



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Medicina



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESTUDIO DE SEGUIMIENTO A TRES MESES DE LA CONDUCTA SUICIDA EN PACIENTES  
CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN UN SERVICIO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA  
CONTINUA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA LA TESIS DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA QUE  
PRESENTA:

DR. LEOPOLDO ALEJANDRO LÓPEZ JIMÉNEZ

TUTOR TEÓRICO: DR. HÉCTOR SENTÍES CASTELLÁ

TUTOR MÉTODOLÓGICO: DR. ALEJANDRO MOLINA LÓPEZ

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"

MÉXICO., D.F.

Junio 30, 2014.



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.

Tabla de contenidos:

Página

CONTENIDO:.....	2
1.-AGRADECIMIENTOS.....	3
2.- MARCOTEORICO/ANTECEDENTES.....	4
A) HISTORIA DE LA CONDUCTA SUICIDA.....	4
B) PERSECTIVAS ACTUALESDEL SUICIDIO.....	5
C) DEFINICIONES DE LA CONDUCTA SUICIDA y SUICIDIO.....	6
D) EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO EN MÉXICO Y EL MUNDO.....	7
E) IMPACTO DEL SUICIDIO EN LA SALUD PÚBLICA.....	8
F) FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES DE LA CONDUCTA SUICIDA.....	8
G) ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.....	10
H) EL PROCESO SUICIDA.....	12
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
4.-JUSTIFICACIÓN.....	14
5.-PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	14
6.-HIPOTESIS.....	14
7.- OBJETIVOS.....	15
8.- MÉTODO.....	15
9.- PROCEDIMIENTO.....	22
10.- DIAGRAMA DE FLUJO DE LA INVESTIGACION.....	23
11.-CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	23
12.- CONSIDERACIONES ETICAS.....	24
13.- RESULTADOS.....	25
14.- DISCUSION.....	34
15.- CONCLUSIONES.....	38
12.- BIBLIOGRAFÍA.....	40
13.- ANEXO I.....	43

## **1.- AGRADECIMIENTOS:**

Al Dr. Rafael Ventura Rangel Malo por aceptar la colaboración bidireccional en ambos proyectos, gracias, Rafa.

A mis padres Leopoldo y M. Elena, que siempre me educaron con amor. A Guillermo Sánchez por estar allí como un padre. A mis hermanos Elena, Miriam y Ulises a los cuales quiero mucho y les pido disculpas si los trate mal o les cause preocupación. A Paloma por ese amor y comprensión en todo momento. A mis amigos (CLETLCKYDAD...), son mi familia defeña!. A los pacientes que me brindaron la responsable oportunidad de ser su médico. A los médicos adscritos de Hospital y consulta externa que en algún momento interactuaron conmigo, dejando enseñanzas incomparables. A la Dra. Martha Patricia Ontiveros Uribe, gracias, muchas gracias. A los compañeros R1 Generación 2014 que me apoyaron en algún momento del proyecto y a la Lic. Ángeles Delgado Enfermera de APC. Y dejo por último a mis Tutores de Tesis el Dr. Héctor Sentíes Castellá por la paciencia y por la fe depositada en mí, Al Dr. Alejandro Molina López por la paciencia, las horas invertidas, la frustración que a veces le pudo generar mi desempeño, la mejor lección de vida que me pudo dar es que la gente con visión no renuncia aunque una de las partes falle, cuando vale la pena hay que llamar la atención y aplicar un corrector a tiempo para que el trabajo salga lo mejor posible. Gracias a todos. De verdad gracias.

“Nací en la ignorancia más oscura y mi maestro espiritual abrió mis ojos con la antorcha del conocimiento. Yo le ofrezco mis respetuosas reverencias”. Bhagavad-Gita.

## 2.-MARCO TEORICO

### 1.-ANTECEDENTES

#### A) HISTORIA DE LA CONDUCTA SUICIDA.

La palabra “suicidio” fue utilizada por primera vez por Sir Thomas Browne, en 1642, en su *Religio Medici*. La palabra proviene del latín “Sui” (uno mismo) y “Caedes” matar.(1)

La actitud de los hombres ante la muerte no ha sido la misma a través de los tiempos; el suicidio ha estado ligado a la humanidad y sus costumbres: los mayas, según refiere la historia, veneraban a Ixtab, la diosa del suicidio, y en el Lejano Oriente los japoneses se hacían el *seppuku* para lavar la deshonra. El acto podía ser voluntario, usado por los guerreros para evitar caer en manos del enemigo o para expiar un fallo al código del honor, u obligatorio, por mandato de un señor feudal (*daimyō*), *shōgun* o tribunal en caso de que un samurái cometiera un delito de asesinato, robo, corrupción, etc.

En las antiguas Grecia y Roma, el suicidio forzado, como medida de respeto, se reservaba normalmente para aristócratas sentenciados a muerte: las víctimas podrían beber algún veneno, como la cicuta o arrojarse sobre su espada.

El suicidio comenzó a ser considerado pecado en el siglo IV con San Agustín, porque viola el quinto mandamiento, usurpa la función del Estado y de la Iglesia y evita el sufrimiento que ha sido ordenado por Dios.

En la Edad Media y hasta bien entrada nuestra Edad Moderna en Europa occidental las Iglesias cristianas sacralizaron la muerte, la domesticaron, integrándola en un sistema de ritos y creencias que la convertían en una etapa más del destino final de cada ser humano. La Iglesia Católica rechazaba al suicida y se le negaba la sepultura en el Campo Santo.

En la Inglaterra anglicana de 1800 el cuerpo del suicida era castigado por la justicia públicamente siendo arrastrado por el suelo y estaqueado en el cruce de los caminos, sus bienes confiscados y la viuda desheredada y deshonrada. Solo se aceptaba el caso del soldado vencido que se suicidaba por honor. En el siglo XV, Castilla, Aragón, Florencia, Francia, Reino Unido, Milán, Venecia y Portugal sancionaban el suicidio, una vez consumado el suicidio le disparaban al cadáver. En Castilla y Aragón, la práctica se recoge en una constitución de 1497, cuando un pastor almeriense se suicidó porque le despidieron, y fue rematado en Córdoba en 1498.

En sociedades donde la sacralidad era la cosmovisión vigente, es lógico que el comportamiento suicida se rechazara, pues el hombre no tenía permitido modificar su destino, que estaba en las manos de Dios.

Fue a partir del siglo XIX cuando se perdió ese sentido de socialización, inserto en la ritualidad. La sociedad emergente rechazó aquel paradigma medieval. La muerte fue liberada y pasó al dominio privado, el cadáver era velado en la casa, sepultado en familia, y en ese sentido la muerte pasó a depender cada vez más de la voluntad del individuo. De este modo, la sociedad occidental se había desvinculado de la muerte y del suicidio en particular. (2)

## B) PERSPECTIVAS ACTUALES DEL SUICIDIO

### Visión Sociológica:

El sociólogo francés Émile Durkheim en su obra *El suicidio* (1897), señala que los suicidios son fenómenos individuales que responden esencialmente a causas sociales. Comienza su estudio con una definición de suicidio como: «*Todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma y que, según ella sabía, debía producir este resultado*». (3)

Las sociedades presentan ciertos síntomas patológicos, ante todo la integración o regulación social ya sea excesiva o insuficiente del individuo en la colectividad. Por tanto el suicidio sería un hecho social.

Durkheim distingue cuatro clases de suicidios:

1. Suicidio egoísta, típico de sociedades donde el individuo carece de integración social.
2. Suicidio anómico, característico de falta de regulación social (anomia), existe una falta de normatividad en tanto que las normas sociales no son interiorizadas como propias por parte del individuo.
3. Suicidio altruista, característico de sociedades con alto grado de integración social, el individuo se suicida por su sensación de pertenencia a la sociedad. Se mata por ella, un claro ejemplo son los kamikazes. Esta relación es patológica porque la persona pierde el sentido de individualismo. Este tipo de suicidio consiste en ofrecer su vida por algún ideal. El individuo sacrifica su vida en honor a quien él cree que se beneficiara de ello.
4. Suicidio Fatalista: existe un exceso de normatividad, sucede cuando la regulación social es excesiva. (3)

### Visión psicoanalítica:

Teoría de Freud: Sigmund Freud ofreció la primera reflexión psicológica importante sobre el suicidio. Solo describió a un paciente que había intentado suicidarse, pero vió a muchos pacientes deprimidos. En su artículo <<Duelo y Melancolía>>, Freud afirmaba que el suicidio representa la agresión dirigida hacia el interior contra un objeto de amor introyectado, ambivalentemente catéxico. Freud dudaba que pudiera haber un suicidio sin del deseo previo reprimido de matar a alguien. (4)

Teoría psicológica de Menninger: Basándose en las ideas de Freud, Karl Menninger, en *El hombre contra sí mismo*, concibió el suicidio como un homicidio invertido debido a la ira del paciente contra otra persona. Este asesinato autorreflejo se dirige hacia el interior o se utiliza como excusa para el castigo. También describió un instinto de muerte dirigido contra uno mismo (el concepto del Thanatos de Freud) y tres componentes de hostilidad en el suicidio: el deseo de matar, el deseo de ser matado, el deseo de morir. (4)

### Visión biológica:

Factores biológicos: Predecir la conducta suicida es difícil debido a la baja incidencia, aun en grupos de alto riesgo y por la multicausalidad de la conducta suicida. Los predictores o marcadores biológicos más estudiados hasta la fecha son la disminución en el Líquido

Cefalorraquídeo del Acido 5-Hidroxiindolaacético (5HIAA), metabolito de la serotonina así como la Disfunción del eje Hipotálamo-Hipófisis-Suprarrenal.

Se ha encontrado que a menor cantidad de 5HIAA, se tiene una mayor planeación y se realizan intentos de suicidio mas graves, parece que la concentración en el LCR del 5HIAA es un marcador estable para predecir suicidio y la letalidad de una conducta suicida. Se ha asociado además a incremento en la agresividad de por vida y a intentos de suicidio más letales.

Las anomalías en el eje Hipotálamo-Hipófisis-Suprarrenal, mas comúnmente la resistencia a la Dexametasona, han sido observadas en pacientes suicidas de distintas poblaciones. En algunos meta-análisis de estudios de suicidios consumados mostraron que los niveles de 5-HIAA y la no supresión a la Dexametasona mostraron O.R. de predicción de suicidio de 4.48 y 4.65 respectivamente.

Los Estudios en neuroimagen han revelado que factores como señales de hiperintensidad, anormalidades metabólicas y de perfusión, cambios en el receptor y el transportador de serotonina, pueden jugar un papel en la conducta suicida. (27)

Factores genéticos: La conducta suicida, como otros trastornos psiquiátricos, tiende a presentar una incidencia familiar. En estos pacientes, los antecedentes familiares aumentan el riesgo de suicidio consumado o en grado de tentativa en la mayoría de los grupos diagnósticos. Aunque los gemelos monocigóticos y dicigóticos pueden experimentar algunas diferencias en su desarrollo, la concordancia de las parejas de gemelos monocigóticos es significativamente mayor tanto para el suicidio como para la tentativa de éste, lo que sugiere que en la conducta suicida podrían estar implicados factores genéticos. (4)

Se ha encontrado un polimorfismo funcional en una región del transportador de Serotonina ( 5-HTTLPR) el cual se ha asociado a Depresión Mayor y conductas suicidas en relación a eventos estresantes en la vida. (27)

### C) DEFINICIONES DE LA CONDUCTA SUICIDA.

La Organización Mundial de la Salud en su página de internet nos proporciona las diferentes definiciones sobre la conducta suicida.

1.-Suicidio: acto de quitarse la vida intencionalmente, con el previo conocimiento o expectativa de un resultado fatal.

2.-Intento Suicida: Acto que pone en riesgo la vida con la consciente intención de terminar con la misma, que requiere atención medica después del acto.

3.-Gesto suicida: acto o amenaza de realizar una conducta autolesiva la cual puede o no dañar al sujeto.

4.-Idea Suicida: Deseo o pensamiento que a menudo inicia el proceso que deriva en terminar con la propia vida.

5.-Riesgo Suicida: Una característica, ya sea que la presencia o ausencia de la misma incremente o disminuya la tendencia a cometer suicidio.

6.-Pacto Suicida: Un acuerdo entre 2 o más persona para morir simultáneamente cometiendo suicidio.

7.-Clúster Suicida: Grupos de personas que cometen suicidio por una causa en común.

8.- Entrenamiento Centinela: serie de factores operativos entre individuos, familia y sociedad para prevenir el suicidio.(1)

9.- Suicidalidad: es un continuum que va desde ideación suicida fugaz, intermedia, el daño deliberado y la consumación del suicidio.

#### D) EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO EN MÉXICO Y EL MUNDO:

Según cálculos recientes a nivel global, correspondientes al año 2004, el suicidio o a las lesiones autoinfligidas son la decimosexta causa principal de muerte en el mundo (OMS, 2008), y se prevé que en el año 2030 ocupen el duodécimo lugar. Actualmente, el suicidio ocupa el vigésimo lugar con respecto a las principales causas de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) (OMS, 2008), y se prevé que en el año 2030 ocupe el decimocuarto lugar. Tanto en los hombres como en las mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 44 años, el suicidio se clasifica como una de las diez causas principales de carga de enfermedad; para ambos sexos combinados, se ubica en el octavo lugar (OMS, 2008). México presenta una de las tasas mundiales mas bajas (5.4/100 000 habitantes).(5)

Mundialmente el suicidio es una de las cinco causas de mortalidad en la franja de edad entre 15 a 19 años. En muchos países encabeza como primera o segunda causa de muerte tanto en los varones como en las mujeres de este grupo de edad.

Los métodos de suicidio varían entre los países, en algunos por ejemplo el uso de pesticidas es un método común, mientras que en otros la intoxicación por medicamentos, escapes de gases de los automóviles, y armas de fuego son más frecuentes. Los varones mueren mucho más a menudo a causa del suicidio que las mujeres; una de las razones para esto es que recurren a métodos más violentos para cometer suicidio, tales como armas de fuego, ahorcamiento y explosivos, con mayor frecuencia que las mujeres. Sin embargo, en algunos países el suicidio es más frecuente en las mujeres entre 15 y 19 que entre los varones de la misma edad y en la década pasada ha aumentado la proporción de mujeres que usan métodos violentos. (6)

En México se realizó la (Encuesta Nacional sobre las Adicciones) ENA 2008 en donde se interrogo acerca de las conductas suicidas. Encontramos una prevalencia de cualquier ideación suicida de 8.79% (con variaciones de 4.2 a 6.2%, dependiendo de la pregunta utilizada). La prevalencia de plan suicida fue de 1.22% y 0.79% de la muestra reportó que intentó suicidarse en los últimos 12 meses. La prevalencia de intentos de suicidio que requirieron atención médica



fue de 0.13%. Si utilizamos los ponderadores muestrales para hacer estimaciones hacia los 75 millones de habitantes de la República Mexicana que representa la ENA 2008, tenemos que 6 601 210 mexicanos tuvieron ideación suicida en los últimos 12 meses, 918 363 mexicanos planearon suicidarse, un total de 593 600 personas intentaron suicidarse y 99 731 utilizaron servicios médicos como consecuencia de un intento de suicidio. Encontramos que las mujeres, las personas que no están casadas o en unión libre, las de menor escolaridad, los grupos más jóvenes y los subempleados tienen, en general, riesgos más elevados de presentar conducta suicida. Algunas áreas del país, en particular el sureste, se vieron más afectadas, mientras que las personas que viven en áreas rurales reportaron consistentemente menores prevalencias de las tres conductas suicidas. (7)

En México de 1970 a 2007 el suicidio ha tenido un incremento importante. Su prevalencia aumento en un 275%. Actualmente el suicidio se incrementa en el grupo de 15-29 años de edad. La prevalencia de por vida de ideación suicida en adultos de 18 a 29 años fue de 9.7% y 3.8% reportaron intento de suicidio. Entre los habitantes de la República mexicana, 6 601 210 tuvieron ideación suicida en los últimos 12 meses, 593 600 personas intentaron suicidarse y 99 731 utilizaron servicios médicos como consecuencia de un intento de suicidio. (8)

#### E) IMPACTO DEL SUICIDIO EN LA SALUD PÚBLICA

Aun cuando no lleven a la muerte, estas conductas pueden acarrear consecuencias graves y de largo alcance para la salud física, y constituir una importante causa de sufrimiento psicológico para el individuo y sus familiares. Por último, los datos sobre las conductas relacionadas con el suicidio son necesarios para la planificación de políticas nacionales y locales, así como para la evaluación de los esfuerzos llevados a cabo para reducir las tasas de suicidio consumado. (9)

Para desarrollar una estrategia nacional de prevención del suicidio, es esencial entonces reconocer que la conducta suicida no es un fenómeno aislado y que en ella influye una multiplicidad de condiciones de orden biológico, psicológico, social, cognitivo, de género y desarrollo, entre otras. Si se logran identificar estos factores las acciones de prevención de la conducta suicida tendrán objetivos claros y serán más eficientes. (10)

Muchos adolescentes con conducta suicida no reciben tratamiento, además de que un alto porcentaje de adolescentes presentaron la conducta suicida después de haber tenido contacto con estos servicios.

Existe la necesidad de tratamientos oportunos para los adolescentes que han desarrollado conducta suicida e intervenciones que prevengan y monitoreen a quienes están recibiendo tratamiento actualmente. (13)

#### F) FACTORES DE RIESGO y FACTORES PROTECTORES EN LA CONDUCTA SUICIDA

Los factores de riesgo, es decir, las características o condiciones que influyen en la persona, aumentando la probabilidad de presentar conducta suicida, así como los factores de protección o aquellos que disminuyen la vulnerabilidad de los individuos contribuyendo a minimizar la probabilidad de presentar conducta suicida, serán descritos conforme a los diferentes grupos de edad que conforman nuestra sociedad para facilitar el desarrollo de futuras medidas de prevención enfocadas a cada etapa del desarrollo.(13)

## **FACTORES DE RIESGO**

**1.- Sexo:** Son varias las investigaciones que han encontrado que son las mujeres quienes manifiestan mayor ideación suicida, así como de intento de suicidio. En escenarios clínicos, donde se ha estudiado a poblaciones con intentos de suicidio, se ha observado que la mayoría de los casos son mujeres, con porcentajes de 65% a 90%, pero son los hombres quienes consiguen en mayor número consumir el suicidio en una proporción de 8:1. Esto se conoce como la paradoja de género. (11, 17).

**2.- Edad:** En estudios sobre poblaciones clínicas con pacientes internados por intento de suicidio se ha encontrado que el grupo de edad más afectado es el de 15 a 24 años, otro estudio reporta las frecuencias más altas entre los 15 y 26 años. Con respecto a las lesiones autoinfligidas (con o sin la intención de morir), el grupo etáreo con mayor cantidad de casos se ha encontrado entre los 20 y 29 años (12).

**3.- Nivel Socioeconómico:** Un estudio en mujeres pertenecientes a comunidades urbanas de nivel socioeconómico bajo, reveló que la prevalencia de intento suicida en la población estudiada fue de 3.6%.

**4.-Estado civil:** Las personas divorciadas/separadas, presentan mayor ideación suicida, elevándose 3.3 veces la probabilidad de presentarla. Las mujeres pertenecientes a comunidades urbanas de nivel socioeconómico bajo, presentan 1.8 veces más riesgo de tener pensamientos suicidas y 1.4 veces de intentos de quitarse la vida, si son solteras.

**5.- Escolaridad:** Se ha detectado que quienes presentaron ideación suicida tienen menor escolaridad que los sujetos sin ella.

**6.- Ocupación:** Los pacientes desempleados/jubilados tienen mayor riesgo de tener ideación suicida (más del doble de la prevalencia a nivel nacional).

**7.-Psicológicos y psicopatología:** Entre los trastornos más comúnmente relacionados a la ideación suicida están la depresión, la distimia y la alta desesperanza, así como el uso crónico del alcohol. (13)

También se ha reportado en mujeres que piensan en suicidarse la presencia de fobias y que los trastornos depresivos aumentan 11.62 veces el riesgo de presentar ideación y 6.9 veces el intento de suicidarse. Al igual que entre los adolescentes, en los adultos aumenta el riesgo de presentar comportamiento suicida si existe algún trastorno psiquiátrico y/o comorbilidad psiquiátrica.

Los trastornos individuales con asociación más fuerte con el comportamiento suicida fueron: con la ideación suicida, el trastorno por dependencia a varias sustancias; con el plan, la distimia y el trastorno de la conducta; y con el intento, el trastorno del comportamiento. En adultos con intento de suicidio, la impulsividad se relacionó significativamente con la depresión y la desesperanza (14).

**8.- Familiares y ambientales:** Se ha encontrado como predictor de la ideación suicida en los varones, el tener respuestas agresivas de enfrentamiento ante los conflictos familiares y, en las

mujeres, el estrés social con el grupo de pares. En pacientes con intento de suicidio se encontró como causa común la inestabilidad en la relación con la pareja marital e intrafamiliar, así como con la pareja no fija (15).

**9.- Circunstancias y eventos de vida adversos:** En el caso de las mujeres, los eventos precipitantes de ideación suicida son: pérdidas como divorcio, separación, muerte del cónyuge y que un hijo se vaya de casa; en el caso de los hombres: problemas en el trabajo, desempleo, peleas y reunirse con personas que consumen mucho alcohol (16).

## **FACTORES PROTECTORES**

Podemos asumir que los factores de protección son los contrarios a los factores de riesgo: tener un buen desempeño escolar, no consumir drogas, tener una buena salud psicológica y emocional, un manejo adecuado del estrés psicosocial, etc. Se describen a continuación los factores de protección reportados.

**Cohesión familiar:** Se ha encontrado que una buena relación familiar es un importante factor de protección, en especial el afecto materno. En estudiantes de secundaria se detectaron como factores de protección el que los chicos perciban a sus padres o sustitutos parentales como fuente de afecto y reconocimiento, que contaran con lazos de comunicación para la orientación de sus inquietudes fincados en la aceptación, que mostraran interés auténtico por sus relaciones con los amigos/as, y que establecieran límites para regular sus salidas y promover la seguridad de su hijo/a. En el caso de los adolescentes de población homosexual, se encontró que el hecho de que los padres conocieran su orientación sexual es un factor de protección de la conducta suicida. (13)

**Autoestima:** La autoestima también ha sido detectada como un importante factor de protección de la depresión y/o la ideación suicida para ambos sexos.

**Otros Factores Protectores:** se han reportado otros factores de protección como: flexibilidad cognitiva, fuertes redes de apoyo social, ausencia de eventos estresantes inesperados en el ciclo vital, ausencia de soledad, existencia de un proyecto de vida, tratamiento oportuno de las patologías psiquiátricas, tratamiento adecuado de los trastornos de personalidad, así como buena calidad de vida y religiosidad.(11)

## **G) ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO**

Las propuestas para erradicar el suicidio en México giran en su mayoría alrededor de la oportuna capacitación y entrenamiento de los profesionales que directa o indirectamente tienen contacto con personas con riesgo suicida, para que los puedan encaminar en forma inmediata y correcta a las instancias adecuadas de tratamiento y/o protección. Es por ello que se requieren propuestas para disminuir no solamente la tasa de suicidio consumado sino también los

comportamientos no letales suicidas. Algunos autores han desarrollado propuestas para disminuir el suicidio a nivel individual y comunitario, las que se describen a continuación.(13)

### **Estrategias a nivel Colectivo:**

**Restricciones en métodos suicidas:** Se ha demostrado en estudios epidemiológicos que el aumentar las restricciones a nivel comunitario para limitar el acceso a los métodos suicidas está asociado con la disminución de las tasas de suicidio en general. Actividades como la restricción de armas de fuego, la limitación de los barbitúricos, el colocar protección en puentes y la instalación de convertidores catalíticos en los automóviles que reducen las emisiones de monóxido de carbono, demostraron una asociación significativa con una disminución del 55% de la tasa de mortalidad por suicidio a lo largo de 30 años en Dinamarca. (20)

**Implementar una academia de depresión y riesgo suicida para estudiantes de medicina:** El implementar la enseñanza de la depresión y el suicidio en los estudiantes de medicina desde los primeros años de formación profesional puede ser especialmente útil para la detección oportuna de riesgo suicida, si se inculca su importancia y se sensibiliza al estudiante tempranamente. (21)

**Desarrollar políticas para reducir el uso nocivo del alcohol como un componente de la prevención del suicidio.** El abuso de alcohol es considerado un factor de riesgo de intento de suicidio y suicidio consumado. Restringir la disponibilidad de alcohol para reducir el uso nocivo del alcohol es particularmente crítico en las poblaciones con una alta prevalencia de consumo de alcohol.(22)

### **Estrategias a nivel Individual**

**Contrato de No suicidio:** Se trata de una herramienta controvertida propuesta por primera vez por Drye y cols. en 1973, la cual se concibió como un pacto entre un profesional de la salud mental (médico, psicólogo, enfermera o psicoterapeuta) y un cliente o paciente, en el que se acuerda mantener un estado libre de daño autoinfligido durante un tiempo determinado, que puede durar de unos días a varias semanas. Algunos autores lo recomiendan ampliamente como una herramienta valiosa en la práctica clínica; sin embargo otros autores coinciden que no existe evidencia clara que los contratos de no-suicidio realmente disminuyan el riesgo suicida, no sustituyen a la evaluación clínica y carecen de legalidad. Más allá de la eficacia o no de ésta herramienta, muchos autores recomiendan que las estrategias que pueden disminuir el riesgo suicida a nivel individual consisten en realizar intervenciones efectivas que implican mejorar las capacidades de afrontamiento, mejorar las condiciones de vida, reforzar el miedo a la muerte, mejorar la relación médico-paciente y mejorar las condiciones de trabajo del paciente. (23)

**Entrenamiento Centinela:** el que se enseña a grupos específicos de personas a identificar en otras personas cuándo hay un riesgo elevado de suicidio y así referirlas al tratamiento correspondiente. Los “centinelas” son personas de primer contacto que pueden ser designadas (trabajadores de la medicina, enfermería, psicología o trabajo social) o emergentes: miembros de la comunidad sin entrenamiento formal en intervención pero que pueden tener contacto con

personas suicidas (sacerdotes, maestros, policía y orientadores), lo que abre la puerta a que una persona en riesgo suicida reciba ayuda en forma oportuna. El objetivo del entrenamiento es desarrollar conocimientos, actitudes y habilidades adecuadas. (22)

Las propuestas para erradicar el suicidio en México giran en su mayoría alrededor de la oportuna capacitación y entrenamiento de los profesionales que directa o indirectamente tienen contacto con personas con riesgo suicida, para que los puedan encaminar en forma inmediata y correcta a las instancias adecuadas de tratamiento y/o protección. (13)

#### H) EL PROCESO SUICIDA

Los actos suicidas como las autolesiones deliberadas, a menudo están precedidas por expresiones moderadas de suicidalidad como ideación suicida o contemplación suicida. Esta progresión se conoce como proceso suicida. Una vez que una persona ha entrado en este proceso se vuelve más vulnerable de presentar este tipo de conductas en el futuro, y esto puede desencadenarse por estresores a lo largo de la vida, circunstancias socioeconómicas o enfermedad mental, difiriendo que tanto los individuos progresan. Los factores de vida adversos se suelen reportar más en pacientes que se autolesionan por primera vez.

El comportamiento suicida de Novo, tiene mayor asociación con factores socio económicos y de eventos de vida adversos. Entendiendo que suicidalidad se considera como un continuum desde ideación suicida vaga hasta grave o su desenlace más severo, la muerte del paciente.(26)

La conducta suicida es un fenómeno dinámico, esto es que va cambiando con el tiempo por lo que un estudio transversal de la conducta suicida no nos permite evaluar la incidencia, para entender mejor la conducta suicida se requiere de una perspectiva dinámica que explique cómo va cambiando la conducta suicida a lo largo del tiempo.

Debido a que la conducta suicida es un fenómeno que puede repetirse a lo largo del tiempo es necesario determinar las emergencias de nuevas conductas suicidas agregadas a las existentes. Para determinar la emergencia de nuevas conductas suicidas a lo largo del tiempo se requieren estudios de corte longitudinal y prospectivo, siendo insuficientes o inadecuados los estudios de corte transversal.

Actualmente los estudios epidemiológicos en México son principalmente transversales y orientados a determinar prevalencia más que incidencia de conductas suicidas.(24)

### 3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La conducta suicida es un fenómeno que va en aumento y es un problema de salud pública creciente que requiere de mayores medidas de estudio y de intervención. Con aproximadamente 63.000 defunciones anuales en América Latina y una tasa de mortalidad ajustada según la edad de 7.4 por 100 000 habitantes en el periodo 2000-2004. En México la edad con una tasa más elevada de suicidios era la de 20 a 24 años. (5)

La conducta suicida es un fenómeno que debe ser valorado en forma longitudinal y prospectiva para poder detectar la incidencia de la conducta suicida, ya que los estudios transversales nos ayudan a detectar prevalencia.

Los servicios de urgencias tanto médicas como psiquiátricas frecuentemente reciben pacientes con conducta suicida en estado agudo, por lo que constituyen un lugar donde pueden iniciarse intervenciones e investigaciones al respecto, lo cual sugiere que debe estudiarse en estos

servicios la dinámica de esta condición; sin embargo existen muy pocos estudios en México que expliquen la prevalencia y dinámica de la conducta suicida en servicios de urgencias. Al respecto de estudios longitudinales, se desconocen reportes de cohortes de pacientes con conducta suicida en México.

Los trastornos psiquiátricos son el principal factor de riesgo para el suicidio consumado y la conducta suicida. El 90% o más de las víctimas de suicidio consumado cursaban con un trastorno psiquiátrico en el momento de la muerte, como ejemplo de ello se tienen reportes de que el diagnóstico de trastorno afectivo está presente en el 30 al 90% de los suicidios consumados, el uso de sustancias, en el 19 al 60%, y la esquizofrenia en el 2 al 14%. El diagnóstico más frecuente en las personas jóvenes que cometen suicidio es el de esquizofrenia; en las personas de edad madura es el de abuso/dependencia al alcohol, y en las personas de 60 años o más es el de depresión.(24).

Es por ello que se debe de estudiar la conducta suicida fundamentalmente en pacientes con diagnóstico de depresión ya que además de ser el principal diagnóstico psiquiátrico relacionado con la prevalencia e incidencia de conducta suicida, la depresión se considera la principal causa de discapacidad a nivel mundial.(29)

Se conocen las cifras de pacientes con riesgo suicida que son atendidos en el servicio de Atención psiquiátrica continua del Instituto Nacional de Psiquiatría, el 12.05% de los pacientes que visitan un servicio de urgencias psiquiátricas tienen un cierto grado de conductas suicidas, siendo el 9.11% mujeres y 2.94% hombres, pero no conocemos cuales son las diferencias en las variables sociodemográficas, clínicas y de utilización del servicio de urgencias posterior a un seguimiento de los usuarios que acuden por TDM con y sin conducta suicida.(24)

La conducta suicida es un fenómeno dinámico, esto es que va cambiando con el tiempo por lo que un estudio transversal de la conducta suicida es insuficiente para estimar la incidencia, persistencia o en su caso desaparición de la conducta suicida a lo largo del tiempo, para entender mejor la conducta suicida se requiere de una perspectiva dinámica que explique como va cambiando la conducta suicida a lo largo del tiempo.

Debido a que la conducta suicida es un fenómeno que puede presentarse de novo, repetirse, mantenerse o desaparecer a lo largo del tiempo es necesario determinar la emergencia de nuevas conductas suicidas agregadas a las existentes.

Para determinar la emergencia de la conducta suicida se requieren estudios de corte longitudinal y prospectivo, siendo insuficientes o inadecuados los estudios de corte transversal.

Actualmente los estudios epidemiológicos en México son principalmente transversales y orientados a determinar prevalencia más que incidencia de conductas suicidas.

Además, también se desconoce la incidencia de conductas suicidas en usuarios con TDM que no presentan conductas suicidas en la consulta de APC.

#### **4.-JUSTIFICACIÓN**

Mediante la evaluación longitudinal del proceso suicida conoceremos cuales son las diferencias en las variables sociodemográficas, clínicas y de utilización del servicios de salud mental al momento de solicitar una consulta de urgencias y a los tres meses de seguimiento. Lo anterior nos permitirá conocer no solo la prevalencia, sino también la incidencia de la conducta suicida en un periodo de seguimiento de 3 meses.

Mediante este estudio conoceremos cómo se comporta la población con episodio depresivo mayor con y sin conducta suicida en un periodo de 3 meses.

Este estudio nos permitirá determinar la existencia de asociación entre la conducta suicida y el grado de utilización de servicios en un periodo de seguimiento de 3 meses.

El presente estudio permitirá iniciar una línea de investigación nueva al evaluar pacientes con y sin conducta suicida y su impacto psicosocial, siempre considerando y avisando al paciente que este es un procedimiento de investigación y que no obtendrá un beneficio directo del mismo; actualmente no existen programas de seguimiento y control de pacientes suicidas en el Servicio de APC lo cual además de aportar un conocimiento valioso al área de suicidología permitirá otorgar un beneficio adicional a la atención brindada en el servicio de Atención Psiquiátrica Continúa del Instituto Nacional de Psiquiatría, al analizar los datos obtenidos de esta investigación se podrán evaluar diferentes cambios en el modelo de atención del servicio así como detalles adicionales en la valoración de las conductas suicidas.

Se desconoce la emergencia de nuevas conductas suicidas en pacientes con depresión que acuden al Servicio de APC sin ningún tipo de conducta suicida, por lo que el presente estudio permitirá determinar si existe incidencia de conducta suicida en aquellos usuarios deprimidos que acuden a una consulta de urgencias en la que originalmente no presentaron conducta suicida.

## **5.-PREGUNTA DE INVESTIGACION**

¿Cuáles son las características socio demográficas, clínicas y de utilización de servicios de salud de los pacientes con diagnóstico de TDM con y sin conducta suicida que acuden al servicio de Atención Psiquiátrica Continua (APC) al momento de la valoración basal y a los tres meses de seguimiento?

## **6.-HIPOTESIS**

Los pacientes con Diagnóstico de TDM con conducta suicida valorados en el servicio de Atención Psiquiátrica Continua (APC) presentarán diferencias significativas en las características socio demográficas, clínicas y de utilización de servicios al momento de la valoración y a los 3 meses de seguimiento respecto de los pacientes que no presentaron conducta suicida ni en la valoración inicial ni durante el seguimiento.

## 7.- OBJETIVOS

### Objetivo General

Comparar las características sociodemográficas, clínicas y de utilización de servicios de salud de los pacientes con TDM con y sin conducta suicida que acuden al servicio de atención psiquiátrica continua (APC), al momento de la valoración y a los 3 meses de seguimiento.

### Objetivos Específicos:

- 1.- Describir las características clínicas, socio-demográficas y de utilización de servicios de salud de los usuarios con TDM con y sin conducta suicida valorados en el servicio de atención psiquiátrica continua al momento de la valoración.
- 2.- Describir las características clínicas, socio-demográficas y de utilización de servicios de salud de los usuarios con TDM con y sin conducta suicida valorados en el servicio de atención psiquiátrica continua a los 3 meses de seguimiento.
- 3.- Estimar la incidencia de conducta suicida a los 3 meses de seguimiento en usuarios del servicio de atención psiquiátrica continua con y sin conducta suicida.
- 4.- Determinar si existen diferencias significativas entre los usuarios del servicio de atención psiquiátrica continua con TDM con y sin conducta suicida al momento de la valoración y a los 3 meses de seguimiento.

## 8.- MÉTODO

### A) UNIVERSO DE ESTUDIO Y CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA

Se trata de una muestra no probabilística basada en la cantidad de usuarios que acuden al servicio de APC con algún tipo de Conducta suicida; basándonos en los censos de los últimos tres meses de productividad del Servicio de APC:

Total de Usuarios con Conducta Suicida Julio 2012: 101

Total de Usuarios con Conducta Suicida Agosto 2012: 95

Total de Usuarios con Conducta Suicida Septiembre 2012: 89

**Promedio Trimestral de Usuarios con Conducta Suicida en APC: 95**

(Fuente: Instituto Nacional de Psiquiatría. Censos Mensuales del Servicio de APC, Julio, Agosto y Septiembre 2012)

Tomando en cuenta que el estudio de seguimiento es a tres meses y que el promedio de afluencia de pacientes con conducta suicida (95), calculando a un margen de error de 5% para un nivel de confianza del 95% se requerirá de un tamaño de muestra de 65 usuarios



con conducta suicida y 65 usuarios sin conducta suicida, para una muestra total de 130 sujetos en este estudio. (31)

Se utilizara el Programa de paquete de análisis de datos estadístico SPSS Versión 22.

## **B) MATERIAL**

### **a) Recursos Humanos**

Se realizará un estudio de cohorte (estudio prospectivo, longitudinal, comparativo y homodémico según Feinstein. <sup>32</sup>) cuyo investigador principal será un residente de Tercer año de la Especialidad en Psiquiatría. El investigador realizará entrevistas en donde aplicará herramientas clinimétricas y recopilara las variables especificadas en el apartado de método (véase mas adelante).

### **b) Recursos Materiales**

Se requerirá de un consultorio con un escritorio para la realización de las entrevistas. Se integraran carpetas por cada paciente en los que se asentaran las variables sociodemográficas, clínicas y de utilización de servicios de salud de cada sujeto del estudio. Cada carpeta estará formado por un folder y fotocopias de hojas de captura de datos y pruebas clinimétricas auto y heteroaplicables, los datos personales serán almacenados en forma de contenido numérico y las carpetas serán resguardados en un contenedor plástico que se guardará bajo llave, las cuales sólo tendrá acceso el investigador principal, por lo que se resguardará la confidencialidad y privacidad de la información. El asentamiento de datos se realizara en una computadora personal del investigador principal. Los gastos necesarios para esta investigación los proporcionara el investigador principal.

### **c) Tiempos de Investigación**

El presente proyecto se someterá a la dictaminación del comité de tesis y del comité de ética en investigación del INPRF; al obtener dictamen aprobatorio de ambos comités se iniciara la fase de campo; se estima un periodo para captura de datos de 6 meses y un periodo de 6 meses para obtención de resultados y análisis estadístico.

## **C) CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXLCUSION Y ELIMINACION.**

### **A) Criterios de Inclusión**

a) Usuarios del servicio de Atención Psiquiátrica Continua (APC) del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, que presenten el Diagnostico de Trastorno depresivo Mayor de acuerdo al DSM IV TR, ya sea episodio único o recurrente, leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos, con o sin tratamiento farmacológico, con o sin conductas suicidas, sin comorbilidad médica o neurológica que hayan aceptado voluntariamente una consulta del servicio de Atención Psiquiátrica Continúa (APC) .

b) ambos sexos

c) 18 a 60 años de edad

c) Que acudan al servicio acompañados por un familiar responsable.

b) Que el paciente y el familiar Acepten participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado al finalizar la Consulta de APC a la que acudieron, para proceder a la valoración basal con aplicación de instrumentos al inicio del estudio y a los 3 meses.

## B) Criterios de Exclusión

- a) Usuarios externos del servicio de Atención Psiquiátrica Continua y los que no acepten participar en el estudio o que se nieguen a ingresar al seguimiento.
- b) Usuarios con Comorbilidad en Eje I: Excepto Distimia y los siguientes trastornos de ansiedad: TAG, Fobia social, Fobia Específica. Se excluirán TEPT, TAE y TOC.
- c) Usuarios con comorbilidad en Eje III: Comorbilidades médicas. Por ejemplo: Hipotiroidismo, epilepsia, Enfermedad de Parkinson.
- d) Pacientes menores de 18 años y Mayores de 60 años.
- e) Trastorno depresivo mayor grave con síntomas psicóticos.
- f) Episodio Depresivo Mayor como parte de trastorno afectivo Bipolar.
- g) Pacientes que se presenten a la valoración inicial en intoxicación o abstinencia por sustancias de abuso.
- h) Pacientes con Diagnóstico principal de dependencia a sustancias

## C) Criterios de Eliminación

- a) Que no acepten ingresar al estudio o se nieguen a participar en la entrevista basal o de seguimiento en 3 meses.

## D) Entrevista Clínica:

Se realizara una hoja de captura de datos clínicos, sociodemográficos y de utilización de servicios de salud ex profeso para esta investigación. En esta hoja (ex profeso) se evaluarán diferentes variables de acuerdo a la necesidad del estudio, es una hoja que concentra la información que no se recopila en las escalas aplicadas.

## C) Instrumentos Clinimétricos :

### MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada, de duración breve. Explora, para detección y/u orientación diagnóstica, los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10.

La MINI está dividida en módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de trastornos psicóticos) se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas «filtro» correspondientes a los principales criterios diagnósticos del trastorno.

Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas, permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.(28)

La concordancia entre las versiones traducidas de MINI y los diagnósticos de expertos fue buena con una Kappa >0.80. La concordancia entre las versiones traducidas de MINI y los diagnósticos de expertos fue buena con una Kappa >0.80. La confiabilidad inter evaluador y test retest fue excelente con unos valores de Kappa de 0.80 and 0.90, respectivamente. (34)

#### Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB):

La escala de ideación suicida se compone de 19 elementos, puntuación de 0 a 2, que puede ser utilizada para evaluar las intenciones suicidas de un paciente. También se puede utilizar para monitorizar la respuesta de un paciente en intervenciones posteriores. Tiene un puntaje mínimo de 0 y máximo de 38. A mayor puntaje mayor es la ideación suicida. La evaluación de los reactivos 6 y 15 evalúan el grado de planeación y premeditación respectivamente. En relación a la confiabilidad inter observador de los 8 primeros ítems de la escala es de 0,91. Su consistencia interna (alfa de Cronbach) es elevada (0,82); en cuanto a la validez en análisis factorial a puesto de manifiesto la existencia de tres factores principales en la construcción de escala: expectativas de resultados, conductas de aislamiento y actividades de planificación

#### Escala de Impulsividad de Plutchik (EI)

Este instrumento evalúa el control de impulsos. Su consistencia interna es aceptable tanto en el idioma original (0.73, así como en castellano 0.66).<sup>18</sup> Su objetivo es diferenciar entre individuos normales y los que están en riesgo suicida. Está compuesta por 15 reactivos a los que se responde "Sí" o "No". En esta investigación se utilizó la adaptación española de este instrumento, la cual muestra un punto de corte de seis puntos, con una sensibilidad y una especificidad del 88% para discriminar entre individuos con antecedentes de tentativa de suicidio y sin antecedentes. En este estudio este instrumento mostró un alfa de Cronbach igual a 0,66.<sup>33</sup>

#### Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Es un instrumento que se entrega al paciente para su llenado que consta de 21 apartados que se califican de 0 a 3, evaluando el nivel de severidad de la depresión. El BDI consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión. En cada uno de los ítems el sujeto tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, que mejor se aproxima a su estado medio durante la última semana incluyendo el día en que completa el inventario. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida. La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63. En el caso de que el sujeto elija más de una alternativa en un ítem dado, se considera sólo la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad. Finalmente, la Pérdida de Peso (ítem 19) sólo se valora si el sujeto indica no estar bajo dieta para adelgazar. En el caso de que lo esté, se otorga una puntuación de 0 en el ítem. (19)

La validez de contenido del BDI-II ha mejorado siguiendo criterios del DSM-IV sobre los síntomas. La consistencia interna fue satisfactoria y alta ( $\alpha > 0 = 0,84$ ), y retest superó  $r > 0 = 0,75$  en muestras no clínicas. Asociaciones con la construcción relacionados con las escalas (depresión, disfunciones cognitivas construcciones) fueron altas, mientras que los de evaluación de la personalidad asintomáticas (NEO-FFI) fueron menores. El BDI-II diferencian bien entre los diferentes grados de depresión y era sensible a los cambios.(35)

Escala de Estimación del Riesgo Suicida (Sentíes H/Zamudio M).

La cual consta de 10 reactivos y tiene el objetivo de determinar la presencia o ausencia de las principales variables de riesgo asociadas al intento de suicidio y suicidio Consumado. Esta compuesta de 10 ítems, los cuales se marcan como presentes o ausente. Con puntos de corte 0-3 puntos; riesgo suicida leve, de 4-7 puntos; riesgo suicida moderado. Este instrumento mostro un Alfa de Cronbach de 0.585 La validez concurrente de la escala Sentíes-Zamudio y el MINI módulo de Suicidio presento una correlación de pearson de 0.482. (20)

Clinical Global Impression (CGI)

La CGI consta de dos subescalas que evalúan respectivamente: La gravedad del cuadro clínico: (CGI-SI). Esta escala consta de un único ítem que valora la gravedad utilizando una escala Likert de 8 valores que van desde 0 (no evaluado) a 7 (entre los pacientes más extremadamente enfermos).

La mejoría del cuadro debido a las intervenciones terapéuticas: Como en el caso anterior es un único ítem que se valora el cambio experimentado utilizando una escala Likert de 8 valores que van desde 0 (no evaluado) a 7 (mucho peor). Lo que valora es la mejoría experimentada por el paciente respecto a su estado basal, independientemente de que ésta se deba por completo al tratamiento.(28)

Es un instrumento orientado para evaluar la severidad (CGI-S) y el mejoramiento (CGI-I) en la cognición en esquizofrenia, pero ha sido utilizado en otras patologías como la depresión. Tanto la admisión como el alta tiene una correlación de ( $r=0.40$ ), y las medidas indirectas de mejoría obtenidas por sus diferencias están altamente correlacionadas con los puntajes del CGI-I ( $r=0.71$ ). (36)

Las clasificaciones CGI-Cogs general mostraron un alto nivel de consistencia interna (alfa de Cronbach = .69 a .96), los niveles adecuados de fiabilidad entre evaluadores (ICC = .71 a .80), y una gran estabilidad test-retest (CCI = .92 a .95). Correlaciones de cuidador y calificadores globales (pero no "de calificación sólo paciente") CGI-Cogs calificaciones con el rendimiento neurocognitivo estaban en el rango moderado ( $r = - .27$  a  $- .48$ ), mientras que la mayoría de las correlaciones con los resultados funcionales fueron moderados a alta ( $r = - 0,41$  a  $- 0,72$ ). De hecho, las calificaciones de CGI-Cogs fueron significativamente más correlacionadas con el funcionamiento social eran objetivos de resultados de las pruebas neurocognitivas ( $p = 0,02$ ) y mostró una tendencia en la misma dirección para predecir Funcionamiento Instrumental ( $p = .06$ ). Se encontraron correlaciones moderadas entre CGI-Cogs clasificaciones mundiales y la PANSS positivo ( $= .36$  a  $.49$  r) y síntomas negativos (SANS  $r = .41$  a  $.61$ ), pero no con la BPRS depresión ( $r = de .11$  a  $0.13$ ). (37)

## SAD PERSONS

Es un Acrónimo fácil de aprender basado en los 10 principales factores de riesgo de suicidio, compuesto por las iniciales en inglés: Sex, Age, Depression, Previous attempt, Ethanol abuse, Rational Thinking Loss, Social Supports Lacking, Organized Plan, No Spouse, Sickness y Otros factores, que puntuados con 0 si están ausentes y 1 si están presentes, se pueden utilizar los puntos de corte 0-2: enviar a casa con seguimiento, 3-4: seguimiento cercano, considerar hospitalización, 5-6 hospitalizar dependiendo de la capacidad de vigilar al paciente, 7-10 Hospitalización. Se realizó en la universidad de Columbia, USA, validándola comparando un grupo de estudiantes de medicina que recibieron el Acrónimo y un grupo de estudiantes que recibieron el contenido en texto, a la semana se proyectaron videograbaciones de pacientes con diferentes riesgo suicida previamente valorados por Psiquiatras, encontrando diferencias significativas entre la correlación del riesgo suicida de los estudiantes que aprendieron el Acrónimo versus los del grupo control ( $<0.01$ ). (38) Su última versión fue validada en 1988, encontrando una sensibilidad de 93% y una especificidad de 74% (39). Algunos autores la consideran la escala con mayor validez para evaluar riesgo suicida (40).

### D) VARIABLES:

I. Variable: Conducta Suicida (Variable cualitativa, independiente).

II A. Variables socio-demográficas:

Variable	Tipo de Variable	Definición operacional	Unidad
Sexo	Cualitativa Nominal	Sexo del paciente	Masculino, Femenino
Edad	Cualitativa discontinua	Número de años cumplidos	Años.
Estado Civil	Variable Cuantitativa nominal.	Compromisos conyugales	Soltero, Casado, Unión libre, Divorciado, Separado.
Ocupación	Variable cualitativa nominal	A que se dedica el paciente	Ej: Estudiante, obrero, comerciante, médico.
Evento de Vida Adverso	Variable Cualitativa nominal	Presencia o ausencia de estresores	Sociales, económicos, de salud, Familiares.
Red de apoyo	Variable Cualitativa nominal	Personas que viven con el y su relación con el paciente	Vive solo, vive con familia funcional, vive con familia disfuncional.

## II B: Variables Clínicas:

Variable	Tipo de Variable	Definición operativa	Unidad
Nº de episodios depresivos en la vida.	Variable Cualitativa Ordinal	Cantidad de episodios depresivos en la vida según el DSM IV TR	Sin Unidad.
Tiempo de progresión del TDM	Variable Cuantitativa continua	Semanas de progresión del TDM	Semanas
Conducta Suicida Anterior	Variable Dicotómica	Presencia o ausencia de conducta suicida previa.	Si o No
Edad del primer intento suicida	Variable Cuantitativa Discreta	Años cumplidos al realizar primer intento suicida.	Años.
Nº de intentos suicidas en la vida	Variable Cualitativa Ordinal	Cantidad de intentos suicidas en la vida.	Sin Unidad.
Uso o Abuso de Sustancias	Variable Cualitativa Nominal	Consumo de sustancias psicoactivas.	Ej: Uso o Abuso de Alcohol, Cannabis. Etc.

II C.- Utilización de servicios de salud: éstas variables sólo se miden en el período de seguimiento, es decir a los tres meses de la primera valoración, y expresan el grado de utilización de servicios durante esos tres meses.

Variable	Tipo de Variable	Definición Operativa	Unidad.
Nº de Consultas en APC	Variable Cuantitativa Discreta	Cantidad de consultas en APC en el periodo de seguimiento	Sin Unidad.
Nº de citas programadas a la CE	Variable Cualitativa nominal	Si el paciente acude a citas programadas a CE en el seguimiento	Sin Unidad.
Acude a las Citas en C.E.	Variable Cuantitativa discreta	Cantidad de citas programadas y asistidas.	Sin Unidad.
Se ha Hospitalizado en el INPRF	Variable Cualitativa nominal	Si o no ha sido hospitalizado en INPRF	Sin Unidad
Nº de Hospitalizaciones en el INPRF	Variable Cuantitativa Discreta	Cantidad de Hospitalizaciones en el INPRF	Sin Unidad.
Nº de Referencias a Otras instituciones	Variable cualitativa nominal.	Si o no ha sido referido a otra unidad. En el periodo de seguimiento	Sin Unidad.
Realización de pacto terapéutico	Variable Dicotómica	Si o no ha realizado un pacto Terapéutico durante el seguimiento.	Si o No

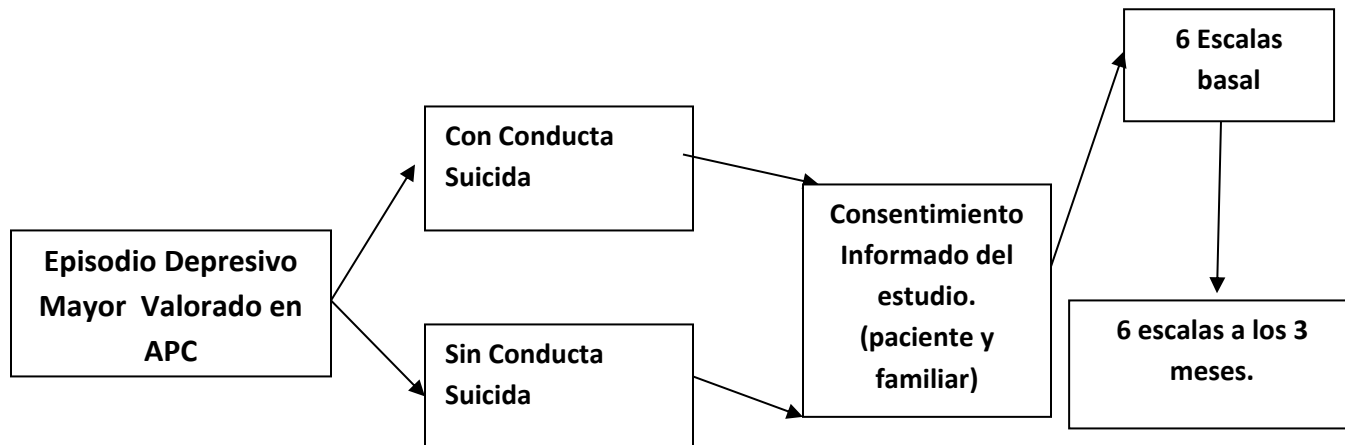
## **E) ANALISIS ESTADÍSTICO**

- a) Fase descriptiva: se utilizarán graficas de frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión.
- b) Fase comparativa:
  - a) Variables Nominales: Prueba No paramétrica, Chi Cuadrada ( $X^2$ )
  - b) Variables Ordinales: Prueba T de Student.
  - c) Variables Cualitativas Discretas: ANOVA.
  - d) Variables Cualitativas Continuas: Coeficiente de Correlación de Spearman.

## **9.-PROCEDIMIENTO:**

- A) Se obtendrán los usuarios, que hayan acudido al Servicio de Atención Psiquiátrica Continua del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De la Fuente Muñiz con TDM con o sin conductas suicidas durante un periodo de 3 meses; en caso de acceder al estudio.
- B) Se recopilara el consentimiento informado para el paciente y otro para el familiar o testigo, en el que se asentará el nombre y la forma de contacto del paciente o de un familiar de su confianza, con el objetivo de contactarlo para la fase de seguimiento a los tres meses.
- C) Se realizaran 6 entrevistas clinimétricas, 3 autoaplicables (Escala de Ideación Suicida de Beck, Escala de Impulsividad de Plutchik, Inventario de depresión de Beck) y 3 aplicadas por el entrevistador (CGI, MINI y Escala de Senties- Zamudio).
- D) Se capturarán en una hoja realizada ex profeso solo para este propósito las variables clínicas, sociodemográficas y de utilización del servicio en la entrevista basal y a los 3 meses de seguimiento.
- E) A los tres meses de la entrevista basal, se realizará el seguimiento mediante la aplicación de las mismas 6 entrevistas clinimétricas, registrando los eventos nuevos, poniendo especial interés en visitas al servicio de atención psiquiátrica continua, nuevas conductas suicidas, nuevas hospitalizaciones y referencias a otras unidades.
- F) En caso de que el paciente presente alguna crisis emocional (que puede oscilar desde llanto, ansiedad o crisis de angustia, agitación psicomotriz) o en caso de que durante la entrevista se detecte alguna conducta suicida (pensamientos, fantasías o ideación suicida) se dará contención verbal inicial por parte del investigador principal y posteriormente se canalizará al servicio de Atención Psiquiátrica Continua donde recibirá una valoración sin costo, la cual por ser parte de un protocolo de investigación será condonada.

**10.- Diagrama de Flujo de la investigación.**



**11.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

Protocolo	1 de Noviembre de 2012
Ética <i>(Proyectos aprobados sin modificaciones)</i>	A partir de que el protocolo sea aceptado Diciembre 2012
Avances <i>(Recolección de datos)</i> <i>(Análisis Estadístico)</i> <i>(Entrega de resultados)</i> <i>(Correcciones Finales)</i>	17 de junio de 2013 17 de sep. de 2013 9 de dic. De 2013 4 de marzo de 2014
Entrega de Tesis terminada	31 de marzo de 2014
Entrega de Tesis Impresa	Junio de 2014



## 12.-CONSIDERACIONES ÉTICAS

Es importante considerar la ética en los problemas de salud mental, área donde existen dilemas éticos difíciles de afrontar, dada la posibilidad del estigma, la discriminación, la violación de los derechos de los pacientes incapacitados de sus facultades mentales o, bien, el atropello de su dignidad. Problemas como la depresión, la esquizofrenia, la anorexia, la bulimia, el abuso de sustancias (tabaco, Etanol y drogas) y la conducta suicida se asocian con las condiciones de violencia y de pobreza que se viven día a día en América latina. (30)

En la actualidad los principios bioéticos han permitido establecer de igual manera, derechos para los pacientes, para los sujetos de investigación y, finalmente, para todos los sujetos que establecen una relación como profesionistas, como médicos, abogados, psicólogos, insertos no solo en el horror de la guerra o en los errores médicos, sino también en la cotidianidad. (30)

En esta investigación se han considerado los siguientes puntos para salvaguardar los principios éticos:

- 1.- Establecer desde el primer contacto con el paciente el hecho de que esta es una investigación y que no tiene relación alguna con su atención en el Instituto Nacional de Psiquiatría.
- 2.- Se le explicara de forma verbal y escrita (por medio del asentimiento informado para el paciente y consentimiento informado para el familiar o persona que el designe) que los datos obtenidos en las escalas clinimétricas serán salvaguardados y solo tendrá acceso a ellos el investigador principal (Dr. Leopoldo Alejandro López Jiménez).
- 3.- Se firmaran 1 asentimiento informado en la entrevista basal y un consentimiento informado en la entrevista a los 3 meses.
- 4.- No serán llamados expedientes las carpetas de información de cada paciente, se llamaran carpetas y contendrán una hoja ex profeso de información del paciente, no se preguntaran detalles clínicos que no sean de importancia para la valoración del riesgo suicida. Por ejemplo: N° de expediente.
- 5.- La investigación contendrá en cada hoja el nombre de la investigación, no contendrá logotipo o nombre de la institución para fines de confidencialidad.
- 6.- El sujeto que no dese continuar con el estudio, ya sea no acudiendo a su cita de seguimiento a los 3 meses o que no pueda ser localizable para dicha entrevista, se destruirá la carpeta correspondiente. Evitando así alguna violación de la confidencialidad.
- 7.- En caso de que al realizar las escalas clinimétricas el paciente presente una crisis emocional, ya sea que presente llanto incoercible, crisis de angustia o se detecte que presenta conductas suicidas, se dará contención inicial por parte del investigador y posteriormente se le canalizara al servicio de Atención Psiquiátrica continua para que allí se siga el protocolo de atención clínica correspondiente, la cual no tendrá costo alguno ya que se le explicara a los pacientes que por formar parte del protocolo de investigación se condona el pago.

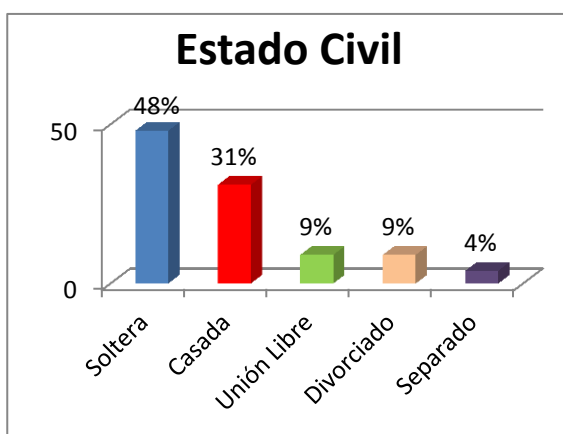
## 12.- RESULTADOS

### A. Resultados Descriptivos Generales:

Se obtuvo una muestra de  $n=106$  sujetos durante el período de estudio, de los que  $n=20$  rechazaron participar en el mismo, sumando un total de  $n=86$  sujetos que participaron en el estudio, de los que el 45.3% ( $n=39$ ) presentaron conducta suicida al llegar a APC, y el 54.7% ( $n=47$ ) no presentaron conducta suicida al momento de solicitar consulta de APC.

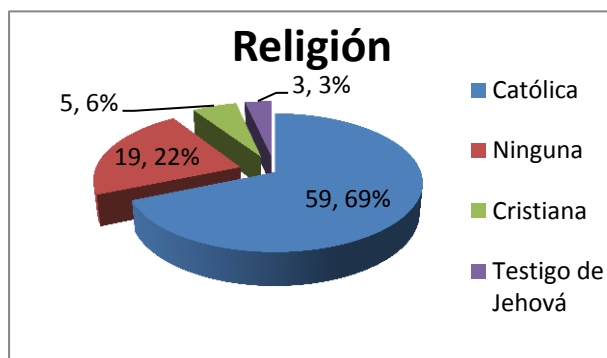
La edad de la muestra global fueron 35.15 años ( $SD=11.88$ ), con un rango de 15-65 años.

El 48.8% de la muestra fue soltera ( $n=42$ ), mientras que el 31.4% ( $n=27$ ) estaba casada. 3.5% ( $n=3$ ) estaba separado, 7% de la muestra divorciado ( $n=7$ ) y 9.3% ( $n=8$ ) permanecía en Unión Libre.



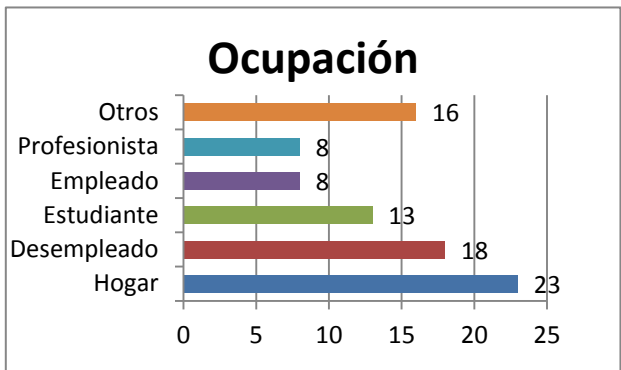
**Fig. 1 Gráfica estado Civil.** En esta grafica se muestra una predominancia de pacientes solteros.

Respecto a la religión, el 68.6% ( $n=59$ ) refirió ser católico y el 22.1 ( $n=19$ ) refirió no tener religión. 3.5% fue Testigo de Jehová ( $n=3$ ) y 5.8% fue de Religión cristiana ( $n=5$ ).



**Fig. 2 Grafica de diagrama de pastel Religión.** En esta gráfica se muestra el predominio de pacientes católicos.

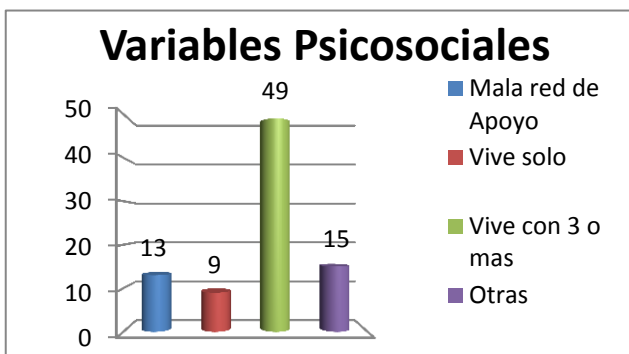
La mayor parte de la muestra (26.7%, n=23) tuvo como ocupación dedicarse al hogar. 20.9% (n=18) estaba desempleado, y 15.1% (n=13) era estudiante. Para empleados y profesionistas correspondió el 9% de la muestra (n=8 para cada una). En menor porcentaje se encontraron obreros, artistas, estilistas, comerciantes y jubilados.



**Fig. 3 Grafica de barras Horizontales Ocupación. Se muestra un predominio de pacientes dedicados al hogar.**

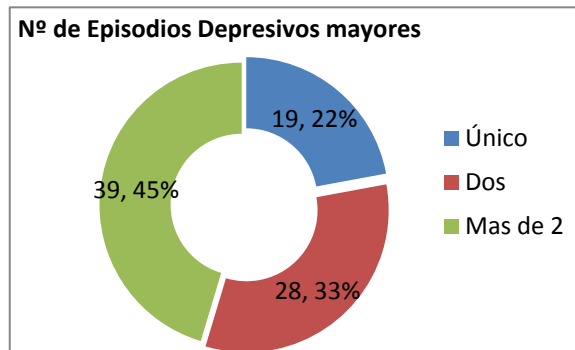
La muestra fue predominantemente del género femenino (77.9%, n=67), representando el género masculino el 22.1 (n=19).

Respecto de las variables psicosociales, el 15.1% (n=13) refirió tener mala red de apoyo y el 10.5% de la muestra (n=9) refirió vivir solo, mientras que el 57.1% de la muestra (n=49) viven con tres o más personas en su domicilio.



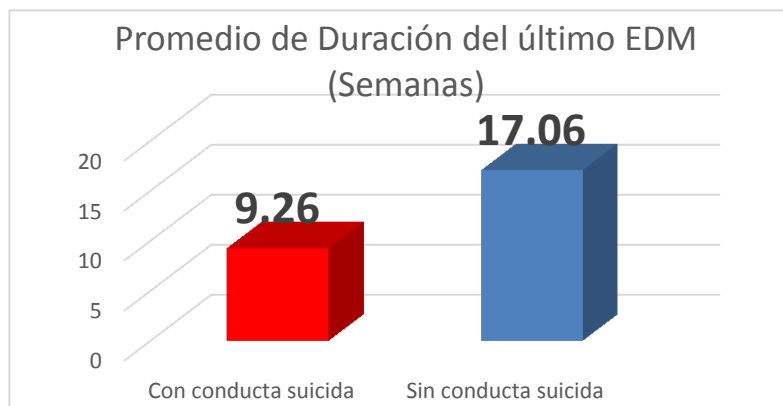
**Fig 4. Grafica Variables Psicosociales. Se muestra que casi la mitad de la muestra vive con 3 o mas personas.**

La mayor parte de la muestra (77.9%, n=67) presentó un EDM recurrente mientras que el 22.1% (n=19) refirió tenerlo único. La mayor proporción de la muestra presentó 2 episodios depresivos (32.6%, n=28) y tres cuartas partes de la muestra tuvieron más de dos episodios depresivos a lo largo de la vida (75.7%, n=65), presentando una media de 3.384 episodios (SD=3.12) con un rango de uno hasta 20 episodios depresivos.



**Fig. 5 Numero de episodios depresivos mayores. Podemos observar un predominio de Episodios Depresivos Mayor (EDM) recurrentes.**

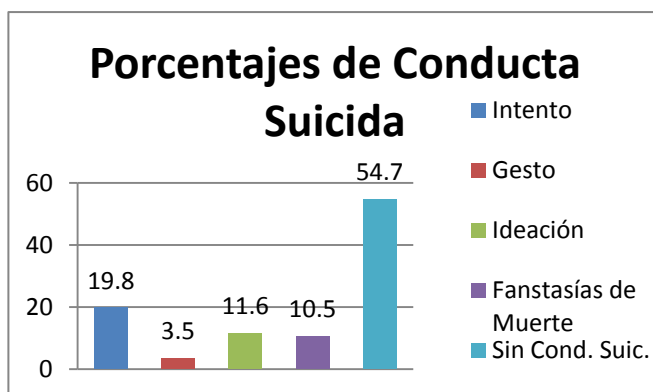
El tiempo promedio del Episodio Depresivo Mayor más reciente fue de 13.53 semanas (SD=26.52, rango 0.5-168 semanas). La media de tiempo de todos los tratamientos fue incluso mayor a la de los EDM con 27.19 semanas (SD=92.18, rango 0 – 780 semanas de tratamiento).



**Fig. 6 Promedio de duración del EDM. Podemos observar que la presencia de conducta suicida reduce el tiempo de solicitud de atención.**

La edad promedio del primer intento suicida fue de 24.47 años (SD=10.03). El número promedio de intentos suicidas en la vida fue de 1.48 (SD=2.04). Entre los usuarios que presentaron conducta suicida, n=17 presentaron intento suicida (19.8%), n=3 presentaron gesto suicida (3.5%) y 11.6% presentaron ideación suicida (10.5%). Respecto de las fantasías de muerte, fueron presentadas por el 10.5% de la muestra (n=9), y el 54.7% (n=47) no presentaron ninguna conducta suicida.

Al margen del 62.8% (n=54) que refirió no haber tenido conducta suicida reciente, el método de intento suicida más frecuentemente utilizado fue el de ingesta de medicamentos (14%, n=12), seguido de cortes superficiales (10.5%, n=9). Entre el 1% y 2% de la muestra presentaron otro tipo de intentos de suicidio como cortes mayores (yugular), ahorcamiento, apuntarse con un arma de fuego, lanzarse al arroyo vehicular, intentar arrojarse al vacío (azotea), inyectarse aire e intentar asfixiarse con una bolsa de plástico.



**Fig. 7 Porcentajes de la conducta suicida. Se observa un predominio de intento suicida en un quinto de los pacientes, casi la mitad no tuvo conducta suicida.**

Sólo el 7% de la muestra (n=6) aceptó pacto terapéutico (también conocido en la literatura como contrato de no-suicidio). El 30.2% de la muestra (n=26) fue hospitalizado en el Instituto Nacional de Psiquiatría y el 18.6% (n=16) fue referido a otra unidad.

## B. Resultados Comparativos por grupos conducta suicida/no conducta suicida

Se compararon las proporciones de las variables nominales así como las medias y desviaciones estándar de las variables cuantitativas continuas, reportando lo siguiente:

Al comparar los grupos que presentaron conducta suicida y los que no la presentaron, no hubo diferencias significativas en estado civil ( $X^2= 5.38$ , 4 gl,  $p=0.251$ ), religión ( $X^2= 2.33$ , 3 gl,  $p=0.506$ ) y ocupación ( $X^2= 0.802$ , 10 gl,  $p=0.602$ ).

Los sujetos con conducta suicida fueron significativamente más jóvenes que los no suicidas ( $p=0.002$ ).; variables como número de personas con las que vive, duración del Episodio Depresivo Mayor, edad del primer intento suicida y tiempo del tratamiento farmacológico antidepresivo no tuvieron diferencias significativas; sin embargo se observó un mayor número de episodios depresivos a lo largo de la vida y, como es de esperarse, de número de intentos suicidas en la vida.

Al comparar las variables en la fase basal, se encontró que las escalas dedicadas a suicidio puntuaron mayores en la población suicida que en la no suicida, siendo ésta diferencia altamente significativa ( $p<0.0001$ ).

Variables Continuas Basales	Con Conducta Suicida	Sin Conducta Suicida	Estadística	p
Edad (años)	30.92 (10.44)	38.66 (11.95)	t = - 3.16	0.002*
Promedio No. Personas con las que vive	2.692 (1.42)	2.72 (1.79)	t = -0.088	0.93
Promedio Duración de EDM (meses)	9.26 (14.26)	17.06 (33.21)	F = 1.87	0.175
No. De episodios en la vida	4.56 (3.85)	2.04 (1.90)	F = 11-42	0.001*
Edad del Primer Intento Suicida (años)	24.8 (11.24)	23.83 (7.36)	F = 0.109	0.743
Tiempo Tx EDMsemanas (semanas)	19.81 (44.75)	33.31 (118.16)	F = 0.454	0.502
No. De Intentos Suicidas en la vida	2.13 (1.8)	0.937 (2.1)	t = 2.74	0.007*
Promedio Escala SAD PERSONS basal	3.97 (1.01)	2.87 (1.22)	F = 20.09	<0.001**
Promedio Riesgo Suicida MINI basal	2.94 (0.32)	1.3 (0.51)	F = 310.24	<0.001**
Promedio CGI Gravedad basal	5.44 (0.82)	3.8 (0.75)	t = 9.34	<0.001**
Promedio Plutchik Basal	10.62 (2.07)	7.57 (2.26)	F = 41.52	<0.001**
Inventario de Beck Basal	30.67 (6.42)	28.1 (4.56)	F = 4.72	0.033*

**Tabla 1.- Tabla de significancias obtenidas en las escalas aplicadas, se aprecia que la edad, el número de episodios depresivos en la vida, el número de intentos suicidas en la vida y los puntajes basales en las escalas SAD PERSONS, MINI riesgo suicida, CGI basal, Plutchik y Beck mostraron alta significancia para detectar conducta suicida.**

Para correlacionar la fuerza de Asociación entre la Variable Independiente (Presencia de conducta suicida al momento de la consulta de APC) se utilizó correlación de Pearson y Spearman. Ambos coeficientes fueron muy similiares, por lo que se reportará el coeficiente de Spearman ya que la muestra fue no probabilística con distribución no paramétrica.

<b>Correlación entre Conducta Suicida y Variables</b>	<b>Coefficiente rho de Spearman</b>	<b>p</b>
Edad	0.318	0.003*
Estado Civil	0.086	0.433
Religión	0.09	0.407
Ocupación	0.132	0.227
Sexo	0.134	0.218
No. De Episodios Depresivos	-0.340	0.001*
Duración del último EDM	0.176	0.105
Tratamiento Antidepresivo	-0.142	0.192
Tratamiento Ansiolítico	-0.220	0.042*
Tratamiento Antipsicótico	-0.209	0.054*
Duración del Tratamiento Antidepresivo	-0.145	0.183
Adherencia al Tratamiento Antidepresivo	-0.147	0.177
Conducta Suicida Anterior	-0.462	<0.0001**
Número de Intentos Suicidas en la vida	-0.427	<0.0001**
Tipo de Conducta Suicida	-0.9490	<0.0001**
Acepta Pacto Terapéutico	-0.301	p=0.005*
Consumo de Sustancias	0.026	0.814
Visitas a APC	-0.097	0.373
Referencias de APC	-0.525	<0.0001**
Hospitalización desde APC	-0.527	<0.0001**
Número de Citas en Consulta Externa	-0.173	0.10

**Tabla 2.- Correlación entre Conducta Suicida y Variables. Se observa que la edad, conducta suicida anterior, N° de intentos previos, tipo de conducta suicida, hospitalización de apc son altamente significativos.**

Los coeficientes de correlación negativos se explica por la representación numérica de la variable independiente “presencia de Conducta Suicida” como número inferior, por lo que las correlaciones positivas mostrarán fuerza de asociación con la ausencia de la variable independiente (Sin conducta suicida) y las correlaciones negativas mostrarán fuerza de asociación con la presencia de la variable independiente (Con conducta suicida).

Se observa correlación positiva significativa con la edad, lo cual refuerza el hallazgo previo de que la población suicida es más joven que la no suicida. No hubo correlación entre variables sociodemográficas (religión, ocupación, estado civil ni género) con la presencia/ausencia de conducta suicida. Se encontró correlación estadísticamente significativa con número de episodios depresivos, demostrando que la población suicida tiene una peor evolución ya que un número mayor de episodios en un menor tiempo de vida denotan desarrollo más desfavorable del Trastorno Depresivo Mayor.

Aunque el Tratamiento Antidepresivo no mostró correlación con la presencia de conducta suicida ni se asoció con un fármaco determinado, el tratamiento concomitante con tratamiento ansiolítico (cualquier benzodiazepina) y antipsicótico (cualquier antipsicótico) mostró una correlación significativa.

Ni la duración del Tratamiento Antidepresivo ni la adherencia al tratamiento representaron fuerza de asociación. La correlación de acepta pacto terapéutico confirma que es una maniobra exclusiva de usuarios con conducta suicida, sin embargo es importante recordar que es una estrategia altamente especializada que se utiliza en pacientes muy selectos.

Ni el consumo de sustancias, la frecuentación al servicio de APC ni la adherencia a servicios ambulatorios de Consulta Externa representaron fuerza de asociación con conductas suicidas, reforzando los hallazgos que el paciente frecuentador de los servicios de urgencias es un paciente en esencia no grave o sin riesgo, que no se apega a los lineamientos de los Servicios ambulatorios y que acude al servicio de urgencias para solventar una limitación administrativa más que para atender una condición crítica apremiante.

Finalmente, las variables clínicas relacionadas con el suicidio mostraron fuerza de asociación importante, lo cual confirma la directriz metodológica del estudio. La fuerza de asociación importante entre hospitalización y referencia confirma que el paciente suicida recibe indicaciones de egreso de APC relacionadas con usuarios graves a diferencia del grupo con ausencia de la variable independiente.

A continuación se menciona una tabla de correlaciones rho de Spearman entre la presencia de la variable independiente (Conducta suicida en urgencias).

<b>Correlación entre conducta suicida y Puntaje Escalas Basales</b>	<b>Spearman</b>	<b>p</b>
SAD PERSONS	-0.446	<0.0001**
MINI Total	-0.794	<0.0001**
Riesgo Suicida MINI	-0.892	<0.0001**
Escala de Riesgo Suicida de Senties-Zamudio	-0.406	<0.0001**
CGI (Gravedad)	-0.715	<0.0001**
Escala de Desesperanza de Plutchik	-0.585	<0.0001**
Inventario de Depresión de Beck	-0.226	0.036*

**Tabla 3.- Correlación entre conducta suicida y Puntaje Escalas Basales. Se observa que las escalas que identificaron mejor en la valoración basal la conducta suicida fueron el MINI riesgo suicida, luego el MINI total y el CGI.**

Se observó una correlación significativa con la presencia de la variable independiente (conducta suicida) y todas las escalas relacionadas con la presencia de conducta suicida y gravedad en el CGI. Sin embargo la fuerza de asociación fue mayor con el puntaje total y el riesgo suicida del MINI, y la gravedad del CGI, mostrando una correlación menor en las escalas clínicas más utilizadas en APC como son la Escala de Senties-Zamudio y el SAD PERSONS. La correlación entre la Escala de Desesperanza de Plutchik habla que la desesperanza es un aspecto frecuente en la conducta suicida pero que no siempre está presente. Es importante destacar que el único instrumento autoaplicable de la batería, el Inventario de Depresión de Beck, mostró una significancia estadística aunque con menor fuerza de asociación.

### **C. Resultados descriptivos de las muestras de seguimiento.**

De la muestra de n=86 usuarios, se logró captar un total de n=20 pacientes de seguimiento a tres meses o mayor, de los cuales n=9 pertenecieron al grupo que presentó conducta suicida en la entrevista basal y n=11 perteneció al grupo que no presentó conducta suicida en la entrevista basal.

Durante el seguimiento se les logró realizar a los n=20 sujetos una segunda batería de escalas, al cierre de reclutamiento de resultados de éste proyecto. El último día que se reclutó un paciente nuevo y considerado el cierre del presente estudio fue el Martes 24 de Junio de 2014

La captura de variables basales inició en el mes de Julio de 2013 tras la aprobación del Comité de Ética en investigación del Proyecto. Por lo tanto, la captura de sujetos de seguimiento inició en el mes de Octubre de 2013.

Los motivos de la pérdida de sujetos durante la fase de seguimiento son los siguientes: n=1 no contestaron en los teléfonos que brindaron durante la fase de seguimiento ni hubo familiar que diera información de ellos; n=65 no habían completado el tiempo estipulado de seguimiento al cierre de éste estudio para el análisis de resultados.

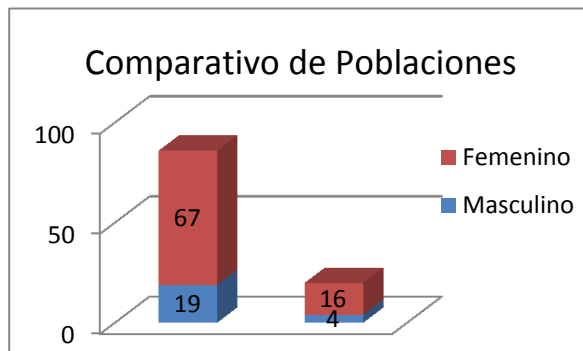
El Investigador principal de éste proyecto tuvo los siguientes motivos por los cuales no siempre fue posible capturar nuevos sujetos del estudio y localizar a los pacientes de seguimiento un



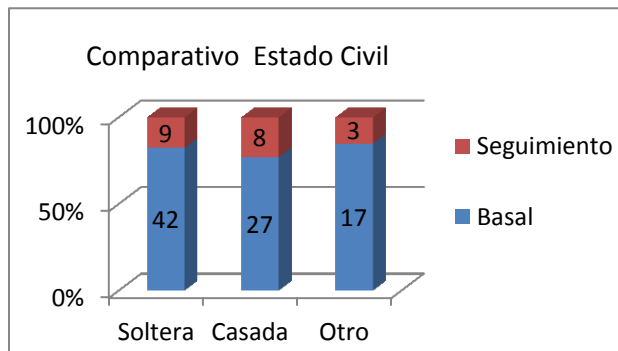
promedio de tres meses después: Problemas de salud, los cuales pueden generar disfunción algo relevante, problemas interpersonales que dificultaron el poder dedicar el tiempo adecuado a la captura en momentos específicos. Problemas logísticos, ya que al inicio de la captura de datos se encontraba en rotaciones distintas al servicio de APC y eso dificulta mucho la captura de los pacientes. Otra situación relevante y que puede sesgar levemente los resultados es que los pacientes que son referidos por riesgo suicida en una gran mayoría se niegan a participar en el estudio debido a falta de beneficio que representa la referencia. Imposibilitando captar algunos pacientes.

Debido a las dificultades técnicas que presentó el investigador principal, la muestra completa del estudio se pudo incrementar al permanecer de manera constante en el servicio de APC de mediados a finales de Junio de 2014. El Dr. Rafael V. Rangel Malo, alumno de Alta Especialidad en Urgencias en Psiquiatría y colaborador de éste Proyecto, tuvo una participación muy valiosa al reclutar sujetos de estudio mientras el investigador principal no se encontraba de tiempo completo en el Servicio de APC.

La muestra de seguimiento fueron n=4 hombres y n=16 mujeres; la edad promedio de la muestra de seguimiento fue de 39.45 años. 45% de la muestra (n=9) fue soltera y 40% de la muestra (n=8) estaba casada, y 15% (n=3) de la muestra de seguimiento tenía otro estado civil.



**Fig. 8 Comparativo de poblaciones.**



**Fig. 9 Comparativo del estado civil.**

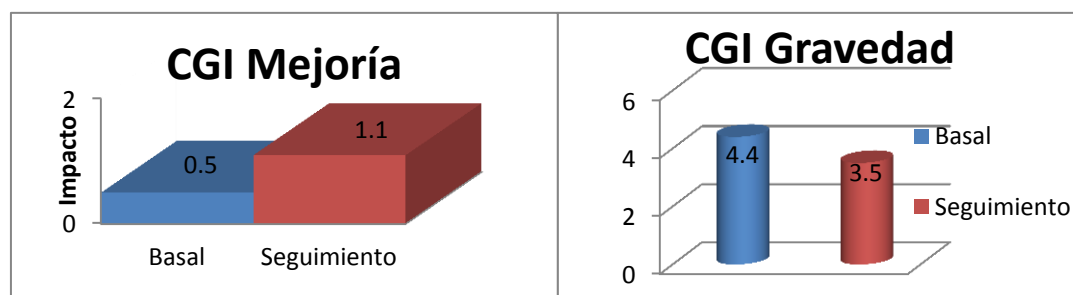
El 25% de la muestra de seguimiento (n=5) no tenía ninguna religión y el 75% era de Religión Católica. El 25% de la muestra fue desempleado (n=5), el 25% fue dedicado al hogar (n=5), y el 50% fue variado de las diferentes ocupaciones, resaltando que sólo n=1 (n=5%) fue estudiante.

#### D. Resultados Comparativos de las muestras basal-seguimiento

Clinimetría	Basal (n=86)	Seguimiento (n=20)	T	gl	p
SAD PERSONS	2.8 (1.15)	1.65 (1.18)	5.205	19	<0.0001**
MINI	13.4 (13.3)	1.8 (2.76)	3.939	19	0.001*
Riesgo Suicida MINI	2 (0.97)	1.1 (0.44)	4.158	19	0.001*
Sentíes/Zamudio	3.3 (1.87)	2.2 (1.33)	2.685	19	0.001*
CGI Gravedad	4.4 (0.88)	3.5 (0.944)	3.847	19	0.015*
CGI Mejoría	0.5 (0.22)	1.1 (0.45)	-9.2	19	<0.0001**
Plutchik	9.8 (2.75)	6.9 (3.03)	5.16	19	<0.0001**
Beck Depresión	28.65 (5.3)	21.65 (10.72)	2.91	19	0.009*
Beck Intencionalidad	36.33 (5.68)	12.66 (21.63)	1.932	2	0.193

**Tabla 4. Comparación de las muestras basal- seguimiento. Se aprecia que SAD PERSONS, CGI de mejoría y Plutchik tuvieron los resultados más altos de impacto en la detección de conducta suicida una vez que realizamos el seguimiento.**

Se muestran las medias y desviación estándar de los totales de las escalas al momento de iniciar el estudio (basal) y al finalizarlo (seguimiento). Se utilizó prueba t para muestras relacionadas.



**Fig. 10 Diferencias del Impacto en las escalas CGI. Se observa un aumento del impacto positivo en un 50% hacia la mejoría, y en la gravedad se aprecia un impacto negativo de 0.9 puntos. Lo que nos habla de la evidente mejoría de la conducta suicida.**

Los resultados de la comparación basal-seguimiento reflejan que tres meses después la clinimetría suicida disminuyó considerablemente en la muestra global. Llama la atención que la

escala con menor cambio fue la escala de intencionalidad suicida de Beck, esto puede deberse a que es una escala que sólo se aplica a sujetos que han intentados suicidarse y por lo mismo no aplica a todos los sujetos con conducta suicida y aún menos al grupo sin conducta suicida.

<b>ANOVA Basal- Seguimiento</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
SAD PERSONS	1.47	0.241
MINI	2.174	0.158
Riesgo Suicida MINI	1.2	0.281
Sentíes/Zamudio	0.853	0.368
CGI Gravedad	0.24	0.630
CGI Mejoría	0.81	0.38
Plutchik	0.908	0.353
Beck Depresión	0.472	0.033*
Beck Intencionaidad	2.989	0.101

**Tabla 5.- Resultados de la ANOVA. Se aprecia que los valores de la escala de Depresión de Beck tiene diferencias significativas, es decir que a pesar del seguimiento los pacientes con conducta suicida puntuaron similar a los no suicidas en el seguimiento.**

Se muestra el comparativo en la etapa de seguimiento de los grupos con conducta suicida y sin conducta suicida. Los resultados con diferencias significativas en la etapa basal, muestran que no hay diferencias significativas en las escalas durante las fases de seguimiento, lo cual sugiere que a los tres meses la muestra que presentó conducta suicida (y que pudo ser entrevistada de nuevo a los tres meses) presenta clinimetría indistinta de la población basal. Esto sostiene las observaciones de que la sintomatología suicida es una condición aguda crítica y con una resolución favorable o desfavorable al poco tiempo que se presenta. Sólo se observan diferencias significativas en la calificación del Inventario de Depresión de Beck, lo cual sugiere que las personas que presentaron conducta suicida presentan una respuesta clínicamente diferente a las que no presentan ideación suicida. Estos resultados deben de interpretarse con cuidado ya que es importante mencionar que n=66 sujetos no han participado en el seguimiento.

Finalmente, un aspecto fundamental para mencionar como resultado es que durante la fase de seguimiento ninguno de los dos grupos presentó incidencia de nuevas conductas suicidas.

### **13.- DISCUSIÓN.**

Durante la atención en el servicio de atención Psiquiátrica continua cuando un paciente refiere presentar una conducta suicida, de forma inmediata se considera dicha consulta como de riesgo intermedio-alto, de allí surge la importancia de identificar los episodios depresivos con conductas suicidas, esto es porque cada año aproximadamente 1 millón de personas cometen suicidio en el mundo entero (WHO,2011). Las autopsias psicológicas sugieren que por lo menos el 90% de los pacientes cumplen por completo los criterios para un trastorno mental al momento del suicidio.<sup>41</sup> Por lo que el identificar los factores de riesgo potencial de cometer suicidio en las personas con trastornos mentales es primordial. Conociendo esos factores de riesgo se pueden detectar pacientes en riesgo y realizar algunas acciones preventivas <sup>42</sup>, situación que esta investigación busco identificar.

La depresión unipolar, particularmente cuando es grave se asocia con un incremento en el riesgo de suicidio.<sup>43</sup> De acuerdo a los resultados obtenidos, así como en las series reportadas por otros autores la presencia de episodios depresivos mayores es más frecuente en las mujeres, por lo que esto eleva la cantidad de pacientes femeninas que tienen alguna conducta suicida, la conducta suicida no solo comprende el suicidio consumado, se extiende desde ideas o pensamientos sobre el suicidio que nunca se llevaron a cabo, hasta los intentos de suicidio de variada severidad, o suicidios consumados.

Hablando de la conducta suicida, la diferencia importante en la proporción hombre/mujer repetidamente reporto: que las mujeres tienen tasas más altas de ideación suicida y conductas suicidas que los hombres, mientras que la mortalidad era típicamente más alta para los hombres, la relación de suicidio es de H4:1M en USA. El concepto de género no se refiere a las diferencias biológicas, también se debe a las normas sociales y expectativas culturales que difieren entre sexos. El "proceso suicida" inicia con ideación suicida y planear acerca de cómo quitarse su vida y comunicar estos pensamientos, inicia un círculo de intentos incrementado la letalidad y la intencionalidad, lo que acaba en suicidio. Una vez que una persona entra en el proceso suicida se vuelve más vulnerable en el futuro.<sup>44</sup>

Mientras algunos estudios indican que las mujeres realizan más intentos de suicidio en proporción a quien lo intentó, otros estudios muestran que los varones que lo intentan particularmente aquellos que no tienen empleo o nunca se han casado son los que tienden a utilizar métodos suicidas más violentos así como abuso de sustancias.

De allí la importancia de conocer la población a la que le brindamos la asistencia médica. Se encontró que la población que más conductas suicidas presentaba eran personas de menos de 35 años, lo cual se asocia a estresores sociales, económicos y laborales que se viven en el día a día cotidiano, la diferencia entre generar o no conducta suicida depende de la resiliencia de cada persona, a pesar de que cerca de la mitad de la muestra era soltera, así como cerca de dos tercios de la misma era católica, y cerca de la mitad de la población no es económicamente activa, estos factores no presentaron diferencias estadísticamente significativas. Mismo que se ve reflejado en la cantidad de personas que viven con los pacientes, siendo más de tres en casi el 60%.

Describiendo un poco mejor como son las características de la población encontramos que la proporción de episodios depresivos mayores recurrentes es 4:1 en comparación con los episodios depresivos únicos. Esto debido a que los pacientes con más episodios depresivos tienen probabilidades mayores de presentar conductas suicidas.<sup>45</sup>

Es bien sabido que la pérdida de estatus (p. ej. Jubilación, separación amorosa) o desempleo reciente aumenta el riesgo de conductas suicidas en pacientes con EDM. Cerca del 60% refirió no haber tenido conducta suicida reciente, el método de intento suicida más frecuentemente utilizado fue el de ingesta de medicamentos (14%) casi siempre psicoactivos como es reportado en otras series<sup>46</sup>, seguido de cortes superficiales (10.5%). Entre el 1% y 2% de la muestra presentaron otro tipo de intentos de suicidio como cortes mayores (yugular), ahorcamiento, apuntarse con un arma de fuego, lanzarse al arroyo vehicular, intentar arrojar al vacío (azotea), inyectarse aire e intentar asfixiarse con una bolsa de plástico.

De la población con conductas suicidas, se evalúa la gravedad e intencionalidad de estas, por lo que del total de la muestra cerca de un tercio de los pacientes fue hospitalizado en la institución,

un quinto de la muestra se refirió. Y 7% acepto contrato de no-suicidio, debido a las características de la conducta suicida, que generalmente estaba en el inicio del proceso suicida, atendiendo la queja principal del paciente y ayudando a la familia a comprender el cuidado y situación del paciente (no haber tenido intentos suicidas en la vida, por el conocido riesgo de volver a presentar un intento nuevamente en la vida, el cual resulto estadísticamente significativo en la muestra).

Evaluando los instrumentos clinimétricas utilizados se encontró significancia estadística para detectar conducta suicida en las escalas de SAD PERSONS basal, CGI, PLUTCHIK, y en la escala de Riesgo suicida del MINI, todos con significancia estadística de 0.001, corroborando en forma secundaria la validez de apariencia que tienen estos instrumentos para detectar conducta suicida.

Se encontró una asociación significativa de presencia de conducta suicida en personas con uso de ansiolíticos y antipsicóticos, esto generalmente asociado a la gravedad del episodio depresivo.<sup>6</sup> Además de la gravedad del episodio lo cual genera más riesgo de presentar conductas suicidas y el hecho de que a mayor cantidad de episodios aumenta el riesgo también, esto se ve reflejado en la solicitud de atención a la brevedad, lo que genera que los episodios de mayor gravedad tengan en promedio una duración menor.

Además se encontró que las escalas con mayor correlación con la presencia de variable independiente “conducta suicida” fueron el MINI de Conducta suicida, la valoración Clínica (CGI) dejando abierta la puerta de la clínica en el momento de la valoración, a pesar de que los pacientes pueden puntuar altos para el Inventario de Depresión de Beck no se correlacionó con una misma intensidad. Lo cual dirige a la posibilidad de que algunos pacientes puntúen altos aunque no tengan conductas suicidas.

Cuando se hace la comparación del seguimiento con los basales de ambos grupos se encuentra que en ambos disminuyó significativamente la puntuación de las escalas, exceptuando el cuestionario de Intencionalidad Suicida de Beck.

Es de llamar la atención que los pacientes presentaron menor cambio en la escala de Intencionalidad Suicida de Beck esto puede deberse a que es una escala que sólo se aplica a sujetos que han intentados suicidarse y por lo mismo no aplica a todos los sujetos con conducta suicida y aún menos al grupo sin conducta suicida. Y como en el seguimiento los pacientes puntuaron con mejoría y ya no presentaban conducta suicida. Los pacientes mostraron una muy significativa diferencia entre las escalas basales y de seguimiento en lo referente a la conducta suicida.

Las escalas SAD PERSONS, CGI mejoría y Plutchik resultaron altamente significativas para evaluar la reducción en la conducta suicida comparando a los pacientes con conductas suicidas en el basal y seguimiento, así como las escalas MINI depresión y MINI Suicidio y Sentíes-Zamudio y Inventario de depresión de Beck. Lo que habla de la importancia del estudio, ya que se desconocía como se componía la población y cómo se comporta.

Una situación importante a considerar es el hecho de que los pacientes eran interrogados después de concluir su consulta de APC, y esto generó que en los pacientes que tenían conductas suicidas al no hospitalizárseles rechazaban la invitación a participar en el estudio, situación que se entiende porque ellos no recibirían ningún beneficio del mismo.

Al evaluar el comparativo de la etapa de seguimiento de los grupos con conducta suicida y sin conducta suicida se encuentran resultados con diferencias significativas en la etapa basal, pero muestran que no hay diferencias significativas en las escalas durante la fase de seguimiento, lo cual sugiere al seguimiento a los tres meses la muestra que presentó conducta suicida (y que se pudo revalorar) presenta clinimetría similar de la población basal. Esto nos deja un mensaje importante en lo referente al uso de servicios de Urgencias: Cerca del 50% de los pacientes que acuden por una urgencia afectiva, es una urgencia sentida, haciendo que se sature el servicio que atiende otras condiciones graves como Psicosis, Trastornos Ansiosos graves, trastorno bipolar.

Esto sostiene las observaciones de que la sintomatología suicida es una condición aguda crítica que tiene un desenlace favorable o desfavorable al poco tiempo que se presenta. En los puntajes del Inventario de Depresión de Beck, se encontró que no hubo una mejoría proporcional en los pacientes con conductas suicidas que los pacientes controles, lo cual sugiere que las personas que presentaron conducta suicida presentan una respuesta clínicamente diferente a las que no presentan ideación suicida. Aquí hay que resaltar la importancia del seguimiento de los pacientes, ya que al no valorarle subsecuentemente aun no podemos darle un peso específico a este apartado de la investigación.

Debido a las dificultades para la realización del estudio se considera que los resultados obtenidos en lo general están apegados a las series encontradas en la literatura científica actual. Y se recalca la importancia de conocer la población con EDM que acude al servicio de APC.

El riesgo de suicidio en pacientes psiquiátricos con y sin intentos de suicidio se incrementa en comparación con la población general, dejando una tasa de suicidios de 12 por cada 100.000<sup>7</sup>. Esto sugiere la posibilidad de la prevención del suicidio, es muy importante entender que una vez que el paciente egresa ya sea posterior a hospitalización o a pacto terapéutico aun continua en riesgo de intentar quitarse la vida.

Actualmente existen diferentes modalidades y escenarios para el tratamiento de los pacientes suicidas desde la psicoterapia de corte psicoanalítico hasta los tratamientos eminentemente conductuales, enfocados hacia las conductas autodestructivas. Los datos que hemos presentado también sugieren que se necesita trabajar mucho para lograr un aumento en la búsqueda de atención clínica por parte de las personas con intento de suicidio, reduciendo las barreras en el uso de servicios para esta población.

Se explora con detalle el momento en que se obtuvo la atención y las razones para no buscarla cuando se siente la necesidad de hacerlo. Pero la búsqueda de atención clínica especializada no es la única estrategia para enfrentar el suicidio. Intervenciones en el ámbito poblacional como el control de sustancias, entre ellas el alcohol, y el control de armas de fuego pueden tener un impacto importante en México. En trabajo reciente sugiere que para las mujeres, son esenciales las intervenciones en el control y restricción de psicofármacos en la prevención del suicidio. Y en hombres el control de uso de sustancias y el acceso a medios más violentos para realizar el intento suicida.

Algo que llama la atención y que debemos preguntarnos es si el paciente que no contesto tuvo un desenlace desfavorable, cuántos de los pacientes que se refieren realmente reciben una atención para su riesgo suicida. No hubo reporte de algún suicidio consumado. Lo que habla del tamaño de la muestra que es pequeño pero arroja datos muy interesantes.

### **Fortalezas del estudio.**

1.- Es la primera vez que se evalúa a los pacientes del servicio de APC de forma longitudinal, así como la aplicación de instrumentos clinimétricos enfocados en Depresión y conductas suicidas. El seguimiento prospectivo y lognitudinal nos permite conocer medidas de impacto así como incidencia de conductas suicidas, lo cual no es posible en estudios transversales o retrospectivos.

2. Evalúa la principal patología que se atiende en esta institución (Episodio Depresivo Mayor), específicamente en el servicio de Atención Psiquiátrica Continua (APC), lo cual nos orienta sobre que tantos pacientes con conductas suicidas son referidos y cuantos se hospitalizan, cerca del 30% de los pacientes con conducta suicida se hospitalizan, 20% se refieren por algunas situaciones principalmente administrativas como la necesidad de acompañantes durante la hospitalización.

3.- Los resultados obtenidos nos instan a continuar esta línea de estudio, ya que las clinimetrías usadas demostraron buena significancia para detectar la variable conducta suicida, lo cual puede ayudar a resolver dudas clínicas en las entrevistas del servicio de APC.

4.- Los resultados pueden considerarse un piloto de una muestra que puede crecer y constituir una cohorte que en dimensiones adecuadas podría constituir el primer estudio epidemiológico de incidencia de conductas suicidas realizado en nuestro país.

### **Debilidades del estudio:**

1.- La muestra meta planteada den el método no pudo alcanzarse por diversos motivos expresados en el apartado de resultados, por lo que los resultados presentados se reflejan con una muestra de  $n=86$ . También la muestra de seguimiento es muy pequeña ( $n=20$ ) y por lo mismo hay que tomar con reservas los resultados encontrados, ya que se desconoce qué ha sucedido con el resto de los sujetos.

2.- Se desconoce la evolución de los pacientes que se niegan a firmar el consentimiento informado, lo cual no permite conocer la evolución completa de todos los usuarios con y sin conducta suicida.

3.- Los sujetos que rechazaron participar en el estudio son en su mayoría pacientes con conducta suicida que fueron referidos a otra institución; su no inclusión nos impide saber la evolución de esos sujetos que además se desconoce si regresan en otro momento a la institución y bajo qué condiciones.

## **Conclusiones:**

- 1.- Con este estudio podemos identificar que la población que más acude al servicio de urgencias se compone de mujeres, las cuales al presentar conductas suicidas en su mayoría realizan intentos de baja letalidad como ingesta de psicofármacos.
- 2.- Que las variables sociodemográficas religión, estado civil, ocupación y número de personas con las que vive; no resultaron significativas para identificar conducta suicida en ambos grupos.
- 3.- Que el hecho de presentar un episodio recurrente, así como el haber realizado un intento suicida previo es significativo para predecir un intento suicida. Así como identificar que la edad es un factor importante en la conducta suicida.
- 4.- Que los pacientes que acuden al servicio de urgencias en con un episodio depresivo y con conductas suicidas es detectado y canalizado a la instancia correspondiente, hospitalización, referencia o pacto de no-suicidio. Aunque además evidencia el hecho de que el servicio de urgencias es frecuentado por pacientes que no presentan condiciones que requieran de este servicio, ya sea para cumplir requisitos administrativos (surtir recetas, reiniciar tratamientos, resignación de médicos).
- 5.- Que la escala CGI basada en la capacidad del evaluador en catalogar al paciente como gravemente enfermo correlaciona con el uso de instrumentos clinimétricos puede dar mayor validez a la valoración del riesgo suicida y las conductas suicidas. Los instrumentos Riesgo Suicida MINI Y el MINI de Depresión fueron los instrumentos que mejor puntuaron en la correlación para la conducta suicida.
- 6.- Que el Inventario de depresión de Beck tiene diferencias significativas, es decir que a pesar del seguimiento los pacientes con conducta suicida puntuaron similar a los no suicidas en el seguimiento.
- 7.-Que se necesita estar de tiempo completo en el servicio de urgencias para poder llevar a cabo completamente el proyecto, ya que los horarios del flujo de pacientes soy cuasi constantes, presentándose cerca de 3 tandas fuertes de pacientes, la de las 10 hrs, 13hrs y 19 hrs.



### 13.- BIBLIOGRAFÍA:

- 1) [http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567/Section1824\\_8076.htm](http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567/Section1824_8076.htm)
- 2) Gillon, C & Le Bonniec, Y. Suicidio: técnicas, historia, actualidad. España: ATE(1982).
- 3) Durkheim E. El suicidio. UNAM, México. 1974.
- 4) Sadock, BJ. Sadock, VA. Sinopsis de psiquiatría. 10 ed. Lippincott Williams & Wilkins.pp. 897-907.2009.
- 5) Mortalidad por Suicidio en las Américas.. Informe Regional. OPS. 2010.
- 6) McKey PW, Jones RW, Barbe RH. Suicide and the School: a Practical Guide to Suicide Prevention. Horsham, PA, LRP Publications. 1993.
- 7) Borges G. , Medina-Mora M.E., Orozco R., Ouéda C. y Villatoro J.. Distribución y Determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. Salud Mental. 2010;32:413-425.
- 8) Borges G., Orozco R., Benjet C. y Medina-Mora M.E.. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. Salud pública de México.2010.Vol. 52, no. 4, julio-agosto.
- 9) Satcher D. National strategy for suicide prevention: goals and objectives for action. Washington: Government Printing Office; 2001.
- 10) Cota M, Borges G. Estudios sobre Conducta Suicida en México: 1998-2008.JOVENes.2009.
- 11) Flores G. Factores de riesgo clínicos y psicosociales asociados al intento suicida reciente en pacientes con depresión: estudio de casos y controles. México: Universidad Nacional Autónoma de México.2009.
- 12) González-Forteza, C., García, G., Medina Mora, M. E., Sánchez, M. A. Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. Salud Mental 1998; 21 (3), 1-9.
- 13) Aranda M., Cisneros E., Pérez Rincón H., Vollrath N. Una Propuesta para la Prevención del Suicidio en México. Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. 2010.
- 14) Jiménez-Genchi, A., Díaz-Ceballos Moreno, Ma. d. L. Algunos Correlatos de Impulsividad y Planeación en el Intento Suicida: Un Estudio Piloto. Psiquiatría, 2001;17 (3), 98-101.
- 15) González-Forteza, C., Berenzon, S., Jiménez, J. A. Al Borde de la Muerte. Problemática Suicida en Adolescentes. Salud Mental 1999;22 (2), 145-153.
- 16) Mondragón, L., Monroy, Z., Medina-Mora, M. E., Borges, G. Eventos de vida, depresión, consumo de alcohol e ideación suicida en una muestra de servicios de urgencias: un enfoque de género. Revista Mexicana de Psicología 2003; 20 (2), 225-235
- 17) Schrijvers D.L. & Cols. The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. Journal of Affective Disorders 2012;(138) 19–26
- 18) Jiménez G.A., Sentiés C.H., Ortega S.H. Asociación entre impulsividad y depresión en pacientes Hospitalizados por Intento Suicida. Salud Mental 1997;V.20, N° 1, Marzo 1997.
- 19) Jurado S. y cols. La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. Salud Mental V. 1998;21 N°3, junio 1998.
- 20) Zamudio M.J. “Validez Concurrente de tres instrumentos Clinimétricos para la Evaluación del riesgo suicida: Mini entrevista Neuropsiquiátrica internacional modulo de riesgo de Suicidio, Escala de Riesgo suicida de Plutchik y la Nueva escala de Estimación del Riesgo Suicida (Sentiés H/Zamudio M).” Tesis para obtener la especialidad en Psiquiatría. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.2009.

- 21) Nordentoft M, Quin P, Helweg-Larsen K, Juel K. Restrictions in Means for Suicide: An Effective Tool in Preventing Suicide: The Danish Experience. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2007;37(6); 688-697.
- 22) Lake, CR. How Academic Psychiatry Can Better Prepare Students for Their Future Patients, Part II: A Course in Ultra-Brief Initial Diagnostic Screening Suitable for Future Primary Care Physicians. *Behavioral Medicine*. 2008; 34: 101-116.
- 23) Public Health Action for the prevention of suicide. A Framework. WHO. 2012
- 24) Molina L.A. Actualidades sobre la utilidad del contrato de no suicidio. En Elizalde S.R. y cols. *Reflexiones en Torno al Suicidio en México*. Grupo Editorial Gudiño Cicero. pp 165-184. (2009)
- 25) Conwell Y., Duberstein P., et al. Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1001 – 1008.
- 26) Neeleman J. y cols. The suicidal process; prospective comparison between early and later stages. *Journal of Affective Disorders* 2004;82; 43–52.
- 27) Wasserman D. & Wasserman C. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: a global perspective*. Oxford University Press. Chapters 45-47, PP335-355.2009.
- 28) Bobes G.J. & Cols. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. *Ars Medica*. Sexta Edición. Pp 3.2011.
- 29) Alvarez C. World Federation for Mental Health: Depresión Una Crisis Mundial. Dia Mundial de la Salud Mental 2012. OMS.2012
- 30) Mondragón B.L. y cols. Guía Bioética para el tratamiento clínico de pacientes que han intentado suicidarse. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Secretaria de Salud.2010.
- 31) Calculadora para tamaño de muestra:  
[www.netquest.com/panel\\_netquest/calculadora\\_muestras.php](http://www.netquest.com/panel_netquest/calculadora_muestras.php)
- 32) Feinstein A. *Clinical epidemiology: the architecture of clinical research*. Saunders company. Philadelphia.1985.
- 33) Plutchik R, Van Praga HM, Conte HR, Picard S. Correlates of suicide and violence risk: the suicide risk measure. *Compr Psychiatry*. 1989;30(4):296-302.
- 34) Kadri N, Agoub M, El Gnaoui S, Alami KhM, Hergueta T, Moussaoui D. Moroccan colloquial Arabic version of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): qualitative and quantitative validation. *Eur Psychiatry*. 2005 Mar;20(2):193-5.
- 35) Kühner C, Bürger C, Keller F, Hautzinger M. Reliability and validity of the Revised Beck Depression Inventory (BDI-II). Results from German samples. *Nervenarzt*. 2007 Jun;78(6):651-6.
- 36) Berk M y cols. The validity of the CGI severity and improvement scales as measures of clinical effectiveness suitable for routine clinical use. *J Eval Clin Pract*. 2008 Dec;14(6):979-83.
- 37) Ventura J, Cienfuegos A, Boxer O, Bilder R. Clinical global impression of cognition in schizophrenia (CGI-CogS): reliability and validity of a co-primary measure of cognition. *Schizophr Res*. 2008 Nov;106(1):59-69.
- 38) Patterson W, Dohn H, Bird J, Patterson G. Evaluation of suicidal patients: The SAD PERSONS scale. *Psychosomatics*. 1983 Apr 24(4):343-345, 345-349.
- 39) Hockberger JM, Rothstein RJ. Assessment of suicide potential by nonpsychiatrist using the SAD PERSONS. *Journal of Emergency Medicine*. 1988; 6: 99-107

- 40) Awata B, Awata S. Measurement of suicidal behaviour with psychometric scales. En: Wasserman D, Wasserman C. Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. Oxford University Press; 305-311; 2009
- 41) Cavanagh, J.T., Carson, A.J., Sharpe, M., Lawrie, S.M., Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol. Med.* 33, 395–405. 2003.
- 42) Madsen, T., Agerbo, E., Mortensen, P.B., Nordentoft, M., Predictors of psychiatric inpatient suicide: a national prospective register-based study. *J. Clin. Psychiatry* 73, 144–151. 2012.
- 43) Jeon, H.J., Peng, D., Chua, H.C., Srisurapanont, M., Fava, M., Bae, J.N., ManChang, S., Hong, J.P., Melancholic features and hostility are associated with suicidality risk in Asian patients with major depressive disorder. *J. Affect. Disord.* 148, 368–374. 2013.
- 44) Schrijvers D.L., Bollen J., Sabbe B., The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of Affective Disorders* 138. Pp 19-26. 2012.
- 45) Voros V, Osvath P, Fekete S. Gender differences in suicidal behavior. *Neuropsychopharmacol Hung*; 6:65. 2004.
- 46) Canetto SS. Women and suicidal behavior: a cultural analysis. *Am J Orthopsychiatry*; 78(2):259–66. 2008.
- 47) Leadholm A.K., Rothschild A.J., Nielsen J., Bech P., Østergaard S., Risk factors for suicide among 34,671 patients with psychotic and non-psychotic severe depression. *Journal of Affective Disorders* 156:119–125. (2014).

Hoja de Captura de Datos del Protocolo:

ESTUDIO DE SEGUIMIENTO A TRES MESES DE LA CONDUCTA SUICIDA EN PACIENTES  
CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN UN SERVICIO DE ATENCIÓN PSIQUIATRICA  
CONTINUA

**Variables sociodemográficas:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Sexo: Masculino  Femenino   
Red de Apoyo: Buena  Mala  Nula   
Número de personas con las que vive: Vive Solo  1-2 personas  2-3 personas  >3 personas

**Variables Clínicas**

Episodio Depresivo Mayor Único  Recurrente  N° de episodios \_\_\_\_  
Tiempo de Progresión del EDM en meses: \_\_\_\_\_  
Tratamiento: Antidepresivo  \_\_\_\_\_ Ansiolítico  \_\_\_\_\_ Antipsicótico  \_\_\_\_\_  
Tiempo con Tratamiento: \_\_\_\_\_ Apego con el Tratamiento Antidepresivo \_\_\_\_\_  
Comorbilidades En Eje I: NO  SI  Cuales: \_\_\_\_\_  
Conducta Suicida Anterior: NO  SI  Cual: \_\_\_\_\_  
Número de Intentos Suicidas en la Vida: \_\_\_\_\_ Edad del Primer Intento Suicida en la Vida \_\_\_\_\_  
Conducta Suicida Actual: NO  SI :  
Tipo de conducta suicida: Idea de Muerte  Fantasía de Muerte  Ideación Suicida  Gestó  Intentó  Consumación   
Si Hubo Intento Suicida ¿Cuál Fue el Método? \_\_\_\_\_  
Acepta Pacto Terapéutico: SI  NO   
Consumo de sustancias: Ninguno  Uso  Abuso  Dependencia  \_\_\_\_\_  
¿Cuántas veces ha venido al servicio de APC? \_\_\_\_\_  
¿De las veces que acudió a APC, cuantas se le refirió? \_\_\_\_\_  
¿De las veces que ha acudido al servicio de APC, cuantas se le hospitalizo? \_\_\_\_\_  
¿Cuántas citas ha tenido en Consulta Externa (C.E.) en los últimos 3 meses? \_\_\_\_\_