



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

Título:

**“Patrón de consumo de alcohol en pacientes con intento suicida reciente que ameritan tratamiento intrahospitalario: prevalencia y riesgo suicida asociado.”**

**PRESENTADO POR:**

Dra. Fadia Bessim

**ASESOR METODOLÓGICO:**

Dra. María Teresa Alcántara Garcés

**ASESOR TEÓRICO:**

Dr. Héctor Octavio Castañeda González

Ciudad Universitaria, CDMX. 2023



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.

## INDICE

<b>Resumen.....</b>	<b>2</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>3</b>
<b>Marco Teórico.....</b>	<b>4</b>
Suicidio.....	4
Consumo De Alcohol.....	11
Consumo De Alcohol Y Su Relación Con La Conducta Suicida.....	13
<b>Material Y Métodos.....</b>	<b>21</b>
Justificación.....	21
Planteamiento Del Problema.....	23
Pregunta De Investigación.....	23
Objetivos Generales.....	23
Objetivos Específicos.....	24
Hipótesis.....	24
Variables.....	24
Muestra.....	27
Criterios De Selección.....	29
Instrumentos.....	30
Consideraciones Éticas.....	34
<b>Análisis De Datos.....</b>	<b>36</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>36</b>
<b>Discusión.....</b>	<b>42</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>43</b>
<b>Cronograma.....</b>	<b>43</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>43</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>47</b>

## RESUMEN

El suicidio es un fenómeno humano que ha estado presente en todas las épocas históricas. Para comprender la complejidad de la conducta suicida, debemos estudiar los factores de riesgo como es el abuso en el consumo de alcohol, puesto que éste constituye un pilar a considerar para el abordaje terapéutico. Debido a que no se han realizado estudios específicos sobre el consumo de alcohol en pacientes del HPFBA, el objetivo del estudio es conocer la prevalencia e intensidad del consumo de alcohol en nuestra población. Se seleccionaron 78 pacientes a los cuales se les aplicaron cuestionario sociodemográfico, la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) y la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11). Se encontró alta comorbilidad de consumo de otras sustancias, seguido de trastorno ansiosos. Se realizaron correlaciones de la puntuación de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik con el puntaje del AUDIT por medio de los coeficientes de Pearson ( $r$ ). Se encontró relación del riesgo suicida con impulsividad, en mujeres ( $p = 0.0153$ ) y con consumo de alcohol en hombres ( $p = 0.0822$ ). Posteriormente se realizó regresión logística obteniendo relación del riesgo suicida con impulsividad ( $p = 0.0007$ ) así como del riesgo suicida con consumo de alcohol ( $p = 0.0019$ ). Los datos obtenidos nos indican que tanto el consumo de alcohol como la impulsividad son factores que debemos detectar e intervenir como parte del manejo integral del paciente con riesgo suicida.

Palabras clave: *Suicide risk, Alcohol use disorder, impulsivity, comorbidity, psychiatry.*

# INTRODUCCIÓN

A nivel mundial y aún más en nuestro país, el suicidio ocurre casi exclusivamente en el contexto de la patología mental. Dentro los trastornos mentales más frecuentemente asociados a los comportamientos suicidas son la depresión y trastornos bipolares, esquizofrenia, el abuso de alcohol y de otras sustancias psicoactivas. Los factores de riesgo identificables para el comportamiento suicida incluyen historia familiar de conducta suicida, predisposición biológica, rasgos de personalidad, condición de soledad, aislamiento, pérdidas afectivas, nivel sociocultural (siendo más frecuente en clases socioeconómicas altas) y una de las principales es el trastorno por consumo de alcohol. Para comprender la complejidad de la conducta suicida, debemos estudiar los factores de riesgo como es el abuso en el consumo de alcohol, puesto que éste constituye un pilar a considerar para el abordaje terapéutico. De esta manera, la identificación del patrón de consumo es útil para la atención integral del paciente y así disminuir el riesgo de recurrencia de dicho comportamiento.

# MARCO TEÓRICO

## Suicidio

La palabra suicidio proviene de las expresiones latinas “sui” (uno mismo) y “caedere” (matar). Aparentemente, fue el médico y filósofo Sir Thomas Browne quien utilizó este término por primera vez en su obra *Religio Medici* en 1642, distinguiendo entre el hecho de matar a otra persona y el “homicidio de uno mismo”.<sup>1</sup>

Como fenómeno humano, el suicidio ha estado presente en todas las épocas históricas. Sin embargo, las actitudes hacia este fenómeno han variado considerablemente en las distintas sociedades, dependiendo de los valores filosóficos, religiosos e intelectuales de cada cultura.<sup>2</sup>

En la Edad Media, el suicidio se consideraba como un pecado y muestra de *fe frágil*, por lo que aquellos que intentaban suicidarse eran excomulgados. Las personas fallecidas por dicho acto eran enterradas fuera de los cementerios consagrados y sus pertenencias eran confiscadas. “Quien se priva de la vida, peca contra Dios” Santo Tomás de Aquino. Posteriormente en la Edad Media, se justificaba este tipo de muerte como la pérdida de condición humana, como lo explica posteriormente Michel Foucault en el siglo XX.<sup>3</sup> En aquella época se relacionaban los locos con los animales, los encerraban en jaulas y se burlaban de ellos haciéndolos participar en presentaciones públicas. Para la Iglesia, en los próximos siglos, la locura fue una razón medianamente aceptada por la cual el hombre podía suicidarse, puesto que no es totalmente

voluntario quitarse la vida, sino que los impulsan sus condiciones mentales, tornando un enfoque distinto en el suicidio hacia un ámbito más humano.

En el Renacimiento, aunque persistían las condenas al suicida, aparecen observaciones de tipo filosófico que disentían del suicidio como crimen y argumentaban determinadas situaciones como medio para mitigar el dolor y el sufrimiento: “liberar de esta vida amarga... ya que a través de la muerte pondrá un final no a diversión sino a la tortura... será una acción piadosa y santa”.<sup>4</sup> Durante la Ilustración se cuestionaron las actitudes religiosas tradicionales hacia el suicidio para finalmente formar la perspectiva moderna en el asunto. David Hume negó que el suicidio fuera un delito, dado que no se afecta a nadie y a que era potencialmente una ventaja individual. En sus trabajos *Ensayos sobre el Suicidio y la Inmortalidad del alma* (1777), pregunta retóricamente “¿Por qué tener que prolongar una existencia desgraciada, debido a alguna frívola ventaja que el público quizá pueda recibir de mí?”.<sup>5</sup>

Un cambio en la opinión pública también se vislumbra en los mismos años, cuando el periódico *The Times* en 1786 inició un enérgico debate sobre el tema “¿Es el suicidio un acto de valor?”

Hacia el siglo XIX, el acto del suicidio había cambiado de ser visto como una causa del pecado a ser causado por la locura en Europa. A pesar de que permaneció ilegal durante este periodo, se convirtió cada vez más en objeto de burla. Se publicaron anuncios y obras en las que se satirizaba la idea de ejecutar a alguien que se había suicidado.

Posterior a este cambio de perspectiva, una de las más importantes aportaciones al estudio del problema del suicidio fue realizada a fines del siglo XIX por el sociólogo francés Emile Durkheim en su obra *El suicidio* (1897).<sup>6</sup> Para Durkheim, los suicidios son fenómenos individuales que responden esencialmente a causas sociales. Las sociedades presentan ciertos síntomas patológicos, ante todo la integración o regulación social ya sea excesiva o deficiente del individuo en la colectividad. Por tanto, el suicidio sería un hecho social. En un intento de explicar los patrones estadísticos, dividió los suicidios en cuatro categorías sociales: Altruista, Egoísta, Anómico y Fatalista.<sup>7</sup> El primero es causado por una baja importancia del yo. Durkheim pone el ejemplo de los pueblos celtas, entre quienes llegó a ser honroso el suicidio de los adultos mayor cuando era incapaces de obtener recursos por ellos mismos. El suicidio egoísta ocurre cuando los vínculos sociales son demasiado débiles para comprometer al sujeto suicida con su propia vida. El suicidio anómico es aquel que se da en sociedades cuyas instituciones y cuyos lazos de convivencia se hallan en situación de desintegración o de anomia. En las sociedades donde los límites sociales son más flexibles, sucede este tipo de suicidio. El suicidio fatalista se produce donde las reglas a las que están sometidos los individuos son demasiado firmes para que éstos conciben la posibilidad de salir de la situación en la que se encuentran.

En la actualidad, la ideación suicida y el comportamiento suicida, como los intentos previos de suicidio, son fuertes indicadores de riesgo suicida, pero solo una minoría de quienes intentan suicidarse buscan atención médica en los centros de salud, mientras que la mayoría de los intentos fallidos van inadvertidos.<sup>8</sup>



A nivel mundial, en el 2012 se registraron en el mundo unas 804,000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial de suicidio de 11.4 por 100,000 habitantes (15.0 entre hombres y 8.0 entre mujeres). La prevalencia de vida de esta conducta ha aumentado en un 60% a nivel mundial en los últimos 45 años, situando al suicidio como una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años en algunos países, y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años. Sin embargo, no existen estimaciones fiables sobre el número de suicidios a nivel mundial, tratándose de un asunto de naturaleza muy sensible, incluso ilegal en algunos países.<sup>9</sup>

Las tasas de suicidio se definen como las muertes iniciadas y realizadas deliberadamente por una persona con pleno conocimiento o expectativa de su desenlace fatal. La comparabilidad de los datos entre países se ve afectada por una serie de criterios de notificación, que incluyen cómo se determina la intención de suicidarse de una persona, quién es responsable de completar el certificado de defunción, si se lleva a cabo una investigación forense y las disposiciones sobre la confidencialidad de la causa de muerte. Por lo tanto, se requiere precaución al interpretar las variaciones entre países. Las tasas se han estandarizado directamente por edad a la población de la OCDE de 2010 para eliminar las variaciones que surgen de las diferencias en las estructuras de edad entre países y a lo largo del tiempo. La fuente original de los datos es la base de datos de mortalidad de la OMS. Este indicador se presenta total y por género y se mide en términos de defunciones por 100,000 habitantes (total), por 100,000 hombres y por 100,000 mujeres.<sup>10</sup> En las siguiente dos gráficas (Fig. 1 y 2) se observa que el país de la OCDE con mayor tasa de suicidio para ambos sexos es la República de Corea, donde se han realizado

estudios extensos sobre la relación entre el suicidio y sus factores de riesgo, siendo el trastorno por consumo de alcohol el principal de éstos.

### Tasa de suicidio total por 100,000 personas en 2019

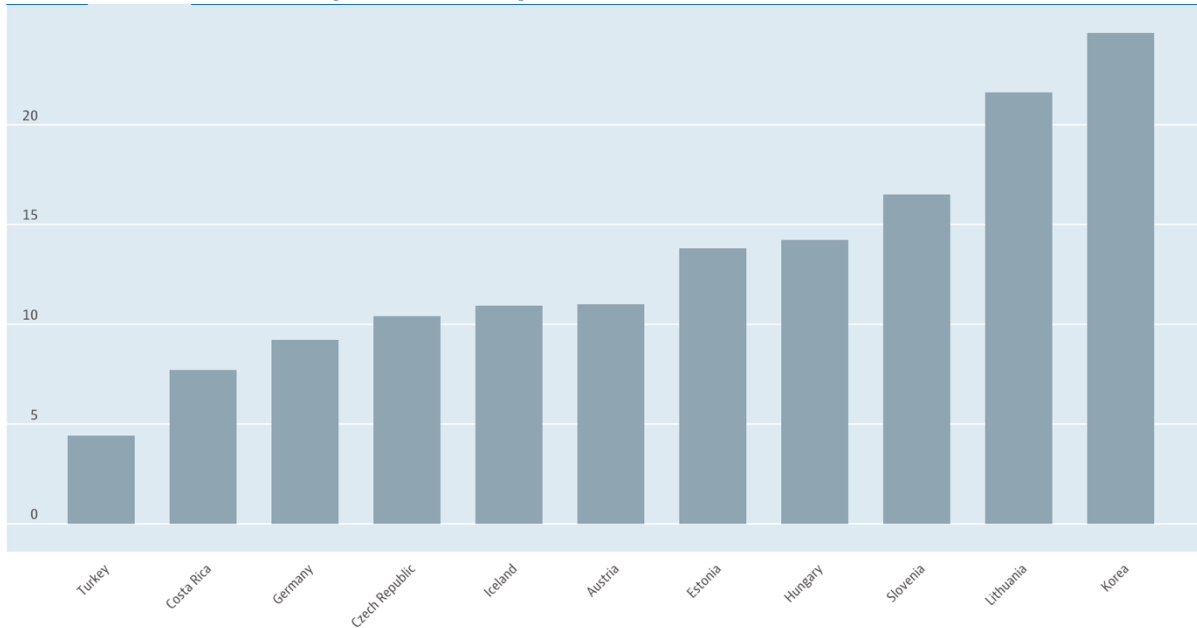


Figura 1. (OCDE, 2022)

### Comparación de tasa de suicidio entre hombres y mujeres

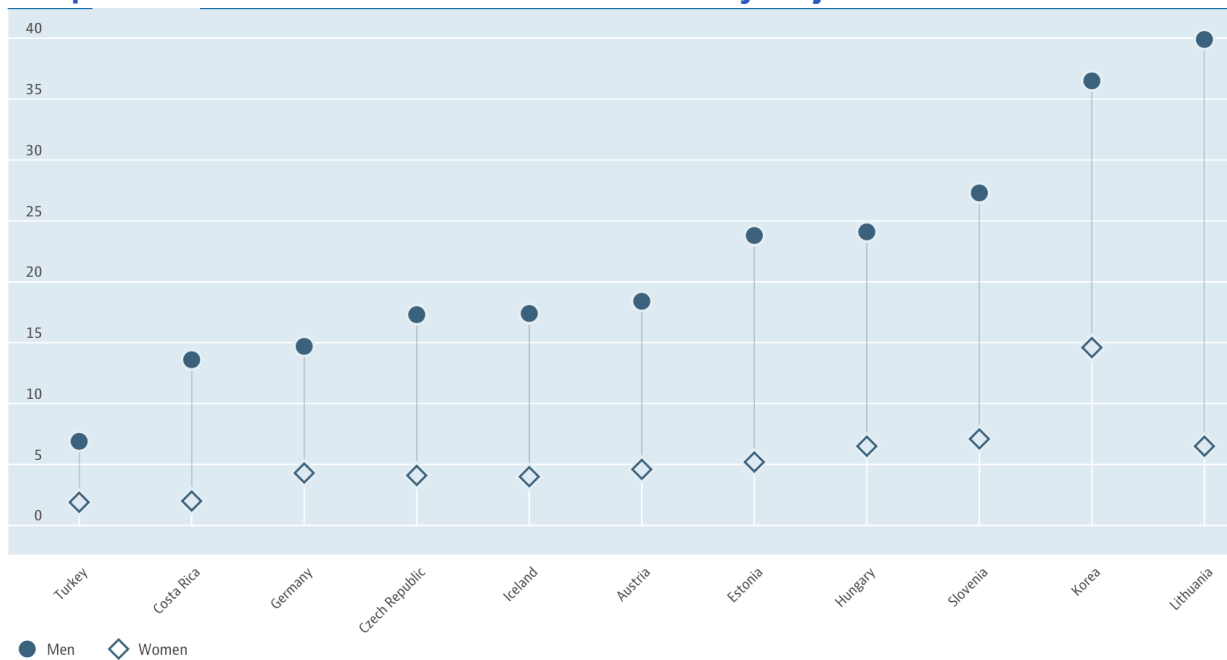


Figura 2. (OCDE, 2022)

En México, según las estadísticas del INEGI (2020), el suicidio se encuentra entre las diez primeras causas de muerte en personas de 10 a 44 años de ambos sexos, por lo que es una de las principales causas de muerte en personas jóvenes y económicamente activas. Representa la tercera causa de muerte en personas de 10 a 24 años, la quinta causa de muerte en personas de 25 a 34 años y la novena en personas de 35 a 44 años. Se reporta un aumento en la tasa de defunciones registradas por suicidio para ambos sexos de 5.0 por cada 100 000 habitantes en 2011 hasta 6.2 en el 2020, siendo el aumento más importante en los hombres (8.2 en 2011 y 10.5 en el 2020) que en las mujeres (1.9 en 2011 y 2.2 en 2020). (Fig. 3)

### Diez principales causas de muerte por grupos de edad en México

Rango	Grupos de edad										Total
	<1	1-4	5-9	10-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	
1	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal 10 120	Accidentes 730	Tumores malignos 432	Accidentes 524	Agresiones (homicidios) 7 445	Agresiones (homicidios) 10 619	COVID-19 13 511	COVID-19 33 391	COVID-19 61 596	Enfermedades del corazón 164 548	Enfermedades del corazón 218 704
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas 4 806	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas 674	Accidentes 394	Tumores malignos 494	Accidentes 5 190	Accidentes 5 616	Agresiones (homicidios) 7 773	Diabetes mellitus 17 799	Diabetes mellitus 34 452	COVID-19 96 762	COVID-19 300 356
3	Influenza y neumonía 647	Influenza y neumonía 368	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas 212	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) 278	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) 2 024	COVID-19 4 933	Enfermedades del corazón 6 391	Enfermedades del corazón 14 970	Enfermedades del corazón 28 184	Diabetes mellitus 91 209	Diabetes mellitus 151 019
4	Accidentes 465	Tumores malignos 357	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos 115	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas 221	Tumores malignos 1 744	Enfermedades del corazón 2 834	Diabetes mellitus 5 562	Tumores malignos 11 239	Tumores malignos 19 224	Tumores malignos 50 025	Tumores malignos 90 603
5	Enfermedades infecciosas intestinales 315	Enfermedades infecciosas intestinales 190	Influenza y neumonía 96	Agresiones (homicidios) 312	Enfermedades del corazón 992	Tumores malignos 2 571	Tumores malignos 5 437	Enfermedades del hígado 8 398	Influenza y neumonía 11 794	Influenza y neumonía 31 847	Influenza y neumonía 58 038
6	Septicemia 282	COVID-19 111	Agresiones (homicidios) 92	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos 127	COVID-19 926	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) 2 042	Accidentes 4 611	Influenza y neumonía 7 302	Enfermedades del hígado 10 212	Enfermedades cerebrovasculares 27 697	Enfermedades del hígado 41 492
7	COVID-19 208	Eventos de intención no determinada 110	Enfermedades del corazón 66	Influenza y neumonía 101	Eventos de intención no determinada 785	Influenza y neumonía 1 679	Enfermedades del hígado 4 468	Agresiones (homicidios) 4 381	Enfermedades cerebrovasculares 4 579	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 19 439	Enfermedades cerebrovasculares 37 021
8	Enfermedades del corazón 128	Agresiones (homicidios) 97	COVID-19 61	Enfermedades del corazón 99	Influenza y neumonía 582	Diabetes mellitus 1 537	Influenza y neumonía 3 473	Accidentes 3 931	Accidentes 3 334	Enfermedades del hígado 16 420	Agresiones (homicidios) 36 773
9	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales 115	Epilepsia 91	Enfermedades infecciosas intestinales 53	COVID-19 88	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas 563	Enfermedades del hígado 1 424	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) 1 483	Enfermedades cerebrovasculares 2 842	Insuficiencia renal 2 542	Insuficiencia renal 9 024	Accidentes 32 366
10	Eventos de intención no determinada 84	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos 81	Epilepsia 51	Eventos de intención no determinada 72	Diabetes mellitus 379	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana 1 391	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana 1 302	Insuficiencia renal 1 578	Agresiones (homicidios) 1 977	Accidentes 6 955	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 21 949

La distribución por sexo se encuentra en el anexo 2 "Tablas 4 y 5 Diez principales causas de muerte por grupos de edad, hombres y mujeres".

Figura 3. (INEGI, 2020)

Las defunciones por suicidio son hasta cinco veces más frecuentes en hombres (Fig. 4). Los hombres fallecen como consecuencia de suicidio entre 4 a 5 veces más que las mujeres; sin embargo, las mujeres llevan a cabo intentos de suicidio 2 a 3 veces más

que los hombres.<sup>11</sup> Es razonable pensar que al ser menos letales y más frecuentes los intentos suicidas realizados por mujeres, un mayor número de ellas acudirán a servicios de salud mental.

### Defunciones por presunto suicidio según grupos de edad y sexo

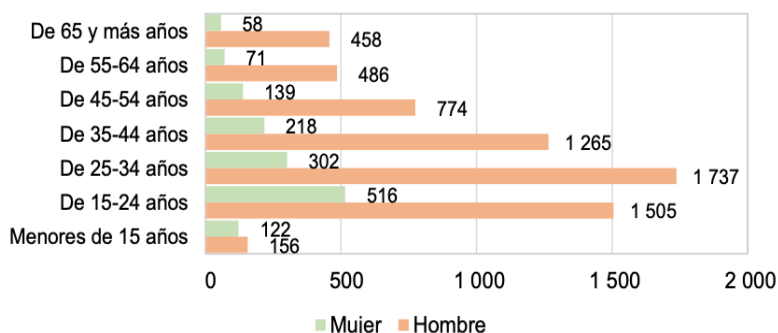


Figura 4. (INEGI, 2020)

En nuestro país, a pesar de los esfuerzos para concientizar a la población y prevenir el suicidio, se ha encontrado que en los últimos diez años ha habido un aumento constante en las tasas de defunciones por suicidio registradas (Fig. 5).

### Tasa de defunciones registrada por suicidio por cada 100 000 habitantes 2011-2020

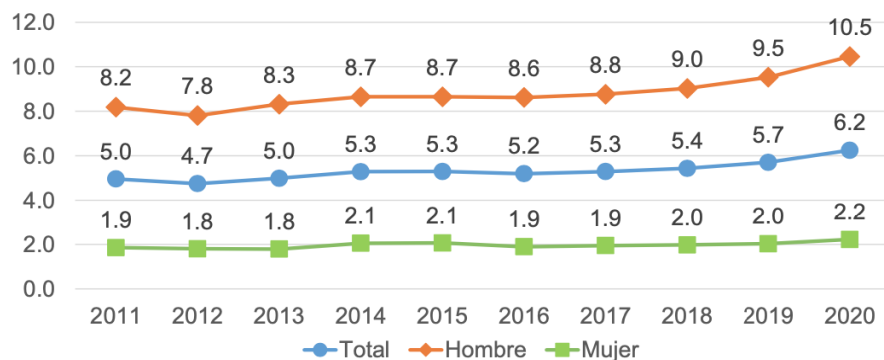


Figura 5. (INEGI, 2020)

En Yucatán, el estado con mayor tasa de suicidio en los últimas dos décadas, es más probable morir por decisión propia que en manos de otra persona. En 2018, el número

de muertes por suicidio llegó a 242 y los homicidios a 59.<sup>12</sup> En 2019 la cifra aumentó: se registraron 247 muertes por suicidio, mientras que las muertes por homicidio disminuyeron a 46.<sup>13</sup> Es decir: un suicidio cada día y medio. El aumento anual de muertes por suicidio ha sido constante en Yucatán y otros estados del Sureste, sin embargo, desde inicios de la pandemia por SARS-CoV-2 se ha registrado un mayor aumento en las tasas de suicidio en los estados del Norte. Se ha reportado una tasa de 14.4 por 100,000 habitantes en el estado de Chihuahua, siendo la mayor por estado en el año 2020. En Yucatán se ha reportado una tasa de 10.4 por 100,000 habitantes , 0.3 más que el año anterior, pero situándose actualmente en el tercer lugar, detrás de Chihuahua y Aguascalientes (Fig. 6).

**Tasa de defunciones por suicidio por entidad federativa de residencia por cada 100,000 habitantes en México.**

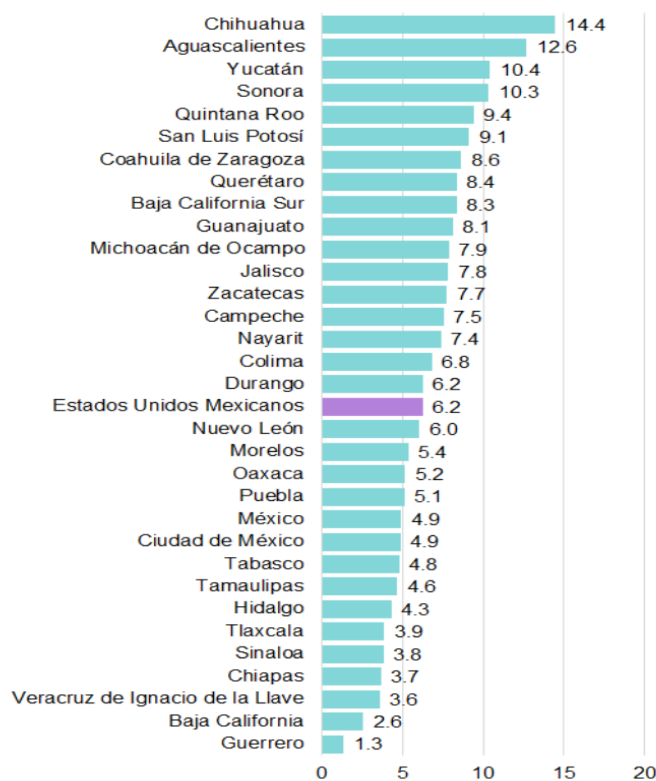


Figura 6. (INEGI, 2020)

## **Consumo de alcohol**

El alcohol es una molécula simple que es tanto hidrófilo como liposoluble, que se difunde fácilmente a través de las membranas y entra de inmediato al torrente sanguíneo. La sustancia se distribuye por todo el cuerpo y los tejidos, llegando con extrema rapidez al cerebro. El etanol tiene una rápida y completa absorción en el tracto gastrointestinal, especialmente el superior. La absorción se potencia dependiendo del tiempo previo de la ingesta de alimentos del individuo, así un estómago vacío absorbe más rápido que un estómago con alimento. Por esta causa, el tiempo para el pico de concentración en sangre varía de 30 a 90 minutos. Del etanol ingerido, 95% se metaboliza a través del alcohol-deshidrogenasa. Cinco por ciento se excreta sin cambios por los pulmones. La mayor parte del metabolismo se lleva a cabo en el hígado, aproximadamente 15% lo hace el estómago por vía de la alcohol-deshidrogenasa en el lecho estomacal.<sup>14</sup>

Se sabe que la administración de alcohol disminuye el metabolismo de glucosa en el cerebro, lo cual es un marcador de actividad cerebral. Sin embargo, los efectos del consumo de alcohol no sólo generan cambios en la actividad cerebral regional, también alteran los patrones de organización funcional encefálica.<sup>14</sup>

A pesar de estos conocimientos y teniendo en cuenta el postulado de que los efectos reforzadores del alcohol son por la activación tanto dopaminérgica como de vías opioides y el efecto ansiolítico es por acción GABAérgica, se desconoce cómo el estado de intoxicación por alcohol genera cambios en las funciones cerebrales. Este cuadro es conocido por cambios en el estado de consciencia que van de la excitación a

la sedación, alteraciones del humor y disminución de las habilidades cognitivas y motoras.<sup>15</sup>

El trastorno por consumo de alcohol es una enfermedad primaria, crónica y con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en su desarrollo y manifestaciones. La enfermedad es comúnmente progresiva y fatal. Se caracteriza por la imposibilidad de control sobre el consumo de alcohol a pesar de las consecuencias usualmente adversas y distorsión del pensamiento. Todos estos síntomas pueden ser continuos o episódicos.<sup>16</sup>

### **Consumo de alcohol y su relación con la conducta suicida**

El alcohol es una de las principales causas de la carga mundial de morbilidad y se sabe que los trastornos por consumo de alcohol son un importante factor de riesgo de suicidio. Las personas con un trastorno por consumo de alcohol corren un alto riesgo de múltiples intentos de suicidio.<sup>17,18</sup> El riesgo de comportamiento suicida, como intentos de suicidio y suicidio consumado, en individuos dependientes del alcohol es epidemiológica y clínicamente significativo.<sup>19</sup>

El consumo agudo de alcohol (AUA por sus siglas en inglés) y el trastorno por consumo de alcohol (AUD por sus siglas en inglés) son constructos correlacionados pero distintos. Por ejemplo, AUA es un potente factor de riesgo para el comportamiento suicida después de un cambio en el patrón de consumo crónico (AUD), y muchos actos de suicidio entre personas con antecedentes de AUD ocurren fuera de los períodos de intoxicación aguda. Una revisión empírica de estudios publicados informó que una

mediana del 37% de los suicidios y el 40% de los intentos de suicidio están precedidos por AUA.<sup>20</sup>

El consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas representa un serio problema de salud que se ha incrementado de manera paralela al número de intentos suicidas registrados en los hospitales de la Ciudad de México. Asimismo, constituye una puerta de entrada al pensamiento suicida, ya que provoca estados depresivos transitorios o desinhibición de conductas autodestructivas.<sup>21</sup>

Tanto la depresión como el trastorno por consumo de alcohol tienen una alta prevalencia dentro de la población general. Diversos estudios epidemiológicos representativos han mostrado una prevalencia a lo largo de la vida de hasta un 16,2 % de depresión y de un 5,2 % de trastorno por consumo de alcohol. Además, la depresión y el trastorno por consumo de alcohol son frecuentemente comórbidos y se predicen mutuamente. El suicidio se asocia tanto con depresión como con trastorno por consumo de alcohol. Los pacientes que presentan esta comorbilidad tienen un mayor deterioro y una mayor tasa de conducta suicida.<sup>22</sup>

En un estudio realizado por en 2008, donde se comparó un grupo de pacientes que padecían depresión y trastorno por consumo de alcohol con un grupo de pacientes que solo tenían depresión, se concluyó que los pacientes con depresión y trastorno por consumo de alcohol eran mayoritariamente hombres y de edad más joven. Además, los pacientes con trastorno por consumo de alcohol presentaban un mayor número de



episodios depresivos, una edad menor al primer ingreso hospitalario, mayores intentos de suicidio y la edad del primer intento era menor que el grupo control.<sup>23</sup>

El alcohol es un factor de riesgo importante para la conducta suicida. En un metaanálisis de 42 estudios de cohortes diferentes se identificó un aumento de casi 10 veces en tasas de mortalidad estandarizada por suicidio en pacientes con trastorno por consumo de alcohol. Se ha mostrado hasta un 69% de consumo de alcohol agudo en víctimas de suicidio y un 73% en intentos de suicidio. Por otro lado, se ha demostrado que la asociación entre el trastorno por consumo de alcohol y suicidio es más fuerte en mujeres. Se ha concluido que el factor de riesgo más importante para la conducta suicida en pacientes con trastorno por consumo de alcohol es la presencia de un trastorno depresivo.<sup>24</sup>

Entre los hombres, las probabilidades de un trastorno secundario fueron 1,34 veces mayores (IC 95%, 0.32 – 5.59) para aquellos con dependencia al alcohol en comparación con los que padecen depresión; entre las mujeres, aquellas con dependencia a alcohol tenían 7.51 veces más probabilidades de desarrollar un trastorno secundario que las con depresión (95% IC, 2.82 – 19.98). Estos resultados sugieren que, entre las mujeres, la dependencia primaria del alcohol es un precursor mucho más probable de la depresión mayor que la depresión primaria del alcoholismo secundario.<sup>25</sup>

En un estudio realizado en República de Corea, con una muestra representativa de su población (N= 29,995), se evaluaron la percepción del estrés, el estado de ánimo deprimido y la ideación suicida para evaluar la angustia psicológica de los participantes. Se utilizó AUDIT para distribuir a la población en cuatro zonas según el nivel de riesgo que conlleva el patrón de consumo que presentan. Como resultado se encontró que en la Zona 4 del AUDIT, el riesgo de percepción de estrés fue 2.30 veces mayor, el riesgo de estado de ánimo deprimido fue 3.03 veces mayor y el riesgo de ideación suicida fue 3,17 veces mayor que en la Zona 1. Además, los riesgos de malestar psicológico también fueron más altos en las Zonas 2 y 3 que en la Zona 1.<sup>26</sup> (Fig. 7)

**OR ajustados de angustia psicológica (percepción de estrés, ánimo depresivo e ideación suicida) para niveles de consumo de alcohol y AUDIT.**

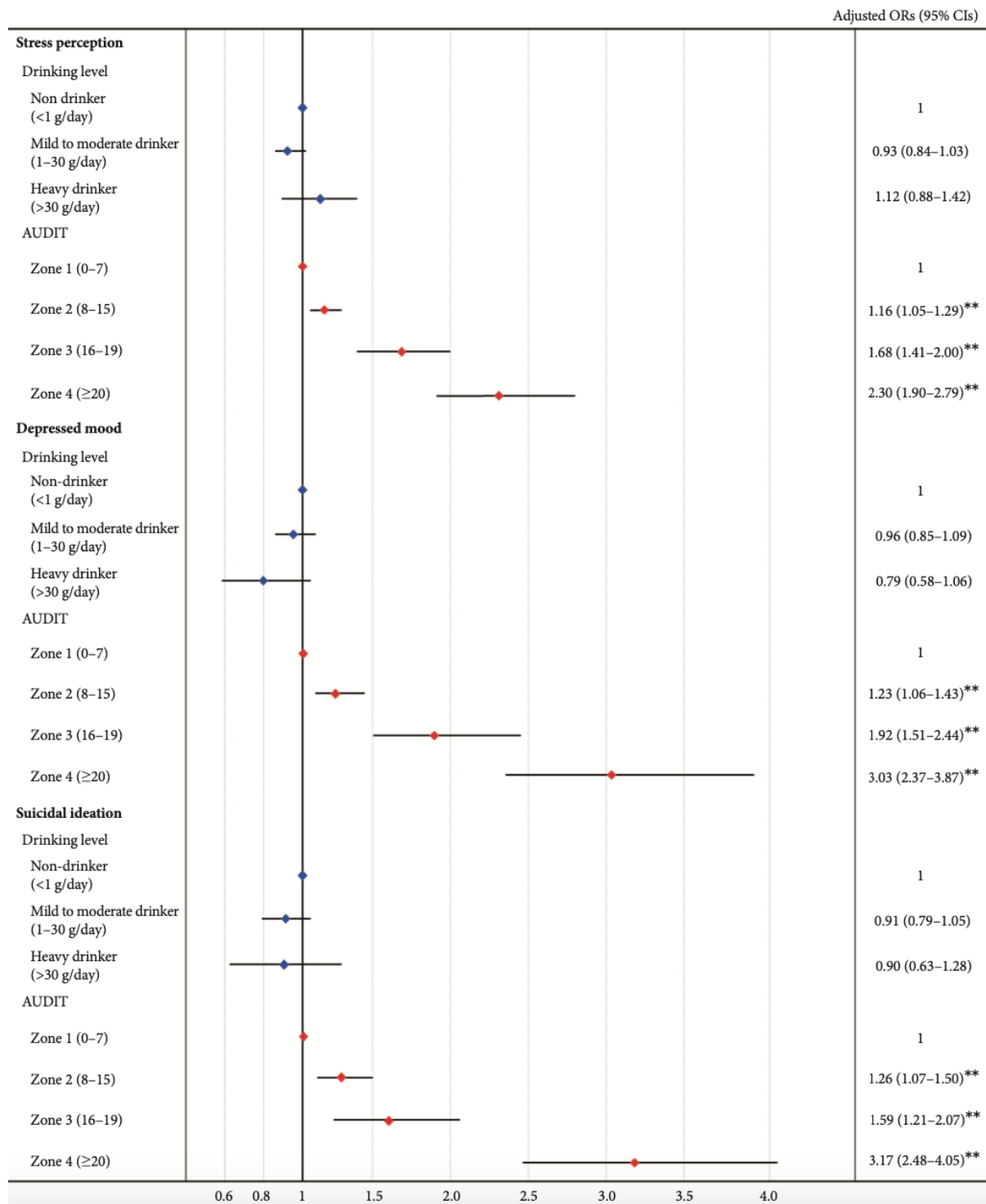


Figura 7. (Jeong J E, 2019)

En un estudio realizado por Bae en 2015, en el que se incluyeron 19 292 hombres y 23 055 mujeres, se midieron las asociaciones de cuatro tipos de patrones de consumo de

alcohol (frecuencia de consumo, cantidad de consumo, frecuencia de episodios de amnesia transitoria (*blackouts*) y puntaje AUDIT categorizado) con ideación suicida e intentos de suicidio en hombres y mujeres.

En los hombres, no se encontraron asociaciones significativas entre la frecuencia o la cantidad de bebida y la conducta suicida. Una frecuencia superior a la semanal de lagunas alcohólicas se asoció con una OR para ideación suicida de 2,14 (IC del 95 %, 1,47 a 3,13), y las puntuaciones del AUDIT de 20 y más se asociaron con una OR para ideación suicida de 1,68 (IC del 95 %, 1,47 a 3,13). IC, 1,28 a 2,10). Las pruebas de tendencia para la ideación suicida fueron estadísticamente significativas según la frecuencia de episodios de amnesia transitoria y las puntuaciones del AUDIT. Una frecuencia superior a la semanal de *blackouts* se asoció con un OR para el intento de suicidio de 2,37 (IC del 95 %, 1,14 a 4,94), pero la tendencia no fue significativa.

Una frecuencia de consumo de alcohol de dos a tres veces por semana se asoció con un OR para ideación suicida de 1,41 (IC del 95 %, 1,11 a 1,80), y una frecuencia de consumo de más de cuatro veces por semana se asoció con un OR=1,57 (IC 95%, 1,12 a 2,20) para ideación suicida. El consumo de tres o más tragos por ocasión se asoció con la ideación suicida, que fue significativamente mayor que lo observado para los no bebedores. Una frecuencia superior a la semanal de episodios de amnesia transitoria se asoció con un OR para ideación suicida de 2,16 (IC del 95%, 1,20 a 3,89). Las puntuaciones AUDIT más altas se asociaron con un OR significativamente mayor para la ideación suicida. Se encontró que las tendencias de ideación suicida eran

estadísticamente significativas para todos los patrones de consumo de alcohol que se analizaron. Una frecuencia de consumo de alcohol de cuatro veces por semana o más se asoció con un OR para intentos de suicidio de 2,85 (IC del 95 %, 1,18 a 6,87), y las puntuaciones del AUDIT de 20 o más se asociaron con un OR para intentos de suicidio de 2,64 (IC del 95 %, 1,18 a 6,87). IC, 1,17 a 5,96).

### Resultados de la regresión logística sobre las asociaciones de los patrones de consumo de alcohol con la ideación suicida y los intentos de suicidio por sexo

	Masculino				Femenino			
	idea suicida		Intentos de suicidio		idea suicida		Intentos de suicidio	
	OR (95% IC)	p de tendencia	OR (95% IC)	p de tendencia	OR (95% IC)	p de tendencia	OR (95% IC)	p de tendencia
Frecuencia de alcohol		0.50		0.43		0.004		0.09
<b>Bebiendo</b>								
Nunca	1.00 (referencia)		1.00 (referencia)		1.00 (referencia)		1.00 (referencia)	
Menos de mensual	1,01 (0,73, 1,40)		0,54 (0,14, 2,02)		1,22 (1,06, 1,40)		1,11 (0,63, 1,95)	
Mensual	0,79 (0,54, 1,14)		0,99 (0,40, 2,47)		1,02 (0,83, 1,25)		1,17 (0,52, 2,63)	
2-4 veces/mes	0,87 (0,65, 1,18)		0,87 (0,35, 2,18)		1,13 (0,95, 1,34)		1,16 (0,61, 2,22)	
2-3 veces/semana	0,88 (0,65, 1,20)		0,84 (0,39, 1,80)		1,41 (1,11, 1,80)		1,26 (0,58, 2,75)	
≥ 4 veces/semana	1,22 (0,91, 1,64)		1,26 (0,63, 2,52)		1,57 (1,12, 2,20)		2,85 (1,18, 6,87)	
Cantidad de consumo de alcohol por ocasión (bebidas)		0.05		0.08		<0.001		0.18
0	1.00 (referencia)		1.00 (referencia)		1.00 (referencia)		1.00 (referencia)	
1-2	0,83 (0,61, 1,12)		0,85 (0,36, 2,03)		1,06 (0,93, 1,21)		1,03 (0,59, 1,79)	
3-4	0,99 (0,73, 1,34)		0,81 (0,35, 1,87)		1,34 (1,13, 1,59)		1,35 (0,69, 2,65)	
5-6	0,88 (0,64, 1,21)		1,04 (0,40, 2,74)		1,27 (1,01, 1,59)		2,24 (1,13, 4,41)	
7-9	1,10 (0,80, 1,50)		0,89 (0,41, 1,95)		1,51 (1,14, 2,00)		0,51 (0,18, 1,48)	
≥10	1,02 (0,74, 1,40)		1,07 (0,49, 2,36)		1,84 (1,28, 2,65)		1,92 (0,80, 4,60)	
Frecuencia de alcohol apagones		<0.001		0.17		<0.001		0.06
Nunca	1.00 (referencia)		1.00 (referencia)		1.00 (referencia)		1.00 (referencia)	
Menos de mensual	1,13 (0,91, 1,41)		0,87 (0,43, 1,78)		1,63 (1,29, 2,07)		1,19 (0,60, 2,38)	
Mensual	1,17 (0,90, 1,52)		0,64 (0,26, 1,57)		1,42 (0,99, 2,05)		1,76 (0,71, 4,40)	
Más de una vez por semana	2,14 (1,47, 3,13)		2,37 (1,14, 4,94)		2,16 (1,20, 3,89)		2,51 (0,82, 7,65)	
Puntuaciones AUDIT categorizadas		<0.001		0.36		<0.001		0.01
0-7	1.00 (referencia)		1.00 (referencia)		1.00 (referencia)		1.00 (referencia)	
8-15	1,16 (0,94, 1,43)		0,38 (0,18, 0,83)		1,41 (1,17, 1,71)		1,38 (0,77, 2,49)	
16-19	1,12 (0,85, 1,47)		1,31 (0,61, 2,82)		1,52 (1,01, 2,30)		1,90 (0,66, 5,41)	
≥20	1,68 (1,28, 2,10)		1,31 (0,66, 2,61)		2,65 (1,68, 4,17)		2,64 (1,17, 5,96)	

Ajustado por edad, número de miembros del hogar, nivel educativo, nivel de ingresos del hogar, región, situación laboral, vivir solo, seguro privado, tabaquismo OR, odds ratio, IC, intervalo de confianza, AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test.

Fig. 8 (Bae HC, 2015)

Se encontró que las puntuaciones del AUDIT se asociaron con la ideación suicida en los hombres y con la ideación suicida y los intentos de suicidio en las mujeres. Especialmente en las mujeres, las puntuaciones AUDIT más altas se asociaron con OR significativamente más altas para la ideación suicida que las que se encontraron con puntuaciones AUDIT de 7 o menos, y se observó una tendencia a que las OR más altas para la ideación suicida se correlacionaron con puntuaciones AUDIT más altas.<sup>8</sup> (Fig. 8)

Dos estudios han demostrado que el uso agudo de alcohol aumenta el riesgo de comportamiento suicida<sup>27</sup> y entre aquellos con antecedente de trastorno por consumo de alcohol, muchos casos de comportamiento suicida ocurren fuera de los casos de intoxicación aguda.<sup>28</sup>

En personas en las que se ha descrito un alto riesgo suicida aún en ausencia de un trastorno depresivo, se ha encontrado que quienes cuentan con el diagnóstico de trastorno límite de personalidad (TLP) cuentan con tasas de suicidio de hasta un 10%, mientras que los intentos de suicidio son aún más frecuentes y se consideran uno de los motivos de consulta urgente más importantes de estos pacientes. Así, estudios epidemiológicos muestran que el 60-70% de los pacientes con TLP llevan a cabo intentos de suicidio, y por término medio realizarán 3.3 intentos de suicidio a lo largo de su vida. Un hecho que destaca la importancia de la conducta suicida en el TLP es su inclusión en los criterios diagnósticos del trastorno, tanto en el DSM-5 como en la CIE-10. Así encontramos que en el DSM-5 se requiere de la presencia de

«comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación» y en la CIE-10 de “reiteradas amenazas o actos de autoagresión”.<sup>29,30</sup>

En las personas con TLP la vivencia de eventos adversos puede dar lugar a momentos de desbordamiento emocional y generar disfunción psicosocial de días a semanas de duración. Estas situaciones de crisis son un motivo frecuente de atención en los servicios de urgencias y se presentan con una serie de síntomas y conductas disruptivas, entre los que destaca la conducta suicida.<sup>31</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Debido a que no se han realizado estudios específicos sobre el consumo de alcohol en pacientes del HPFBA, consideramos necesario la realización de un estudio que nos ayude a conocer la prevalencia e intensidad del consumo de alcohol, según el diagnóstico psiquiátrico primario, en pacientes que ameritan internamiento secundario a un intento suicida reciente para su adecuado tratamiento y seguimiento a su egreso.

### **Pregunta de investigación**

¿Cuál es la severidad del consumo de alcohol en pacientes que presentaron un intento suicida reciente y cuál es la gravedad del riesgo suicida asociado?

## **JUSTIFICACIÓN**

Existe amplia literatura sobre la patología dual entre los trastornos depresivos y el consumo de alcohol donde destaca la importancia de tratar el consumo perjudicial de alcohol para el éxito del tratamiento antidepresivo. En nuestra institución, se suele

establecer el diagnóstico de consumo perjudicial de alcohol cuando éste es intenso, sin embargo, se sabe que incluso el consumo leve o moderado empobrece el pronóstico, disminuyendo la probabilidad de remisión y aumentando el riesgo de recurrencia de los síntomas depresivos. Al ser el suicidio consumado la consecuencia más grave y prevenible de un trastorno depresivo descontrolado o en un contexto de desregulación emocional asociado a un trastorno grave de la personalidad. En ambos casos, el consumo de alcohol puede precipitar dicho acontecimiento. Debido a lo anterior, es importante identificar y medir dicho consumo para poder intervenir de la forma que corresponda según la gravedad.

En nuestra institución, se han realizado pocos estudios que analicen la asociación de consumo de sustancias con la conducta suicida, mientras que ninguno de ellos mide de forma específica el consumo de alcohol.

En un estudio presentado en 2011 como protocolo de tesis, se propuso el objetivo de identificar los síntomas de psicopatología general por SCL-90-R que predominan en pacientes de la Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos y Observación con abuso o dependencia a sustancias psicoactivas e intento o ideación suicida. Se reclutaron a 117 pacientes con intento o ideación suicida como motivo de internamiento, así como con abuso o dependencia a sustancias psicoactivas a quienes se les aplicó la Lista de Síntomas Limitados 90 (SCL-90-R), Abuso y Dependencia de alcohol de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas de la MINI, Dependencia a Nicotina de Fagerström y Entrevista Diagnóstica de Trastornos de Personalidad (SCID-II). Desafortunadamente,



debido al gran número de variables medidas, se encontraron pocas asociaciones significativas. El autor explica que una limitación del estudio es que se requieren más estudios con mayor población para determinar una asociación específica por cada sustancia.<sup>32</sup>

En un segundo estudio realizado en 2018, en el que el objetivo fue determinar los factores de riesgo sociodemográficos de los pacientes hospitalizados en la UCEP. Se obtuvo información directa de los expedientes de pacientes atendidos en el HPFBA durante 2016 que hubiesen ingresado por intento suicida, como factores sociodemográficos de riesgo se consideró: edad, género, nivel educativo, tipo de familia, nivel económico, ocupación y religión, entre otros. Para el análisis estadístico se empleó estadística descriptiva paramétrica y no paramétrica según fuera el nivel de medición de la variable a tratar, así como asociación de variables con  $\chi^2$ , y para identificar el riesgo se llevó a cabo un análisis de razón de productos cruzados (OR con IC al 95%). Se encontró que el riesgo es significativo mayor para las mujeres con un riesgo de 6.8 veces más que para hombres; tener más de un internamiento o haber cometido más de una vez el intento de suicidio incrementa el riesgo en 7.6 veces y en el caso de tener un nivel educativo básico, es decir de primaria a bachillerato, el riesgo de suicidio aumenta en 1.2.<sup>33</sup>

### **Objetivos generales**

- Identificar el patrón de consumo de alcohol en pacientes que se encuentran hospitalizados debido a un intento suicida reciente.

## **Objetivos específicos**

- Medir la severidad del consumo de alcohol en pacientes que se encuentran hospitalizados debido a un intento suicida reciente.
- Medir el grado de riesgo suicida en pacientes hospitalizados debido a un intento suicida reciente
- Determinar si existe una relación entre la severidad del consumo de alcohol con el riesgo suicida.

## **Hipótesis**

H0: El riesgo suicida será similar independientemente de la gravedad del consumo de alcohol.

H1: Una mayor gravedad de consumo de alcohol se asociará a mayor riesgo suicida.

## **Método**

### **Tipo de estudio**

Observacional, descriptivo, transversal y ambilectivo.

### **Muestra**

Pacientes que se encuentren internados debido a un intento suicida reciente, en el servicio de Observación o Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos del HPFBA.

Considerando el objetivo principal del estudio, la ecuación estadística para determinar el tamaño de muestra fue la correspondiente a estimar una proporción en una población finita, los datos que sustentaron la proporción esperada derivan de la información reportada por Boenisch y colaboradores, quienes encontraron una

proporción de 7% sujetos con trastorno por consumo de alcohol en pacientes con intento suicida.<sup>34</sup>

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

n = Población total

Z = Nivel de confianza deseado

p = Proporción de la población con la característica deseada (éxito=Consumo de alcohol presente)

q = Proporción de la población sin la característica deseada (fracaso= Consumo de alcohol ausente)

e = Nivel de error aceptable en la estimación del parámetro

N = tamaño de la población

Nivel de confianza del 95%

Precisión absoluta 5%

Población total: 10000

p = 50%

Asumiendo los datos descritos previamente, el despeje de la muestra en el programa para análisis epidemiológico de datos tabulados (EPIDAT) v.3.1, resultó en un tamaño de muestra de 100 sujetos para estimar la proporción poblacional esperada, se adiciona el 10% de pérdidas por lo que el tamaño de muestra se calcula en 110 sujetos.

## **Criterios de selección**

### **Criterios de inclusión:**

- Personas de ambos sexos.
- Edad de 18 a 60 años.
- Pacientes hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez debido a un intento suicida reciente.
- Paciente que entiendan y firmen el consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes menores de edad o adultos mayores.
- Pacientes que presentan ideación suicida sin haber cometido un intento suicida.
- Pacientes que presenten síntomas psicóticos al momento de la entrevista.
- Pacientes que integren un síndrome de intoxicación aguda por alcohol.
- Pacientes que integren un síndrome de abstinencia aguda por alcohol.
- Pacientes que no acepten participar en el estudio.
- Pacientes que se nieguen a firmar el consentimiento informado.

### **Criterios de eliminación:**

- Pacientes que se deseen retirar del estudio.

## **Variables**

<b>Nombre</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Nivel de medición</b>	<b>Indicador</b>
---------------	------------------------------	-------------------------------	--------------------------	------------------

Riesgo suicida	Se define como la posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida.	Escala de Riesgo Suicida de Plutchik. Se considera un punto de corte de 6, sin embargo, para fines de este proyecto, se tomará el puntaje resultante como base para determinar el riesgo suicida de forma proporcional. A mayor puntaje, mayor riesgo suicida, independientemente del punto de corte.	Cuantitativa Discreta Dependiente	0 a 15 puntos
Patrón de consumo de alcohol	Hábito en el consumo de alcohol que puede ser estar relacionado al riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de alcohol o daño en cualquier otro órgano	Nivel de riesgo del consumo de alcohol según el AUDIT (Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol).	Cuantitativa Ordinal Independiente	Zona I (0-7 puntos) Zona II (8-15 puntos) Zona III (16-19 puntos) Zona IV (20-40 puntos)
Impulsividad	Predisposición a actuar o reaccionar de forma rápida, espontánea o inesperada ante estímulos o situaciones externas o internas sin existir una reflexión previa acerca de las posibles consecuencias de los comportamientos adoptados.	Escala de impulsividad de Barratt (BIS-11), que mide en tres subescalas la impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planeada.	Cuantitativa Discreta Dependiente	0 a 120 puntos
Edad	Años vividos desde el nacimiento	Cuestionario sociodemográfico	Cuantitativa Discreta Independiente	Edad en años
Sexo	Conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos que los definen como hombre y mujer	Cuestionario sociodemográfico	Cualitativa Nominal Dicotómica Independiente	Mujer Hombre
Escolaridad	Grado máximo de estudios alcanzado	Cuestionario sociodemográfico	Nominal Categoría Independiente	Educación básica, Educación media, Educación superior.
Ocupación y condición laboral	Descripción de su actividad laboral y situación laboral actual	Cuestionario sociodemográfico	Nominal Categoría Independiente	Sin ocupación, ocupación no remunerada, ocupación remunerada.
Comorbilidades	Enfermedad crónica conocida. Incluye padecimientos cardiovasculares, endócrinos, gastrointestinales, infecciosas, oncológicas, pulmonares, renales y reumáticas.	Expediente y confirmación directa	Nominal Categoría Politémica Independiente	Cardiovasculares, endócrinas, gastrointestinales, hematológicas, infecciosas, neurológicas, oncológicas, pulmonares, renales, reumáticas, etc.

Comorbilidadespsiquiátricas	Diagnóstico psiquiátrico secundario. Eje I (Síndromes psiquiátricos clínicos), Eje II (Trastornos específicos del desarrollo), Eje III (Nivel intelectual), Eje IV (Condiciones médicas), Eje V (Situaciones psicosociales), Eje VI (Evaluación global de la discapacidad.	Expediente y confirmación directa	Nominal Categórica Politómica Independiente	Presencia de algunas comorbilidad psiquiátrica conocida de cualquier eje.
-----------------------------	---	-----------------------------------	---	---

## **Instrumentos**

### 1. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

Es una escala diseñada para evaluar el riesgo suicida. Constaba inicialmente de 26 ítems, pero posterior a la validación en español fue reducida a 15 ítems. Sus opciones de respuesta son “sí” o “no”, por lo que la puntuación es de 0 a 15 y se considera que una puntuación igual o mayor a 6 indica la presencia de riesgo suicida con una sensibilidad y especificidad del 88%. Incluye cuestiones relacionadas con intentos suicidas previos, intencionalidad de la ideación actual, sentimientos de depresión y desesperanza, y otros aspectos relacionados con las tentativas.

### 2. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)

Fue desarrollado y evaluado a lo largo de un período de dos décadas, habiendo demostrado que proporciona una medida correcta del riesgo según el género, la edad y las diferentes culturas. Evalúa tres dominios: consumo de riesgo de alcohol (frecuencia de consumo, cantidad típica, frecuencia del consumo elevado), síntomas de

dependencia (pérdida del control sobre el consumo, aumento de la relevancia del consumo, consumo matutino) y consumo perjudicial de alcohol (Sentimiento de culpa tras el consumo, lagunas de memoria, lesiones relacionadas con el alcohol, otros se preocupan por el consumo). Comprende diez preguntas sobre consumo reciente, síntomas de la dependencia y problemas relacionados con el alcohol. Se trata de la primera prueba de tamizaje diseñada específicamente para su uso en el ámbito de la atención primaria. Cuenta con una estandarización transnacional: El AUDIT ha sido validado en pacientes de atención primaria en seis países (Noruega, Australia, Kenia, Bulgaria, México y los Estados Unidos de América). Es la única prueba de tamizaje diseñada específicamente para uso internacional. Para su validación se reclutaron cerca de 2000 pacientes de diversos servicios sanitarios en dichos países.

Identifica el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, así como una posible dependencia. Es consistente con las definiciones de la CIE-10 de dependencia y de consumo perjudicial de alcohol.

La sensibilidad y especificidad de cada uno de los ítems seleccionados para el cuestionario fueron calculadas para múltiples criterios. En las muestras de desarrollo del test, un valor de corte de 8 puntos condujo a una sensibilidad en el AUDIT para diversos índices de consumo problemático que se situaba generalmente por encima de 0,90. La especificidad en los diversos países y entre los diversos criterios se situaba como media en valores superiores de 0,80.

Cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas a elegir y cada respuesta tiene una escala tipo Likert de puntuación de 0 a 4. Todas las puntuaciones de las respuestas deben entonces ser sumadas para obtener el total. Se recomiendan unas puntuaciones totales iguales o mayores a 8 como indicadores de consumo de riesgo y consumo perjudicial, así como de una posible dependencia al alcohol. (Una puntuación de corte 10 proporciona una mayor especificidad a expensas de una menor sensibilidad). Debido a que los efectos del alcohol varían según el peso medio y diferencias en el metabolismo, al reducir el corte en un punto, a una puntuación de 7 para todas las mujeres y a los varones mayores de 65, se incrementa la sensibilidad para estos grupos poblacionales.

A partir de la experiencia adquirida en la utilización del AUDIT en estudios de investigación, se ha sugerido que se debe dar la siguiente interpretación a las puntuaciones del AUDIT, así como su respectiva intervención:

Nivel de riesgo:

- Zona I (0-7 puntos): Educación sobre el alcohol.
- Zona II (8-15 puntos): Consejos simples.
- Zona III (16-19 puntos): Consejo simple más terapia breve y monitorización continuada.
- Zona IV (20-40 puntos): Derivación al especialista para una evaluación diagnóstica y tratamiento.

### 3. Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11)



La Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11; Patton et al., 1995) es un cuestionario diseñado para evaluar la impulsividad. Consta de 30 ítems que se dividen en tres subescalas: Impulsividad Cognitiva (Atención) (8 ítems: 4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27), Impulsividad Motora (10 ítems: 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29) e Impulsividad no planeada (12 ítems: 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 28 y 30). Cada ítems consta de cuatro opciones de respuesta (0 raramente o nunca; 1 ocasionalmente; 3 a menudo; 4 siempre o casi siempre). Desde el punto de vista clínico, posee mayor relevancia el valor cuantitativo de la puntuación total. Los ítems 1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 30 tienen una puntuación inversa. La puntuación de cada subescala se obtiene sumando las puntuaciones parciales obtenidas en cada uno de sus ítems. La puntuación total se obtiene de la suma de todos los ítems. Puede ser auto o heteroaplicada.

No existe un punto de corte propuesto. Cuenta con puntaje total de 0 a 120, que se traduce de forma proporcional a la severidad de la impulsividad. No existe un punto de corte propuesto, pero estudios previos han usado el puntaje de 74.

## **Procedimiento**

Se presentará el protocolo de estudio a los Comités de ética en Investigación y de Investigación del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” para la realización de correcciones y su aprobación.

Posterior a su aprobación, se solicitará la autorización a los subdirectores de hospitalización y servicios ambulatorios, los jefes de los diversos servicios y clínicas del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” y de la jefa de enseñanza, para realizar la búsqueda de los pacientes con las características ya mencionadas, proporcionando una copia del consentimiento informado, explicando el procedimiento de manera detallada, el manejo de la información y los resultados del estudio.

El autor de la tesis evaluará a los pacientes que se encuentren hospitalizados en los servicios especiales del HPFBA, que hayan ameritado su internamiento por intento suicida reciente.

Se medirá la intensidad del consumo de alcohol en el último año mediante la aplicación del cuestionario AUDIT a todos los pacientes que acepten participar en el estudio. Posteriormente se aplicará la escala de riesgo suicida de Plutchik para determinar el riesgo suicida en pacientes de reciente ingreso a la institución.

## **Consideraciones Éticas**

Este proyecto tomará en cuenta en todo momento los principios bioéticos.

Todas las entrevistas, toma de datos y de muestras se conducirán en forma privada, ante cualquier signo o sugerencia de estrés o incomodidad, el sustentante podrá finalizar la entrevista. Al concluir la participación de cada sustentante, será invitado a hacer las preguntas que considere necesarias relacionadas al estudio.

### Investigación con riesgo mínimo

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

establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación.

Es importante señalar que la información que se obtenga será resguardada y será estrictamente confidencial, únicamente usada para fines de este estudio, y los datos clínicos de los pacientes que den un indicio de que es urgente intervenir médicamente serán dados a conocer al médico tratante, se dejará una nota en el expediente clínico, para que el responsable correspondiente tome las decisiones que considere necesarios.

## **ANÁLISIS DE DATOS**

La estadística descriptiva incluyó medidas de tendencia central y de dispersión, las variables categóricas expresadas como medidas de frecuencia absoluta y relativa y las variables cuantitativas continuas como media y desviación estándar (DE) o mediana y rangos intercuartilares (RIQ) según corresponda a la distribución de frecuencias. La normalidad de las variables incluidas será analizada con la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Para el análisis de contraste de las características de los pacientes se utilizará la Chi cuadrada para variables categóricas, y la prueba de t de Student o de U de Mann Whitney para muestras independientes para las variables continuas acorde a la distribución de los datos. Se realizaron correlaciones de la puntuación de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik con el puntaje del AUDIT por medio de los coeficientes de Pearson ( $r$ ) o Spearman ( $\rho$ ) de acuerdo a la distribución y el tipo de variables. Las variables con correlación significativa fueron incluidas en la construcción de modelos de regresión lineal múltiple o regresión logística para identificar asociación. El análisis se realizará en el software Stata MP versión 14.

## RESULTADOS

Se obtuvo una muestra total de 78 pacientes que accedieron participar al estudio entre los cuales se encuentran 47 mujeres y 31 hombres, a los cuales se les aplicaron las tres escalas mencionadas. En la tabla 1 se encuentra la distribución por escolaridad, ocupación y presencia de comorbilidades.

Tabla 1. **Características sociodemográficas**

<b>Variable</b>	<b>Total (%)</b>
Sexo	
<b>Mujer</b>	47 (60.25)
<b>Hombre</b>	31 (39.75)
Escolaridad	
<b>Básica</b>	8 (10.25)
<b>Media</b>	41 (52.57)
<b>Superior</b>	29 (37.18)
Ocupación	
<b>Remunerada</b>	32 (41.02)
<b>No remunerada</b>	20 (25.64)
<b>Sin empleo</b>	26 (33.34)
Comorbilidades médicas	
<b>Presente</b>	17
<b>Ausente</b>	61
Comorbilidades psiquiátricas	
<b>Trastorno ansioso</b>	14
<b>Trastorno de estrés postraumático</b>	7
<b>Trastorno de la conducta alimentaria</b>	3
<b>Trastorno por déficit de atención e hiperactividad</b>	4
<b>Trastorno de la personalidad</b>	3
<b>Trastorno por consumo de otras sustancias</b>	15

Se realizó el cálculo de la mediana de edad, el puntaje total del AUDIT sin clasificar por zona, la impulsividad y el riesgo suicida, así como el rango intercuartil, los cuales se encuentran en la tabla 2.

Tabla 2. **Puntuación total de las escalas aplicadas**

<b>Variable</b>	<b>Mediana (RI* 25-75)</b>
<b>Edad</b>	25 (21-34)
<b>Audit puntaje</b>	8 (2-18)
<b>Impulsividad</b>	67.5 (54-81)
<b>Riesgo Suicida</b>	11 (9-12)

\*RI: rango intercuartil

Al encontrar elevada prevalencia de comorbilidades psiquiátricas diferentes a trastorno depresivo y trastorno por consumo de alcohol, se decidió dividirlos por subtipos. Se exponen a continuación en la tabla 3, donde se observa como principal comorbilidad el consumo de otras sustancias, seguido por los trastornos ansiosos.

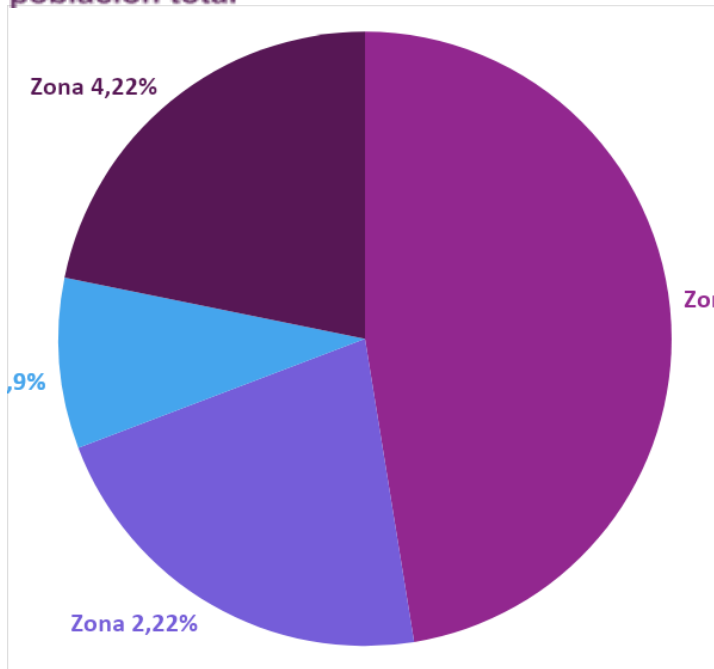
Tabla 3. **Comorbilidades psiquiátricas**

<b>Comorbilidades</b>	<b>AUDIT</b>			
	<b>Zona 1</b>	<b>Zona 2</b>	<b>Zona 3</b>	<b>Zona 4</b>
<i>Consumo de otras sustancias</i>	5	5	1	5
<i>T. ansioso</i>	8	2	1	3
<i>TDAH*</i>	0	3	0	1
<i>TEPT**</i>	3	1	1	2
<i>T. de personalidad</i>	3	0	0	0
<i>T. de alimentación</i>	3	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>11</b>

\*Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

\*\*Trastorno de estrés postraumático

Figura SEQ Figura 1\* ARABIC 2. AUDIT en la población total



En la Figura 1 se encuentra la distribución de la totalidad de la muestra entre las cuatro zonas de riesgo del AUDIT, donde 37 de los sujetos (47%) se encuentran con un consumo de alcohol de bajo riesgo, sin embargo, cerca de un tercio de ellos (zonas 3 y 4) cuentan con consumo de alto riesgo por lo que ameritan una intervención

especializada.

En la Tabla 4 se realizó el cálculo de la media y rango intercuartilar de la edad, puntaje de AUDIT, impulsividad y riesgo suicida, como se hizo previamente en la tabla 2. En esta ocasión dividiendo la muestra por sexos en búsqueda de diferencias entre esos grupos. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el puntaje de AUDIT, por lo que a continuación se decidió ampliar el análisis del consumo de alcohol, estadificando esos grupos por zonas de severidad de AUDIT en la Tabla 5. Se puede observar que la mayoría de las mujeres se encuentra en la zona 1, mientras que los hombres no siguieron este patrón ( $p = 0.013$ ).

Tabla 4. Comorbilidades psiquiátricas

Variable	Mujer	Hombre	Valor p
Edad	27 (21-37)	24 (21-34)	0.458
Audit puntaje	4 (1-18)	13 (7-23)	0.007



<b>Impulsividad</b>	68 (51-82)	64 (54-80)	0.355
<b>Riesgo Suicida</b>	11 (10-12)	67.5 (54-81)	0.603

Tabla 5. **Comorbilidades psiquiátricas**

<b>AUDIT</b>	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>
<b>Zona 1</b>	29 (37.1%)	8 (10.3%)
<b>Zona 2</b>	6 (7.7%)	11 (14.1%)
<b>Zona 3</b>	4 (5.1%)	3 (3.8%)
<b>Zona 4</b>	8 (10.3%)	9 (11.53%)
<b>Total</b>	47 (60.3%)	31 (39.7%)
Valor de p: 0.013		

Una vez obtenido el patrón de consumo de alcohol de la muestra, se realizaron correlaciones de las demás variables con las zonas de riesgo de consumo de alcohol, obteniendo los resultados expuestos en la Tabla 6. No se encuentran correlaciones estadísticamente significativas, pero se observó una tendencia de correlación entre la gravedad del riesgo suicida y el riesgo suicida.

Tabla 6. **Correlación por zonas de AUDIT**

<b>Variable</b>	<b>Zona 1</b>	<b>Zona 2</b>	<b>Zona 3</b>	<b>Zona 4</b>	<b>Valor p</b>
<b>Edad</b>	26 (22-37)	25 (22-33)	23 (19-33)	25 (19-33)	0.6976
<b>Impulsividad</b>	63 (49-74)	72 (57-82)	74 (50-89)	72 (62-82)	0.1028
<b>Riesgo Suicida</b>	10 (9-11)	11 (9-12)	12 (10-12)	11 (11-13)	<b>0.0256</b>

Debido a la diferencia identificada en el patrón de consumo de alcohol entre hombres y mujeres, se decidió replicar las correlaciones dividiendo la muestra por sexos, obteniendo los resultados expuestos en la Tabla 7 y 8. No se encontraron correlaciones

estadísticamente significativas, entre el consumo de alcohol por zonas y las demás variables, pero se encontraron algunas tendencias. Un mayor consumo de alcohol puede indicar una mayor impulsividad en las mujeres, tendencia que no se observa en los hombres. En este segundo grupo, se encontró que el consumo de alcohol puede significar un mayor riesgo suicida, lo cual no se encuentra en las mujeres.

Tabla 7. **Correlación por zonas de AUDIT en MUJERES**

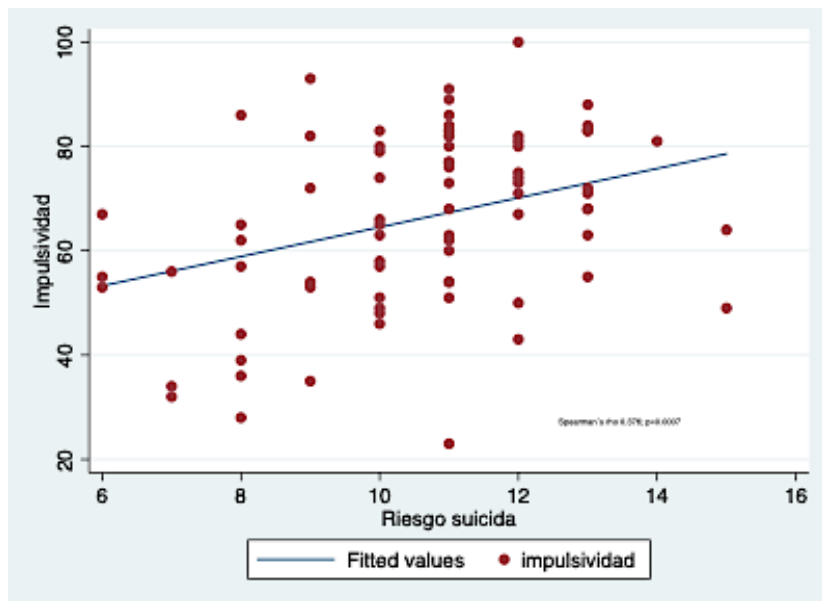
Variable	Zona 1	Zona 2	Zona 3	Zona 4	Valor p
Edad	28 (22-38)	22 (21-25)	27.5 (20.5-32)	25 (19-33)	0.532
Impulsividad	63 (48-74)	84 (80-86)	74 (50-89)	72 (62-82)	<b>0.0153</b>
Riesgo Suicida	101 (10-11)	10.5 (9-12)	12 (10-12)	11 (11-13)	0.2005

Tabla 8. **Correlación por zonas de AUDIT en HOMBRES**

Variable	Zona 1	Zona 2	Zona 3	Zona 4	Valor p
Edad	24 (21.5-30.5)	33 (24-41)	21 (19-34)	23 (19-30)	0.2586
Impulsividad	60.5 (51-76.5)	63 (55-75)	67 (50-89)	72 (62-81)	0.7621
Riesgo Suicida	9.5 (6.5-10.5)	11 (8-13)	12 (11-12)	11 (11-11)	<b>0.0822</b>

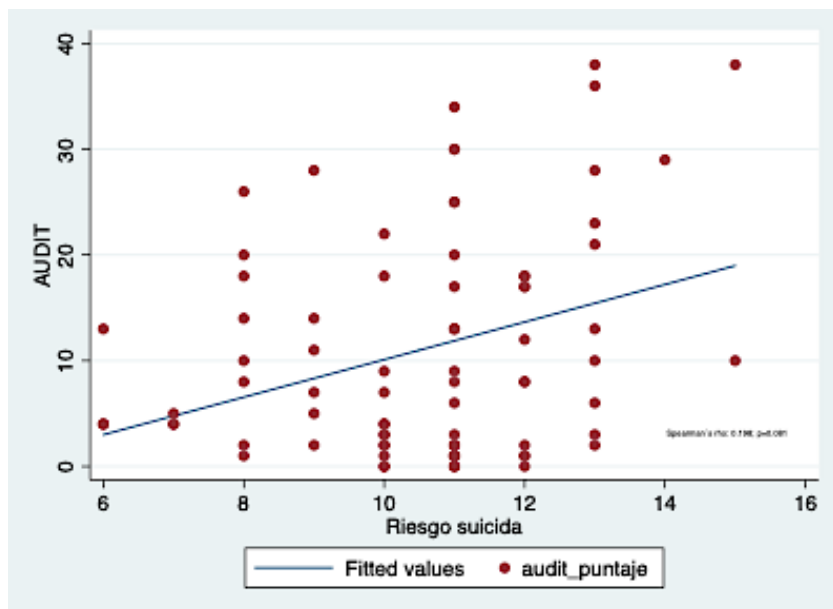
Por último, se realizó regresión logística para identificar la asociación entre impulsividad y riesgo suicida (Figura 2), así como entre consumo de alcohol y riesgo suicida (Figura 3). Se encontró mayor asociación del riesgo suicida con la impulsividad ( $p = 0.0007$ ) que con el consumo de alcohol ( $p = 0.0019$ ).

Figura 2. **Regresión logística Impulsividad vs riesgo suicida**



Valor de p: 0.0007

Figura 3. **Regresión logística AUDIT vs riesgo suicida**



Valor de p: 0.0019

## **DISCUSIÓN**

No se encontraron correlaciones estadísticamente significativas, sin embargo, con las tendencias observadas, podríamos inferir que, con una muestra de mayor tamaño, se podrían encontrar dichas correlaciones. Una de las limitaciones del estudio, fue que no se logró reclutar la muestra estimada, debido a que los servicios especiales en los que se realizó el muestreo atiende a pacientes con múltiples comorbilidades o situaciones clínicas que impiden su inclusión en la muestra. Cabe señalar que varios pacientes fueron excluidos debido a que se encontraban en abstinencia por alcohol. Dichos pacientes fueron cambiados de servicio al remitir la abstinencia, muchas veces a la par de la disminución del riesgo suicida, lo que llevó a su exclusión del presente estudio.

Como se observa en el estudio de Jeong y colaboradores 2019 previamente mencionado, se encontró un mayor distrés psicológico (que incluyó ánimo deprimido e ideación suicida) en pacientes con mayor consumo de alcohol. En el presente estudio se encuentra la misma tendencia, a pesar de no contar con una distribución normal.

Ya que este estudio cuenta con un diseño transversal, se podría realizar un seguimiento a largo plazo de los pacientes, en un estudio subsecuente, para incluir los pacientes en todas las fases del trastorno por consumo de alcohol y así establecer un análisis más detallado de la patología dual.

## **CONCLUSIONES**

Siendo el riesgo suicida uno de los principales motivos de ingreso hospitalario, es uno de los problemas de mayor impacto en la salud pública y es nuestro deber como especialistas estudiar este fenómeno multidimensional que es sumamente complicado

para implementar estrategia efectiva para la reducción de daños. Los datos obtenidos nos indican que tanto el consumo de alcohol como la impulsividad son factores que tenemos que detectar e intervenir en caso de ser encontrados como parte del manejo integral del paciente con riesgo suicida.

## REFERENCIAS

1. Gould MS, King R, Greenwald S, Fisher P, Schwab-Stone M, Kramer R, et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 1998;37(9):915–23. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199809000-00011>
2. Carris MJ, Sheeber L, Howe S. Family rigidity, adolescent problem-solving deficits, and suicidal ideation: a mediational model. *J Adolesc* [Internet]. 1998;21(4):459–72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1006/jado.1998.0170>
3. Foucault M (1966) *Les mots et les choses. Une archéologie des sciences humaines*. París, Francia: Gallimard; 2008.
4. Donne J. *Biathanatos*. Cranbury, NJ, Estados Unidos de América: University of Delaware Press; 1984.
5. Hume D. *Sul Suicidio E Sull'immortalita' Dell'anima*. North Charleston, SC, Estados Unidos de América: Createspace Independent Publishing Platform; 2015.
6. Durkheim E. (1897) *Suicide*. Chicoutimi: J.-M. Tremblay; 2002.
7. Garofalo R, Wolf RC, Kessel S, Palfrey SJ, DuRant RH. The association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatrics* [Internet]. 1998;101(5):895–902. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.101.5.895>
8. Bae H-C, Hong S, Jang S-I, Lee K-S, Park E-C. Patterns of alcohol consumption and suicidal behavior: Findings from the fourth and fifth Korea National Health and Nutritional Examination Survey (2007-2011). *J Prev Med Public Health* [Internet]. 2015;48(3):142–50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3961/jpmph.14.027>
9. Organización Mundial de la Salud, *Prevención del suicidio un imperativo global*. 2014. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/exe\\_summary\\_spanish.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1)
10. OECD, *Suicide rates (indicator)*. [Internet] 2022 doi: 10.1787/a82f3459-en Disponible en: <https://data.oecd.org/healthstat/suicide-rates.htm> [Citado el 17 de marzo de 2022]
11. INEGI 2020, *Características de las Defunciones Registradas en México durante 2020*, Comunicado de prensa Núm. 592/21, 28 oct 2021 página 1/4.

12. INEGI (2019) Características de las defunciones registradas en México durante 2018, comunicado de prensa núm. 538/19, 31 de octubre de 2019, Tabla Defunciones accidentales y violentas por entidad federativa de registro según tipo, <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2019.pdf>.
13. INEGI, “Características de las defunciones registradas en México durante 2019”, comunicado de prensa núm. 480/20, 29 de octubre de 2020, Tabla Defunciones accidentales y violentas por entidad federativa de registro según tipo, <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2019.pdf>.
14. Volkow ND, Ma Y, Zhu W, Fowler JS, Li J, Rao M et al. Moderate doses of alcohol disrupt the functional organization of the human brain. *Psychiatry Res.* 2008; 162 (3): 205-213.
15. Peterson JB, Rothfleisch J, Zelazo PD, Pihl RO. Acute alcohol intoxication and cognitive functioning. *J Stud Alcohol* [Internet]. 1990;51(2):114–22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15288/jsa.1990.51.114>
16. Navarrete Hernández BR, Secín Diep R. Generalidades del trastorno por consumo de alcohol. *Acta méd Grupo Ángeles* [Internet]. 2018 [citado el 15 de febrero de 2022];16(1):47–53. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/amga/v16n1/1870-7203-amga-16-01-47.pdf>
17. Boenisch S, Bramesfeld A, Mergl R, Havers I, Althaus D, Lehfeld H, et al. The role of alcohol use disorder and alcohol consumption in suicide attempts--a secondary analysis of 1921 suicide attempts. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2010;25(7):414–20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.11.007>
18. Buri C, von Bonin B, Strik W, Moggi F. Predictors of attempted suicide among Swiss patients with alcohol-use disorders. *J Stud Alcohol Drugs* [Internet]. 2009;70(5):668–74. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15288/jsad.2009.70.668>
19. Modesto-Lowe V, Brooks D, Ghani M. Alcohol dependence and suicidal behavior: from research to clinical challenges. *Harv Rev Psychiatry* [Internet]. 2006;14(5):241–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/10673220600975089>
20. Conner KR, Bagge CL, Goldston DB, Ilgen MA. Alcohol and suicidal behavior: what is known and what can be done. *Am J Prev Med* [Internet]. 2014;47(3 Suppl 2):S204-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2014.06.007>
21. Jiménez Saab N G, Lozano Nuevo J J et Al. Consumo de alcohol y drogas como factor de riesgo de intento suicida. *Medicina Interna de México Volumen 21, Núm. 3, mayo-junio, 2005.*
22. Giner J, editor. *Encuentros en psiquiatría: Intervenciones terapéuticas del riesgo suicida. Vol. 7. Enfoque Editorial S.C.; 2017.*
23. Jackson KM, Sher KJ, Schulenberg JE. Conjoint developmental trajectories of young adult substance use. *Alcohol Clin Exp Res* [Internet]. 2008;32(5):723–37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1530-0277.2008.00643.x>
24. Wilcox HC, Conner KR, Caine ED. Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2004;76 Suppl:S11-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.08.003>

25. Gilman SE, Abraham HD. A longitudinal study of the order of onset of alcohol dependence and major depression. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2001;63(3):277–86. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0376-8716\(00\)00216-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0376-8716(00)00216-7)
26. Jeong J-E, Joo S-H, Hahn C, Kim D-J, Kim T-S. Gender-specific association between alcohol consumption and stress perception, depressed mood, and suicidal ideation: The 2010-2015 KNHANES. *Psychiatry Investig* [Internet]. 2019;16(5):386–96. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.30773/pi.2019.02.28>
27. Borges G, Loera CR. Alcohol and drug use in suicidal behaviour. *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. 2010;23(3):195–204. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283386322>
28. Simon OR, Swann AC, Powell KE, Potter LB, Kresnow MJ, O’Carroll PW. Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide Life Threat Behav* [Internet]. 2001;32(1 Suppl):49–59. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1521/suli.32.1.5.49.24212>
29. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: APA; 2013.
30. World Health Organization. CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines [serie en Internet]*. 1992 [consultado 20 Jun 2018]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/40510>.
31. Vera-Varela C, Giner L, Baca-García E, Barrigón ML. Trastorno límite de personalidad: el reto del manejo de las crisis. *Psiquiatr Biol* [Internet]. 2019;26(1):1–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psiq.2019.02.003>
32. Hernández GM. *Correlación de Psicopatología de acuerdo a la SCL-90-R en Pacientes con Abuso o Dependencia a Sustancias Psicoactivas y Riesgo Suicida en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez*. [Ciudad de México]: Universidad Autónoma Nacional de México; 2011.
33. García CC. *Factores de riesgo en los pacientes con intento suicida hospitalizados en Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez*. [Ciudad de México]: Universidad Autónoma Nacional de México; 2018.
34. Boenisch S, Bramesfeld A, Mergl R, Havers I, Althaus D, Lehfeld H, et al. The role of alcohol use disorder and alcohol consumption in suicide attempts--a secondary analysis of 1921 suicide attempts. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2010;25(7):414–20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.11.007>

## ANEXOS

### Cuestionario AUDIT para la detección del consumo de alcohol

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

1. ¿Con qué frecuencia toma una bebida que contenga alcohol?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario
2. ¿Cuántas bebidas que contengan alcohol toma en un día normal cuando bebe?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más tragos en una ocasión?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia durante el último año se dio cuenta que no podía parar de beber una vez que comenzaba?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia durante el último año no pudo hacer lo que se esperaba normalmente de usted debido a estar bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha necesitado de un primer trago en la mañana para iniciar una actividad después de una fuerte sesión de bebidas?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha tenido un sentimiento de culpa o remordimiento después de beber?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia durante el último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior debido a que estuvo bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguien más han sido lastimados debido a que usted estuviera bebiendo?	No		Sí, pero no en el último año.		Sí, en el último año.
10. ¿Algún familiar, amigo, médico u otro trabajador de atención médica ha estado preocupado con el hecho que usted beba o le ha sugerido que lo deje?	No		Sí, pero no en el último año.		Sí, en el último año.

### Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

		SI	NO
1	¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?		
2	¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?		
3	¿A veces nota que podría perder el control sobre sí misma?		
4	¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
5	¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
6	¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
7	¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?		
8	¿Se ha sentido alguna vez tan fracasada que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
9	¿Está deprimida ahora?		
10	¿Está separada, divorciada o viuda?		
11	¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
12	¿Alguna vez se ha sentido tan enfadada que habría sido incapaz de matar a alguien?		
13	¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?		
14	¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15	¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		

### Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11)

Raramente o Nunca (0)	Ocasionalmente (1)	A menudo (3)	Siempre o casi siempre (4)
-----------------------	--------------------	--------------	----------------------------



1. Planifico mis tareas con cuidado				
2. Hago las cosas sin pensarlas				
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo fácilmente)				
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (mis pensamientos van muy rápido en mi mente)				
5. Planifico mis viajes (actividades) con antelación				
6. Soy una persona con autocontrol				
7. Me concentro con facilidad				
8. Ahorro con regularidad				
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos periodos de tiempo				
10. Pienso las cosas cuidadosamente				
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo para asegurarme que tendré dinero para mis gastos) (planifico mis estudios para asegurarme rendir bien)				
12. Digo las cosas sin pensarlas				
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)				
14. Cambio de trabajo frecuentemente (cambio de colegio con frecuencia)				
15. Actúo impulsivamente				
16. Me aburre pensar en algo por demasiado tiempo				
17. Visito al médico y al dentista con regularidad				
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren				
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)				
20. Cambio de vivienda a menudo (no me gusta que mis padres vivan en el mismo sitio por mucho tiempo)				
21. Compró cosas impulsivamente				
22. Yo termino lo que empiezo				
23. Camino y me muevo con rapidez				
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)				
25. Gasto más dinero de lo que tengo/de lo que gano				
26. Hablo rápido				
27. Tengo pensamientos extraños (irrelevantes) cuando estoy pensando				
28. Me interesa más el presente que el futuro				
29. Me siento inquieto/a en clases (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar demasiado tiempo)				
30. Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)				

## Declaración de no conflicto de intereses

De conformidad con lo que establecen los artículos 108º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 1º, 2º, 7º y 8º de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, Yo \_\_\_\_\_ como personal adscrito a \_\_\_\_\_ y con \_\_\_\_\_ número de empleado \_\_\_\_\_ declaro que durante el tiempo que me encuentre desarrollando las funciones que por ley me correspondan respecto del puesto que tengo asignado, me comprometo en todo momento actuar bajo los más estrictos principios de la ética profesional, para lo cual me apegaré a los siguientes principios:

Mantendré estricta confidencialidad de la información y datos resultantes del trabajo realizado, que solamente podré discutir con mi jefe superior o con el personal que se designe.

Tal información será considerada como confidencial y deberá manejarse como propiedad de las partes involucradas.

No tengo ninguna situación de conflicto de intereses real, potencial o evidente, incluyendo ningún interés financiero o de otro tipo en, y/u otra relación con un tercero, que:

a) Puede tener un interés comercial atribuido en obtener el acceso a cualquier información confidencial obtenida en los asuntos o tramites propios de esta Comisión Federal, o

b) Puede tener un interés personal en el resultado de los asuntos o trámites propios de esta Comisión Federal, pero no limitado a terceros tales como titulares de registros sanitarios que han acreditado su interés legal.

Me comprometo que al advertir con prontitud de cualquier cambio en las circunstancias anteriores, lo comunicaré inmediatamente a mi jefe inmediato superior, a efecto de que éste me excuse de la realización de la actividad que me enfrente a un conflicto de intereses.

No aceptaré agradecimientos, comisiones o consideraciones especiales por parte de clientes, organizaciones o entidades interesadas en información confidencial.

No manejaré información falsa o dudosa que pueda comprometer el buen desempeño de mi trabajo. En todo momento me conduciré con total imparcialidad y objetividad en la emisión de juicios sobre los resultados obtenidos de los trabajos realizados.

No intervendré en conflictos o intereses personales que puedan afectar el buen desempeño de mi trabajo.

No haré uso en provecho personal de las relaciones con personas que tengan algún trato con la Comisión Federal.

En ningún caso me prestaré a realizar arreglos financieros para la obtención de información que pueda afectar el buen desempeño de mi trabajo.

Ante todo protegeré mi integridad personal y las de mis compañeros en el desarrollo del trabajo.

En todo momento me conduciré con responsabilidad, honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mis actos.

Por la presente acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento, a sabiendas de las responsabilidades legales en las que pudiera incurrir por un mal manejo y desempeño en la honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mi trabajo.

La presente se renovará anualmente para la aceptación de las condiciones y responsabilidades que se plasman en este documento.

**LUGAR Y FECHA:** 04 de mayo 2022, Ciudad de México.

**NOMBRE Y FIRMA:** Fadia Bessim



## Carta de consentimiento/asentimiento informado para paciente:

### HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

**Lugar y fecha:** Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Ciudad de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2022.

Protocolo aprobado por el Comité de Investigación el **04 de mayo 2022**

**Nombre del investigador principal:** Fadia Bessim

**Dirección del sitio de investigación:** Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Esquina San Buenaventura, Calle Niño de Jesús No. 2, Tlalpan, colonia y Alcaldía Tlalpan, teléfono conmutador 5573-1889 o 5655-4405

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

I. Yo: \_\_\_\_\_ declaro que se me propone participar en el proyecto de investigación con el fin de evaluar la existencia de trastorno por consumo de alcohol en pacientes con riesgo suicida.

II. Se me ha informado que se me realizará una entrevista y un cuestionario autoaplicado.

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

IV. Se me comentó que mi única responsabilidad es proporcionar información acerca de mi salud durante el estudio.

V. Los resultados de dichas pruebas ayudarán a determinar si cuento con síntomas y que los resultados se utilizarán con fines estadísticos.

VI. Se me ha asegurado que puedo preguntar todo lo relacionado con el estudio y mi participación


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

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

Con fecha \_\_\_\_\_, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar de manera voluntaria en el estudio titulado: **"Patrón de consumo de alcohol en pacientes con intento suicida reciente que ameritan tratamiento intrahospitalario: prevalencia y riesgo suicida asociado."**

Firma de Consentimiento/Asentimiento

Firma de quien Explicó el Procedimiento

Fadia Bessim 

Testigo

Testigo

Ciudad de México a 12 de Abril del 2022

Dr. Ricardo Mora Durán  
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN.  
PRESENTE

Con el presente me dirijo a usted para informarle que **acepto** fungir como **Asesor Teórico de Tesis** de **Fadia Bessim**, Médico Residente de tercer año, de la Especialidad en Psiquiatría, comprometiéndome a:

- a. **Orientar al residente para la estructura el protocolo que desarrollara y la elección del tema de este**
- b. **Informar avance y seguimiento de la investigación**
- c. **Dar asesoramiento y supervisar la tesis hasta que este haga su titulación**

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo

**ATENTAMENTE**



**Dr. Héctor Octavio Castañeda González**  
Jefe del Servicio de UCEP del Hospital Psiquiátrico  
"Fray Bernardino Álvarez"

Ciudad de México a 12 de Abril del 2022

Dr. Ricardo Mora Durán  
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN.  
PRESENTE

Con el presente me dirijo a usted para informarle que **acepto** fungir como **Asesor Metodológico de Tesis** de **Fadia Bessim**, Médico Residente de tercer año, de la Especialidad en Psiquiatría, comprometiéndome a:

- a. **Orientar al residente para la estructura el protocolo que desarrollara y la elección del tema de este**
- b. **Informar avance y seguimiento de la investigación**
- c. **Dar asesoramiento y supervisar la tesis hasta que este haga su titulación**

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarte un cordial saludo

**ATENTAMENTE**



**Dra. María Teresa Alcántara Garcés**  
**Psiquiatría de Enlace del Centro de Atención Integral del Paciente con**  
**Diabetes, Departamento de Endocrinología y Metabolismo de Lípidos del**  
**INCMNSZ**  
**Maestría en Ciencias Médicas/UNAM**

## Carta de autorización al Jefe del Servicio de Observación

Ciudad de México a 16 de Mayo del 2022.

Dra. **Juana Ramírez Rivas**  
Presente


Con el presente solicito a usted, autorización para llevar a cabo el protocolo de investigación titulado: **"Patrón de consumo de alcohol en pacientes con intento suicida reciente que ameritan tratamiento intrahospitalario: prevalencia y riesgo suicida asociado."**

Durante un período de **seis meses** a partir de **Junio 2022**. El cual se evaluará con entrevista neuropsiquiátricas, estudios de laboratorio y realización de **Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)**, **Escala de Riesgo Suicida de Plutchik** y **Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11)**.

Agradeciendo de antemano la atención a la presente.

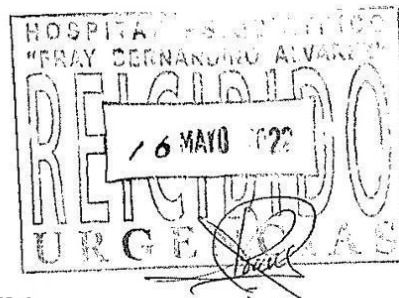
*Horario 12:00 - 15:00 M y J.*

Atentamente



Dra. Fadia Bessim

**Médico Residente de Tercer Año HPFBA**



**Carta de autorización al Jefe del Servicio de U.C.E.P.**

Ciudad de México a 16 de Mayo del 2022.

**Dr. Héctor Octavio Castañeda González**  
Presente

Con el presente solicito a usted, autorización para llevar a cabo el protocolo de investigación titulado: **"Patrón de consumo de alcohol en pacientes con intento suicida reciente que ameritan tratamiento intrahospitalario: prevalencia y riesgo suicida asociado."**

Durante un período de **seis meses** a partir de **Junio 2022**. El cual se evaluará con entrevista neuropsiquiátricas, estudios de laboratorio y realización de **Questionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)**, **Escala de Riesgo Suicida de Plutchik** y **Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11)**.

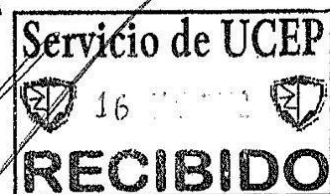
Agradeciendo de antemano la atención a la presente.

**Atentamente**



**Dra. Fadia Bessim**

**Médico Residente de Tercer Año HPFBA**





HOSPITAL PSIQUIÁTRICO  
"FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"  
UNIDAD DE ENSEÑANZA,  
INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN  
JEFATURA DE INVESTIGACIÓN

Ciudad de México a 04 de mayo del 2022

**Dra. Fadia Bessim**  
**PRESENTE.**

Con el presente le informo a usted que el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", revisó el protocolo titulado **"Patrón de consumo de alcohol en pacientes con intento suicida reciente que ameritan tratamiento intrahospitalario: prevalencia y riesgo suicida asociado"** del cual es investigador principal una vez revisado su nueva versión se ha concluido:

- **Aprobado sin observaciones**

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

**Atentamente.**

"Hombre soy y nada humano es ajeno a mí"



**DR. HÉCTOR CABELLO RANGEL**  
JEFE DE INVESTIGACIÓN

C.C.P.-ARCHIVO DEL C.E.I  
C.C.P.-ARCHIVO DEL C.I.

