatura, video juegos, escuelas, comunidad, en general, en nuestra vida personal y profesional (Jobes, 2016); se le considera un síntoma de la pugna entre el mundo interno, las bases biológicas, la historia de vida individual y la cultura.

Sin embargo, aunque el fenómeno del suicidio pareciera ser un mismo evento en todos los casos, se ha identificado que cada persona se quita voluntariamente la propia vida por diversos motivos y medios, pues cada sociedad ha mantenido hacia éste consideraciones y acercamientos variables de acuerdo con sus principios culturales, religiosos, morales e ideológicos, los cuales impactan en el significado propio que las personas construyen del suicidio (Chávez, 2010), sin dejar de lado los factores psíquicos de cada persona.

Autores como Jobes (2016) consideran que en el contexto clínico, tarde o temprano, el personal de salud atenderá a pacientes con sintomatología suicida. Por lo tanto, resulta importante comprender este fenómeno y las definiciones a su alrededor, en el entendido de que es multifactorial y existe una gran variabilidad que comienza con la aparición del deseo suicida hasta el intento de suicidio el cual puede o no tener consecuencias mortales.

Suicidio

Dentro de la literatura relacionada con el suicidio se pueden encontrar diversas definiciones del término, una de ellas hace referencia a casos donde el intento de matarse a sí mismo ha dado como resultado la muerte, lo cual no cubre todos los aspectos

relacionados con el acto de quitarse la vida (Kumar, 2010), ésta denota una muerte autoinfringida con la evidencia (implícita o explícita) de la intención de morir, en la cual, responsabilidad del acto suicida recae en el fallecido, al ser un suceso consciente de potencial letal con la intencionalidad de morir en lugar de continuar viviendo en condiciones insoportables (Silverman, Berman, Sanddal, Carroll, & Joiner, 2012). Un aspecto esencial para esta definición, es que la persona inicie el acto de forma intencional, con el conocimiento total o anticipado de que el resultado será letal (WHO, 1999).

La definición también incluye, cuando una persona se intenta suicidar y no muere, se arrepiente, pero finalmente fallece a consecuencia del daño irreversible ocurrido a raíz del intento de suicidio, lo cual se clasifica como suicidio (WHO, 2014). En otro sentido, se encuentran los casos de las personas que se encontraban dentro de los edificios en los ataques al World Trade Center de Nueva York en 2001, quienes decidieron entre morir lanzándose al vacío o quedarse dentro del edificio a fallecer de un modo “incierto”; ese día sus muertes fueron clasificadas como homicidios (Joiner, 2005).

Por lo tanto, se puede apreciar que no es sencillo definir el fenómeno suicida, pues como pasa con muchos otros fenómenos concernientes a la experiencia humana, hay una variabilidad importante; sin embargo, se debe partir de definiciones acotadas a la realidad de la mayoría que fallecen por suicidio. En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud en 1999 definió al suicidio como el “acto de matarse a sí mismo, deliberadamente iniciada y realizada por la persona, con el total conocimiento y expectativa de su resultado fatal”. Años más tarde, en 2014 se delimitó la definición al reportar al suicidio como un acto deliberado de matarse a uno mismo (O’Connor & Nock, 2014; Nock, Borges, Bromet, Cha, Kessler & Lee, 2008; OMS, 2014).

Intento de suicidio

El término suicidio no es el único relacionado con la suicidalidad, pues, entre otras conductas y consecuencias, hay personas que sobreviven a los actos deliberados con la intención de quitarse la vida. Es en ese sentido, que la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2014), define el intento de suicidio como el envenenamiento autoinducido, daño o autolesión intencional que puede o no tener resultados fatales. Otros autores (O’Connor & Nock, 2014; Nock, Borges, Bromet, Cha, Kessler & Lee, 2008) hacen mención del

involucramiento en conductas con potencial de daño a sí mismo en donde existe al menos alguna intención de morir.

Además, la ocurrencia de un intento de suicidio (independientemente de la letalidad) es el indicador de riesgo significativamente más alto en la población general (OMS, 2013). Esto debe ser visto como un grito de ayuda, ya que por lo general, la persona quiere provocar cambios que hagan su vida más soportable; es decir, el sufrimiento es un motivo más relevante que el deseo de llamar la atención (Clemans, 2006).

Cabe señalar, que en algunos servicios de urgencias hospitalarios, para decisiones clínicas y epidemiológicas, se categorizan en el mismo término las autolesiones no fatales sin intención suicida y los intentos de suicidio (Anestis & Khazem, 2015). Una de las justificaciones para esta clasificación se relaciona con el hecho de que la intención suicida, puede ser difícil de evaluar ya que suele estar rodeada de ambivalencia y estigma, dando la posibilidad de que el paciente la oculte; también, se llegan a dar casos de muerte como resultado de las autolesiones sin la intención de suicidio (WHO, 2014). Vale la pena realizar una reflexión al respecto, con el propósito de conocer la variabilidad y matices en la intención de morir cuando alguna persona intenta suicidarse, debido a que en ocasiones desaparece el deseo de morir una vez ejecutado el acto autolesivo (Joiner, 2005). Para la presente investigación, el intento de suicidio será abordado conforme a Silverman y colaboradores (2012) quienes lo definen como una conducta autoinfringida potencialmente lesiva sin resultados fatales de la cual existe evidencia (implícita o explícita) de la intención de morir. Por lo tanto, si existe algún grado de intención suicida, se clasificará como intento de suicidio.

Ideación suicida

Los intentos de suicidio suelen ser precedidos por la ideación suicida, la cual se define como aquellos deseos de involucrarse en comportamientos con la intención de terminar con la propia vida (Nock *et al.*, 2008), es decir, cuando un individuo tiene pensamientos sobre quitarse la propia vida de forma deliberada (O'Connor & Nock, 2014). Un nivel de mayor riesgo suicida que sólo los deseos de morir, está relacionado con el plan suicida o formulación de un procedimiento (el cual incluye el método) por parte del individuo para autoinmolarse (Nock *et al.*, 2008).

De hecho, aquellos pacientes que desarrollan planes específicos y detallados de suicidio, que además cuentan con las oportunidades inminentes para realizarlos así como con el acceso a los medios letales, son considerados de riesgo inminente. Por lo tanto, no hay que subestimar la ideación, ya que la mitad de las personas que mueren por suicidio no tuvieron intentos previos, lo cual implica que fueron implacables en la ejecución del plan (Joiner, 2009). Al respecto, Rudd (2006) refiere que en el proceso del deseo suicida, el incremento de la intención se va legitimando, los planes van fortaleciendo su viabilidad y creando las condiciones “idóneas” para lograr su objetivo.

Conducta suicida

Otro concepto relevante, que engloba todos los comportamientos y pensamientos relacionados con el suicidio es la conducta suicida, definida por la OMS como un rango de comportamientos que incluyen pensamientos acerca del suicidio, planes de suicidio, intentos de suicidio y el suicidio en sí mismo (WHO, 2014). Para O'Connor & Nock (2014) son pensamientos y conductas relacionadas con la intención individual de acabar con la propia vida. Incluso, se conceptualiza como el conjunto de comportamientos relacionados con la intencionalidad de comunicar, actuar o ejecutar un acto autodestructivo que podría acabar con la propia vida, misma que implica un continuum que va desde las autolesiones, fantasías de muerte, ideación y planes suicidas, hasta los gestos e intentos de suicidio (Robles, Ruíz, Medina-Mora & Madrigal, 2017); como se puede notar, las dos últimas definiciones no incluyen el suicidio dentro de la conducta suicida, además, no necesariamente es un continuo, como se plantea en algunos textos.

En síntesis, se puede describir que la comprensión de los diferentes términos resulta de suma relevancia, debido a que las estrategias a desarrollar para su prevención-intervención dependerán de la identificación oportuna del fenómeno, con requerimientos de tratamiento o rehabilitación para las personas, de acuerdo con el nivel de atención que se logre identificar.

Así, la prevención primaria se enfoca en la promoción de la salud mental con recomendaciones generales hacia la prevención del suicidio; la secundaria se encarga de la detección temprana y revertir las consecuencias nocivas que pueden avanzar hacia la atención en hospitales generales o centros de salud mental que atienden a las personas que pueden presentar ideación suicida; hasta la prevención terciaria se centra en resguardar la

vida y/o integridad de la persona y busca rehabilitarla para recuperar el máximo de funcionalidad.

Además de comprender tanto los diferentes términos involucrados en el fenómeno del suicidio, también es importante conocer la magnitud epidemiológica del problema para lograr una mejor justificación de su abordaje, pues como se verá a continuación, las cifras son alarmantes, lo que ha hecho que el suicidio sea considerado como un problema de salud pública y se promueva la participación a nivel mundial de los gobiernos y sectores de salud para incidir en estas cifras y lograr disminuirlas.

Datos epidemiológicos

Suicidios

El suicidio es uno de los más devastadores e impactantes comportamientos humanos; además, es una de las principales causas de muerte a nivel mundial, por encima de la tuberculosis, neumonía e influenza, que a diferencia del suicidio han disminuido en los últimos años, mientras que el primero se mantiene prácticamente con los mismos registros epidemiológicos desde hace 100 años (Nock, Ramirez, & Rankin, 2019). La Organización Mundial de la Salud vigila los registros epidemiológicos de las defunciones por suicidio a nivel global desde 1950 y lo divide en regiones; en sus inicios, se le daba seguimiento a once países; posteriormente en 1985 participaron 74 (WHO, 1999) y en el año 2012, de los 172 países miembros de la OMS 60 reportaron datos epidemiológicos de buena calidad (México entre ellos), mientras los otros 112 realizaron estimaciones a partir de muestras representativas. Esto se debe a que en algunos países sigue existiendo un registro ineficiente al clasificar las defunciones, en parte, porque consideran al suicidio como un delito, en vez de un problema de salud, lo que impide validar datos y estimaciones (OMS, 2014).

La cifra de suicidios anuales se encuentra entre 800,000 a 1,000,000 abarcando el mayor porcentaje de fallecimientos violentos (57%), por encima incluso de las muertes en guerras y homicidios (OMS, 2014). Además, es la segunda causa de defunción entre las personas de 15 a 29 años y la tercera entre las personas de 15 a 44 años (Bachmann, 2018). Cada 40 segundos muere alguien por suicidio. Las mayores tasas se encuentran en los países de ingresos altos, pero el 79% de éstos ocurren en países de ingresos bajos y

medianos (Klonsky et al., 2016; WHO, 2019). A semejanza de la prevalencia de suicidios en el mundo por grupo de edad que reporta la OMS; en 2007, de las 4,388 muertes por suicidio ocurridas en México, el 29.13% se dio en hombres de entre 20 a 29 años y el 29.5% en mujeres, prácticamente una de cada tres muertes por suicidio ocurrieron en dicho rango de edad para ambos sexos (Borges et al., 2010). Al analizar el periodo de año 2000 al 2019, los grupos de edad con mayor incidencia fueron de 10 a 19 años y de 30 a 49 años (Borges et al., 2019), un dato sensible para conocer las condiciones en que se encuentra el segmento de la población más afectada por los factores determinantes del suicidio.

De los datos obtenidos por la OMS entre 1950 y 2004, se reportó un incremento en los suicidios, sobre todo en hombres; incluso, se estimaba un crecimiento del 50% en el periodo comprendido de 2002 a 2030 (Nock, Borges, Bromet, Cha, Kessler & Lee, 2008). Sin embargo, estudios recientes reportan una disminución de la tasa de suicidio en el mundo de 1990 a 2016 pasando de 16.6 muertes por cada 100,000 habitantes a 10.5; sin embargo, ha aumentado el número de fallecidos (WHO, 2019, Naghavi, 2019). Además, se estima que, sólo el 3% de los 118 países que reportan sus datos epidemiológicos alcanzarán la meta de reducción de suicidios para el año 2030.

Durante el mismo periodo de tiempo (2000-2012), en la región de las Américas se ha registrado un aumento del 6%, mientras que el resto de las regiones del mundo han presentado una disminución (WHO, 2019). De hecho, en México también aumentó un 16%, más notablemente en mujeres, en quienes se observa un incremento del 55.1%, mientras que en los hombres aumentó un 10%, dato que resalta con la disminución del 26% a nivel global (Borges, Orozco, Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, & Díaz-Salazar, 2019). El incremento se ha presentado paulatino y sostenido alcanzando un 505.30%, en el periodo comprendido entre 1970 a 2019, en el que, de reportar una tasa de 1.13 por cada 100,000, llegó a 5.71 por cada 100,000 habitantes (Borges *et al.*, 2010; CONAVI, 2020; INEGI, 2020). Sin embargo, pese a que el suicidio representa un problema de salud pública para nuestro país, parece ser subestimado; entre otras razones, por encontrarse por debajo de la tasa mundial que es de 10.5 por cada 100,000 habitantes (WHO, 2019) y la tasa del continente Americano que es de 9.6 por cada 100,000 habitantes. Pese a esto, este problema presenta un incremento sostenido, llegando en 2019 a 7,223 defunciones por suicidio, cifra histórica (INEGI, 2020).

Por otro lado, al tratarse de una muerte prematura, tan sólo en 2016 representó 34.6 millones de años de vida perdidos, que representan el 2.18% de la carga global de enfermedad, en donde se observa un 34% de aumento respecto a 1990, cuando los grupos de edad avanzada presentaron un mayor porcentaje de suicidios (Naghavi, 2017). En México, los años de vida perdida también se han incrementado, principalmente en mujeres con un aumento del 37% y un 18.4% en los hombres.

Estos años de vida perdidos y las muertes por suicidio representan una carga económica estimada en 34 billones de dólares al año, tan sólo en Estados Unidos y 8 billones adicionales correspondientes a las pérdidas salariales, de productividad y gastos médicos directos debido a intentos de suicidio (Anestis & Khazem, 2015).

En cuanto a los datos sociodemográficos de los suicidios que son co-determinantes relevantes más no causas de los suicidios (Bachmann, 2018), se reporta que a nivel mundial, la tasa en hombres alcanza 13.7 por cada 100,000 habitantes y en las mujeres es de 7.5 por cada 100,000; sin embargo, en algunos países asiáticos como Bangladesh, China, Lesoto, Marruecos y Myanmar la tasa de suicidios es más alta en mujeres que en los hombres (WHO, 2019). Además, como ya se mencionó, a pesar de que durante décadas la muerte por suicidio tuvo una mayor incidencia en personas mayores, en la actualidad los datos varían en el grupo etario entre los países o regiones; por ejemplo, en Nueva Zelanda es en hombres de 25 a 34 años, mientras que en Japón la mayor tasa de incidencia es en el grupo de 55 a 64 años, en México (INEGI, 2019) y a nivel mundial prevalece el grupo de 15 a 29 años (Bachmann, 2018).

También de acuerdo con la filiación religiosa; ocurren suicidios en menor medida en los países musulmanes, seguido por los católicos, protestantes, budistas y los que tienen las tasas más altas se encuentran en la población atea (Bertolote, 2014). Respecto a los métodos utilizados para quitarse la vida, en los países occidentales predominan las autoinmolaciones con arma de fuego o ahorcamiento, mientras que en varios países asiáticos es principalmente por la ingestión de pesticidas, debido a que son medios accesibles.

También existen grupos especiales como los policías, personal de protección civil, agentes de la milicia, minorías (raciales, LGBT, indígenas, etc.), personas en situación de calle, refugiados, migrantes en busca de asilo; entre las que podemos encontrar a las

personas que padecen un trastorno mental, quienes suelen presentar suicidios o intentos de suicidio 10 veces más que las personas que no padecen una enfermedad mental. Sobre este último grupo, se ha encontrado que el 30% de quienes padecen depresión, 18% de los que tienen un diagnóstico por uso-abuso de sustancias, 14% de los que sufren de esquizofrenia y 13% de quienes son identificados con un trastorno de personalidad, mueren por suicidio y otras causas no naturales (Bertolote, 2014).

Incluso, un factor de riesgo en sí mismo, es haber estado internado en un hospital psiquiátrico, ya que, la tasa de suicidios en pacientes que han pasado por un periodo de hospitalización psiquiátrica alcanza 147 por cada 100,000 habitantes; especialmente en un periodo de cuatro a doce semanas después de ser dado de alta. Para finalizar, se ha de puntualizar que al analizar la información sociodemográfica del suicidio, independientemente del nivel de ingresos per cápita del país en el que se viva, el suicidio se presenta en los sectores más desfavorecidos, por lo que habrá que tomar como un factor crucial la inequidad (Bachmann, 2018).

Ideación e intentos de suicidio

Por otro lado, se estima que alrededor del 50% de los suicidios son precedidos por un intento de suicidio y el otro 50% mueren al realizar su primer intento, lo que sugiere la elaboración de planes suicidas de alta letalidad (Joiner, 2005). Se calcula que los intentos de suicidio ocurren entre 10 a 30 veces más que los suicidios y que por cada suicidio 300 personas manifiestan ideación severa (Mishara, 2014), lo que lleva a calcular que cada año, a nivel mundial, ocurren de 9 a 25 millones de intentos de suicidio (Ribelet et al., 2018) y aproximadamente 140 millones de personas presentan ideación suicida (Franklin *et al.*, 2016).

Al respecto, en Estados Unidos durante el año 2010, se atendieron 464,995 casos de autolesiones (con y sin intencionalidad suicida) en los servicios de urgencias, lo que representó una relación de 12.12 casos por cada suicidio (Anestis & Khazem, 2015), a lo que habría que sumar los casos que no llegan a un servicio de urgencias.

Sin embargo, la mayoría de los países no cuentan con un registro epidemiológico de los intentos de suicidio, solo se tienen estimaciones. En una investigación realizada en el Hospital Universitario del Valle, en Cali, Colombia, de 1994 a 2010 se identificaron 2,012 casos de intentos de suicidio; en Brasil, en la microrregión de Barbacena, que

comprende 15 municipios y alberga 230,000 habitantes entre 2003 y 2009 se documentaron 1,060 personas con intento de suicidio (Alves et al., 2017).

Respecto a México, conforme a la información de la Encodat 2016 reportada por Borges y colaboradores (2019), en México se encontró una prevalencia de 2.3% de ideación suicida, 0.8% que habían realizado planes y un 0.7% de la población reportó haber realizado intentos de suicidio. Además, de aquellos que refirieron intentos de suicidio, el 27.3% reportaron haber requerido atención médica.

En otro estudio realizado con estudiantes universitarios de primer ingreso a licenciatura de 8 países (incluyendo México), la prevalencia de por vida para ideación, planes e intentos fue 32.7%, 17.5% y 4.3% respectivamente; en cuanto a la prevalencia para los últimos 12 meses, fue de 17.2%, 8.8% y 1% respectivamente; la edad de inicio reportada fue antes de los 16 años en el 75% de los casos. Por último, se menciona que más de la mitad de los jóvenes con ideación realizan planes; el 22.1% de los que hacen planeación transitan a un intento y las personas con intento sin plan alcanzan un 3.1% (Mortier et al., 2018).

Los datos permiten vislumbrar que la mayoría de los que realizan un intento de suicidio, lo planean; en este mismo sentido, Nock y colaboradores refieren que el 34% de las personas que han tenido ideación suicida alguna vez en su vida realizan planes suicidas, de éstos 72% intentan suicidarse, y un 26% de las personas con ideación suicida que no tienen un plan realizan un intento de suicidio.

De hecho, existe consistencia en los datos del ritmo temporal o sincronía en cuanto a la probabilidad de la transición entre la ideación suicida hacia la realización de planes e intentos de suicidio, con un 36.6% de personas con ideación que harán un plan y 29% de las personas que presentan ideación y realizarán un intento de suicidio. También se ha encontrado consistentemente en estudios transculturales (dentro de los que participa México) que el 60% de las transiciones que van de la ideación al intento se dan durante el primer año en que se inicia con la ideación (Nock et al., 2008).

Otro punto importante de la conducta suicida es la edad de inicio; sin embargo, primero hay que acotar ¿a partir de qué edad se puede considerar conducta suicida el deseo de dejar de vivir, el intento de quitarse la vida o fallecer por lesiones o daños autoinfligido? La discusión reside en que niños menores de 10 años difícilmente podrán

comprender que este tipo de conductas relacionadas con terminar definitivamente con su propia vida sean clasificadas como suicidios o intentos de suicidio (Nock et al., 2008), tanto por su noción de temporalidad como por el hecho de que su criterio personal aún está asociado básicamente a quien se encarga de su crianza. De hecho, los datos más consistentes del inicio de la conducta suicida indican que esto ocurre en la adolescencia; es decir a los 12 años, llegando a un punto álgido a los 16 años, manteniendo la elevación hasta el inicio de los 20's. Esto significa que la adolescencia y la edad adulta temprana es la etapa de mayor riesgo para el inicio de la conducta suicida (Nock et al., 2008).

Pese al panorama descrito, que permite estimar la magnitud de la conducta suicida, es importante rescatar que el suicidio es prevenible; tan sólo por citar un dato; alrededor del 83% de los suicidas tienen contacto con un médico de primer nivel en el último año de vida y cerca del 66% en el último mes, que dicho sea de paso, normalmente no atienden el malestar psicológico. Esta información resulta relevante porque alrededor del 90% de los que mueren por suicidio tienen una enfermedad psiquiátrica (Mann, 2010). Dato relevante que deja ver el hueco por la falta de atención a las personas en condiciones de vulnerabilidad, que en realidad, como se verá más adelante, los factores de riesgo tanto para la conducta suicida como para desarrollar un trastorno psiquiátrico coinciden en gran medida.

Por lo tanto, hay que sumar a los factores de riesgo los efectos iatrogénicos de ciertos tratamientos y el hecho de que, las personas con un trastorno psiquiátrico suelen desarrollar otros factores de riesgo que se encuentran documentados como direccionados hacia el suicidio dentro de un contexto social que no comprende, juzga y margina a una persona con una padecimiento de esta naturaleza (Mishara, 2014).

En síntesis, a partir de la descripción conceptual y epidemiológica de la conducta suicida, se puede observar que ésta constituye un problema de salud pública de primer orden, complejo y multifactorial, en la que están implicados factores psicológicos, biológicos y sociales, por lo que, resulta todo un desafío para los diversos sectores, tanto por la frecuencia de utilización de los servicios de urgencias hospitalarios como por el hueco de atención que existe para las personas con conducta suicida, especialmente en etapas tempranas de ideación (Borges et al., 2010). Por lo tanto, se recomiendan, para México, estrategias de prevención dirigidas a las personas jóvenes, solteras, de sexo

femenino, y las que tienen un bajo nivel educativo; grupos de la población que se han encontrado con mayor vulnerabilidad (Borges et al., 2019).

CAPÍTULO 2: TEORÍAS DE LA CONDUCTA SUICIDA

El suicidio ha sido un fenómeno que ha acompañado a la historia de la humanidad y suele crear controversia; en la antigua Grecia, el suicidio era visto de forma negativa. Pitágoras propuso que el suicidio llevaba al desequilibrio porque se trata de algo contranatura; Platón y Sócrates también lo describieron como algo equivocado y en contra del estado; Aristóteles propuso castigar a quienes cometieran suicidio. Sin embargo, posteriormente en la Roma Clásica, el suicidio fue visto como una forma de encontrar la libertad frente a los problemas (Kumar, 2015).

Después del año 1500, una de las principales posturas que vale la pena señalar es la del filósofo Rousseau, quien trató de liberar el suicidio del mal, refiriendo que el individuo no debe ser culpado por quitarse la vida, ya que se trata de un fenómeno social; es decir, la sociedad se vuelve insoportable para él (Kumar, 2015). Asimismo, Goethe asumió una postura donde las personas tienen derecho a morir, y por otro lado, Galeano (1972) narró los múltiples suicidios que ocurrieron en los barcos que traficaban esclavos de africanos durante la ocupación de América en el siglo XVI, con el fin de evitar una vida de total sumisión, tortura y sufrimiento.

Sin duda, a lo largo de la historia han existido muchos más filósofos y destacados pensadores de diversas disciplinas que han escrito sobre el suicidio, lo que permite comprender que históricamente el tema haya sido tratado desde distintas posturas y de manera multidimensional; ya que, mientras algunos (o casi la mayoría) consideran el suicidio como un acto negativo; otros, lo han considerado justo e incluso racional o de libre albedrío (Kumar, 2015). Por ello, resulta importante conocer algunas de las aportaciones teóricas más sobresalientes que han formulado explicaciones sobre el fenómeno del suicidio.

Modelo cultural del suicidio

En la actualidad las perspectivas teóricas para explicar el suicidio se han ampliado y los modelos se han vuelto cada vez más complejos dada la cantidad de información que ha surgido frente al estudio del fenómeno del suicidio; por esto, resulta indispensable realizar una revisión de los Modelos más relevantes para conocer algunas de sus aportaciones, así como sus limitantes.

Esta revisión se comenzará describiendo la perspectiva cultural propuesta por Chu y colaboradores (2010), quienes formularon el *Modelo Cultural del Suicidio* que establece, que el comportamiento suicida está socialmente determinado sobre roles y significados culturales, tanto de los problemas de salud, como de los conflictos interpersonales; es decir, desde esta perspectiva los significados culturales son considerados los factores precipitantes que favorecen el suicidio; por lo tanto, en primer lugar se encuentran los estresores de vida (sucesos ambientales o externos a la persona, como el estrés de grupos minoritarios, inconformidad social y prejuicios culturales) que comprometen las habilidades de afrontamiento y por lo tanto vulneran al individuo para propiciar el desarrollo de una enfermedad mental o tendencia suicida.

Por lo que, considerando este modelo, el suicidio presentará distintas tendencias de acuerdo con las diferentes culturas, razas y géneros; como ejemplo de esto, en el estudio de Chu y colaboradores (2010) se observó que los índices de suicidio fueron más altos en los hombres de raza blanca que en cualquier otro grupo racial/étnico (22.6 por cada 100,000 en comparación con el 5.78, 5.22 y 5.17 de los isleños de Asia/Pacífico, afroamericanos y latinos, respectivamente) durante el periodo comprendido entre 2004 a 2008.

Sin duda, el modelo aporta información valiosa respecto al papel de los factores socio-culturales desencadenantes del suicidio; además, tiene dos coyunturas: en primer lugar los estresores de vida no actúan por sí solos; sino que la persona les da un significado que influye en la presencia de la ideación suicida, plan o intento; es decir, el mediador es el prejuicio establecido por el mismo contexto socio cultural. En segundo lugar, se encuentran los significados que pueden determinar el límite de una persona para llevar a cabo un acto suicida (Chu, Goldblum, Floyd, & Bongar, 2010). Por lo tanto, el intento suicida ocurre cuando el nivel de tolerancia es superado; por ejemplo, en algunas culturas se percibe como una opción honorable ante la deshonra de una familia, mientras en otras como inaceptable y un acto avergonzante (Joiner, 2005).

Al respecto, en el trabajo de Chu y colaboradores (2010) cuyo objetivo consistió en realizar una revisión sistemática de 228 estudios sobre conducta suicida en grupos minoritarios, específicamente con muestras de afroamericanos, asiaméricanos, latinos y de la comunidad LGBT, se encontró también que en la población general, el suicidio de un adolescente homosexual es más aceptable para la población en general, que el de un

heterosexual, y por otro lado que apreciar el suicidio como una opción inaceptable predecía en menor medida la conducta suicida entre los afroamericanos y los latinos; sin embargo, este predictor influía únicamente en la disminución de intentos, pero no en la ideación.

Cabe señalar, que en este caso de los grupos minoritarios no se encontró asociación entre suicidalidad y religiosidad a diferencia de lo reportado por otros estudios que señalan que es la sanción la que está más asociada a la disminución de los intentos de suicidio, que el hecho de asistir a misa y participar en otras actividades relacionadas con la religión (Bertolote, 2014).

Por lo tanto, se concluye que la cultura puede ser un factor determinante para modelar cuáles situaciones que pueden desencadenar conducta suicida. En este sentido, está documentado que la vergüenza y la desgracia pueden desencadenar el suicidio; por ejemplo, en la cultura asiática el hara kiri (Japón e India) suele ser aceptable como solución para aliviar la sobrecarga de vergüenza o pecado (Chu *et al*, 2010). Sin embargo, otro factor que también debe ser considerado es la percepción individual de cuánto estrés es capaz de tolerar una persona (Lazarus & Folkman, 1986).

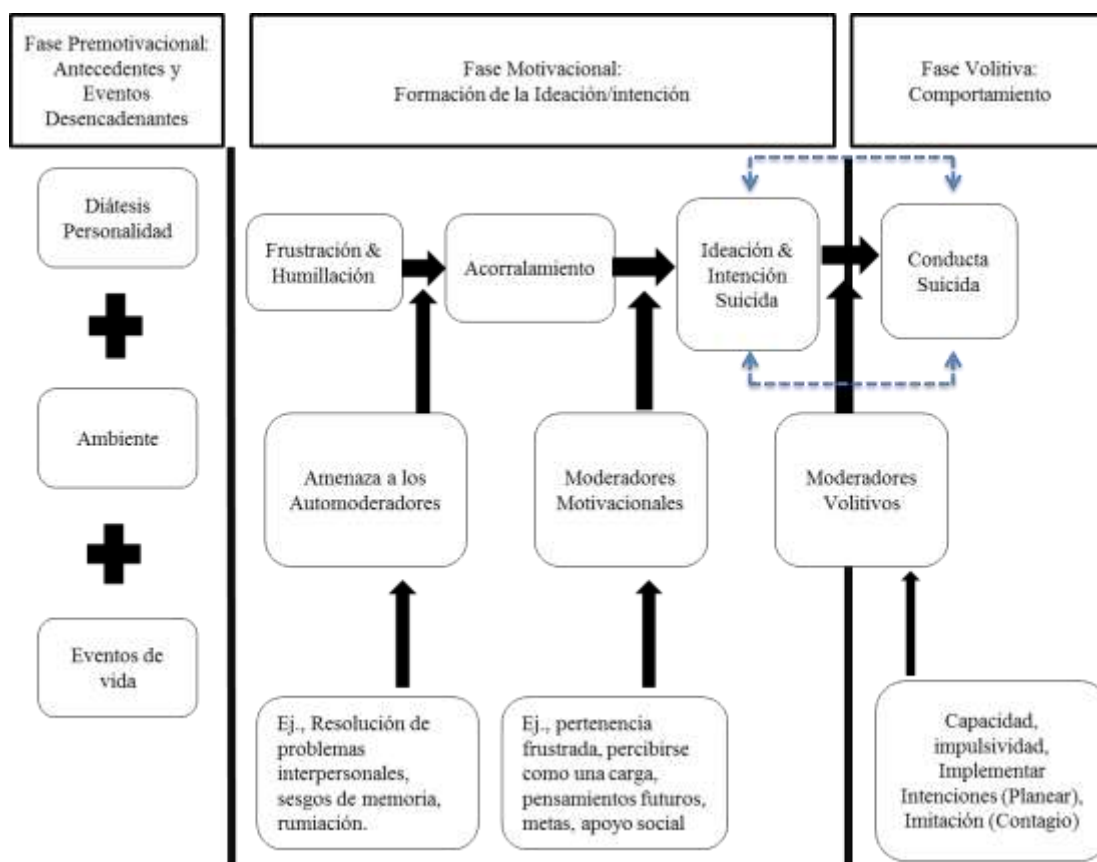
Modelo Motivacional-Volitivo Integrado (IMV)

Otra teoría, que brinda una explicación para poder distinguir los factores involucrados en la transición de la ideación a la acción de la conducta suicida, se denomina Modelo Motivacional-Volitivo Integrado (IMV) e incorpora una compleja interacción de aspectos biológicos, psicológicos, ambientales y culturales de la conducta suicida, desglosando y planteando la integración de diversas teorías y modelos desde una visión holística (O'Connor, 2018).

Esta teoría retoma de inicio, el modelo diátesis-estrés, en donde, la predisposición del individuo (ej., dotación natural, personalidad), los sucesos de vida (ej., pérdida temprana de los padres) y el ambiente (ej., sufrir de violencia y/o abuso, disfunción familiar severa), interactúan para crear vulnerabilidad en el individuo y desencadenar posteriormente el suicidio; es decir, estos tres factores son la base del contexto biopsicosocial que predispone al individuo a un posible suicidio en fases subsecuentes, por lo que forman parte de la Fase Premotivacional (O'Connor, 2018).

La siguiente etapa denominada Fase Motivacional, se caracteriza por *sentimientos de acorralamiento*; es decir, cuando la conducta suicida es vista como una solución para los

problemas de la vida. Los sentimientos de fracaso o humillación puede llevar a la persona a sentirse acorralada, a desencadenar ideación e intención suicida y transitar de la ideación al suicidio o intento de suicidio, aunque esto dependerá de los moderadores; es decir, factores que facilitan pero también pueden evitar el paso de una etapa a otra. Entre estos se encuentran, los sesgos de memoria, la capacidad para resolver problemas interpersonales, la rumiación, la pertenencia frustrada, el sentirse una carga y el apoyo social, entre otras; y de manera puntual para la conducta suicida: la interacción de factores predictores proximales desencadenantes como: el compromiso con la conducta suicida (intencionalidad), la capacidad para hacerse daño, la impulsividad, la planeación y la imitación (contagio, aprendizaje vicario) Ver Figura 1.



Nota: Retomado de O'Connor, R.C., Nock, M.K, 2014

La riqueza de esta teoría es que agrupa y propone la interacción de un conjunto de factores de riesgo por cada etapa, algunos distales y otros proximales, además, distingue entre mediadores y moderadores para cada etapa (premotivacional, motivacional y

volitiva), proporcionando indicadores para poder detectar e intervenir (ver figura I). En la fase premotivacional o de vulnerabilidad, se contempla la amplia evidencia de los aspectos neurobiológicos descritos por Mann y Currier (2010) en el *Modelo Clínico de la Conducta suicida*, el cual propone que las anormalidades en el eje adrenal hipotálamo (HPA), el noradrenérgico y sistemas serotoninérgicos se encuentran relacionados con el comportamiento suicida. Estos tres sistemas también responden al estrés y se asocian con antecedentes de problemas en la infancia, como haber sufrido abuso físico o sexual, negligencia, pérdida o separación de alguno de los padres y disfunción familiar severa (Mann & Currier, 2010).

Por lo que la evidencia sugiere que la conducta suicida resulta de la presencia de una base biológica tendiente a la diátesis, es decir, personas vulnerables o que se tornan vulnerables ante el estrés, los desafíos de las etapas de la vida o eventos traumáticos. Además, la interacción de los factores biológicos, sociales y ambientales, a lo largo de la vida, suelen crear las condiciones para que inicien los problemas de salud mental, los cuales pueden empeorar cuando no se inicia un tratamiento oportunamente (Kumar, 2010). Hay que considerar que durante la infancia, el hipocampo es más sensible al abuso y puede causar decremento o incremento de los niveles de cortisol. En la adolescencia el córtex prefrontal es más vulnerable a las respuestas crónicas al cortisol, mientras que en los adultos, los efectos negativos se encuentran en relación con la neurogénesis (Wasserman et al., 2010).

Sobre los factores predisponentes del suicidio, al analizar la heredabilidad de los factores de riesgo suicidas, Joiner y colaboradores (2009) reportaron de manera consistente en dos estudios que los gemelos monocigotos mostraron un mayor porcentaje de intentos severos de suicidio y de suicidios en comparación con los gemelos dicigotos; de tal forma que, el estudio de gemelos y familias ha demostrado la presencia de un componente genético de vulnerabilidad hacia las conductas suicidas. De hecho, otros estudios estiman que la contribución genética a la suicidalidad se cuenta entre un 30% a 50%, incluso sugieren que este riesgo genético puede actuar de forma independiente al riesgo por enfermedad mental y otros estresores psicológicos.

De manera que algunos estudios del genoma humano y la búsqueda de un genotipo asociado han logrado identificar genes candidatos a responsables de la transmisión del

componente genético de la conducta suicida. El gen relacionado con la transportación de la serotonina, los genes TPH y COMT han mostrado relación con los comportamientos suicidas; una explicación sobre estos marcadores genéticos, es que tienen efecto en la presencia de la conducta impulsiva y violenta, que en interacción con el ambiente (Joiner, Brown, & Wingate, 2005), las personas son más propensas en desarrollar capacidad para suicidarse (Joiner, 2009).

También se ha encontrado evidencia que señala las diferencias en el sistema serotoninérgico (secreción y recaptura) entre los individuos suicidas en comparación con otras personas no suicidas, considerando la baja secreción de dicho neurotransmisor entre las personas con intento de suicidio y suicidio, que apuntan a comportamientos como la impulsividad, agresión y letalidad en los intentos. Sin embargo, los mecanismos biológicos subyacentes a la hipoactividad del funcionamiento serotoninérgico no han quedado claros, pues no se ha llegado a una conclusión con las evidencias obtenidas de las anomalías genéticas, ni en lo que se refiere a la transportación, ni a la recepción del neurotransmisor en el cerebro de las personas que mueren por suicidio (Joiner et al., 2005).

Además, la actividad del área lateral de la corteza orbitofrontal está involucrada en la toma de decisiones deficientes en las personas con conducta suicida (tal vez al momento de valorar las consecuencias a futuro), así como en el procesamiento del dolor psicológico, específicamente para estímulos sociales. También afecta el control de impulsos y la fluidez verbal.

Por otro lado, la amígdala está involucrada en el ánimo depresivo, por lo que estas persona suelen no adaptarse (Wasserman, Terenius, Wasserman & Sokolowski, 2010). Al respecto, Mortier y colaboradores (2018) en un estudio realizado con estudiantes universitarios de primer ingreso, en el participó población mexicana, encontraron una menor tendencia a transitar de la ideación suicida a los intentos de suicidio, en aquellos estudiantes con niveles más altos de funciones ejecutivas y habilidades para tomar decisiones.

Asimismo, los hallazgos de estudios postmortem también han indicado la reducción de transportación de la serotonina en la región ventromedial del córtex y cíngulo anterior, siendo que esta región del cerebro está asociada a la voluntad, la toma de decisiones y el ánimo. Las anomalías descritas se encuentran asociadas al riesgo de conductas impulsivas y

desinhibición, favoreciendo así un mayor riesgo de suicidio. Respecto al eje HPA y el sistema noradrenérgico, los estudios postmortem por suicidio han reportado niveles más bajos de la liberación de la hormona corticotropina (CRH). También, en los intentos de suicidio violentos se han encontrado mayores niveles de cortisol en la orina (Mann & Currier, 2010).

Además de los hallazgos de las anomalías neurobiológicas, se encuentran las aportaciones de la psicopatología de la personalidad, donde también se ha documentado que el trastorno depresivo mayor, trastornos de conducta, dependencia al alcohol y trastorno de pánico; se relacionan positivamente con el riesgo de pensamientos persistentes, planes e intentos de suicidio menores, tanto en hombres como en mujeres. De hecho, se puede observar que los endofenotipos psiquiátricos relacionados con los trastornos en el control de impulsos (externalizados) y con los trastornos del estado de ánimo (internalizados) son factores de riesgo importantes para los intentos de suicidio y para los suicidios (Wasserman, Terenius, Wasserman & Sokolowski, 2010).

A partir de esta información, se puede concluir que a pesar de que existe vasta evidencia de la vulnerabilidad neurobiológica ya sea genética o adquirida en etapas tempranas, que constituyen momentos críticos del neurodesarrollo; éstas conllevan a distintas trayectorias en el desarrollo de diversas psicopatologías, siendo una de ellas la conducta suicida sin ser una consecuencia específica (Joiner 2005). Por lo tanto, siguen en pie las preguntas, ¿qué es lo que orilla a una persona al suicidio? ¿es una entidad nosológica en sí?, preguntas en las que hay que profundizar sobre la experiencia socio-cognitiva para obtener otras perspectivas sobre lo que desencadena el comportamiento suicida.

Teoría de la desesperanza

Desde la perspectiva cognitiva se señala que si una persona presenta algunos factores predisponentes de vulnerabilidad, por ejemplo, se encuentra viviendo una ligera alteración psiquiátrica, se requiere del estrés cotidiano para desencadenar un proceso cognitivo asociado al suicidio; a diferencia de una persona con una dotación natural dentro de los parámetros normales, para quien se necesita un gran monto de estrés en su vida cotidiana para activar un proceso cognitivo relacionado al suicidio (Wenzel & Beck, 2008). Es decir, además de la vulnerabilidad biológica, también debe presentar deficiencias en

procesos cognitivos como en la resolución de problemas y la sobregeneralización en la utilización de los patrones de memoria que no ayudan a mitigar el estrés, promoviendo la aparición de desesperanza, la evolución negativa de los padecimientos psiquiátricos y eventualmente la ideación suicida, ya que la persona en riesgo suicida percibe que no hay escapatoria para su estado de angustia.

Además, la teoría postula como componente la ansiedad-rasgo asociada a los pensamientos inadaptados, que se manifiestan en distorsiones cognitivas (como el pensamiento dicotómico, sacar conclusiones precipitadas y magnificaciones), y a las actitudes disfuncionales. Se utiliza el término rasgo/estado porque algunos pacientes vulnerables al suicidio tienen la tendencia a responder bajo este estilo cognitivo incluso cuando no están bajo el influjo de síntomas psiquiátricos o crisis suicida y porque el contenido es más un acercamiento general que realizan como una manera de interpretar el mundo.

Otra deficiencia básica se encuentra en la conformación de la personalidad, principalmente cuando individuos con rasgos como el neuroticismo, el psicoticismo y la introversión, suelen tener manifestaciones típicas como ser excesivamente autocríticos, extrovertidos, impulsivos, cínicos, sensibles, dependientes, pasivos, con baja capacidad para ser amables, sentir falta de pertenencia y de emociones positivas (Wenzel & Beck, 2008).

Modelo del flujo de vulnerabilidad

Otro modelo teórico cognitivo es el que Rudd (2006) que plantea el *flujo de vulnerabilidad* (Fluid Vulnerability Theory- FVT), que parte de dos dimensiones esenciales: un proceso crónico o uno agudo. La vulnerabilidad crónica o de base, proviene al igual que en otras teorías, de factores genéticos o traumas que han configurado a la persona proclive a la conducta suicida a lo largo de su vida. Mientras que la vulnerabilidad aguda se refiere a sucesos estresantes, padecimientos psiquiátricos, intención suicida, o insomnio; es decir, factores o situaciones que han sucedido en un corto plazo.

La parte medular del modelo se refiere al momento en que la cognición llega a una *modalidad suicida* que se integra por cuatro sistemas: 1) el cognitivo, conocido como el de “creencias suicidas”, pensamientos suicidas automáticos, pensamientos nucleares de desesperanza, vergüenza, odio a sí mismo y el percibirse como una carga; 2) el emocional,

que incluye estados afectivos de depresión, culpa y ansiedad; 3) el fisiológico, que abarca las experiencias somáticas asociadas a las crisis suicidas como el insomnio, dolor físico y problemas para concentrarse; y 4) el conductual, que se refiere a estrategias de afrontamiento disfuncionales como, el uso de sustancias, aislamiento social y autolesiones no suicidas.

No en todas las personas se activa la *modalidad suicida* con los mismos estresores, ni con la misma “fuerza” del evento desencadenante, varía de una persona a otra y de un momento a otro. Por lo que hay que evaluar en el paciente si la crisis suicida deviene de un episodio agudo o crónico, así como el sistema de creencias suicidas. Al respecto, se llevó a cabo una investigación con 54 soldados en activo quienes voluntariamente se presentaron en una clínica de salud mental o servicio de urgencias con ideación suicida la semana previa. Los resultados de este estudio mostraron que en los pacientes que no presentaban estresores crónicos, la severidad de la ideación bajaba de nivel, pero en los pacientes que reportaron estrés crónico no disminuyó la severidad de la ideación suicida. Concluyendo que los estresores crónicos inciden en el desarrollo y severidad de la ideación suicida. Por lo tanto, los individuos que por su constitución cognitiva no son capaces de ir resolviendo problemas y se les van acumulando o complicando, se encuentran en mayor riesgo de suicidio (Bryant, Clemans, Leeson & Rudd, 2015).

Modelo Funcional

Otro modelo teórico a destacar es el *Modelo Funcional* de Nock y Prinstein (2005), estructurado en cuatro funciones primarias de las autolesiones no suicidas (que son un antecedente reiteradamente asociado al riesgo suicida). Las funciones se agrupan en dos dimensiones: *el tipo de reforzamiento* (reforzamiento positivo vs negativo) y *la fuente del reforzamiento* (automática vs contingencias sociales); el reforzamiento positivo ocurre cuando un comportamiento tiene como consecuencia algo positivo y el reforzamiento negativo ocurre cuando un estímulo displacentero es eliminado después de la conducta. Las contingencias automáticas se refieren a aspectos internos mientras que las sociales tienen que ver con la interacción con el exterior.

Este modelo funcional se analiza como una tabla de dos por dos, el *reforzamiento automático negativo* ocurre cuando un individuo realiza un intento de suicidio con el fin de aliviar o reducir la tensión o los estados afectivos displacenteros, escapar o evadir el dolor

psicológico (ej., “dejar de sentirme mal” o “alejarme de mis pensamientos”), el cual es consistente con las teorías de Joiner (2005, 2009) y Schneidman (1993). En contraste el *reforzamiento automático positivo* ocurre cuando la función del intento de suicidio es generar o crear un estado psicológico o emocional de alivio, algunas veces revelado como una forma de “castigarme a mí mismo” o “para sentir algo...aunque sea dolor”, que también, se relaciona el desarrollo de capacidad adquirida para suicidarse de Joiner y colaboradores (2005, 2009). Esta última se refiere a un proceso en el que la persona se vuelve cada vez más tolerante al dolor y con mayor arrojo, que al asociarse con el deseo de morir puede adquirir la fuerza suficiente para doblegar el instinto de supervivencia.

Por otro lado, las contingencias sociales ocurren con la función de regular o modificar el ambiente social, focalizadas en aspectos individuales o del exterior. Así, el *reforzamiento social negativo* se refiere a los momentos en que el propósito de la persona es evadir algún compromiso o demanda interpersonal (“evadir hacer algo desagradable” o “escapar del castigo de otros”), mientras el *reforzamiento social positivo* se refiere a los intentos de suicidio que tienen el propósito de obtener o crear la condición ambiental deseada (“para obtener ayuda” o “hacerle saber a otros que tan desesperado me encuentro”). Se puede confundir con “llamar la atención” o “manipulación”; sin embargo, esta interpretación tiene muy poco apoyo empírico, a pesar de que frecuentemente se malinterpreta y se percibe así por el mismo individuo suicida y personas cercanas a éste (Nock & Prinstein, 2005). Por lo tanto, las intervenciones inadecuadas pueden fortalecer el sentimiento de ser una carga, cuando en realidad es un grito de ayuda, una forma inadaptada de alejarse del sentimiento de soledad.

En un estudio con soldados en activo que habían cometido intentos de suicidio se encontró que, la función preponderante de los intentos de suicidio es el reforzamiento negativo automático, o la reducción o evitación de algún estado emocional interno incómodo y aversivo. Estos hallazgos dan mayor apoyo a que los individuos suicidas realizan intentos de suicidio con el fin de reducir o escapar del dolor y sufrimiento psicológico. Incluso cuando las personas que se intentan suicidar tienen razones orientadas a la socialización (evadir realizar una tarea ante la que no se sienten competentes), el escapar del dolor emocional frecuentemente ocurre simultáneamente y es la motivación más predominante para el intento de suicidio (Clemans, 2006).

Teoría interpersonal del suicidio

En resumidas cuentas, sea por la vulnerabilidad innata, las situaciones adversas en la infancia, la psicopatología, problemas crónicos o agudos severo, el suicidio es consecuencia de un proceso de dolor psíquico como lo propone Shneidman (2004) y frecuentemente es la consecuencia de un proceso relacionado con el dolor crónico que no permite ver soluciones a los problemas. Puede ser un tormento psíquico inaguantable, insoportable e inaceptable y un dolor que consume y presiona buscando el fin, para detener el insoportable flujo de pensamientos que escarban en la psique.

Shneidman, padre de la suicidología moderna, considera que las fuentes del dolor psicológico asociado al suicidio son: la falta de amor, ruptura de relaciones, amenaza a la imagen personal, control fracturado y enojo excesivo relacionado a las necesidades frustradas. De hecho la teoría interpersonal integra estas cinco fuentes en dos dimensiones taxonómicas: la pertenencia frustrada (frustración en el amor, ruptura de relaciones significativas, sentirse solo o que a nadie realmente le importa) y el percibirse como una carga (daños en la imagen personal, sentimientos de inutilidad, que los demás estarán mejor sin la persona suicida en sus vidas) (Joiner, 2005; 2009).

Lo anterior no es la única aportación de Joiner a las teorías explicativas de la conducta suicida, pues este autor plantea un enfoque diferente del estrés acumulativo asociado a la violencia o la exposición a experiencias aterradoras, sea de forma deliberada o no. Postula que estas vivencias llevan a las personas a desarrollar una capacidad para quitarse la vida; es decir, no sólo es la carga psicológica de las vivencias traumáticas y físicamente dolorosas, sino que éstas contribuyen al aumento de la temeridad y conocimiento sobre cómo suicidarse.

La *Teoría Interpersonal del Suicidio* promueve que el personal clínico cuente con los elementos para ser más precisos al distinguir, entre quienes padecen ideación suicida, los más propensos en pasar a la acción. Por ejemplo, entre quienes tienen antecedentes de intento de suicidio, ¿cuáles se encuentran en mayor riesgo de reincidencia o suicidio? (Joiner, 2005; Van Orden, 2010). Esta teoría refiere que los factores constituyentes de los intentos de suicidio graves o letales poseen tres cualidades: 1) son comportamientos potencialmente lesivos auto iniciados por el propio individuo; 2) con presencia de intención de morir; y, 3) sin un resultado fatal, el suicidio es el resultado provocado por un intento de

morir, pero, es necesario desearlo y tener la capacidad. Los primeros se desencadenan cuando están presentes la pertenencia frustrada y el considerarse una carga para los demás.

Respecto a la pertenencia frustrada, se considera uno de los predictores más confiables de la ideación, intentos y conducta suicida letal a lo largo de la vida. Se refiere a la falta de conexión social y pertenencia, que comprende la frecuencia y calidad de interacciones que ocurren dentro del marco de relaciones estables, de larga duración, que se procuran y cuidan. No necesariamente quiere decir que la persona se encuentre sola, sino que se siente desconectada de las personas que la rodean o insatisfecha respecto a las interacciones sociales actuales, siente que a nadie le importa realmente y esta ausencia de relaciones recíprocas de cuidado se asocia con seis factores de riesgo de la conducta suicida letal: aislamiento social, poca apertura a experiencias, encontrarse solo(a), violencia doméstica, abuso en la infancia y disfunción familiar.

En tanto, el considerarse una carga para los demás se encuentra presente ante los conflictos familiares, el desempleo, encarcelamiento, falta de hogar, agitación y enfermedad física grave; eventos que hacen sentir a la persona que ha fracasado o es dependiente, estas situaciones se relaciona con creencias de que la persona representa una responsabilidad con la que no deberían cargar otros y con pensamientos saturados de odio hacia sí mismo (por ejemplo, “hago que las cosas sean peores para las personas que me rodean”, “me odio” o “soy un inútil”). Al respecto, Ibarra-López y Morfin (2017) reportaron que las principales causas del intento de suicidio fueron las dificultades familiares, de pareja y soledad; tristeza, coraje, desesperación y enojo; también, el tener un autoconcepto negativo, no contar con disponibilidad de apoyo familiar, ni de instituciones.

Los participantes de este estudio reportaron que no querían vivir, que los demás estarían mejor sin ellos y que eran un estorbo. Pese a que es frecuente que los suicidas piensen de esa manera, Joiner (2009) menciona que de 6 a 10 personas están dispuestas a ayudar a quien presenta riesgo; es decir, es algo que percibe la persona suicida pero sin sustento, por lo que se puede considerar que es una distorsión, y por lo tanto, tiene implicaciones para el tratamiento de las personas en riesgo.

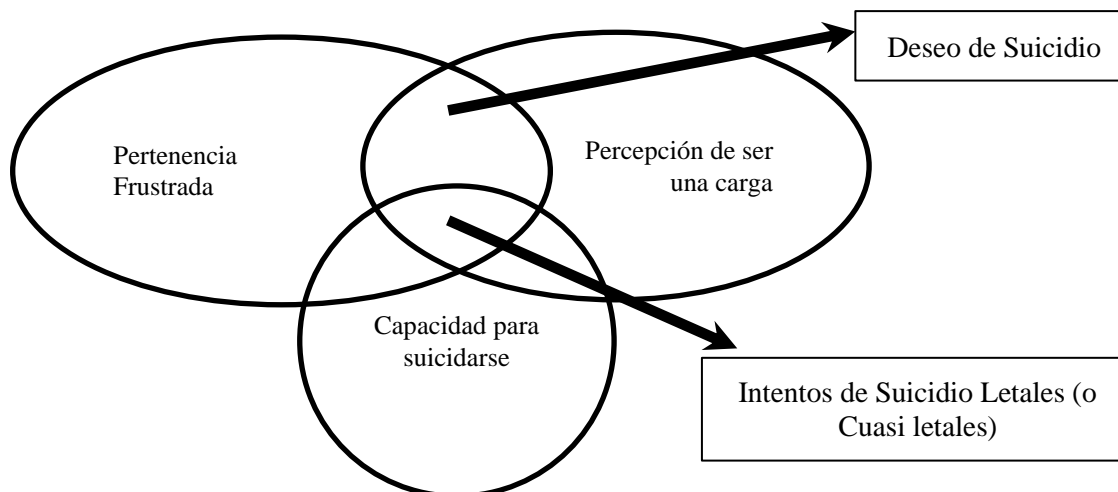
Cabe mencionar, que capacidad para suicidarse se desarrolla por habituación y por proceso opuesto (resultado de invertir el miedo por placer; por ejemplo, sentir la adrenalina

del peligro o alivio después de autolesionarse); es decir, a mayores antecedentes de conducta suicida o de diversos tipos de lesiones a lo largo de la vida (provocados por abusos en la infancia, accidentes y otros eventos traumáticos; ser testigos de dolor, violencia o daño a terceros; por aprendizaje vicario, como el intento de suicidio o suicidio de un familiar) se va desarrollando o aumentando la capacidad para quitarse la vida.

Las experiencias de las personas suicidas las vuelven más competentes para tolerar el dolor y superar el miedo a morir debido al reforzamiento que ocurre con los antecedentes de conductas suicidas o parasuicidas, lo que vuelve atractivas o accesibles conductas que en un inicio producían rechazo o miedo. Además, existe otra característica a resaltar dentro de la capacidad para suicidarse, es la concerniente al conocimiento para morir de una forma menos dolorosa, como en el caso de algunos médicos o personal de salud quienes saben cómo morir sin dolor, con sustancias de alta letalidad.

Por lo tanto, tener antecedentes de haber consolidado las capacidades para tolerar el dolor y el miedo que conlleva el hecho de ir contracorriente del instinto de vida, son las bases para volver letal o inminente el riesgo de suicidio en alguien que lo desee. Justo, esta capacidad se asocia a que aproximadamente un 50% de las personas que mueren por suicidio no tienen intentos previos, lo cual no implica que no cumpla con los criterios de la teoría, sino que su capacidad para quitarse la vida no la han desarrollado por intentos previos; pues además de estos, están presentes otros factores como: una tolerancia importante al dolor, la impulsividad, falta de pertenencia, el sentirse una carga, una fuerte intención y una planeación factible para conseguir el deseo suicida; que se compone de imágenes concretas y refinadas de la ejecución del intento que los lleva a la muerte (ver Figura 2).

Figura 2
Teoría Interpersonal del Suicidio



Nota: Retomado de Joiner, Van Orden, Witte & Rudd, 2009.

Para finalizar, es importante describir que en otro estudio realizado con población clínica de jóvenes adultos con un rango de edad de 19 a 26 años, con diagnóstico de depresión mayor, se encontró, que aquellos participantes con poco apoyo familiar y preocupaciones por otros, experimentaban los niveles más severos de ideación suicida. Por otro lado, en la interacción de las tres variables principales de la teoría (capacidad para suicidarse, pertenencia frustrada y sentirse como una carga); la presencia de niveles altos de deseo suicida predijo mayor probabilidad de un intento de suicidio cuando, además, se había desarrollado la capacidad para suicidarse (Joiner, Van Orden, Witte, Selby, Ribeiro, Lewis, & Rudd, D. 2009). Estos resultados se obtuvieron por encima y más allá de la influencia de otros factores de riesgo incluyendo depresión, desesperanza y características de trastorno límite de la personalidad, por lo que se concluye que la interacción entre los tres factores descritos por la teoría interpersonal predicen con mayor fuerza el intento de suicidio.

Teoría de las tres etapas

Cabe añadir, que pese a que los antecedentes de la conducta suicida son un indicador para evaluar la adquisición de la capacidad para suicidarse, este es un constructo dinámico al igual que la interacción con el deseo suicida (Joiner, Van Orden, Witte, Selby,

Ribeiro, Lewis, & Rudd, 2009). Así Klonsky y May (2015) proponen algunas modificaciones a la teoría interpersonal y presentan la *Teoría de las Tres Etapas*.

La primera etapa se refiere al desarrollo de la ideación, mencionando que por naturaleza los seres humanos buscan ser recompensados y evitan el dolor o castigo; sin embargo, esta teoría considera que cuando predomina el dolor (incluyendo el físico y psicológico) se reduce el deseo de vivir e inician los pensamientos suicidas, sobre todo si éste se acompaña de desesperanza, conformando así los dos grandes motivadores de los intentos de suicidio: pérdida del deseo de vivir y la desesperanza.

Lo anterior da lugar a la segunda etapa, que va de la ideación moderada a la ideación severa; en función de la carga que tenga la conectividad con la vida, que se refiere al apego al trabajo, un proyecto, un rol, intereses personales o cualquier situación que represente un propósito o significado para seguir comprometidos con la vida. Se considera que la ideación suicida se mantendrá moderada en lugar de severa, sólo si la conectividad con la vida es más potente que el propio dolor.

La tercera etapa es la progresión de la ideación a los intentos de suicidio o suicidio y se retoma el concepto de capacidad para suicidarse. Los autores dividen este concepto en tres categorías: la primera se refiere a la capacidad innata, relacionada con los aspectos genéticos, como el umbral al dolor, la fobia a la sangre o ser aprensivo, que hacen de la persona más o menos tolerante a exponerse al riesgo y tolerar el dolor; la segunda categoría se refiere a la capacidad adquirida, que se refiere a las experiencias asociadas al dolor, lesiones, miedo y muerte. Por último, la tercera categoría es la capacidad práctica, que alude a aquellos factores que hacen el suicidio más accesible, como el conocimiento y el acceso a medios letales.

Al poner la teoría a prueba con un grupo de usuarios de una página de internet (n=910), 71% de ellos no reportaron antecedentes de suicidalidad, 19% refirieron antecedentes de ideación o planes y el 10% reportó antecedentes de intentos de suicidio. En este estudio se encontró que el dolor psicológico y la desesperanza en conjunto, se relacionaron con la ideación suicida; de hecho, ambas variables explicaron el 41% de la varianza para la ideación suicida, además la pertenencia frustrada y el sentirse una carga también predijeron la ideación suicida, explicaron el 30% de la varianza. De igual forma los tres componentes de la capacidad para suicidarse resultaron con diferencias significativas

entre las personas con ideación versus aquellos que reportaron un intento de suicidio; sin embargo, este hallazgo aun no esclarece el proceso por medio del cual, la ideación severa transita hacia el intento o suicidio (Klonsky & May, 2015).

De hecho, dos de los retos principales en los enfoques teóricos actuales (teoría integrativa motivacional-volitiva, la teoría interpersonal del suicidio y la teoría de las tres etapas) son, poder dar claridad a la taxonomía de la conducta suicida e incidir en la toma de decisiones para las indicaciones terapéuticas y políticas públicas con el fin de evitar que estos problemas sigan presentándose. Pues como se puede constatar, después de este recorrido teórico, un sinnúmero de complejas interacciones entre factores que conducen al riesgo de suicidio no dependen del sujeto que las padece; sino que, son la consecuencia de situaciones ambientales crónicas o agudas, de una narrativa de eventos desafortunados sobre la dotación natural, el contexto político y cultural en el que se desarrolla la persona, el encuentro de vivencias significativas positivas y negativas bajo la consecuente configuración de la personalidad que filtra la percepción, la forma de sentir, las creencias adoptadas, forma de pensamientos, habilidades para interactuar con otros y el medio exterior.

La conducta suicida no es un proceso de carácter individual, ocurre en un contexto social, donde suceden hechos concretos de injusticia, que en algunos casos abarcan desde antecedentes de nacimiento y del desarrollo del individuo; es decir, rebasan la capacidad de decidir sobre aspectos básicos de la propia existencia. De ahí, que no sólo concierne al sistema de salud apropiarse del tema, también es necesario construir realidades socioculturales y multisectoriales que respeten la inalienable dignidad humana (por encima de la constitución física, idioma, religión, preferencia sexual, estatus social, entre muchos otros) y brinden equidad de oportunidades para desarrollarse, eviten el sufrimiento crónico o extremo, promuevan la ayuda ante sentimientos de acorralamiento, insatisfacción personal e inadaptación en relación con el mundo externo (White, 2017).

Por último, cabe señalar que para el presente protocolo se consideró como base principal la teoría interpersonal del suicidio con algunas modificaciones complementarias. No se hicieron cambios a los conceptos de pertenencia frustrada y percibirse como una carga; sin embargo, en vez de retomar la dimensión de capacidad adquirida para suicidarse se consideró adoptar la postura de Klonsky y May (2015) quienes la nombran capacidad

para suicidarse. De acuerdo con la teoría de las tres etapas, esta capacidad no sólo se adquiere, sino que también una persona puede contar con ella a partir de factores innatos (como presentar un umbral alto al dolor, ser impulsivo, o por el contrario ser aprehensivo a ver sangre o experimentar lesiones, incluso mínimas), o disponer de métodos prácticos con los que se cuenta con una vía rápida y de casi nulo sufrimiento físico para acabar con la propia vida. Sin embargo, cualquiera que sea la ruta para contar con la capacidad para suicidarse, se tiene que atravesar por un complejo y doloroso proceso de ideación para tomar la decisión de dejar de existir como la mejor opción para su propia vida; es decir, es necesario perder el miedo ante la idea de suicidarse, aspecto que también forma parte de contar con la capacidad (Joiner, 2009).

Además, dada la amplia evidencia de factores predisponentes que forman parte de las teorías que se enfocan en el fenómeno de vulnerabilidad ante el estrés (Clemans & Craig, 2006; Mann, 1999; Wenzel & Beck, 2008; O'Connor & Nock, 2014), se incorpora la exploración de la psicopatología de la personalidad, al modelo teórico de investigación, como antecedente relacionado con el riesgo suicida (Ver figura 3 en el capítulo 5).

CAPÍTULO 3: ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCION DEL SUICIDIO

Antecedentes

La prevención del suicidio puede partir de tres modelos en la salud, dependiendo del origen de las estrategias, pueden tener un carácter universal, selectivo o indicado. La primera se refiere a aquellas intervenciones dirigidas a la población en general, independientemente del grado de riesgo, sirven para difundir información que ayude; por ejemplo, a desestigmatizar el suicidio y su tratamiento, como las actividades realizadas para la conmemoración del día mundial de la prevención de suicidio. Las de carácter selectivo van dirigidas a subgrupos identificados entre la población general que presentan problemas específicos, por lo tanto, el objetivo es retrasar o impedir la aparición de las consecuencias del riesgo que están presentando; por ejemplo, actuar en la población de jóvenes que están manifestando ideación suicida o sintomatología de estrés postraumático, antes de que algunos lleguen a las autolesiones o intentos de suicidio. Por último las estrategias de prevención indicada tienen por objetivo reclutar y prevenir una condición más severa una vez que el problema ya se ha desencadenado, como por ejemplo, prevenir el suicidio en personas con intento de suicidio (Bertolote, 2014).

Partiendo de las características generales de las estrategias de prevención, cabe mencionar que los primeros programas se iniciaron en 1906 en Nueva York con la National Save-A-Life League y en Inglaterra con el Suicide Prevention Department of the Salvation Army, ambos fundados por ministros religiosos, enfocados en capacitar, para detectar y brindar apoyo psicosocial a las personas que presentaban sintomatología suicida; sin embargo, no se cuenta con evidencia empírica sobre su efectividad (Bertolote, 2014).

De manera semejante, las estrategias de prevención continuaron surgiendo de forma aislada, hasta que en la 39a Asamblea de la Organización Mundial de la Salud se lanzó en 1996 el programa SUPRE (Suicide Prevention Programme) basado en la opinión de expertos y mejores prácticas. Al respecto se consideraron tres estrategias básicas: 1) tratamiento de los trastornos mentales, 2) restricción de medios utilizados en las conductas suicidas y 3) reporte responsable de los medios de comunicación. Para 2004, después de una revisión, se le agregaron un par de estrategias más: 4) programas de concientización a través de la educación para el público general y para profesionales, y 5) métodos de tamizaje para personas en alto riesgo (Bertolote, 2014).

Actualmente 28 países cuentan con un programa nacional de prevención de suicidio, lo cuales, de forma general, se centran en identificar a población vulnerable, mejorar la evaluación y el tratamiento para las personas en riesgo; así como, aumentar la calidad de la vigilancia epidemiológica y la investigación. También cuentan con estrategias de concientización, realizan campañas de psicoeducación para reducir el estigma asociado a la conducta suicida y a los trastornos mentales. Sin embargo, evaluar la efectividad de los programas nacionales es complejo, por decir lo menos, pues se puede tener evidencia de la disminución de los suicidios o los intentos de suicidio, pero es muy difícil explicar cuáles son los efectos de cada estrategia en los cambios observados, lo que resulta un desafío metodológico, pues, las estrategias interactúan con cambios espontáneos en la trayectoria del desarrollo de las personas, en el ambiente social y en la calidad del registro de datos epidemiológicos, entre otros factores (Lewitzka, Sauer, Bauer, & Felber, 2019).

Al respecto, se llevó a cabo un estudio que tuvo por objetivo conocer si las tasas de suicidio antes y después de la implementación del programa nacional de prevención de suicidio en cinco países (Finlandia, Noruega, Suecia, Australia y Nueva Zelanda) disminuían significativamente; para ello, se consideraron las cifras de la OMS por sexo y grupo de edad y se compararon con las cifras de otros cuatro países (Canadá, Austria, Suiza, y Dinamarca) semejantes en aspectos culturales, económicos, políticos, poblacionales y de calidad del reporte de datos epidemiológicos, pero sin programa nacional de prevención de suicidio entre 1995 a 1999.

Los resultados del estudio mostraron que en los grupos donde hubo un mayor efecto en la disminución de los suicidios fueron, con respecto a los grupos de edad, aquellos entre 25 a 44 años y de 54 a 64 años; los efectos fueron más notables en los hombres que en las mujeres. Sin embargo, al comparar las cifras entre países con programa de prevención de suicidio y sin éste, no se encontraron diferencias significativas. Lo que los llevó a concluir que aún se requiere de mayor investigación, analizando periodos más prolongados, desde la implementación de los programas o los cambios significativos en el ambiente (como el inicio de un nuevo periodo presidencial), entre otros factores (Lewitzka, Sauer, Bauer, & Felber, 2019).

En la actualidad algunos estudios evalúan el nivel de evidencia científica y grados de recomendación sobre la efectividad de los programas y estrategias que los componen

(Manterola, Asenjo-Lobos, & Otzen, 2014). Sin embargo, pocas investigaciones han incluido muestras numerosas, aleatorizadas y con suficientes controles metodológicos (Mann, 2010, Bertolote, 2014); por lo tanto, la evaluación de los programas de prevención se ha visto limitada por lo anterior y por trabajar con una población que representa grandes desafíos para su estudio, en principio porque se encuentra en riesgo de muerte (O'Connor & Portzky, 2018).

Lo anterior se debe a la complejidad del fenómeno, pues realmente, ningún subgrupo de la población se encuentra exento de suicidio; además, tampoco existen estudios que correlacionen variables biológicas, socioeconómicas, psiquiátricas o psicológicas, que expliquen de forma satisfactoria una porción de varianza suficiente como para predecir el riesgo suicida en un individuo particular. Por esta razón, el consenso general para prevenir el suicidio (entre los que se encuentran los encargados de planear programas) es que se debe considerar que el suicidio es multideterminado y se requieren de la combinación de diversos enfoques para poder tener un impacto en la disminución de sus índices (Mishara, 2014).

Estrategias de prevención

Una vez descritos los tres modelos de prevención en la salud (universal, selectivo e indicado) en el apartado anterior, y haber explicado la importancia de los programas de prevención así como la necesidad de medir su impacto en la población, a continuación se abordan algunas de las principales estrategias de prevención del suicidio, se describen cuáles son sus ventajas y las observaciones que se han realizado sobre cada una de ellas. Ver Tabla 1.

Tabla 1
Principales estrategias para la prevención del suicidio.

Estrategia de Prevención	Ventajas	Observaciones
<p>Campañas Universales</p> <p>Programas de capacitación para médicos de primer nivel de atención.</p>	<p>El impacto de los mensajes de la Conmemoración del Día Mundial para la Prevención del Suicidio, alcanza hasta un 40% de la población y un 24% recuerdan el contenido del mensaje (Mishara, 2014).</p> <p>Se relaciona con el reporte sobre el incremento de la prescripción de antidepresivos que decremantan los índices de suicidio (Bertolote, 2014; Mann, 2010).</p>	<p>Incrementan el conocimiento y mejoran las actitudes frente a las enfermedades mentales y el suicidio, pero cuentan con poca evidencia de que reduzcan la conducta suicida (Mann, 2010).</p> <p>Se debe capacitar periódicamente a los médicos pues de lo contrario recetan mecánicamente y los índices de suicidio pueden aumentar nuevamente (Mishara, 2014).</p> <p>No reduce el suicidio en países donde las personas regularmente asisten al médico desde antes de implementar la estrategia (Mann, 2010).</p>
<p>Programa Guardianes (Gatekeepers)</p>	<p>Han reportado ser exitosas para reducir el suicidio, se han evaluado en instituciones militares de países como Noruega y Estados Unidos, consisten en brindar capacitación frecuente para informar sobre los factores de riesgo, promover la búsqueda de ayuda y contar con los recursos necesarios y esfuerzos para reducir el estigma asociado a la búsqueda de ayuda (Mann, 2010).</p>	<p>Es una de las estrategias con mayor evidencia científica sobre su efectividad (Mann, 2010).</p>
<p>Programas de tamizaje</p> <p>Tratamiento farmacológico</p>	<p>Se enfocan en la conducta suicida o los factores de riesgo como la depresión o el abuso de sustancias. Se ha comprobado que el preguntarles a los jóvenes si presentan síntomas de conducta suicida no incrementa su riesgo (Bertolote, 2014; Mann, 2010).</p> <p>A mayor prescripción de antidepresivos menores índices de suicidio en adultos y jóvenes; se ha demostrado (aunque no en todos los países) que la prescripción de litio en los trastornos mayores del estado de ánimo así como la clonazepina para la esquizofrenia, es una estrategia efectiva para prevenir el suicidio (Mann, 2010). La Ketamina también ha mostrado resultados alentadores en el tratamiento rápido de los pensamientos suicidas (Zalsman et al., 2016).</p>	<p>Es una de las estrategias con mayor evidencia científica (Bertolote, 2014), pero es costosa, requiere adaptar y validar instrumentos para las diferentes poblaciones. Puede ser menos costoso identificar a las poblaciones en riesgo y trabajar con ellas (Mann, 2010).</p> <p>A pesar de que más del 90% de las personas que mueren por suicidio padecen un trastorno psiquiátrico, más del 80% no llevan un tratamiento farmacológico al momento de su muerte (Mann, 2010).</p> <p>Los pacientes no completan dichos tratamientos; los fallecidos no tienen la concentración terapéutica del medicamento en sangre para reducir la tasa de suicidios (Mishara, 2010). Es importante darle continuidad a la prescripción, apoyo al personal y promover la adherencia al tratamiento de los pacientes (Bertolote, 2014).</p>

Continuación tabla 1

Estrategia de Prevención	Ventajas	Observaciones
Psicoterapia	La <i>terapia</i> cognitivo conductual (CBT), terapia dialéctica conductual (DBT), resolución de problemas y cuidados intensivos en consulta externa, han resultado prometedores en la prevención del suicidio (Bertolote, 2014; Zalsman et al., 2016). Disminuye la conducta suicida y mejora la adherencia al tratamiento (Mann, 2010).	Se requiere de investigación con mayor rigor metodológico (Bertolote, 2014). En diversos estudios clínicos controlados no han mostrado resultados significativos en la reducción de suicidios (Ribelet et al., 2017).
Intervenciones de Seguimiento	Han resultado efectivas para pacientes que faltan a una cita o necesitan nuevas prescripciones. También han demostrado efectividad particularmente en pacientes con antecedentes de intentos de suicidio y trastornos del estado de ánimo (Mann, 2010). El seguimiento para pacientes o terceros (familiares/amigos), se han asociado con la reducción de los intentos de suicidio y suicidios (While et al., 2012).	Resulta un reto para los servicios de salud en términos de coordinación operativa en la cadena de cuidados brindados al paciente (National Suicide Prevention Lifeline, 2014). Algunos estudios en comparación con el tratamiento usual, no han demostrado una mayor efectividad en la reducción de los índices de reincidencia de la ideación o intentos de suicidio (Mann, 2010, Ribelet et al., 2017).
Restricción de medios	Se han implementado varias estrategias exitosas mediante el control de algunos medios letales, como: armas, pesticidas, control de la venta y prescripción de barbitúricos, destoxificar el gas doméstico, cambios en la presentación de analgésicos (con menor cantidad de comprimidos), utilización de convertidores catalíticos para las emisiones de los vehículos de motor, construcción de barreras donde la gente puede saltar, la utilización de antidepresivos menos tóxicos, el control en la venta del alcohol; entre otras, dependiendo de la población a la que va dirigida la estrategia (Mann, 2010).	Es la estrategia líder a nivel mundial (Bertolote, 2014; Mann, 2010). El decremento de suicidios se da, debido a que la muerte por suicidio ocurre en un momento de impulsividad (Mishara, 2014). No se logra un efecto significativo en la reducción de suicidios debido a que suele haber un aumento por medio del uso de otros métodos para autoinmolarse (Zalsman et al., 2016). Hay métodos que no se pueden restringir, como en México que el principal método es el ahorcamiento (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2019).
Medios de comunicación masiva	Son un medio para la psicoeducación pública, tienen el potencial para ayudar a disminuir el suicidio, por ejemplo, en el metro de Australia se implementó una campaña y éstos se redujeron en un 80%.	Estudios realizados sobre campañas publicitarias para la prevención de suicidio reportan un aumento de las llamadas a las líneas telefónicas de ayuda pero sin reducir los índices de suicidios (Zalsman et al., 2016). Pueden obstaculizar la prevención y exacerbar el riesgo al normalizarlo, glamorizarlo o promoverlo como forma para solucionar los problemas (Mann, 2010). Deben implementarse y monitorearse (Mann, 2010).

Si bien cada programa tiene sus fortalezas, actualmente la OMS (2014) propone tres grandes ejes de trabajo que se concentran en la prevención, la atención y el manejo adecuado de información a través de los medios de comunicación. Como parte de la intervención para la prevención del suicidio se reconoce la importancia del programa mhGAP (Mental Health Gap Action Program). Éste abarca ocho estrategias para los servicios en el primer nivel de atención, dirigidos a la detección oportuna y tratamiento de la depresión, psicosis, epilepsia, trastornos mentales y de conducta en niños y adolescentes, demencia, trastornos por abuso de sustancias, autolesiones/suicidio y otros trastornos frecuentes (como el estrés postraumático).

El mhGAP es un programa que incluye la capacitación a instructores, quienes a su vez instruyen al personal operativo especializado y no especializado del primer nivel de atención en salud. Busca incidir en las actitudes, información y habilidades del personal no especializado de primer contacto con el fin de que se haga un diagnóstico inicial adecuado, se brinde a los pacientes un trato digno, en caso de ser necesario se refiera al paciente a un tratamiento especializado y se realice el seguimiento de los pacientes para monitorear si están cumpliendo con las indicaciones que recibieron; el programa está diseñado para detectar oportunamente a las personas en riesgo suicida y evitar que lleguen a presentar intentos de suicidio, los cuales requieren de atención de segundo o tercer nivel.

Además de las estrategias más representativas de la prevención de suicidio, el uso de las nuevas tecnologías ha ido tomando cada vez más fuerza, tanto para la implementación de estrategias de intervención, como para la evaluación en tiempo real del riesgo suicida (O'Connor & Portzky, 2018).

En un estudio reportado por la National Suicide Prevention Lifeline (NSPL, fundada en 2005), cuyo objetivo fue pilotear un Programa de intervención vía chat para Veteranos (también se atendía a sus familiares y militares en activo), participaron 6,477 usuarios, de los cuales el 74% fueron mujeres, el 51% tenía 19 años o menos y el 83% estaban por debajo de los 29 años. Al inicio de la intervención se proporcionó a los participantes el nombre de quien los estaba atendiendo, se les preguntaba su edad y género, cuál era su principal preocupación, si presentaban pensamientos suicidas y qué tan perturbados se encontraban en una escala del 1 al 5; al terminar la sesión se les volvió a preguntar, qué tan perturbados se encontraban (igual, en una escala del 1 al 5). Para concluir, de manera

opcional, se les solicitó retroalimentación sobre el servicio (sólo, aproximadamente el 20% de las personas la contestó).

Los resultados obtenidos (después de nueve meses) mostraron que el 58% de los participantes reportaron haberse puesto en contacto por sentirse muy o extremadamente perturbados y el 59% manifestaron presencia de ideación suicida. De 1,296 personas que contestaron tanto las preguntas de entrada como las de salida, se observó que 701 usuarios que comenzaron respondiendo sentirse muy o extremadamente perturbados, el 62% reportaron haber mejorado su estado de ánimo al terminar la sesión. Operativamente es importante puntualizar que las sesiones de chat se tomaron más tiempo que las llamadas telefónicas, en promedio 29 minutos, pero en ocasiones llegaban hasta dos horas. Incluso, la demanda de servicio rebasó la capacidad de atención del centro (de los 17,000 que buscaron apoyo, aproximadamente una tercera parte de ellos no logró el contacto), debido a la larga espera para poder acceder a un especialista (Murphy, 2013).

De hecho, las redes sociales han venido a cambiar la vida de las personas, pueden emplearse como una herramienta para el desarrollo e instrumentación de estrategias de prevención del suicidio. Ciertamente, se suelen utilizar los medios digitales para expresar los pensamientos suicidas, algunas personas han dejado sus notas póstumas virtuales ante una enorme cantidad de testigos y dejan historiales digitales que pueden llegar a provocar suicidios por contagio. Aunque también se han utilizado para informarse, ser más conscientes y lo más importante, buscar ayuda (Murphy, 2013).

Autores como Luxton y colaboradores (2015) refieren que de acuerdo con el *Reporte Global del Mercado de Salud para Celulares* (Global Mobile Health Market Report), de 2010 a 2015, existían alrededor de 500 millones de usuarios de alguna aplicación de salud mental en sus teléfonos inteligentes en todo el mundo; para el 2018, se estimó que el 50% de los más de 3.4 miles de millones de usuarios de un teléfono inteligente y tabletas electrónicas habían descargado aplicaciones de salud mental. Este tipo de aplicaciones son plataformas diseñadas para intervenciones de contacto con las personas en riesgo suicida, pueden ayudar en la toma de decisiones, proporcionar teléfonos de atención, enviar recordatorios de citas con el especialista, etc.

La apertura de servicios de telemedicina sincrónicos también pueden ayudar a mejorar los métodos para evaluar el riesgo suicida, facilitar el acceso a un servicio de apoyo

emocional y de afrontamiento, brindar asistencia para la implementación de un plan de seguridad, así como proveer apoyo e información a pacientes y familiares. Dentro de sus recursos (encontrados en diversas combinaciones de servicios dentro de algunas apps disponibles) se encuentran: apoyo a las personas en riesgo de suicidio y aquellas que requieren brindar asistencia en casos de crisis suicida (como un triage, apoyo para realizar un plan de seguridad, información sobre las mejores prácticas para abordar a un paciente, cómo referirlo y las líneas de emergencia disponibles).

El directorio para recibir apoyo puede incluir centros de atención en crisis, servicios médicos, algún grupo de pertenencia o alguna persona particular vinculada al paciente. Algunas apps contienen un protocolo para hacer una *caja de la esperanza*, que tienen el objetivo de redirigir los pensamientos negativos de las personas suicidas o deprimidas, hacia razones para vivir, (las cajas contienen por ejemplo, fotos, objetos, música, etc.). De estas aplicaciones, dos proyectos tienen el objetivo de mejorar la predicción de la conducta suicida, tanto con marcadores biométricos, como con la incorporación de diferentes fuentes de datos, por ejemplo, la información obtenida de teléfonos inteligentes y de las redes sociales, entre otras (Luxton, June, & Chalker, 2015); uno de los proyectos es llamado Proyecto Durkheim (Poulin, 2014).

También, algunas apps permiten dar *seguimiento de apoyo* interpersonal vía e-mail, mensajes de texto o llamadas telefónicas. Otra función es brindar información de la intervención más apropiada a partir de la evaluación de la persona en riesgo. Además, las apps deben mantener protegidos los datos de sus usuarios, a la vez de poder ser referidos desde y para servicios de atención autorizados. Dentro de las limitaciones de una estrategia con una aplicación, es que muchas personas no tienen un teléfono inteligente, también hay personas con barreras en la utilización de la tecnología, y eso deja fuera a un sector de la población que se encuentra en condiciones de pobreza que requieren del apoyo en situaciones de riesgo suicida (OMS, 2019). Pese a que es una estrategia prometedora, la utilización de apps de salud mental, no cuenta aún con suficiente evidencia de su efectividad en la reducción de suicidios (Luxton, June, & Chalker, 2015).

En cuanto a las intervenciones telefónicas en personas con riesgo suicida, Mishara y colaboradores (2007) estudiaron las características del personal encargado de las llamadas. Realizaron el monitoreo de las llamadas en 14 líneas de ocho centros de ayuda, analizaron

la relación entre las características de la intervención y los resultados reportados para 1,431 llamadas de casos en crisis. En cuanto al enfoque técnico utilizado para la intervención, cuatro de los ocho centros utilizaban un modelo directivo en sus llamadas y los otros cuatro uno no directivo. Dentro de los resultados se encontró que la empatía y el respeto, (que parecen ser cualidades naturales que algunas personas tienen y otras no), así como las intervenciones de apoyo y resolución de problemas de forma colaborativa, estuvieron relacionadas significativamente con resultados positivos, pero no la escucha activa.

Las intervenciones con mejores resultados se categorizaron en la validación de emociones, brindar apoyo moral, buen contacto, replanteamiento cognitivo, hablar de la experiencia propia y ofrecerse a llamar nuevamente. De hecho, el enfoque colaborativo en la solución de problemas fue uno de los que resultaron de forma significativa con mejores efectos al hacer preguntas específicas sobre los hechos, el problema, los recursos, sugerir formas para resolver el problema, indagar sobre los eventos precipitantes, proponer un contrato de no hacerse daño, sugerir un plan de acción y ofrecer referencia.

La combinación del apoyo y contacto colaborativo en la solución de problemas (técnica mixta no directiva-directiva) fue la que obtuvo mayores beneficios. También se identificó lo que no se debe hacer; por ejemplo, decirle a la persona qué debe hacer, leerle información, desafiarlo, hacer juicios de valor o morales. Éstas no resultaron con un efecto negativo pero tampoco tuvieron ningún resultado positivo. Por otro lado, compartir experiencias personales parece ser de mucha ayuda; es algo que se encuentra señalado como contraindicación en las teorías de la psicoterapia y parece no tener fundamento para las intervenciones vía telefónica, de cualquier forma es algo que se debe continuar investigando. Este estudio refleja la complejidad y la estructura técnica que debe considerarse para las llamadas con pacientes en riesgo suicida.

Intervenciones post hospitalarias para pacientes con intento de suicidio

Los servicios de urgencias son frecuentemente utilizados por las personas con intentos de suicidio severos, sin embargo, la hospitalización de estos pacientes es poco frecuente y un tratamiento indicado se lleva a cabo raras veces. La intervención en los servicios de urgencias se limita a brindar atención hasta el momento en que el paciente es dado de alta con una referencia a un hospital de alta especialidad o cita subsecuente a la que pocas veces el paciente acude (Biggs, Sonmez & Stanley 2006). Por lo tanto, darle

continuidad al tratamiento de pacientes en riesgo de suicidio después de ser dados de alta es un reto para los servicios de salud (Riblet, Richardson, Shiner, Peltzman, Watts, & McCarthy, 2018).

Lo anterior conduce a pensar en la necesidad de intervenciones para reducir la probabilidad de reincidencia de la conducta suicida, al considerar se ha incrementado, asociada a mayor presencia de violencia autoinflingida, alteraciones mentales, dependencia al alcohol y otros trastornos por uso de sustancias (Alves et al., 2017), factores directamente vinculados con el fenómeno suicida. Así es como surgen las intervenciones de monitoreo a través de un seguimiento al paciente, que aumentan las facilidades para acceder o mantener un tratamiento en un servicio de salud mental hasta que disminuya el riesgo suicida, evitando que el paciente vuelva a intentar suicidarse. Dichas intervenciones se han realizado vía correo postal, correo electrónico, mensaje de texto, visitas domiciliarias y contacto telefónico, con resultados diversos en cuanto a su efectividad (Bertolote et al., 2010; Berrouiguet, Gravey, Le Galudec, Alavi, & Walter, 2014; Motto & Bostrom, 2001).

Ejemplo de una estrategia de atención y seguimiento a pacientes con intentos de suicidio en servicios de urgencias en América Latina es la del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile (2013) misma que forma parte del Programa Nacional de Prevención de Suicidio. Consiste en un protocolo de registro y canalización de pacientes con intento de suicidio recibidos en los servicios de urgencias, el cual incluye un formato para el registro epidemiológico y seguimiento del paciente y de su familia. El programa tiene como objetivos: aportar información para la definición de perfiles de riesgo y garantizar la atención preventiva de las personas que han realizado un intento. Igualmente, dicho programa contempla la capacitación a todo el personal médico y paramédico, así como, de un responsable que notifica el caso al área de registro epidemiológico, misma que informa a la coordinación general de los servicios especializados de salud mental para su atención y seguimiento.

Otra estrategia, es la del National Suicide Prevention Lifeline (NSPL) de Estados Unidos, que ofrece intervención telefónica de emergencia, pero también cuentan con una intervención de seguimiento que se personaliza a partir de la evaluación del riesgo inicial y el desarrollo de un plan para reintegrarse a la vida diaria. Los pacientes pueden ser

registrados en la NSPL cuando son dados de alta de algún servicio de urgencias o después de haber estado internados en un hospital de salud mental. El programa cuenta con un protocolo para establecer el encuadre de seguimiento telefónico, se explica al paciente que el propósito principal es saber cómo ha estado, qué tan seguro o bien se ha sentido y qué acciones o cosas ha realizado para mantenerse tranquilo, en caso de ser necesario o si reincide en una crisis suicida, se le proporciona información para que sea atendido por un especialista (National Suicide Prevention Lifeline, 2014).

Respecto a estas dos estrategias de atención, no se encontraron reportes sobre su eficacia. Sin embargo, en un estudio realizado por Motto y Bostrom (2001) se analizó el impacto de una estrategia de seguimiento para pacientes con intento de suicidio (que se rehusaron a llevar tratamiento usual); el protocolo se llevó a cabo vía correo postal en el que se realizó un seguimiento durante 5 años (de 1969 a 1974) con el fin de que los pacientes supieran que alguien estaba pendiente de ellos y así mantener sentimientos positivos. En el estudio participaron pacientes dados de alta de un hospital psiquiátrico después de un intento de suicidio, de éstos 843 se rehusaron al tratamiento usual, por lo que fueron asignados de manera aleatoria a dos grupos: uno en seguimiento postal y otro sin seguimiento (grupo control).

Los resultados mostraron que en el grupo de tratamiento usual fallecieron el 6.2% (121 de 1,939) por suicidio, en el grupo de seguimiento postal murieron 15 de 389 (3.9%) y en el grupo control hubo 21 suicidios de 454 participantes (4.6%). A partir de este estudio, se han reportado algunos otros (en diferentes países) que ponen a prueba la efectividad de diversas modalidades de seguimiento que se realizan con los pacientes que llegan a un servicio de urgencias por intento de suicidio una vez que son dados de alta.

Al respecto, Allard y colaboradores (1992) evaluaron la efectividad en la reducción del riesgo suicida con una estrategia de contacto intensivo. En el estudio participaron 150 pacientes con intento de suicidio quienes se asignaron aleatoriamente a dos grupos: 76 participantes conformaron el grupo con seguimiento intensivo y 74 el grupo control en tratamiento usual.

La intervención consistió inicialmente en realizar un plan de tratamiento colaborativo con cada paciente, previo a su alta hospitalaria (con un enfoque técnico de psicoterapia de apoyo o psicoanalítica, psicosocial o psicoterapia conductual).

Posteriormente, se llevaron a cabo visitas domiciliarias semanales durante el primer mes, cada dos semanas por los tres meses siguientes y visitas mensuales por los ocho meses restantes (12 meses de visitas). La estrategia también incluía mensajes de texto o llamadas de recordatorio para sus citas, así como visitas domiciliarias en caso de que el paciente faltara a sus citas; también se les refirió a los servicios de psiquiatría, un año después de finalizar la intervención de contacto intensivo.

Al concluir la intervención se analizaron los resultados de reincidencia de intentos de suicidio sin encontrar diferencias significativas entre el grupo de intervención y el grupo control. A su vez, se calculó en un 2% la disminución del riesgo suicida en los pacientes del grupo de intervención, cuando esperaban alcanzar un 50% de disminución. Otro hallazgo del estudio fue encontrar como predictores de los intentos de suicidio los antecedentes de problemas de salud y el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, que aumentaron seis veces la posibilidad de reincidencia durante los dos años subsecuentes a la intervención.

Otro predictor importante fue tener antecedentes de intentos de suicidio previos al intento por el que ingresaron, aumentando cuatro veces la probabilidad de reincidencia. Por último, ser soltero(a), y el abuso en el consumo de sustancias tóxicas (alcohol u otras drogas) aumentaron tres veces la posibilidad de reincidencia de intentos de suicidio. Los resultados no fueron los esperados, sin embargo, se recomendó que los esfuerzos futuros puedan considerar los intentos previos, indicadores clínicos, características personales, relaciones interpersonales, circunstancias sociales o patología física o mental (Allard, Marshall & Plante, 1992).

Además del estudio de Allard y colaboradores (1992), De Leo y colaboradores (1995) evaluaron el seguimiento de pacientes vía contacto telefónico; el objetivo de su trabajo fue determinar el efecto que tenía una estrategia de asistencia telefónica de ayuda y contacto en la conducta suicida de adultos mayores. Dicha estrategia cubría dos funciones: la atención en momentos de emergencia y llamadas de monitoreo dos veces por semana, por parte de personal capacitado para realizar entrevistas informales, breves y brindar apoyo emocional.

Los participantes fueron 12,135 adultos de 65 años en adelante que recibían el servicio de atención de emergencia, reclutados en el periodo de enero de 1988 a diciembre

de 1991; la mayoría eran mujeres viudas, que vivían solas y parcialmente independientes. Los resultados mostraron que de las 1,875 muertes registradas, una fue por suicidio, lo que representó un índice de suicidios significativamente menor al compararlos con los ocurridos en la población general del mismo grupo de edad. Además, la solicitud de visitas domiciliarias disminuyó tomando en cuenta las solicitudes usuales que se registraban en el servicio.

Lo anterior parece indicar que el servicio de asistencia de emergencias y contacto tuvo una influencia positiva en algunos aspectos de la calidad de vida de los pacientes. El acompañamiento que brindaban las llamadas mitigaba el sentimiento de soledad que se suele acentuar en la edad adulta como uno de los principales factores de riesgo asociados al suicidio. El estudio no fue concluyente debido al posible subregistro de suicidios en la muestra de pacientes (De Leo, Carollo, & Dello Buono, 1995).

Ante estos hallazgos prometedores de las estrategias de seguimiento, se realizó un estudio conocido como SUPRE-MISS (Estudio Multicéntrico de Prevención de Suicidio sobre las Conductas Suicidas), implementado de enero de 2002 a abril de 2004 y auspiciado por la OMS. En dicho periodo de tiempo se reclutaron y se dio seguimiento a 1867 pacientes con intento de suicidio, atendidos en los servicios de urgencias de cinco provincias de diferentes países clasificados como de *medianos* y *bajos ingresos* (Campinas, Brasil; Chennai, India; Colombo, Sri Lanka; Karaj, Republica de Irán y Yuncheng, China).

Se realizó una asignación aleatoria de los pacientes a dos grupos, uno que recibió su tratamiento usual y otro que además del tratamiento usual se le dio seguimiento a través de una intervención breve y de contacto (Brief Intervention and Contact [BIC]), la cual consistió en una entrevista inicial a profundidad durante su estancia hospitalaria, otra a los tres meses después del intento de suicidio y sesiones de seguimiento telefónico o visitas domiciliarias en las semanas 1, 2, 4, 7 y 11, así como al mes 4, 6, 12 y 18. Los resultados obtenidos después de 18 meses de seguimiento, mostraron que el 2.7% (22 personas) de los pacientes con tratamiento habitual murieron por diversas causas y 2.2% (18 pacientes) fallecieron por suicidio; mientras que para los que llevaron la intervención breve y de contacto (BIC), 1.3% murieron por diversas causas (11 personas) y 0.2% (dos pacientes) por suicidio (Fleishman et al, 2008).

Sin embargo, en el caso de Campinas, Brasil e Irán, los que llevaban el tratamiento usual presentaron menor reincidencia de intentos de suicidio que los que se encontraban en el grupo de pacientes bajo la intervención de seguimiento; mientras que en el caso de India, Sri Lanka y China fue menor el porcentaje de reincidencia de intentos de suicidio en los que se encontraban en seguimiento, que en los que llevaron un tratamiento habitual (Bertolote et al., 2010; Bertolote, Mello-Santos & Botega, 2010).

Asimismo, Miller y colaboradores (2017) evaluaron la efectividad de una estrategia que consistió en un plan de seguridad y seguimiento telefónico para pacientes con intento de suicidio una vez que fueron dados de alta de un servicio de urgencias (Intervención Coping Long Term with Active Suicide Program, CLASP-ED), comparándola con el tratamiento usual y con una intervención de tamizaje universal. De los 1,376 participantes, 497 llevaron tratamiento usual (TAU), 377 llevaron una intervención de tamizaje y 502 la intervención de seguimiento, la cual consistió en siete llamadas telefónicas breves (de 10 a 20 minutos) y cuatro llamadas a una persona significativa (de apoyo, si la hubiera).

Al comparar el tratamiento habitual, con el protocolo de tamizaje universal y la intervención de seguimiento CLAS-ED, los resultados reflejaron una menor reincidencia de intentos de suicidio en los pacientes que llevaron la intervención de seguimiento telefónico versus el tratamiento usual; sin embargo este protocolo requiere de una certificación y no puede llevarse a cabo por personal clínico no especializado, por lo tanto es una estrategia con baja factibilidad para implementarse en el sistema de salud de México.

En otro estudio basado en los postulados del modelo motivacional volitivo integrado, O'Connor (2018) analizó la efectividad de una intervención breve para pacientes con intento de suicidio atendidos en un servicio de urgencias. Los participantes fueron seleccionados aleatoriamente y asignados al grupo de intervención o al control. Se asignaron 259 pacientes al tratamiento usual y 259 recibieron una intervención psicológica breve que consistió en la elaboración de una hoja de voluntad con ideas para afrontar una crisis suicida.

La hoja de voluntad elaborada por el paciente fue un plan para detener las autolesiones; el protocolo de elaboración consistió en leer con los pacientes una lista con situaciones comunes que suelen llevar a las personas a autolesionarse así como otra lista de soluciones potenciales para que ellos, en función de dicha información hicieron su propia

lista de soluciones potenciales. Esta lista se la llevaron a casa y el personal encargado de la intervención se quedó una copia, dos meses después se les envió la copia de lista de soluciones a sus casas, con el fin de darles seguimiento por medio de dicho estímulo.

Los resultados indicaron una disminución de la reincidencia de casos con autolesiones en los servicios de urgencias, pero no fueron estadísticamente significativos al compararlos con el grupo control; sin embargo, los autores concluyeron que pesar de no haber encontrado diferencias en cuanto la reincidencia de casos con autolesiones, aquellos que no abandonaron la intervención y presentaban antecedentes de conducta autolesiva parecieron haber sido más beneficiados, lo que indica que los programas de seguimiento actúan de diferente forma de acuerdo con el perfil general del paciente, lo cual es un asunto pendiente para investigaciones futuras.

Por otro lado, Milner y colaboradores (2015) llevaron a cabo un metaálisis que incluyó intervenciones de seguimiento a través de cartas postales, cartas escritas, tarjetas para usarse en caso de emergencia o llamadas de seguimiento después de ser dados de alta de un servicio de urgencias. También se incluyeron ensayos controlados aleatorizados, ensayos controlados aleatorios por conglomerados, ensayos cuasi experimentales y no aleatorios. Algunos de estos estudios fueron realizados con poblaciones comparables pero la ocurrencia de los contactos de seguimiento fue en distintos momentos. De un total de 11 estudios elegidos, con 8,485 participantes (4,101 del grupo de intervención y 4,384 del grupo control), no se encontró heterogeneidad en los que fueron realizados a 12 meses de seguimiento, ni en los que se llevaron a cabo por más de 12 meses. En cuanto a la reincidencia de autolesiones o intentos de suicidio al comparar los grupos de estudio, entre los tres estudios elegibles para este objetivo se obtuvo una reducción del 34% de reincidencia.

Los autores concluyeron que una posible interpretación del metaanálisis es que los contactos breves proporcionaron una forma de apoyo social para las personas en riesgo, por lo tanto resultaron menos propensas a las autolesiones. Se cuestionan los diseños dada la diferencia que existe entre las poblaciones que mueren por suicidio de las que se autolesionan o cometen intentos de suicidio. Se recomendó realizar más estudios, con diseños rigurosos, ya que la evidencia encontrada sugiere que al recibir una intervención breve de contacto no aumentan las autolesiones, intentos de suicidio o suicidios. Estudios

futuros deben enfocarse en intervenciones que reduzcan la frecuencia de repeticiones en los participantes, ya que es la forma en que la evidencia de la efectividad es más sólida (Milner, Carter, Pirkis, Robinson & Spittal, 2015).

En otro meta análisis, reportado por Inagaki y colaboradores (2019) que integra diversas intervenciones de contacto y seguimiento, se analizó el efecto sobre el riesgo de reincidencia de la conducta suicida en un periodo de seis meses después de ser dados de alta hospitalaria y como resultado secundario, a 12 meses después de su alta. Los criterios de inclusión fueron, que los intentos de suicidio hubieran ocurrido hace un mes o menos, que la intervención se iniciara en el momento de ingresar al servicio de urgencias o de un hospital de mayor nivel de atención en salud y que la muestra hubiera sido seleccionada de forma aleatoria. Esto inclinó la muestra hacia personas con un mayor riesgo de suicidio ya que los pacientes presentaban intentos de suicidio que ameritaron la atención médica. No se pudieron comparar medidas psicométricas porque los estudios utilizaban distintos tipos de evaluación e incluso, algunos utilizaban instrumentos que no estaban validados.

Los resultados mostraron que los contactos activos e intervenciones de seguimiento fueron efectivos para prevenir la reincidencia de la conducta suicida después de seis y doce meses. Se consideró que el efecto favorable de las intervenciones de seguimiento refuerza la conexión interpersonal entre el paciente y el personal que lo atiende; sin embargo, no se comprobó que este fuera el mecanismo que subyace al efecto positivo de las intervenciones por lo que se requiere investigación específica al respecto (Inagaki, Kawashima, Yonemoto & Yamada, 2019).

Por otro lado, en una revisión sistemática realizada por Luxton, June y Comtois (2012) sobre intervenciones de contacto, una vez que los pacientes con ideación o intentos de suicidio eran dados de alta, se analizaron las modalidades de contacto vía telefónica, correo postal, visitas domiciliarias, correos electrónicos y mensajes de texto. De once estudios aleatorizados con grupo control: cinco reportaron diferencias significativas en la reducción de la conducta suicida; cuatro no mostraron resultados contundentes respecto a la reducción del riesgo y los dos restantes no reportaron efectividad en la prevención de suicidio. Los autores concluyeron que de acuerdo con los grados de recomendación de las intervenciones de seguimiento resultaron prometedoras, pues reducen la conducta suicida. Consideran que investigaciones futuras se hagan con diseños de estudios clínicos

aleatorizados que ayuden a distinguir los factores específicos que hacen que unas intervenciones de seguimiento sean más efectivas que otras.

Otro antecedente relevante de las intervenciones de seguimiento es que cuentan con evidencia de ser económicamente costeables, al ser más económicas que las intervenciones paciente-especialista así como por la compensación de reducción de días productivos perdidos por enfermedad. Evidencia de lo anterior, se observa en el estudio llevado a cabo por el consorcio Gente Saludable 2020, pues al evaluar diversas estrategias se encontró que el agregar el envío de correspondencia, llamadas telefónicas o terapia cognitivo conductual focalizada en el suicidio, aumentaban significativamente la efectividad del tratamiento usual para la disminución de intentos de suicidios como de suicidios (Denchev *et al.*, 2017).

Cabe señalar que este tipo de estrategias surgen como medida paliativa para países de bajos y medianos ingresos, donde el acceso al tratamiento de un especialista en salud mental es a veces complicado; aunque en caso de poder acceder a un tratamiento especializado la intervención de llamadas de seguimiento sería un complemento o, en algunos casos, el recurso más factible para brindarle un mejor servicio al paciente en riesgo (Fleishman et al, 2008).

Como se puede observar, los estudios empíricos y revisiones sistemáticas coinciden en que los pacientes con intento de suicidio, una vez que son dados de alta se encuentran en alto riesgo de reincidir durante las primeras semanas; se estima que el riesgo de suicidio llega a ser hasta 100 veces mayor que en la población general. También coinciden en que la efectividad de las intervenciones de seguimiento residen principalmente, en el incremento del apoyo social, la información recibida, la comprensión del fenómeno suicida, mejorar las estrategias de afrontamiento de los pacientes y ser detectados oportunamente en caso de requerir ser valorados nuevamente por un servicio especializado de salud mental. Sin embargo, no se han obtenido resultados concluyentes, tanto por la variedad de estrategias que se han probado y como por las limitaciones metodológicas, por lo tanto, aún hacen falta estudios clínicos aleatorizados con mayor número de participantes (Fleishman et al, 2008, Luxton, June, & Comtois, 2013; Mishara, 2014; Milner, Spittal, Kapur, Witt, Pirkis, & Carter, 2016; Ribelet et al., 2017).

Considerando las limitantes, se rescatan tres puntos; en primer lugar se observa que la conducta suicida no aumenta respecto a los del grupo control (que suelen llevar el

tratamiento usual); en segundo lugar, que en algunos estudios con grandes muestras y aleatorización con grupo control sí se ha observado una reducción de suicidios y de muerte por otras causas y finalmente, dado que es una población en alto riesgo, el análisis de los estudios tiene limitaciones, sea por el tamaño de la muestra, la ausencia de grupo control, la diversidad de instrumentos para medir la efectividad de las intervenciones y de las estrategias metodológicas utilizadas para brindar seguimiento y apoyo a los pacientes después de ser dados de alta.

Sin embargo, pese a los desafíos, los estudios también concluyen que la efectividad de las intervenciones reside en la sensación de apoyo que perciben los pacientes por parte del personal que está al pendiente de ellos; y como parte de este apoyo les brindan información sobre el tratamiento, se desestigmatizan las enfermedades mentales, la conducta suicida y su tratamiento. Reciben un trato digno y se fomenta la adherencia al tratamiento usual (Milner, Spittal, Kapur, Witt, Pirkis, & Carter, 2016). Por lo tanto, la percepción de apoyo incide en la disminución de los niveles de pertenencia frustrada y percibirse como una carga, dos indicadores del riesgo suicida que se deben evaluar para analizar la efectividad de las intervenciones de seguimiento, incluyendo la intervención telefónica del estudio actual.

CAPÍTULO 4: RIESGO SUICIDA

Evaluación del riesgo suicida

Como se ha descrito en los capítulos anteriores, al menos en la mitad de los casos de suicidio, en la antesala de la muerte se encuentran los intentos de suicidio, al grado que se estima que un intento de suicidio aumenta 70 veces la probabilidad de que la persona reincida en un nuevo intento y 40 veces en que fallezca por suicidio (Ribeiro, Franklin, Fox, Bentley, Kleiman, Chang & Nock, 2016). Entre un 12% a un 25% de las personas con intento de suicidio lo vuelven a intentar en un periodo de un año y el 11% de quienes lo intentan mueren por suicidio eventualmente (Mishara, 2016). Por lo tanto los intentos de suicidio son un indicador relevante en la estimación del riesgo suicida.

Sin embargo, evaluar el riesgo de suicidio es una actividad que en el contexto clínico suele provocar ansiedad, el personal encargado puede adoptar una postura de excesiva precaución –bajo el lema “mejor salvar que lamentarlo después”-, al grado de que si un paciente menciona padecer algo de ideación suicida entonces se considera que se encuentra en alto riesgo de morir. Por otro lado, también se puede llegar a subestimar el riesgo de suicidio, ya sea por una evaluación ineficiente o una actitud desdeñable. El problema reside, en que, pese a que son potentes marcadores de riesgo, el suicidio ocurre con poca frecuencia entre las personas con ideación e intentos de suicidio, lo cual hace más acertados a los clínicos que determinan que no existe riesgo de muerte que a los que deciden lo contrario. Además, el segundo criterio resultaría inoperante por la sobrecarga laboral que esto implicaría (Bryan & Rudd, 2006); sin embargo, desestimarlos es una postura negligente.

Regularmente, la toma de decisiones para determinar el nivel de riesgo suicida, tanto en servicios de urgencias como en servicios de psiquiatría, se realiza utilizando escalas o entrevistas con diversos criterios de clasificación. Al respecto, en un estudio en el que se analizó la evaluación del riesgo suicida en 32 hospitales de Inglaterra y se compararon 20 escalas diferentes de riesgo suicida, reflejó la falta de consenso para contar con una medida estándar, así como la inexactitud para predecir el riesgo futuro. Al analizar el valor predictivo de las escalas, se encontró que algunas contaban con sensibilidad para detectar a los pacientes en riesgo alto o mediano de reincidir en intentos de suicidio o morir por suicidio, pero baja especificidad; es decir, detectaban falsos positivos.

Por otro lado, también se observó que se utilizan escalas con baja sensibilidad para identificar pacientes en alto riesgo, quienes reincidieron en intentos o murieron por suicidio pero una alta especificidad para clasificar a los que se encontraban en bajo riesgo y no reincidieron en intentos de suicidio. Por lo tanto se llegó a la conclusión, de que la estimación del riesgo suicida sigue siendo un reto que dificulta brindar indicaciones clínicas precisas y por lo tanto prevenir suicidios (Steege, et al., 2018).

Entrevistas para evaluar el riesgo suicida

Además de las escalas para estimar el riesgo suicida, otro recurso de evaluación ampliamente utilizado es la entrevista, ésta permite profundizar además de contar con más elementos de evaluación dada la interacción entre los participantes y la observación de las conductas no verbales. El contexto de la entrevista permite brindar contención y promueve la formación de un vínculo con el personal clínico. De hecho, en las guías de entrevista existen diversas versiones con similitudes y diferencias, tanto en los criterios a explorar, las clasificaciones del nivel de riesgo como en las indicaciones clínicas post evaluación.

En general exploran: conducta suicida actual, antecedentes personales y familiares de la misma, factores precipitantes, factores de riesgos agudos y crónicos, individuales y contextuales, también, factores protectores como las redes de apoyo, razones para vivir y estrategias de afrontamiento. Cada guía de entrevista se diferencia por los factores de riesgo y protección de acuerdo al enfoque teórico con el que fueron diseñadas (Bertolote, Mello-Santos & Botega, 2010; Bryan & Rudd, 2006; Chu, Kein, Buchman-Schmitt, Hom, Hagan & Joiner, 2015; Jobes, 2016).

Las clasificaciones del nivel de riesgo varían desde el modelo de Chu y colaboradores (2015) con cuatro clasificaciones sin contar con un nivel sin riesgo hasta el modelo de Bertolote y colaboradores (2010) con siete clasificaciones numéricas que van del cero al seis. Coinciden en que las clasificaciones del nivel de riesgo más bajas son sin síntomas suicidas, seguidos por niveles de leve a moderado caracterizadas principalmente con indicadores de ideación suicida desde leve con deseos de morir hasta severa asociada a otros factores de riesgo, hasta llegar a niveles altos o extremos de riesgo suicida por la presencia de intentos de suicidio o ideación suicida con planeación y alta intencionalidad (Bertolote, Mello-Santos & Botega, 2010; Bryan & Rudd, 2006; Chu, Kein, Buchman-Schmitt, Hom, Hagan & Joiner, 2015).

Las recomendaciones para el manejo clínico de las personas con riesgo de suicidio bajo contemplan el trato empático, promoción del apoyo social y de actividades recreativas; seguimiento telefónico, para el riesgo medio atención especializada ambulatoria y apoyo familiar hasta la recomendación de hospitalización voluntaria o involuntaria para niveles de riesgo suicida alto e inminente (Bertolote, Mello-Santos & Botega, 2010; Bryan & Rudd, 2006; Chu, Kein, Buchman-Schmitt, Hom, Hagan & Joiner, 2015).

Se puede apreciar que evaluar el riesgo de suicidio requiere información de múltiples factores asociados, tanto a lo largo de la vida como aquellos que corresponden a la situación actual del paciente, como: la presencia de ideación persistente, antecedentes tanto personales como familiares de ideación, intento y/o suicidios, psicopatología, enfermedades físicas, personalidad, las relaciones interpersonales, el fracaso y la desesperanza. Incluso, los modelos teóricos en los que se sustentan en ocasiones difieren en el valor que tienen los factores para estimar el riesgo. En lo que sí coinciden, es en que el riesgo se incrementa en la medida en que los pacientes refieren ideación, planeación o intentos de suicidio y en las recomendaciones de tratamiento.

En general, el tipo de entrevista es directiva, busca promover la contención y discernimiento de indicadores para iniciar el trabajo de recuperación (Clemans, 2015; Bertolote, Mello-Santos & Botega, 2010). A su vez, uno de los principales desafíos en una entrevista para evaluar el riesgo, se encuentra al abordar el tema de las conductas suicidas, sin embargo, si éste no es abordado en primera instancia de forma empática, la mayoría de los pacientes para quienes no parece relevante pueden desestimar el asunto, otros lo pondrán en pausa aumentando la ansiedad cuando hablen al respecto. Por lo tanto, Jobes (2016) recomienda abordar el problema de frente con empatía sobre todo después de haber ocurrido una crisis suicida.

Como se ha observado, la exploración de factores de riesgo, es necesaria para evaluar el nivel de riesgo suicida; por lo tanto, identificar un factor de riesgo causal es valioso, pues al modificarlo influye en el pronóstico del riesgo suicida. Al respecto, algunos factores de riesgo destacados de las teorías del suicidio son: el dolor psicológico, la desesperanza, los problemas en la regulación emocional (disregulación), percibirse como una carga, pertenencia frustrada, capacidad para suicidarse, fracasos, acorralamiento, bajo apoyo social, deficiencias neuroendocrinas, psicopatología de la personalidad, sucesos de

vida adversos y trastornos psiquiátricos, entre otros. Sin embargo, ningún marco teórico explica la conducta suicida en su totalidad.

De hecho, más allá de las teorías, algunas organizaciones difunden información sobre factores de riesgo, entre los que encuentran diversos trastornos psiquiátricos, problemas de salud, antecedentes familiares de padecimientos mentales y comportamiento suicida, antecedentes personales de sucesos de vida adversos como abuso físico o sexual, pérdidas significativas, el acceso a medios letales, intentos de suicidio; y factores contextuales relevantes como desempleo, prejuicios hacia las minorías, soledad, creencias culturales y barreras en el acceso a tratamiento especializado. Sin embargo, sigue siendo un reto para la investigación, identificar factores de riesgo predictores versus asociados a la conducta, pues repercuten directamente en el diseño de tratamientos efectivos; además, falta explorar distintos perfiles de riesgo y tratamientos, de acuerdo con poblaciones específicas (Franklin et al., 2016).

Dado que encontrar perfiles es uno de los desafíos actuales, debido a la enorme cantidad de variables asociadas a la presencia de ideación, intentos o suicidios, distinguir aquellos que aumentan la probabilidad de su presencia resulta invaluable para la prevención del suicidio; en este sentido Borges y colaboradores (2012) realizaron un estudio con el propósito de establecer un índice de riesgo de intento de suicidio en población mexicana (incluyeron áreas rurales y urbanas). Reclutaron una muestra representativa con 22,962 participantes, dividida en dos grupos: uno con ideación suicida que reportaron un intento de suicidio realizado en los últimos doce meses en ausencia de plan y otro, con aquellos que refirieron ideación suicida, plan e intento de suicidio en el mismo periodo de tiempo.

Los resultados mostraron que el abuso o dependencia al alcohol, problemas con el uso de drogas ilegales, sintomatología de depresión moderada, problemas de conducta, abuso sexual y la violencia en pareja, se asociaron con el aumento en el riesgo de presentar intentos de suicidio entre todas las personas que reportaron ideación en los últimos doce meses, riesgo que se incrementó 24 veces en aquellos que reportaron planes. De hecho, las personas con ideación, plan y cinco o más factores de riesgo, incrementaron 152 veces el riesgo de intentar suicidarse.

Otros factores encontrados con mayor probabilidad de presentar conducta suicida fueron: no contar con un vínculo matrimonial o de pareja, baja escolaridad, ser joven y con

subempleo. Los investigadores concluyeron que se deben incluir más factores de riesgo en estudios futuros y que la evaluación sea prospectiva (Borges, Orozco, & Medina Mora, 2012). Sin embargo, los resultados de este trabajo son un punto de partida para determinar perfiles de riesgo en diversas poblaciones del país, que exploren tanto factores proximales como distales.

Personalidad y riesgo suicida

A partir de la información descrita, se puede observar que tanto las entrevistas como las teorías integran factores proximales y distales para estimar el riesgo suicida; principalmente las que postulan la vulnerabilidad del individuo a partir del modelo diátesis-estrés porque resaltan la asociación de la psicopatología con el riesgo suicida (O'Connor & Nock, 2014; Mann, 1998; Bertolote, Mello-Santos & Botega, 2010). Ésta se caracteriza por la relación entre los atributos del individuo, por lo general estables, de rasgos psicológicos y mecanismos de un individuo que ejercen influencia en sus interacciones y ajustes para adaptarse al medio (Lucio & Hernández, 2016). Además se considera que el origen de los rasgos de personalidad se da por una compleja interacción entre el ambiente y los genes (dotación natural) (Brezo, Paris & Turecki, 2006, Turecki, 2019; Smith, Selwyn, Wolford-Clevenger, & Mandracchia, 2014).

Los factores de personalidad se pueden distinguir por características que hacen a un individuo único y a la vez parecido a los demás en las distintas épocas y lugares donde coinciden, lo que pone de manifiesto las diferencias y las similitudes que pueden ser de alguna manera observadas, medidas y agrupadas en términos de rasgos, tipos, estilos o aptitudes (Quintanilla *et al.*, 2004). A partir de la estructura de la personalidad, como parte de los principales factores de riesgo y protección con los que cuenta el individuo ante diversas situaciones tanto de su desarrollo como circunstanciales, se puede evolucionar desfavorablemente hacia las conductas suicidas (Brezo, Paris & Turecki, 2006), motivo por el cual resulta importante explorar, la relación de los indicadores de riesgo suicida postulados por la teoría interpersonal del suicidio.

De esta forma, el estudio de la personalidad asociada al riesgo suicida tiene utilidad en dos sentidos: distinguir cuáles rasgos de personalidad se relacionan con los principales factores asociados a la conducta suicida y cuáles tratamientos o estrategias de intervención dan mejores resultados para las personas en riesgo de acuerdo con sus perfiles de

personalidad (Rudd, Ellis, Rajab & Wehrly, 2000). Incluso, es importante evaluar programas universales y selectivos para población en riesgo con el fin de evitar desarrollar psicopatología en la personalidad (Smith et al, 2014).

Como se ha mencionado, una de las teorías con mayor evidencia empírica en la actualidad es la interpersonal del suicidio, sin embargo, a diferencia de otras no contempla la personalidad dentro de los factores que explican el suicidio; los estudios al respecto aún se encuentran en fase exploratoria (Baertschi, Costanza, Canuto, & Weber, 2018). Por ejemplo, en un estudio exploratorio realizado sobre la relación y predictibilidad de los cinco grandes factores de personalidad de Eysenck en pacientes con ideación suicida en función con la teoría interpersonal del suicidio, se reportó una correlación significativa entre neuroticismo con pertenencia frustrada y con percibirse como una carga; mientras que se encontró una correlación negativa entre apertura y pertenencia frustrada, además de correlaciones negativas entre extraversión y amabilidad tanto con pertenencia frustrada como con percibirse como una carga.

También, altos índices en neuroticismo y bajos niveles de extraversión, apertura y escrupulosidad se asociaron con ideación suicida. Asimismo, altos niveles de escrupulosidad y bajos en extraversión se encontraron como fuertes predictores de la capacidad adquirida para suicidarse. Por lo tanto, el estudio concluyó que algunos factores de personalidad pueden representar antecedentes importantes en el desarrollo del riesgo suicida de acuerdo con la taxonomía propuesta por la teoría interpersonal (Baertschi et al, 2018).

En otro estudio, que tuvo como objetivo relacionar la teoría interpersonal del suicidio con los rasgos de personalidad, participaron 1,029 pacientes adultos atendidos en consulta externa de una clínica universitaria. Los rasgos de personalidad se midieron con el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota 2-RF. Se encontró que: percibirse como una carga se relacionaba con problemas de salud física (dolor crónico), sentimiento de baja valía (como ser de poca ayuda a los demás), rumiación ansiosa y relaciones familiares conflictivas; mientras la pertenencia frustrada se relacionaba con infelicidad, soledad, relaciones tormentosas, introversión, torpeza social, pobre confianza en sí mismos y falta de asertividad. Por último, la capacidad adquirida para suicidarse se correlacionó con exposición repetida a experiencias provocadoras y dolorosas; las cuales a su vez tienen

como resultado la disminución del miedo al dolor y a la muerte (Anestis, Finn, Gottfried, Hames, Bodell, Hagan, Arnau, Anestis, Arbisi, & Joiner 2018).

Sin embargo, en otro estudio en el que se les dio seguimiento durante 18 años a pacientes diagnosticados con depresión, el neuroticismo no predijo el riesgo de suicidio, con la limitación de que se exploró sin analizar la relación con bajos niveles de extroversión. Por lo tanto, hasta el momento, la interacción de alta sensibilidad al estrés (*alto neuroticismo*) acompañado de desconexión social (*baja extroversión*) ha dado mayor evidencia de incrementar el riesgo de suicidio. Además, la interacción de los factores como apertura a experiencias nuevas, escrupulosidad, y amabilidad, no han mostrado resultados consistentes en algunos estudios (O'Connor & Nock, 2014), lo que implica la necesidad de profundizar en estas relaciones para explicar cómo es que interactúa la personalidad con el comportamiento suicida.

Por otro lado, Berezo y colaboradores (2006) realizaron una revisión sistemática sobre los correlatos entre los rasgos de personalidad con la ideación suicida, los intentos de suicidio y suicidios consumados. En los resultados encontraron que los rasgos más consistentes que predijeron historias de intentos de suicidio fueron la agresión, hostilidad y psicosis. Estos autores confirmaron que en varios estudios se concluye el papel central que juega el neuroticismo en la presencia de intentos de suicidio; la impulsividad y la búsqueda de experiencias novedosas también se encontraron consistentemente implicadas en diversas muestras estudiadas.

Otros resultados de estudios similares, mostraron que tanto la ansiedad como la agresión fueron fuertes predictores de los intentos de suicidio. Ser poco convencional e inconforme, así como constreñido, tendiente a la deseabilidad social, depresivo, pesimista, tener dudas sobre sí mismo, aversión interpersonal, errores perceptuales y baja emocionalidad positiva, se consideraron rasgos adicionales asociados a los intentos de suicidio. Asimismo, tener puntuaciones altas en neuroticismo y bajas puntuaciones en extroversión fueron rasgos asociados al riesgo de suicidio; es decir, la rigidez de pensamiento e inconformidad social se encontraron significativamente asociados con los pensamientos suicidas (Parkash & Kumar, 2010).

En México, en los resultados de la Encuesta Nacional de Comorbilidad Psiquiátrica realizada en población mayor de 18 años se observó que el 6.7% de las personas con

intento de suicidio padecen un trastorno del control de impulsos, 47.3% trastornos de ansiedad y 38.7% un trastorno del estado de ánimo (Medina Mora & Berenzon, 2016), estos trastornos también suelen coexistir tanto con el abuso de sustancias como con los trastornos de personalidad. En población adolescente el perfil de personalidad de aquellos con riesgo suicida incluye una alta demanda de afectos, dificultad para tolerar la frustración, tendencia a la agresión y dificultad para establecer relaciones profundas con otros; de forma semejante a los estudios hechos con adultos (Lucio & Hernández, 2016).

Desde otro enfoque, al indagar sobre los diversos perfiles de personalidad y su adecuación a una propuesta de intervención para prevenir el suicidio, Rudd y colaboradores (2000) observaron que en pacientes con intento de suicidio, el foco en el tratamiento era principalmente la dependencia, aunque de distinta forma para cada perfil. Estos autores señalaron que en general funciona, por un lado, apoyar la independencia funcional y por otro, resguardar al paciente; además, recomendaron establecer límites firmes y saludables. Agregan que los tratamientos suelen ser duraderos dada la cronicidad, severidad y complejidad del padecimiento y que la naturaleza y calidad de la relación terapéutica es un elemento fundamental como eje del tratamiento.

Ejemplo de esto, es el estudio llevado a cabo con pacientes con intento de suicidio que fueron evaluados a través del Inventario Clínico Multiaxial de Milton II (Rudd, Ellis, Rajab & Wehrly, 2000). Los resultados mostraron tres perfiles predominantes en los participantes: el primero denominado *Evitativo Negativista*, caracterizado por una frecuente evitación ante situaciones interpersonales, con una hipersensibilidad tanto en los propios sentimientos como de la reacción de los demás, con fluctuaciones de humor frecuentes y actitud sumisa.

El segundo perfil *Evitativo Dependiente Negativista*, se caracterizó por miedo al rechazo, sentimientos de inadecuación y fluctuaciones de humor, suelen sentirse menos capaces, menos atractivos, con menos valía personal que otros. Y por último, el perfil denominado *Evitativo Negativista Antisocial*, *personas* que no sólo se anticipan al rechazo sino a ser dañados emocionalmente, sus relaciones interpersonales suelen ser distantes, superficiales y marcadas por ser aprehensivas, dan la impresión de estar bien adaptados y ser egosintónicos, sin embargo, albergan resentimiento hacia la autoridad, desprecio y desconfianza (Rudd, Ellis, Rajab & Wehrly, 2000).

Los estudios de la personalidad relacionados con el riesgo suicida se han realizado en diversas poblaciones y con distintos instrumentos de evaluación, lo que complica dificultades para compararlos (Brezo, Paris, & Turecki, 2006); sin embargo, la evidencia demuestra que la psicopatología de la personalidad es un factor de riesgo que influye en el contenido del pensamiento, las emociones (O'Connor & Nock, 2014), la imposibilidad de adaptación al estrés y tolerar períodos de distrés.

Factores de riesgo

Por otro lado, hay que considerar que es un error responsabilizar al individuo por su estado de vulnerabilidad ya que, pese a que la personalidad es estable y es complicado modificarla en la edad adulta, su conformación es producto de la interacción con el ambiente, principalmente en los primeros años de vida. Por lo tanto, los rasgos psicopáticos de la personalidad que devienen de historias de abuso, negligencia y trauma (Smith et al., 2014) plantean un problema que hay que prevenir desde otros sectores además del de la salud (White, 2017).

En la presente investigación se caracterizó el riesgo suicida de los pacientes con intento de suicidio a través de los datos obtenidos de una entrevista directiva diseñada a partir de la teoría interpersonal del suicidio (considerando las variables de pertenencia frustrada, percibirse una carga y capacidad para suicidarse) agregando al modelo teórico los cinco grandes factores de personalidad psicopática (agresividad, falta de control, emocionalidad negativa, falta de emocionalidad positiva y psicotismo) con el propósito de explorar la relación entre las variables de riesgo suicida y la psicopatología de la personalidad.

En un metaanálisis sobre los factores de riesgo para la ideación y conducta suicida a largo plazo, los resultados mostraron que en general los factores de riesgo basados en la literatura son débiles y de baja precisión. Existe consenso en que las guías institucionales sobre factores de riesgo que se utilizan para evaluar el riesgo suicida se continúen poniendo a prueba en estudios empíricos para poder conocer su valor predictivo tanto a corto como a largo plazo.

De hecho, se considera necesario analizar cómo interactúan un buen número de factores, que se puedan ajustar a los modelos al observar la forma en que se agrupan los factores al observar su estabilidad en el tiempo, pues mientras algunos suelen tener efectos

a largo plazo otros cambian su efecto sobre el riesgo en periodos cortos de tiempo. También, los autores sugieren la creación de perfiles para poblaciones específicas como los pacientes que han tenido un internamiento psiquiátrico, los veteranos de guerra, los que padecen un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno de la personalidad, entre otros perfiles posibles (Franklin et al., 2016).

Respecto a los factores relacionados con la predicción de la ideación e intentos de suicidio a corto plazo, Ribeiro y colaboradores (2019) realizaron un estudio en el que participaron 1,021 personas de todo el mundo con altos niveles de riesgo suicida o autolesiones. Se realizaron evaluaciones de seguimiento a los días 3, 14 y 28 después de la estimación inicial. Los resultados señalaron que los predictores principales de ideación suicida fueron: la probabilidad de un intento de suicidio futuro predicha por el mismo paciente, la probabilidad de un plan de suicidio futuro, haber realizado un plan suicida el mes pasado, la severidad de la psicopatología, odio a sí mismo, temeridad ante la muerte y desesperanza aguda (estado).

Por otro lado, los predictores principales encontrados para los intentos de suicidio fueron: odio a sí mismo, la ideación suicida, un intento de suicidio durante el último mes, planes suicidas durante el último mes, antecedentes de múltiples intentos e intentos de suicidio severos. La severidad de la psicopatología se mostró como un predictor fuerte a los 14 días, pero no tan fuerte a los tres y a los 28 días de seguimiento.

Sin embargo, la interacción de los factores es sumamente compleja, por lo tanto, es importante dejar de considerar estos factores como una lista de cotejo, pues estamos frente a un fenómeno irreductible, en el que intervienen múltiples factores biopsicosociales en compleja interacción.

Al ser un fenómeno indeterminado en el que distintos mecanismos o trayectorias pueden producir el mismo resultado. Pese a que los hallazgos alcanzados actualmente son valiosos y que cuentan con un amplio respaldo empírico y teórico, es importante estar conscientes que dejan de lado otros fenómenos que también inciden en el desarrollo de la conducta suicida y la diversidad de interacciones entre los factores que pueden dar por resultado la ideación o intentos de suicidio. Además, pese a las imprecisiones en la predicción, son sumamente útiles para el diseño y evaluación del tratamiento clínico de personas en riesgo suicida (Ribeiro, Huang, Fox, Walsh, & Linthicum, 2019).

Como se puede observar, estimar el riesgo suicida es una tarea compleja, que aún no ha rendido suficientes frutos para poder predecir la reincidencia de ideación, intentos o suicidios. Sin embargo, el arduo trabajo realizado para evaluarlo ha sido de gran utilidad para el diseño de intervenciones y para que las personas en riesgo sean escuchadas empáticamente por personal capacitado. Son tantos los factores que intervienen, que los resultados de las investigaciones son difíciles de generalizar, pues algunos factores son crónicos y estables (como la psicopatología, la personalidad, antecedentes traumáticos), mientras que otros, son de corta duración y de intensidad variable (dificultades interpersonales, agitación emocional o una pérdida reciente o inesperada).

En la búsqueda de predictores, aparecen de forma reiterada, las adversidades crónicas de un entorno inseguro, que vuelven vulnerable al individuo, quien pierde el deseo de vivir, tanto por la forma en que experimenta la vida como por seguir sorteando dificultades de diversas índoles, que impactan principalmente en aspectos interpersonales, y les hace sentir que no vale la pena continuar pues a nadie le importan o representan una carga para quien le rodea. Aspectos que motivan la propuesta actual de evaluación basada en dimensiones de la teoría interpersonal y bajo el esquema busca fomentar un vínculo de trabajo conjunto (paciente-personal de seguimiento telefónico), que favorezca la reflexión sobre la situación que los ha llevado al deseo de dejar de vivir y, al sentirse apoyados y procurados al reducir los niveles de riesgo.

Por lo tanto, la evaluación del riesgo suicida se utilizará para estimar el nivel de riesgo y como punto de referencia para evaluar la efectividad de una intervención de seguimiento telefónico en pacientes en alto riesgo de suicidio, por haber cometido un intento de suicidio en un periodo menor a un mes y encontrarse recién dados de alta de un internamiento psiquiátrico.

Manejo del riesgo suicida

La evaluación y seguimiento telefónico de personas con riesgo suicida ocurre en contextos que requieren el manejo en situaciones que requieren obtener información vital en el momento del encuentro y saber cómo responder ante situaciones previsibles e inesperadas (Stevens et al., 2021). En algunos manuales de atención como la guía mhGAP (WHO, 2017) se dan recomendaciones sobre cómo actuar hacia el paciente y sus familiares para realizar el manejo del riesgo durante la valoración: mantener a la persona en un

ambiente seguro que minimice el malestar (no dejarla sola), preguntar y escuchar sin juzgar, referir de inmediato a un especialista (de ser posible), solicitar al servicio de seguimiento monitorear al paciente durante el periodo de riesgo, ofrecer psicoeducación y apoyo a familiares/cuidadores y garantizar la continuidad de la atención.

Sin embargo, cuando se realizan investigaciones, las medidas para el manejo del riesgo suicida en pacientes son insuficientes, pues además debe contemplar condiciones éticas, profesionales y de infraestructura que garanticen la seguridad de los participantes: ser un proyecto aprobado por un comité de ética, contar con protocolos de evaluación e intervención validados, con monitoreo del riesgo durante los contactos de seguimiento y el respaldo de una línea de atención especializada inmediata con acceso las 24 horas del día, los siete días de la semana. Además, quien realice la intervención debe contar con las habilidades necesarias para intervenir cuando el paciente presenta ideación suicida, reincidencia de intento de suicidio o en ocasiones contactar a familiares de pacientes que se suicidan (Stevens, et al., 2021).

Por otro lado, las prácticas de autocuidado como la psicoterapia y supervisión de un equipo de colegas son necesarias (Stevens, et al., 2021), pues se debe, contar con el respaldo para que, de manera inmediata, se tomen las medidas necesarias de acuerdo a un protocolo de seguridad (Stevens, et al., 2021; Luxton, O'Brien, Pruitt, Johnson & Kramer, 2014), al considerar, que cuando se encuentra con un paciente atendido vía telefónica que se encuentra en alto riesgo de suicidio, requiere de la utilización de recursos contextuales, como redes de apoyo y la posibilidad de traslado a la clínica para ser atendido, situaciones que somete a estrés y ansiedad al personal clínico al tener menos control para realizar el manejo del paciente comparado con intervenciones dentro de un hospital (Luxton et al. 2014).

El protocolo de seguridad se debe ejecutar cuando en el monitoreo el paciente se encuentra en alto riesgo o riesgo extremo de suicidio, para poder ser referido de inmediato a un servicio especializado. Por lo tanto se debe contar con habilidades de intervención en crisis, para el manejo por medio de un tercero (familiar o amigo del paciente), para que colaboren en la intervención de emergencia y el respaldo de un servicio de urgencias que lo atienda de inmediato (Stevens, et al., 2021).

Por último señalar, que desde la teoría de la autodeterminación se considera que el éxito del manejo del riesgo suicida reside promover la autonomía al validar y reconocer que el paciente es quien conoce mejor sus síntomas y eventos que favorecen su recuperación; establecer un vínculo empático y promover un sentido de satisfacción al asumir que el paciente es un colaborador central en la toma de decisiones para alcanzar su recuperación independientemente de los desafíos que se tengan que sortear (Holmstrom, 2020).

CAPÍTULO 5: MÉTODO

Justificación

De acuerdo con la revisión teórica que se ha realizado hasta este momento se considera que un intento de suicidio se encuentra referido de forma consistente como uno de los factores de riesgo más fuertes para una futura conducta suicida (Joiner et al. 2005); además, al menos el 50% de quien fallece por suicidio tuvo uno o más intentos de suicidio previos, éstos aumentan 70 veces la probabilidad de que ocurran nuevos intentos de suicidio y hasta 40 veces la probabilidad de suicidio (OMS, 2014). Borges y colaboradores (2010) refieren que un acto que lleva a una muerte por suicidio, muchas veces, se ve precedido por una serie de intentos previos. Sin embargo, pese a que no se lleva un registro formal de los intentos de suicidio en el mundo se estima que ocurren de 9 a 25 millones de intentos por año (Bertolote, 2014).

Asimismo, el riesgo suicida, por su complejidad, es difícil de evaluar (Steege et al., 2018), ya que a pesar de que una persona con intento de suicidio reciente se encuentra en riesgo alto de presentar nuevamente conducta suicida, existen diferencias individuales relevantes que tienen implicaciones en el tratamiento y en su evolución dentro de su contexto. De este modo, la entrevista se presenta como una herramienta útil para evaluar y caracterizar el riesgo suicida, además, si se le considera como elemento de un modelo de intervención, da la posibilidad de brindar contención y generar un vínculo con el paciente (Bertolote et al., 2010).

Por lo tanto, en el presente estudio, se empleó la entrevista para identificar, en primer lugar, las variables de riesgo suicida que se utilizaron para caracterizar a la muestra las cuales se retomaron de la teoría interpersonal del suicidio: la pertenencia frustrada, el sentirse una carga y la capacidad para suicidarse (Joiner, 2009, O'Connor & Nock, 2014, Klonsky, & May, 2015) y posteriormente para evaluar la efectividad de la intervención de seguimiento telefónico, en conjunto con otras herramientas de recolección de datos.

Dado que el propósito general de la presente investigación fue probar la efectividad de una intervención de seguimiento telefónico para disminuir el riesgo suicida y por lo tanto prevenir otro suicidio en población de alto riesgo, ésta se llevó a cabo con jóvenes que fueron dados de alta de un internamiento psiquiátrico después de haber cometido un intento de suicidio. Se enfatiza que se trata de personas que tienen altas probabilidades de

morir por suicidio (Matarazzo, 2015) y las intervenciones de seguimiento han sido un recurso que promueve la continuidad del tratamiento en dicha población, uno de los mayores retos en pacientes con intento de suicidio (Riblet et al., 2017).

Al respecto, Olfson, Wall, Wang, Crystal, Liu, Gerhard y Blanco (2019) consideran que dentro de los desafíos del tratamiento para las personas en riesgo, se encuentra la mejora en la calidad de la interconsulta de servicios médicos, ya que una clave para prevenir la reincidencia de los intentos de suicidio y el suicidio es el seguimiento de personas que se han intentado suicidar. De hecho, en varios países existen estándares recomendados del cuidado de los pacientes al ser dados de alta, sin embargo, la realidad es que esos estándares no son siempre implementados (O'Connor & Portzky, 2018), mucho menos en países como México en donde el sistema de salud presenta dificultades importantes en la atención de esta población debido al poco personal capacitado y la asignación deficiente de recursos al Sector Salud.

Por ello, la relevancia de esta investigación es que dirige la atención al grupo de adultos en el que se encuentran los adultos jóvenes, quienes representan la mayor incidencia de intentos de suicidio y de suicidios a nivel mundial y nacional. Se trata de una modalidad de intervención que ha demostrado su efectividad en diversos países, siendo incluso, que algunos ya lo implementan como parte de sus programas nacionales de prevención de suicidio; sin embargo, hasta ahora no se ha encontrado evidencia de que haya sido probada en México (Bertolote, Fleischmann, De Leo, Phillips, Botega, Vijayakumar & Wasserman, 2010; Bryan & Rudd, 2006; Chu, Kein, Buchman-Schmitt, Hom, Hagan & Joiner, 2015; Fleischmann et al., 2008; National Suicide Prevention Lifeline, 2012; OMS, 1999).

Por lo tanto, probar la efectividad de una intervención de seguimiento en el país mejoraría la calidad general de la atención y referencia oportuna a través del monitoreo de los pacientes. Sin embargo, hay que considerar, que el estudio de la efectividad se enfoca a las condiciones de contextos clínicos donde los participantes, personal de servicio y la administración del tratamiento suelen estar sujetos a múltiples variables, debido a que se lleva a cabo en un contexto de realidad cotidiana con un menor nivel de control; por lo tanto, puede que los resultados dependerán también, de otras variables que no se encuentran controladas, pero que pueden ser generalizables (Kazdin, 1999).

Por otro lado, no se debe perder de vista que también los profesionales de la salud mental que pierden a un paciente por suicidio suelen entrar en estado de shock, vergüenza, enojo y traición, miedo de ser culpado o hasta demandado. Por lo tanto, investigar sobre la efectividad de intervenciones que apoyen la prevención de suicidio, así como aliviar el sufrimiento de pacientes, sus seres cercanos y hasta del personal responsable de atenderlos es una necesidad imperante ante un problema de salud pública (Wenzel & Beck, 2008).

En resumen, ocurren alrededor de 25 millones de intentos de suicidio al año en el mundo, éstos son el predictor más potente para la reincidencia de intentos de suicidio y suicidio, en el sistema de salud existe un hueco importante para darle continuidad a estos pacientes; problema que se busca resolver a través intervenciones de seguimiento telefónico para que reciba apoyo social y prevenir con esto el suicidio en la población con mayor riesgo; sin embargo es importante continuar demostrando la efectividad de estas intervenciones, por lo que se establecen las siguientes preguntas de investigación.

Preguntas de investigación

¿Qué efectividad tendrá una intervención de apoyo interpersonal de seguimiento telefónico para disminuir el riesgo de suicidio (pertenencia frustrada, percibirse como una carga y capacidad para suicidarse) en adultos con intento de suicidio?

- 1) ¿Qué características sociodemográficas, indicadores de riesgo suicida y personalidad tienen los pacientes con intento de suicidio de un hospital psiquiátrico?
- 2) ¿Qué diferencias se encontrarán entre el grupo control en tratamiento usual y el grupo de intervención telefónica más tratamiento usual, después de seis meses de seguimiento, en los indicadores de riesgo suicida (pertenencia frustrada, sentirse una carga y capacidad para suicidarse)?
- 3) ¿Cómo evolucionan las variables de riesgo suicida en pacientes con intento de suicidio a lo largo de 6 meses de seguimiento telefónico después de haber sido dados de alta de un hospital psiquiátrico?

Objetivo general

Obtener la validez de una entrevista para la evaluación del riesgo suicida y la intervención de seguimiento telefónico para pacientes con intento de suicidio.

Evaluar la efectividad de una intervención de apoyo interpersonal de seguimiento telefónico para la disminución del riesgo suicida (pertenencia frustrada, sentirse una carga y capacidad para suicidarse) en pacientes adultos con intento de suicidio.

Objetivos específicos

1. Determinar la validez de la Entrevista Directiva para la Evaluación del Riesgo Suicida (EDERS) y el Formato de Intervención de Apoyo Interpersonal de Seguimiento Telefónico (IAIST).
2. Caracterizar el riesgo suicida en los pacientes con intento de suicidio de la muestra.
3. Identificar diferencias en las variables de riesgo suicida antes y después del seguimiento a seis meses, después de ser dados(as) de alta, tanto en el grupo de intervención de seguimiento telefónico como en el grupo control.
4. Identificar la evolución de los indicadores de riesgo suicida durante la intervención de apoyo interpersonal de seguimiento telefónico.

Hipótesis

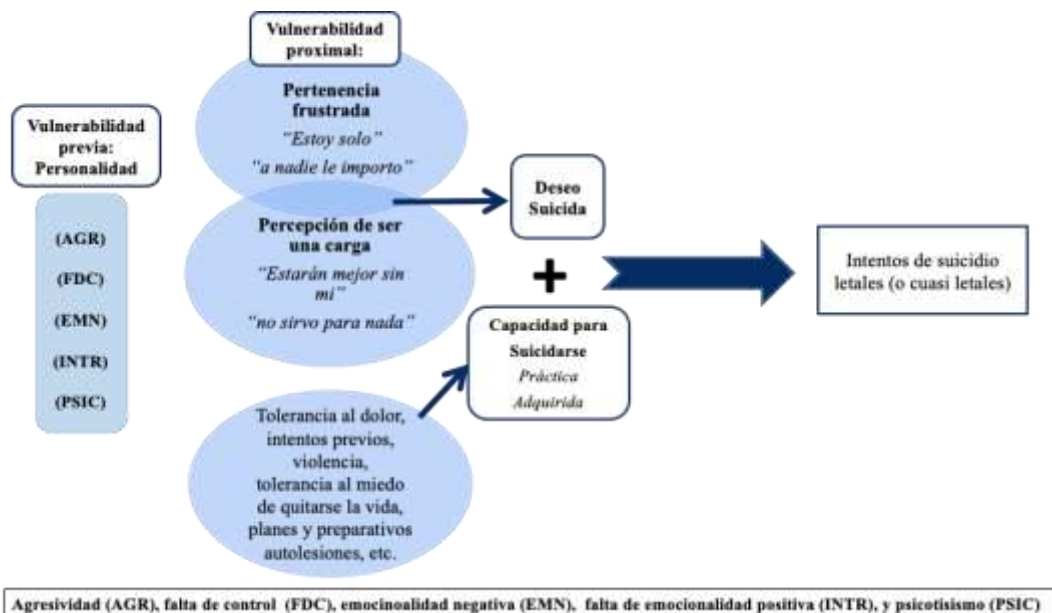
H₁: Los pacientes con intento de suicidio disminuirán las puntuaciones en los indicadores de riesgo suicida, pertenencia frustrada, sentirse una carga y capacidad para suicidarse después de participar en una intervención de apoyo interpersonal de seguimiento telefónico.

H₀: Los pacientes con intento de suicidio no disminuirán las puntuaciones en los indicadores de riesgo suicida, pertenencia frustrada, sentirse una carga y capacidad para suicidarse; después de participar en una intervención de apoyo interpersonal de seguimiento telefónico.

Modelo teórico

El modelo utilizado toma como base la teoría interpersonal del suicidio, considerando las dimensiones de pertenencia frustrada y percibirse como una carga, pero con modificaciones en la dimensión de la capacidad adquirida para suicidarse, que se refiere a la que desarrollan las personas que han padecido o sido expuestas a hechos violentos a lo largo de su historia, y que Klonsky y May (2015) la nombran capacidad para suicidarse, pues además de que puede ser adquirida, también puede ser innata (ser impulsivo, con un umbral alto al dolor o aprehensivo) o por contar con un medio prácticamente infalible, que no requiere de tanta tolerancia al sufrimiento, como un arma de fuego. Además se incorpora, la exploración de la psicopatología de la personalidad como complemento que aportan las teorías diátesis-estrés (Clemans & Craig, 2006; Mann, 1999; Wenzel & Beck, 2008; O'Connor & Nock, 2014;), pero como precedente del desarrollo de riesgo suicida en relación con los postulados de la teoría interpersonal del suicidio (ver figura 3).

Figura 3
Modelo Teórico de Investigación



Nota: Retomado de Joiner, Van Orden, Witte & Rudd, 2009; Klonsky & May, 2015; Brezo, Paris & Turecki, 2006

Definición y operacionalización de las variables

Variable Independiente

Intervención de Apoyo Interpersonal de Seguimiento Telefónico

Definición conceptual

Consistió en un programa de 8 llamadas telefónicas de seguimiento al paciente, una vez que fue dado de alta del hospital en el que fue atendido, cuyo propósito fue generar un sentimiento de continuidad de parte de la institución donde fue hospitalizado, brindar apoyo y realizar un monitoreo del riesgo suicida a través de diferentes indicadores para dar cuenta de su evolución (Fleishman, Bertolote & Boteaga, 2008; Joiner, 2009).

Definición operacional

Grupo de intervención: grupo con tratamiento usual más el seguimiento telefónico

Grupo control: grupo con tratamiento usual.

Variables Dependientes

Riesgo de Suicidio

Definición conceptual

Indicadores del nivel de riesgo (pertenencia frustrada, percibirse como una carga y capacidad para suicidarse) (Gallyer, 2019).

Se compone de tres dimensiones:

- Pertenencia frustrada: que evalúa la falta de conexión social y pertenencia; que comprende la frecuencia de interacciones que ocurren dentro del marco de relaciones estables, de larga duración que se procuran y se cuidan.
- Percibirse como una carga: que evalúa los sentimientos desencadenados de que la persona se considera una responsabilidad con la que no deberían cargar otros y pensamientos de odio a sí mismo.
- Capacidad para suicidarse: que consta de antecedentes relacionados con la tolerancia al dolor (como intentos de suicidio previos), la pérdida del miedo a morir

(que exploran los antecedentes familiares de intentos de suicidio y suicidio), planes resueltos y preparativos y acceso a medios letales y factibilidad.

Definición operacional

Se evaluó con la Entrevista Directiva para la Evaluación del Riesgo Suicida (EDERS)

Variable Predictora

Personalidad

Definición conceptual

Conjunto organizado y por lo general estable, de rasgos psicológicos y mecanismos de un individuo, que ejercen influencia en sus interrelaciones y ajustes para adaptarse al medio (Lucio & Hernández, 2016).

Se evaluó por medio de las Cinco Escalas de Personalidad Psicopatológica del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota -2 (PSY-5) (Butcher et al., 2015).

1. Agresividad (AGR); evalúa la capacidad de agresión que suele caracterizar al individuo; que incluso al obtener puntuaciones altas $T > o$ igual a 65, puede disfrutar de intimidar a otros y emplear la agresión como una forma de lograr lo que desea. Hace referencia al control por medio de la agresión y al odio; puede que la persona tenga historial de ser físicamente abusivo entre otras manifestaciones antisociales.
2. Psicotisismo (PSIC); las puntuaciones altas indican creencias únicas, incluyendo experiencias sensoriales y perceptuales fuera de lo común. Igualmente evalúa la expectativa de ser dañado; existe la posibilidad de que las puntuaciones altas se asocian con delirios de autorreferencia, pensamiento desorganizado, bizarro, desorientado, tangencial o tangencial. De hecho, en un contexto hospitalario, las puntuaciones altas se asocian a psicosis, suspicacia paranoide, ideas de referencia, pérdida de la capacidad de asociación, alucinaciones o ideas de fuga. Personas con

un nivel de funcionalidad muy bajo, con pocos o ningún amigo, con baja orientación al logro.

3. Falta de control (FDC); las puntuaciones altas refieren un patrón de desinhibición conductual, evalúa la impulsividad, la tendencia al riesgo y a ser poco tradicionales. Se aburren de la rutina con facilidad, puede que tengan historial de abuso de sustancias, conductas antisociales, violencia doméstica.
4. Emocionalidad negativa (EMN); cuando obtienen puntuaciones altas suelen ser personas que se centran en los aspectos negativos de sus vivencias e información que reciben, demasiado autocríticas, tendientes a preocuparse y fabricar escenarios catastróficos. Pueden manifestar una baja funcionalidad, tienden a aislarse y no tener amigos. También suelen ser pesimistas, presentar irritabilidad, con historial de violencia doméstica y falta de orientación al logro.
5. Escasa emoción positiva (INTR); puntuaciones elevadas indican poca capacidad para experimentar gozo, alegría o tienen una pobre capacidad para disfrutar lo que viven; a su vez suelen presentar poca orientación al logro.

Definición operacional

Se obtuvieron las puntuaciones T de las Cinco Escalas de Personalidad Psicopatológica del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota -2 (PSY-5) (Butcher et al., 2015). Considerando el punto de corte en $T > \text{o igual a } 65$.

Participantes

Pacientes con intento de suicidio que fueron dados de alta de un periodo de internamiento en un hospital psiquiátrico del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de la Ciudad de México.

Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión, exclusión y eliminación para fortalecer la validez del estudio:

Criterios de Inclusión

- Edad de 18 años en adelante

- Presentarse a solicitar atención por haber cometido un intento de suicidio y ser hospitalizado.
- Aceptar participar en la investigación al momento de su alta hospitalaria (*firmar el consentimiento informado*)
- Saber leer y escribir
- Estar ubicado en tiempo, espacio y persona
- Contar con teléfono celular

Criterios de Exclusión

- Presentar una discapacidad mental o física que no permita responder las evaluaciones.
- Padecer una enfermedad en fase terminal.
- Presentarse a solicitar valoración por haber cometido un intento de suicidio y no ser hospitalizado.
- Demencia de moderada a severa, discapacidad intelectual moderado a severo.
- Participar en otros protocolos de intervención psicológica.
- No hablar español.
- No contar con teléfono celular.

Criterios de Eliminación

- Que se invalide su valoración de riesgo suicida.

Instrumentos

Entrevista Directiva para Evaluar el Riesgo Suicida EDERS

Es un instrumento que se desarrolló y validó específicamente para su utilización en la presente investigación como parte del modelo de intervención. Se compone de 47 reactivos divididos en dos secciones, la primera corresponde a los datos sociodemográficos y la segunda explora los indicadores del riesgo suicida. Esta última se compone de 4 preguntas abiertas, 4 preguntas cerradas, 17 preguntas dicotómicas y 9 preguntas escalares (del 0 al 10).

Rúbricas de la Entrevista Directiva para Evaluar el Riesgo Suicida EDERS

Se compone de 35 rúbricas con cuatro opciones ordinales para calificar las respuestas de los pacientes, que permiten obtener la clasificación clínica del riesgo suicida en cuatro niveles (bajo, medio, alto y extremo). Así como obtener las puntuaciones naturales de las dimensiones de riesgo suicida: pertenencia frustrada, percibirse como una carga y capacidad para suicidarse.

Formato de Intervención de Apoyo Interpersonal de Seguimiento Telefónico (IAIST)

Es una guía que se desarrolló y validó para realizar el seguimiento telefónico de pacientes que se compone de 21 reactivos: cuatro preguntas abiertas, dos preguntas cerradas, ocho preguntas dicotómicas, seis preguntas escalares (del 0 al 10) y dos preguntas tipo likert. Se utiliza para monitorear indicadores de riesgo suicida para evaluar: el estado de ánimo después del alta, la pertenencia frustrada, la percepción de ser una carga, reincidencia de ideación e intentos de suicidio, desesperanza y la satisfacción del paciente ante la llamada.

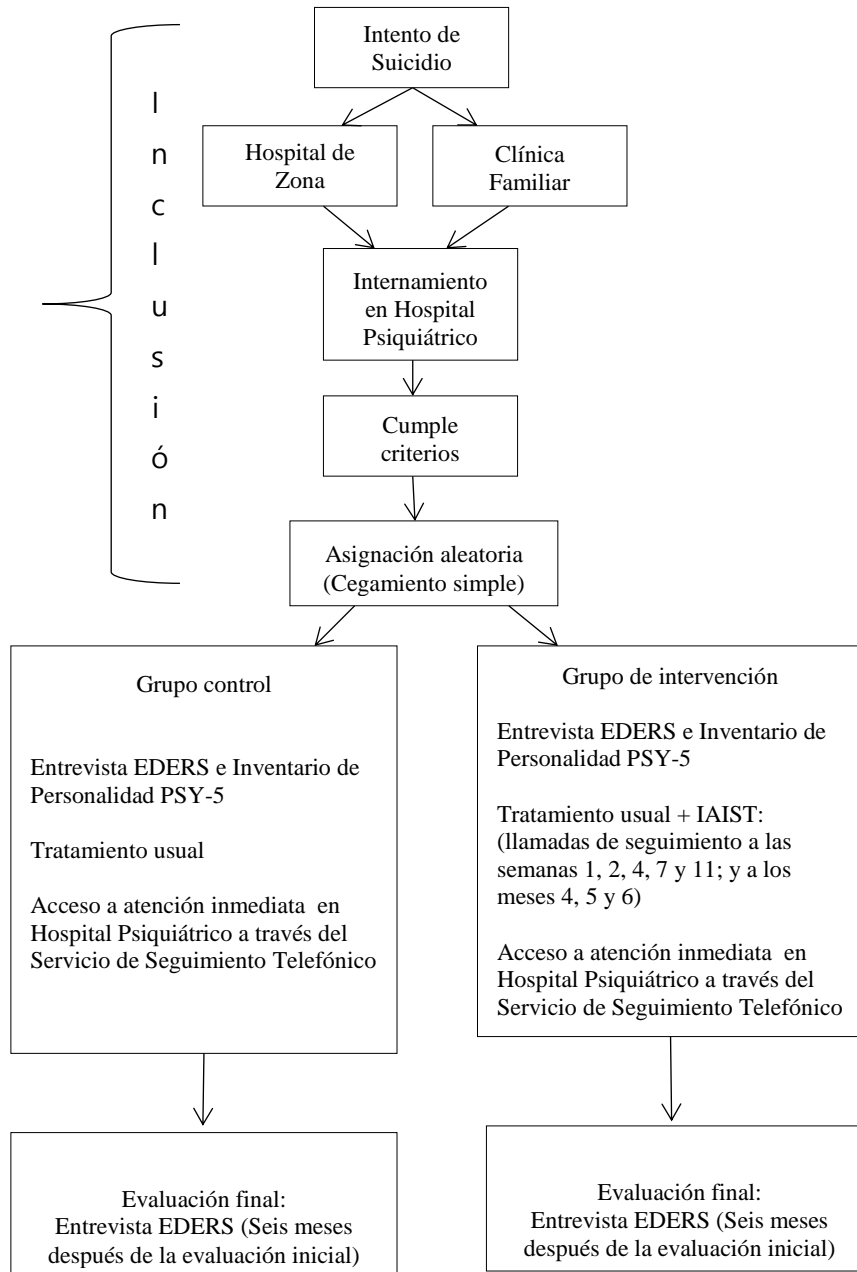
Cinco Escalas de Personalidad Psicopatológica del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota -2 (PSY-5) (Butcher et al., 2015)

El instrumento está compuesto por 139 reactivos dicotómicos que evalúan cinco factores de personalidad: agresividad (AGR), falta de control (DISC), psicotismo (PSIC), emocionalidad negativa (EMN) y escasa emocionalidad positiva (INTR).

Procedimiento

En la figura 4 se muestra el proceso que siguieron los pacientes que se incorporaron al estudio, éste inició en el momento del intento de suicidio posteriormente, se estabilizaron médicamente en su clínica familiar u hospital de zona correspondiente, se les refirió e internó en el hospital psiquiátrico sede de la investigación. Durante su hospitalización se confirmaron criterios de inclusión para el estudio durante el periodo de internamiento. Al ser dados de alta se les invitó para participar, firmaron el consentimiento informado, se asignaron al azar con cegamiento simple al grupo de intervención y al grupo control; finalmente, después de seis meses se evaluó post seguimiento a los participantes de ambos grupos.

Figura 4
 Procedimiento de incorporación de los pacientes al estudio tanto al grupo de intervención como al grupo control.

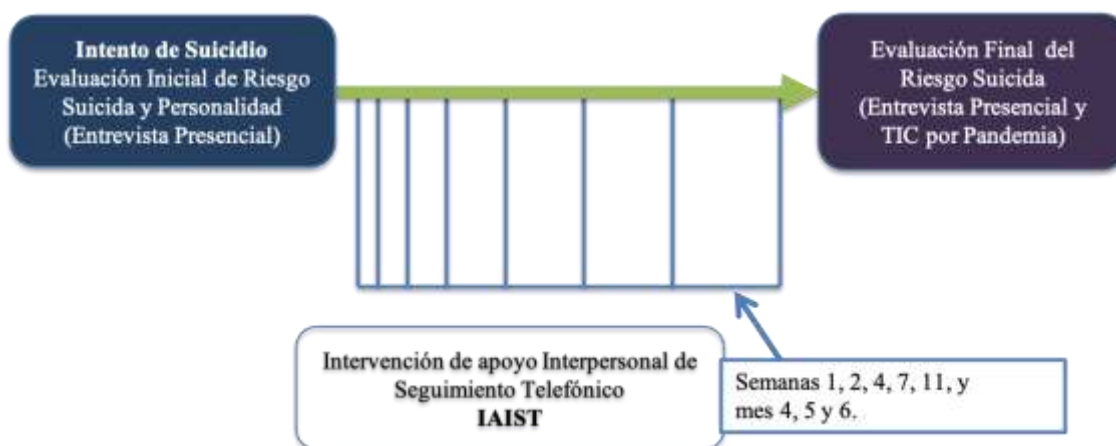


Modelo de intervención

El modelo de intervención de la presente investigación, toma como antecedente la intervención breve y de seguimiento (BIC, por sus siglas en inglés) (Fleischman, 2008), pero en vez de brindar un seguimiento telefónico a 18 meses, se llevó a cabo a seis meses, con un programa de 8 llamadas que dieron inicio una semana después de que los pacientes fueron dados de alta de un hospital psiquiátrico sede de la investigación. Al comienzo fueron más frecuentes (de una semana a otra), y después de la segunda semana fueron menos frecuentes hasta volverse mensuales del tercer al sexto mes.

Se trató de un diseño pre post y de medidas repetidas entre la evaluación inicial y la final. Las evaluaciones pre y post, se programaron para llevarse a cabo de forma presencial; sin embargo, por el inicio del periodo de sana distancia como medida sanitaria contra la COVID 19, algunos pacientes concluyeron su periodo de seguimiento con una entrevista realizada a través de una plataforma virtual (Zoom, Hangouts, Meet & Teams). Las medidas repetidas se llevaron a cabo en cada llamada que se realizó vía teléfono móvil, por lo que la medida de sana distancia no modificó este procedimiento. Ver Figura 5.

Figura 5
Modelo de intervención



Nota: El espacio entre las líneas verticales azules, indican la cercanía o lejanía entre las llamadas de seguimiento entre la evaluación inicial y la final

Consideraciones éticas

El presente protocolo cumplió con los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki que se desarrollan a continuación (WMA, 2015).

Se veló por la salud y bienestar de los participantes, se respetaron sus derechos, subordinando cualquier intervención a este principio.

Dado que fue un programa de intervención que por su nivel de evidencia se ha clasificado como prometedor en materia de prevención de suicidio, se realizó con la objetivo aportar al desarrollo de mejores prácticas en la salud mental.

El protocolo fue diseñado contemplando que los participantes no sufrieran daños en su dignidad, su integridad y se respetó su derecho a la autodeterminación, intimidad y confidencialidad con el debido manejo de la información que se obtuvo de ellos a través de las pruebas de evaluación e intervenciones telefónicas.

Los participantes firmaron un consentimiento informado, que incluía el objetivo del estudio, su relevancia, los posibles riesgos y molestias que les podía ocasionar, así como los beneficios que se esperaban en su salud. Quedando de manifiesto que su información se manejaría de forma confidencial y segura; sólo el equipo de investigación tendría acceso. También se mencionaba que tenían la libertad inalienable de abandonar el estudio en el momento que así lo decidieran sin que esta decisión interfiriera con el tratamiento indicado por la institución sede del estudio.

El presente protocolo fue autorizado por el Comité Local de Investigación en Salud (CLIS3501) del IMSS con el registro F-2019/3501/59.

La intervención de seguimiento telefónico tuvo el propósito de reducir el riesgo de suicidio, la reincidencia de intentos de suicidio y prevenir suicidios. Ya que evitar el daño es un principio fundamental, el protocolo se llevó a cabo dentro de una institución especializada en salud mental, así los pacientes contaron con la posibilidad de ser atendidos de manera inmediata en el momento en que presentaran una crisis suicida después de ser dados de alta. Además, el seguimiento telefónico no interfería con el tratamiento usual, al contrario, se considera una intervención adicional que promueve la adherencia al tratamiento indicado por sus médicos y psicólogos tratantes.

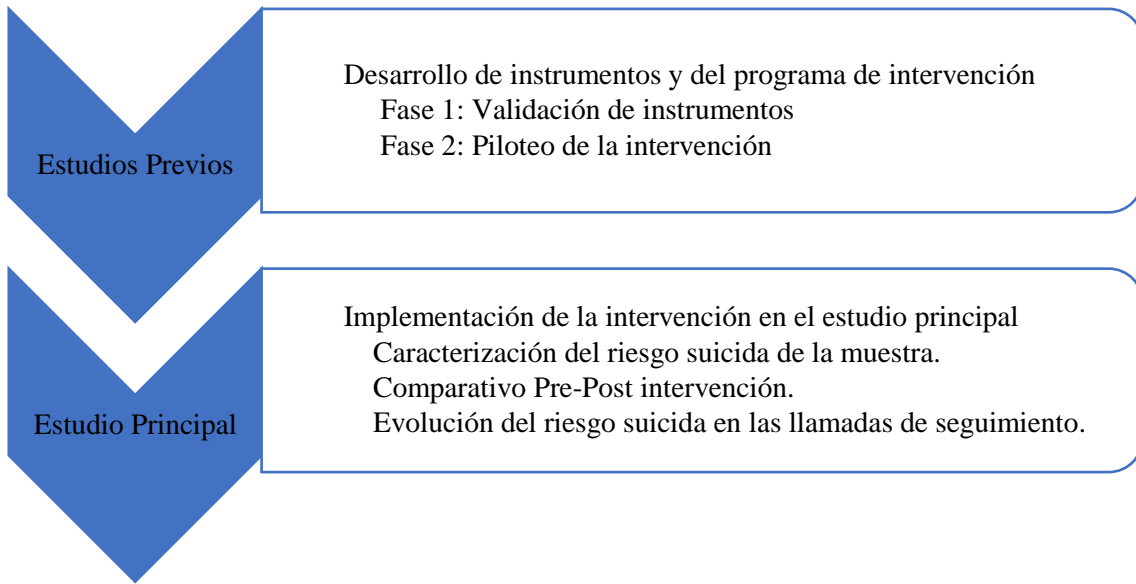
Los protocolos de seguimiento telefónico, según algunos reportes, está diseñados para que los ejecute personal clínico no especializado (ej., trabajo social, enfermería, psicología o medicina); sin embargo, en el presente protocolo el responsable de llevar a cabo las llamadas fue un psicólogo clínico doctorante con estudios de maestría y 13 años de experiencia en prevención de suicidio, tanto en la coordinación de programas de prevención

de suicidio como en la atención de adolescentes y adultos con ideación e intentos de suicidio.

Pese a que se trata de un estudio experimental con un grupo experimental y otro control asignado aleatoriamente, no se limitó a ningún participante de la posibilidad de contactar una línea telefónica en caso de encontrarse en crisis emocional; es decir, se utilizó un grupo control activo (Boot, Simons, Stothart, & Stutts, 2013), quienes no recibieron las llamadas de seguimiento, pero sí contaban con la posibilidad de llamar a la misma línea y tener acceso inmediato al hospital sede de la investigación. De hecho, dado que son pacientes en riesgo de muerte, es considerado un reto diseñar estudios con la capacidad de analizar los efectos de una intervención sin la necesidad de dejarlos en lista de espera (O'Connor & Portzky, 2018).

Otra consideración del diseño para el grupo de intervención, son las llamadas más frecuentes al inicio y más espaciadas conforme se acerca el final ésta ya que se ha documentado que las variables asociadas al deseo suicida, son tan dinámicas que una crisis suicida que tenga como resultado un intento de suicidio o suicidio suele ocurrir el día de la crisis desencadenante o al día siguiente (You, Van Orden & Conner, 2010), además que los pacientes en las primeras semanas después de su alta hospitalaria suelen encontrarse en mayor riesgo de suicidio o reincidencia de conducta suicida (Bertolote et al., 2010).

Por tanto, para alcanzar los objetivos generales, la presente investigación se realizó por medio de dos estudios, en el primero corresponde a estudios previos y se realizó en dos fases la primera corresponde a la construcción de instrumentos y la segunda al piloteo de la intervención; mientras que en el segundo estudio se instrumentó el protocolo de investigación y se dividió de acuerdo a sus objetivos específicos de la siguiente manera: a) la caracterización de la muestra, b) el análisis pre post intervención de seguimiento comparando a un grupo experimental con uno control (en tratamiento usual); y c) la evolución de los pacientes en seguimiento telefónico a lo largo de cuatro llamadas realizadas en la semana uno y los meses uno, tres y seis después de su alta hospitalaria.



CAPÍTULO 6: ESTUDIOS PREVIOS

Método

El presente estudio comprendió el desarrollo y validación de los instrumentos y programa de intervención. La primera fase se enfocó en los instrumentos de medición y evaluación, mientras la segunda al programa de intervención.

Objetivos específicos del estudio 1

Desarrollar y validar los instrumentos que se requieren para medir y evaluar las variables implicadas en el riesgo suicida.

Desarrollar y validar el programa de intervención de Apoyo Interpersonal de Seguimiento Telefónico (IAIST).

Fase 1

Los objetivos de la fase uno fueron:

1. Determinar la validez de contenido de la Entrevista Directiva para la Evaluación del Riesgo Suicida (EDERS) y el Formato de Intervención de Apoyo Interpersonal de Seguimiento Telefónico (IAIST).
2. Determinar la validez de contenido de las Rúbricas para Calificar la Entrevista Directiva para la Evaluación del Riesgo Suicida (EDERS).
3. Determinar la validez de constructo de la Entrevista Directiva para la Evaluación del Riesgo Suicida (EDERS).

Fase 2

Esta fase correspondió a la implementación de la intervención de seguimiento dentro del hospital sede de la investigación, desde el reclutamiento de pacientes hasta las primeras tres llamadas de seguimiento

Los objetivos de la fase dos fueron:

1. Pilotear el procedimiento de la incorporación de los pacientes al estudio con la aplicación de la Entrevista Directiva de Evaluación del Riesgo Suicida.
2. Pilotear el procedimiento de las primeras tres llamadas de la intervención de apoyo interpersonal de seguimiento telefónico (IAIST).

6.2 Fase 1

La validez de contenido de los instrumentos de evaluación e intervención se obtuvo por medio de jueces expertos, quienes dieron su opinión informada en el tema del suicidio, al considerar su trayectoria como reconocidos investigadores, clínicos y académicos (Escobar & Cuervo, 2008).

6.2.1 Validación de la Entrevista Directiva para Evaluar el Riesgo Suicida (EDERS) y el Formato de Intervención de Apoyo Interpersonal de Seguimiento Telefónico (IAIST)

Objetivo

Determinar la validez de contenido de la Entrevista Directiva para la Evaluación del Riesgo Suicida (EDERS) y el Formato de Intervención de Apoyo Interpersonal de Seguimiento Telefónico (IAIST).

Muestreo

Para la validez de contenido se realizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia, ya que los participantes seleccionados fueron los que aceptaron participar y cubrieron los criterios de inclusión (Creswell, 2015).

Participantes

La mayoría de jueces expertos, participaron en la validación de los dos instrumentos, aunque existen algunas diferencias en la conformación de la muestra de jueces participantes en la validación de cada cuadernillo como se describe a continuación.

Para la validación de la Entrevista Directiva de Evaluación de Riesgo Suicida (EDERS), participaron 10 jueces expertos, con una M de 45 años, DE= 10.7 y un rango de edad de 31 a 62 años; cinco (50%) del sexo masculino y cinco (50%) del sexo femenino, siete con estudios de doctorado, dos con maestría y uno especialista en psiquiatría.

En la validación del Formato de la Intervención de Apoyo Interpersonal de Seguimiento Telefónico (IAIST), participaron nueve jueces expertos, con una M de 45 años, DE= 10.6 y un rango de edad de 31 a 62 años; cuatro (44.5%) de sexo masculino y cinco (55.5%) femenino, seis con estudios de doctorado, dos con maestría y un especialista en psiquiatría. Cabe señalar que ocho jueces participaron en la validación de ambos cuadernillos.

Para seleccionar a los jueces se hizo una invitación a aquellos que cumplieran con los siguientes criterios.

Criterios de Inclusión

- Investigadores del área de la psicología con experiencia en construcción de instrumentos.
- Profesionales de la salud mental con práctica clínica con pacientes con riesgo de suicidio.
- Investigadores que han abordado el tema del suicidio en sus trabajos.

Los jueces cumplieron dos de los tres criterios de inclusión como mínimo para ser incluidos en el proceso de validación.

Criterios de Exclusión

- Que no cumplan con los criterios de inclusión: experiencia en construcción de instrumentos, práctica clínica o investigación en suicidio.

Criterios de Eliminación

- Que el juez haya dejado el cuadernillo de jueceo inconcluso.
- Que el juez entregara el cuadernillo de jueceo después de la fecha límite de entrega.

- Que el juez no entregara los cuadernillos de jueceo máximo en un periodo de dos semanas.

Instrumentos

El *Cuadernillo para el Jueceo de la Entrevista Directiva para Evaluar el Riesgo de Suicidio (EDERS)* se compuso de 33 reactivos. Clasificaron cada reactivo en función del nivel de *claridad* (sintáctica y semántica de los reactivos), *coherencia* (de la relación del reactivo con la dimensión o indicador que se está midiendo) y *relevancia* (de a la necesidad de incluir o no el reactivo evaluado). Así como el nivel de *suficiencia* con que cuenta la entrevista para obtener la medición del riesgo suicida (Escobar & Cuervo, 2008).

La distribución de los reactivos por dimensiones fue la siguiente:

- Pertenencia frustrada con siete reactivos.
- Percibirse como una carga con tres reactivos.
- Capacidad para suicidarse con dieciocho reactivos.
- Factores de riesgo significativos con cinco reactivos.

El *Cuadernillo para el Jueceo del Formato de la Intervención de Apoyo Interpersonal de Seguimiento Telefónico (IAIST)* se compuso de 17 reactivos, que fueron calificados en función de su claridad, coherencia y relevancia; así como el nivel de suficiencia de los reactivos en su totalidad, para evaluar el riesgo suicida.

La distribución de los reactivos por dimensiones fue la siguiente:

- Indicadores de salud mental después de ser dados de alta con dos reactivos.
- Pertenencia frustrada con cinco reactivos.
- Estresores Precipitantes con un reactivo.
- Planes resueltos y preparativos, conformada por dos reactivos.
- Antecedentes relacionados con la tolerancia al dolor con dos reactivos.
- Desesperanza con un reactivo.
- Calidad de la llamada de intervención con cuatro reactivos.

Procedimiento

Antes de realizar la validación con los jueces expertos, se llevaron a cabo las siguientes actividades para la elaboración de los cuadernillos de jueceo:

En un primer momento, estudiantes e investigadoras del programa de Doctorado en Psicología y Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México y del Doctorado en Salud Mental Pública del Instituto Nacional de Psiquiatría participaron en la revisión de los cuadernillos de los instrumentos que se sometieron a la validación de contenido; proporcionaron retroalimentación sobre la redacción, estructura y distribución de los reactivos en los cuadernillos para jueces (ver las versiones finales de los reactivos de ambos instrumentos en las tablas 1 y 2).

En un segundo momento, el cuadernillo fue enviado a diseño gráfico especializado en instrumentos de medición en salud mental para su edición. Cada cuadernillo se compuso de una introducción, una sección de datos generales focalizada en la información sobre años de experiencia respecto a los criterios de inclusión y, de un anexo con la definición de los criterios (*claridad, coherencia, relevancia y suficiencia*) a evaluar por los jueces (Escobar & Cuervo, 2008).

Una vez terminados, los cuadernillos se enviaron a los jueces expertos, quienes calificaron los reactivos de la Entrevista Directiva para la Evaluación del Riesgo Suicida (EDERS) y los del Formato de Intervención Interpersonal de Seguimiento Telefónico (IAIST), quienes a su vez escribieron observaciones para mejorar la claridad, coherencia o relevancia de los reactivos, las cuales se discutieron con el equipo de investigación para elaborar las modificaciones pertinentes, obteniendo así, las versiones finales, que se utilizaron en el estudio principal.

Análisis Estadístico

El análisis de datos se llevó a cabo a través del Modelo de Lawshe Modificado, método que permite obtener dos indicadores: la razón de validez de contenido para cada reactivo y el índice de validez de contenido para los reactivos en su totalidad. Para el cuál, una aceptable validez de contenido se obtiene con un 58% de acuerdo, utilizando un número reducido de jueces (Tristan-López, 2008).

Resultados

Validez de Contenido de la Entrevista para la Evaluación del Riesgo Suicida (EDERS)

En cuanto al resultado de la validez de contenido de la Entrevista para la Evaluación del Riesgo Suicida (EDERS), los niveles de acuerdo para el criterio de *relevancia* se encontraron en un rango de *razón de validez de contenido* (RVC) que fue de 0.70 a 1.0 con un *índice de validez de contenido* (IVC) del criterio de la entrevista en su totalidad de 0.92; para el criterio de *coherencia* el rango de RVC fue de 0.80 a 1.0 y el IVC de 0.90; ambos dan validez tanto de la representatividad de los reactivos para la evaluación del riesgo suicida como de su pertinencia como constructos teóricos de acuerdo con las variables y dimensiones de la teoría interpersonal del suicidio.

Para el criterio de *claridad* se obtuvo un rango de RVC que va de 0.20 a 1.0 y un IVC de 0.66; por último, para el criterio de *suficiencia* para evaluar el riesgo suicida, se obtuvo un índice de validez de contenido de 0.60 (resultado suficiente), este fue el nivel de acuerdo más bajo obtenido en comparación con los otros criterio evaluados por los jueces, lo que puede ser, por las distintas posturas teóricas con las que trabajan, que a su vez consideran distintas variables para estimar el riesgo suicida (ver figura 6).

Cabe señalar que en el criterio de *claridad*, se encontraron seis reactivos que no lograron el nivel de acuerdo necesario (≤ 0.58); estos fueron los reactivos 6, 16, 28, 29, 30 y 32 (ver Tabla 2). A los cuales se les hicieron modificaciones en la redacción conforme a las observaciones realizadas por los jueces y el consenso del equipo de investigación; entre éstas fue homologar la redacción de los reactivos escalares y el orden de las preguntas de la entrevista, las cuales también se consideraron para la versión final del instrumento.

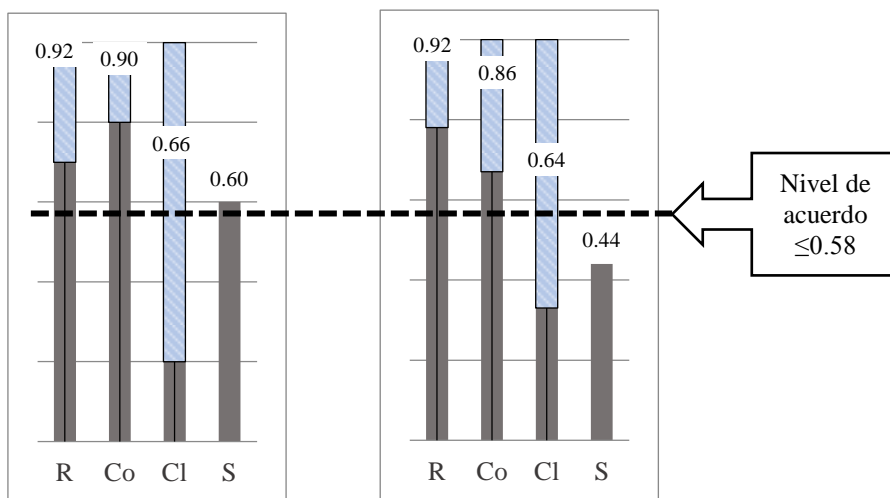
Validez de Contenido de la Intervención de Apoyo Interpersonal de Seguimiento Telefónico (IAIST)

En cuanto a los resultados obtenidos de la validez de contenido de la Intervención de Apoyo Interpersonal de Seguimiento Telefónico (IAIST), para el criterio de relevancia, los reactivos se encontraron en un rango por encima del valor mínimo de validez interjueces (≤ 0.58), con un rango de la razón de validez de contenido (RVC) que fue de 0.78 a 1.0 con un índice de validez de contenido (IVC) de 0.92, para el criterio de coherencia el rango de la RVC fue de 0.67 a 1.0 con un IVC de 0.86, ambos brindan



validez tanto del nivel de pertinencia para el seguimiento como de apoyo y monitoreo del riesgo suicida de las llamadas.

En relación con el nivel de claridad se obtuvo un rango de RVC que fue de 0.33 a 1.0 y un IVC de 0.64. Por último, para el criterio de suficiencia para evaluar el riesgo suicida, se obtuvo que el índice de validez de contenido obtuvo un valor de 0.44. Este valor de acuerdo entre jueces era esperable que resultara por debajo del nivel de acuerdo entre jueces, pues el monitoreo del riesgo no es suficiente para dar una clasificación del nivel de riesgo suicida, pues se obtiene información que se complementa con la obtenida en la entrevista EDERS para establecer la evolución del nivel de riesgo (ver figura 6).

Figura 6
Resultados de la validez de contenido de la Entrevista de Directiva de Riesgo Suicida (EDERS) y de la Intervención de Apoyo Interpersonal de Seguimiento Telefónico (IAIST)



Nota: Criterios
R: Relevancia
Co: Coherencia
Cl: Claridad
S: Suficiencia

 Razón de Validez de Contenido (RVC): resultados para cada reactivo.
 Índice de Validez de Contenido (IVC): promedio para cada criterio.

Finalmente, señalar que en siete reactivos no se obtuvo el nivel de acuerdo suficiente (≤ 0.58); fueron los reactivos 3, 5, 6, 7, 13, 14 y 15 (ver Tabla 3); a éstos se les hicieron modificaciones en la redacción conforme a las observaciones realizadas por los jueces y el consenso del equipo de investigación para llegar a la versión final, la cual, cabe señalar, también tuvo modificaciones en el orden de los reactivos y en la homologación de los reactivos escalares.

Tabla 2

Reactivos de la entrevista EDERS con la puntuación de la Razón de Validez (RV) obtenida para los criterios de *claridad (Cl)*, *coherencia (Co)* y *relevancia (Re)*. Así como el Índice de Validez (IV) para cada criterio.

Reactivos	Claridad RVC	Coherencia RVC	Relevancia RVC
Pertenencia frustrada			
1. ¿Con quién vive? (Parentesco)	0.90	0.80	0.80
2 ¿Siente que se han preocupado por usted en estos días? 2a En una escala del 0 al 10 diga qué tanto siente que hay personas que se preocupan por usted cuando 0 significa " <i>nunca se preocupan por mí</i> " y 10 " <i>siempre se preocupan por mí</i> ".	0.60	1.00	1.00
3 ¿Cuenta con alguna persona a quien pueda llamar cuando se siente mal? ¿Quién(es)?	0.60	1.00	0.90
4 ¿Quiénes son las personas más significativas para usted?	0.70	0.80	0.70
5 Diga del 0 al 10 qué tanto siente que forma parte (pertenecer) de un grupo de amigos, trabajo, compañeros; donde 0 es, "no siento en lo absoluto que forme parte de un grupo" y 10 "tengo un fuerte sentimiento de que formo parte de un grupo".	0.70	1.00	1.00
6 ¿Tiene encuentros satisfactorios con otras personas cada día?	0.30	0.80	0.90
7 ¿Siente que cuenta con personas que están dispuestos a ayudarlo cuando atraviesa por momentos difíciles? 7a Diga en una escala del 0 al 10 donde 0 es "siento que no cuento realmente con nadie cuando estoy atravesando por un momento difícil" y 10 es "siempre cuento con alguien cuando estoy atravesando por un momento difícil".	0.70	1.00	1.00
Percibirse como una carga			
8 Ha pensado: "las personas que me rodean estarían mejor si ya no estuviera aquí con ellos"			
8a Dígame, en una escala del 0 al 10, dónde 0 es "nunca me siento una carga para nadie"; hasta 10 que es "siempre me siento una carga para otros" a ¿Qué lo hace sentir así?	0.70	0.90	1.00
9 En una escala del 0 al 10 qué tanto siente que no es útil para los demás, dónde 0 es "me siento inútil para los demás" y 10 es "siento que siempre soy útil para los demás".	0.60	0.90	1.00
Antecedentes relacionados con la tolerancia al dolor			
10 Antecedentes de conducta suicida ¿Ya había intentado quitarse la vida (suicidio) en el pasado?	0.60	1.00	0.90
11 ¿Cuántas veces?	0.90	1.00	1.00
12 ¿Cuándo fue la última vez que intentó suicidarse/quitarse la vida?	1.00	1.00	1.00
13 ¿De qué forma lo hizo? (anotar el método de cada una) entre más letal el método mayor riesgo	0.70	1.00	1.00
14 ¿Qué pasó en esa(s) ocasión(es) (ej., fue internado en un hospital, se quedó en casa)? Anotar las características de las últimas 3	0.70	0.80	0.80
15 ¿Se ha lastimado sin la intención de quitarse la vida? 15a ¿Cómo?	0.60	0.80	0.90
Pérdida del miedo a morir			
16 ¿Tiene antecedentes familiares de conducta suicida? a Suicidios b Intentos de suicidio			
i ¿Qué parentesco tienen con usted?	0.50	0.90	0.90
ii Suicidios			
iii Intentos de suicidio			
17 Temeridad: ¿Cuándo piensa acerca del suicidio, siente miedo?			
Dígame en una escala del 0 al 10, donde 0 es "nada de miedo" 10 es "mucho miedo".	0.80	0.90	1.00

Continuación tabla 2

Reactivos	Claridad	Coherencia	Relevancia
	RVC	RVC	RVC
Planes resueltos y preparativos			
18 ¿Ha imaginado el momento de quitarse la vida? Platíqueme al respecto	0.60	0.90	0.90
19 Especificidad del plan (explorar vividez, detalles): ¿Tiene un plan de cómo quitarse la vida? (se puede obviar si el paciente lo dice al realizar la pregunta anterior)	0.70	0.90	0.80
20 ¿Qué tan fuerte es su deseo de estar muerto? Dígamelo en una escala del 0 al 10 donde 0 es “no tengo ningún deseo de morir” hasta 10 que es “total deseo de morir”.	0.90	0.80	0.90
21 Duración: ¿Cuándo usted tiene estos pensamientos y sentimientos, cuánto tiempo suelen durarle? Duración: Horas____ Días____ Semanas____	0.60	1.00	1.00
21a Intensidad de la intención: ¿Qué tan fuerte es su intención de quitarse la vida? del 0 al 10, cuando 0 es “nada intensa” y 10 es “muy intensa”.	0.90	0.80	0.90
22 ¿Ha realizado preparativos para intentar quitarse la vida (ej., comprar el medicamento, etc.)? (es complemento de las preguntas 19 y 20, pero puede que ya esté respondida)	0.80	0.80	0.80
23 ¿Ha pensado en llevar a cabo su plan? (es necesario preguntar en caso de que siga teniendo un plan después de haber intentado suicidarse y sobrevivido)	0.80	0.80	0.80
Acceso a medios y factibilidad			
24 ¿Tiene “cosas” a su alcance con lo que puede hacerse daño? (las pastillas, la pistola, etc. de acuerdo al plan explorar si los elementos que mencionó los tiene al alcance)	0.50	0.90	1.00
25 ¿Cree que tendrá la oportunidad para realizarlo?	0.60	0.90	0.90
26 ¿Cuánto tiempo pasa solo? (explorar cuáles son los momentos que pasa solo y en dónde es que suele encontrarse solo; puede ser en el trabajo, en su casa o en otro lugar)	0.70	0.90	0.90
Estresores precipitantes			
27 (puede ser más de uno): ¿le ha ocurrido recientemente algo que haya resultado muy estresante (ej., la muerte de un ser querido, divorcio, un rompimiento –ruptura- mayor, perdió su trabajo)? (Describa) Llegar al evento que desencadenó la crisis suicida que lo llevó a intentar quitarse la vida.	0.90	0.90	1.00
Desesperanza			
28 ¿Siente desesperanza para resolver su(s) situación(es) estresante(s)? En una escala del 0 al 10 que tanta desesperanza siente para poder mejorar los problemas que tiene actualmente donde 0 es “Nada de desesperanza de que mis problemas se solucionen” hasta 10 que es “Siento total desesperanza para que se solucionen mis problemas”.	0.20	1.00	1.00
Impulsividad			
29 Cuando se está sintiendo mal, ¿qué hace para afrontarlo?	0.40	0.90	0.90
30 Algunas veces la gente se siente mal (en crisis) y hacen cosas por impulso, sin pensarlo o a pesar de que sabe que puede tener consecuencias negativas, con el fin de sentirse mejor. ¿Le ha pasado así alguna vez (ej., cortarte la piel, tomar alcohol, huir, darse atracones, robar)?	0.50	0.90	0.90
32 Ya que sobrevivió ¿cómo se siente al respecto, aliviado o arrepentido por haber fallado porque aún quiere dejar de vivir?	0.30	0.90	1.00
Diagnóstico psiquiátrico			
33 Anotar diagnóstico clínico (CIE-10)	0.90	0.80	1.00
Índice de Validez de Contenido por Criterio de Evaluación (IVC)	0.66	0.90	0.92

Tabla 3

Reactivos de la intervención IAIST con la puntuación de la Razón de Validez (RV) obtenida para los criterios de *claridad (Cl)*, *coherencia (Co)* y *relevancia (Re)*. Así como el Índice de Validez (IV) para cada criterio.

Reactivos	Claridad RVC	Coherencia RVC	Relevancia RVC
Indicadores de salud mental después de ser dados de alta			
3 En la última semana, ¿ha sentido la necesidad de algún apoyo?	0.56	0.78	0.89
4 En caso afirmativo, ¿intentó buscarlo en alguno de estos lugares?	0.67	0.78	0.78
Pertenencia frustrada			
5 ¿Sigue viviendo con las mismas personas? ¿Quiénes son? (parentesco)	0.56	0.89	1.00
6 ¿Siente que se han preocupado por usted en estos días? 2a En una escala del 0 al 10 diga qué tanto siente que hay personas que se preocupan por usted cuando 0 significa “nunca se preocupan por mí” y 10 “siempre se preocupan por mí”.	0.56	0.89	0.89
7 ¿Ha tenido encuentros satisfactorios con otras personas cada día?	0.44	0.89	0.78
8 ¿Siente que cuenta con personas que están dispuestas a ayudarle cuando atraviesa por momentos difíciles? 8a Diga en una escala del 0 al 10 donde 0 es “siento que no cuento realmente con nadie cuando estoy atravesando por un momento difícil” y 10 es “siempre cuento con alguien cuando estoy atravesando por un momento difícil”.	0.67	0.89	0.89
Percibirse como una carga			
9 Ha pensado: “las personas que me rodean estarían mejor si ya no estuviera aquí con ellos” 9a Dígame, en una escala del 0 al 10, dónde 0 es “nunca me siento una carga para nadie”; hasta 10 que es “siempre me siento una carga para otros”.	0.67	1.00	1.00
9b ¿Qué lo hace sentirse así?	0.89	1.00	1.00
10 En una escala del 0 al 10 qué tanto siente que no es útil para los demás, dónde 0 es “siento que soy inútil para los demás” y 10 es “siento que siempre soy útil para los demás”.	0.89	1.00	0.89
Estresores precipitantes			
11 ¿le ha ocurrido recientemente algo que haya resultado estresante (ej., la muerte de un ser querido, divorcio, un rompimiento –ruptura- mayor, perdió su trabajo)? ¿qué cosa ocurrió?	1.00	0.78	1.00
Planes resueltos y preparativos			
12 Duración: ¿En caso de que en estos días haya tenido una crisis suicida, cuánto tiempo le han durado los pensamientos y sentimientos?	0.67	0.89	1.00
12a Intensidad de la intención: ¿Qué tan fuerte es su intención de quitarse la vida? del 0 al 10, cuando 0 es “ <i>nada intensa</i> ” y 10 es “ <i>muy intensa</i> ”.	0.78	0.67	0.89
Antecedentes relacionados con la tolerancia al dolor			
13 Si lo está, ¿ha cometido usted (el paciente) un nuevo intento de suicidio desde que fue dado de alta en el hospital?	0.44	0.78	0.89
14 ¿Cómo se siente? (Marque la opción)	0.44	0.78	0.89

Continuación tabla 3

Reactivos	Claridad RVC	Coherencia RVC	Relevancia RVC
Desesperanza			
15 ¿Siente desesperanza para resolver su situación(es) estresante(s)? En una escala del 0 al 10 qué tanta desesperanza siente para poder mejorar los problemas que tiene actualmente donde 0 es “Nada de desesperanza de que mis problemas se solucionen” hasta 10 que es “Siento total desesperanza para que se solucionen mis problemas”.	0.33	1.00	1.00
Calidad de la llamada			
16 Antes de despedirnos quiero preguntarle ¿Cómo se sintió con la llamada? (Marque la opción)	0.67	0.78	0.89
17 ¿Cree que tienen alguna utilidad (las llamadas de seguimiento)? ¿Cuál?	0.67	0.89	1.00
Índice de Validez para cada Criterio evaluado	0.64	0.86	0.92

6.2.2 Validación de las Rúbricas de la Entrevista Directiva para Evaluar el Riesgo Suicida (R - EDERS)

Una vez obtenida la validez de contenido de la entrevista EDERS, con ésta se pudo obtener la clasificación clínica del riesgo suicida e indicadores del riesgo a los que se les dio seguimiento telefónico a través de la intervención IAIST. Sin embargo, dado que la entrevista se compone de reactivos que exploran factores con un distinto marco temporal (algunos distales y otros proximales) y éstos tienen distintas opciones de respuesta (dicotómicos, escalares y preguntas abiertas), se diseñó un procedimiento, a través de rúbricas para evaluar los reactivos, con el propósito de contar con niveles de medición similares para cada reactivo y obtener puntuaciones naturales de las dimensiones que componen la entrevista. Las Rúbricas EDERS se redactaron en función de la teoría, evidencia empírica y la retroalimentación de académicos y estudiantes del programa de doctorado en psicología y salud.

La participación de los jueces expertos consistió en evaluar qué tan claras y coherentes eran las rúbricas para cada reactivo, en función del nivel de riesgo que aportaba cada una (bajo, medio, alto o extremo) a la clasificación total del riesgo suicida. Así mismo, se solicitó la evaluación del criterio de suficiencia para clasificar el nivel de riesgo suicida del paciente a partir del análisis de las rúbricas en su totalidad.

Objetivo

Determinar la validez de contenido de las Rúbricas para Clasificar el Riesgo Suicida de la Entrevista EDERS.

Muestreo

Se invitó a participar a los mismos jueces expertos de la validación de constructo de la entrevista EDERS. Por lo tanto fue un muestreo no probabilístico y por conveniencia (Creswell, 2015).

Participantes

Participaron cuatro (50%) jueces de sexo masculino y cuatro (50%) del femenino; con una M de 43 años, DE= 10.4 y un rango de edad de 32 a 63 años; cinco con estudios de doctorado, dos con maestría y uno con estudios de psiquiatría. Los jueces tuvieron diversos

perfiles de acuerdo a los criterios de inclusión (Van der Fels-Klerx, Goossens, Saatkamp, & Horst, 2002).

Criterios de Inclusión

- Haber participado en el jueceo de los reactivos de la entrevista EDERS en el primer estudio.

Cumplían con dos de los siguientes tres criterios:

- Investigadores del área de la psicología con experiencia en construcción de instrumentos.
- Profesionales de la salud mental con práctica clínica con pacientes con riesgo de suicidio.
- Investigadores que han abordado el tema del suicidio en sus trabajos.

Criterios de Exclusión

- Que no cumplan con los criterios de inclusión: experiencia en construcción de instrumentos, práctica clínica o investigación en suicidio.

Criterios de Eliminación

- Que el juez dejara el cuadernillo de jueceo inconcluso.
- Que el juez entregara el cuadernillo de jueceo después de la fecha límite de entrega.
- Que el juez no entregara la prueba en un periodo máximo de dos semanas.

Procedimiento

Antes de realizar la validación con los jueces expertos, se llevaron a cabo las siguientes actividades para la elaboración de los cuadernillos de jueceo:

La elaboración de las rúbricas para cada reactivo de la Entrevista Directiva para la Evaluación del Riesgo Suicida (EDERS) se hizo en función de la evidencia de estudios previos, los supuestos de la teoría interpersonal del suicidio (Joiner, 2009), así como de la

retroalimentación de estudiantes y académicos del doctorado en psicología y salud de la UNAM.

Los criterios para evaluar fueron, la *claridad* en las rúbricas para cada reactivo, su *coherencia* y obtener el nivel de *suficiencia* de las rúbricas para clasificar el riesgo suicida.

Instrumento

El *Cuadernillo para el Jueceo de las Rúbricas para la Entrevista Directiva para Evaluar el Riesgo Suicida (R - EDERS)* quedó conformado por una sección de datos personales sobre la experiencia de acuerdo a los criterios de inclusión de los jueces, instrucciones sobre el procedimiento para responder y 35 rúbricas, una por reactivo. Para las rúbricas de cada reactivo se solicitó al juez emitiera su juicio sobre los criterios de claridad y coherencia; para finalizar se le solicitó a cada juez calificara el nivel de suficiencia que tenían las rúbricas en su conjunto para evaluar el riesgo suicida. La distribución de los reactivos con sus rúbricas por dimensiones fue la siguiente:

Pertenencia frustrada con siete rúbricas.

Percibirse como una carga con tres rúbricas.

Capacidad para suicidarse con diecinueve rúbricas.

Factores de riesgo significativos con cinco rúbricas.

Análisis Estadístico

El análisis de datos se realizó a través del Modelo de Lawshe Modificado (Tristan-López, 2008).

Resultados

Los resultados de la validez de contenido de las Rúbricas para la Entrevista Directiva para Evaluar el Riesgo Suicida (EDERS) fueron en función de los criterios de coherencia, claridad y suficiencia. En cuanto al criterio de coherencia se obtuvo un rango en la razón de validez de contenido (RVC) que fue de 0.63 a 1.0, con un índice de validez de contenido (IVC) de 0.85; respecto al criterio de claridad el rango de la RVC fue de 0.50 a 1.0 con un IVC de 0.86. Finalmente, en cuanto al criterio de suficiencia para clasificar el nivel de riesgo suicida se obtuvo un índice de validez de contenido (IVC) de 0.75 (Figura 7). Las

rúbricas que no alcanzaron el nivel de acuerdo suficiente (≤ 0.58) respecto al criterio de claridad fueron tres; la 14a, 19 y 31 (tabla 4). A estas se hicieron modificaciones para quedar mejor acotadas, conforme a las observaciones realizadas por los jueces y el consenso del equipo de investigación para llegar a la versión final.

Figura 7
Resultados de la validez de contenido de la Entrevista de Directiva de Riesgo Suicida (EDERS) y de la Intervención de Apoyo Interpersonal de Seguimiento Telefónico (IAIST)

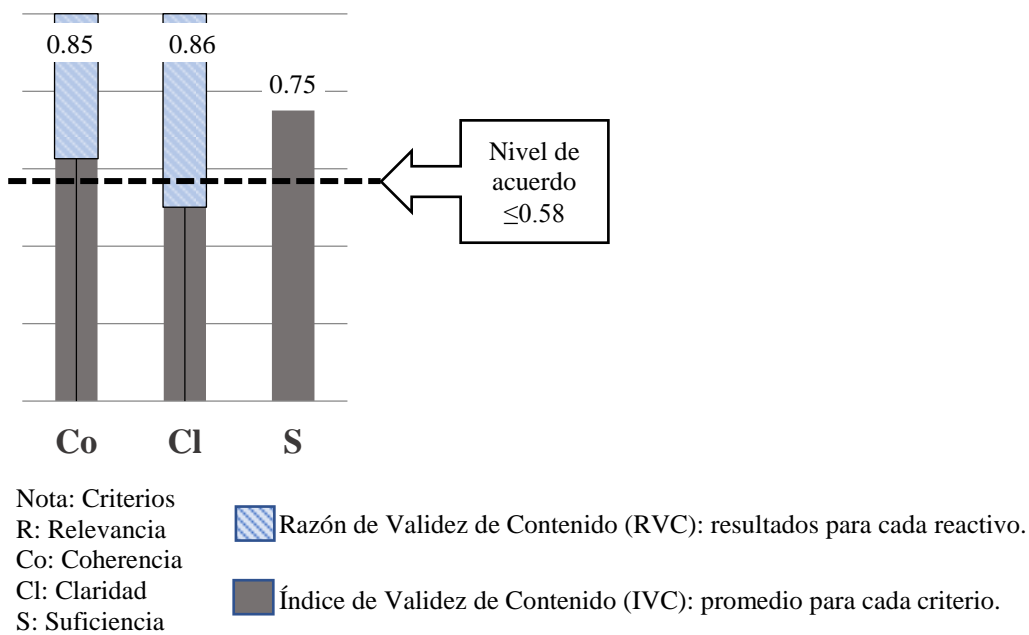


Tabla 4

Nivel de acuerdo de los jueces expertos obtenida a través de la Razón de Validez de Contenido conforme a los criterios de claridad y coherencia de las rúbricas de cada reactivo de la Entrevista EDERS.

Reactivo y Rúbricas por Nivel de Riesgo				Claridad RVC	Coherencia RVC
Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto	Riesgo Extremo		
Dimensión (a): Pertenencia frustrada					
1 ¿Con quién vive?					
Vive en familia o acompañado	<i>No se considera para riesgo medio.</i>	Vive solo	<i>No se considera para riesgo extremo.</i>	1.00	0.88
2ª Diga en una escala del 0 al 10 qué tanto siente que hay personas que se preocupan por usted, si 0 es “nunca se preocupan por mí” y 10 “siempre se preocupan por mí”. Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.					
8 a 10 puntos Puntuación_____	6 a 7 puntos Puntuación_____	3 a 5 puntos Puntuación_____	0 a 2 puntos Puntuación_____	0.88	1.00
3 ¿Cuenta con alguna persona a quien pueda llamar cuando se siente mal (<i>crisis suicida, deprimido, triste, desesperado</i>)?					
Sí	<i>No se considera para riesgo medio.</i>	No	<i>No se considera para riesgo extremo.</i>	1.00	0.88
4. ¿Quiénes son las personas más importantes para usted? (<i>el objetivo es saber si cuenta con personas significativas y quiénes son</i>).					
Familiares y amigos	Sólo amigos	Una sola persona (familiar o amigo)	Nadie	0.88	0.88
5 Diga del 0 al 10 qué tanto siente que forma parte (pertenece) a un grupo de amigos, trabajo, compañeros; si 0 es “no siento en lo absoluto que forme parte de un grupo” y 10 “tengo un fuerte sentimiento de que formo parte de un grupo”. Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.					
6 a 10 puntos Puntuación_____	3 a 5 puntos Puntuación_____	1 a 2 puntos Puntuación_____	0 puntos Puntuación_____	0.88	0.88
6 ¿Tiene encuentros satisfactorios con otras personas cotidianamente? (satisfactorios se refiere a que son agradables, gratos, gratificantes).					
Sí	<i>No se considera para riesgo medio.</i>	No	<i>No se considera para riesgo extremo.</i>	1.00	0.88
7ª Diga en una escala del 0 al 10 qué tanto siente que cuenta con alguien cuando atraviesa por un momento difícil; si 0 es “siento que no cuento con alguien cuando estoy atravesando por un momento difícil” y 10 es “siento que siempre cuento con alguien cuando estoy atravesando por un momento difícil”. Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.					
8 a 10 puntos Puntuación_____	6 a 7 puntos Puntuación_____	3 a 5 puntos Puntuación_____	0 a 2 puntos Puntuación_____	0.88	0.88

Reactivo y Rúbricas por Nivel de Riesgo				Claridad RVC	Coherencia RVC
Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto	Riesgo Extremo		
Dimensión (b): Percibirse como una carga					
8 ¿Ha pensado: “las personas que me rodean estarían mejor si ya no estuviera aquí con ellos”?					
No	<i>No se considera para riesgo medio.</i>	Sí	<i>No se considera para riesgo extremo.</i>	1.00	0.88
8ª Diga en una escala del 0 al 10 qué tanto se siente una carga para otros, si 0 es “nunca me siento una carga para otros” y 10 es “siempre me siento una carga para otros”. Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.					
0 a 2 puntos Puntuación_____	3 a 5 puntos Puntuación_____	6 a 8 puntos Puntuación_____	9 a 10 puntos Puntuación_____	1.00	0.88
10 Diga en una escala del 0 al 10 qué tanto siente que es útil para los demás, si 0 es “me siento inútil para los demás” y 10 es “siento que siempre soy útil para los demás”. Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.					
6 a 10 puntos Puntuación_____	3 a 5 puntos Puntuación_____	1 a 2 puntos Puntuación_____	0 puntos Puntuación_____	1.00	0.88
Dimensión (c): Antecedentes relacionados con la tolerancia al dolor					
11 (Antecedentes de conducta suicida): ¿ya había/ha intentado quitarse la vida (suicidado)? Si responde sí seguir con las preguntar ¿cuántas veces? Si responde no pasar a la pregunta 14					
No	Un intento.	Dos intentos	En tres o más ocasiones	0.75	0.75
12 ¿Cuándo fue la última vez que intentó suicidarse/quitarse la vida? ¿De qué forma lo hizo?					
Hace dos años o más de baja letalidad.	De dos años a seis meses de baja letalidad O más de dos años de alta letalidad.	Entre dos años a seis meses de alta letalidad o entre seis meses a un mes de cualquier grado de letalidad	Un mes o menos de cualquier grado de letalidad.	0.75	0.88
12 ¿Cuándo fue la última vez que intentó suicidarse/quitarse la vida? ¿De qué forma lo hizo?					
Cortes en las muñecas sin requerir sutura, dosis no letales de medicamentos porque se arrepintió o algún familiar/amigo lo(la) sorprendió a tiempo para ayudarlo. No fue a un centro de atención médica.	Cortes en las muñecas sin requerir sutura o intoxicación con pastillas fue llevada al centro de salud u hospital pero no requirió lavado de estómago, tampoco internamiento. Consumo de alta dosis de medicamentos pero que la familia no se dio cuenta o no quisieron llevarla a ningún centro hospitalario (se recuperó en casa).	Requirió suturas, lavado de estómago u hospitalización por el intento. Dio aviso al momento del intento o lo hizo en un lugar donde había más personas quienes lo podrían encontrar a tiempo.	<i>Estuvo en terapia intensiva por el intento (ej., intoxicación, ahorcamiento, arma de fuego, lesión por caída, etc.). No dio aviso a nadie y se cercioró de que no hubiera nadie quien lo pudiera encontrar al momento del intento.</i>	0.75	0.63

Reactivo y Rúbricas por Nivel de Riesgo					
Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto	Riesgo Extremo	Claridad RVC	Coherencia RVC
14 ¿Se ha lastimado físicamente sin la intención de quitarse la vida? (Poner algunos ejemplos “tomar pastillas, cortarse, quemarse, pegarte usted mismo(a) o a la pared, rascarte hasta sangrar, etc.					
No	<i>No se considera para riesgo medio.</i>	Sí	<i>No se considera para riesgo extremo.</i>	0.75	0.88
14a ¿Cómo? Explorar la frecuencia, el tiempo que ha durado o duró la práctica de autolesiones y el tipo.					
Sin o hace más de dos años que no presenta.	Hace menos de dos años o más de seis meses que desaparecieron. Cortes, quemaduras, arrancado el cabello, golpeándose, abusando de medicamento etc.	Menos de seis meses o continúan cortes, quemaduras, arrancado el cabello, golpeándose, abusando de medicamento etc.	<i>No se considera para riesgo extremo.</i>	0.50	0.88
Dimensión (d): Pérdida del miedo a morir					
15 ¿Alguien de su familia ha intentado suicidarse?					
No	Sí, familia en segundo orden (Tíos, primos)	Sí, familia en primer orden (Esposo(a), hermanos, padres, hijos)	<i>No se considera para riesgo extremo.</i>	0.88	0.75
16 ¿Alguien de su familia ha muerto por suicidio?					
No	Sí, familia en segundo orden (Tíos, primos)	Sí, familia en primer orden (Esposo(a), hermanos, padres, hijos)	<i>No se considera para riesgo extremo.</i>	0.88	0.75
17ª Temeridad: Diga en una escala del 0 al 10 que tanto miedo siente ante la idea de suicidarse, si 0 es “nada de miedo” y 10 es “mucho miedo”. Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.					
6 a 10 puntos Puntuación_____	3 a 5 puntos Puntuación_____	1 a 2 puntos Puntuación_____	0 puntos Puntuación_____	1.00	0.88
Dimensión (e): Pensamientos suicidas					
18 Después de haber intentado quitarse la vida y estar vivo ¿cómo se siente? <i>Omitir esta pregunta si respondió no en la pregunta 11</i>					
Se siente bien de estar vivo, <i>puede referir</i> que no lo volvería a hacer.	Se siente bien, todavía, algunas veces desearía haber muerto.	Que no sirve ni para quitarse la vida, sigue deseando haber muerto.	Que no consiguió su objetivo pero ahora sabe cómo realizarlo.	0.63	0.75

Reactivo y Rúbricas por Nivel de Riesgo					
Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto	Riesgo Extremo	Claridad RVC	Coherencia RVC
19 ¿Ha imaginado el momento de quitarse la vida? Platíqueme al respecto					
No	Ha presentado fantasías poco elaboradas y difíciles de lograrse. (ej., <i>que me lleve un río, aventarme de un edificio muy alto</i>).	Ha imaginado con detalle el momento de quitarse la vida (p.ej., tomar pastillas, aventarse de un puente). Aparentar que sería por impulso, sin un plan.	Ha imaginado con detalle el momento de quitarse la vida (p.ej., <i>“justo como lo he planeado”</i>).	0.50	0.88
20 ¿Tiene un plan de cómo quitarse la vida? Especificidad del plan (explorar vividas, detalles) (se puede obviar si el paciente dice al realizar la pregunta anterior que ese es su plan, aunque no hay que confundir la imaginación con un plan concreto que incluye cuándo y porqué).					
No	<i>No se considera para riesgo medio.</i>	Sí	<i>No se considera para riesgo extremo.</i>	0.75	0.88
21 Diga en una escala del 0 al 10 qué tan fuerte es su deseo de estar muerto, si 0 es “no tengo ningún deseo de morir” y 10 es “un deseo total de morir”. Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.					
0 a 2 puntos Puntuación_____	3 a 5 puntos Puntuación_____	6 a 8 puntos Puntuación_____	9 a 10 puntos Puntuación_____	1.00	1.00
22 Duración de las crisis suicidas ¿Cuánto usted tiene estos pensamientos y sentimientos, cuánto tiempo le duran? (Si no recuerda con claridad, un aproximado) Anotar número de horas/días/semanas. Horas_____ Días_____ Semanas_____					
No presenta ideación	En las dos últimas semanas, episodios que duran unos minutos a máximo dos horas o no presenta ideación suicida actualmente pero en los últimos seis meses sí.	Más de dos días por semana en al menos durante dos semanas. Con duración de unos minutos a un par de horas. Puede que se presente diario a una hora determinada (ej. por las noches cuando no puede dormir o en las mañanas o cuando discute con alguien).	Presenta ideación constante, diariamente, varias horas al día.	0.75	0.88
23 Diga en una escala del 0 al 10 qué tan fuerte es su intención de quitarse la vida, si 0 es “nada intensa” y 10 es “muy intensa”. Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.					
0 puntos Puntuación_____	1 a 2 puntos Puntuación_____	3 a 5 puntos Puntuación_____	6 a 10 puntos Puntuación_____	1.00	0.75

Reactivo y Rúbricas por Nivel de Riesgo					
Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto	Riesgo Extremo	Claridad RVC	Coherencia RVC
Dimensión (f): Acceso a medios y factibilidad					
24 ¿Ha realizado preparativos para intentar quitarse la vida (ej. Comprar medicamento, comprar la soga, sabe cuándo y el lugar, etc.)?					
No	<i>No se considera para riesgo medio.</i>	Sí, poco elaborados y de baja letalidad. (Como esperando un impulso)	Sí, elaborados y de alta letalidad. (Premeditado y decidido).	1.00	0.88
25 ¿Ha pensado en llevar a cabo su plan? (es necesario preguntar en caso de que siga teniendo un plan después de haber intentado suicidarse y sobrevivido)					
No	<i>No se considera para riesgo medio.</i>	Sí, con baja a moderada intencionalidad (de pregunta 23).	Sí, con alta a extrema intencionalidad (de pregunta 23).	0.88	0.75
26 ¿Tiene “cosas” a su alcance con lo que puede hacerse daño? (las pastillas, pistola, etc. De acuerdo al plan explorar si los elementos que mencionó los tiene al alcance)					
No o quizá sí pero no hay intención suicida.	Sí, con deseo de estar muerto moderado, sin plan.	Sí, con preparativos poco elaborados y de baja letalidad.	Sí, con preparativos elaborados y de alta letalidad.	0.88	0.88
27 ¿Cree que tendrá la oportunidad para realizar el plan que antes mencionó? Preguntar sólo en caso de que haya mencionado tener un plan.					
No lo ha contemplado	Lo ha imaginado pero no lo ha planeado.	No lo ha contemplado con exactitud. En ocasiones lo refiere a un momento de impulso.	Sí, refiere el momento con exactitud	.0.88	0.75
28 ¿Cuánto tiempo pasa solo? (explorar cuáles son los momentos que pasa solo y en dónde es que suele ocurrir que se queda solo; cotejar con el plan –si es que lo mencionó- y con los objetos al alcance).					
La mayor parte del tiempo está acompañado(a) o rodeado(a) de gente.	De dos a tres horas en la mañana o la tarde.	Toda la mañana, toda la tarde o se encierra en su habitación y nadie entra.	La mayor parte del día o todo el día.	1.00	0.88
Dimensión (g): Estresores precipitantes					
29 ¿Le ha ocurrido recientemente algo que haya resultado muy estresante (ej., la muerte de un ser querido, divorcio, un rompimiento-ruptura mayor, pérdida de empleo, etc.)? Puede ser más de uno, sin embargo es relevante conocer el evento que desencadenó la crisis suicida; (si es el caso) la que lo llevó al intento de suicidio.					
En general uno o dos estresores.	Tres estresores.	Cuatro estresores	Cinco o más estresores	.1.00	0.75

Reactivo y Rúbricas por Nivel de Riesgo					
Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto	Riesgo Extremo	Claridad RVC	Coherencia RVC
Dimensión (h): Desesperanza					
30ª Diga en una escala del 0 al 10 qué tan fuerte es la <i>desesperanza</i> que siente para resolver a futuro los problemas que actualmente tiene, si 0 es “ <i>nada de desesperanza de que mis problemas se solucionen</i> ” y 10 es “ <i>siento total desesperanza de que se solucionen mis problemas</i> ”. <u>Marcar con una “X” el número que indique el paciente.</u>					
0 a 2 puntos Puntuación_____	3 a 5 puntos Puntuación_____	6 a 8 puntos Puntuación_____	9 a 10 puntos Puntuación_____	0.88	0.88
31 Cuando se está sintiendo mal emocionalmente; triste, ansioso, enojado, desesperado ¿Qué hace para afrontarlo?					
Sin indicadores de impulsividad como gritar, golpear, cortarse, romper cosas, tomar alcohol.	Con algunos uno o dos indicadores de pérdida de control como gritar a otros cuando se enoja, tomar alcohol, con presencia de reacciones positivas con hacer ejercicio, escuchar música, entre otros.	Con más de dos indicadores de impulsividad, como autolesiones, tomar, fumar, gritarles a otros, encerrarse en su cuarto, salirse de casa, etc. Con posible presencia de alguna conducta positiva como ejercicio, escuchar música, ver videos, etc.	Ya no tolera, se siente mal la mayor parte del tiempo.	0.50	0.88
32 Algunas veces la gente se siente en crisis y hacen cosas por impulso (sin pensarlo), o a pesar de saber que puede tener consecuencias negativas lo hace con el fin de sentirse mejor momentáneamente. ¿Le ha pasado así alguna vez (ej., cortarle la piel, tomar alcohol, huir, darse atracones, robar)?					
No	<i>No se considera para riesgo medio.</i>	Sí	<i>No se considera para riesgo extremo.</i>	0.75	1.00
Dimensión (i): Factores agudos de suicidalidad					
33 El paciente presenta (Entrevistador explora): <i>aislamiento social agudo, estados afectivos severos</i> (incontrolables e intolerables: desamparo, ansiedad, desesperación, culpa, desesperanza, humillación, soledad, rabia y odio a sí mismo), <i>irritabilidad marcada, problemas de sueño o severa pérdida de peso.</i>					
Presenta un factor	Presenta dos factores	Presenta tres factores.	Presenta cuatro a cinco factores.	0.88	0.88

Continuación tabla 4

Reactivo y Rúbricas por Nivel de Riesgo					
Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto	Riesgo Extremo	Claridad RVC	Coherencia RVC
34 Anotar diagnóstico clínico (CIE-10, DSM-IV, DSM-V, etc.) en caso de que se cuente con uno realizado por personal especializado.					
Sin diagnóstico psiquiátrico	Depresión leve, ataque de pánico	Depresión moderada a severa, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno psicótico (breve y esquizofrenia), trastorno límite de la personalidad, trastorno adaptativo, trastorno por abuso de sustancias, trastorno de la conducta alimentaria.	<i>No se considera para riesgo extremo.</i>	1.00	0.75

6.2.3 Validación de Constructo de la Entrevista Directiva para Evaluar el Riesgo Suicida (EDERS)

Al analizar la forma de obtener las puntuaciones naturales a partir de las rúbricas, se observó que el agrupamiento de los reactivos con distintas opciones de respuesta (escalares del 0 al 10, dicotómicas y abiertas) para homologar la forma de calificación, producía una pérdida de sensibilidad en la medición de las variables de riesgo suicida; otro problema de la integración de los reactivos, asociado con la pérdida de sensibilidad, fue evaluar por igual variables proximales y distales, cuando en realidad, las segundas cambian poco o nada con el paso del tiempo y de las intervenciones, pues se refieren a los antecedentes familiares de comportamiento suicida y antecedentes personales de intentos de suicidio, como autolesiones, que si bien pueden cambiar, no se caracterizan por presentar cambios en periodos cortos de tiempo.

A diferencia de los factores dinámicos más sensibles, como: el deseo de morir, la intencionalidad suicida, percibirse como una carga o sentir pertenencia frustrada (Gallyer, Chu, Klein, Quintana, Carlton, Dougherty, & Joiner, 2020). Por lo tanto, los resultados obtenidos de los análisis de diferencias entre el grupo de intervención y grupo control antes y después del seguimiento a seis meses (tablas 7 y 8 en la sección de resultados), tanto intra grupo como entre grupos, pueden estar incurriendo en un error tipo II al dar por concluido que no existen diferencias significativas con y sin intervención de seguimiento telefónico, cuando en realidad el problema es la falta de sensibilidad de las rúbricas EDERS (Kerlinger & Lee, 2004).

Por lo tanto, se analizaron los reactivos proximales, se separaron por opción de respuesta: dicotómicos y escalares, posteriormente se realizó un análisis de confiabilidad con el estadístico alfa de cronbach y finalmente un análisis factorial exploratorio con rotación varimax con el propósito de obtener las dimensiones que integran los instrumentos utilizados en el presente estudio.

Objetivo

Obtener la validez de constructo de la Entrevista Directiva para Evaluación del Riesgo Suicida (EDERS).

Muestreo

El muestreo fue por cuota y periodo de tiempo, ya que los participantes fueron los pacientes que acudieron al servicio de admisión del hospital sede de la investigación, referidos por haber cometido un intento de suicidio, cumplieron criterios para el internamiento y aceptaron participar en el estudio principal.

Participantes

Se reclutaron 48 pacientes en un periodo comprendido del 1 de julio de 2019 al 31 de enero de 2020. El 20.8% (n=10) pertenecen al sexo masculino y el 79.2% (n=38) al sexo femenino, con una edad $M = 32.35$, $DE = 11.8$ y un rango de edad de 18 a 70 años, quienes solicitaron valoración psiquiátrica en admisión continua del Hospital Regional de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México por haber tenido un intento de suicidio, fueron hospitalizados y aceptaron participar en el estudio al momento de su alta.

Instrumento

Entrevista Directiva para la Evaluación del Riesgo Suicida (EDERS):

- 14 reactivos dicotómicos
- 9 reactivos escalares

Procedimiento

La selección de los reactivos de la entrevista EDERS para ser analizados en esta etapa de validación se realizó de la siguiente manera:

1. Se dividieron los reactivos por marco temporal
 - a. Se incluyeron los reactivos sensibles al cambio
2. Se dividieron los reactivos por sus opciones de respuesta
 - a. Se incluyeron los reactivos dicotómicos (Sí/No) y escalares (del 0 al 10).

Análisis Estadístico

Se llevó a cabo un análisis alfa de Cronbach para los reactivos proximales dicotómicos como escalares de la entrevista EDERS y un análisis factorial exploratorio con rotación varimax, así como el análisis alfa de Cronbach para cada una de las dimensiones.

Resultados

Análisis de los reactivos dicotómicos

En el análisis alfa de cronbach de los reactivos dicotómicos se obtuvo un coeficiente de consistencia interna $\alpha = .67$, mismo que aumentó a $\alpha = .75$ al eliminar los reactivos 1 que exploraba si las personas vivían solas o acompañadas (¿Con quién vive? vive solo(a) o acompañado(a)), el 17 “¿Cuándo piensa a cerca del suicidio, siente miedo?”, el 26 “¿Tiene “cosas” a su alcance con lo que puede hacerse daño?” y el 32 “Algunas veces la gente se siente en crisis y hacen cosas por impulso (sin pensarlo), ¿Le ha pasado así alguna vez?” (Tabla 5).

Tabla 5
Análisis Alfa de Cronbach de los reactivos dicotómicos de la entrevista EDERS

	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 ¿Con quién vive? (vive solo(a) o acompañado(a))	0.69
2 ¿Siente que se preocupan por usted?	0.66
3 ¿Cuenta con alguna persona para llamar cuando se siente emocionalmente mal? ¿quién/es?	0.67
6 ¿Tiene encuentros satisfactorios en su vida cotidiana?	0.63
7 ¿Siente que cuenta con alguien cuando atraviesa por momentos difíciles?	0.63
17 ¿Cuándo piensa a cerca del suicidio, siente miedo?	0.71
20 ¿Tiene un plan de cómo quitarse la vida?	0.60
22 ¿Cuánto usted tiene estos pensamientos y sentimientos, cuánto tiempo le duran? (Ideación suicida)	0.61
24 ¿Ha realizado preparativos para intentar quitarse la vida?	0.66
25 ¿Ha pensado en llevar a cabo su plan?	0.64
26 ¿Tiene “cosas” a su alcance con lo que puede hacerse daño?	0.68
27 ¿Cree que tendrá la oportunidad para realizar el plan que antes mencionó?	0.60
30 ¿Siente desesperanza para poder resolver su(s) situación(es) estresante(s)?	0.64
32 Algunas veces la gente se siente en crisis y hacen cosas por impulso (sin pensarlo), ¿Le ha pasado así alguna vez?	0.68

Nota: Coeficiente de consistencia interna $\alpha = .673$

El análisis factorial exploratorio (rotación varimax) de los reactivos dicotómicos arrojó dos factores con una varianza explicada del 68.09; el primero se denominó *ideación suicida* y el segundo *disuasores suicidas* (Tabla 6).

Tabla 6
Estructura factorial (rotación varimax) de los reactivos dicotómicos de temporalidad actual de la Entrevista EDERS

Reactivo	Ideación suicida	Disuasores suicidas
20 ¿Tiene un plan de cómo quitarse la vida?	.901	
27 ¿Cree que tendrá la oportunidad para realizar el plan que antes mencionó?	.797	
25 ¿Ha pensado en llevar a cabo su plan?	.773	
22 ¿Cuánto usted tiene estos pensamientos y sentimientos, cuánto tiempo le duran? (<i>Explora la presencia o ausencia de ideación suicida</i>)	.640	
7 ¿Siente que cuenta con alguien cuando atraviesa por momentos difíciles?	.617	
30 ¿Siente desesperanza para poder resolver su(s) situación(es) estresante(s)?	.521	
24 ¿Ha realizado preparativos para intentar quitarse la vida?	.492	
6 ¿Tiene encuentros satisfactorios en su vida cotidiana?		.753
3 ¿Cuenta con alguna persona para llamar cuando se siente emocionalmente mal? ¿quién/es?		.621
2 ¿Siente que se preocupan por usted?		.553
	Consistencia interna $\alpha = 0.79$	$\alpha = 0.53$

Nota: Matriz de componentes rotados con una Varianza explicada= 68.09

Análisis de los reactivos escalares

En el análisis de consistencia interna de los reactivos escalares de la entrevista EDERS se obtuvo un coeficiente alfa de cronbach de $\alpha = 0.78$, en la tabla 8 se puede observar que no fue necesario eliminar reactivos, pues la confiabilidad no se modificaba de manera importante (ver tabla 7)

Tabla 7
Análisis Alfa de Cronbach de los reactivos escalares de la entrevista EDERS

	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
2ª ¿Qué tanto siente que se preocupan por usted?	0.76
5 ¿Qué tanto siente que pertenece a un grupo?	0.76
7ª ¿Qué tanto siente que cuenta con alguien cuando atraviesa por momentos difíciles?	0.77
8ª ¿Qué tanto se siente una carga para otros?	0.74
10 ¿Qué tanto siente que es útil para los demás?	0.74
17a ¿Qué tanto miedo siente ante la idea de suicidarse?	0.79
21 ¿Qué tan fuerte es su deseo de estar muerto?	0.76
23 ¿Qué tan fuerte es su intención de quitarse la vida?	0.76
30a ¿Qué tan fuerte es la desesperanza que siente para resolver a futuro los problemas que actualmente tiene?	0.75

Nota: Coeficiente de consistencia interna $\alpha = .78$

El análisis factorial exploratorio (rotación varimax) de los reactivos escalares de la entrevista EDERS arrojó tres factores, con una varianza explicada del 66.28; el primero se denominó *percibirse como una carga* ($\alpha = 0.76$), el segundo corresponde a *intencionalidad suicida* ($\alpha = 0.66$) y el tercero correspondiente a la *pertenencia frustrada*, ($\alpha = 0.65$) (Tabla 8).

Tabla 8
Estructura factorial (rotación varimax) de los reactivos escalares de temporalidad actual de la Entrevista EDERS

	Percibirse como una carga	Intención suicida	Pertenencia frustrada
5 ¿Qué tanto siente que pertenece a un grupo?	.820		
10 ¿Qué tanto siente que es útil para los demás?	.803		
8ª ¿Qué tanto se siente una carga para otros?	.687		
30a ¿Qué tan fuerte es la desesperanza que siente para resolver a futuro los problemas que actualmente tiene?	.624		
21 ¿Qué tan fuerte es su deseo de estar muerto?		.903	

Tabla 8

Estructura factorial (rotación varimax) de los reactivos escalares de temporalidad actual de la Entrevista EDERS

	Percibirse como una carga	Intención suicida	Pertenencia frustrada
23 ¿Qué tan fuerte es su intención de quitarse la vida?		.818	
17a ¿Qué tanto miedo siente ante la idea de suicidarse?		.416	
7 ^a ¿Qué tanto siente que cuenta con alguien cuando atraviesa por momentos difíciles?			.796
2 ^a ¿Qué tanto siente que se preocupan por usted?			.758
Alfa de Cronbach por dimensión	0.76	.66	0.65

Conclusión

Con base en las observaciones de los jueces se obtuvo la validez de contenido de la entrevista, las rúbricas para calificarla y la intervención de seguimiento telefónico. Únicamente se hicieron ajustes en la claridad de los reactivos y de las rúbricas, pero las dimensiones para evaluar el riesgo suicida se conservaron.

En cuanto a la validez de constructo, una vez eliminados los reactivos que disminuían el nivel de consistencia interna de los reactivos dicotómicos se realizó el análisis factorial obteniendo dos factores con adecuada consistencia interna útiles para los análisis del estudio principal: el primero evalúa la ideación suicida y el segundo disuasores suicida, una dimensión que no se consideraba inicialmente en el estudio y que se refiere a circunstancias externas que pueden evitar un suicidio sin que sean considerados factores protectores; por ejemplo, tener encuentros satisfactorios cotidianamente o contar con alguien a quien llamar en momentos de crisis.

Por otro lado, los reactivos escalares obtuvieron valores adecuados de consistencia interna y se conservaron las dimensiones de pertenencia frustrada y percibirse como una carga, sin embargo el tercer factor se conceptualizó como intención suicida compuesto por los deseos de morir, la temeridad y la intencionalidad suicida.

6.3 SEGUNDA FASE

6.3.1 Piloteo de la intervención de apoyo interpersonal de seguimiento telefónico (IAIST)

Durante esta fase del primer estudio se piloteó la Intervención de Apoyo Interpersonal de Seguimiento Telefónico, que consistió en poner a prueba el reclutamiento de pacientes, la evaluación inicial, la elaboración del programa de llamadas entre el personal y el paciente y las primeras tres llamadas de seguimiento.

Esto permitió adaptar del procedimiento de ingreso de los pacientes al estudio y de las llamadas de seguimiento, dentro del funcionamiento cotidiano del hospital sede. En esta fase se realizaron ajustes a la factibilidad del protocolo en cuanto a su metodología e instrumentos para recolectar información, con el propósito de proceder al estudio principal (Thabane, Ma, Chu, Cheng, Ismaila, Rios, Robinson, Thabane, Giangregorio & Goldsmith, 2010).

Los objetivos de esta fase se derivan de la implementación de la intervención de seguimiento dentro del hospital sede de la investigación, desde el reclutamiento de pacientes hasta que concluyeron las primeras tres llamadas de seguimiento, los cuales fueron:

- Pilotear el procedimiento de la incorporación de los pacientes al estudio con la aplicación de la Entrevista Directiva de Evaluación del Riesgo Suicida (EDERS).
- Pilotear el procedimiento de las primeras tres llamadas de la intervención de apoyo interpersonal de seguimiento telefónico (IAIST).

Objetivo

Pilotear el procedimiento de ingreso de pacientes al estudio y la intervención de seguimiento telefónico, así como documentar la inserción de dicho procedimiento en relación con los servicios o departamentos del hospital psiquiátrico sede de la investigación.

Muestreo

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico, por conveniencia, ya que los participantes seleccionados fueron los pacientes que acudan a valoración del servicio de admisión hospitalaria por haber cometido un intento de suicidio y estuvieron dispuestos a participar en el estudio al ser dados de alta de su periodo de internamiento (Creswell, 2015).

Participantes

Se trabajó con cuatro pacientes que cumplieron con el periodo de internamiento en el hospital sede de la investigación, dos de sexo masculino y dos femenino, con un rango de edad de 18 a 32 años, $M = 24$, $DE = 7.11$ años ; tres estudiantes y una persona contaba con empleo.

Criterios de Inclusión

- De 18 en adelante
- Presentarse a solicitar atención por haber cometido un intento de suicidio
- Aceptar participar en la investigación (*firmar el consentimiento informado*)
- Saber leer y escribir
- Estar ubicado en tiempo, espacio y persona
- Contar con teléfono celular

Criterios de Exclusión

- Presentar una discapacidad mental o física que no permita responder las evaluaciones.
- Padecer una enfermedad terminal.
- Demencia de moderada a severa, discapacidad intelectual moderado a severo.
- Participar en otros protocolos de intervención psicológica.
- No hablar español.
- No contar con teléfono celular.

Criterios de Eliminación

- Que no contesten ninguna llamada programada.

- Que se invalide su valoración de riesgo suicida.

Procedimiento

Se realizó el piloteo de la intervención de apoyo interpersonal de seguimiento telefónico (IAIST) con todos sus componentes:

1. Reclutamiento
2. Evaluación inicial y programa de llamadas.
3. Tres llamadas de seguimiento (Ver Figura 8)

Figura 8
Procedimiento de fase piloto.



Instrumentos

- Entrevista Directiva para la Evaluación del Riesgo Suicida (EDERS)
- Cinco Escalas de Personalidad Psicopatológica del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota -2 (PSY-5) (Butcher et al., 2015).
- Intervención de Apoyo Interpersonal de Seguimiento Telefónico

Análisis de Datos

Para analizar los resultados se realizó el análisis de contenido de la bitácora del procedimiento de las intervenciones. Para esto se consideraron las siguientes categorías de análisis: funcionamiento de los criterios de selección de los pacientes, observaciones sobre el procedimiento de evaluación, de las llamadas de seguimiento y adherencia a las llamadas de seguimiento (Thabane et al, 2010).

Resultados

Los resultados del piloteo de la intervención de apoyo interpersonal de seguimiento telefónico mostraron la necesidad de realizar algunas modificaciones en los criterios de inclusión, exclusión así como cambios en el protocolo de intervención telefónica.

A continuación se describen las modificaciones realizadas y su justificación:

Criterios de inclusión

Inicialmente se consideró incorporar pacientes tanto del servicio de hospitalización como de consulta externa; sin embargo, se decidió incluir únicamente a los pacientes que después del intento de suicidio fueron hospitalizados, por tres razones: 1) falta de personal que colaborara para reclutar pacientes en todos los turnos laborales del nosocomio, 2) evitar sesgos en los resultados por ser participantes con características diferentes, y 3) no era factible para un solo investigador reclutar pacientes de dos servicios distintos.

Por lo tanto se incluyó el siguiente criterio de inclusión:

- Presentarse a solicitar atención por haber cometido un intento de suicidio y ser hospitalizado.

El resto de los criterios de inclusión no fueron modificados.

Criterios de exclusión

Únicamente se hicieron cambios en el criterio que excluía al “*presentar una enfermedad terminal*”, sin embargo, existen enfermedades terminales como el VIH-SIDA con carga viral indetectable (por el tratamiento antirretroviral); por lo tanto, se decidió acotar el criterio de exclusión con la siguiente redacción:

- Padecer una enfermedad en fase terminal.

El resto de los criterios de exclusión no presentaron modificaciones.

Criterios de eliminación

Se decidió quitar el criterio de eliminación cuando un participante *no contestara ninguna llamada*, debido a que se incluyó a todos los participantes en los análisis para caracterizar el riesgo suicida.

El resto de los criterios de eliminación no presentaron modificaciones.

Modificaciones en la ejecución de la intervención de apoyo interpersonal de seguimiento telefónico

El protocolo contemplaba iniciar con un saludo y de inmediato abordar las preguntas de monitoreo del riesgo suicida con una pregunta de opción múltiple, para saber cómo se había sentido el paciente después de haber sido dado de alta de su periodo de internamiento psiquiátrico; sin embargo, esto afectaba el rapport y la empatía hacia el paciente, por lo tanto, antes de iniciar se incluyó una pregunta abierta que promovía que se expresara cómo se había sentido y qué cosas importantes habían ocurrido desde el último contacto telefónico. También se movió la pregunta 19 (¿le ha ocurrido recientemente algo que haya resultado muy estresante (ej., la muerte de un ser querido, divorcio, un rompimiento –ruptura- mayor, perdió su trabajo)?) al inicio del monitoreo del riesgo suicida, con el fin de dar seguimiento a sus estresores principales. El resto del protocolo de intervención de apoyo interpersonal de seguimiento telefónico se quedó como estaba.

En cuanto a las llamadas de contacto, los pacientes contestaron el 62.5% de las primeras cuatro llamadas y éstas tuvieron una duración promedio de 22 minutos con 54 segundos.

Los motivos por los cuales no respondieron a las llamadas fueron:

- Asalto en el que le robaron el celular
- Internamiento en un centro de rehabilitación para adicciones
- No tuvo tiempo por un compromiso familiar.

Relación de la intervención de apoyo interpersonal de seguimiento telefónico con los servicios del hospital psiquiátrico sede de la intervención.

En la figura 9 se puede observar la relación de la intervención de seguimiento telefónico con los servicios del hospital sede. El servicio de admisión continua y hospitalización se participaron para incorporar a los pacientes al protocolo, ambos servicios sirvieron para corroborar si los pacientes cumplían con los criterios de inclusión. La

subdirección médica fue el contacto para referir a los pacientes identificados en crisis después de ser dados de alta para ser nuevamente valorados en admisión continua, función disponible las 24 horas para los pacientes del protocolo. En la coordinación de estadística se obtuvo información de los expedientes de los pacientes después de su alta hospitalaria, para obtener el diagnóstico de egreso y días de estancia hospitalaria.

Figura 9
Relación de la intervención de apoyo interpersonal de seguimiento telefónico con los servicios del hospital sede



Conclusión

Se observó una adecuada respuesta de los pacientes a las llamadas de seguimiento; además, no se presentaron suicidios ni intentos de suicidio. No hubo necesidad de hacer ajustes en el procedimiento de incorporación de pacientes al estudio: firma de consentimiento informado y evaluación inicial. Se incorporó la intervención en coordinación con los servicios del hospital sede sin complicaciones. Únicamente se hicieron los ajustes señalados en los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, además del cambio del orden de una pregunta de la intervención de seguimiento telefónico, que mejoraron la factibilidad. Por lo que una vez concluido el piloteo se hicieron las modificaciones necesarias para iniciar el estudio principal.

Además, el piloteo fue útil en el proceso de adaptación del investigador al funcionamiento del hospital sede, así como del ajuste para la ejecución de la intervención de seguimiento telefónico en relación con los servicios que componen el nosocomio.

CAPÍTULO 7: ESTUDIO FINAL

A continuación se presenta el estudio principal, que se divide en tres fases que responden a los objetivos específicos; la primera comprende la caracterización de la muestra de pacientes, en la segunda se analizan las diferencias en las variables de riesgo suicida entre el grupo de intervención y el grupo control (en tratamiento usual) pre y post intervención; y en la tercera, se analizan las diferencias en los indicadores de riesgo suicida en cuatro momentos del seguimiento telefónico: a la primera semana, primer, tercer y sexto mes; con el propósito de realizar un análisis sobre la efectividad de la intervención con el grupo de intervención.

Objetivo General

Evaluar la efectividad de una intervención de apoyo interpersonal de seguimiento telefónico para la disminución del riesgo suicida (pertenencia frustrada, sentirse una carga y capacidad para suicidarse) en pacientes adultos con intento de suicidio.

7.1 Caracterización de la muestra de pacientes con intento de suicidio

Objetivos específicos

1. Caracterizar la muestra de pacientes con intento de suicidio, con base en la información sociodemográfica y el riesgo suicida.
2. Identificar diferencias en las variables de riesgo suicida antes y después del seguimiento a seis meses, después de ser dados(as) de alta, tanto en el grupo de intervención de seguimiento telefónico como en el grupo control.
3. Identificar la evolución de los indicadores de riesgo suicida durante la intervención de apoyo interpersonal de seguimiento telefónico.

Diseño de estudio

Descriptivo, correlacional (Creswell, 2015)

Muestreo

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico, por cuota y periodo de tiempo (Kerlinger & Lee, 2004). Se trabajó con pacientes que solicitaron valoración psiquiátrica en admisión continua del Hospital Regional de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México por haber tenido un intento de suicidio, fueron hospitalizados y aceptaron participar en el estudio al momento de ser dados de alta.

Participantes

Se reclutaron 43 pacientes en un periodo comprendido del 1 de julio de 2019 al 31 de enero de 2020. El 18.6% (n=8) pertenecen al sexo masculino y el 79.2% (n=35) al sexo femenino, con una M = 32 años, DE = 11.9 y un rango de edad de 18 a 70 años.

Inicialmente fueron 48 pacientes pero a cinco se les aplicó de manera diferente el protocolo, por lo que se consideró necesario no incluirlos en el análisis del estudio principal, con fines de controlar la validez.

Instrumentos

Entrevista Directiva para la Evaluación del Riesgo Suicida (EDERS), de la que se obtuvieron:

Datos sociodemográficos y de las dimensiones de pertenencia frustrada, percibirse como una carga y capacidad para suicidarse.

Rúbricas para Calificación de la Entrevista para la Evaluación del Riesgo Suicida (R-EDERS), de las que se obtuvieron:

La clasificación del nivel de riesgo suicida y las puntuaciones naturales de las dimensiones de pertenencia frustrada, percibirse como una carga y capacidad para suicidarse.

Cinco Escalas de Personalidad Psicopatológica del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota -2 (PSY-5) (Butcher et al., 2015). De las que se obtuvo:

Las puntuaciones T de las dimensiones de agresividad (AGR), falta de control (FDC), emocionalidad negativa (EMN), falta de emocionalidad positiva (INTR), y psicotisismo (PSIC).

Procedimiento

Para reclutar a los pacientes para la caracterización del riesgo suicida, se llevaron a cabo los siguientes pasos:

1. Consultar los nuevos ingresos hospitalarios en la hoja diaria donde se reportaba el estatus de pacientes (nuevo ingreso, en tratamiento, de permiso terapéutico o alta).
2. Posteriormente se revisaba en los expedientes del servicio de hospitalización, si los pacientes de nuevo ingreso cumplían con los criterios de inclusión y quiénes del equipo de psicología y psiquiatría eran los responsables del caso.
3. Se dio seguimiento al caso para programar la incorporación al estudio en el momento de su alta, a través de la hoja diaria y de monitorear la evolución directamente con el personal que le brindaba el tratamiento.
4. Al momento en que su estatus de internamiento marcaba el alta se invitó a los pacientes a participar en el estudio, previa lectura del consentimiento informado.
5. Quien aceptó participar en el estudio respondió la entrevista EDERS y el cuestionario de los Cinco Factores de Personalidad Psicopática MMPI-2 PSY-5.
6. Los pacientes que concluyeron el seguimiento a seis meses, realizaron la evaluación de riesgo suicida por medio de la entrevista EDERS.

Análisis estadísticos

Para poder realizar la caracterización de la muestra de pacientes con intento de suicidio, se llevaron a cabo análisis de frecuencias y se obtuvieron medidas de tendencia central de los datos sociodemográficos y del riesgo suicida.

Posteriormente se realizó un análisis correlacional de Pearson y un análisis de regresión múltiple para obtener la correlación y predicción de los cinco grandes factores de personalidad y dimensiones del riesgo suicida.

Por último, se llevó a cabo un análisis anova para obtener las diferencias entre los cinco factores psicopáticos de la personalidad en función de los cuatro niveles de riesgo suicida.

Resultados

En cuanto a la caracterización de pacientes con intento de suicidio, respecto a la información sociodemográfica y del riesgo suicida que reportaron, se puede observar en la

tabla 3 que el 79.2% pertenecen al sexo femenino, el 43.8% dentro de un rango de edad de 20 a 29 años, los principales grados de escolaridad fueron bachillerato y licenciatura trunca o incompleta con 31.3% respectivamente; la mayoría reportó ser de religión católica (52.1%); predominantemente solteros(as) (54.2%), con un empleo (obreros o ayudantes generales en empresas) el 31.3%; sin antigüedad en el empleo por las participantes que estudian o se dedican al hogar (35.4%), seguidos de los de menos de un año de antigüedad (27.1%); con un rango de ingreso mensual de \$4,801 a \$9,600 pesos (35.4%) y con tres o más intentos de suicidio el 50% (ver tabla 9).

Tabla 9
Caracterización sociodemográfica y de intentos de suicidio de la muestra de participantes

Dato sociodemográfico		F	%	Dato sociodemográfico		f	%
Sexo				Ocupación			
	Masculino	8	18.6		Obrero(a)	2	4.7
	Femenino	35	81.4		Empleado(a)	13	30.2
Rangos de edad					Profesionista	5	11.6
	15 a 19	3	7		Trabajo de oficina	5	11.6
	20 a 29	19	44.2		Comerciante	3	7
	30 a 39	10	23.3		Actividades del hogar	5	11.6
	40 a 49	9	20.9		Estudiante	10	23.5
	50 a 59	1	2.3	Antigüedad en el empleo			
	60 años en adelante	1	2.3		Sin antigüedad	16	37.2
Escolaridad					de 3 a 11 meses	11	25.6
	Primaria	2	4.7		de 1 a 3 años	9	20.9
	Secundaria o carrera técnica	6	14		de 4 a 6 años	2	4.7
	Bachillerato	15	32.6		de 7 a 10 años	2	4.7
	Licenciatura incompleta	15	32.6		16 años o más	3	7
	Licenciatura	5	11.6	Ingreso mensual			
	Posgrado	2	4.7		\$600 a \$1,200	10	23.5
Religión					\$1,201 a \$1,800	1	2.3
	Católica	22	51.2		\$1,801 a \$4,800	10	23.5
	Ateísmo	7	16.3		\$4,801 a \$9,600	15	34.9
	Creyente sin religión	9	20.9		\$9,601 a \$15,000	4	9.3
	Cristianismo	2	4.7		\$15,001 o más	2	2.3
	Otra	3	7	Intentos de suicidio			
Estado civil					1	11	25.6
	Soltero(a)	24	55.8		2	11	25.6
	Casado(a)	3	7		3 o más	21	48.8
	Unión libre	5	11.6				
	Divorciado(a)	1	2.3				
	Viudo(a)	1	2.3				
	Separado(a)	9	20.9				

Nota: (n=43); f se refiere a la frecuencia en cada categoría de las variables

Además de la caracterización sociodemográfica de la muestra también se incluye el análisis de la relación entre los cinco grandes factores psicopáticos de personalidad con las variables del riesgo suicida según la teoría interpersonal del suicidio; es decir, la pertenencia frustrada, percibirse como una carga y la capacidad para suicidarse.

Para dicho propósito, primero se obtuvo la correlación de las variables que forman parte del riesgo suicida (pertenencia frustrada, percibirse como una carga y capacidad para suicidarse) con las variables de los cinco grandes factores de personalidad psicopatológica (emocionalidad negativa, falta de emocionalidad positiva, psicotismo, agresividad y falta de control). De acuerdo con el análisis de correlación de Pearson, se encontraron correlaciones positivas y significativas entre psicotismo, pertenencia frustrada ($r_s = .35$, $p \leq .05$), percibirse como una carga ($r_s = .39$, $p \leq .05$) y capacidad para suicidarse ($r_s = .54$, $p \leq .01$); también se observaron correlaciones positivas y significativas entre emocionalidad negativa con percibirse como una carga ($r_s = .51$, $p \leq .01$) y capacidad para suicidarse ($r_s = .35$, $p \leq .05$); por último se encontraron correlaciones positivas y significativas entre la falta de emocionalidad positiva con pertenencia frustrada ($r_s = .60$, $p \leq .01$), percibirse como una carga ($r_s = .54$, $p \leq .01$) y capacidad para suicidarse ($r_s = .56$, $p \leq .01$) (ver tabla 10).

Tabla 10

Correlación Pearson entre los factores psicopáticos de personalidad y las dimensiones del riesgo suicida.

	AGGR	PSYC	DISC	NEGE	INTR
Pertenencia frustrada	.66	.35*	.18	.14	.60**
Percibirse como una carga	-.05	.39*	.28	.51**	.54**
Capacidad para suicidarse	.03	.54**	.21	.35*	.56**

Nota: **La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

*La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

AGRR= agresividad, PSYC= psicoticismo, DISC= falta de control, NEGE= emocionalidad negativa e INTR= escasa emoción positiva.

A continuación, se exploró el valor predictivo de los cinco grandes factores de personalidad sobre las dimensiones de riesgo suicida, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple con el método de pasos sucesivos, en el que se obtuvo que el modelo de regresión resultó adecuado ($F_{(1,46)} = 27.80$, $p = .001$, $R^2 = .37$) para la dimensión de falta de emocionalidad positiva, la cual predice en mayor medida, pertenencia frustrada, seguida

por percibirse como una carga y finalmente la capacidad para suicidarse (ver tabla 11). Respecto al predictor de Emocionalidad negativa, también se encontró un modelo adecuado ($F_{(5,42)} = 7.01$, $p = .001$, $R^2 = .45$) que explicó el percibirse como una carga y finalmente para el factor de psicoticismo, también se encontró un modelo adecuado ($F_{(5,42)} = 5.65$, $p = .001$, $R^2 = .40$) que explicó la capacidad para suicidarse.

Tabla 11
Regresión lineal múltiple de los factores de personalidad y las dimensiones de riesgo suicida

Variable	B	SE	T	P
Escasa emocionalidad positiva				
Sentirse una carga	.43	.01	2.93	.005
Pertenencia Frustrada	.61	.02	5.27	.001
Capacidad para suicidarse	.33	.06	2.14	.03
Emocionalidad Negativa				
Sentirse una carga	.36	.03	2.71	.01
Psicoticismo				
Capacidad para suicidarse	.32	.07	2.06	.04

Nota: $n = 43$. Se examinó la predicción de las variables de personalidad psicopática en las variables de riesgo suicida, escasa emocionalidad positiva, emocionalidad negativa y psicoticismo, se introdujeron como variables predictoras.

A continuación se realizó un análisis de frecuencia de los niveles de riesgo de acuerdo con la clasificación clínica obtenida de las rúbricas para calificar la entrevista EDERS; con el fin de observar la puntuación media de los factores de personalidad psicopatológica en función de la clasificación del riesgo suicida.

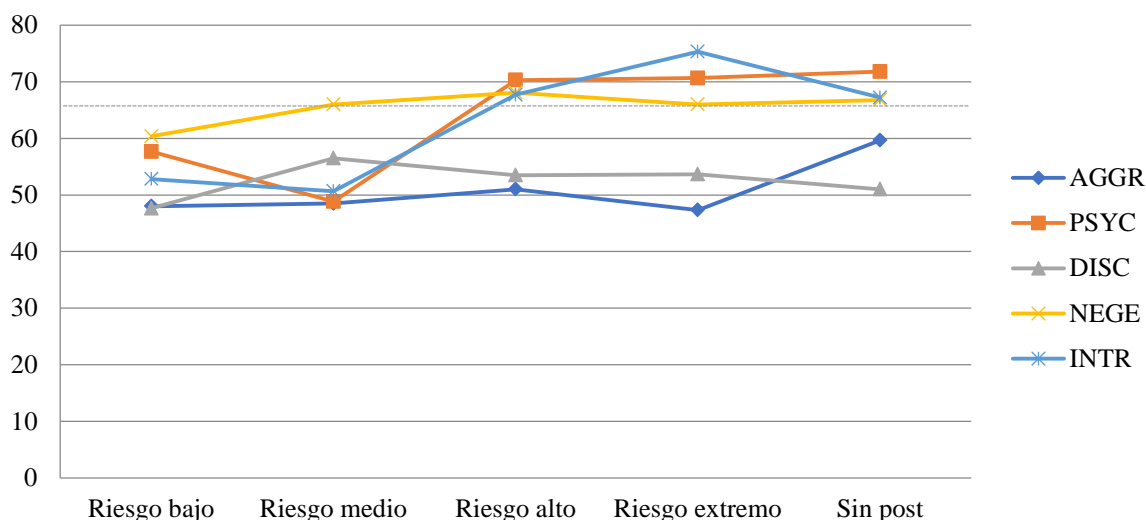
Para este análisis se consideraron las clasificaciones de riesgo suicida obtenidas en las entrevistas post seguimiento, en las que se observó una mayor variación en el nivel de riesgo de los participantes. Se incluye tanto la frecuencia de los niveles de riesgo como una categoría extra etiquetada *sin post* que incluye a los pacientes que no realizaron la evaluación post seguimiento. No se realizó este análisis con los datos de la clasificación del riesgo suicida pre-intervención de seguimiento debido a que todos los pacientes se encontraban en riesgo alto o extremo.

En la figura 10 se puede observar que la emocionalidad negativa, el psicoticismo y la escasa emocionalidad positiva se encuentran por encima del punto de corte ($T=65$) para los pacientes en riesgo alto ($n=14$); riesgo extremo ($n=3$) y para aquellos que no concluyeron el seguimiento (*sin post*, $n=9$). También se aprecia que la emocionalidad

negativa es la única que se encuentra por encima del punto de corte para los pacientes clasificados en riesgo medio (n=6). La agresividad y la falta de control son dos factores que no se elevan por encima del punto de corte en ningún nivel de riesgo suicida.

Figura 10

Medias de los cinco factores de la personalidad con puntuaciones estandarizadas, en relación con los niveles de riesgo suicida y los pacientes que no realizaron la evaluación post seguimiento



Nota: AGRR= agresividad, PSYC= psicoticismo, DISC= falta de control, NEGE= emocionalidad negativa e INTR= escasa emoción positiva.

Por último, en el análisis anova realizado entre las puntuaciones medias de los factores de personalidad psicopática en función de los cuatro niveles de riesgo suicida (bajo, medio, alto y extremo) y quienes no realizaron post evaluación; se encontraron diferencias significativas en el factor psicoticismo ($F= 2.91, p=.03$) y en escasa emocionalidad positiva ($F= 2.80, p=.03$). En el resto de los factores de personalidad no se encontraron diferencias significativas (ver tabla 12).

Tabla 12

Análisis de varianza de los factores de personalidad psicopática y los cuatro niveles de riesgo suicida obtenidos de la evaluación post seguimiento.

Factor de Personalidad	Riesgo bajo		Riesgo medio		Riesgo alto		Riesgo extremo		Sin post		F (4,38)	p
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE		
AGGR	48	11.50	48.5	7.53	51	15.44	47.33	13.27	59.67	14.41	1.19	.33
PSYC	57.64	11.9	48.83	7.93	70.29	16.550	70.67	17.474	71.78	22.482	2.91	.03
DISC	47.64	5.9	56.5	13.26	53.5	11	53.67	1.52	51	11.9	.91	.46
NEGE	60.36	7.04	66	8.22	68.07	9.79	66	5.19	66.78	9.84	.130	.28
INTR	52.82	14.67	50.67	8.06	67.71	16.64	75.33	22	67.22	18.94	2.80	.03

Nota: AGRR= agresividad, PSYC= psicoticismo, DISC= falta de control, NEGE= emocionalidad negativa e INTR= escasa emoción positiva.

7.2 Diferencias en las variables de riesgo suicida antes y después del seguimiento y a seis meses después de ser dados(as) de alta, tanto en el grupo de intervención como en el grupo control

Objetivo específico

1. Identificar diferencias en las variables de riesgo suicida antes y después del seguimiento a seis meses después de dados(as) de alta, tanto en el grupo de intervención de seguimiento telefónico como en el grupo control.

Diseño de estudio

Experimental, pre – post con grupo control (Creswell, 2015).

Muestreo

Se realizó un muestreo de tipo intencional, por periodo de tiempo y asignación aleatoria al grupo de intervención y al grupo control con cegamiento simple (Creswell, 2015). Se reclutaron a los pacientes que llegaron a solicitar valoración psiquiátrica en admisión continua del Hospital Regional de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México por haber tenido un intento de suicidio, después de ser dados de alta de su hospitalización participaron voluntariamente en el estudio y concluyeron su evaluación post seguimiento.

Participantes

Se reclutaron 34 participantes en un periodo comprendido del 1ro de julio de 2019 al 31 de julio de 2020, los cuales se asignaron aleatoriamente a un grupo de intervención de seguimiento telefónico y a un grupo sin seguimiento telefónico (grupo control). Diecisiete pacientes fueron asignados en el grupo de intervención de seguimiento telefónico, de éstos, el 23.5% (n=4) eran de sexo masculino y el 76.5% (n=13) de sexo femenino, con una M = 33.3, DE = 10.5 y un rango de edad de 19 a 70 años; otros 17 participantes fueron asignados en el grupo control, de ellos el 17.6% (n=3) pertenecían al sexo masculino y 82.4% (n=14) al femenino, con una M = 29.59, DE = 11.2 y un rango de edad de 18 a 54 años. Inicialmente eran 26 pacientes en la muestra sin embargo, cuatro no realizaron la evaluación post y en cinco ocurrieron inconsistencias en la implementación del protocolo de seguimiento, por lo que fueron excluidos del análisis pre-post.

Procedimiento

En la figura 4 del procedimiento en el capítulo del método, se muestra el trayecto de los pacientes que se incorporaron al estudio, éste inició en el momento del intento de suicidio posteriormente, la visita a su clínica familiar u hospital de zona de la cual fueron referidos e internados en el hospital psiquiátrico. Durante el internamiento se corroboraron los criterios de inclusión con el personal tratante (psiquiatría y psicología), y al momento de su alta, previa aleatorización, se invitó a los pacientes a participar en el estudio de seguimiento, asignados al grupo de intervención y al grupo control, con cegamiento simple y después de seis meses la evaluación post seguimiento para ambos grupos.

Instrumentos

Entrevista Directiva para la Evaluación del Riesgo Suicida (EDERS).

- Para los análisis del presente objetivo, se utilizaron las dimensiones obtenidas de la validación de constructo de la entrevista EDERS que se describen a continuación:
 - De los reactivos dicotómicos se obtuvieron las dimensiones de: ideación suicida (se compone de ideación suicida planes, preparativos y desesperanza) y disuasión, que se refiere a los factores que intervienen para evitar el suicidio en un momento de crisis (por ejemplo, “¿Tiene encuentros satisfactorios en su vida cotidiana?”, “¿Cuenta con alguna persona para llamar cuando se siente emocionalmente mal?” y “¿Siente que se preocupan por usted?”),
 - De los reactivos escalares se obtuvieron las dimensiones de: percibirse como una carga (que se compone de las reactivos que exploran el sentido de pertenencia grupal, la utilidad para otros, sentirse una carga y desesperanza), pertenencia frustrada (explora el sentimiento de contar con alguien en momentos difíciles y qué tanto otros se preocupan por él/ella), e intencionalidad suicida (que explora la intensidad de la intención suicida, deseo de morir y temor ante la idea de suicidarse).

Análisis estadísticos

Para observar si existían diferencias significativas en los datos sociodemográficos entre los grupos de estudio se realizó un análisis Chi cuadrada.

Posteriormente se analizaron las diferencias y el tamaño del efecto, pre – post seguimiento intra grupos de estudio por medio de la prueba T de Wilcoxon y D de Cohen, respectivamente.

Por último, para para analizar las diferencias pre y post entre grupos de estudio se utilizó la prueba U de Mann-Whitney.

Resultados

Para alcanzar este objetivo primero se muestran los resultados del análisis X^2 (ver tabla 13), en el que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna variable sociodemográfica ni en el número de intentos de suicidio entre el grupo de intervención y el grupo control, por lo que se consideró que los participantes de ambos grupos se encontraban apareados en las variables de sexo, rangos de edad, escolaridad, religión, estado civil, antigüedad de empleo, ocupación e ingresos mensuales e intentos de suicidio.

Tabla 13
Comparación de datos sociodemográficos e intentos de suicidio entre el grupo de intervención (n=21) y el grupo control (n=22)

Datos sociodemográficos	Grupo de Intervención		Grupo Control		X^2	p	
	F	%	F	%			
Sexo					.005	.94	
	Masculino	4	19.00	4			18.2
	Femenino	17	81	18	81.8		
Rangos de edad					4.49	.48	
	15 a 19	1	4.76	2			9.1
	20 a 29	8	38.09	11			50
	30 a 39	7	33.33	3			13.6
	40 a 49	4	19.04	5			22.7
	50 a 59	0	0	1			4.5
	60 en adelante	1	4.76	0	0		
Escolaridad					2.27	.81	
	Primaria	1	4.8	1			4.5
	Secundaria o carrera técnica	4	19.00	2			9.1
	Bachillerato	5	23.8	9			40.9
	Licenciatura incompleta o trunca	8	38.1	6			27.3
	Licenciatura	2	9.5	3			13.6
	Posgrado	1	4.8	1	4.5		
Religión					2.74	.60	
	Católica	10	47.6	12			54.54
	Ateísmo	4	19.0	3			13.63
	Creyente sin religión	4	19.0	5			22.72
	Cristianismo	2	9.5	0			0
	Otra	1	4.8	2			9.09

Continuación tabla 13.

Dato sociodemográfico	Grupo Intervención		Grupo Control		X ²	P
	F	%	F	%		
Estado civil						
Solero(a)	11	52.38	13	59.1	6.34	.27
Casado(a)	3	14.28	0	0		
Unión libre	3	14.28	2	9.1		
Divorciado(a)	1	4.76	0	0		
Viudo(a)	0	0	1	4.5		
Separado(a)	3	14.28	6	27.3		
Antigüedad en el empleo						
Sin antigüedad	9	42.9	7	31.8	2.76	.73
de 3 a 11 meses	5	23.8	6	27.3		
de 1 a 3 años	4	19.0	5	22.7		
de 4 a 6 años	1	4.8	1	4.5		
de 7 a 10 años	0	0	2	9.1		
16 años o más	2	9.5	1	4.5		
Ocupación						
Obrero(a)	1	4.8	1	4.5	5.25	.51
Empleado(a)	6	28.6	7	31.8		
Profesionista	1	4.8	4	18.2		
Trabajo de oficina	2	9.5	3	13.6		
Comerciante	3	14.3	0	0		
Actividades del hogar	3	14.3	2	9.1		
Estudiante	5	23.8	5	22.7		
Ingresos mensuales						
\$600 a \$1,200	6	28.6	4	18.2	9.60	.08
\$1,201 a \$1,800	0	0	1	4.5		
\$1,801 a \$4,800	8	38.1	2	9.1		
\$4,801 a \$9,600	6	28.6	9	40.1		
\$9,601 a \$15,000	0	0	4	18.2		
\$15,001 o más	1	4.8	1	4.5		
Intentos de suicidio						
1	6	28.6	5	22.7	.58	.74
2	6	28.6	5	22.7		
3 o más	9	42.9	12	54.5		

En los resultados intra grupos con la prueba T de Wilcoxon, no se encontraron diferencias significativas entre la evaluación pre-post para la ideación suicida en el grupo de intervención de seguimiento telefónico ($t_w = -.49$, $p = .62$, $d = .12$), tampoco en disuasión suicida ($t_w = .00$, $p = 1.0$, $d = .0$), intencionalidad suicida ($t_w = -.72$, $p = .47$, $d = .17$), ni en percibirse como una carga ($t_w = -1.350$, $p = .17$), pero en esta última se obtuvo un tamaño del efecto pequeño ($d = .33$); en la que a su vez, se observa una disminución en sus medidas de tendencia central. La única variable en la que se encontró una diferencia significativa fue en pertenencia frustrada ($t_w = -2.80$, $p = .005$) con un tamaño del efecto moderado ($d = .68$), con un aumento en el post, es decir, los pacientes reportaron que las

personas que les rodean se preocupan menos por ellos que como lo hacían al momento de ser dados de alta.

En cuanto al grupo control se encontraron diferencias significativas en ideación suicida con un tamaño del efecto moderado ($t_w = -2.35$, $p = .01$, $d = .57$) (y en pertenencia frustrada con un tamaño del efecto grande ($t_w = -3.48$, $p = .001$, $d = .84$) (; es decir, los pacientes en tratamiento usual reportaron un aumento en la ideación suicida y una disminución en qué tanto sienten que las personas que los rodean se preocupan por ellos(ellas) respecto al momento de su alta hospitalaria después de un intento de suicidio. En los demás indicadores no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, únicamente se observa un tamaño del efecto pequeño en disuasión suicida ($t_w = -1.13$, $p = .25$, $d = .27$) (ver tabla 14).

Tabla 14

Resultados intragrupo de la T de Wilcoxon y d de Cohen del grupo de intervención y el grupo control en la evaluación de riesgo suicida pre seguimiento y post seguimiento.

Dimensión	Grupo	Pre seguimiento		Post seguimiento		t_w	p	d de Cohen
		M	Mdn	M	Mdn			
Ideación suicida	GI	8.64	8	8.82	8	-.49	.62	.12
	GC	8	7	9.29	8	-2.35	.01	.57
Disuasión suicida	GI	3.58	3	3.58	4	.000	1.00	0
	GC	3.47	3	3.64	4	-1.13	.25	.27
Intencionalidad suicida	GI	13.35	13	11.52	11	-.72	.47	.17
	GC	13.64	11	14.47	13	-.42	.67	.10
Percibirse como una carga	GI	23.41	24	20.58	18	-1.35	.17	.33
	GC	19.76	17	20.58	22	-.54	.58	.13
Pertenencia frustrada	GI	6.52	5	16.94	14	-3.41	.001	.68
	GC	6.23	6	16	16	-3.63	.001	.84

Nota: GI: grupo de intervención en seguimiento telefónico

GC: grupo control en tratamiento usual

M= media, Mdn= mediana

En el segundo análisis se realizó la prueba U de Mann Whitney, con el propósito de evaluar las diferencias de los indicadores de riesgo suicida entre los grupos del estudio, por un lado en la pre intervención y por otro en la post intervención. En los resultados se puede observar que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la evaluación pre-intervención: ideación suicida ($U = -1.46$, $p = .17$), disuasión suicida ($U = -.24$, $p = .83$), intencionalidad suicida ($U = -.45$, $p = .65$), percibirse como una carga ($U = -1.01$, $p = .32$) y pertenencia frustrada ($U = -.33$, $p = .74$). Cabe mencionar que el grupo de intervención obtuvo una puntuación mayor en el indicador de percibirse como una carga en comparación con el grupo control pese a que ésta no fue significativa.

Por otro lado en la postintervención tampoco se encontraron diferencias significativas entre los grupos: ideación suicida ($U = -.46$, $p = .65$), disuasión suicida ($U = -.17$, $p = .89$), intencionalidad suicida ($U = -1.20$, $p = .23$), percibirse como una carga y ($U = -.17$, $p = .86$) y pertenencia frustrada ($U = -.05$, $p = .97$). Cabe mencionar que en el postseguimiento el grupo de intervención obtuvo puntuaciones menores en ideación suicida e intencionalidad suicida en comparación con el grupo control, pese a que estas diferencias no resultaron significativas (ver tabla 15).

Tabla 15

Resultados prueba U de Mann Whitney entre grupo de intervención y grupo control en la evaluación de riesgo suicida pre seguimiento y post seguimiento.

Dimensión de riesgo suicida	Grupo	Evaluación Pre seguimiento				Evaluación Post seguimiento			
		M	Mdn	U	P	M	Mdn	U	p
Ideación suicida	GI	8.64	8	-1.46	.17	8.82	8	-.46	.65
	GC	8	7			9.29	8		
Disuasión suicida	GI	3.58	3	-.24	.83	3.58	4	-.17	.89
	GC	3.47	3			3.64	4		
Intencionalidad suicida	GI	13.35	13	-.45	.65	11.52	11	-1.20	.23
	GC	13.64	11			14.47	13		
Percibirse como una carga	GI	23.41	24	-1.01	.32	20.58	18	-.17	.86
	GC	19.76	17			20.58	22		
Pertenencia frustrada	GI	6.52	5	-.33	.76	16.94	14	-.05	1.00
	GC	6.23	6			16	16		

GI: grupo de intervención en seguimiento telefónico

GC: grupo control en tratamiento usual

X= media, M= mediana

7.3 Evolución de los indicadores de riesgo suicida durante la intervención de apoyo interpersonal de seguimiento telefónico

Objetivo específico

1. Identificar la evolución de los indicadores de riesgo suicida durante la intervención de apoyo interpersonal de seguimiento telefónico.

Diseño de estudio

Cuasi experimental de medidas repetidas (Creswell, 2015), se analizaron cuatro de las ocho llamadas de seguimiento realizadas a los pacientes; mismas que fueron realizadas conforme al programa de intervención a la semana uno, al primer, tercer y sexto mes después de su alta hospitalaria por haber cometido un intento de suicidio.

Muestreo

Se realizó un muestreo de tipo intencional y por periodo de tiempo (Creswell, 2015). Se reclutaron a los pacientes que llegaron a solicitar valoración psiquiátrica en admisión continua del Hospital Regional de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México por haber tenido un intento de suicidio, fueron hospitalizados, aceptaron participar en el estudio como parte del grupo de intervención de seguimiento y cuentan con su evaluación pre y post intervención de seguimiento telefónico.

Participantes

Participaron 17 pacientes del grupo de intervención de seguimiento telefónico, 23.5% (n=4) de sexo masculino y 76.5% (n=13) de sexo femenino, con una M = 33.35, DE = 13.45 con un rango de edad de 19 a 70 años.

Procedimiento

Los programas de llamadas se agendaban con cada paciente para estar en contacto de seguimiento por seis meses, de acuerdo con la compatibilidad en la disponibilidad del paciente y horarios accesibles del servicio, como se describe a continuación:

Agenda de llamadas

Las llamadas telefónicas de seguimiento iniciaron una semana después de que el paciente fue dado de alta. Se calendarizaron en una hoja que se le entregó al paciente participante, con copia para el expediente, contenía: ocho fechas con horario de las llamadas de seguimiento que se distribuyeron a lo largo de seis meses, el número telefónico del paciente y el teléfono del servicio de seguimiento, también el número telefónico de una persona responsable (que podía apoyar al paciente en caso de que fuera referido a valoración por encontrarse en riesgo suicida en una de las llamadas) y el correo electrónico de paciente, así como del personal por si se hacían modificaciones en el programa de llamadas, se enviaría por dicho medio.

Características de las llamadas

Para cada llamada programada en la agenda:

En caso de que no contestara a la primera marcación se realizaron hasta cinco intentos en 60 minutos.

En caso de no obtener respuesta, se enviaba un mensaje de texto para que la persona se comunicara en caso de que quisiera reprogramar la llamada y de no obtener respuesta al mensaje, se volvía a llamar en la siguiente fecha programada.

Cada llamada estuvo diseñada para durar de 20 a 30 minutos.

Consideraciones éticas de la intervención telefónica

En el consentimiento informado, se hizo del conocimiento del paciente que su identidad era protegida, por lo tanto, en la agenda de contactos del teléfono utilizado para las llamadas de seguimiento no estaba su nombre sino su número de folio del estudio.

La única persona que tuvo acceso al aparato celular con el que se realizó el seguimiento fue el investigador principal.

Al paciente se le informó que el propósito del seguimiento era para estar pendiente de él, pero no sustituía el tratamiento psiquiátrico o psicoterapéutico indicado por el especialista que lo atendió en el hospital psiquiátrico sede de la investigación.

Una vez concluido el periodo de seguimiento de todos los pacientes del estudio la línea telefónica se canceló.

No se volvía a llamar si el paciente se reportó fallecido o se dio de baja voluntaria del estudio. Sin embargo, si algún miembro de la familia solicitaba apoyo especializado en salud mental, se le orientó y apoyó con la canalización.

Si el paciente presentaba una crisis emocional, podía llamar al teléfono de seguimiento y se le refería al servicio de admisión del hospital psiquiátrico para su valoración; pero en caso de que ya se hubiera hecho daño (intoxicación o lesión), se le indicaba que primero fuera a su hospital general o clínica familiar correspondiente para que se le brindara atención médica y posteriormente fuera referido al hospital psiquiátrico sede. Durante este proceso se realizaban llamadas para estar al pendiente del estado del paciente hasta lograr la valoración por el especialista del hospital psiquiátrico o que el paciente desistiera de ser valorado pese a la labor de persuasión por parte del personal encargado del seguimiento.

Si el paciente perdía su derechohabencia durante el seguimiento, podía acudir a valoración al hospital psiquiátrico sede de la investigación para recibir una hoja de referencia a otra institución del sistema de salud.

En los momentos en que se encontraba a un paciente en riesgo suicida durante la llamada programada de seguimiento, se realizaba una intervención de contención y referencia a valoración inmediata, realizada por el personal del servicio de admisión al hospital sede de la investigación, incluso en casos que hubiera abandonado su tratamiento o que aún no fuera su fecha de cita programada en el servicio de consulta externa.

Instrumentos

Formato de Intervención de Apoyo Interpersonal de Seguimiento Telefónico (IAIST), compuesto de 19 preguntas de las cuales se consideraron 11 reactivos asociados al riesgo suicida y a la calidad de la llamada, éstos tienen diferentes opciones de respuestas como se explica a continuación.

- Tres reactivos dicotómicos de los cuales se obtuvo la sumatoria para la dimensión de *suicidalidad*, que se compone de indicadores de presencia de: considerar que los que le rodean estarían mejor si ya no estuviera con ellos, ideación e intentos de suicidio entre una llamada y otra.

- Seis reactivos escalares que se analizaron de forma individual y que corresponden a las dimensiones de *pertenencia frustrada*, *percibirse como una carga*, *intencionalidad suicida* y *desesperanza*.
- Dos reactivos tipo likert que se analizaron de forma individual, de los cuales se obtuvieron indicadores que corresponden al *estado de ánimo post alta hospitalaria* y *calidad de la llamada*.

Análisis estadísticos

Se realizó la Prueba de Friedman para analizar si existían diferencias en los indicadores de riesgo suicida entre las tres llamadas realizadas a lo largo del primer mes después del alta hospitalaria.

También se llevó a cabo la Prueba de Wilcoxon para realizar comparaciones múltiples entre las cuatro llamadas que se analizaron en este estudio.

Resultados

Con el propósito de analizar las diferencias en los indicadores de las llamadas de seguimiento realizadas a la primera semana, al primer, tercer y sexto mes después de que los pacientes fueron dados de alta del hospital psiquiátrico, en un primer momento se realizó el análisis de varianza de medidas repetidas de Friedman y en un segundo momento, con el propósito de distinguir las diferencias específicas al interior de las medidas de las llamadas se realizó la prueba de Wilcoxon.

Respecto al primer análisis, los resultados muestran una diferencia estadísticamente significativa en el reactivo “después de haber salido del hospital ¿cómo se ha sentido?” ($X^2=8.51$, $p=.03$), lo que indica que conforme se dio el seguimiento los pacientes reportaron sentirse mejor; mientras que en el resto de los reactivos no se encontraron diferencias significativas (ver tabla 16).

Tabla 16

Resultados del análisis de medidas repetidas de Friedman en el que se observan los rangos promedio de las variables que se obtuvieron en las llamadas realizadas al grupo de intervención.

Reactivos	Primera semana		Primer mes		Tercer mes		Sexto mes		X ²	p
	M	Mdn	M	Mdn	M	Mdn	M	Mdn		
Reactivos que se espera aumente la puntuación										
1 Después de haber salido del hospital ¿Cómo se ha sentido?	3.2	3	3.3	3	3.6	4	4	4	8.51	.03
4ª ¿Qué tanto siente que hay personas que se preocupan por usted?	9.3	10	9.1	10	9.4	10	10.3	11	5.47	.14
6ª ¿Qué tanto siente que cuenta con alguien cuando atraviesa por momentos difíciles?	8.9	9	9.2	10	9.7	10	10.2	10	6.40	.09
11 ¿Qué tanto siente que es útil para los demás?	7.6	8	8.9	10	8.9	9	9.7	10	3.45	.32
16 ¿Cómo se sintió con la llamada?	3.5	4	3.6	4	3.7	4	3.7	4	2.70	.44
Reactivos que se espera disminuya la puntuación										
8a ¿Qué tanto se siente una carga para otros?	5.8	6	4.8	5	4.3	4	2.9	2	7.05	.07
13 ¿Qué tan fuerte es su intención de quitarse la vida?	2.9	1	2.6	2	3.3	1	2.3	1	1.44	.69
14ª ¿Qué tanta desesperanza siente para resolver a futuro los problemas que actualmente tiene?	4.7	5	6	6	5	4	3.6	4	6.97	.07
Suicidalidad	.7	0	.9	1	.8	0	.6	1	1.86	.60

Nota: M= media, Mdn= mediana

Para el segundo análisis se utilizó la prueba de Wilcoxon, con el objetivo de buscar si existían diferencias estadísticamente significativas entre las cuatro llamadas realizadas a lo largo del seguimiento telefónico, para éste se consideraron aquellos reactivos en los que se observaron tendencias, con un nivel de significancia estadística de $p < .10$. Los resultados mostraron diferencias significativas entre las llamadas realizadas a la primera semana después del alta y la ocurrida al sexto mes, así como en las llamadas realizadas al primer mes con la del sexto mes: en dos reactivos; “después de haber salido del hospital ¿cómo se ha sentido?” ($t_w = -2.73$, $p = .006$; $t_w = -2.52$, $p = .01$ respectivamente), ¿qué tanto siente que cuenta con alguien cuando atraviesa por momentos difíciles? ($t_w = -2.51$, $p = .01$; $t_w = -2.15$, $p = .03$ respectivamente); en ambos reactivos se un acenso conforme transcurren las

llamadas. En cuanto al reactivo “¿qué tanto se siente una carga para otros?”, se encuentra una diferencia significativa entre la llamada realizada la primera semana y la del sexto mes ($t_w = -2.70$, $p = .007$), pero con una tendencia a puntuaciones cada vez más bajas en las medidas de tendencia central. Otro reactivo en el que se observan diferencias significativas es en “¿qué tanta desesperanza siente para resolver a futuro los problemas que actualmente tiene?”; tanto entre la llamada en la primera semana respecto a la ocurrida al primer mes ($t_w = -2.00$, $p = .04$), con un aumento en las medidas de tendencia central; así como entre las llamadas del primer y sexto mes ($t_w = -2.55$, $p = .01$) con una media y mediana menor para la primer llamada; es decir, la desesperanza primero aumentó y después disminuyó (ver tabla 17).

Tabla 17

Resultados de la T de Wilcoxon del grupo de intervención en cuatro llamadas de seguimiento calendarizadas en la primera semana, primer, tercer y sexto mes después del alta hospitalaria en pacientes con intento de suicidio.

Reactivo	Llamada	M	Mdn	Llamada	M	Mdn	t_w	P
1 Después de haber salido del hospital ¿Cómo se ha sentido?	Primera semana	3.2	3	Primer mes	3.3	3	-.44	.65
				Tercer mes	3.6	4	1.41	.15
				Sexto mes	4	4	-2.73	.006
	Primer mes	3.3	3	Tercer mes	3.6	4	1.25	.21
				Sexto mes	4	4	-2.52	.01
				Tercer mes	3.6	4	1.15	.25
6a ¿Qué tanto siente que cuenta con alguien cuando atraviesa por momentos difíciles?	Primera semana	8.9	9	Primer mes	9.2	10	-.75	.44
				Tercer mes	9.7	10	-1.58	.11
				Sexto mes	10.2	10	-2.51	.01
	Primer mes	9.2	10	Tercer mes	9.7	10	-.91	.36
				Sexto mes	10.2	10	-2.15	.03
				Tercer mes	9.7	10	.90	.36
8a ¿Qué tanto se siente una carga para otros?	Primera semana	5.8	6	Primer mes	4.8	5	-1.11	.26
				Tercer mes	4.3	4	-1.61	.10
				Sexto mes	2.9	2	-2.70	.007
	Primer mes	4.8	5	Tercer mes	4.3	4	-.58	.56
				Sexto mes	2.9	2	-1.64	.09
				Tercer mes	4.3	4	-1.34	.17

Continuación tabla 17

Reactivo	Llamada	M	Mdn	Llamada	M	Mdn	t_w	P
14a ¿Qué tanta desesperanza sienten para resolver a futuro los problemas que actualmente tiene?	Primera semana	4.7	5	Primer mes	6	6	-2.00	.04
				Tercer mes	5	4	-.31	.75
				Sexto mes	3.6	4	-1.42	.15
	Primer mes	6	6	Tercer mes	5	4	-1.32	.18
				Sexto mes	3.6	4	-2.55	.01
	Tercer mes	5	4	Sexto mes	3.6	4	-1.52	.12

Nota: en esta tabla se presenta la comparación de las respuestas de los pacientes a las preguntas realizadas durante las llamadas de seguimiento; de la primera semana con el primer mes, el tercer mes y el sexto mes; el primer mes con el tercer mes y el sexto mes y finalmente el tercer mes con el sexto mes.

CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Introducción

El objetivo general de la investigación se enfocó en probar la efectividad de una intervención telefónica de seguimiento para pacientes con intento de suicidio después de ser dados de alta de un hospital psiquiátrico, que por definición, todos se encontraban en riesgo alto de suicidio. Dicha intervención interpersonal de seguimiento telefónico buscó disminuir el riesgo, como complemento del tratamiento usual que se brindaba en el hospital, con el propósito de generar en los pacientes una mayor sensación de apoyo institucional al recibir un trato empático y evaluar indicadores de riesgo suicida.

Por ser una población en riesgo alto, lo primero que se tuvo que resolver fue la factibilidad del estudio, tanto por el acceso a la muestra como por las consideraciones éticas, que resultaron un desafío para validar los instrumentos de evaluación, los protocolos de intervención, seleccionar el hospital sede del estudio y el diseño metodológico. En este sentido, para un adecuado manejo de población en riesgo de suicidio (Stevens, et al., 2021), se utilizaron instrumentos validados por medio de jueces expertos, la intervención se realizó dentro de un nosocomio de tercer nivel, previa autorización del comité de ética de la institución, garantizando que los participantes tuvieran acceso a un tratamiento especializado en todo momento.

Esto implicó modificaciones administrativas relevantes para los pacientes del protocolo; de esta manera, los casos detectados nuevamente en riesgo alto durante las llamadas de seguimiento, podían ser recibidos directamente para valoración sin una hoja de referencia, siempre y cuando, su estado de salud física no estuviera comprometido; pues en dado caso, por protocolo, se referían a un hospital general para su estabilización.

Otra consideración ética insidió en el grupo control, que si bien contaba con el soporte del tratamiento usual, el hecho de haber estado hospitalizados en una institución psiquiátrica, representaba un factor de riesgo alto después de que los pacientes eran dados de alta adicional al intento de suicidio reciente (Bachmann, 2018); por lo que se les ofreció la posibilidad de llamar, en horario abierto, al investigador, en caso de presentar un estado de crisis, para acceder a valoración directa en el nosocomio sede.

De esta forma el presente trabajo resulta una aportación para futuros estudios que se lleven a cabo en escenarios clínicos de segundo y tercer nivel de atención (Fleishman et al,

2008; Bertolote et al., 2010; Berrouiguet, Gravey, Le Galudec, Alavi, & Walter, 2014; Motto & Bostrom, 2001), como referente para conocer los procedimientos y métodos a emplear a nivel institucional y con los pacientes en riesgo alto de suicidio. El objetivo planteado desde un inicio se logró cubrir, por lo que a continuación se discutirán los resultados más relevantes y posteriormente se describirán las limitaciones, sugerencias a tener en cuenta para futuras réplicas y finalmente las conclusiones.

Caracterización del riesgo suicida

En cuanto a los resultados de la caracterización del riesgo suicida de la muestra, en la que participaron 43 pacientes derechohabientes del IMSS hospitalizados en un nivel de alta especialidad por intento de suicidio, el perfil sociodemográfico fue el siguiente: en su mayoría se trató de participantes del sexo femenino, estado civil solteros, jóvenes de 18 a 29 años, con bachillerato o licenciatura trunca y terminada, de religión católica, estudiantes o con poca antigüedad en el empleo, bajo ingreso salarial y con tres o más intentos de suicidio; cabe señalar que estas características resultaron semejantes a las descritas en estudios previos en población mexicana, a excepción de que en la muestra de este estudio se encontró un nivel mayor educativo y más intentos de suicidio previos (Borges et al., 2019; Borges, Orozco, & Medina Mora, 2012).

Por otro lado, respecto a los cinco factores psicopáticos de la personalidad, los que obtuvieron correlaciones significativas con los indicadores de riesgo suicida fueron: la falta de emocionalidad positiva, la emocionalidad negativa y el psicotisismo. Estas escalas se observaron elevadas principalmente en los participantes con riesgo alto, extremo y los que no se presentaron para la evaluación post seguimiento.

Además, la falta de emocionalidad positiva y el psicotisismo, resultaron predictores de la capacidad para suicidarse; en palabras de los pacientes algunos refirieron estados de desconexión con la realidad, escuchar voces, desorganizarse ante la ansiedad excesiva, ser reservados (sin capacidad para confiar en las personas que les rodean), con serias dificultades para ver el lado positivo de sí mismos y de su entorno; lo que les provocaba un intenso sufrimiento psicológico ante la impotencia de sentirse mejor. Este resultado se confirma en el análisis anova de un factor, en el que se observó que entre los niveles de riesgo y los pacientes que no realizaron evaluación post, las diferencias significativas se encontraron en psicoticismo y falta de emocionalidad positiva.

De hecho, la falta de emocionalidad positiva también se encontró, como predictor de la pertenencia frustrada, es decir que, independientemente de que los pacientes tuvieran personas que se preocuparan y estuvieran dispuestas a hacer algo por ellos, seguían sintiéndose solas (Joiner, 2009).

Esta información es congruente con el estudio de Anestis y colaboradores (2019) en el que se corroboró que los rasgos asociados a la emocionalidad negativa y la falta de emocionalidad positiva resultaron predictores del sentirse una carga. En otras palabras, las personas sienten que no sirven para nada, se centran en sus errores, consideran que quienes los rodean estarían mejor sin ellos y no logran ver sus cualidades ni disfrutar de las cosas buenas que se encuentran a su alcance (Joiner, 2009, Van Orden et al., 2010). Según Shneidman (2004) estas personas sufren un gran dolor psicológico que los lleva al suicidio.

Otros factores que también se corroboran en los pacientes suicidas del presente estudio, son: la falta de impulsividad y de agresividad, pues en los resultados se observó que no son personas patológicamente desinhibidas, arriesgadas ni violentas, que en lugar de dirigir la agresión a las personas que les rodean, la vuelcan contra sí mismos.

A su vez, la emocionalidad negativa por sí misma no predice el percibirse como una carga; lo que coincide con estudios previos, en los que aparece asociada a la ideación suicida pero únicamente acompañada de la desconexión social (O'Connor & Nock, 2014) o en el caso del presente estudio, que se observó que la falta de emocionalidad positiva sí predijo que la persona sea propensa a sentirse una carga para los demás.

Efectividad de la intervención telefónica

En relación con el análisis del estudio pre-post, se observaron diversos resultados; algunos alentadores pero no concluyentes de la efectividad de la intervención telefónica de seguimiento. En este sentido la ideación suicida, en el análisis intragrupos revela que ésta aumenta significativamente en el grupo control, mientras que en el grupo en seguimiento telefónico no lo hace.

De hecho, al analizar el tamaño del efecto, se encontró una pequeña disminución de la ideación, en el grupo de intervención mientras que en el grupo control empeoró ligeramente. Resultado que puede estar asociado a que en el grupo de intervención también disminuyó el sentirse una carga, y por lo tanto, como lo postula la teoría interpersonal del suicidio, se redujo la ideación suicida (Joiner, 2009).

Resultado que también se observa en el análisis de las medidas repetidas, al encontrar diferencias significativas, en cuanto a sentirse una carga, entre la llamada realizada en la primera semana después de ser dados de alta y la realizada al primer mes, respecto a la llamada del sexto mes. Lo que confirma que una de las variables principales que hacen efectivas las llamadas de seguimiento telefónico para la prevención de suicidio es, que por medio del apoyo recibido se contribuye a que los pacientes se perciban cada vez menos como una carga (Joiner, 2009; Mishara, 2014).

Además, en el análisis de percibirse como una carga, otro punto importante a rescatar, es que al momento de su alta hospitalaria, los participantes presentaron puntuaciones elevadas; mencionaron que lo sentían por los problemas provocados a sus familiares, al afectarlos tanto emocional como económicamente y tener que dejar de hacer sus actividades cotidianas; por lo que uno de los mayores retos para ellos era dejar de sentir que sólo les daban problemas, y en este sentido, los resultados son alentadores.

Por otro lado, respecto al sentimiento de pertenencia frustrada se obtuvieron resultados contrarios a los esperados en el grupo de intervención, tanto en el análisis intragrupo como en la comparación con el grupo control; esto se puede explicar desde diversos puntos de vista. Primero hay que considerar que los pacientes durante su estancia hospitalaria, como parte de su tratamiento mejoran notablemente en sus relaciones familiares y “se dieron cuenta” que sí son importantes para otros al recibir muestras de apoyo, por lo que en la evaluación pretest ambos grupos reportaron puntuaciones bajas, sin embargo, con el paso de los meses aumentó significativamente, lo que puede ser un fenómeno natural por el aumento en la solidaridad ante una crisis, pero que se va atenuando conforme pasa el tiempo.

En este punto es importante rescatar que casi la mitad (41.17%) de las evaluaciones post-intervención, se realizaron por medio de una plataforma virtual, debido a que ocurrieron en los primeros meses de la medida de distanciamiento social por la COVID 19. Situación extraordinaria, que algunos estudios lo reportan como factor de riesgo para el incremento del suicidio, dada la incertidumbre, el desempleo, la crisis económica, el aumento de la violencia en los hogares, el abuso de sustancias y la exacerbación de los síntomas psiquiátricos por su vulnerabilidad ante el estrés (Niederkrötenhaler et al., 2020);

por lo tanto, este fenómeno, se considera un indicador que pudo incidir en el aumento de la pertenencia frustrada.

Sin embargo, llama la atención, que en las llamadas se hicieron dos preguntas referentes a la dimensión de pertenencia frustrada: “¿Qué tanto siente que hay personas que se preocupan por usted?” y “¿Qué tanto siente que cuenta con alguien cuando atraviesa por momentos difíciles?”; y en ambos reactivos se observa mejoría. En el caso de la segunda pregunta se encontraron diferencias significativas entre las llamadas realizadas en la primera semana respecto a la realizada a los seis meses, así como entre la ocurrida al mes y a los seis meses. Es un resultado que contrasta con los obtenidos en las entrevistas realizadas cara a cara.

Lo que sugiere que la llamada en sí representa que cuentan con una persona que se preocupa y sobre todo con quien pueden contar cuando atraviesan por un momento difícil pese a que no sea familiar o amigo; mientras que en las entrevistas contestan en función de la percepción que tienen de familiares y amigos, sin incluir al personal del seguimiento telefónico.

En resumen, desde la perspectiva de la teoría interpersonal del suicidio que postula que la ideación suicida es desencadenada por la presencia de percibirse como una carga y la pertenencia frustrada (Joiner, 2009); en este sentido, el grupo de intervención con seguimiento telefónico, no reportó un aumento en la ideación suicida, pues, pese a que sí aumentó en pertenencia frustrada, disminuyó el percibirse como una carga; mientras que, en el grupo control, aumentaron significativamente la ideación suicida y la pertenencia frustrada, además del aumento observado en percibirse una carga, aunque esta última no de manera significativa; resultados que concuerdan con la taxonomía de la ideación suicida Van Orden et al., 2010).

Sin embargo, no hay que perder de vista que al comparar a los grupos después de los seis meses de seguimiento, no se encontraron diferencias significativas en ningún indicador de riesgo suicida, únicamente tendencias de mejoría en ideación, intencionalidad suicida y sentirse como una carga en el grupo de intervención.

De hecho, existen múltiples factores que los resultados no muestren diferencias significativas entre los grupos de estudio; uno de los más relevantes se encuentra relacionado con la teoría diátesis estrés (Mann, 1999), ya que los participantes se

encuentran diagnosticados con un trastorno psiquiátrico de larga evolución, con pronóstico reservado y viven en contextos adversos. Además, el colapso que sufre el sistema de salud público que complica el tratamiento usual: escasos de medicamentos, personal afectado por sobrecarga de trabajo, citas espaciadas y la falta de adherencia al tratamiento por parte de los pacientes (Riblet et al., 2017).

Sin embargo, es justo señalar que la mayor parte del personal realiza su trabajo con calidad y compromiso. Por ejemplo; el cien por ciento de las referencias realizadas por parte del servicio de seguimiento a los directivos responsables de la operación del hospital, en todos los turnos, fueron atendidas. Si el paciente había perdido su derechohabencia se realizaba una referencia después de ser valorado. Por ejemplo, una participante comentó después de ser remitida a valoración y hospitalizada nuevamente: "... pues me salvaste la vida, así de sencillo" sic.

A su vez, de acuerdo a los criterios de Canadian Task Force on Preventive Health Care (2011) las fortalezas del nivel de evidencia del estudio se encuentran en su sustento teórico, la aleatorización de la muestra y la validación de la intervención; sin embargo, una muestra más grande sería mejor para tener mayor potencia estadística. Por lo tanto, no se puede hacer una recomendación sólida a favor ni en contra de la intervención telefónica IAIST, debido a que hay diversos factores que impidieron obtener resultados con un mayor grado de evidencia.

Por otro lado, en cuanto al análisis de las preguntas de la intervención de seguimiento se encontró que el hallazgo más sólido de las llamadas fue que reportaron sentirse cada vez mejor después de su alta hospitalaria. Es un indicador de bienestar general, pese a los desafíos que tuvieron que afrontar desde el momento de su alta. De hecho, algunas respuestas dadas por ellos y ellas, al preguntarles sobre la utilidad de las llamadas fueron: "...como tener la ayuda y la introspección real, hablo de lo que no puedo hablar con nadie"; "Mmm cuando estás pasando por una crisis yo creo que es muy importante que alguien aunque sea por llamada esté como que al pendiente de ti"; "...si he tenido un apoyo extra, porque a veces uno necesita descargarse un poco, es más apoyo psicológico y como que he aprendido a aliviar"; "ayuda a otras personas a comprender, siento que alguien me pone atención, fuera de mi familia y así" (sic.).

No menos importante es lo observado con la desesperanza, que en primera instancia aumentó significativamente, entre la primera semana y el primer mes después del alta hospitalaria; periodo señalado en la literatura como el más crítico para los pacientes que han sido internados por un intento de suicidio (Ribeiro et al., 2019); referido por los pacientes como un gran desafío al volver a la vida que habían renunciado por el sufrimiento que les causaba, pero ahora con sentimientos encontrados, pues se sumaban el intento de suicidio y el internamiento en un hospital psiquiátrico, pero en una atmosfera con mayor apoyo por parte de las personas más cercanas; sin que se hayan solucionado otros problemas que tiene que enfrentar.

En contraste, esta misma variable disminuyó significativamente entre la reportada al primer mes con la del sexto mes, es decir, primero empeoraron, pero después del primer mes mejoraron significativamente. Lo que se relaciona con sentirse cada vez mejor, al disminuir la percepción de que los problemas no tienen solución.

Además, los participantes reportan mejoras en dejar de sentirse una carga para otros y sentir que cuentan con alguien cuando atraviesan por momentos difíciles, ambos indicadores asociados teóricamente a la disminución de la ideación suicida (Joiner, 2009).

Cabe señalar que algunos hallazgos de la investigación se pueden corroborar en las viñetas que se encuentran en el anexo 1. En la viñeta del caso F047 se observan los tres factores de personalidad psicopáticos por encima del punto de corte que coinciden con los perfiles de mayor riesgo, abandono del tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, además la sintomatología suicida se fue exacerbando conforme avanzó la pandemia por la COVID 19. Afortunadamente al final del seguimiento se logró que acudiera nuevamente al hospital psiquiátrico para retomar su tratamiento; aspecto que no se evaluó en esta investigación pero resulta un indicador de la efectividad pues se evitan suicidios al estar en contacto con pacientes que no mejoran, ya que se les puede persuadir para que retomen las recomendaciones dadas por el personal especializado. Este indicador se ha documentado en los estudios de Milner y colaboradores (2015) quienes describen que las intervenciones de seguimiento contribuyen a la adherencia al tratamiento (véanse viñetas en Anexo 1).

Por otro lado, en la viñeta del caso F051 muestra un caso en el que el único factor de personalidad psicopática que se encontró por encima del punto de corte fue la

emocionalidad negativa; que se pudo observar en la tendencia a la ansiedad y toma de decisiones precipitadas que tuvieron consecuencias adversas al inicio del seguimiento; sin embargo, son notables sus recursos personales como su capacidad para socializar y aspiraciones; que se considera contribuyeron para que se viera favorecida la responsabilidad de la participante ante los desafíos que afrontó a lo largo de los seis meses del seguimiento telefónico como lo postula la teoría de la autodeterminación a partir de enfoques terapéuticos colaborativos (Holmström, 2020).

Limitaciones

Entre las limitantes más importantes de este estudio que se debe de tomar en cuenta para la interpretación de los datos, se encuentran el tamaño de la muestra y los instrumentos utilizados. Se contó con una muestra pequeña que repercutió en la potencia estadística de los análisis; por lo tanto, no se puede asegurar si la falta de diferencias significativas entre los grupos de estudio, se debe a no hubo diferencias o porque no hubo suficiente potencia estadística en aquellos indicadores en los que se observan tendencias. Además, para acceder a una muestra más grande, se requiere de un mayor número de psicólogos ejecutando el protocolo de seguimiento.

Los instrumentos de medición que se validaron requieren más estudios para obtener otros tipos de validez y confiabilidad, por ejemplo, ser construidos con muestras tanto de población abierta como clínica, considerar constructos que sean sensibles a los cambios en periodos cortos de tiempo y reducir las opciones de respuestas escalares del 1 al 5 para facilitar a los participantes ubicar la intensidad de sus sentimientos

Otra limitante en la implementación del estudio, fue que tanto los psiquiatras adscritos como los psicólogos no tenían la obligación de reportar los casos para ingresar al estudio, por lo que surgió la necesidad de dar a conocer el protocolo en dos sesiones clínicas en el hospital, para solicitar su colaboración. Aun así, algunos participaron activamente y otros refirieron pocos pacientes. El hecho de que los pacientes pudieran llegar referidos directamente al hospital, después de una llamada de seguimiento o emergencia, sin que primero fuera atendido por personal de segundo nivel, fue motivo de queja ante el sindicato. La queja era porque consideraban que iban a tener una mayor sobrecarga de trabajo, pero no sucedió así, las referencias ocurrieron con menor frecuencia de lo esperado.

Replicabilidad del estudio

De acuerdo con los componentes principales para los protocolos de investigación en los que es necesario realizar manejo del riesgo suicida propuesto por Stevens y colaboradores (2021), se deben considerar los siguientes puntos:

- El personal responsable de realizar las llamadas de seguimiento debe contar con conocimiento especializado en la conducta suicida y tener el dominio en la implementación del protocolo de intervención.
- Las medidas de autocuidado en los psicólogos son necesarias; se recomienda contar con apoyo psicoterapéutico y de ser necesario psiquiátrico; aspecto que no debe ser estigmatizado entre colegas.
- Además de contar con supervisión para la toma de decisiones en casos desafiantes y momentos de urgencia.
- Por otro lado, debe contar con el respaldo de servicios especializados en salud mental para los momentos en que se encuentre con pacientes en crisis emocional con alto riesgo de suicidio, pueda ser referido a valoración y posiblemente a internamiento.

Esto también sugiere una modificación en el procedimiento de referencia; pues en el momento que se observen indicadores de riesgo suicida alto, sin que se encuentren comprometidos sus signos vitales (por intoxicación o algún otro tipo de lesión), ésta debe ser directa al tercer nivel de atención, por diversas razones: el antecedente de internamiento psiquiátrico reciente, el intento de suicidio previo, un contexto adverso y otras condiciones de vulnerabilidad (O'Connor y Nock, 2014).

- Además, el protocolo debe tener la colaboración del personal adscrito al hospital sede como equipos complementarios, para que todos los pacientes que cumplan con criterios de inclusión, sean canalizados a la intervención de seguimiento post alta. Se recomienda que se realicen las gestiones necesarias para contar con el compromiso para que el personal del nosocomio derive a los pacientes con intento de suicidio a los responsables del seguimiento telefónico.

No es un servicio que sustituya el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, por lo tanto, los pacientes también deben contar con acceso a dichos servicios.

Como se ha mencionado, la intervención de apoyo interpersonal (IAIST), también incluía llamadas de emergencia 24/7 para los 51 pacientes que participaron desde la fase piloto que inició en junio de 2019, hasta el 31 de julio de 2020; sin embargo, algunos enviaron mensajes de texto en momentos de crisis. Para futuros estudios, se recomienda limitar las vías de comunicación durante el seguimiento para evitar el desgaste emocional del responsable.

De hecho, se recomienda que el servicio de seguimiento se limite a llamadas en un horario determinado (que se respeten los turnos de trabajo), con cierta flexibilidad de horario cuando el paciente no sea localizado, con posibilidad de reprogramar a la brevedad; y que la línea de emergencias se maneje por otro personal, de preferencia adscrito al mismo hospital, para reducir la burocracia en la referencia.

En el caso de los mensajes de texto de apoyo para pacientes en riesgo de suicidio, se ha utilizado además para enviar recordatorios de citas y teléfonos de emergencia (Berrouiguet et al., 2014). En el presente protocolo, la mayor utilidad de éstos fue para brindar indicaciones sobre la referencia y evitar que fueran rechazados en el hospital al no llegar con una referencia en formato oficial.

Estudios futuros

Esta propuesta se ajusta, en cierta medida, a los hallazgos recientes que han documentado que las variables concernientes al deseo suicida, son tan dinámicas que una crisis suicida que tenga como resultado un intento de suicidio o suicidio suele ocurrir el día de la crisis desencadenante o al día siguiente (You, Van Orden & Conner, 2010), por lo que, es importante considerar el tiempo entre una llamada y otra o el uso de nuevas tecnologías para el monitoreo del riesgo y las acciones en caso de aumento del riesgo.

Se recomienda ampliar el universo de estudio al realizar intervenciones de seguimiento telefónico en población con riesgo suicida que acuda a tratamiento en primer o segundo nivel de atención, o con aquellos que visitan un servicio de urgencias y continúan su tratamiento en un servicio de consulta externa como el estudio SUPRE MISS (Fleishman, 2008).

También se sugiere analizar a los pacientes en función de sus perfiles de personalidad para saber en quiénes, las intervenciones de seguimiento resultan más efectivas. Es probable que los que tengan niveles más bajos de psicosis, falta de

emocionalidad positiva o emocionalidad negativa; principalmente, las que tengan menos dificultades para socializar, sean las más beneficiadas.

Otro estudio que se recomienda realizar, es la evaluación de la evolución de los indicadores de riesgo suicida de los pacientes que participaron en la presente investigación años después de haber cometido el intento de suicidio por el que fueron hospitalizados. Por otro lado, la muestra del presente estudio podría ser utilizada como grupo control histórico, si se utilizan los mismos instrumentos de evaluación del riesgo (Pocock, 1976).

Conclusiones

Por la caracterización de la muestra se corrobora que son mujeres, con bajos ingresos, trabajo inestable, solteras, jóvenes y estudiantes (de licenciatura); ésta última, una población que también se ha reportado en otros estudios con una alta incidencia de comportamiento (Mortier et al., 2018) y por lo tanto, con la necesidad de implementar y estudiar estrategias de prevención de suicidio.

También se confirman los factores psicopáticos de la personalidad como precedentes importantes de la conducta suicida por la vulnerabilidad del individuo para afrontar los eventos estresantes de su vida (O'Connor & Nock, 2014; Mann & Currier, 2010); en particular la dificultad para evocar emociones positivas, con mayor riesgo de suicidio cuando se asocia con desconfianza hacia los demás o problemas para percibir adecuadamente la realidad.

En términos generales, los hallazgos señalan que la intervención no produce daño en los pacientes, tampoco aumenta la ideación suicida, por lo tanto, a pesar de que no se pudo confirmar ni descartar su utilidad para la disminución general del riesgo suicida, algunos indicadores, como el tamaño del efecto, señalan que la intervención fue útil en la disminución de sentirse una carga, intencionalidad suicida y desesperanza, aumentando un sentimiento general de mejoría.

Por lo tanto, el seguimiento puede ser una intervención recomendable para implementar en los hospitales psiquiátricos, pues se observa que los pacientes no aumentan el riesgo, además mejora la comunicación con la institución y el sistema de referencia en momentos de crisis.

REFERENCIAS

- Alves, V. M., Francisco, L. C., de Melo, A. R., Novaes, C. R., Belo, F. M., & Nardi, A. E. (2017). Trends in suicide attempts at an emergency department. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 39(1), 55–61. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1833>
- Anestis, M. & Khazem (2015) The problema of suicide. En Bryan, C. (2015) Cognitive behavioral therapy for preventing suicide attempts (pp. 3-13) Ed.Routledge
- Baertschi, M., Costanza, A., Canuto, A., & Weber, K. (2018). The function of personality in suicidal ideation from the perspective of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicide. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph15040636>
- Baertschi, M., Costanza, A., Canuto, A., & Weber, K. (2018). The function of personality in suicidal ideation from the perspective of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicide. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph15040636>
- Berrouiguet, S., Gravey, M., Le Galudec, M., Alavi, Z., & Walter, M. (2014). Post-acute crisis text messaging outreach for suicide prevention: A pilot study. *Psychiatry Research*, 217(3), 154–157. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.02.034>
- Bertolote, J. M. (2014). Prevention of suicidal behavior. (Edited by Matthew K. Nock, Ed.), *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury* (Oxford Uni). <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195388565.013.0002>
- Bertolote, J. M., De, C., & Botega, N. J. (2010). Detecting suicide risk at psychiatric emergency services [Spanish;English] Deteccao do risco de suicidio nos servicos de emergencia psiquiatrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(SUPPL. 2), 587–595.
- Bertolote, M., Fleischmann, A., De Leo, D., Phillips, M., Botega, N. Vijayakumar, L., Wasserman, D. (2010). Repetition of suicide attempts data from emergency care settings in five culturally different low- and middle-income countries participating in the WHO SUPRE-MISS study. *Crisis*, 31(4), 194–201. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000052>
- Benjet, C., Gutiérrez-garcía, R. A., Abrego-ramírez, A., Borges, G., Covarrubias-díaz, A., Durán, S., ... Mortier, P. (2019). Psychopathology and self-harm among incoming first-year students in six Mexican universities. *Salud Mental*, 61(1), 16–26. <https://doi.org/https://doi.org/10.21149/9158>

- Biggs, E., Sonmez C.C. & Stanley, B. (2015) (2015) Tratamiento al Riesgo de Suicidio en Servicios de Urgencias. En Bryan, C. (2015) Cognitive behavioral therapy for preventing suicide attempts. Ed.Routledge
- Black D., Blum N., Pfohl B. & Hale N. (2004): Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of Personality Disorders*, Pp. 226-239
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. & Medina-Mora, M. (2010): Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Revista Salud Pública de México*. Vol.52. Pp. 292-304.
- Boot, W. R., Simons, D. J., Stothart, C., & Stutts, C. (2013). The Pervasive Problem With Placebos in Psychology : Why Active Control Groups Are Not Sufficient to Rule Out Placebo Effects. <https://doi.org/10.1177/1745691613491271>
- Brezo, J., Paris, J., & Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 180–206. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00702.x>
- Bryan, C. & Rudd, D. (2006) Advances in the Assessment of Suicide Risk. En Bryan, C. (2015) Cognitive behavioral therapy for preventing suicide attempts. Ed.Routledge
- Bryan, C. J., Clemans, T. A., Leeson, B., & Rudd, M. D. (2015). Acute vs. chronic stressors, multiple suicide attempts, and persistent suicide ideation in us soldiers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(1), 48–53. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000236>
- Butcher, N., Graham, J, Ben-Porath, Y., Tellegen, A., Dahlstrom, W., & Kaemmer, B. (2015) *Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota®-2, Manual Moderno*.
- C., J. M. N. de, & Galeano, E. (1972). Las venas abiertas de América Latina. *Revista española de la opinión pública*. <https://doi.org/10.2307/40181899>
- Canadian Task Force on Preventive Health Care (2011) Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation (GRADE). Recuperado de <https://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2018/12/GRADE-Info-for-website-blue-format-181220.pdf>
- Carrasco, G., & Ferrer, J. (2001). Las vías clínicas basadas en la evidencia como estrategia para la mejora de la calidad: Metodología, ventajas y limitaciones. *Revista de Calidad Asistencial*, 16(3), 199–207. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(01\)77405-2](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(01)77405-2)

- Chávez, A. & Leenaars A. (2010). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud Mental*, Vol. 33. Pp. 355-360.
- Chu, C.; Klein, K.; Buchman-Schmitt, J.; Hom, M., Hagan, C. & Joiner, T (2015). Routinized Assessment of Suicide Risk in Clinical Practice: An Empirically Informed Update. *Journal of clinical psychology*, Vol.71 (12).
- Chu, J., Goldblum, P., Floyd, R., & Bongar, B. (2010). The cultural theory and model of suicide. *Applied and Preventive Psychology*, 14(1-4), 25-40. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2011.11.001>
- Cifras OMS. (2015). Suicidio OMS., 2020. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
- Clemans, T. (2015) A cognitive behavioral model of suicide risk. En Bryan, C. (2015) *Cognitive behavioral therapy for preventing suicide attempts* (pp. 51-64) Ed.Routledge
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 373(1754), 20170268. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
- Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2020) Población a inicio de año. Para la República Mexicana el periodo es de 1950-2050, para las entidades federativas el periodo es de 1970-2050. Recuperado de: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050/resource/29c741e6-6493-455f-9e63-7d64dbec65a8>
- Creswell (2015) *Experimental Designs. Collecting Quantitative Data*. En Creswell (2015) *Educational Research*, pp. (294-331).Ed. Pearson.
- Denchev, P., Pearson, J. L., Allen, M. H., Claassen, C. A., Currier, G. W., Zatzick, D. F., & Schoenbaum, M. (2017). Modeling the Cost-Effectiveness of Interventions to Reduce Suicide Risk Among Hospital Emergency Department Patients. *Psychiatric Services*, (20), appi.ps.2016003. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600351>
- Escobar, J., & Cuervo, Á. (2008). Validez De Contenido y Juicio de Expertos: Una Aproximación a su Utilización. *Avances En Medición*, 6(1), 27-36. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2007.10.005>
- Fleischmann, A., & Saxena, S. (2013). Suicide Prevention in the whomental Health Gap Action Programme (mhGAP). *Crisis*, 34(5), 295-296. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000214>

- Fleischmann, A., Bertolote, J., Wasserman, D., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, J., Thanh, T. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: A randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(9), 703–709. <https://doi.org/10.2471/BLT.07.046995>
- Hernández, Q. & Lucio, E. (2006): Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, Pp. 45-52.
- Holmström, É. (2020). Self-determination theory and the collaborative assessment and management of suicidality. *Mental Health Review Journal*, 25(1), 75–83. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-09-2019-0029>
- Instituto Nacional de Estadística Informática y Geografía (2017) Suicidios Registrados, Estadísticas de Mortalidad. <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/salud/>.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2017) fallecimientos por suicidio de 20 a 24 y 25 a 29 años http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?c=11144
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2019, 10 de septiembre). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre)*. Retrieved from: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/suicidios2019_Nal.pdf
- Jiménez-López, J. L. & A. O. J. (2017). Promoción de la Salud Mental. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 8(1), 227–241.
- Jobs, D. (2016) CAMS Risk Assessment, the collaborative Use of the SSF. En: Jobs, D. (2016) *Managing Suicidal Risk*. Ed. The Guilford Press
- Joiner, T. (2005) *Why People Die By Suicide*. Harvard University Press.
- Joiner, T. E., Brown, J. S., & Wingate, L. R. (2005). The Psychology and Neurobiology of Suicidal Behavior. *Annual Review of Psychology*, 56(1), 287–314. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070320>
- Joiner, T., Van Orden, K., Witte, T. & Rudd, D. (2009) *The Interpersonal Theory of Suicide. Guidance for Working With Suicidal Clients*. American Psychological Association
- Kazdin, A. (1999) Overview of Research Design Issued in Clinical Psychology. En Kendall, P., Butcher, J., Hombeck, G.. (1999). *Handbook of research Methods in Clinical Psychology* (pp. 3-30) Ed. John Wiley & Sons, Inc.

- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002) Investigación del Comportamiento. Métodos de Investigación en Ciencias Sociales. Ed. Mc. Graw Hill
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 307–330. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
- Kong, H. (2013). Riesgos , Costos y Beneficios. *Asociacion Medica Mundial*. Retrieved from http://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos_y_defunciones/
- Kumar, U (2014) Conceptualizing suicidal behaviour: understanding and prevention. En Kumar (2014) *Suicidal Behaviour*. Ed. Routledge.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.
- Liaño, B. G. De. & Pascual-Ezama, D. (2012). La metodología Delphi como técnica de estudio de la validez de contenido, 28(1977), 1011–1020. <https://doi.org/10.6018/analesps.28.3.156211>
- Luxton DD, June JD, Comtois KA. (2013) Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behaviour? A review of the evidence. *Crisis* 34 (1). <https://doi:10.1027/0227-5910/a000158>.
- Milner, A., Spittal, M. J., Kapur, N., Witt, K., Pirkis, J., & Carter, G. (2016). Mechanisms of brief contact interventions in clinical populations: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0896-4>
- Mann, J. J., & Currier, D. M. (2010). Stress, genetics and epigenetic effects on the neurobiology of suicidal behavior and depression. *European Psychiatry*, 25(5), 268–271. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.01.009>
- Mann, J. J., & Currier, D. M. (2010). Stress, genetics and epigenetic effects on the neurobiology of suicidal behavior and depression. *European Psychiatry*, 25(5), 268–271. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.01.009>
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 181–189. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.2.181;pageGroup:string:Publication>
- Manterola, C., Asenjo-Lobos, C., & Otzen, T. (2014). Jerarquización de la evidencia: Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual. *Revista Chilena de Infectología* :

Órgano Oficial de La Sociedad Chilena de Infectología, 31(6), 705–718.
<https://doi.org/10.4067/S0716-10182014000600011>

- Matarazzo, B., Homaifar, B., Farro, S. & Brenner, L. (2015) The language of suicide. En Bryan, C. (2015) Cognitive behavioral therapy for preventing suicide attempts (pp. 14-32) Ed.Routledge
- Medina Mora, M. & Berenzon S. (2016): Asociación entre la conducta suicida y el consumo de drogas: un reto para la prevención. Organización Panamericana de la Salud, Pp.65-70
- Mortier, P., Auerbach, R. P., Alonso, J., Bantjes, J., Benjet, C., Cuijpers, P., ... Vives, M. (2018). Suicidal Thoughts and Behaviors Among First-Year College Students: Results From the WMH-ICS Project. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(4), 263-273.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.01.018>
- Miller, I., Camargo, C., Arias, S., Sullivan, A., Allen, M., Goldstein, A., Boudreaux, E. (2017). Suicide Prevention in an Emergency Department Population. *JAMA Psychiatry*, 74(6), 563. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0678>
- Milner, A. J., Carter, G., Pirkis, J., Robinson, J., & Spittal, M. J. (2015). Letters, green cards, telephone calls and postcards: Systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide. *British Journal of Psychiatry*, 206(03), 184–190. doi:10.1192/bjp.bp.114.147819
- MINSAL: Departamento de salud mental. (2013). Programa nacional de prevención del suicidio: Orientación para su implementación. Norma General Administrativa N° 027, 1–72. Retrieved from http://web.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Preencion.pdf
- Mishara, B. L. (2014). Suicide in Adulthood. In Adulthood (pp. 1705–1715). <https://doi.org/10.1016/j.agrformet.2015.04.023>
- Mishara, B. L., Chagnon, F., Daigle, M., Balan, B., Raymond, S., Marcoux, I., ... Berman, A. (2007). Which Helper Behaviors and Intervention Styles are Related to Better Short-Term Outcomes in Telephone Crisis Intervention? Results from a Silent Monitoring Study of Calls to the U.S. 1-800-SUICIDE Network. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 308–321. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.308>
- Mortier, P., Auerbach, R. P., Alonso, J., Bantjes, J., Benjet, C., Cuijpers, P., ... Vives, M. (2018). Suicidal Thoughts and Behaviors Among First-Year College Students: Results From the

- WMH-ICS Project. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(4), 263–273.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.01.018>
- Murphy, G. (2013) The National Suicide Prevention Lifeline and New Technologies in Suicide Prevention: Crisis Chat and Social Media Initiatives. En Mishara, B. & Kerkhof (2013) *Suicide Prevention and New Technologies* (pp. 111-122) Ed.Palgrave Macmillan.
- Narro, J., Ruíz, G., Medina-Mora M. & Madrigal, E.(Sin año) Guía Práctica para la Atención del Paciente con Conducta Suicida en Hospitales Generales. Obtenida de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/274735/SAP_Gu_a_Suicidio_HG.pdf
- National Suicide Prevention Lifeline. (2014). Crisis Center Guidance: Follow-up with Callers and Those Discharged from Emergency Department and Inpatient Settings, (July), 65. Retrieved from <http://www.suicidepreventionlifeline.org/media/13576/Lifeline-Follow-Up-Guidance1214.pdf>
- Niederkrotenthaler, T., Gunnell, D., Arensman, E., Pirkis, J., Appleby, L., Hawton, K., ... Platt, S. (2020). Suicide Research, Prevention, and COVID-19. *Crisis*, 41, 321–330. <https://doi.org/https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000731>
- Nock, M. K. (2009). Suicidal behavior among adolescents: Correlates, confounds, and (the search for) causal mechanisms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(3), 237–239.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133–154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>
- Nock, M., & Prinstein, M. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(1), 140–146. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.1.140>
- Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A. & Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98–105. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113>
- Nock, M. K., Ramirez, F., & Rankin, O. (2019). *Advancing Our Understanding of the Who , When , and Why of Suicide Risk*. 76(1), 2018–2019. <https://doi.org/10.1038/npp.2016.7>
- O'Connor, R. & Nock, M.(2014) The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1 (1), pp. 73-85. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70222-6

- O'Connor, R., & Portzky, G. (2018). Looking to the Future : A Synthesis of New Developments and Challenges in Suicide Research and Prevention. *Frontiers in Psychology*, 9(November), 1–14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02139>
- Olfson, M., Wall, M., Wang, S., Crystal, S., Liu, S., Gerhard, T., & Blanco, C. (2019). Short-term Suicide Risk After Psychiatric Hospital Discharge, 10032(11), 1119–1126. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.2035>
- Organización Mundial de la Salud (1999). Estudio de Intervención Multicentro Sobre Comportamientos Suicidas SUPRE-MISS (Vol. WHO/MSD/MB).
- Organización Mundial de la Salud (2009) SUPRE (suicide prevention). Retrieved from <http://www.who.int/topics/suicide/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2013). Suicidios: hechos y datos. http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/suicide-infographic-es.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). Guía De Intervención Mhgap. Guía de Intervención mhGAP. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Prevención del suicidio, un imperativo global. Organización Mundial de La Salud, 4. <https://doi.org/10.1002/9780470774120>
- Parkash, V. & Kumar, U. (2010) Suicidality and Personality: Linking pathways. En Kumar (2010) Suicidal Behaviour: Underlying dynamics. Edited by Updesh Kumar. Ed. Routledge.
- Pocock, S. J. (1976). The combination of randomized and historical controls in clinical trials. *Journal of Chronic Diseases*, 29(3), 175–188. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(76\)90044-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(76)90044-8)
- Quintanilla, R., Valadez, I., González, J., Vega, J., Flores, L. & Valencia., S. (2004). Tipos de personalidad y conducta suicida. P.p. (108–113). Retrieved from <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/142/14260209.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud & Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (2017). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos.
- Poulin, C. (2014). *Big Data Custodianship in a Global Society*. *SAIS Review of International Affairs*, 34(1), 109–116. <http://doi:10.1353/sais.2014.0002>

- Ribeiro, J. D., Franklin, J. C., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2016). Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 46(2), 225–236. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001804>
- Riblet, N., Shiner, B., Bradley, V., Mills, P., Rusch, B., & Hemphill, R. R. (2017). Death by Suicide Within 1 Week of Hospital Discharge A Retrospective Study of Root Cause Analysis Reports, 205(6). <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000687>
- Robles, N., Ruiz, G., Medina Mora, M. & Madrigal, E. (2017). Guía práctica para la atención del paciente con conducta suicida en hospitales generales. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/274735/SAP_Gu_a_Suicidio_HG.pdf
- Rubio, D. M., Berg-weger, M., Tebb, S. S., Lee, E. S., & Rauch, S. (2003). Objectifying Content Validity: In *Social Work Research*. *Social Work Research*, 27(2), 94–104. <https://doi.org/10.1093/swr/27.2.94>
- Rudd, D. (2006) Fluid Vulnerability Theory: A Cognitive Approach to Understanding the Process of Acute and Chronic Suicide Risk. En Thomas, E. (2006) *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy*, (pp. 355-368). Washington, DC, US: American Psychological Association, xviii, 409 pp.
- Rudd, D., Ellis, T., Rajab, M., & Wehrly, T. (2000). Personality types and suicidal behavior: An exploratory study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(3), 199–212. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc3&NEWS=N&AN=2000-16378-002>
- Shneidman, E. (2004) *Autopsi of Suicidal Mind*. Ed. Oxford University Press, Inc.
- Siegel, S. & Castellan, J. (1995). *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias sociales*. Trillas (Ed.).
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., Carroll, P. W. O., & Joiner, T. E. (2012). *Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors*. 37(June 2007), 264–277.
- Stegg, S., Quinlivan, L., Nowland, R., Carroll, R., Casey, D., Clements, C., ... Kapur, N. (2018). Accuracy of risk scales for predicting repeat self-harm and suicide: a multicentre,

- population-level cohort study using routine clinical data, (May), 1–11.
<https://doi.org/10.1186/s12888-018-1693-z>
- Stevens, K., Thambinathan, V., Hollenberg, E., Inglis, F., Johnson, A., Levinson, A., ... Cleverley, K. (2021). Core components and strategies for suicide and risk management protocols in mental health research: a scoping review. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03005-0>
- Valdez-Santiago, R., Solórzano, E. H., Iñiguez, M. M., Burgos, L. Á., Gómez Hernández, H., & Martínez González, Á. (2017). Attempted suicide among adolescents in Mexico: prevalence and associated factors at the national level. *Injury Prevention*, (May 2012), injuryprev-2016-042197. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2016-042197>
- Van der Fels-Klerx, I. H. J., Goossens, L. H. J., Saatkamp, H. W., & Horst, S. H. S. (2002). Elicitation of quantitative data from a heterogeneous expert panel: Formal process and application in animal health. *Risk Analysis*, 22(1), 67–81. <https://doi.org/10.1111/0272-4332.t01-1-00007>
- Van Orden, K. Witte, T., Cukrowicz, K., Braithwaite, S., Selby, E. & Joiner T. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide 2(2), 1–9. <https://doi.org/10.1037/a0018697>.
- Wasserman, D., Terenius, L., Wasserman, J., & Sokolowski, M. (2010). The 2009 Nobel conference on the role of genetics in promoting suicide prevention and the mental health of the population. *Molecular Psychiatry*, 15(1), 12–17. <https://doi.org/10.1038/mp.2009.113>
- Wenzel, A., & Beck, A. T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, 12(4), 189–201. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2008.05.001>
- Wenzel, A., & Beck, A. T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, 12(4), 189–201. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2008.05.001>
- White, J. (2017). What can critical suicidology can do? *Death Studies*, 41 (8), 472–480. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1332901>
- World Health Organization (2017) World Health Statistics data visualizations dashboard. Suicide mortality rate. <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en>
- World Health Organization. (1999). WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Facts and Figures. Suicidal behaviour and the treatment of suicidal people (Vol. 3).

- World Health Organization. (2010). Towards Evidence-based Suicide Prevention Programmes.
- World Health Organization. (2014). Preventing suicide: a global imperative. Obtenido de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=DC6EDDD88DC269D11AF3667CF7534888?sequence=1
- World Health Organization. (2016). mhGAP training manuals mhGAP Training Manuals. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259161/1/WHO-MSD-MER-17.6-eng.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2019). Suicide in the world: Global Health Estimates. In World Health Organization (Ed.), *Suicide*.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., ... Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646–659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)

Anexo 1: Viñetas de los casos clínicos del grupo con intervención IAIST

A continuación se presenta la viñeta de un caso del grupo de intervención. Ésta incluye, la entrevista para evaluar el riesgo suicida pre intervención, cuatro de las ocho llamadas programadas como parte de la intervención: la llamada inicial (una semana después de ser dada de alta), al mes, tres meses y seis meses; el perfil de personalidad de los cinco factores psicopáticos y al final la entrevista de evaluación post intervención. La paciente respondió a ocho de las ocho llamadas programadas.

Viñeta de paciente en seguimiento telefónico con folio número F051

Evaluación pre intervención de seguimiento telefónico

Paciente de sexo femenino, de 19 años, soltera, estudiante de licenciatura (segundo año de medicina), de religión católica. Al momento del intento de suicidio vivía con su hermana mayor; pero al momento de su alta desea irse a vivir por su cuenta. El ingreso al estudio fue después del primer intento de suicidio, motivado por adversidades acumuladas como el bullying sufrido por sus compañeros durante el primer año de carrera (que llegó al departamento jurídico), aumentó su consumo de alcohol, probó la marihuana, tuvo una relación de pareja ambivalente, que llegó al punto en el que ella abortó. El intento de suicidio lo realizó cuando estaba sola, ingirió un litro de pinol y se hizo cortes en los antebrazos en los que requirió suturas. Aún en crisis acudió con su exsuegra quien llamó a su madre para que la trasladara al hospital para su estabilización médica.

Otros datos importantes son: la falta de buena relación con su familia de origen “me sentía incomprendida por mi familia, culpable, enojada, irritable, triste” sic. Los estresores al ser dada de alta son: “tengo un examen mañana”, tengo que buscar un trabajo y dónde vivir” sic., se encuentra en duelo por el aborto y el rompimiento con su pareja.

Siente que sí se ha preocupado por ella y que siempre cuenta con alguien cuando atraviesa por momentos difíciles. Ha pensado que las personas que le rodean estarían mejor si ella, tiene un moderado sentimiento de ser una carga para otros; “se preocupan mucho por lo que hice (refiriéndose al intento de suicidio)” sic. Refiere un moderado nivel de desesperanza, pero siempre se siente útil para los demás.

Diagnóstico de egreso: Trastorno de ansiedad sin especificar/ familia disfuncional.

Clasificación de riesgo suicida: *alto*; reciente intento de suicidarse, acaba de ser dada de alta de un

internamiento psiquiátrico, su red de apoyo es disfuncional, aún se encuentra en proceso de duelo y con desafíos estresantes para encontrar dónde vivir, reincorporarse a sus actividades académicas y encontrar una fuente de ingresos estable.

Llamadas de seguimiento telefónico

Llamada semana 1 (primera llamada de seguimiento)

“Me está costando mucho trabajo reintegrarme otra vez, pero hoy fue el primer día que fui a clases, y de hecho sí hice mi examen pero siento que no lo voy a pasar” “fui a buscar mi departamento, y... estoy buscando trabajo, y tengo dos propuestas de trabajo, y si me quedo en alguna de las dos estaría excelente” sic. Sus profesores se han comportado comprensivos, le han dicho que puede darse de baja temporal y reincorporarse el siguiente semestre para que se recupere, pero ella se encuentra indecisa; “Pues... o sea, el pensar que... o sea, que, pues que lo estoy arruinando todo, y que no poder una decisión que yo diga, esto, y, o sea, esto va a hacer lo mejor y así”, ” O sea, como que soy muy indecisa en mis decisiones y eso también como que me altera porque me hace dudar mucho...”

Refiere que se siente inestable; “...siento que... o sea, que todo se viene para abajo. Así me pasa como muy seguido. Y eso también como que... ay no, siento bien feo, y digo, no, es que siempre voy a ser así, ay, no, bien feo” sic. Muestra avance en su tratamiento pues menciona que comienza a distinguir cuando está entrando en crisis, pero que aún no sabe cómo controlarlas. Aun así refiere que una vez que ha sido dada de alta se siente moderadamente bien , que siempre hay personas que se preocupan por ella (aunque ella siente que exageran por preocuparse tanto por ella), igual que siempre cuenta con alguien cuando atraviesa por momentos difíciles. También ha vuelto a pensar que las personas que le rodean estarían mejor si ella ya no estuviera, siempre se siente una carga para otros; “te digo que me empiezo a poner mal, y por ejemplo hoy corrí a la facultad de mi hermana. Y entonces, o sea, no sé siento que los estoy sacando de sus deberes, de su rutina y no, no me agrada, si me siento así” sic. Refiere que ha presentado ideación suicida tres días de la semana, deseos de estar muerta, pero ha tomado medidas para distraerse. Incluso acepta que aún tiene una alta intención suicida y moderada desesperanza. Respecto a la llamada dijo sentirse muy bien; “... ya me hacía falta como escuchar ese... como ese entendimiento, es que como que si es muy diferente con los demás. Como esa comprensión. Porque si ha habido frases así como de no... manipulación, ay no, bien feo” sic. Duración: 34:02 min.

Llamada mes 1 (tercera llamada de seguimiento)

La paciente ya no vive en casa de sus papás, se fue a casa de unos amigos “Y de hecho pues ya... ya compré el boleto para irme para Colima”, “y... pues compré cosas para llevar a vender para allá... como cosméticos, accesorios y así”, tiene el plan de irse a vivir a Colima a casa de unos amigos de sus padres de toda la vida, de hecho ha contado con el apoyo de su madre y hermana en sus preparativos para mudarse temporalmente; “Pues también metí como los papeles de suspensión temporal de estudios, me van a decir la próxima semana si me la van a aceptar o no” sic. Algo que le ha ayudado es platicar con otras amigas que hizo cuando estuvo internada en el hospital psiquiátrico sobre cómo se siente cada una. Se siente mejor ahora que no vive en su casa “...siento que si es como una mejoría porque pues como que me hace tocar mis responsabilidades pues no sé... como que yo hacer las cosas, y eso también como que me ayuda porque pues me mantiene distraída” sic. Parte del alivio, de haber salido de su casa son las discusiones que ha tenido con sus familiares por los cambios que ha hecho en su apariencia; “...me hice un piercing... decidí raparme y mi cabello lo voy a donar, pero literal, o sea, me rapé, me rapé, literal... entonces si cuando llegué pues si se sacaron de onda” sic. Sus familiares le dijeron que eso era convertirse en una persona mediocre por estar conviviendo con las pacientes del hospital psiquiátrico. Respecto a los prejuicios ella comentó que nunca se avergonzó en una ocasión en que arrestaron una semana a sus papás por una pelea que llegó a los golpes entre su madre con una vecina cuando ella era una niña pequeña. Pocos años después volvieron a arrestar a su madre por aventarle piedras a un perro que se estaba peleando en el de ellas, pero le pegó una pedrada al dueño del perro, llegó la policía y se la llevó; su padre estaba fuera de la Ciudad y se quedaron ella, su hermana mayor y su hermano menor solos, se fueron por unos días a casa de un tío que no conocían. Menciona que se siente moderadamente bien a un mes de distancia del alta hospitalaria. Sigue sintiendo que se preocupan siempre por ella y que siempre cuenta con alguien cuando atraviesa por momentos difíciles. En los últimos 15 días no ha vuelto a pensar que las personas que le rodean estarían mejor sin ella. Aún se siente casi siempre una carga para otros; “pues... no sé, que me apoyen, no siento que me lo merezca... pues por todo lo que pasé... el aborto” sic. Continúa con ideación suicida diario por las noches con una duración aproximada de dos horas; con algunas noches de insomnio “...tengo miedo de que todo me salga mal de nuevo” sic. Además refiere una alta intención suicida y desesperanza; a su vez. Menciona que no lo intenta porque no quiere lastimar a las personas que le han ayudado. Respecto a la llamada, dijo que se sintió bien de recibirla; “Porque ya te extrañaba... se me olvidó que no iba a ser cada ocho días, y ya estaba como el jueves, ay, no me habló”

“...me está ayudando así como expresar las cosas como son. Ok. A alguien como que si sepa todo, eso también es” sic. Duración: 41:27_min.

Llamada mes 3 (quinta llamada de seguimiento)

Mediados de abril, 2020. La paciente ya vive en otro estado de la república desde hace más de un mes. Llegó y a los pocos días consiguió trabajo en un módulo de venta de accesorios y equipos celulares; sin embargo por el periodo de sana distancia se tuvo que mantener en casa hasta hace tres días en que, después de varios eventos de fricción con las personas que le dieron asilo, la corrieron de la casa a las 2:00 am.. En ese momento, desde la calle llamó al número de seguimiento telefónico y concluyó la llamada en el momento que llegó por ella un familiar. Sus padres se enteraron por what´s app desde ese momento y le marcaron al día siguiente en la noche “mis papás... de hecho al siguiente día hasta las ocho de la noche mi mamá me habló, me dijo que cómo estaba”, “me dijo está bien, sabes que aquí está la casa, y pues cualquier cosa nos avisas” sic. Finalmente decidió continuar en Colima en casa de unos tíos paternos que le ofrecieron el cuarto de servicio. Ahora se encuentra de vuelta en el trabajo. Refiere que a tres meses de su alta hospitalaria se sigue sintiendo moderadamente bien; además de la llamada, continúa recibiendo muestras de apoyo por parte de la familia que vive en Colima, a quienes tenía muchos años sin ver porque su padre se distanció de su familia; “de hecho mi tío ya me enseñó a planchar. Es que ya ando volada con eso... les digo a mis amigos, ¡ya se planchar, wey!” sic. Considera que siempre se preocupan por ella, que casi siempre cuenta con alguien cuando atraviesa por momentos difíciles. Ha vuelto a pensar que las personas que le rodean estarían mejor sin ella, siempre se siente una carga para otros; “es que me siento inútil, siento que ya es demasiado, a veces ni siquiera yo me explico por qué las cosas me salen mal, y es como ¡qué chingados!” sic. Continúa con ideación suicida la mayoría de los días por la noche, con una duración aproximada de dos horas. Además su intencionalidad suicida y desesperanza se encuentran en un nivel alto; “es horrible ser adulto... ya no juego... estoy en la lona ahorita” sic. Respondió que se sintió bien con la llamada; “porque me caes bien, y porque sabes mi historia”. Duración: 43:23 min.

Llamada mes 6 (octava llamada de seguimiento y última que contestó)

Mediados de julio 2020. La paciente ya se encuentra de nuevo en la Ciudad de México, hace menos de un mes que regresó de Colima. Refiere encontrarse bien; había conseguido trabajo en un Oxxo pero sintió que abusaban en relación al tiempo versus salario, por lo tanto decidió dedicarse a las ventas

“...estoy yendo al centro y ahí compro, y pues ya vendo acá por donde estoy rentando” sic. También piensa vender en un tianguis cerca de casa de sus padres dónde se pone su hermano todos los domingos a vender conejos. Aprendió a poner uñas mientras vivió en provincia y esa será una fuente extra de ingreso. También se puede observar, que consiguió donde vivir independiente de su familia y cerca de la universidad para retomar su carrera. Menciona que su familia la ve mejor que cuando se fue a Colima; “...sí fue como de... no, te vemos mejor, te vemos más fuerte”, “y yo así de me ha costado mucho, pero gracias... y ahorita aquí en mi casa como que me siento más cómoda” sic. Ha visitado a su familia de quien recibe un trato de mayor respeto, sin embargo, entre ellos siguen peleando “gritan entre ellos o mi mamá les suelta un golpe a alguno de mis amigos... ah no, a uno de mis hermanos y así. Ah... Pues sí como que me espanto, pero siento que son como mis nervios y así”, “y si le digo, mamá por favor no grites porque me alteras, aunque no me estés gritando a mí me alteras” sic. Refiere sentirse muy bien a seis meses de haber sido dada de alta del hospital psiquiátrico. Siente que siempre se preocupan por ella, al igual que cuenta con personas cuando atraviesa por momentos difíciles. No ha vuelto a pensar que las personas que le rodean estarían mejor sin ella, nunca se siente una carga para otros por “...ganarme mi propio dinero... solventar como mis gastos... ya estar como sola y darme cuenta de... o sea, como de los privilegios que puedo tener en casa de mis papás y cuando estoy sola. Pero no sé, si me gusta estar como más sola” sic. No ha presentado ideación suicida, sin intencionalidad suicida, su desesperanza es moderada frente al desafío de mantenerse autosuficiente; pero al abordar este punto retoma la satisfacción de estar recuperada; “me siento como muy diferente literal, porque mis amigos también lo notaron, entonces por mí si... si ya lo notaron más personas, o sea, no soy yo, o sea, si está pasando” sic. Sobre la llamada de seguimiento dijo sentirse muy bien; “No sé... me emociona, me emociona darme cuenta que estoy avanzando”, “puedo hablar cosas que no hablo con nadie y es como la salida de que si haya alguien que puede estar ahí para escucharte o para comprenderte o para apoyarte en cualquier momento, aunque sea solo escuchándote porque a veces es muy necesario... y no sé, es como un gran apoyo y que funciona” sic. Duración: 44:27 min.

Evaluación post intervención de seguimiento telefónico

Julio, 2020. A lo largo del seguimiento la paciente se mudó en cuatro ocasiones de vivienda, de hecho vivió la mayor parte del seguimiento telefónico en otra ciudad, pero al final del seguimiento estaba de vuelta en la CDMX. (La mayor parte del tiempo vivió acompañada de familiares o amigos, ahora vive

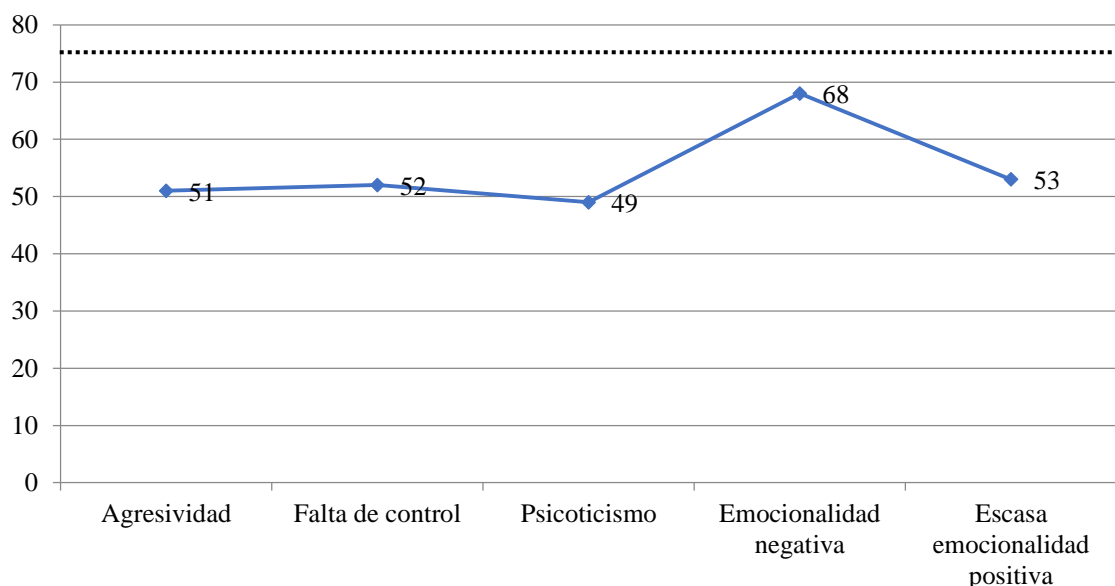
sola (con roomies en una casa de huéspedes). No presentó ningún intento de suicidio durante el seguimiento telefónico, tampoco autolesiones no suicidas; sin embargo sí tuvo tres episodios relevantes de ideación suicida algunos con intencionalidad elevada, el último después de un episodio de violencia entre sus padres, en el que apoyo a su madre para que denunciara a su padre ante el ministerio público; en esta última ocasión la ideación duró unas horas y desapareció por completo, de hecho refiere que no desea morir. Ha dado continuidad al tratamiento farmacológico indicado después de su alta hospitalaria. Lo que más le estresa es: el duelo por la desilusión de que su familia tienen un alto grado de disfuncionalidad por violencia y baja capacidad para resolver problemas: "mi papá, el carácter, es muy sarcástico, se enoja muy rápido, se estresa muy fácil, rara vez lo ves sonreír. Siento que no hay un día que no esté enojado", "mi mamá siento que es muy débil, siento como si yo fuera su mamá" "mi hermana: en una ocasión le llamé para decirle que me sentía mal y me dijo que en ese momento no podía hablar conmigo; pero ella me había dicho que cuando la necesite le llame pero no es cierto", "mi hermano es machista y conmigo indiferente, me tiene bloqueada de redes sociales desde que intenté suicidarme", y "me estresa que ya no vamos a hablar" sic., refiriéndose al seguimiento telefónico. Por otro lado, siente que siempre se preocupan por ella y, de igual forma, puede contar con alguien cuando atraviesa por momentos difíciles. Sí ha vuelto a pensar que las personas que le rodean estarían mejor sin ella. Nunca se siente una carga para otros; "No dependo de nadie" sic., siente que siempre es útil para los demás. Su nivel de desesperanza es moderada, pues aún le preocupa poder mantener su capacidad para ser autosuficiente.

Clasificación de riesgo suicida: *moderado*; la paciente muestra principalmente indicadores de bajo riesgo, sin embargo ha presentado ideación suicida recurrente a lo largo de estos seis meses, se encuentra ante el desafío de volver a la universidad y su familia es una fuente de estrés no de apoyo. A su vez, sabe apoyarse en sus relaciones de amistad y familia extensa, es económicamente independiente, tiene aspiraciones profesionales y se ha adherido al tratamiento que se le indicó al momento de su alta en el hospital psiquiátrico. Además actualmente no presenta deseos de morir, ideación, planes ni preparativos.

A continuación se presenta el perfil de personalidad de la paciente, en el que se observa que la única puntuación que tiene por encima del punto de corte es la emocionalidad negativa, que se observa en la exacerbación de síntomas depresivos y ansiosos a lo largo de su proceso de seguimiento; sin embargo también se constata que no es una persona que

tenga dificultades para disfrutar de sus logros y otros aspectos positivos que le ocurrieron, tampoco es una persona desconfiada, agresiva y que su falta de control alcance niveles psicopatológicos.

Perfil de personalidad paciente F051



Como parte de la presentación de cada caso a continuación se pueden observar las rúbricas pre y post intervención de la entrevista directiva para la evaluación del riesgo suicida (EDERS) de la paciente con el folio de estudio F051

Evaluación: Pre/Post	Pre (entrevista presencial)		
Folio:	F051		
Fecha de Entrevista:	30/01/2020		
Fecha Nacimiento:	Edad:	19 años
Ocupación:	Estudiante de medicina, y trabaja en el comercio informal.		

Rúbricas para Clasificar el Riesgo Suicida de acuerdo a la aplicación de la Entrevista EDERS

Instrucciones: De acuerdo a las respuesta obtenidas en la entrevista EDERS que realizó con el paciente, clasifique las respuestas en su rúbrica correspondiente y en el cuadro de observaciones anote características específicas o comentarios que considere pertinentes para la comprensión de la situación del paciente.

Dimensión (a): Pertenencia frustrada

Se refiere a la falta de conexión social y pertenencia; que comprende la frecuencia de interacciones que ocurren dentro del marco de relaciones estables, de larga duración que se procuran y cuidan. No necesariamente quiere decir que la persona se encuentra sola, sino que se siente desconectada con las personas que las rodean o insatisfecha respecto a las interacciones sociales actuales.

Riesgo bajo	Riesgo medio	Riesgo alto	Riesgo extremo
--------------------	---------------------	--------------------	-----------------------

1. ¿Con quién vive?			
Vive en familia o acompañado.	No se considera para el riesgo medio.	Vive solo.	No se considera para el riesgo extremo.
<i>Antes del internamiento vivía con su hermana, pero no se llevan bien. Tiene el plan de irse a vivir sola o con otras personas (por su lado, al salir del internamiento).</i>			
2ª. Diga en una escala del 0 al 10 qué tanto siente que hay personas que se preocupan por usted, si 0 es “nunca se preocupan por mí” y 10 “siempre se preocupan por mí”. Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.			
8 a 10 puntos	6 a 7 puntos	3 a 5 puntos	0 a 2 puntos
8			
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
3. ¿Cuenta con alguna persona a quien pueda llamar cuando se siente mal? (por ejemplo, deprimido(a), triste, en una crisis suicida o de ansiedad).			
Sí	No se considera para el riesgo medio.	No	No se considera para el riesgo extremo.
<i>Un tío paterno</i>			
4. ¿Quiénes son las personas más importantes para usted? (el objetivo es saber si cuenta con personas significativas y quienes son).			
Familiares y amigos.	Sólo amigos.	Una sola persona (familiar o amigo).	Nadie
<i>“mi mamá, todo mi núcleo familiar” sic.</i>			
5. Diga del 0 al 10 qué tanto siente que forma parte (pertenece) a un grupo de amigos, trabajo, compañeros; si 0 es “no siento en lo absoluto que forme parte de un grupo” y 10 “tengo un fuerte sentimiento de que formo parte de un grupo”. Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.			
6 a 10 puntos	3 a 5 puntos	1 a 2 puntos	0 puntos
	5		
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
6. ¿Tiene encuentros satisfactorios con otras personas cotidianamente? (satisfactorios se refiere a que son agradables, gratos, gratificantes).			
Sí	No se considera para el riesgo medio.	No	No se considera para el riesgo extremo.
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
7ª. Diga en una escala del 0 al 10 qué tanto siente que cuenta con alguien cuando atraviesa por un momento difícil; si 0 es “siento que no cuento con alguien cuando estoy atravesando por un momento difícil” y 10 es “siento que siempre cuento con alguien cuando estoy atravesando por un momento difícil”. Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.			
8 a 10 puntos	6 a 7 puntos	3 a 5 puntos	0 a 2 puntos
10			
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
Dimensión (b): Sentirse una Carga			
Se relaciona con creencias de que la persona representa una responsabilidad con la que no deberían cargar otros y pensamientos saturados de odio a sí mismo (por ejemplo, “hago que las cosas sean peores para las personas que me rodean”, “me odio” o “soy un inútil”).			
8. ¿Ha pensado: “las personas que me rodean estarían mejor si ya no estuviera aquí con ellos”?			
No	No se considera para el riesgo medio.	Sí	No se considera para el riesgo extremo.
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
8ª. Diga en una escala del 0 al 10 qué tanto se siente una carga para otros, si 0 es “nunca me siento una carga para otros” y 10 es “siempre me siento una carga para otros”. Escriba el número dado por el			

paciente en su rúbrica correspondiente.

9. ¿Qué lo hace sentirse así? (*anotar respuesta en observaciones*).

0 a 2 puntos	3 a 5 puntos	6 a 8 puntos	9 a 10 puntos
	5		

“que se preocupan mucho por lo que hice” sic. Refiriéndose al intento de suicidio.

10. Diga en una escala del 0 al 10 qué tanto siente que es útil para los demás, si **0** es **“me siento inútil para los demás”** y **10** es **“siento que siempre soy útil para los demás”**. Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.

6 a 10 puntos	3 a 5 puntos	1 a 2 puntos	0 puntos
10			

Observaciones (anotaciones pertinentes):

Dimensión (c): Antecedentes relacionados con la tolerancia al dolor

Antecedentes personales de autolesiones no suicidas, intentos de suicidio.

11. Antecedentes de conducta suicida: ¿ya había/ha intentado quitarse la vida (suicidado)? *Si responde sí seguir con las pregunta ¿cuántas veces? Si responde no pasar a la pregunta 14.*

No	Un intento.	Dos intentos.	En tres o más ocasiones.
----	-------------	---------------	--------------------------

Hace menos de un mes.

12. ¿Cuándo fue la última vez que intentó suicidarse/quitarse la vida? *¿De qué forma lo hizo?*

Hace dos años o más de baja letalidad.	De dos años a seis meses de baja letalidad. O más de dos años de alta letalidad.	Entre dos años a seis meses de alta letalidad o entre seis meses a un mes de cualquier grado de letalidad.	Un mes o menos de cualquier grado de letalidad.
--	--	--	---

Se tomó un litro de pinol y se cortó los antebrazos. Vomitó, se quedó dormida y al despertar al día siguiente fue a buscar veneno pero encontró la tienda cerrada. Fue a casa de su novio (ahora ex novio) y le llamaron a su familia (sus padres viven en Chalco). La suturaron en su clínica familiar y la refirieron al hospital psiquiátrico donde estuvo internada por 23 días.

12. ¿Cuándo fue la última vez que intentó suicidarse/quitarse la vida? *¿De qué forma lo hizo?*

Cortes en las muñecas sin requerir sutura, dosis no letales de medicamentos porque se arrepintió o algún familiar/amigo lo(la) sorprendió a tiempo para ayudarlo. No fue a un centro de atención médica.	Cortes en las muñecas sin requerir sutura o intoxicación con pastillas fue llevada al centro de salud u hospital pero no requirió lavado de estómago, tampoco internamiento. Consumo de alta dosis de medicamentos pero que las personas de la familia no se dieron cuenta o no quisieron llevarlo(a) a ningún centro hospitalario (se recuperó en casa).	Requirió suturas, lavado de estómago u hospitalización por el intento. Dio aviso al momento del intento o lo hizo en un lugar donde había más personas quienes lo/la podrían encontrar a tiempo.	Estuvo en terapia intensiva por el intento (ej., intoxicación, ahorcamiento, arma de fuego, lesión por caída, etc.). No dio aviso a nadie y se cercioró de que no hubiera nadie quien lo pudiera encontrar al momento del intento.
--	---	--	--

Se tomó un litro de pinol y se cortó los antebrazos. Vomitó, se quedó dormida y al despertar al día siguiente fue a buscar veneno pero encontró la tienda cerrada. Fue a casa de su novio (ahora exnovio) y le llamaron a su familia (sus padres viven en Chalco). La suturaron en su clínica familiar y la refirieron al hospital

psiquiátrico donde estuvo internada por 23 días.

14. ¿Se ha lastimado físicamente sin la intención de quitarse la vida? (*Poner algunos ejemplos: tomar pastillas, cortarse, quemarse, pegarse o golpearse contra la pared, rascarse hasta sangrar, etc.*)

No	No se considera para el riesgo medio.	Sí	No se considera para el riesgo extremo.
----	---------------------------------------	----	---

Observaciones (anotaciones pertinentes):

14ª. ¿Cómo? Explorar la frecuencia, el tiempo que ha durado o duró la práctica de autolesiones y el tipo.

Sin o hace más de dos años que no presenta.	Hace menos de dos años o más de seis meses que no presenta. (Cortes, quemaduras, arrancarse el cabello, golpearse, abusar del medicamento, etc.).	Menos de seis meses o continúan cortes, quemaduras, arrancarse el cabello, golpearse, abusar de medicamentos, etc.	No se considera para el riesgo extremo.
---	---	--	---

Se corta los antebrazos

Dimensión (d): Pérdida del miedo a morir

Antecedentes de enfrentarse a situaciones en las que su vida ha estado en peligro por sus propias acciones (ej., dedicarse a deportes extremos y actividades delictivas entre otras), por acciones de terceros (ej., negligencia, presencia de muertes violentas, amenazas de muerte, etc.) o por situaciones del contexto (ej., accidentes frecuentes, experiencias de guerra, etc.).

15. ¿Alguien de su familia ha intentado suicidarse?

No	Sí, familia en segundo orden (tíos, primos).	Sí, familia en primer orden (esposo(a), hermanos, padres, hijos).	No se considera para el riesgo extremo.
----	--	---	---

Su hermana (mayor), hace cuatro años con navajas de rasurar.

16. ¿Alguien de su familia ha muerto por suicidio?

No	Sí, familia en segundo orden (tíos, primos).	Sí, familia en primer orden (esposo(a), hermanos, padres, hijos).	No se considera para el riesgo extremo.
----	--	---	---

Observaciones (anotaciones pertinentes):

17ª. Temeridad: Diga en una escala del 0 al 10 qué tanto miedo siente ante la idea de suicidarse, si **0 es “nada de miedo”** y **10 es “mucho miedo”**. *Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.*

6 a 10 puntos	3 a 5 puntos	1 a 2 puntos	0 puntos
10	5		

Observaciones (anotaciones pertinentes):

Dimensión (e): Evalúa los pensamientos suicidas

La claridad de la planeación para ejecutar un intento de suicidio de mayor o menor letalidad, incluye pensamientos relacionados con las ideas suicidas, así como contar con la intención clara de quitarse la vida, cómo realizarlo, dónde, con qué, cuándo y porqué.

18. Después de haber intentado quitarse la vida y estar vivo ¿cómo se siente? *Omitir esta pregunta si respondió no en la pregunta 11.*

Se siente bien de estar vivo, puede referir que no lo volvería a hacer.	Se siente bien, todavía, algunas veces desearía haber muerto.	Que no sirve ni para quitarse la vida, sigue deseando haber muerto.	Que no consiguió su objetivo pero ahora sabe cómo realizarlo.
---	---	---	---

“Mejor, pienso que tengo que terminar mi carrera para poder ayudar a las personas. Muchísimo más comprendida” sic.

19. ¿Ha imaginado el momento de quitarse la vida? Platíqueme al respecto.

No	Ha presentado fantasías poco elaboradas y difícil de lograrse (ej., que me lleve un río, aventarme de un edificio muy alto).	Ha imaginado con detalle el momento de quitarse la vida (p.ej., tomar pastillas, aventarse de un puente). Aparentar que sería por impulso, sin un plan.	Ha imaginado con detalle el momento de quitarse la vida (p.ej., “justo como lo he planeado”).
<i>“Sí, si me cuelgo qué pasaría (preparé el cinturón), con un cuchillo pero no cortaba” sic.</i>			
20. ¿Tiene un plan de cómo quitarse la vida? <i>Explorar especificaciones, vividez y detalles del plan. (Se puede obviar si el paciente dice, al realizar la pregunta anterior, que ese es su plan; pero no hay que confundir la imaginación con un plan concreto que incluye cómo, cuándo y porqué).</i>			
No	No se considera para el riesgo medio.	Sí	No se considera para el riesgo extremo.
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
21. Diga en una escala del 0 al 10 qué tan fuerte es su deseo de estar muerto, si 0 es “no tengo ningún deseo de morir” y 10 es “un deseo total de morir” . <i>Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.</i>			
0 a 2 puntos	3 a 5 puntos	6 a 8 puntos	9 a 10 puntos
2			
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
22. Duración de las crisis suicidas ¿Cuánto usted tiene estos pensamientos y sentimientos, cuánto tiempo le duran? <i>(si no recuerda con claridad, un aproximado) Anotar número de horas/días/semanas.</i>			
Horas: xx	Días: xx	Semanas: xx	
No presenta ideación.	En las dos últimas semanas, episodios que duran unos minutos a máximo dos horas o no presenta ideación suicida actualmente pero en los últimos seis meses sí.	Más de dos días por semana al menos durante dos semanas. Con duración de unos minutos a un par de horas. Puede que se presente diario a una hora determinada (ej. por las noches cuando no puede dormir o en las mañanas o cuando discute con alguien).	Presenta ideación constante, diariamente, varias horas al día.
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
23. Diga en una escala del 0 al 10 qué tan fuerte es su intención de quitarse la vida, si 0 es “nada intensa” y 10 es “muy intensa” . <i>Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.</i>			
0 puntos	1 a 2 puntos	3 a 5 puntos	6 a 10 puntos
0			
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
Dimensión (f): Acceso a medios y factibilidad			
Posesión o alcance de medios para quitarse la vida, por ejemplo tener una pistola a la mano, tener acceso a medicamentos letales, vivir o trabajar en edificio (más de dos pisos), pasar tiempo sólo.			
24. ¿Ha realizado preparativos para intentar quitarse la vida? <i>(ej. comprar medicamento, comprar la soga, sabe cuándo y el lugar, etc.).</i>			
No	No se considera	Sí, poco elaborados	Sí, elaborados

	para el riesgo medio.	y de baja letalidad. (Como esperando un impulso).	y de alta letalidad. (Premeditado y decidido).
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
25. ¿Ha pensado en llevar a cabo su plan? <i>(es necesario preguntar en caso de que siga teniendo un plan después de haber intentado suicidarse y sobrevivido).</i>			
No	No se considera para el riesgo medio.	Sí, con baja a moderada intencionalidad (de pregunta 23).	Sí, con alta a extrema intencionalidad (de pregunta 23).
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
26. ¿Tiene “cosas” a su alcance con lo que puede hacerse daño? <i>(Por ej., las pastillas, la pistola, etc.; de acuerdo al plan, explorar si los elementos que mencionó los tiene al alcance).</i>			
No o quizá sí pero no hay intención suicida.	Sí, con deseo de estar muerto moderado, sin plan.	Sí, con preparativos poco elaborados y de baja letalidad.	Sí, con preparativos elaborados y de alta letalidad.
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
27. ¿Cree que tendrá la oportunidad para realizar el plan que antes mencionó? <i>(Preguntar sólo en caso de que haya mencionado tener un plan).</i>			
No lo ha contemplado	Lo ha imaginado pero no lo ha planeado.	No lo ha contemplado con exactitud. En ocasiones lo refiere a un momento de impulso.	Sí, refiere el momento con exactitud.
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
28. ¿Cuánto tiempo pasa solo? <i>(explorar cuáles son los momentos que pasa solo y en dónde es que suele ocurrir que se queda solo; cotejar con el plan –si es que lo mencionó– y con los objetos al alcance).</i>			
La mayor parte del tiempo está acompañado(a) o rodeado(a) de gente.	De dos a tres horas en la mañana o la tarde.	Toda la mañana, toda la tarde o se encierra en su habitación y nadie entra.	La mayor parte del día o todo el día.
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
Dimensión (g): Estresores precipitantes Eventos de vida significativos que desencadenan la mayoría de los actos suicidas (ej., la muerte de un ser querido, pérdida de empleo, separación o divorcio de la pareja o de otra persona significativa). Son situaciones desencadenantes que suelen ocurrir el día del intento de suicidio.			
29. ¿Le ha ocurrido recientemente algo que haya resultado muy estresante (ej., la muerte de un ser querido, divorcio, un rompimiento-ruptura mayor, pérdida de empleo, etc.)? <i>Puede ser más de uno, sin embargo es relevante conocer el evento que desencadenó la crisis suicida; (si es el caso) la que lo llevó al intento de suicidio.</i>			
En general uno o dos estresores.	Tres estresores.	Cuatro estresores.	Cinco o más estresores.
<i>“1) tengo un examen mañana, 2) buscar departamento, 3) buscar trabajo, 4) me duele perder mi relación (de pareja), y 5) el aborto (que se le practicó en diciembre)”</i>			
Dimensión (h): Desesperanza La creencia de que el estado presente y/o situación (es) de la persona no tiene remedio y que sus metas son inalcanzables. Tener expectativas negativas respecto a su futuro.			
30ª. Diga en una escala del 0 al 10 qué tan fuerte es la desesperanza que siente para resolver a futuro los problemas que actualmente tiene, si 0 es “nada de desesperanza de que mis problemas se solucionen” y 10 es “siento total desesperanza de que se solucionen mis problemas”. <i>Escriba el número dado por el</i>			

<i>paciente en su rúbrica correspondiente.</i>			
0 a 2 puntos	3 a 5 puntos	6 a 8 puntos	9 a 10 puntos
	3		
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
31. Cuando se está sintiendo mal emocionalmente: triste, ansioso, enojado, desesperado ¿Qué hace para afrontarlo?			
Sin indicadores de impulsividad como gritar, golpear, cortarse, romper cosas, tomar alcohol.	Con algunos uno o dos indicadores de pérdida de control como gritar a otros cuando se enoja, tomar alcohol, con presencia de reacciones positivas como hacer ejercicio, escuchar música, entre otros.	Con tres indicadores de impulsividad, como autolesiones, tomar, fumar, gritarles a otros, encerrarse en su cuarto, salirse de casa, etc. Con posible presencia de alguna conducta positiva como ejercicio, escuchar música, ver videos, etc.	Con tres o más indicadores de impulsividad, como autolesiones, tomar, fumar, gritarles a otros, encerrarse en su cuarto, salirse de casa, etc. Sin presencia de reacciones positivas como ejercicio, escuchar música, ver videos, leer, etc.
<i>“corrí a casa de mi ex novio, les hablaba a mis amigos, me salí de fiesta. Tengo bolitas desestresantes” sic</i>			
32. Algunas veces la gente se siente en crisis y hacen cosas por impulso (sin pensarlo), o a pesar de saber que puede tener consecuencias negativas lo hace con el fin de sentirse mejor momentáneamente. ¿Le ha pasado así alguna vez (ej., cortarse la piel, tomar alcohol, huir, darse atracones, robar)?			
No	No se considera para el riesgo medio.	Sí	No se considera para el riesgo extremo.
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
Dimensión (i): Factores agudos de suicidalidad			
Son factores de riesgo agudos y específicos, los cuales tienen un tiempo limitado de expresión pero se encuentran asociados a un incremento en el riesgo de suicidio por horas o días, pero no por meses ni años.			
33. El paciente presenta (Entrevistador explora): <i>aislamiento social agudo, estados afectivos severos</i> (incontrolables e intolerables: desamparo, ansiedad, desesperación, culpa, desesperanza, humillación, soledad, rabia y odio a sí mismo), <i>irritabilidad marcada, problemas de sueño o severa pérdida de peso.</i>			
Ningún o un factor.	Presenta dos factores.	Presenta tres factores.	Presenta cuatro a cinco factores.
<i>Previo al intento de suicidio presentó: aislamiento social agudo, estados afectivos severos, problemas de sueño y severa pérdida de peso.</i>			
34. Anotar diagnóstico clínico (CIE-10, DSM-IV, DSM-V, etc.) en caso de que se cuente con uno realizado por personal especializado.			
Sin diagnóstico psiquiátrico.	Depresión leve, ataque de pánico.	Depresión moderada a severa, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno psicótico (breve y esquizofrenia), trastorno límite de la personalidad, trastorno adaptativo, trastorno por abuso de sustancias, trastorno de	No se considera para el riesgo extremo.

la
conducta alimentaria.

Al ser dada de alta del hospital psiquiátrico sede de la investigación su diagnóstico fue: trastorno de ansiedad sin especificar/ familia disfuncional.

Señale el nivel de riesgo que usted considere tiene el paciente y argumente la decisión de acuerdo a los reactivos que considere relevantes.

Clasificación del nivel de riesgo (Destaque el que considere).

Riesgo Bajo

Riesgo Medio

Riesgo Alto

Riesgo extremo

Descripción de indicadores para establecer el nivel de riesgo:

Paciente que vive con su hermana pero tiene planes de irse a vivir con algún compañero(a) o amigo(a) al salir del hospital, siente que casi siempre se preocupan por ella, cuenta con un tío paterno a quien puede llamar cuando se siente emocionalmente mal, las personas más importantes para ella son su madre y todo su núcleo familiar, tiene encuentros satisfactorios con otras personas en su vida cotidiana, siente que siempre cuenta con alguien cuando atraviesa por un momento difícil. Siente que siempre es útil para los demás, no refiere antecedentes familiares de suicidio. Se siente bien de haber sobrevivido para terminar su carrera y ayudar a otras personas. Actualmente no presenta plan suicida, ni ideación, tampoco preparativos. Su deseo de estar muerta es bajo pero no nulo, su intencionalidad suicida sí es nula.

Su sentimiento de pertenencia a un grupo es moderado, ha llegado a pensar que las personas que le rodean estarían mejor sin ella, su nivel de sentirse una carga es moderado mencionando que se preocupan mucho por el intento de suicidio (*como si exageraran*). Es su primer intento de suicidio, de alta letalidad, ocurrido hace poco más de un mes, fue atendida para suturas en su unidad médico familiar y después referida al hospital psiquiátrico donde estuvo internada por 23 días. Aún en fechas recientes ha recurrido a las autolesiones no suicidas, su hermana mayor se intentó suicidar hace cuatro años cortándose los antebrazos, su nivel de temeridad ante la idea de suicidarse es moderada, ha imaginado cómo quitarse la vida con métodos de alta letalidad. Pese a que ha vivido con otras personas pasa la mayor parte del día sola. Refiere tres situaciones que le estresan principalmente; buscar la forma de ser autosuficiente, el duelo por el rompimiento con su pareja y del aborto que le practicaron en hace mes y medio. El nivel de desesperanza que experimenta frente a éstos es moderado, también presenta indicadores de alta impulsividad. Previo al intento de suicidio presentó cuatro factores agudos de suicidalidad: aislamiento social agudo, estados afectivos severos, problemas de sueño y severa pérdida de peso. Su diagnóstico de egreso hospitalario es: Trastorno de ansiedad sin especificar/ familia disfuncional.

Clasificación de riesgo suicida: Alto

Es una paciente que si bien actualmente no presenta ideación suicida, ni planes, ni intencionalidad, muestra una alta impulsividad, acaba de ser dada de alta por un intento de suicidio ocurrido hace menos de un mes, continúa en duelo por el rompimiento con su pareja y el aborto que le practicaron y a pesar de que su familia se preocupa por ella, tienen indicadores de ser disfuncionales y poco resolutivos ante los problemas.

A continuación se presentan las rúbricas de la evaluación post intervención de seguimiento:

Evaluación: Pre/Post	Post (entrevista realizada por Videollamada a través de Google Meet por la restricciones de la pandemia por la COVID 2019)		
Folio:	F051		
Fecha de Entrevista:	7/28/2020		
Fecha Nacimiento:		Edad:	19 años
Ocupación:	Estudiante de medicina, y trabaja en el comercio informal.		
Rúbricas para Clasificar el Riesgo Suicida de acuerdo a la aplicación de la Entrevista EDERS			
Instrucciones: De acuerdo a las respuesta obtenidas en la entrevista EDERS que realizó con el paciente, clasifique las respuestas en su rúbrica correspondiente y en el cuadro de observaciones anote características específicas o comentarios que considere pertinentes para la comprensión de la situación del paciente.			

Dimensión (a): Pertenencia frustrada

Se refiere a la falta de conexión social y pertenencia; que comprende la frecuencia de interacciones que ocurren dentro del marco de relaciones estables, de larga duración que se procuran y cuidan. No necesariamente quiere decir que la persona se encuentra sola, sino que se siente desconectada con las personas que las rodean o insatisfecha respecto a las interacciones sociales actuales.

Riesgo bajo	Riesgo medio	Riesgo alto	Riesgo extremo
1. ¿Con quién vive?			
Vive en familia o acompañado.	No se considera para el riesgo medio.	Vive solo.	No se considera para el riesgo extremo.
<i>A lo largo del seguimiento la paciente se mudó en cuatro ocasiones de vivienda, de hecho vivió la mayor parte del seguimiento telefónico en otra ciudad, pero al final del seguimiento estaba de vuelta en la CDMX. (La mayor parte del tiempo vivió acompañada de familiares o amigos, ahora vive sola (con roomies en una casa de huéspedes).</i>			
2ª. Diga en una escala del 0 al 10 qué tanto siente que hay personas que se preocupan por usted, si 0 es “nunca se preocupan por mí” y 10 “siempre se preocupan por mí”. Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.			
8 a 10 puntos	6 a 7 puntos	3 a 5 puntos	0 a 2 puntos
10			
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
3. ¿Cuenta con alguna persona a quien pueda llamar cuando se siente mal? (por ejemplo, deprimido(a), triste, en una crisis suicida o de ansiedad).			
Sí	No se considera para el riesgo medio.	No	No se considera para el riesgo extremo.
<i>Nombró a cinco amigos, algunos han sido sus amigos desde la secundaria, otros del bachillerato y otros de la universidad.</i>			
4. ¿Quiénes son las personas más importantes para usted? (el objetivo es saber si cuenta con personas significativas y quienes son).			
Familiares y amigos.	Sólo amigos.	Una sola persona (familiar o amigo).	Nadie
<i>“Mi mamá y mi gata (Lía de 3 años)” sic.</i>			
5. Diga del 0 al 10 qué tanto siente que forma parte (pertenece) a un grupo de amigos, trabajo, compañeros; si 0 es “no siento en lo absoluto que forme parte de un grupo” y 10 “tengo un fuerte sentimiento de que formo parte de un grupo”. Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.			
6 a 10 puntos	3 a 5 puntos	1 a 2 puntos	0 puntos

10			
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
6. ¿Tiene encuentros satisfactorios con otras personas cotidianamente? (<i>satisfactorios se refiere a que son agradables, gratos, gratificantes</i>).			
Sí	No se considera para el riesgo medio.	No	No se considera para el riesgo extremo.
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
7ª. Diga en una escala del 0 al 10 qué tanto siente que cuenta con alguien cuando atraviesa por un momento difícil; si 0 es “siento que no cuento con alguien cuando estoy atravesando por un momento difícil” y 10 es “siento que siempre cuento con alguien cuando estoy atravesando por un momento difícil”. Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.			
8 a 10 puntos	6 a 7 puntos	3 a 5 puntos	0 a 2 puntos
10			
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
Dimensión (b): Sentirse una Carga			
Se relaciona con creencias de que la persona representa una responsabilidad con la que no deberían cargar otros y pensamientos saturados de odio a sí mismo (por ejemplo, “hago que las cosas sean peores para las personas que me rodean”, “me odio” o “soy un inútil”).			
8. ¿Ha pensado: “ <i>las personas que me rodean estarían mejor si ya no estuviera aquí con ellos</i> ”?			
No	No se considera para el riesgo medio.	Sí	No se considera para el riesgo extremo.
<i>No lo había pensado desde abril. Pero hace ocho días lo volvió a pensar por un problema de violencia en casa de sus padres en el cual estuvo presente (defendió a su madre porque su padre la golpeó). La acompañó a interponer una demanda por violencia.</i>			
8ª. Diga en una escala del 0 al 10 qué tanto se siente una carga para otros, si 0 es “nunca me siento una carga para otros” y 10 es “siempre me siento una carga para otros”. Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.			
9. ¿Qué lo hace sentirse así? (<i>anotar respuesta en observaciones</i>).			
0 a 2 puntos	3 a 5 puntos	6 a 8 puntos	9 a 10 puntos
0			
<i>"No dependo de nadie" sic.</i>			
10. Diga en una escala del 0 al 10 qué tanto siente que es útil para los demás, si 0 es “me siento inútil para los demás” y 10 es “siento que siempre soy útil para los demás”. Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.			
6 a 10 puntos	3 a 5 puntos	1 a 2 puntos	0 puntos
10			
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
Dimensión (c): Antecedentes relacionados con la tolerancia al dolor			
Antecedentes personales de autolesiones no suicidas, intentos de suicidio.			
11. Antecedentes de conducta suicida: ¿ya había/ha intentado quitarse la vida (suicidado)? <i>Si responde sí seguir con las pregunta ¿cuántas veces? Si responde no pasar a la pregunta 14.</i>			
No	Un intento.	Dos intentos.	En tres o más ocasiones.
<i>Hace poco más de seis meses.</i>			
12. ¿Cuándo fue la última vez que intentó suicidarse/quitarse la vida? <i>¿De qué forma lo hizo?</i>			
Hace dos años o más de baja letalidad.	De dos años a seis meses de baja letalidad. O más de dos años de alta letalidad.	Entre dos años a seis meses de alta letalidad o entre seis meses a un mes	Un mes o menos de cualquier grado de letalidad.

		de cualquier grado de letalidad.	
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
12. ¿Cuándo fue la última vez que intentó suicidarse/quitarse la vida? ¿De qué forma lo hizo?			
Cortes en las muñecas sin requerir sutura, dosis no letales de medicamentos porque se arrepintió o algún familiar/amigo lo(la) sorprendió a tiempo para ayudarlo. No fue a un centro de atención médica.	Cortes en las muñecas sin requerir sutura o intoxicación con pastillas fue llevada al centro de salud u hospital pero no requirió lavado de estómago, tampoco internamiento. Consumo de alta dosis de medicamentos pero que las personas de la familia no se dieron cuenta o no quisieron llevarlo(a) a ningún centro hospitalario (se recuperó en casa).	Requirió suturas, lavado de estómago u hospitalización por el intento. Dio aviso al momento del intento o lo hizo en un lugar donde había más personas quienes lo/la podrían encontrar a tiempo.	Estuvo en terapia intensiva por el intento (ej., intoxicación, ahorcamiento, arma de fuego, lesión por caída, etc.). No dio aviso a nadie y se cercioró de que no hubiera nadie quien lo pudiera encontrar al momento del intento.
<i>Se tomó un litro de pinol y se cortó los antebrazos. Vomitó, se quedó dormida y al despertar al día siguiente fue a buscar veneno pero encontró la tienda cerrada. Fue a casa de su novio (ahora ex novio) y le llamaron a su familia (sus padres viven en Chalco). La suturaron en su clínica familiar y la refirieron al hospital psiquiátrico donde estuvo internada por 23 días.</i>			
14. ¿Se ha lastimado físicamente sin la intención de quitarse la vida? (Poner algunos ejemplos: tomar pastillas, cortarse, quemarse, pegarse o golpearse contra la pared, rascarse hasta sangrar, etc.).			
No	No se considera para el riesgo medio.	Sí	No se considera para el riesgo extremo.
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
14ª. ¿Cómo? Explorar la frecuencia, el tiempo que ha durado o duró la práctica de autolesiones y el tipo.			
Sin o hace más de dos años que no presenta.	Hace menos de dos años o más de seis meses que no presenta. (p. ej., cortes, quemaduras, arrancarse el cabello, golpearse, abusar de medicamento, etc.).	Menos de seis meses o continúan cortes, quemaduras, arrancado el cabello, golpeándose, abusando de medicamento, etc.	No se considera para el riesgo extremo.
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
Dimensión (d): Pérdida del miedo a morir			
Antecedentes de enfrentarse a situaciones en las que su vida ha estado en peligro por sus propias acciones (ej., dedicarse a deportes extremos y actividades delictivas entre otras), por acciones de terceros (ej., negligencia, presencia de muertes violentas, amenazas de muerte, etc.) o por situaciones del contexto (ej., accidentes frecuentes, experiencias de guerra, etc.).			
15. ¿Alguien de su familia ha intentado suicidarse?			
No	Sí, familia en segundo orden (tíos, primos).	Sí, familia en primer orden (esposo(a), hermanos, padres, hijos).	No se considera para el riesgo extremo.
<i>Su hermana y un primo.</i>			
16. ¿Alguien de su familia ha muerto por suicidio?			

No	Sí, familia en segundo orden (tíos, primos).	Sí, familia en primer orden (esposo(a), hermanos, padres, hijos).	No se considera para el riesgo extremo.
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
17ª. Temeridad: Diga en una escala del 0 al 10 que tanto miedo siente ante la idea de suicidarse, si 0 es “nada de miedo” y 10 es “mucho miedo” . Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.			
6 a 10 puntos 10	3 a 5 puntos	1 a 2 puntos	0 puntos
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
Dimensión (e): Evalúa los pensamientos suicidas			
La claridad de la planeación para ejecutar un intento de suicidio de mayor o menor letalidad, incluye pensamientos relacionados con las ideas suicidas, así como contar con la intención clara de quitarse la vida, cómo realizarlo, dónde, con qué, cuándo y porqué.			
18. Después de haber intentado quitarse la vida y estar vivo ¿cómo se siente? <i>Omitir esta pregunta si respondió no en la pregunta 11.</i>			
Se siente bien de estar vivo, puede referir que no lo volvería a hacer.	Se siente bien, todavía, algunas veces desearía haber muerto.	Que no sirve ni para quitarse la vida, sigue deseando haber muerto.	Que no consiguió su objetivo pero ahora sabe cómo realizarlo.
<i>Muy bien, poderosa, libre, la mejor paciente que pudiste tener en tu vida. Me siento con oportunidad de viajar, terminar mi carrera, tatuarme otra vez” sic.</i>			
19. ¿Ha imaginado el momento de quitarse la vida? Platíqueme al respecto.			
No	Ha presentado fantasías poco elaboradas y difícil de lograrse. (ej., que me lleve un río, aventarme de un edificio muy alto).	Ha imaginado con detalle el momento de quitarse la vida (p.ej., tomar pastillas, aventarse de un puente). Aparentar que sería por impulso, sin un plan.	Ha imaginado con detalle el momento de quitarse la vida (p.ej., “justo como lo he planeado”).
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
20. ¿Tiene un plan de cómo quitarse la vida? <i>Explorar especificaciones, vividez y detalles del plan. (Se puede obviar si el paciente dice, al realizar la pregunta anterior, que ese es su plan; pero no hay que confundir la imaginación con un plan concreto que incluye cómo, cuándo y porqué).</i>			
No	No se considera para el riesgo medio.	Sí	No se considera para el riesgo extremo.
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
21. Diga en una escala del 0 al 10 qué tan fuerte es su deseo de estar muerto, si 0 es “no tengo ningún deseo de morir” y 10 es “un deseo total de morir” . Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.			
0 a 2 puntos 0	3 a 5 puntos	6 a 8 puntos	9 a 10 puntos
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
22. Duración de las crisis suicidas ¿Cuánto usted tiene estos pensamientos y sentimientos, cuánto tiempo le duran? <i>(si no recuerda con claridad, un aproximado) Anotar número de horas/días/semanas.</i>			
Horas: xx	Días: xx	Semanas: xx	
No presenta ideación.	En las dos últimas semanas,	Más de dos días por semana	Presenta ideación constante,

	episodios que duran unos minutos a máximo dos horas o no presenta ideación suicida actualmente pero en los últimos seis meses sí.	al menos durante dos semanas. Con duración de unos minutos a un par de horas. Puede que se presente diario a una hora determinada (ej. por las noches cuando no puede dormir o en las mañanas o cuando discute con alguien).	diariamente, varias horas al día.
<i>Actualmente no presenta pero a lo largo de seis meses ha pasado por tres momentos de ideación suicida: durante el primer mes en que fue dada de alta del hospital, en otra ocasión dos meses después de haber sido dada de alta del hospital, al tener problemas con las personas que la hospedaban en la ciudad de Colima y la última; hace ocho días tuvo ideación por aproximadamente cuatro horas (estuvo pensando qué método podría usar mientras esperaba a su madre afuera del consultorio del médico legista cuando fueron a interponer la demanda por violencia por parte de su padre).</i>			
23. Diga en una escala del 0 al 10 qué tan fuerte es su intención de quitarse la vida, si 0 es “nada intensa” y 10 es “muy intensa”. Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.			
0 puntos	1 a 2 puntos	3 a 5 puntos	6 a 10 puntos
0			
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
Dimensión (f): Acceso a medios y factibilidad			
Posesión o alcance de medios para quitarse la vida, por ejemplo tener una pistola a la mano, tener acceso a medicamentos letales, vivir o trabajar en edificio (más de dos pisos), pasar tiempo sólo.			
24. ¿Ha realizado preparativos para intentar quitarse la vida? (<i>ej. comprar medicamento, comprar la soga, saber cuándo y el lugar, etc.</i>).			
No	No se considera para el riesgo medio.	Sí, poco elaborados y de baja letalidad. (Como esperando un impulso).	Sí, elaborados y de alta letalidad. (Premeditado y decidido).
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
25. ¿Ha pensado en llevar a cabo su plan? (<i>es necesario preguntar en caso de que siga teniendo un plan después de haber intentado suicidarse y sobrevivido</i>).			
No	No se considera para el riesgo medio.	Sí, con baja a moderada intencionalidad (de pregunta 23).	Sí, con alta a extrema intencionalidad (de pregunta 23).
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
26. ¿Tiene “cosas” a su alcance con lo que puede hacerse daño? (<i>Por ej., las pastillas, la pistola, etc.; de acuerdo al plan, explorar si los elementos que mencionó los tiene al alcance</i>).			
No o quizá sí pero no hay intención suicida.	Sí, con deseo de estar muerto moderado, sin plan.	Sí, con preparativos poco elaborados y de baja letalidad.	Sí, con preparativos elaborados y de alta letalidad.
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
27. ¿Cree que tendrá la oportunidad para realizar el plan que antes mencionó? (<i>Preguntar sólo en caso de que haya mencionado tener un plan</i>).			
No lo ha contemplado	Lo ha imaginado pero no lo ha planeado.	No lo ha contemplado con	Sí, refiere el momento con exactitud.

		exactitud. En ocasiones lo refiere a un momento de impulso.	
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
28. ¿Cuánto tiempo pasa solo? (<i>explorar cuáles son los momentos que pasa solo y en dónde es que suele ocurrir que se queda solo; cotejar con el plan –si es que lo mencionó– y con los objetos al alcance</i>).			
La mayor parte del tiempo está acompañado(a) o rodeado(a) de gente.	De dos a tres horas en la mañana o la tarde.	Toda la mañana, toda la tarde o se encierra en su habitación y nadie entra.	La mayor parte del día o todo el día.
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
Dimensión (g): Estresores precipitantes			
Eventos de vida significativos que desencadenan la mayoría de los actos suicidas (ej., la muerte de un ser querido, pérdida de empleo, separación o divorcio de la pareja o de otra persona significativa). Son situaciones desencadenantes que suelen ocurrir el día del intento de suicidio.			
29. ¿Le ha ocurrido recientemente algo que haya resultado muy estresante (ej., la muerte de un ser querido, divorcio, un rompimiento-ruptura mayor, pérdida de empleo, etc.)? Puede ser más de uno, sin embargo es relevante conocer el evento que desencadenó la crisis suicida; (si es el caso) la que lo llevó al intento de suicidio.			
En general uno o dos estresores.	Tres estresores.	Cuatro estresores.	Cinco o más estresores.
1) el duelo por la desilusión de su familia, pues tienen un alto grado de disfuncionalidad por violencia y baja capacidad para resolver problemas: "mi papá, el carácter, es muy sarcástico, se enoja muy rápido, se estresa muy fácil, rara vez lo ves sonreír. Siento que no hay un día que no esté enojado" sic., 2) "mi mamá siento que es muy débil, siento como si yo fuera su mamá" sic., 3) "mi hermana: en una ocasión le llamé para decirle que me sentía mal y me dijo que en ese momento no podía hablar conmigo; pero ella me había dicho que cuando la necesite le llame pero no es cierto" sic., 4) "mi hermano es machista y conmigo indiferente, me tiene bloqueada de redes sociales desde que intenté suicidarme" sic, y 5) "me estresa que ya no vamos a hablar" sic., refiriéndose al seguimiento telefónico IAIST.			
Dimensión (h): Desesperanza			
La creencia de que el estado presente y/o situación (es) de la persona no tiene remedio y que sus metas son inalcanzables. Tener expectativas negativas respecto a su futuro.			
30ª. Diga en una escala del 0 al 10 qué tan fuerte es la desesperanza que siente para resolver a futuro los problemas que actualmente tiene, si 0 es “nada de desesperanza de que mis problemas se solucionen” y 10 es “siento total desesperanza de que se solucionen mis problemas”. Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.			
0 a 2 puntos	3 a 5 puntos	6 a 8 puntos	9 a 10 puntos
	3		
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
31. Cuando se está sintiendo mal emocionalmente: triste, ansioso, enojado, desesperado ¿Qué hace para afrontarlo?			
Sin indicadores de impulsividad como gritar, golpear, cortarse, romper cosas, tomar alcohol.	Con algunos uno o dos indicadores de pérdida de control como gritar a otros cuando se enoja, tomar alcohol, con presencia de reacciones positivas como hacer ejercicio, escuchar música, entre otros.	Con tres indicadores de impulsividad, como autolesiones, tomar, fumar, gritarles a otros, encerrarse en su cuarto, salirse de casa, etc. Con posible presencia de	Con tres o más indicadores de impulsividad, como autolesiones, tomar, fumar, gritarles a otros, encerrarse en su cuarto, salirse de casa, etc. Sin presencia de reacciones positivas como ejercicio,

		alguna conducta positiva como ejercicio, escuchar música, ver videos, etc.	escuchar música, ver videos, leer, etc.
<i>"Lloro y luego respiro y luego hablo con alguien" sic. Sin embargo en momentos de crisis han aparecido deseos de suicidio con intencionalidad.</i>			
32. Algunas veces la gente se siente en crisis y hacen cosas por impulso (sin pensarlo), o a pesar de saber que puede tener consecuencias negativas lo hace con el fin de sentirse mejor momentáneamente. ¿Le ha pasado así alguna vez (ej., cortarse la piel, tomar alcohol, huir, darse atracones, robar)?			
No	No se considera para el riesgo medio.	Sí	No se considera para el riesgo extremo.
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
Dimensión (i): Factores agudos de suicidalidad			
Son factores de riesgo agudos y específicos, los cuales tienen un tiempo limitado de expresión pero se encuentran asociados a un incremento en el riesgo de suicidio por horas o días, pero no por meses ni años.			
33. El paciente presenta (Entrevistador explora): <i>aislamiento social agudo, estados afectivos severos</i> (incontrolables e intolerables: desamparo, ansiedad, desesperación, culpa, desesperanza, humillación, soledad, rabia y odio a sí mismo), <i>irritabilidad marcada, problemas de sueño o severa pérdida de peso.</i>			
Ningún o un factor.	Presenta dos factores.	Presenta tres factores.	Presenta cuatro a cinco factores.
<i>Ninguno</i>			
34. Anotar diagnóstico clínico (CIE-10, DSM-IV, DSM-V, etc.) en caso de que se cuente con uno realizado por personal especializado.			
Sin diagnóstico psiquiátrico.	Depresión leve, ataque de pánico.	Depresión moderada a severa, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno psicótico (breve y esquizofrenia), trastorno límite de la personalidad, trastorno adaptativo, trastorno por abuso de sustancias, trastorno de la conducta alimentaria.	No se considera para el riesgo extremo.
<i>Al ser dada de alta del hospital psiquiátrico sede de la investigación su diagnóstico fue: trastorno de ansiedad sin especificar/ familia disfuncional.</i>			
Señale el nivel de riesgo que usted considere tiene el paciente y argumente la decisión de acuerdo a los reactivos que considere relevantes.			
Clasificación del nivel de riesgo (Destaque el que considere).			
Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto	Riesgo extremo
Descripción de indicadores para establecer el nivel de riesgo:			
Paciente de 19 años, quien contestó a las ocho llamadas de seguimiento telefónico después de haber sido dada de alta del hospital psiquiátrico por haber cometido su primer intento de suicidios. También dio continuidad a las indicaciones de tratamiento farmacológico que le recetaron. Durante los primeros cuatro meses después de su alta manifestó ideación suicida, en diferentes niveles de intensidad, su máximo nivel de gravedad fue cuando la corrieron de la casa de unos amigos de sus padres donde vivía, durante el periodo de sana distancia en que se encontraba sin salir de casa. Indicadores de nulo o bajo riesgo: Siente que siempre se preocupan por ella, cuenta con personas a quien llamar en caso de presentar una crisis emocional, tiene sentido de pertenencia a su grupo de amigos, también refiere tener encuentros satisfactorios con otras			

personas en su vida cotidiana, además siente que siempre cuenta con alguien cuando atraviesa por momentos difíciles. No se siente una carga para los demás porque es independiente y autosuficiente, siempre se siente útil para los demás. No tiene antecedentes familiares de suicidio, manifiesta una nula temeridad ante la idea de suicidarse, se siente bien por haber sobrevivido al intento. No presenta ideación, ni planes, ni preparativos suicidas. Su intencionalidad es nula, tampoco refiere factores agudos de suicidalidad. **Indicador de moderado, alto o riesgo extremo:** Actualmente vive sola en una casa de huéspedes, a lo largo de los seis meses ha vuelto a pensar que las personas que le rodean estarían mejor sin ella (actualmente no lo piensa así). Han pasado poco más de seis meses en que tuvo un intento de suicidio de alta letalidad (en que se intoxicó con pinol y se cortó los antebrazos, requiriendo 12 puntadas). También tiene antecedentes de autolesiones no suicidas, que no se han presentado en los últimos seis meses, tiene antecedentes de intentos de suicidio en su familia (su hermana y un primo). Actualmente le estresan situaciones que se relacionan con la disfunción que impera en sus relaciones familiares, con sus hermanos y padres; y dejar de recibir las llamadas de seguimiento. Su nivel de desesperanza es moderado, vinculado a la capacidad para continuar viviendo de forma independiente. Su nivel de impulsividad para autoagredirse ha disminuido pero no para tomar decisiones precipitadas. Al ser dada de alta del hospital psiquiátrico sede de la investigación, hace poco más de seis meses, su diagnóstico fue: trastorno de ansiedad sin especificar/ familia disfuncional.

Clasificación de riesgo suicida: Medio

La paciente muestra principalmente indicadores de bajo riesgo, una mejoría significativa; sin embargo ha presentado ideación suicida recurrente a lo largo de estos seis meses, se encuentra ante el desafío de volver a la universidad y su familia es una fuente de estrés no de apoyo. Sin embargo, su capacidad para socializar, su capacidad para emprender laboralmente y saber apoyarse en sus relaciones de amistad y familia extensa, le ayudan.

A continuación se presenta la viñeta de un caso del grupo de intervención. Se reporta, la evaluación pre intervención, la llamada inicial (una semana después de ser dada de alta), al mes, tres meses, cinco meses, y la evaluación post intervención. La paciente respondió a seis de las ocho llamadas programadas; la cuarta llamada (realizada siete semanas después de haber sido dada de alta de su internamiento psiquiátrico) y ni a la octava (realizada seis meses después de haber sido dada de alta) se pudo concretar.

Viñeta de paciente en seguimiento telefónico con folio número F047

Entrevista pre intervención

Enero 2020. Paciente de sexo femenino, de 21 años, soltera, con licenciatura en proceso (4to semestre de Medicina Veterinaria y Zootecnia), sin religión. Vive con su madre, padrastro y hermana mayor. El ingreso al estudio fue en su segundo intento de suicidio con un año de distancia entre uno y otro, el primero desencadenado por infidelidad de su parte a su novio de la cual se arrepintió, se intentó suicidar con un cuchillo pero no tenía filo y desistió. El segundo intento (motivo de ingreso al estudio), “llevaba mucho tiempo sintiendo ansiedad, sin dormir, sin poder establecer relaciones con nadie. Me vi al espejo desnuda y me vi horrible, flaca. Me sentía vacía y sola” sic. Compró un bisturí en una farmacia y se hizo seis cortes que requirieron suturas; pero al momento del intento se arrepintió, le marcó a su novio y él la llevó a una clínica.

Otros antecedentes importantes: autolesiones y víctima de abuso sexual. Al momento de la evaluación no presentaba ideación suicida. Sus estresores principales eran: “mi ansiedad” “mi forma de ser, de pensar, en cosas negativas y mi físico”, “no poder ayudar a los demás”, “el pretender estar bien siempre” y “haberme acostado con muchos tipos” sic. Siente que se han preocupado por ella y que siempre cuenta con alguien cuando atraviesa por momentos difíciles. Ha pensado que las personas que le rodean estarían mejor sin ella, tiene un alto sentimiento de ser una carga para otros; “soy muy inestable, amargada, no puedo hacer nada bien” sic. Refiere un alto nivel de desesperanza, pero también de sentirse inútil para los demás.

Diagnóstico de egreso: Episodio depresivo moderado, distimia, trastorno límite de la personalidad, consumo perjudicial de múltiples sustancias (alcohol y marihuana).

Clasificación de riesgo suicida: *alto*; recientemente intentó suicidarse, acaba de ser dada de alta de un internamiento psiquiátrico, práctica reciente de autolesiones, además se siente una carga, y refiere un fuerte sentimiento de desesperanza.

Llamadas de seguimiento telefónico

Primera llamada de seguimiento (semana 1 después de alta hospitalaria)

Al salir del hospital refería sentirse muy confundida, por regresar a la vida y al mundo exterior, “como un golpe de realidad” sic. Seguía atormentada por haber lastimado a otros y haberse humillado a sí misma. “Me siento muy sola y tengo desesperanza”, “siento que solo desgasto emocionalmente a las personas que están a mi alrededor...” “sigo sin amigos y cuando estoy sola pues sigo pensando en hacerme daño, no en matarme solo hacerme daño” sic. Siente que se preocupan por ella pero que no siempre cuenta con alguien cuando atraviesa por un momento difícil. Ha vuelto a pensar que las personas que le rodean estarían mejor sin ella. Siempre se siente una carga, “siento que soy una carga para mí misma también y quisiera... por eso pienso en el suicidio porque es muy desgastante y a veces siento que no tengo remedio” sic. Refiere fantasías de morir, sin ideación. Con alto nivel de desesperanza. Refiere que algo que le ha ayudado mucho es escuchar su música. Ante la llamada dice sentirse indiferente pues le cuesta trabajo expresar sus ideas. Duración 24:41 min.

Tercera llamada de seguimiento (mes 1 después de alta hospitalaria)

Mediados de enero 2020. “Había presentado mejoría pero hoy me siento muy tirada a la mierda, no sé tal vez la desesperanza” “otros días me iba mejor, ocupando más mi tiempo”, “Pero en general me he sentido mejor, ya tengo más ánimo de hacer otras cosas...” sic. Siente que casi nunca se preocupan por ella e igual que casi nunca cuenta con alguien cuando atraviesa por momentos difíciles. Ha vuelto a pensar que las personas que le rodean estarían mejor sin ella. Se siente menos una carga porque “me he dado cuenta que soy dueña de mis acciones” pero “Pues el hecho de que dependo económicamente de mis papás y que no soy autosuficiente, no sé hacer nada y eso me hace sentir mal” sic. Ha presentado ideación suicida diario por las mañanas, aproximadamente media hora. Con muy baja intencionalidad. Persiste un alto sentimiento de desesperanza. Está leyendo un libro de psicología que habla del ser y siente que la ha ayudado. Ante la llamada dice sentirse bien; “Porque siento que me ayuda a observarme a mí misma, pero tampoco es como algo tan trascendental”. Duración 24:30 min.

Quinta llamada de seguimiento (mes 3 después de alta hospitalaria)

Finales marzo, 2020. La paciente no tomó la llamada previa. La presente llamada de seguimiento se realizó a una semana del inicio de las medidas de distanciamiento social por la COVID 19. Ella refiere sentirse deprimida por no hacer ejercicio (“...pues no me molesta estar sola o lo que sea, pero si estaba haciendo ejercicio y si me ayudaba

mucho y pues aquí en casa no me siento motivada para hacer ejercicio” sic.), problemas de pareja (“pues vino a mi casa -su exnovio- porque se le olvidaron una vez unas pulseras y se las iba a devolver y aparte hoy es su cumpleaños y solo quería darle un abrazo y terminamos discutiendo porque él me dijo que porque no estábamos juntos y así y pues yo traté de explicarle las razones reales de porque no es buena idea y porque tenemos que estar separados y empezamos a discutir sobre asuntos del pasado y pues ya” sic.) y por su aspecto físico (“en la primaria o cualquier persona que me llegaba a ver me decía “guau tu piel parece una lija, está muy fea, tienes piel de lagartija o cosas así y aparte me siento mal por no tener nada de busto y estoy demasiado delgada, soy como un niño y soy demasiado asimétrica, no sé no me gusta” sic.). Siente que a veces hay personas que se preocupan por ella y que a veces puede contar con alguien cuando atraviesa por momentos difíciles. Ha vuelto a pensar que las personas que le rodean estarían mejor sin ella. Casi siempre se siente una carga: “pues no soy autosuficiente en ningún aspecto, ni siquiera emocionalmente” “... y aparte me siento desmotivada” sic. Ha presentado ideación suicida cada día; “cuando me doy cuenta que no estoy haciendo nada con mi vida y en los errores que he tenido” sic. Ha aumentado su intencionalidad suicida y persiste la desesperanza. Abandonó su tratamiento psiquiátrico y no quiere retomarlo pues teme contagiarse de la COVID 19. Ante la llamada dice sentirse indiferente; “porque me sigo sintiendo igual”. Duración: 36:07 min.

Séptima llamada de seguimiento (mes 5 después de alta hospitalaria)

Finales de mayo 2020. Refiere que ha salido a andar en bicicleta pues le ayuda a disminuir su ansiedad, también que está aprobando las materias en la universidad. Se conversó sobre su gusto por la lectura, en especial la corriente existencialista. Sin embargo, dice continuar con mucha ansiedad y sin ánimo de hacer nada. También refiere insomnio inicial, “no soy funcional, siento que no sirvo para nada,... ni siquiera soy buena en lo que estudio” “nunca he sido buena para alguna cosa aunque me esfuerce mucho” sic. No quiere retomar su tratamiento psiquiátrico porque no le gusta depender de los medicamentos, quisiera generar sus propios recursos. Continúa con problemas en su relación de pareja “...últimamente me he sentido mal por lo del pasado”, “me he sentido muy sola” sic.

Sigue sintiendo que a veces hay personas que se preocupan por ella y que a veces cuenta con alguien cuando atraviesa por momentos difíciles. Continúa pensando que las personas que le rodean estarían mejor sin ella. Casi siempre se siente una carga por “ser una carga emocional” sic. Continúa con ideación suicida aproximadamente cada tercer día; “a veces unos minutos, a veces horas... a veces días completos” sic. Ha disminuido la intencionalidad suicida pero persiste, los niveles de desesperanza siguen altos. Ante la llamada dice sentirse bien; “Porque tenía que hablar con alguien, es distinto a hablarlo por mensajes... a expresarte con tu propia voz”.

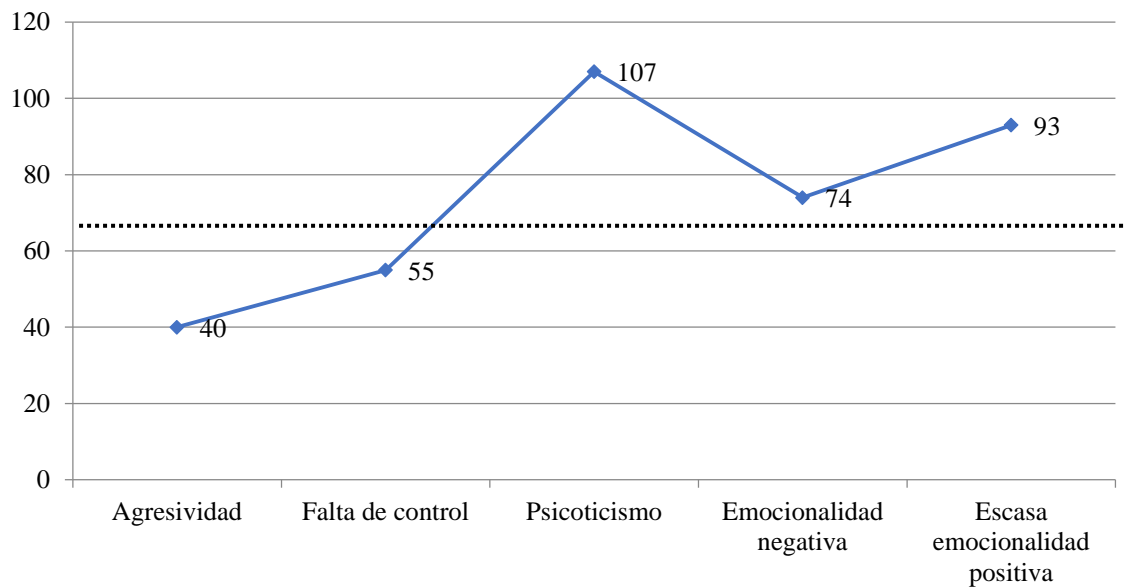
Duración: 41:00 min.

Entrevista post intervención

Julio, 2020. La paciente continúa estudiando, vive con las mismas personas. No presentó ningún intento de suicidio a lo largo de los seis meses de seguimiento, sin embargo sí refirió continuar con ideación suicida, intención moderada, deseos de morir y autolesiones. Abandonó su tratamiento psiquiátrico y no lo reanudó por el temor a contagiarse de la COVID 19 al asistir al hospital; sin embargo, después de su valoración post (en julio de 2020) acudió al hospital acompañada por su madre. Refiere que lo que le estresa es “sentirme estúpida, siento que mi cerebro es muy lento, como absorta, me desmotiva. No me permite entregarme al presente”, "darle importancia a las cosas no importantes, como mi físico", "que mi estado mental se refleja en mi físico, estoy llena de barro, me siento cansada, es muy frustrante estar medio muerto, ser como un zombi" sic. Siente que nunca se preocupan por ella y que nunca cuenta con alguien cuando atraviesa por un momento difícil. Ha pensado que las personas que le rodean estarían mejor sin ella, casi siempre se siente una carga para otros; “siento que mi presencia es incómoda, por estar con alguien muy inestable emocionalmente, que no puede sentir amor por sí misma” sic. Se siente inútil para los demás y su desesperanza se mantiene en niveles altos. Clasificación de riesgo suicida: *alto*; por ideación, intencionalidad, autolesiones y deseos de morir; además de sentirse una carga, sin contar con alguien que se preocupe y le ayude en momentos difíciles.

A continuación se presenta el perfil de personalidad de la paciente, en el que se observan tres factores de personalidad psicopática por encima del punto de corte: el psicoticismo, la emocionalidad negativa y la escasa emocionalidad positiva. Que se puede observar en las serias dificultades que tuvo la paciente para verse beneficiada por el seguimiento y otros sucesos que ocurrieron a lo largo de los seis meses, incluso abandonó la psicoterapia que le estaba sirviendo. Se mantuvo manifestando sentimientos de depresión y ansiedad, además la escala más elevada es la de psicoticismo, manifiesto en la distorsión de su imagen corporal, sentir que incomoda a los demás con su presencia y la falta de confianza para pedir ayuda.

Perfil de personalidad paciente F047



Como parte de la presentación de cada caso a continuación se pueden observar las rúbricas pre y post intervención de la entrevista directiva para la evaluación del riesgo suicida (EDERS) de la paciente con el folio de estudio F051

Evaluación: Pre/Post	Pre		
Folio:	F047		
Fecha de Entrevista:	13/01/2020		
Fecha Nacimiento:		Edad:	21 años
Ocupación:			

Rúbricas para Clasificar el Riesgo Suicida de acuerdo a la aplicación de la Entrevista EDERS



Instrucciones: De acuerdo a las respuestas obtenidas en la entrevista EDERS que realizó con el paciente, clasifique las respuestas en su rúbrica correspondiente y en el cuadro de observaciones anote características específicas o comentarios que considere pertinentes para la comprensión de la situación del paciente.

Dimensión (a): Pertenencia frustrada

Se refiere a la falta de conexión social y pertenencia; que comprende la frecuencia de interacciones que ocurren dentro del marco de relaciones estables, de larga duración que se procuran y cuidan. No necesariamente quiere decir que la persona se encuentra sola, sino que se siente desconectada con las personas que las rodean o insatisfecha respecto a las interacciones sociales actuales.

Riesgo bajo	Riesgo medio	Riesgo alto	Riesgo extremo
1. ¿Con quién vive?			
Vive en familia o acompañado.	No se considera para el riesgo medio.	Vive solo.	No se considera para el riesgo extremo.
<i>Con su madre, padrastro y su hermana mayor.</i>			
2ª. Diga en una escala del 0 al 10 qué tanto siente que hay personas que se preocupan por usted, si 0 es “nunca se preocupan por mí” y 10 “siempre se preocupan por mí”. <i>Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.</i>			
8 a 10 puntos	6 a 7 puntos	3 a 5 puntos	0 a 2 puntos
	6		
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
3. ¿Cuenta con alguna persona a quien pueda llamar cuando se siente mal? <i>(por ejemplo, deprimido(a), triste, en una crisis suicida o de ansiedad).</i>			
Sí	No se considera para el riesgo medio.	No	No se considera para el riesgo extremo.
<i>Mejor amigo (Bruno)</i>			
4. ¿Quiénes son las personas más importantes para usted? <i>(el objetivo es saber si cuenta con personas significativas y quienes son).</i>			
Familiares y amigos.	Sólo amigos.	Una sola persona (familiar o amigo).	Nadie
<i>Su abuela materna, su gata, sus papás, su hermana, su novio y su prima Mariela</i>			
5. Diga del 0 al 10 qué tanto siente que forma parte (pertenece) a un grupo de amigos, trabajo, compañeros; si 0 es “no siento en lo absoluto que forme parte de un grupo” y 10 “tengo un fuerte sentimiento de que formo parte de un grupo”. <i>Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.</i>			
6 a 10 puntos	3 a 5 puntos	1 a 2 puntos	0 puntos
			0
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
6. ¿Tiene encuentros satisfactorios con otras personas cotidianamente? <i>(satisfactorios se refiere a que son agradables, gratos, gratificantes).</i>			
Sí	No se considera para el riesgo medio.	No	No se considera para el riesgo extremo.
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			
7ª. Diga en una escala del 0 al 10 qué tanto siente que cuenta con alguien cuando atraviesa por un momento difícil; si 0 es “siento que no cuento con alguien cuando estoy atravesando por un momento difícil” y 10 es “siento que siempre cuento con alguien cuando estoy atravesando por un momento difícil”. <i>Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.</i>			
8 a 10 puntos	6 a 7 puntos	3 a 5 puntos	0 a 2 puntos
		5	
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			

Dimensión (b): Sentirse una Carga

Se relaciona con creencias de que la persona representa una responsabilidad con la que no deberían cargar otros y pensamientos saturados de odio a sí mismo (por ejemplo, “hago que las cosas sean peores para las personas que me rodean”, “me odio” o “soy un inútil”).

8. ¿Ha pensado: “las personas que me rodean estarían mejor si ya no estuviera aquí con ellos”?			
No	No se considera para el riesgo medio.	Sí	No se considera para el riesgo extremo.
8ª. Diga en una escala del 0 al 10 qué tanto se siente una carga para otros, si 0 es “nunca me siento una carga para otros” y 10 es “siempre me siento una carga para otros”. <i>Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica</i>			

correspondiente.

9. ¿Qué lo hace sentirse así? (anotar respuesta en observaciones).

0 a 2 puntos	3 a 5 puntos	6 a 8 puntos	9 a 10 puntos
		7	

“soy muy inestable, amargada, no puedo hacer nada bien” sic.

10. Diga en una escala del 0 al 10 qué tanto siente que es útil para los demás, si 0 es “me siento inútil para los demás” y 10 es “siento que siempre soy útil para los demás”. Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.

6 a 10 puntos	3 a 5 puntos	1 a 2 puntos	0 puntos
		1	

Observaciones (anotaciones pertinentes):

Dimensión (c): Antecedentes relacionados con la tolerancia al dolor

Antecedentes personales de autolesiones no suicidas, intentos de suicidio.

11. Antecedentes de conducta suicida: ¿ya había/ha intentado quitarse la vida (suicidado)? Si responde sí seguir con las preguntas ¿cuántas veces? Si responde no pasar a la pregunta 14.

No	Un intento.	Dos intentos.	En tres o más ocasiones.
----	-------------	---------------	--------------------------

Observaciones (anotaciones pertinentes):

12. ¿Cuándo fue la última vez que intentó suicidarse/quitarse la vida? ¿De qué forma lo hizo?

Hace dos años o más de baja letalidad.	De dos años a seis meses de baja letalidad. O más de dos años de alta letalidad.	Entre dos años a seis meses de alta letalidad o entre seis meses a un mes de cualquier grado de letalidad.	Un mes o menos de cualquier grado de letalidad.
--	--	--	---

El primero intento fue aproximadamente hace un año y medio, el segundo hace poco más de seis meses.

12. ¿Cuándo fue la última vez que intentó suicidarse/quitarse la vida? ¿De qué forma lo hizo?

Cortes en las muñecas sin requerir sutura, dosis no letales de medicamentos porque se arrepintió o algún familiar/amigo lo(la) sorprendió a tiempo para ayudarlo. No fue a un centro de atención médica.	Cortes en las muñecas sin requerir sutura o intoxicación con pastillas fue llevada al centro de salud u hospital pero no requirió lavado de estómago, tampoco internamiento. Consumo de alta dosis de medicamentos pero que las personas de la familia no se dieron cuenta o no quisieron llevarlo/a a ningún centro hospitalario (se recuperó en casa).	Requirió suturas, lavado de estómago u hospitalización por el intento. Dio aviso al momento del intento o lo hizo en un lugar donde había más personas quienes lo/la podrían encontrar a tiempo.	Estuvo en terapia intensiva por el intento (ej., intoxicación, ahorcamiento, arma de fuego, lesión por caída, etc.). No dio aviso a nadie y se cercioró de que no hubiera nadie quien lo pudiera encontrar al momento del intento.
--	--	--	--

Compró un bisturí en una farmacia y comenzó a cortarse el antebrazo en la calle, pero se arrepintió, le llamó a su novio, él llegó rápido, le marcó a la ambulancia, le suturaron los seis cortes que se hizo y la refirieron al hospital psiquiátrico.

14. ¿Se ha lastimado físicamente sin la intención de quitarse la vida? (Poner algunos ejemplos: tomar pastillas, cortarse, quemarse, pegarse o golpearse contra la pared, rascarse hasta sangrar, etc.).

No	No se considera para el riesgo medio.	Sí	No se considera para el riesgo extremo.
----	---------------------------------------	----	---

Observaciones (anotaciones pertinentes):

14ª. ¿Cómo? Explorar la frecuencia, el tiempo que ha durado o duró la práctica de autolesiones y el tipo.

Sin o hace más de dos años que no presenta.	Hace menos de dos años o más de seis meses que no presenta. (Cortes, quemaduras, arrancado el cabello, golpeándose, abusando de medicamento, etc.).	Menos de seis meses o continúan cortes, quemaduras, arrancado el cabello, golpeándose, abusando de medicamento, etc.	No se considera para el riesgo extremo.
---	--	--	---

Desde los 12 años hasta la fecha, jalar el cabellos, rasguños y golpes

Dimensión (d): Pérdida del miedo a morir

Antecedentes de enfrentarse a situaciones en las que su vida ha estado en peligro por sus propias acciones (ej., dedicarse a deportes extremos y actividades delictivas entre otras), por acciones de terceros (ej., negligencia, presencia de muertes violentas, amenazas de muerte, etc.) o por situaciones del contexto (ej., accidentes frecuentes, experiencias de guerra, etc.).

15. ¿Alguien de su familia ha intentado suicidarse?

No	Sí, familia en segundo orden (tíos, primos).	Sí, familia en primer orden (esposo(a), hermanos, padres, hijos).	No se considera para el riesgo extremo.
----	---	--	---

Hermana hace tres años con pastillas

16. ¿Alguien de su familia ha muerto por suicidio?

No	Sí, familia en segundo orden (tíos, primos).	Sí, familia en primer orden (esposo(a), hermanos, padres, hijos).	No se considera para el riesgo extremo.
----	---	--	---

Observaciones (anotaciones pertinentes):

17ª. Temeridad: Diga en una escala del 0 al 10 que tanto miedo siente ante la idea de suicidarse, si **0 es “nada de miedo”** y **10 es “mucho miedo”**. *Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.*

6 a 10 puntos	3 a 5 puntos	1 a 2 puntos	0 puntos
	4		

Observaciones (anotaciones pertinentes):

Dimensión (e): Evalúa los pensamientos suicidas

La claridad de la planeación para ejecutar un intento de suicidio de mayor o menor letalidad, incluye pensamientos relacionados con las ideas suicidas, así como contar con la intención clara de quitarse la vida, cómo realizarlo, dónde, con qué, cuándo y porqué.

18. Después de haber intentado quitarse la vida y estar vivo ¿cómo se siente? Omitir esta pregunta si respondió no en la pregunta 11.

Se siente bien de estar vivo, puede referir que no lo volvería a hacer.	Se siente bien, todavía, algunas veces desearía haber muerto.	Que no sirve ni para quitarse la vida, sigue deseando haber muerto.	Que no consiguió su objetivo pero ahora sabe cómo realizarlo.
---	---	---	---

“Con ganas de dejar de estar mal” sic.

19. ¿Ha imaginado el momento de quitarse la vida? Platíqueme al respecto.

No	Ha presentado fantasías poco elaboradas y difícil de lograrse. (ej., que me lleve un río, aventarme de un edificio muy alto).	Ha imaginado con detalle el momento de quitarse la vida (p.ej., tomar pastillas, aventarse de un puente). Aparentar que sería por impulso, sin un plan.	Ha imaginado con detalle el momento de quitarse la vida (p.ej., “justo como lo he planeado”).
----	--	--	---

“Sí, cortándome” sic.

20. ¿Tiene un plan de cómo quitarse la vida? Explorar especificaciones, vividez y detalles del plan. (Se puede obviar si

el paciente dice, al realizar la pregunta anterior, que ese es su plan; pero no hay que confundir la imaginación con un plan concreto que incluye cómo, cuándo y por qué).

No	No se considera para el riesgo medio.	Sí	No se considera para el riesgo extremo.
21. Diga en una escala del 0 al 10 qué tan fuerte es su deseo de estar muerto, si 0 es “no tengo ningún deseo de morir” y 10 es “un deseo total de morir”. Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.			
0 a 2 puntos	3 a 5 puntos	6 a 8 puntos	9 a 10 puntos
	3		

Observaciones (anotaciones pertinentes):

22. Duración de las crisis suicidas ¿Cuánto usted tiene estos pensamientos y sentimientos, cuánto tiempo le duran? (si no recuerda con claridad, un aproximado) Anotar número de horas/días/semanas.

Horas: xx

Días: xx

Semanas: xx

No presenta ideación.	En las dos últimas semanas, episodios que duran unos minutos a máximo dos horas o no presenta ideación suicida actualmente pero en los últimos seis meses sí.	Más de dos días por semana en al menos durante dos semanas. Con duración de unos minutos a un par de horas. Puede que se presente diario a una hora determinada (ej. por las noches cuando no puede dormir o en las mañanas o cuando discute con alguien).	Presenta ideación constante, diariamente, varias horas al día.
-----------------------	---	--	--

Observaciones (anotaciones pertinentes):

23. Diga en una escala del 0 al 10 qué tan fuerte es su intención de quitarse la vida, si 0 es “nada intensa” y 10 es “muy intensa”. Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.

0 puntos	1 a 2 puntos	3 a 5 puntos	6 a 10 puntos
	1		

Observaciones (anotaciones pertinentes):

Dimensión (f): Acceso a medios y factibilidad

Posesión o alcance de medios para quitarse la vida, por ejemplo tener una pistola a la mano, tener acceso a medicamentos letales, vivir o trabajar en edificio (más de dos pisos), pasar tiempo sólo.

24. ¿Ha realizado preparativos para intentar quitarse la vida? (ej. comprar medicamento, comprar la soga, sabe cuándo y el lugar, etc.).

No	No se considera para el riesgo medio.	Sí, poco elaborados y de baja letalidad. (Como esperando un impulso).	Sí, elaborados y de alta letalidad. (Premeditado y decidido).
----	---------------------------------------	---	---

Observaciones (anotaciones pertinentes):

25. ¿Ha pensado en llevar a cabo su plan? (es necesario preguntar en caso de que siga teniendo un plan después de haber intentado suicidarse y sobrevivido).

No	No se considera para el riesgo medio.	Sí, con baja a moderada intencionalidad (de pregunta 23).	Sí, con alta a extrema intencionalidad (de pregunta 23).
----	---------------------------------------	---	--

Observaciones (anotaciones pertinentes):

26. ¿Tiene “cosas” a su alcance con lo que puede hacerse daño? (Por ej., las pastillas, la pistola, etc.; de acuerdo al plan, explorar si los elementos que mencionó los tiene al alcance).

No o quizá sí pero no hay intención suicida.	Sí, con deseo de estar muerto moderado, sin plan.	Sí, con preparativos poco elaborados y de baja letalidad.	Sí, con preparativos elaborados y de alta letalidad.
--	---	---	--

Observaciones (anotaciones pertinentes):

27. ¿Cree que tendrá la oportunidad para realizar el plan que antes mencionó? (*Preguntar sólo en caso de que haya mencionado tener un plan.*)

No lo ha contemplado	Lo ha imaginado pero no lo ha planeado.	No lo ha contemplado con exactitud. En ocasiones lo refiere a un momento de impulso.	Sí, refiere el momento con exactitud.
----------------------	---	--	---------------------------------------

Observaciones (anotaciones pertinentes):

28. ¿Cuánto tiempo pasa solo? (*explorar cuáles son los momentos que pasa solo y en dónde es que suele ocurrir que se queda solo; cotejar con el plan –si es que lo mencionó– y con los objetos al alcance.*)

La mayor parte del tiempo está acompañado(a) o rodeado(a) de gente.	De dos a tres horas en la mañana o la tarde.	Toda la mañana, toda la tarde o se encierra en su habitación y nadie entra.	La mayor parte del día o todo el día.
---	--	---	---------------------------------------

Observaciones (anotaciones pertinentes):

Dimensión (g): Estresores precipitantes

Eventos de vida significativos que desencadenan la mayoría de los actos suicidas (ej., la muerte de un ser querido, pérdida de empleo, separación o divorcio de la pareja o de otra persona significativa). Son situaciones desencadenantes que suelen ocurrir el día del intento de suicidio.

29. ¿Le ha ocurrido recientemente algo que haya resultado muy estresante (ej., la muerte de un ser querido, divorcio, un rompimiento-ruptura mayor, pérdida de empleo, etc.)? *Puede ser más de uno, sin embargo es relevante conocer el evento que desencadenó la crisis suicida; (si es el caso) la que lo llevó al intento de suicidio.*

En general uno o dos estresores.	Tres estresores.	Cuatro estresores.	Cinco o más estresores.
----------------------------------	------------------	--------------------	-------------------------

1) “mi ansiedad”, 2) “mi forma de ser, de pensar, en cosas negativas y mi físico”, 3) “no poder ayudar a los demás”, 4) “el pretender estar bien siempre” y 5) “haberme acostado con muchos tipos”. Sic.

Dimensión (h): Desesperanza

La creencia de que el estado presente y/o situación (es) de la persona no tiene remedio y que sus metas son inalcanzables. Tener expectativas negativas respecto a su futuro.

30^a. Diga en una escala del 0 al 10 qué tan fuerte es la desesperanza que siente para resolver a futuro los problemas que actualmente tiene, si **0 es “nada de desesperanza de que mis problemas se solucionen”** y **10 es “siento total desesperanza de que se solucionen mis problemas”**. *Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.*

0 a 2 puntos	3 a 5 puntos	6 a 8 puntos	9 a 10 puntos
		8	

Observaciones (anotaciones pertinentes):

31. Cuando se está sintiendo mal emocionalmente: triste, ansioso, enojado, desesperado ¿Qué hace para afrontarlo?

Sin indicadores de impulsividad como gritar, golpear, cortarse, romper cosas, tomar alcohol.	Con algunos uno o dos indicadores de pérdida de control como gritar a otros cuando se enoja, tomar alcohol, con presencia de reacciones	Con tres indicadores de impulsividad, como autolesiones, tomar, fumar, gritarles a otros, encerrarse en su cuarto, salirse de casa, etc. Con posible presencia de	Con tres o más indicadores de impulsividad, como autolesiones, tomar, fumar, gritarles a otros, encerrarse en su cuarto, salirse de casa, etc. Sin presencia
--	---	---	--

	positivas como hacer ejercicio, escuchar música, entre otros.	alguna conducta positiva como ejercicio, escuchar música, ver videos, etc.	de reacciones positivas como ejercicio, escuchar música, ver videos, leer, etc.
<i>"Llorar" sic.</i>			
32. Algunas veces la gente se siente en crisis y hacen cosas por impulso (sin pensarlo), o a pesar de saber que puede tener consecuencias negativas lo hace con el fin de sentirse mejor momentáneamente. ¿Le ha pasado así alguna vez (ej., cortarse la piel, tomar alcohol, huir, darse atracones, robar)?			
No	No se considera para el riesgo medio.	Sí	No se considera para el riesgo extremo.
<i>Observaciones (anotaciones pertinentes):</i>			

Dimensión (i): Factores agudos de suicidalidad

Son factores de riesgo agudos y específicos, los cuales tienen un tiempo limitado de expresión pero se encuentran asociados a un incremento en el riesgo de suicidio por horas o días, pero no por meses ni años.

33. El paciente presenta (Entrevistador explora): *aislamiento social agudo, estados afectivos severos* (incontrolables e intolerables: desamparo, ansiedad, desesperación, culpa, desesperanza, humillación, soledad, rabia y odio a sí mismo), *irritabilidad marcada, problemas de sueño o severa pérdida de peso.*

Presenta un factor.	Presenta dos factores.	Presenta tres factores.	Presenta cuatro a cinco factores.
---------------------	------------------------	-------------------------	-----------------------------------

Estados afectivos severos, irritabilidad marcada, problemas de sueño y severa pérdida de peso

34. Anotar diagnóstico clínico (CIE-10, DSM-IV, DSM-V, etc.) en caso de que se cuente con uno realizado por personal especializado.

Sin diagnóstico psiquiátrico.	Depresión leve, ataque de pánico.	Depresión moderada a severa, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno psicótico (breve y esquizofrenia), trastorno límite de la personalidad, trastorno adaptativo, trastorno por abuso de sustancias, trastorno de la conducta alimentaria.	No se considera para el riesgo extremo.
-------------------------------	-----------------------------------	--	---

Episodio depresivo moderado, distimia, trastorno límite de la personalidad, consumo perjudicial de múltiples sustancias.

Señale el nivel de riesgo que usted considere tiene el paciente y argumente la decisión de acuerdo a los reactivos que considere relevantes.

Clasificación del nivel de riesgo (*Destaque el que considere*).

Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto	Riesgo extremo
-------------	--------------	-------------	----------------

Descripción de indicadores para establecer el nivel de riesgo:

Paciente de 21 años de edad, estudiante que cursa el cuarto semestre de medicina veterinaria y zootecnia, quien ingresa al estudio al ser dada de alta del hospital psiquiátrico, después de haber cometido su segundo intento de suicidio en un periodo de un año. **Indicadores de riesgo bajo:** vive con su madre, padrastro y hermana mayor, cuenta con un amigo a quien llamar cuando se encuentra en crisis emocional, tiene encuentros satisfactorios con otras personas en su vida cotidiana. No tiene antecedentes familiares de suicidio. Actualmente no tiene ideación, planes, ni preparativos suicidas

Indicadores de riesgo medio, alto o extremo: casi siempre siente que se preocupan por ella, no tiene sentido de pertenencia a un grupo, casi nunca siente que cuenta con alguien cuando atraviesa por momentos difíciles, ha pensado que las personas que le rodean estarían mejor sin ella, casi siempre se siente una carga para los demás, casi siempre se siente inútil para los demás. Se ha intentado suicidar en dos ocasiones en menos de un año, la primera con un cuchillo sin filo y la segunda (un año después) con un bisturí se hizo seis heridas que requirieron sutura. También refiere autolesiones no suicidas, antecedentes familiares de intento de suicidio. Su grado de temeridad ante la idea de suicidarse es moderado, ha imaginado el momento de quitarse la vida, un deseo moderado de estar muerta, al igual que la intención de quitarse la vida. Pasa la mayor parte del día sola y refiere un alto nivel de desesperanza ante sus estresores que son: “mi ansiedad”, “mi forma de ser, de pensar, en cosas negativas y mi físico”, “no poder ayudar a los demás”, “el pretender estar bien siempre” y “haberme acostado con muchos tipos “sic. Su diagnóstico de egreso hospitalario fue: Episodio depresivo moderado, distimia, trastorno límite de la personalidad, consumo perjudicial de múltiples sustancias.

Clasificación de riesgo suicida: Alto

La paciente ha cometido dos intentos de suicidio en un periodo menor a un año, acaba de ser de alta de un internamiento en un hospital psiquiátrico, aún prefiere un nivel moderado de intencionalidad suicida y aún manifiesta deseo de estar muerta, pese a que no manifiesta ideación, planes o preparativos suicidas, tiene un alto sentimiento de ser una carga para otros y que no es de utilidad para los demás, ha considerado que las personas que le rodean estarían mejor sin ella. También recurre a las autolesiones cuando se encuentra en crisis se siente ansiosa o angustiada. No se siente bien con quien es, las decisiones que ha tomado y las cosas que le han ocurrido (como haber sufrido abuso sexual); además, en ocasiones abuso del consumo de alcohol y marihuana.

A continuación se presentan las rúbricas de la evaluación post intervención de seguimiento:

Evaluación: Pre/Post	Post (Videollamada por Google Meet debido a la pandemia COVID 19)		
Folio:	F047		
Fecha de Entrevista:	09/07/2020		
Fecha Nacimiento:		Edad:	21 años
Ocupación:			

Rúbricas para Clasificar el Riesgo Suicida de acuerdo a la aplicación de la Entrevista EDERS



Instrucciones: De acuerdo a las respuesta obtenidas en la entrevista EDERS que realizó con el paciente, clasifique las respuestas en su rúbrica correspondiente y en el cuadro de observaciones anote características específicas o comentarios que considere pertinentes para la comprensión de la situación del paciente.

Dimensión (a): Pertenencia frustrada

Se refiere a la falta de conexión social y pertenencia; que comprende la frecuencia de interacciones que ocurren dentro del marco de relaciones estables, de larga duración que se procuran y cuidan. No necesariamente quiere decir que la persona se encuentra sola, sino que se siente desconectada con las personas que las rodean o insatisfecha respecto a las interacciones sociales actuales.

Riesgo bajo	Riesgo medio	Riesgo alto	Riesgo extremo
1. ¿Con quién vive?			
Vive en familia o acompañado.	No se considera para el riesgo medio.	Vive solo.	No se considera para el riesgo extremo.
<i>Con su madre, padrastro y su hermana mayor.</i>			
2ª. Diga en una escala del 0 al 10 qué tanto siente que hay personas que se preocupan por usted, si 0 es “nunca se preocupan por mí” y 10 “siempre se preocupan por mí”. Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica			

<i>correspondiente.</i>			
8 a 10 puntos	6 a 7 puntos	3 a 5 puntos	0 a 2 puntos
			1

Observaciones (anotaciones pertinentes):

3. ¿Cuenta con alguna persona a quien pueda llamar cuando se siente mal? (*por ejemplo, deprimido(a), triste, en una crisis suicida o de ansiedad*).

Sí	No se considera para el riesgo medio.	No	No se considera para el riesgo extremo.
----	---------------------------------------	----	---

Observaciones (anotaciones pertinentes):

4. ¿Quiénes son las personas más importantes para usted? (*el objetivo es saber si cuenta con personas significativas y quienes son*).

Familiares y amigos.	Sólo amigos.	Una sola persona (familiar o amigo).	Nadie
----------------------	--------------	--------------------------------------	-------

"Mi abuela, mi mamá, mi prima Mariela y mi tía. Mi amigo y mi exnovio" sic.

5. Diga del 0 al 10 qué tanto siente que forma parte (pertenece) a un grupo de amigos, trabajo, compañeros; si **0** es **"no siento en lo absoluto que forme parte de un grupo"** y **10** **"tengo un fuerte sentimiento de que formo parte de un grupo"**. Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.

6 a 10 puntos	3 a 5 puntos	1 a 2 puntos	0 puntos
		1	

Observaciones (anotaciones pertinentes):

6. ¿Tiene encuentros satisfactorios con otras personas cotidianamente? (*satisfactorios se refiere a que son agradables, gratos, gratificantes*).

Sí	No se considera para el riesgo medio.	No	No se considera para el riesgo extremo.
----	---------------------------------------	----	---

Observaciones (anotaciones pertinentes):

7ª. Diga en una escala del 0 al 10 qué tanto siente que cuenta con alguien cuando atraviesa por un momento difícil; si **0** es **"siento que no cuento con alguien cuando estoy atravesando por un momento difícil"** y **10** es **"siento que siempre cuento con alguien cuando estoy atravesando por un momento difícil"**. Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.

8 a 10 puntos	6 a 7 puntos	3 a 5 puntos	0 a 2 puntos
			1

Observaciones (anotaciones pertinentes):

Dimensión (b): Sentirse una Carga

Se relaciona con creencias de que la persona representa una responsabilidad con la que no deberían cargar otros y pensamientos saturados de odio a sí mismo (por ejemplo, "hago que las cosas sean peores para las personas que me rodean", "me odio" o "soy un inútil").

8. ¿Ha pensado: **"las personas que me rodean estarían mejor si ya no estuviera aquí con ellos"**?

No	No se considera para el riesgo medio.	Sí	No se considera para el riesgo extremo.
----	---------------------------------------	----	---

Lo ha pensado continuamente y el día de hoy lo pensó hace un par de horas.

8ª. Diga en una escala del 0 al 10 qué tanto se siente una carga para otros, si **0** es **"nunca me siento una carga para otros"** y **10** es **"siempre me siento una carga para otros"**. Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.

9. ¿Qué lo hace sentirse así? (*anotar respuesta en observaciones*).

0 a 2 puntos	3 a 5 puntos	6 a 8 puntos	9 a 10 puntos
		7	

"Mi presencia es incomoda, por estar con alguien muy inestable emocionalmente, que no puede sentir amor por sí misma" sic.

10. Diga en una escala del 0 al 10 qué tanto siente que es útil para los demás, si **0** es **"me siento inútil para los demás"** y

10 es “siento que siempre soy útil para los demás”. Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.

6 a 10 puntos	3 a 5 puntos	1 a 2 puntos	0 puntos
		1	

Observaciones (anotaciones pertinentes):

Dimensión (c): Antecedentes relacionados con la tolerancia al dolor

Antecedentes personales de autolesiones no suicidas, intentos de suicidio.

11. Antecedentes de conducta suicida: ¿ya había/ha intentado quitarse la vida (suicidado)? *Si responde sí seguir con las pregunta ¿cuántas veces? Si responde no pasar a la pregunta 14.*

No	Un intento.	Dos intentos.	En tres o más ocasiones.
----	-------------	---------------	--------------------------

Observaciones (anotaciones pertinentes):

12. ¿Cuándo fue la última vez que intentó suicidarse/quitarse la vida? *¿De qué forma lo hizo?*

Hace dos años o más de baja letalidad.	De dos años a seis meses de baja letalidad. O más de dos años de alta letalidad.	Entre dos años a seis meses de alta letalidad o entre seis meses a un mes de cualquier grado de letalidad.	Un mes o menos de cualquier grado de letalidad.
--	---	--	---

El primero intento fue aproximadamente hace un año y medio, el segundo hace poco más de seis meses.

12. ¿Cuándo fue la última vez que intentó suicidarse/quitarse la vida? *¿De qué forma lo hizo?*

Cortes en las muñecas sin requerir sutura, dosis no letales de medicamentos porque se arrepintió o algún familiar/amigo lo(la) sorprendió a tiempo para ayudarlo. No fue a un centro de atención médica.	Cortes en las muñecas sin requerir sutura o intoxicación con pastillas fue llevada al centro de salud u hospital pero no requirió lavado de estómago, tampoco internamiento. Consumo de alta dosis de medicamentos pero que las personas de la familia no se dieron cuenta o no quisieron llevarlo/a a ningún centro hospitalario (se recuperó en casa).	Requirió suturas, lavado de estómago u hospitalización por el intento. Dio aviso al momento del intento o lo hizo en un lugar donde había más personas quienes lo/la podrían encontrar a tiempo.	Estuvo en terapia intensiva por el intento (ej., intoxicación, ahorcamiento, arma de fuego, lesión por caída, etc.). No dio aviso a nadie y se cercioró de que no hubiera nadie quien lo pudiera encontrar al momento del intento.
--	--	--	--

Compró un bisturí en una farmacia y comenzó a cortarse el antebrazo en la calle, pero se arrepintió, le llamó a su novio, él llegó rápido, le marcó a la ambulancia, le suturaron los seis cortes que se hizo y la refirieron al hospital psiquiátrico.

14. ¿Se ha lastimado físicamente sin la intención de quitarse la vida? *(Poner algunos ejemplos: tomar pastillas, cortarse, quemarse, pegarse o golpearse contra la pared, rascarse hasta sangrar, etc.).*

No	No se considera para el riesgo medio.	Sí	No se considera para el riesgo extremo.
----	---------------------------------------	----	---

Observaciones (anotaciones pertinentes):

14ª. ¿Cómo? Explorar la frecuencia, el tiempo que ha durado o duró la práctica de autolesiones y el tipo.

Sin o hace más de dos años que no presenta.	Hace menos de dos años o más de seis meses que no presenta. (Cortes, quemaduras, arrancado el cabello, golpeándose, abusando	Menos de seis meses o continúan cortes, quemaduras, arrancado el cabello, golpeándose, abusando de medicamento,	No se considera para el riesgo extremo.
---	--	---	---

	de medicamento, etc.).	etc.	
--	------------------------	------	--

Apretando la cara, jalarse el cabello y cortarse las piernas.

Dimensión (d): Pérdida del miedo a morir

Antecedentes de enfrentarse a situaciones en las que su vida ha estado en peligro por sus propias acciones (ej., dedicarse a deportes extremos y actividades delictivas entre otras), por acciones de terceros (ej., negligencia, presencia de muertes violentas, amenazas de muerte, etc.) o por situaciones del contexto (ej., accidentes frecuentes, experiencias de guerra, etc.).

15. ¿Alguien de su familia ha intentado suicidarse?			
No	Sí, familia en segundo orden (tíos, primos).	Sí, familia en primer orden (esposo(a), hermanos, padres, hijos).	No se considera para el riesgo extremo.

Su hermana.

16. ¿Alguien de su familia ha muerto por suicidio?			
No	Sí, familia en segundo orden (tíos, primos).	Sí, familia en primer orden (esposo(a), hermanos, padres, hijos).	No se considera para el riesgo extremo.

Observaciones (anotaciones pertinentes):

17^a. Temeridad: Diga en una escala del 0 al 10 que tanto miedo siente ante la idea de suicidarse, si **0 es “nada de miedo”** y **10 es “mucho miedo”**. *Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.*

6 a 10 puntos	3 a 5 puntos	1 a 2 puntos	0 puntos
	5		

Observaciones (anotaciones pertinentes):

Dimensión (e): Evalúa los pensamientos suicidas

La claridad de la planeación para ejecutar un intento de suicidio de mayor o menor letalidad, incluye pensamientos relacionados con las ideas suicidas, así como contar con la intención clara de quitarse la vida, cómo realizarlo, dónde, con qué, cuándo y porqué.

18. Después de haber intentado quitarse la vida y estar vivo ¿cómo se siente? *Omitir esta pregunta si respondió no en la pregunta 11.*

Se siente bien de estar vivo, puede referir que no lo volvería a hacer.	Se siente bien, todavía, algunas veces desearía haber muerto.	Que no sirve ni para quitarse la vida, sigue deseando haber muerto.	Que no consiguió su objetivo pero ahora sabe cómo realizarlo.
---	---	---	---

"No lo sé, en general la vida no ha dejado de ser complicada y difícil. Me siento bien de estar aquí pero no de cómo me siento" sic.

19. ¿Ha imaginado el momento de quitarse la vida? Platíqueme al respecto.

No	Ha presentado fantasías poco elaboradas y difícil de lograrse. (ej., que me lleve un río, aventarme de un edificio muy alto).	Ha imaginado con detalle el momento de quitarse la vida (p.ej., tomar pastillas, aventarse de un puente). Aparentar que sería por impulso, sin un plan.	Ha imaginado con detalle el momento de quitarse la vida (p.ej., “justo como lo he planeado”).
----	---	---	---

"Sí, como un momento de destrucción perpetua, dejando el mundo en mucho dolor. Cuando vea que nada funciona, una sobredosis de drogas, pastillas, cortarme y aventarme de un acantilado muy alto, para sentir que vuelo en la caída" sic.

20. ¿Tiene un plan de cómo quitarse la vida? *Explorar especificaciones, vividez y detalles del plan. (Se puede obviar si el paciente dice, al realizar la pregunta anterior, que ese es su plan; pero no hay que confundir la imaginación con un plan concreto que incluye cómo, cuándo y porqué).*

No	No se considera para el riesgo medio.	Sí	No se considera para el riesgo extremo.
----	---------------------------------------	----	---

Primero respondió que sí, pero luego rectificó su respuesta por un no.

21. Diga en una escala del 0 al 10 qué tan fuerte es su deseo de estar muerto, si **0** es “no tengo ningún deseo de morir” y **10** es “un deseo total de morir”. *Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.*

0 a 2 puntos	3 a 5 puntos	6 a 8 puntos	9 a 10 puntos
		8	

Observaciones (anotaciones pertinentes):

22. Duración de las crisis suicidas ¿Cuánto usted tiene estos pensamientos y sentimientos, cuánto tiempo le duran? *(si no recuerda con claridad, un aproximado) Anotar número de horas/días/semanas.*

Horas: xx

Días: xx

Semanas: xx

No presenta ideación.	En las dos últimas semanas, episodios que duran unos minutos a máximo dos horas o no presenta ideación suicida actualmente pero en los últimos seis meses sí.	Más de dos días por semana en al menos durante dos semanas. Con duración de unos minutos a un par de horas. Puede que se presente diario a una hora determinada (ej. por las noches cuando no puede dormir o en las mañanas o cuando discute con alguien).	Presenta ideación constante, diariamente, varias horas al día.
-----------------------	---	--	--

Observaciones (anotaciones pertinentes):

23. Diga en una escala del 0 al 10 qué tan fuerte es su intención de quitarse la vida, si **0** es “nada intensa” y **10** es “muy intensa”. *Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.*

0 puntos	1 a 2 puntos	3 a 5 puntos	6 a 10 puntos
		3	

Observaciones (anotaciones pertinentes):

Dimensión (f): Acceso a medios y factibilidad

Posesión o alcance de medios para quitarse la vida, por ejemplo tener una pistola a la mano, tener acceso a medicamentos letales, vivir o trabajar en edificio (más de dos pisos), pasar tiempo sólo.

24. ¿Ha realizado preparativos para intentar quitarse la vida? *(ej. comprar medicamento, comprar la soga, sabe cuándo y el lugar, etc.).*

No	No se considera para el riesgo medio.	Sí, poco elaborados y de baja letalidad. (Como esperando un impulso).	Sí, elaborados y de alta letalidad. (Premeditado y decidido).
----	---------------------------------------	---	---

Observaciones (anotaciones pertinentes):

25. ¿Ha pensado en llevar a cabo su plan? *(es necesario preguntar en caso de que siga teniendo un plan después de haber intentado suicidarse y sobrevivido).*

No	No se considera para el riesgo medio.	Sí, con baja a moderada intencionalidad (de pregunta 23).	Sí, con alta a extrema intencionalidad (de pregunta 23).
----	---------------------------------------	---	--

Observaciones (anotaciones pertinentes):

26. ¿Tiene “cosas” a su alcance con lo que puede hacerse daño? *(Por ej., las pastillas, la pistola, etc.; de acuerdo al plan, explorar si los elementos que mencionó los tiene al alcance).*

No o quizá sí pero no hay intención suicida.	Sí, con deseo de estar muerto moderado, sin plan.	Sí, con preparativos poco elaborados y de baja letalidad.	Sí, con preparativos elaborados y de alta letalidad.
--	---	---	--

Observaciones (anotaciones pertinentes):

27. ¿Cree que tendrá la oportunidad para realizar el plan que antes mencionó? (*Preguntar sólo en caso de que haya mencionado tener un plan*).

No lo ha contemplado	Lo ha imaginado pero no lo ha planeado.	No lo ha contemplado con exactitud. En ocasiones lo refiere a un momento de impulso.	Sí, refiere el momento con exactitud.
----------------------	---	--	---------------------------------------

Observaciones (anotaciones pertinentes):

28. ¿Cuánto tiempo pasa solo? (*explorar cuáles son los momentos que pasa solo y en dónde es que suele ocurrir que se queda solo; cotejar con el plan –si es que lo mencionó– y con los objetos al alcance*).

La mayor parte del tiempo está acompañado(a) o rodeado(a) de gente.	De dos a tres horas en la mañana o la tarde.	Toda la mañana, toda la tarde o se encierra en su habitación y nadie entra.	La mayor parte del día o todo el día.
---	--	---	---------------------------------------

Observaciones (anotaciones pertinentes):

Dimensión (g): Estresores precipitantes

Eventos de vida significativos que desencadenan la mayoría de los actos suicidas (ej., la muerte de un ser querido, pérdida de empleo, separación o divorcio de la pareja o de otra persona significativa). Son situaciones desencadenantes que suelen ocurrir el día del intento de suicidio.

29. ¿Le ha ocurrido recientemente algo que haya resultado muy estresante (ej., la muerte de un ser querido, divorcio, un rompimiento-ruptura mayor, pérdida de empleo, etc.)? *Puede ser más de uno, sin embargo es relevante conocer el evento que desencadenó la crisis suicida; (si es el caso) la que lo llevó al intento de suicidio.*

En general uno o dos estresores.	Tres estresores.	Cuatro estresores.	Cinco o más estresores.
----------------------------------	------------------	--------------------	-------------------------

1) "sentirme estúpida, siento que mi cerebro es muy lento, como absorta, me desmotiva. No me permite entregarme al presente", 2) "darle importancia a las cosas no importantes, como mi físico", 3) "que mi estado mental se refleja en mi físico, estoy llena de barros, me siento cansada, es muy frustrante estar medio muerto, ser como un zombi" sic.

Dimensión (h): Desesperanza

La creencia de que el estado presente y/o situación (es) de la persona no tiene remedio y que sus metas son inalcanzables. Tener expectativas negativas respecto a su futuro.

30ª. Diga en una escala del 0 al 10 qué tan fuerte es la desesperanza que siente para resolver a futuro los problemas que actualmente tiene, si **0 es “nada de desesperanza de que mis problemas se solucionen”** y **10 es “siento total desesperanza de que se solucionen mis problemas”**. *Escriba el número dado por el paciente en su rúbrica correspondiente.*

0 a 2 puntos	3 a 5 puntos	6 a 8 puntos	9 a 10 puntos
		7	

Observaciones (anotaciones pertinentes):

31. Cuando se está sintiendo mal emocionalmente: triste, ansioso, enojado, desesperado ¿Qué hace para afrontarlo?

Sin indicadores de impulsividad como gritar, golpear, cortarse, romper cosas, tomar alcohol.	Con algunos uno o dos indicadores de pérdida de control como gritar a otros cuando se enoja, tomar alcohol, con presencia de reacciones positivas como hacer ejercicio, escuchar música, entre	Con tres indicadores de impulsividad, como autolesiones, tomar, fumar, gritarles a otros, encerrarse en su cuarto, salirse de casa, etc. Con posible presencia de alguna conducta positiva como ejercicio,	Con tres o más indicadores de impulsividad, como autolesiones, tomar, fumar, gritarles a otros, encerrarse en su cuarto, salirse de casa, etc. Sin presencia de reacciones positivas como ejercicio, escuchar música, ver videos, leer, etc.
--	--	---	--

	otros.	escuchar música, ver videos, etc.	
--	--------	-----------------------------------	--

"Salir a patinar, salir en bicicleta, leer, ver videos, llorar y cortarme" sic.

32. Algunas veces la gente se siente en crisis y hacen cosas por impulso (sin pensarlo), o a pesar de saber que puede tener consecuencias negativas lo hace con el fin de sentirse mejor momentáneamente. ¿Le ha pasado así alguna vez (ej., cortarse la piel, tomar alcohol, huir, darse atracones, robar)?

No	No se considera para el riesgo medio.	Sí	No se considera para el riesgo extremo.
----	---------------------------------------	----	---

Observaciones (anotaciones pertinentes):

Dimensión (i): Factores agudos de suicidalidad

Son factores de riesgo agudos y específicos, los cuales tienen un tiempo limitado de expresión pero se encuentran asociados a un incremento en el riesgo de suicidio por horas o días, pero no por meses ni años.

33. El paciente presenta (Entrevistador explora): *aislamiento social agudo, estados afectivos severos* (incontrolables e intolerables: desamparo, ansiedad, desesperación, culpa, desesperanza, humillación, soledad, rabia y odio a sí mismo), *irritabilidad marcada, problemas de sueño o severa pérdida de peso.*

Presenta un factor.	Presenta dos factores.	Presenta tres factores.	Presenta cuatro a cinco factores.
---------------------	------------------------	-------------------------	-----------------------------------

Estados afectivos severos e irritabilidad marcada.

34. Anotar diagnóstico clínico (CIE-10, DSM-IV, DSM-V, etc.) en caso de que se cuente con uno realizado por personal especializado.

Sin diagnóstico psiquiátrico.	Depresión leve, ataque de pánico.	Depresión moderada a severa, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno psicótico (breve y esquizofrenia), trastorno límite de la personalidad, trastorno adaptativo, trastorno por abuso de sustancias, trastorno de la conducta alimentaria.	No se considera para el riesgo extremo.
-------------------------------	-----------------------------------	--	---

Hace seis meses en que fue dada de alta del hospital psiquiátrico sede su diagnóstico fue: Episodio depresivo moderado, distimia, trastorno límite de la personalidad, consumo perjudicial de múltiples sustancias.

Señale el nivel de riesgo que usted considere tiene el paciente y argumente la decisión de acuerdo a los reactivos que considere relevantes.

Clasificación del nivel de riesgo (*Destaque el que considere*).

Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto	Riesgo extremo
-------------	--------------	-------------	----------------

Descripción de indicadores para establecer el nivel de riesgo:

Paciente de 21 años, quien presentó crisis con ideación suicida y autolesiones durante el periodo de intervención de seguimiento telefónico, sin llegar a presentar intentos de suicidio. Además abandonó el tratamiento farmacológico que se le indicó en el momento en que fue dada de alta del hospital psiquiátrico. **Indicadores de riesgo bajo:** vive con su familia, refiere encuentros satisfactorios en su vida cotidiana. No tiene antecedentes familiares de suicidio **Indicadores de riesgo moderado, alto o extremo:** siente que nunca se preocupan por ella, no cuenta con alguien a quien llamar cuando se siente en crisis emocional, no tiene sentido de pertenencia a un grupo, siente que nunca cuenta con alguien cuando atraviesa por momentos difíciles, durante el seguimiento ha vuelto a pensar que las personas que la rodean estarían mejor sin ella, casi siempre se siente una carga para otros, además se siente inútil para los demás, ha presentado

dos intentos de suicidio en menos de un año, el segundo de alta letalidad. Refiere antecedentes familiares de intentos de suicidio (su hermana mayor), manifiesta una temeridad moderada ante la idea de suicidarse, ha imaginado el momento de quitarse la vida con medios letales, tiene un alto deseo de morir, con ideación e intencionalidad suicida, pero sin planes ni preparativos. También manifiesta un alto nivel de desesperanza ante lo que más le estresa que es: "sentirme estúpida, siento que mi cerebro es muy lento, como absorta, me desmotiva. No me permite entregarme al presente", "darle importancia a las cosas no importantes, como mi físico", "que mi estado mental se refleja en mi físico, estoy llena de barro, me siento cansada, es muy frustrante estar medio muerto, ser como un zombi" sic. Presenta dos indicadores agudos de suicidalidad: estados afectivos severos e irritabilidad marcada. Hace seis meses en que fue dada de alta del hospital psiquiátrico sede su diagnóstico fue: Episodio depresivo moderado, distimia, trastorno límite de la personalidad, consumo perjudicial de múltiples sustancias.

Clasificación de riesgo suicida: Alto

La paciente no ha presentado otro intento de suicidio durante el seguimiento y pese a que dejó el tratamiento farmacológico, concluyó con la intervención de seguimiento telefónico. Además acudió nuevamente a valoración al hospital psiquiátrico ante los indicadores de riesgo alto que fueron aumentando a lo largo de las llamadas de monitoreo. Entre los indicadores más relevantes se encuentran la ideación suicida, el deseo estar muerta, la intención de quitarse la vida, la autolesiones y que pese a los esfuerzos por sentirse mejor haciendo ejercicio, cada vez se siente peor consigo misma y con quien la rodea.