



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ

IDEACIÓN SUICIDA, DESESPERANZA E
IMPULSIVIDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
POR RIESGO SUICIDA EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO
FRAY BERNARDINO ALVAREZ.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

P R E S E N T A

DRA. LORENA DEL CARMEN CONDE MACÍAS



Asesor Teórico:
Dra. Cecilia Bautista Rodríguez

Asesor Metodológico:
Psic. Janeth Jiménez Genchi

MEXICO D. F.

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

¡GRACIAS!

*A mi Madre, quien ha sido mi apoyo incondicional
para cualquier proyecto iniciado
y mi mano derecha para terminarlos.*

*A mi Padre quien ha sido mi guía para no desviarme del camino
y mi apoyo para seguir adelante a pesar de todo.*

*A mis abuelos Dulce, Lore y Sergio quienes con su cariño
y su ejemplo han estado presentes en mi vida
y siempre lo estarán.*

*A Chris, mi compañero de vida y mi mejor amigo,
gracias por estar a mi lado a pesar de todo y
gracias por tu apoyo y ayuda en todo momento.*

A mi familia, gracias por su cariño y su apoyo.

*A mis hermanas, quienes han caminado
en este sendero junto a mi.*

*A mis asesores y a cada uno de mis maestros
quienes me guiaron para iniciar,
continuar y finalizar este proyecto.*

*Gracias a todos los pacientes, de cada uno de ustedes he aprendido
una lección para mi profesión y para mi vida.*

INDICE

	Página.	
Introducción.....	2	
Resumen.....	3	
Marco Teórico y antecedentes.....	4	
Terminología de comportamiento suicida.....	4	
Evaluación de Riesgo suicida.	8	
Antecedentes en México.....	10	
Metodología.....	12	
Justificación.....	12	
Planteamiento del problema.....	12	
Objetivos.....	12	
Hipótesis.....	12	
Material, métodos y variables.....	13	
Instrumentos.....	14	
Analisis de Resultados.....	16	
Discusión.....	26	
Conclusión.....	30	
Referencias bibliográficas.....	31	
Anexos.....	33	

RESUMEN

Introducción: El siguiente protocolo tiene como objetivo responder a ¿Cuál es el grado de la ideación suicida, desesperanza e impulsividad en pacientes hospitalizados por riesgo suicida en HPFBA?, el suicidio se refiere a terminar con la propia vida, con ideación suicida definimos a todos los pensamientos que tienen como objetivo llevar a cabo lo anterior. La investigación ha revelado que muchos adultos que consuman el suicidio presentaron signos o síntomas indicativos de un trastorno psiquiátrico meses o aun años antes de su muerte. Algunos de los principales factores psiquiátricos asociados con el suicidio son sociodemográficos y algunos diagnósticos psiquiátricos como: depresión grave, trastornos afectivos como el trastorno bipolar o trastornos de ansiedad, esquizofrenia, trastornos de la conducta y la personalidad; además de síntomas psiquiátricos aislados como impulsividad y desesperanza. En este trabajo se propone la evaluación de la ideación suicida, desesperanza e impulsividad, mediante escalas clinimétricas, como indicadores del riesgo suicida para valorar indirectamente el grado de este en los pacientes a quienes se decide hospitalizar por riesgo suicida.

Metodología: Se aplicaron las escalas de Desesperanza e ideación suicida de Beck, además de la de impulsividad de Plutchik, a 30 pacientes que requirieron hospitalización debido a riesgo suicida determinado por clínica.

Resultados: Los resultados obtenidos son cercanos a los obtenidos en estudios similares en otros países, en especial con respecto a los factores sociodemográficos y el comportamiento de los síntomas medidos con las escalas utilizadas.

INTRODUCCION

En el año 2000, aproximadamente 815,000 personas murieron a causa de suicidio en todo el mundo. Esto representa una tasa mundial de mortalidad anual de cerca de 14.5 por 100,000 habitantes, que equivale a una defunción cada 40 segundos. El suicidio es la decimotercera causa principal de muerte en el mundo. Entre personas de 15 a 44 años de edad, las lesiones autoinfligidas son la cuarta causa de muerte y la sexta causa de mala salud y discapacidad (25), las muertes por suicidio son solo una parte de este problema. Muchas personas más sobreviven a los intentos de acabar con su propia vida o causarse un daño a menudo suficientemente grave para requerir atención médica (25). Se estima que los costos económicos asociados con la muerte por suicidio o con las lesiones autoinfligidas suman miles de millones de dólares al año. La valoración del riesgo de suicidio es un componente esencial para reconocer el problema y formular las intervenciones apropiadas; A pesar del progreso en la definición de factores predictivos, falta un largo camino para la adecuada comprensión de los factores que determinan el riesgo suicida.

Dentro de la valoración de los pacientes identificados con algún grado de riesgo suicida la decisión clínica más importante que se debe tomar es la hospitalización, sin embargo no todos los pacientes con este riesgo requieren dicha intervención; también es posible el manejo ambulatorio en algunos. Hay indicaciones de hospitalización tales como un intento suicida reciente, existencia de ideación suicida, presencia de algún padecimiento psiquiátrico, una historia de conductas impulsivas o la ausencia de un sistema de soporte social fuerte. Sin embargo en múltiples ocasiones la decisión de la hospitalización se lleva a cabo bajo la presión emocional del intento suicida, los temores de la familia y del mismo paciente y la premura de los servicios de urgencia, por lo que se tiende a hospitalizar a pacientes con un bajo riesgo utilizando recursos humanos, materiales y desgastando al sistema de salud.

La cuantificación del riesgo suicida es algo sumamente difícil ya que se trata de una conducta multifactorial. Identificar dichos factores y entender su función en las conductas suicidas fatales y no fatales es de vital importancia para prevenir el suicidio, además podría ser de gran utilidad para orientar al personal de salud mental acerca de otras intervenciones y proporcionar atención adecuada, oportuna y eficiente que mejoren su posibilidad y calidad de vida.

Este proyecto busca establecer cuál es el grado de la ideación suicida, la desesperanza y la impulsividad en pacientes hospitalizados por riesgo suicida en HPFBA, con una visión a futuro para definir de una mejor manera los factores de riesgo específicos en nuestra población.

MARCO TEORICO Y ANTECEDENTES

El término “suicidio” evoca una referencia directa a la violencia y la agresividad. Aparentemente, sir Thomas Browne fue quien acuñó la palabra “suicidio” en su obra *Religio medici* (1642). Médico y filósofo, Browne creó la palabra basándose en los términos del latín *sui* (uno mismo) y *caedere* (matar). El término nuevo reflejaba el deseo de distinguir entre el homicidio de uno mismo y el hecho de matar a otra persona (21).

Una definición muy conocida de suicidio es la que aparece en la edición de 1973 de la *Encyclopaedia Britannica*, citada por Shneidman: “el acto humano de causar la cesación de la propia vida” (21). Sin duda, en cualquier definición de suicidio la intención de morir es un elemento clave. No obstante, a menudo es sumamente difícil reconstruir los pensamientos de las personas que se suicidan, a menos que hayan expuesto sus intenciones con claridad antes de su muerte o hayan dejado una nota de suicidio. No todos los que sobreviven a un acto suicida se habían propuesto vivir, ni todas las muertes por suicidio fueron planificadas. Por lo tanto, puede ser problemático establecer una correlación entre la intención y el resultado.

Por otra parte, Durkheim, en su obra “El Suicidio” (1897), distingue entre suicidio y tentativa de suicidio cuando afirma “... se llama suicidio todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado. La tentativa de suicidio es el mismo acto que hemos definido, detenido en su camino, antes que dé como resultado la muerte” (21). Con bastante frecuencia, la tentativa de suicidio se ha considerado como un simulacro de suicidio o como una conducta diferente del mismo suicidio.

Terminología de comportamiento suicida.

Ideación suicida: es el término que se usa a menudo en la bibliografía técnica y se refiere a pensamientos acerca de suicidarse, con diversos grados de intensidad y elaboración.

Para Beck (2), la ideación se presenta cuando un sujeto persistentemente piensa, planea o desea cometer suicidio. Stengel (35) planteó que la unidad de los actos suicidas, independientemente de su letalidad y de la motivación o situación que aparezca en un primer plano, se encuentra en la intencionalidad de morir, distinguiéndola de otras formas de comportamiento autodestructivo, ya que en estas otras no se encuentra presente, ni siquiera ambiguamente, la intención de morir.

Villardón (39) realizó una investigación centrada en la “ideación o pensamiento suicida”, cuyo objetivo fue determinar cómo llegan los sujetos a esa situación mental de aceptación de la autodestrucción, que si bien no implica siempre la auto cesación, sí es un paso previo a la misma; o lo que sería casi lo mismo, que de todo pensamiento suicida no se sigue la conducta autodestructiva, pero a todo suicidio sí le precede un estado mental de interiorización del mismo. Este estado mental estaría caracterizado por la desesperanza, baja autoestima y autoimagen deteriorada, predicciones de fracaso, depresión e instrumentalización del suicidio, como medios para resolver determinadas dificultades.

Con la teoría socio individual, Villardón (39) plantea que la ideación suicida no surge de una manera espontánea, sino que en su aparición influyen distintos aspectos y dimensiones de la persona de carácter psicológico, sociológico, biológico y social, por lo que no puede considerarse como una conducta o situación aislada de la misma persona, sino que surge en su desarrollo como tal. Desde esta perspectiva son tres las hipótesis que se plantea la autora:

1. El grado de ideación suicida está en función del nivel de estrés al que se encuentre sujeto el individuo y del uso que haga de su capacidad de afrontamiento.
2. Diferentes niveles de estrés y afrontamiento, así como la interacción de los mismos, pueden provocar diversos grados de pensamiento suicida.
3. El suicidio es predecible a partir de ciertas variables psicosociales por ejemplo: la soledad, apoyo social, auto concepto, autoestima, depresión, estrés y afrontamiento, principalmente.

Intento suicida:

Se definen como conductas o actos que intencionalmente busca el ser humano para causarse daño hasta alcanzar la muerte sin lograrlo.

Para Schneidman (35), las tentativas de suicidio tienen aspectos y contenidos propios, que las diferencian de los suicidios consumados: estos fenómenos comparten características comunes, en ambos casos existe un componente de autolesión, aunque en el intento esta última puede ser latente o ambivalente. La tentativa también puede incluir otros significados, como demanda de ayuda, un intento de cambiar las circunstancias ambientales, una llamada de atención o una forma de manipulación. El suicidio consumado y la tentativa de suicidio son vistos como síntomas de dos poblaciones específicas, con diferencias entre ambas, aunque entre ellas coincidan diversos aspectos.

Pocos países tienen datos fidedignos sobre el comportamiento suicida no mortal; la razón principal reside en la dificultad de recopilar la información. Desafortunadamente México no es uno de esos países. Los factores que pueden influir en la notificación son: la edad, el método de la tentativa de suicidio, la cultura y la accesibilidad de la atención de salud. Hay algunos datos que indican que solo cerca del 25% de los que llevan a cabo actos suicidas hacen contacto con un hospital público (29).

Suicidabilidad

La suicidabilidad se define como el espectro de conductas e impulsos que abarcan desde ideación, planificación, intento suicida y suicidio consumado.

Riesgo suicida

Textualmente se podría definir como el “Término utilizado para referirse a los sujetos en riesgo de cometer un acto suicida en un futuro inmediato o aquellos que lo pudieran cometer durante sus vidas” (5). Sin embargo para fines de este trabajo riesgo suicida incluye la indicación de hospitalización debido a la presencia de ideación, planeación o intento suicida reciente. Lo anterior determinado mediante la valoración

clínica de residente de primer año supervisado por residente de cuarto año y medico adscrito.

Factor de riesgo

Se define como el conjunto de circunstancias o eventos de naturaleza biológica, psicológica o social cuya ausencia o presencia modifica la probabilidad de que se presente un daño o problema (18).

El comportamiento suicida tiene gran número de causas. Los factores que ponen a los individuos en riesgo de cometer suicidio son complejos y se influyen recíprocamente. La identificación de estos factores y la comprensión de sus funciones en el comportamiento suicida mortal y no mortal son fundamentales para prevenir los suicidios. Los epidemiólogos y los expertos en suicidio han descrito varias características específicas que se asocian estrechamente con un mayor riesgo de comportamiento suicida. Aparte de los factores personales incluyen factores biológicos, psiquiátricos, sociales y ambientales, así como factores relacionados con la historia personal del individuo (25).

Factores de riesgo.

Los factores de riesgo suicida se pueden dividir en fijos y modificables:

1. Riesgos fijos: intento previo de suicidio, factores genéticos, los de género, edad y etnia, estado civil, situación económica y preferencia sexual.
2. Riesgos modificables: ansiedad y depresión, acceso a los medios para cometer suicidio, interrupción de tratamientos médicos, aislamiento social y enfermedades crónicas.

En otra clasificación los factores de riesgo suicida se establecen como:

1. Primarios: incluyen trastornos psiquiátricos y enfermedad medica crónica.
2. Secundarios: factores que llevan a una actitud disfuncional, como la dificultad en solución de problemas y el pesimismo.
3. Terciarios: incluyen factores demográficos como edad, género, ciertos periodos vulnerables (periodo premenstrual y el formar parte de un grupo socialmente minoritario).

La investigación ha revelado que muchos adultos que consuman el suicidio presentaron signos o síntomas indicativos de un trastorno psiquiátrico meses o aun años antes de su muerte. Algunos de los principales factores psiquiátricos asociados con el suicidio son: depresión grave, trastornos afectivos como el trastorno bipolar o trastornos de ansiedad, esquizofrenia, trastornos de la conducta y la personalidad; impulsividad y desesperanza. (25).

La presencia de un trastorno psiquiátrico está íntimamente ligada al suicidio, más del 50% son consumados por personas con trastornos depresivos. El abuso o dependencia de alcohol está presente en alrededor de 20% a 25% y también ocurre en tasas elevadas de suicidio en la esquizofrenia. La ansiedad es otro trastorno asociado de manera relevante, de modo que la comorbilidad de ansiedad con depresión multiplica el riesgo. Todo ello implica una alerta clínica que debe llevar al médico al

manejo terapéutico adecuado y a tener mayor vigilancia cuando se detecta la ideación suicida, en especial si hay antecedentes de depresión y de ansiedad.

Impulsividad

La palabra impulsividad viene del latín *impulsus* que significa golpear o empujar, su evolución pasa por los mecanicistas franceses y hace alusión a comportamientos primitivos que escapan al control de la voluntad. La Real Academia Española de la Lengua establece como impulsivo a aquél que habla o procede sin reflexión ni cautela, dejándose llevar por la impulsión del momento. A un nivel más específico, desde la perspectiva psicopatológica se pueden atribuir al término tres significados: como síntoma, como tipo específico de agresión y por último, como rasgo general de la personalidad (37). En el primero de estos significados se incluye la tendencia a provocar actos perjudiciales sin premeditación o planificación. Esto sería también aplicable al segundo de ellos, sin embargo, el tercero, que lo considera como rasgo general de la personalidad, sería aplicable a dos de los trastornos de la personalidad más representativos del grupo B del DSM-IV, como son el antisocial y el límite(10).

Desesperanza

En un estudio longitudinal efectuado durante 10 años en los Estados Unidos, Beck *et al* (2) destacaron la importancia de los sentimientos de desesperanza como factor predictivo del comportamiento suicida. En este estudio, la falta de expectativas permitió identificar correctamente a un 91% de los individuos que posteriormente se suicidaron.

La desesperanza es definida como la expectativa negativa o actitud pesimista acerca de uno mismo en el futuro (16). En adultos la desesperanza está correlacionada con la depresión pero con mayor importancia predice tanto la ideación suicida como el suicidio eventual (1, 2, 3)

Un intento suicida previo es uno de los factores predictivos más importantes del comportamiento suicida mortal posterior. El riesgo es mayor en el primer año después del intento, especialmente en los seis primeros meses. Casi el 1% de los individuos que intentan suicidarse mueren en el lapso de un año y aproximadamente otro 10% con el tiempo consuman el suicidio. Las estimaciones del aumento del riesgo vinculado con antecedentes de intentos anteriores varían de un estudio a otro. Gunnell y Frankel, por ejemplo, informan sobre un riesgo de 20 a 30 veces mayor en comparación con la población general, resultado que es compatible con otros informes. Si bien el antecedente de una tentativa de suicidio aumenta el riesgo de que una persona se quite la vida, la mayoría de los que mueren por suicidio no lo habían intentado anteriormente (17).

Los epidemiólogos y los expertos en suicidio han descrito varias características específicas que se asocian estrechamente con un mayor riesgo de comportamiento suicida. Independientemente de si el paciente ha desarrollado un plan suicida, debe ser explorado el nivel de intencionalidad, y en caso de que exista la planeación es importante evaluar su letalidad; la letalidad se puede evaluar a través de preguntas acerca del método, el conocimiento del paciente y habilidades en relación con su uso, y la ausencia de intervención de personas o de factores protectores. En general, mientras mayor y más clara la intención, mayor será el riesgo de suicidio (40).

Evaluación de Riesgo suicida.

La desesperanza está bien establecida como una dimensión psicológica que está asociada con un alto riesgo de suicidio e intentos de suicidio; así como un alto nivel de letalidad en dichos intentos. Esta relación entre desesperanza y suicidalidad se mantiene a través de grupos diagnósticos, con la posible excepción en individuos con trastornos por uso de alcohol. Estos hallazgos sugieren la importancia de investigar acerca de los niveles actuales de desesperanza así como de los niveles de optimismo acerca de la vida y planes para el futuro. También se sugiere el uso de intervenciones para reducir la desesperanza como una parte importante del tratamiento.

Factores como impulsividad, hostilidad y agresividad pueden actuar individualmente o juntos para incrementar el riesgo suicida. Múltiples estudios han indicado que los intentos suicidas incrementan el riesgo de suicidio subsecuente. De hecho dependiendo de la duración del periodo de seguimiento, de 6 a 10 % de quienes tuvieron algún intento finalmente morirán por suicidio. Por ejemplo, en seguimientos a 5 años de pacientes vistos en servicios de urgencias en psiquiatría aproximadamente 4 a 12 % mueren en estas condiciones (1). Con lo anterior podemos decir que el riesgo suicida es un constructo teórico que solo puede ser medido hasta la muerte de los sujetos o bien mediante el seguimiento a una población durante varios años mediante curvas de supervivencia.

Los estudios longitudinales también demuestran un riesgo aumentado de suicidio eventual en pacientes con ideación suicida. Entre 6.891 pacientes psiquiátricos externos que fueron seguidos hasta 20 años, Brown Et Al. (1), encontró que los pacientes con alta calificación en ideación suicida y depresión detectadas por clínicos fueron asociados con suicidio eventual. Fawcett et Al. (1), utilizando un método de caso-control para determinar predictores de suicidio relacionados con tiempo, entre 954 pacientes con trastorno afectivo, se examinó la ideación suicida asociándola como un predictor de suicidio actual.

En la evaluación del paciente con tentativa de suicidio, además de los factores sociodemográficos, hay que tener en cuenta la actitud del paciente ante lo sucedido, sus expectativas de futuro, la presencia de un trastorno psiquiátrico y el antecedente de una tentativa previa. Para la exploración de la conducta suicida existen numerosas escalas de evaluación y protocolos de decisión.

Escalas para la valoración de riesgo suicida.

Se han desarrollado una serie de escalas de valoración de suicidio para su uso en la investigación, sin embargo su utilidad clínica es limitada. Las escalas de valoración del intento de suicidio tienen como objetivo identificar los pacientes con mayor riesgo de cometer suicidio. Hay cierta polémica sobre su utilidad en la clínica por la cantidad de falsos positivos y falsos negativos que producen (32), si bien, hay autores que defienden el empleo sistemático de instrumentos semiestructurados de muestreo para la detección de riesgo de suicidio en la exploración psicopatológica de rutina, argumentando que es un tema que no se suele recoger de forma adecuada (20).

Las escalas autoaplicables pueden ser útiles en la apertura de la comunicación con el paciente, en particular sobre sus sentimientos o experiencias. Además el contenido de las escalas de calificación de suicidio, como la Escala para la ideación de suicidio (2) y la Escala de Intención de suicidio, puede ayudar a los psiquiatras en el desarrollo de una línea de cuestionamiento profundo sobre el suicidio y los comportamientos suicidas. Tales escalas de calificación no pueden sustituir a la reflexión y la evaluación clínica adecuada y no se recomiendan para las estimaciones de los clínicos acerca riesgo de suicidio y menos para la toma de decisiones. La valoración final debe fundamentarse en el juicio clínico del médico conocedor de los factores de riesgo y en la capacidad para entrever la solicitud de ayuda que el paciente a menudo trasmite con la conducta suicida (38). Las escalas de suicido se pueden clasificar en dos grupos (6):

1. Escalas no específicas que valoran síntomas o síndromes asociados.
2. Escalas específicas que valoran directamente ideas o conductas suicidas, tanto en pacientes con ideación como en las tentativas.

Las escalas con constructos bien definidos como riesgo suicida (suicidalidad) no han demostrado confiabilidad o validez óptimas individualmente.

Los problemas derivados de la utilización de escalas son (40):

1. No miden factores exclusivos de la conducta suicida.
2. En la conducta suicida convergen infinidad de variables.
3. Las escalas no son capaces de vincular la valoración del riesgo a un margen de tiempo.
4. Los instrumentos diseñados para una población atendida en un medio a menudo no son trasladables a otras.

ANTECEDENTES EN MEXICO.

Gómez C, Borges G en 1996 publicaron en la revista Salud Mental un análisis acerca de las investigaciones y artículos relacionados con conductas suicidas que se publicaron en México durante 3 décadas (1966-1994). Concluyendo posterior a esta revisión que la mayoría de los estudios realizados en ese tiempo fueron epidemiológicos, es decir a nivel poblacional y no clínico, en algunos se relacionó suicidio consumado con intento, o con consumo de alcohol y abuso de sustancias y en otros con síntomas psiquiátricos, principalmente afectivos (ansiedad y depresión) (8).

Jiménez A, et al aplicaron la Escala de Impulsividad de Plutchik a 165 pacientes psiquiátricos provenientes de 2 universos diferentes (HPFBA y Reclusorio preventivo sur) con el objetivo de determinar la consistencia interna (alpha de Cronbach de 0.61) y análisis factorial (4 grupos) de dicha escala. Concluyendo que se comportó en forma comparable al instrumento original y que puede ser útil en el campo de la investigación clínica. (14).

González aplicó la Escala de Ideación Suicida de Beck a una muestra de 122 estudiantes universitarios que acudieron a consulta al Departamento de psiquiatría y salud mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, mostrando concordancia con el criterio clínico, todos los reactivos se sometieron a análisis de confiabilidad y obtuvo un coeficiente alpha de Cronbach de 0.84, esta escala demostró ser un instrumento adecuado de tamizaje. (9).

Núñez et al aplicaron en 1994 la Escala de Desesperanza y el inventario de depresión de Beck a estudiantes de Nivel medio Superior (622 sujetos de CONALEP en la Ciudad de México), se obtuvieron una media de 3.82 para la muestra total y una desviación estándar de 3.589, el nivel de consistencia interna arrojó un coeficiente alpha de Cronbach de 0.81, concluyendo que la escala de Desesperanza de Beck utilizada demostró tener niveles de validez y confiabilidad aceptables y se encontró una relación estadísticamente significativa entre los niveles de depresión y desesperanza. (24)

En otros artículos publicados en México se han asociado la ideación suicida, la desesperanza y el abuso de alcohol y otras drogas, obteniendo como resultados que el riesgo de presentar ideación suicida es casi dos veces mayor en las mujeres, con menor riesgo entre los 46 y 65 años y a las divorciadas o separadas. Así mismo el riesgo es tres veces mayor en los pacientes que presentan un patrón de consumo de alcohol frecuente, mientras que en los que presentan mayor desesperanza el riesgo de ideación suicida es casi 7 veces mayor. Debido a la naturaleza transversal del trabajo, no se puede afirmar que los factores antes mencionados causen la ideación suicida. (22).

Jiménez A evaluó la asociación que existe entre la impulsividad del acto suicida, la impulsividad como estilo de vida y el estado de ánimo depresivo en los sujetos admitidos en un hospital psiquiátrico por intento suicida. Dentro de los resultados no existieron diferencias significativas con respecto a la edad, el sexo el estado civil, ocupación, la escolaridad o el diagnóstico, pero si los hubo con el nivel de depresión y la impulsividad, donde los casos obtuvieron puntuaciones en el inventario de depresión de Beck y en la escala de impulsividad significativamente mayores. Este estudio mostró que existen mayores índices de impulsividad como estilo de vida y que este rasgo se asocia más al intento suicida que al estado de ánimo depresivo (15).

Entre los múltiples factores de riesgo suicida se encuentran la depresión y la desesperanza, esta última se ha considerado la variable mediadora entre la depresión y el intento suicida. Sin embargo es inconsistente la información sobre la relación que existe entre los tres factores antes mencionados en países con bajas tasas de conductas suicidas. En el 2000 se realizó un trabajo que evaluó la relación entre dichas variables en una muestra de sujetos mexicanos en donde a diferencia de lo reportado en países anglosajones se encontraron relaciones muy débiles y similares entre la depresión y la desesperanza con el intento suicida (12).

Lima en el 2007 realizó un estudio comparando pacientes con trastorno bipolar con y sin antecedentes de intentos suicidas. Se analizó si hay relación entre la presencia de intentos de suicidio y razones para vivir, desesperanza y riesgo suicida. Como resultado se obtuvo que los pacientes con intentos suicidas tenían niveles más altos de desesperanza, menos razones para vivir y un número mayor de episodios de manía que quienes no habían tenido intentos suicidas. (19)

METODOLOGIA.

JUSTIFICACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El siguiente protocolo tiene como objetivo responder a ¿Cuál es el grado de la ideación suicida, desesperanza e impulsividad en pacientes hospitalizados por riesgo suicida en HPFBA?, esta pregunta de investigación obtiene importancia debido a que en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez frecuentemente se hospitalizan individuos que expresan cierto grado de ideación suicida, sin embargo no hay una medición objetiva de los diferentes factores que pueden influir en este riesgo, ya que lo anterior se encuentra evaluado únicamente con la valoración clínica. Con este trabajo se pretende describir también si la población del hospital se comporta similar a la expresada en la literatura de otros países, ya que en México existen pocas descripciones al respecto.

OBJETIVO GENERAL:

Describir la gravedad de la ideación suicida, desesperanza e impulsividad en pacientes hospitalizados por riesgo suicida en HPFBA.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de la muestra: sexo, edad, ocupación, escolaridad, estado civil, intentos previos y diagnóstico de ingreso.
- Evaluar la gravedad de la ideación suicida, mediante escalas clinimétricas.
- Evaluar las expectativas de la muestra acerca de su futuro, mediante escalas clinimétricas.
- Evaluar las conductas impulsivas, mediante escalas clinimétricas.

HIPÓTESIS ALTERNA

Existe relación estadísticamente significativa entre la severidad de la ideación suicida y el riesgo suicida en los pacientes psiquiátricos hospitalizados

Existe relación estadísticamente significativa entre la severidad de la desesperanza y el riesgo suicida en los pacientes psiquiátricos hospitalizados

Existe relación estadísticamente significativa entre la severidad de la impulsividad y el riesgo suicida en los pacientes psiquiátricos hospitalizados

HIPOTESIS NULA

No existe relación estadísticamente significativa entre la severidad de la ideación suicida y el riesgo suicida en los pacientes psiquiátricos hospitalizados

No existe relación estadísticamente significativa entre la severidad de la desesperanza y el riesgo suicida en los pacientes psiquiátricos hospitalizados

No existe relación estadísticamente significativa entre la severidad de la impulsividad y el riesgo suicida en los pacientes psiquiátricos hospitalizados

MATERIAL Y METODOS

Diseño: Estudio Transversal descriptivo de una muestra de 30 pacientes (seleccionados por cuota) hospitalizados debido a riesgo suicida en los servicios de observación y UCEP, a quienes se les aplicaron las siguientes escalas: Desesperanza de Beck, impulsividad de Plutchik e ideación suicida de Beck, durante su primer día de hospitalización

La información referente al diagnóstico así como datos demográficos (edad, nivel socio económico, religión, estado civil) se obtuvo del expediente clínico.

Criterios de inclusión: Pacientes de ambos sexos que requieren hospitalización en el HPFBA debido a riesgo suicida (determinado por clínica), con edad de 18 a 60 años. Que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado y que cursen su primer internamiento o subsecuente. Además de que como diagnósticos de ingreso se encuentren: depresión, trastornos de personalidad, trastornos de ansiedad, trastornos adaptativos o trastornos depresivos asociados con enfermedad médica.

Criterios de exclusión: Trastornos Psicóticos y trastornos por uso y abuso de sustancias, Morbilidad con enfermedades médicas descompensadas, que no firmen el consentimiento informado.

Se estableció como criterio de eliminación el que no terminen la aplicación de los instrumentos, sin embargo todos los sujetos concluyeron los instrumentos de manera adecuada.

Procedimiento: Se evaluó a 30 pacientes que ingresaron por riesgo suicida que cubran los requisitos de inclusión mencionados, la evaluación se realizó el día de su ingreso a hospitalización en los servicios de urgencias y especiales (observación y UCEP), se aplicaron las escalas clinimétricas mencionadas a continuación.

Material: Escalas de Desesperanza de Beck, impulsividad de Plutchik e ideación suicida de Beck, que serán descritas en la siguiente página.

No omitimos mencionar que este estudio no es invasivo por lo que nos apegamos a los criterios de buenas prácticas clínicas y a los estatutos de investigación mencionados en la reunión de Alma-Ata y a los derechos humanos de los pacientes psiquiátricos.

DESCRIPCION DE VARIABLES

DEPENDIENTES:

1. Riesgo Suicida. Determinado por la indicación de hospitalización en servicios especiales y los motivos de internamiento a los mismos, que incluyen la presencia de ideación, planeación o intento suicida reciente.

INDEPENDIENTES

1. Desesperanza. Evaluada por la escala de Desesperanza de Beck.
2. Impulsividad. Evaluada por la escala de Impulsividad de Plutchik.
3. Ideación suicida. Evaluada por la escala de Ideación suicida de Beck.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y MEDICIÓN

1. Escala de ideación suicida de Beck: es un instrumento heteroaplicado que evalúa los pensamientos suicidas, es decir mide la intensidad y características de pensamientos, planes y deseos de cometer suicidio. Se concentra en la ideación, lo cual se hace relevante para individuos que son seriamente suicidas, los que tienen suicidalidad crónica e incluso los que tienen intentos ambivalentes de bajo grado de letalidad o simplemente autoagresiones. Es una escala semiestructurada que consta de 19 ítems, que se valoran en una escala de 3 puntos (0-2). Los ítems están distribuidos en 4 apartados: actitud hacia la vida y la muerte, características de la ideación o del deseo de muerte, características del intento planeado y actualización de la tentativa. Proporciona una cuantificación de la gravedad de la ideación suicida, la puntuación se obtiene sumando todos los ítems (0-38). No existen puntos de corte propuestos; a mayor puntuación mayor gravedad. Validada en México (9).
2. Escala de desesperanza de Beck: es una escala autoaplicada diseñada para evaluar subjetivamente las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar; así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir éxito en su vida. La puntuación obtenida es un predictor útil de posible suicidio. Consta de 20 ítems a los que el individuo debe responder verdadero o falso, cada respuesta tiene un valor de 0 a 1 punto, dependiendo de la pregunta y esta puntuación puede oscilar entre 0-20. En función de la puntuación total se recomiendan los siguientes puntos de corte: 0-8 Riesgo bajo de cometer suicidio (0-3 ninguno o mínimo, y 4-8 leve) y 9-20 riesgo alto de cometer suicidio (9-14 riesgo moderado y 15-20 alto). Además de la puntuación total proporciona puntuaciones en 3 cortes diferentes: factor afectivo (sentimiento sobre el futuro), factor motivacional (pérdida de la motivación) y factor cognitivo (expectativas sobre el futuro). Validada en México (24).
3. Escala de Impulsividad de Plutchik: Es un instrumento autoaplicado diseñado para evaluar las conductas impulsivas. Consta de 15 ítems y todos se relacionan con una

posible falta de control sobre determinadas conductas: capacidad para planificar (3 ítems), control de estados emocionales (3 ítems), control de otras conductas (9 ítems). Las respuestas se recogen en una escala de frecuencia que puntúa 0-3, la puntuación total se obtiene sumando todos los ítems y puede oscilar entre 0 y 45, en la versión española los autores proponen un punto de corte de 20. Validada en México (14).

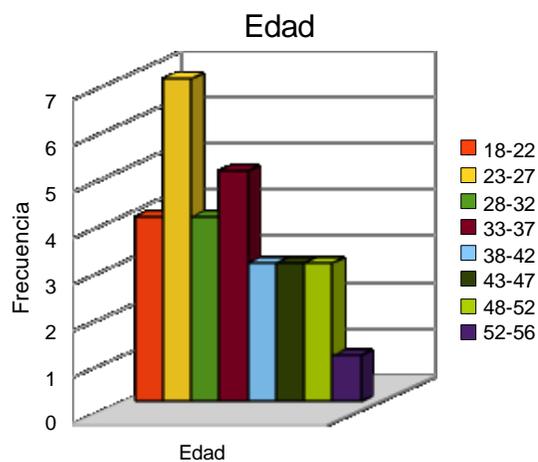
:

ANALISIS DE RESULTADOS.

EDAD

Las edades de los pacientes evaluados estuvieron entre los 18 y 54 años, dentro de ellos el 10% (3) tienen 33 años, sin embargo si se clasifican por rangos de 5 años de edad la mayor frecuencia aparece en el rango de 23 a 27 años, con 23.3% (7), en segundo lugar un rango de edad de 33 a 37 años con 16.67% (5), en tercer lugar coinciden los rangos de 18 a 22 y de 28 a 32 años con 13.33% (4) cada uno, y posteriormente de 38 a 52 se encuentran 3 rangos de edad con 10% (3) cada uno y con una menor frecuencia de 52 a 56 años, con solo 3.33% (1).

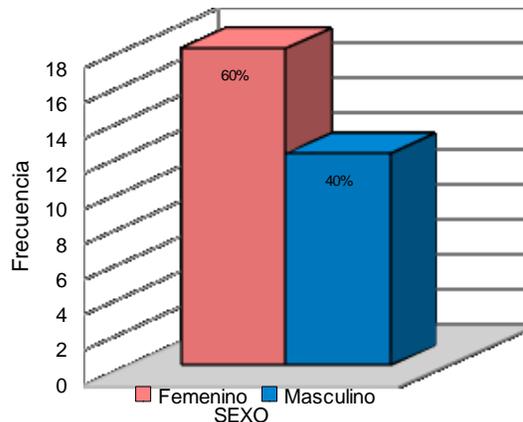
Edad		
Edad	Frecuencia	%
18-22	4	13.33
23-27	7	23.33
28-32	4	13.33
33-37	5	16.67
38-42	3	10
43-47	3	10
48-52	3	10
52-56	1	3.33
	30	100



SEXO

Con respecto al sexo se encontró una mayor frecuencia de mujeres con 60% (18) con respecto a los hombres 40% (12), con una proporción de 3:2.

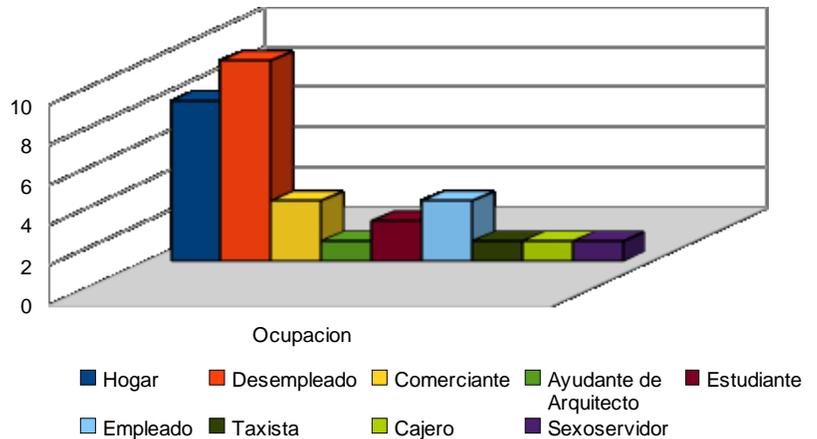
SEXO	Frecuencia	%
Femenino	18	60
Masculino	12	40



OCUPACION

En torno a la ocupación de los pacientes incluidos el porcentaje más alto fue el desempleo 33.33% (10). El 26.7% (8) de la muestra se dedica al hogar y le siguen en frecuencia el comercio y empleados, cada uno con 10% (3). Con menor importancia los estudiantes ocupan el 6.7% (2) y por último las otras ocupaciones (ayudante de arquitecto, taxista, sexoservidora, y cajero) con un total de 13.2 % (1 c/u).

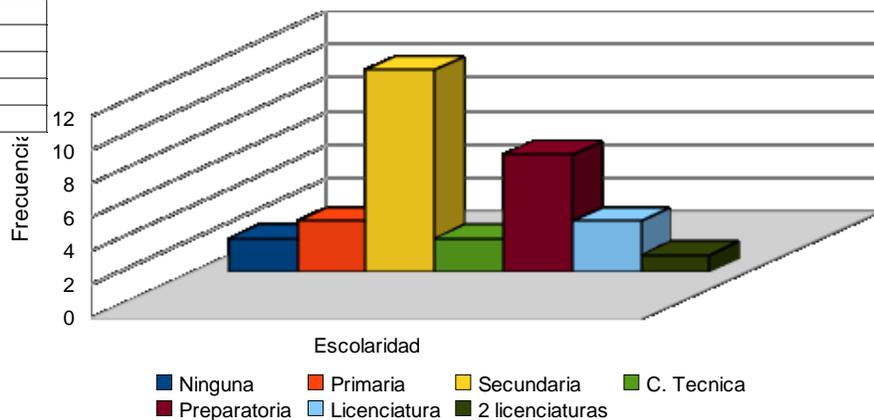
Ocupacion	Frecuencia	%
Hogar	8	26.7
Desempleado	10	33.3
Comerciante	3	10
Ay. Arquitecto	1	3.3
Estudiante	2	6.7
Empleado	3	10
Taxista	1	3.3
Cajero	1	3.3
Sexoservidor	1	3.3
Total	30	100



ESCOLARIDAD

En lo que respecta a la escolaridad la mayor frecuencia la ocupa la secundaria en el 40% de los pacientes (12), posteriormente en segundo lugar la escolaridad media superior (preparatoria) con 23.3% (7), luego primaria y licenciatura con 10% cada una (3), compartiendo con 6.7 % (1) tanto dos licenciaturas como sin escolaridad.

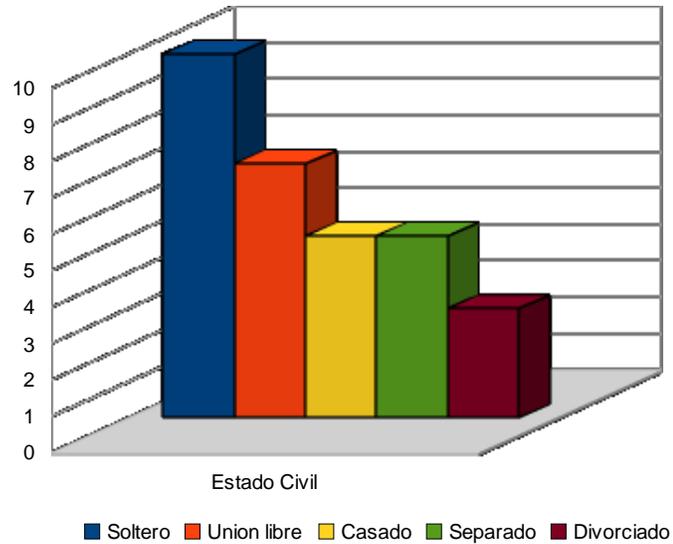
Escolaridad	Frecuencia	%
Ninguna	2	6.7
Primaria	3	10
Secundaria	12	40
C. Tecnica	2	6.7
Preparatoria	7	23.3
Licenciatura	3	10
2 licenciaturas	1	3.3
Total	30	100



ESTADO CIVIL

En cuanto al estado civil de la muestra el 33.3% (10) son solteros, el 23.3% (7) viven en unión libre; el 16.7% (5) son casados y el mismo número son separados y con menor frecuencia, tenemos al 10% (3) divorciados.

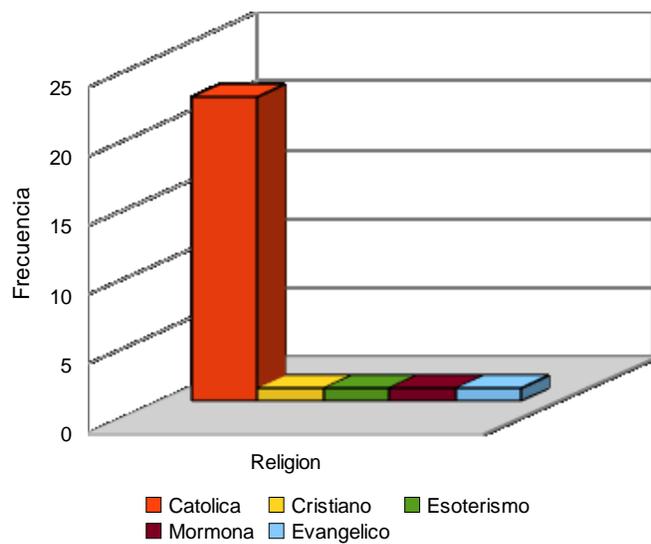
Estado Civil	Frecuencia	%
Soltero	10	33.3
Union libre	7	23.3
Casado	5	16.7
Separado	5	16.7
Divorciado	3	10
Total	30	100



RELIGIÓN

La religión más frecuente en la muestra es la católica con un 73.3% (22), y el resto de las religiones encontradas (cristiano, esoterismo, mormón y evangélico) con 3.3 % (1) de pacientes cada una.

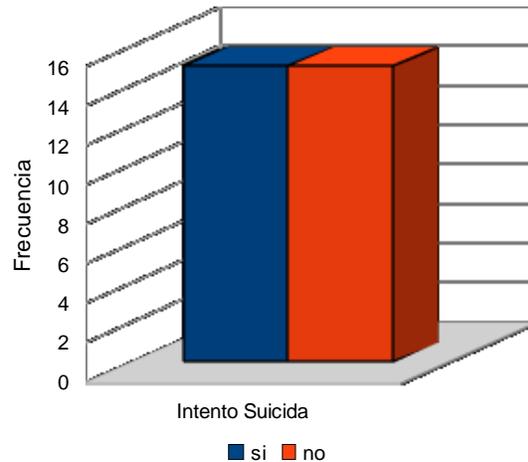
Religion	Frecuencia	%
Catolica	22	73.3
Cristiano	1	3.3
Esoterismo	1	3.3
Mormona	1	3.3
Evangelico	1	3.3
Total	30	100



INTENTO SUICIDA.

De la muestra valorada encontramos la misma frecuencia 50% (15) entre quienes tuvieron intentos suicidas previos a su hospitalización, con respecto a los que no los tuvieron.

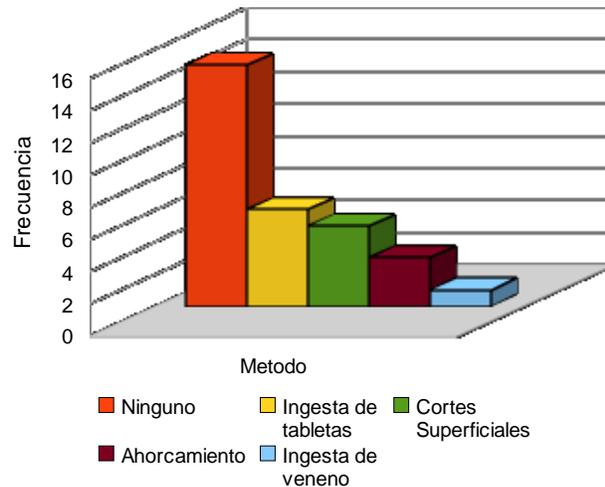
Intento Suicida	Frecuencia	%
si	15	50
no	15	50
Total	30	100



METODO DE LOS INTENTO SUICIDAS.

Del 50% de la muestra que tuvo intentos suicidas previos a su ingreso el método más común es la ingesta de tabletas 20% (6), en segundo lugar los cortes superficiales con 16.7% (5), y los menos frecuentes incluyen el ahorcamiento con 10% (3) y la ingesta de veneno con 3.3% (1).

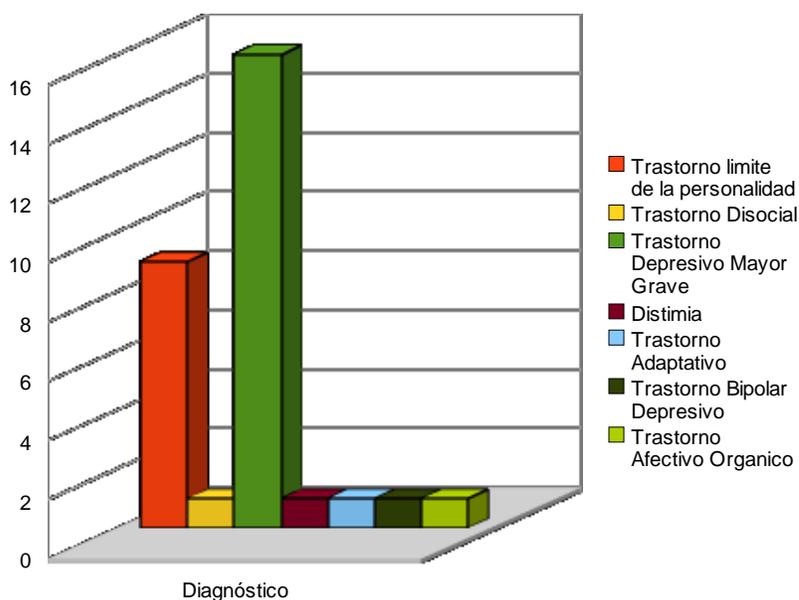
Metodo	Frecuencia	%
Ninguno	15	50
Ingesta de tabletas	6	20
Cortes Superficiales	5	16.7
Ahorcamiento	3	10
Ingesta de veneno	1	3.3
Total	30	100



DIAGNOSTICOS

Los diagnósticos de ingreso de los pacientes fueron con mayor frecuencia Trastorno depresivo mayor episodio grave con 53.3% (16), en segundo sitio el Trastorno Limite de la personalidad con 30% (9), y con 3.3% (1) cada uno de los siguientes diagnósticos: Trastorno Disocial de la personalidad, Distimia, Trastorno Adaptativo, Trastorno Bipolar Depresivo y trastorno afectivo orgánico.

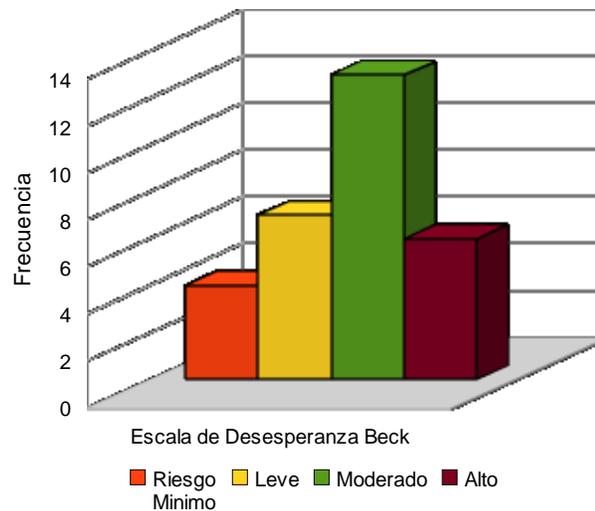
Diagnóstico	Frecuencia	%
Trastorno limite de la personalidad	9	30
Trastorno Disocial	1	3.3
Trastorno Depresivo Mayor Grave	16	53.3
Distimia	1	3.3
Trastorno Adaptativo	1	3.3
Trastorno Bipolar Depresivo	1	3.3
Trastorno Afectivo Organico	1	3.3
Total	30	100



ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK.

Se trata de una escala autoaplicada diseñada para evaluar subjetivamente las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar; así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir éxito en su vida. La puntuación obtenida es un predictor útil de posible suicidio. En función de la puntuación total existen puntos de corte recomendados como predictores del riesgo suicida y en caso de nuestra muestra los resultados fueron los siguientes: Encontramos una mayor frecuencia 43.3% (13) de pacientes con una puntuación de 9-14, clasificándolo como riesgo moderado de cometer suicidio, el segundo lugar en frecuencia 23.3% (7) lo tienen los pacientes con riesgo leve, con un puntaje de 4-8 en la escala utilizada. Los pacientes con riesgo alto, con puntaje entre 9-20 ocupan el tercer sitio en frecuencia con un 20% (6) y por último los pacientes con riesgo mínimo tienen una frecuencia de 13.3 (4).

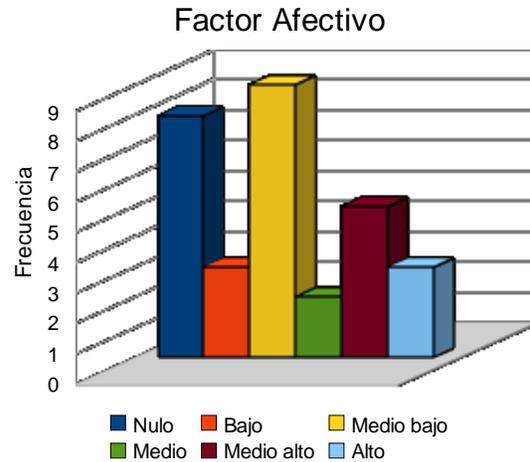
Escala de Desesperanza Beck		
	Frecuencia	%
Riesgo Minimo	4	13.3
Leve	7	23.3
Moderado	13	43.3
Alto	6	20
Total	30	100



Además de la puntuación total proporciona puntuaciones en 3 cortes diferentes: factor afectivo (sentimiento sobre el futuro), factor motivacional (perdida de la motivación) y factor cognitivo (expectativas sobre el futuro).

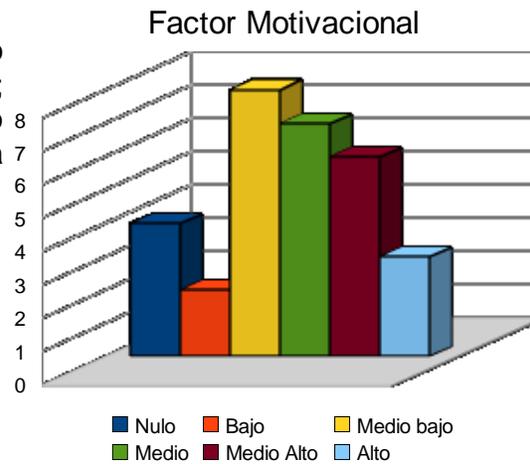
El factor afectivo corresponde a sentimientos sobre el futuro resultando medio bajo en el 39% (9); nulo en el 26.7% (8); medio alto en el 16.7% (5); bajo y alto con 10% (3) cada uno; y por ultimo medio en el 6.7% (2).

Factor Afectivo		
	Fx	%
Nulo	8	26.7
Bajo	3	10
Medio bajo	9	30
Medio	2	6.7
Medio alto	5	16.7
Alto	3	10
Total	30	100



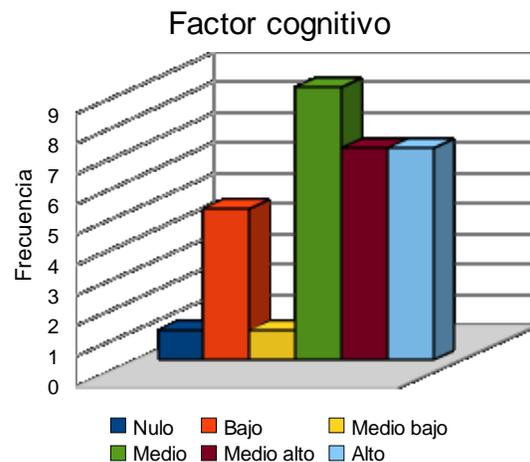
En cuanto al factor motivacional se obtuvo medio bajo en 26.7% (8); medio en 23.3% (7); medio alto en 20% (6), nulo en 13.3% (4); Alto en el 10% (3) y en último lugar en frecuencia bajo con 6.7% (2).

Factor motivacional		
	Fx	%
Nulo	4	13.3
Bajo	2	6.7
Medio bajo	8	26.7
Medio	7	23.3
Medio Alto	6	20
Alto	3	10
Total	30	100



En lo que respecta al factor cognitivo, que corresponde a las expectativas sobre el futuro resultó: medio con 30%; alto y medio alto con 23.3% (7) cada uno, bajo en 16.7% (5), y medio bajo y bajo con 3.3% (1) cada uno.

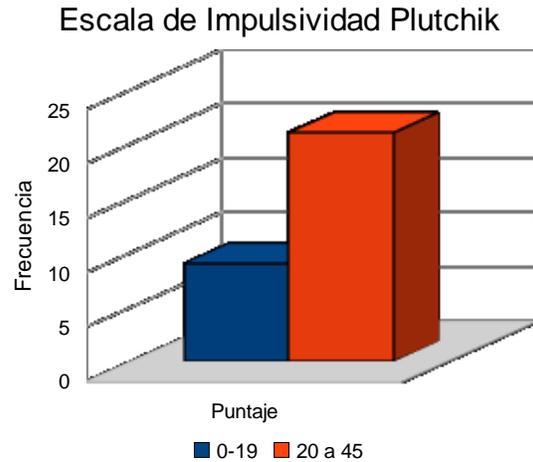
Factor Cognitivo		
	Fx	%
Nulo	1	3.3
Bajo	5	16.7
Medio bajo	1	3.3
Medio	9	30
Medio alto	7	23.3
Alto	7	23.3
Total	30	100



ESCALA DE IMPULSIVIDAD DE PLUTCHIK

Es un instrumento autoaplicado diseñado para evaluar las conductas impulsivas. Consta de 15 ítems y todos se relacionan con una posible falta de control sobre determinadas conductas. El resultado oscilar entre 0 y 45, se propone un punto de corte de 20. En la muestra tenemos el 70% (21) con puntaje mayor a 20, lo que significa impulsividad con riesgo suicida y un 30% (9) menor de 20, quienes tienen menor riesgo.

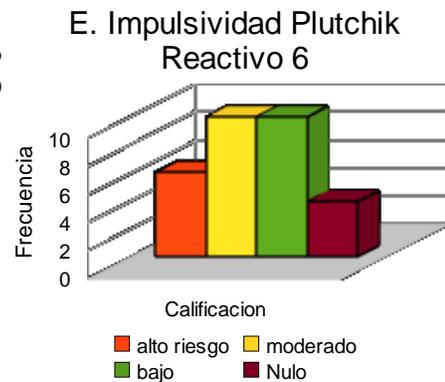
Escala de Impulsividad Plutchik		
Puntaje	Fx	%
0-19	9	29.8
20 a 45	21	70
	30	99.8



En La Escala de impulsividad de Plutchik los reactivos 6 y 15 por si mismos son predictivos del riesgo suicida. Estos reactivos se puntúan de manera inversa y resultado lo siguiente:

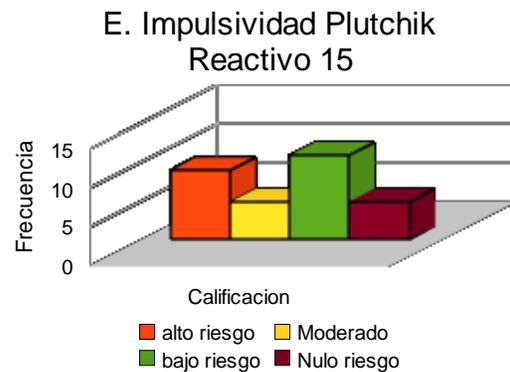
En el reactivo 6 con riesgo moderado y bajo 33.3% (10) cada uno, posteriormente con 20% (6) alto riesgo y finalmente 13.3% (4) sin riesgo.

Reactivo 6 Plutchik		
Calificacion	Fx	%
alto riesgo	6	20
moderado	10	33.3
bajo	10	33.3
Nulo	4	13.3
Total	30	100



En el reactivo 15 resultaron con bajo riesgo el 36.7% (11), con alto riesgo el 30% (9) y con riesgo moderado y sin riesgo el 16.7% (5) cada uno.

Reactivo 15 Plutchik		
Calificacion	Fx	%
alto riesgo	9	30
Moderado	5	16.7
bajo riesgo	11	36.7
Nulo riesgo	5	16.7
Total	30	100

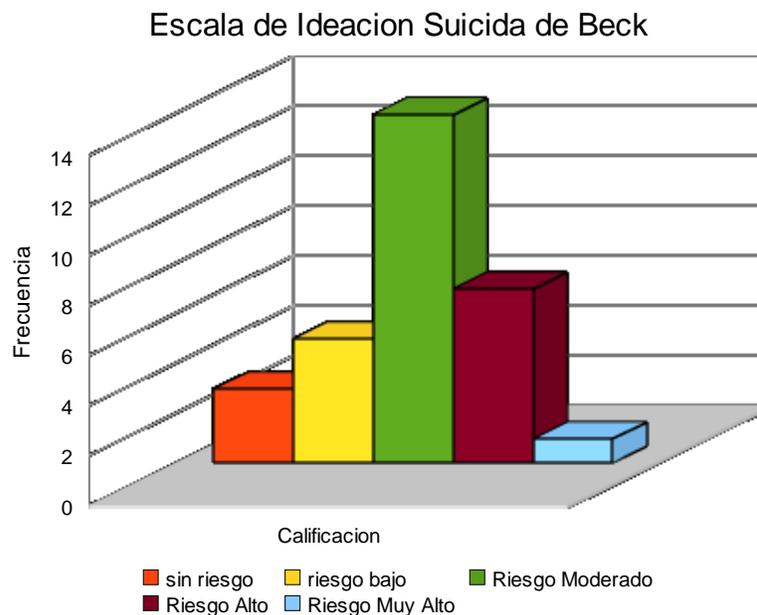


ESCALA DE IDEACION SUICIDA DE BECK

Es un instrumento que evalúa los pensamientos suicidas, es decir mide la intensidad y características de pensamientos, planes y deseos de cometer suicidio. Se concentra en la ideación, lo cual se hace relevante para individuos que son seriamente suicidas, los que tienen suicidalidad crónica e incluso los que tienen intentos ambivalentes de bajo grado de letalidad o simplemente autoagresiones. Proporciona una cuantificación de la gravedad de la ideación suicida, la puntuación se obtiene sumando todos los ítems (0-38). A mayor puntuación mayor gravedad, dentro del puntaje obtenido se clasifico de la siguiente manera: 0=sin riesgo, 1-10 con riesgo bajo, 11-20 con riesgo moderado, 21-30 con riesgo alto y más de 31 riesgo muy alto.

En lo que corresponde a la muestra el 46% (14) tuvieron un riesgo moderado, el 23.3% (7) un riesgo alto, el 16.7% (5) bajo, el 10% (3) y muy alto 3.3% (1).

Escala de Ideacion suicida de Beck		
Calificacion	Fx	%
sin riesgo	3	10
riesgo bajo	5	16.7
Riesgo Moderado	14	46.7
Riesgo Alto	7	23.3
Riesgo Muy Alto	1	3.3
Total	30	100



A fin de conocer si hay si hay una asociación entre el riesgo suicida y la desesperanza, la impulsividad y la ideación suicida; y a su vez con las variables sociodemográficas, se llevo a cabo una correlación de Spearman obteniendo los resultados siguientes:

Entre la edad y la impulsividad, se encontró una correlación negativa, con $r=-.465$ y una significancia de 0.10. Mostrando que la impulsividad es mayor a menor edad, por lo que se podría decir que la edad es un factor de riesgo importante en nuestra población debido a su asociación con la impulsividad demostrada en el reactivo 15 de la escala de impulsividad de Plutchik.

Relacionando el sexo y método del intento suicida se observó una correlación positiva ($r=0.428$ y significancia de 0.18), hallando que en mujeres son más comunes los intentos de baja letalidad como cortes superficiales y la ingesta de tabletas y en los hombres son más comunes los intentos más letales y más violentos como el ahorcamiento y con menor frecuencia ingesta de veneno.

Entre el estado civil y la impulsividad, tomando en cuenta únicamente el reactivo 15 se encontró una correlación negativa ($r=-0.615$ y $s=0.000$) y relacionándolo con el puntaje total de la escala de Impulsividad de Plutchik se obtuvo también una correlación negativa ($r=-0.653$ y $s=0.000$), encontrando mayor impulsividad y mayor riesgo de suicidio en solteros que en casados o divorciados.

Relacionando el puntaje total de la escala de impulsividad y el antecedente de intento suicida previo al ingreso se encontró una correlación positiva ($r=.371$ y $s=.044$), se obtuvo que la presencia de intento coincide con mayor puntaje en la escala y por lo tanto con mayor impulsividad, y a su vez la ausencia de intento en sujetos que resultaron con un puntaje menor.

Entre el puntaje total de la escala de impulsividad y el método del intento suicida se encontró una correlación negativa ($r=-.374$ y $s=.042$) encontrando que hay menor impulsividad en los sujetos que no presentaron intento al momento de su ingreso, y que a su vez los intentos más letales (de acuerdo a los datos que tenemos) son en sujetos que expresan mayor impulsividad en las escalas.

Relacionando el puntaje total de la escala de Desesperanza de Beck y el factor afectivo de la misma se encontró una correlación positiva ($r=.783$ y $s=.000$), lo que determina que a mayor factor afectivo mayor puntaje total y por lo tanto riesgo alto, sin embargo no se encontró correlación con los otros factores que integran esta escala.

Entre el factor afectivo de la escala de desesperanza y la de ideación suicida se encontró una correlación positiva ($r=.368$ $s=.046$) lo que indica que a mayor puntaje de factor afectivo se encuentra mayor puntaje en la escala de ideación suicida; se comporta de la misma forma la relación del factor motivacional con la escala de ideación suicida ($r=.454$ y $s=.012$). No se encontró relación con el factor cognitivo.

Lo anterior también se ve reflejado en la correlación entre el puntaje total de la escala de desesperanza de Beck y la de ideación suicida del mismo autor ($r=.403$ y $s=.027$) lo que determina que mientras más alto se encuentre el riesgo suicida en la escala de desesperanza también se encuentra mayor puntaje y por lo tanto mayor gravedad en la de ideación suicida.

DISCUSION.

En estudios epidemiológicos un número de factores demográficos han sido asociados con aumento en el número de suicidios, sin embargo estas características incluyen a una población amplia y no se deben de considerar solas (25). Estos parámetros demográficos deben ser considerados en conjunto con otros factores que puedan influir en el riesgo individual (1). En lo anterior radica la importancia de estos factores en asociación al riesgo suicida.

Edad.

La tasa de suicidio difiere dramáticamente con respecto a la edad, entre los 10 y 24 años se incrementa bruscamente (13 por 100,000 en EUA), en el 2004 el suicidio era la tercera causa de muerte en el grupo de 14 a 24 años (1), si esto se compara con los resultados obtenidos en este trabajo coincide parcialmente con las edades que se encontraron con mayor frecuencia, encontrando el 36.66% en el rango de edades de 18-27 años.

El rango de intentos suicidas en adolescentes es tan alto como 200 por cada 1 a 4 intentos en sujetos mayores (1), lo que también coincide con nuestros resultados al encontrar una correlación entre la edad y la impulsividad. Mostrando que la impulsividad es mayor a menor edad, por lo que se podría decir que la edad es un factor de riesgo importante en nuestra población debido a su asociación con la impulsividad demostrada en el reactivo 15 de la escala de impulsividad de Plutchik. También se describe en la literatura que las personas mayores tienen menor frecuencia de intentos suicidas (10), pero que los mismos son más letales, hallazgo que no coincide con los resultados obtenidos esta vez.

Sexo.

Virtualmente en todos los países que reportan estadísticas de suicidio a la OMS el riesgo de suicidio se incrementa con la edad en ambos sexos, y la tasa de hombres mayores son generalmente más altas que en mujeres (25). En EUA la muerte por suicidio es más frecuente en hombres que en mujeres (1). En el caso de los resultados obtenidos en el análisis se obtuvo una mayor frecuencia de mujeres con 60% con respecto a los hombres, con 40%, con una proporción de 3:2, la diferencia probablemente radica en el método utilizado, ya que en hombres es más frecuente la muerte por suicidio debido a que utilizan métodos más letales y por lo tanto hay mayor dificultad para la supervivencia y por lo tanto de su hospitalización en una institución psiquiátrica. En lo que respecta a mujeres es más común la frecuencia de intentos que de muerte por suicidio, con una proporción de 3:1 (1,25). Dentro de los resultados también se encontró una correlación entre sexo y método del intento suicida, hallando que en mujeres son más comunes los intentos de baja letalidad como cortes superficiales y la ingesta de tabletas y en los hombres son más comunes los intentos más letales y más violentos como el ahorcamiento y con menor frecuencia ingesta de veneno; coincidiendo también esto con la literatura (27).

Ocupación.

En lo que respecta a la ocupación aparentemente está relacionada con otros factores que tienen mayor importancia para definir el riesgo suicida, dentro de los resultados se obtuvo que el porcentaje más alto fue el desempleo 33.33%. El 26.7% de la muestra se dedica al hogar y le siguen en frecuencia el comercio y empleados, cada uno con 10%. Que el desempleo ocupe el primer lugar en frecuencia es probablemente debido a la disfunción secundaria al padecimiento psiquiátrico de base más que al riesgo suicida por sí mismo, y que el segundo lugar lo ocupen los dedicados al hogar podría estar asociado a la mayor proporción de mujeres y por supuesto al nivel sociocultural.

Escolaridad.

En lo que respecta a la escolaridad la mayor frecuencia la ocupa la secundaria en el 40% de los pacientes, posteriormente en segundo lugar la escolaridad media superior (preparatoria) con 23.3% , luego primaria y licenciatura con 10% cada una, compartiendo con 6.7 % tanto dos licenciaturas como sin escolaridad. Lo anterior no se encuentra en la bibliografía la relación entre escolaridad y riesgo suicida, sin embargo continúa siendo una representación del nivel de la educación en México y sobre todo en la ciudad.

Estado civil.

En cuanto al estado civil de la muestra el 33.3% (10) son solteros, el 23.3% (7) viven en unión libre; el 16.7% son casados y el mismo número son separados y con menor frecuencia, tenemos al 10% divorciados. Lo anterior coincide con la literatura (1,25), al menos en cuanto a que los solteros tienen mayor riesgo que los casados, que en la muestra en donde puede estar representado por la correlación entre el estado civil y la impulsividad tanto en el reactivo 15, así como en el puntaje total de la escala de Impulsividad de Plutchik, encontrando mayor impulsividad y mayor riesgo de suicidio en solteros que en casados o divorciados.

Religión.

Se considera con un factor protector, o un factor que disminuye el riesgo a los individuos que tienen creencias religiosas fuertes (25), se ha encontrado que en EUA los católicos tienen el riesgo más bajo de suicidio (1), en el caso de la muestra la religión más frecuente fue la católica con un 73.3%, y el resto de las religiones encontradas (cristiano, esoterismo, mormón y evangélico) con 3.3 % de pacientes cada una. Esto también probablemente asociado a la población y cultura del país.

Intento suicida.

De la muestra valorada encontramos la misma frecuencia 50% entre quienes tuvieron intentos suicidas previos a su hospitalización, con respecto a los que no los tuvieron.

Del 50% de la muestra que tuvo intentos suicidas previos a su ingreso el método más común es la ingesta de tabletas 20%, en segundo lugar los cortes superficiales con 16.7%, y

los menos frecuentes incluyen el ahorcamiento con 10% y la ingesta de veneno con 3.3%. Lo anterior esta probablemente asociado a los factores demográficos ya descritos.

Diagnósticos.

La presencia de un trastorno psiquiátrico es probablemente el factor de riesgo más significativo para cometer suicidio. Los estudios de autopsia psicológica han mostrado consistentemente que más del 90% de las personas que han muerto por suicidio tienen criterios para uno o más trastornos mentales.

Los trastornos del estado de ánimo, principalmente en fases depresivas son los diagnósticos encontrados más frecuentemente en las muertes por suicidio (1,25); lo que coincide con los resultados obtenidos ya que Los diagnósticos de ingreso de los pacientes fueron con mayor frecuencia trastorno depresivo mayor episodio grave con 53.3%, aunque es claro que el riesgo aumenta si hay otros factores asociados al trastorno del estado de ánimo.

También los trastornos de personalidad se han asociado con un riesgo incrementado de suicidio, estos pacientes tienen un riesgo 7 veces mayor si se comparan con población general, este riesgo aumenta especialmente en Trastorno límite de la personalidad y trastorno antisocial (1). A este respecto en la muestra se obtuvo que el trastorno Límite de la personalidad corresponde al 30% de los diagnósticos.

Escala de Desesperanza de Beck.

La desesperanza está establecida como una dimensión psicológica asociada a un incremento del riesgo suicida. La desesperanza puede variar en niveles; desde tener expectativas negativas del futuro a estar sin esperanzas y decepcionado del futuro (1). En general, pacientes con altos niveles de desesperanza tienen un riesgo creciente de suicidio (2). Para pacientes con depresión, la desesperanza ha sido sugerida como el factor que explica por qué algunos pacientes escogen el suicidio mientras en otros no es así. La desesperanza también contribuye al aumento de ideación de intentos suicidas (3). Se encontró una mayor frecuencia 43.3% de pacientes con una puntuación de 9-14, clasificándolo como riesgo moderado de cometer suicidio, el segundo lugar en frecuencia 23.3% lo tienen los pacientes con riesgo leve, con un puntaje de 4-8 en la escala utilizada. Los pacientes con riesgo alto, con puntaje entre 9-20 ocupan el tercer sitio en frecuencia con un 20% y por último los pacientes con riesgo mínimo tienen una frecuencia de 13.3. Lo que definiría que el riesgo en general de los pacientes incluidos en este estudio es moderado a alto. Cualquiera que sea la fuente o conceptualización de la desesperanza, las intervenciones que la reducen pueden reducir también el potencial suicida (1). Esto último podría verse dentro del factor cognitivo de la escala en donde se encontró menor riesgo y por lo tanto podría actuar también como factor protector.

Escala de Impulsividad de Plutchik.

En lo que respecta a la impulsividad en la muestra resultó el 70% con puntaje mayor a 20, lo que significa impulsividad con riesgo suicida alto y un 30% menor de 20, quienes tienen menor riesgo; estos resultados obtienen importancia debido a que tanto la

Impulsividad, la hostilidad y la agresión pueden individualmente o juntas aumentar el riesgo suicida (12,27). Muchos estudios otorgan evidencia moderadamente fuerte de esto de acuerdo a los grupos diagnósticos (25). Muchos otros estudios también han demostrado una alta impulsividad asociada a individuos con una historia de intentos suicidas (1). Coincidiendo con los resultados obtenidos en donde se encontró una correlación entre el puntaje total de la escala de impulsividad y el antecedente de intento suicida previo al ingreso, la presencia de intento coincide con mayor puntaje en la escala y por lo tanto con mayor impulsividad, y a su vez la ausencia de intento en sujetos que resultaron con un puntaje menor.

También es importante señalar la correlación hallada entre el puntaje total de la escala de impulsividad y el método del intento suicida encontrando que hay menor impulsividad en los sujetos que no presentaron intento al momento de su ingreso, y que a su vez los intentos más letales (de acuerdo a los datos que tenemos) son en sujetos que expresan mayor impulsividad en la escala.

Escala de Ideación suicida de Beck.

La ideación suicida es un determinante importante de riesgo porque precede el suicidio (1). Por otra parte la ideación suicida es común, con una incidencia anual estimada en 5.6% y una prevalencia estimada de 13.5%. Como la mayoría de los individuos con ideación suicida no morirá por dicha causa, los clínicos deben considerar otros factores que aumentan el riesgo entre estos individuos (25). En lo que corresponde a la muestra el 46% tuvieron un riesgo moderado, el 23.3% un riesgo alto, el 16.7% bajo, el 10% y muy alto 3.3%.

Además es importante señalar la correlación entre el factor afectivo de la escala de desesperanza y la de ideación suicida, lo que indica que a mayor puntaje de factor afectivo se encuentra mayor puntaje en la escala de ideación suicida; se comporta de la misma forma la relación del factor motivacional con la escala de ideación suicida. No se encontró relación con el factor cognitivo.

Lo anterior también se ve reflejado en la correlación entre el puntaje total de la escala de desesperanza de Beck y la de ideación suicida del mismo autor lo que determina que mientras más alto se encuentre el riesgo suicida en la escala de desesperanza también se encuentra mayor puntaje y por lo tanto mayor gravedad en la de ideación suicida. Recordemos que altos niveles basales de desesperanza también han sido asociados con un incremento de la probabilidad de comportamiento suicida (1,2,3,4). De cualquier manera pacientes que experimentan niveles similares de depresión pueden tener diferentes niveles de desesperanza y esta diferencia, en cambio, puede afectar su probabilidad de desarrollar pensamientos suicidas.

CONCLUSIONES.

El riesgo suicida en sus diferentes grados de severidad, está presente en los pacientes que se ingresan a hospitalización en nuestra institución, dicha severidad se relaciona a factores como: la edad encontrando una mayor proporción de pacientes en el rango de edades entre 18 y 27 años, asociando además este grupo a mayor impulsividad, en cuanto al sexo solo podemos decir que la proporción de mujeres hospitalizadas debido a Riesgo suicida es de 3 a 2 con respecto a los hombres; que no se cuente con red de apoyo social de tipo familiar representado por la mayor proporción de sujetos solteros. Así como antecedente de algún intento autolítico o suicida previo y por supuesto de la letalidad de dicho intento. En los resultados los diagnósticos asociados con mayor frecuencia fueron los trastornos depresivos y en segundo lugar el trastorno límite de la personalidad. Lo anterior coincide con lo descrito en la literatura.

Se encontró otra diferencia de acuerdo al sexo, hallando que en mujeres son más comunes los intentos de baja letalidad como cortes superficiales y la ingesta de tabletas y en los hombres son más comunes los intentos más letales y más violentos como el ahorcamiento y con menor frecuencia ingesta de veneno.

Pacientes con altos niveles de desesperanza tienen un riesgo creciente de suicidio, también contribuye al aumento de ideación de intentos suicidas. Con respecto a la escala de desesperanza de Beck el riesgo en general de los pacientes incluidos en este estudio es moderado a alto.

En lo que respecta a la impulsividad en la muestra resultó el 70% con un puntaje mayor a 20, lo que significa impulsividad con riesgo suicida alto, es importante señalar la correlación hallada entre el puntaje total de la escala de impulsividad y el método del intento suicida encontrando que hay menor impulsividad en los sujetos que no presentaron intento al momento de su ingreso, y que a su vez los intentos más letales (de acuerdo a los datos que tenemos) son en sujetos que expresan mayor impulsividad en la escala.

Una limitante importante en lo que respecta a los intentos suicidas y a su letalidad fue que no se considero consignar la letalidad de los intentos adecuadamente, se debió haber clasificado de acuerdo al tipo de medicamentos y la cantidad de la ingesta, así como la gravedad de los cortes, se clasificaron como superficiales, sin embargo no se tiene el dato exacto.

Este estudio contribuye a la mejor comprensión de la conducta suicida en los pacientes no psicóticos, así como a la detección de los pacientes con mayor riesgo de tener alguna conducta suicida y poder intervenir adecuadamente para prevenir el acto suicida. Sin embargo este se queda con limitaciones principalmente debido al tamaño de la muestra, además de que se obtendrían mayores datos y más fidedignos si se planteara un estudio longitudinal, para poder observar la modificación de la desesperanza, ideación suicida e impulsividad posterior a la hospitalización y finalmente un estudio a largo plazo que revele finalmente quienes tuvieron más riesgo suicida de acuerdo a los suicidios consumados. Al ser el presente un estudio pequeño y no elegido al azar tiene poca validez tanto interna como externa. Definitivamente un estudio epidemiológico podría evaluar verdaderamente el riesgo suicida. En fin existe mucho futuro con respecto al estudio de los factores que influyen en el riesgo suicida.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. American Psychiatric Association: Practice Guidelines for the treatment for Psychiatric Disorders. Compendium 2004. Pags 835-990 (Assesment and treatment of patients with suicidal Behaviors).
2. Beck AT et al. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. American Journal of Psychiatry, 1985, 142:559–563.
3. Beck AT et al. The relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. American Journal of Psychiatry, 1990, 147:190–195.
4. Beck, A, Steer R: Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. Clinical Psychology Review. Vol 8(1), 1988, 77-100.
5. Bobes, G., Bousoño, M.,Portilla, M., Saiz, P. Comportamientos Suicidas. Ars Médica, México. 2004.
6. Díaz Suárez J., Sáiz Martínez P.A., Bousoño García M., Bobes García J.: Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Concepto y clasificación de las conductas suicidas. Ed. Masson, Barcelona. 1997
7. Garcia P, et al. Banco de Instrumentos basicos para la practica de la psiquiatría clínica, Ars Medica 5ª Edicion.2008.
8. Gómez C, Borges G. Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida 1966-1994, Salud Mental 1996.Vol 1(45-54).
9. González S, Díaz A, et al. Características psicométricas de la escala de ideación suicida de Beck en estudiantes universitarios de la ciudad de México, Salud Mental 2000, Vol 23, No 2
10. Haro G, et al. Revisión histórica de la impulsividad desde una perspectiva artística, filosófica y psicopatológica. Salud Mental, 2004, Vol. 27, No. 5
11. Huth-Bocks, A, et al: Assessment of Psychiatrically Hospitalized Suicidal Adolescents: Self-Report Instruments as Predictors of Suicidal Thoughts and Behavior Journal Academic Child Adolescenc. Psychiatry, 2007, 46:3
12. Ibarra, C, et al. Desesperanza y depresión en sujetos hospitalizados por intento suicida. Psiquis (México) 2000, 9:4 (79-83)
13. Jacobs D, MD; BrewerM, RN, MBA : APA Practice Guideline Provides Recommendations for Assessing and Treating Patients With Suicidal Behaviors, Psychiatric Annals 34:5; Mayo 2004.
14. Jiménez A, et al: Estudio de la Validez de la traducción al castellano de la escala de Impulsividad de Plutchik, Salud Mental 19 supl octubre (10-12), Mexico 1996.
15. Jimenez A. y Cols: asociación entre impulsividad y depresión en pacientes hospitalizados por intento suicida. Salud mental, marzo 1997, 20:1(36-41)
16. Kazdin AE, et al: Hopelessness, depression, and suicidal intent among psychiatrically disturbed inpatient. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1983
17. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry, 1999, 56:617–626.
18. Leyva L et al: Crónica de la Escuela de Salud Pública de México de 1922 a 2001: relación de sus protagonistas, libro conmemorativo. Escuela de Salud Pública de México, 2002

19. Lima, D, et al. Razones para vivir, desesperanza y riesgo suicida en pacientes con trastorno bipolar con y sin intento suicida. *Psiquis México* 2007 16:6(151-158)
20. Mann JJ, Malone KM: Cerebrospinal fluid amines and higher-lethality suicide attempts in depressed inpatients. *Biol Psychiatry* 1997; 41:162–167.
21. Minois G. *History of suicide: voluntary death in Western culture*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 1999.
22. Mondragón, L, et al. La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y el alcohol. *Salud mental*, octubre 1998, 21:5 (20-27)
23. Moscicki, E: *Epidemiology of suicidal behavior. Suicide prevention: toward the year 2000*. Nueva York, NY, . 1985:22–35.
24. Nuñez R, Campos G. Características psicométricas de la escala de desesperanza de Beck aplicada a estudiantes de nivel medio superior. *Psiquiatría, APM* 2007
25. Organización panamericana de la Salud. *INFORME MUNDIAL SOBRE LA VIOLENCIA Y LA SALUD*. 2003.
26. Paykel ES et al. Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 1974, 124:460–469.
27. Plutchik R, Van Praag H: The measurement of suicidality, agresivity and impulsivity. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiat*, 13:23-34, 1989.
28. Preventing suicide: a resource for media professionals. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (documento WHO/MNH/MBD/00.2).
29. Robledo, P. Suicide in adolescents: what the equipment of health must know. *Revista de Pediatría*. Perú. 2007, 60 (1)
30. Ronald, W. Suicide. *The Lancet* . 2002. Vol 360. No 27.
31. Sadock, B y Alcott , V. Kaplan and Sadock's. *Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences*. Lipincott Williams & Wilkins 10a E, 1997.
32. Sarró Martín B, Cruz Coma C de la. Evaluación del riesgo de suicidio. *rev psiquiatr* Jan 2-8 Mayo 1997; L11 No.1211.
33. Scales Assessing Suicidality, Cognitive Style, and Self-Esteem. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Vol 41 (10) . EUA. 2002.
34. Shneidman E. *Definition of suicide*. Nueva York, NY, John Wiley & Sons, 1985.
35. Stengel E. *Suicide and attempted suicide*. Baltimore: Penguin Books, 1964. 7a ed. *Vital statistics of the United States*, 1980.
36. Stoudemire A et al. The economic burden of depression. *General Hospital Psychiatry*, 1986, 8:387–394.
37. Szerman N: *Nosología clínica de los trastornos por impulsividad*. *Psiquiatr Biol*, 9(Supl 2):1-9, 2002.
38. Tejedor MC, Diaz A, Castellón J, Pericay JM: Attempted suicide: repetition and survival findings of a follow-up study *Acta Psychiatrica Scandinavica* Volume 100, Issue 3, Pages205 – 211. 1999
39. Villardon L: *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. ICE. Univ. Deusto, Bilbao 1993.
40. Winters N; Myers K, Proud L: Scales Assessing Suicidality, Cognitive Style, and Self-Esteem *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41: 10(1150-1181). EUA 2002.

INSTRUCCIONES: Por favor lea cada enunciado y conteste verdadero o falso para cada afirmación.

ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK

1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	V	F
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo	V	F
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así	V	F
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años	V	F
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	V	F
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar	V	F
7. Mi futuro me parece oscuro	V	F
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	V	F
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro	V	F
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro	V	F
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable	V	F
12. No espero conseguir lo que realmente deseo	V	F
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora	V	F
14. Las cosas no marchan como yo quisiera	V	F
15. Tengo una gran confianza en el futuro	V	F
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa	V	F
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	V	F
18. El futuro me parece vago e incierto	V	F
19. Espero más bien épocas buenas que malas	V	F
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	V	F

Escala de Impulsividad de Plutchik (EI)

Instrucciones: Por favor, lea cada afirmación cuidadosamente e indique con qué frecuencia le ocurren las siguientes situaciones. Señale en los recuadros de la derecha la respuesta que se ajuste a su caso.

	Nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1. ¿Le resulta difícil esperar en una cola?				
2. ¿Hace cosas impulsivamente?				
3. ¿Gasta dinero impulsivamente?				
4. ¿Planea cosas con anticipación?				
5. ¿Pierde la paciencia a menudo?				
6. ¿Le resulta fácil concentrarse?				
7. ¿Le resulta difícil controlar los impulsos sexuales?				
8. ¿Dice usted lo primero que le viene a la cabeza?				
9. ¿Acostumbra a comer aun cuando no tenga hambre?				
10. ¿Es usted impulsivo/a?				
11. ¿Termina las cosas que empieza?				
12. ¿Le resulta difícil controlar las emociones?				
13. ¿Se distrae fácilmente?				
14. ¿Le resulta difícil quedarse quieto?				
15. ¿Es usted cuidadoso o cauteloso?				

Escala de Ideación Suicida de Beck.

1. *Deseo de vivir*:
 1. Moderado a fuerte
 2. Débil
 3. Ninguno
2. *Deseo de morir* :
 1. Ninguno
 2. Débil
 3. Moderado a fuerte
3. *Razones para vivir/morir*
 1. Porque seguir viviendo vale más que morir
 2. Aproximadamente iguales
 3. Porque la muerte vale más que seguir viviendo
4. *Deseo de intentar activamente el suicidio*
 1. Ninguno
 2. Débil
 3. Moderado a fuerte
5. *Deseos pasivos de suicidio*
 1. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida
 2. Puede dejar de vivir/morir por casualidad
 3. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida
6. *Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)*
 1. Breve, períodos pasajeros
 2. Por amplios períodos de tiempo
 3. Continuo (crónico) o casi continuo
7. *Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)*
 1. Raro, ocasional
 2. Intermitente
 3. Persistente o continuo
8. *Actitud hacia la ideación/deseo*
 1. Rechazo
 2. Ambivalente, indiferente
 3. Aceptación
9. *Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out* :
 1. Tiene sentido del control
 2. Inseguro
 3. No tiene sentido del control
10. *Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)*
 1. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo
 2. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo
 3. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos
11. *Razones para el intento contemplado*
 1. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse
 2. Combinación de 0 y 2
 3. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta
12. *Método (especificidad/planificación del intento contemplado)*:
 1. No considerado
 2. Considerado, pero detalles no calculados
 3. Detalles calculados/bien formulados
13. *Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)*
 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad
 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa
 2. Método y oportunidad accesibles
 2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto
14. *Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento*
 0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente
 1. Inseguridad sobre su valor
 2. Seguro de su valor, capacidad
15. *Expectativas/espera del intento actual*
 0. No
 1. Incierto
 2. Sí
16. *Preparación actual para el intento contemplado*
 0. Ninguna
 1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.)
 2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)
17. *Nota suicida* :
 - 0 Ninguna
 - 1Piensa sobre ella o comenzada y no terminada
 - 2Nota terminada
18. *Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)*
 0. Ninguno
 1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos
 2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales
19. *Engaño/encubrimiento del intento contemplado*
 0. Reveló las ideas abiertamente
 1. Frenó lo que estaba expresando
 2. Intentó engañar, ocultar, mentir

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y Fecha México, D. F., a de de 20 .

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

IDEACION SUICIDA, DESESPERANZA E IMPULSIVIDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR RIESGO SUICIDA EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ.

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: _____

El objetivo del estudio es: Evaluar la ideación suicida, desesperanza e impulsividad en pacientes hospitalizados por riesgo suicida en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: _____

Responder a las 3 escalas clinimétricas que se aplicaran en el protocolo.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le planteé acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.

Dra. Lorena del Carmen Conde Macías CP 5154079

Si tiene dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

lore_cunetl@yahoo.com

Testigos

Clave: 2810 – 009 – 013