



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"

**Validación del Inventario "Razones para Vivir" y su asociación con el  
Fenómeno Suicida**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA QUE PRESENTA:

**Dr. José Villela Vizcaya**

**Dr. Alejandro Molina López**

**Dr. Héctor Senties Castellá**

Tutor Metodológico

Tutor Teórico

Ciudad de México, a 1 de junio de 2015



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# Índice

<b>Agradecimientos</b> .....	<b>3</b>
<b>I. Antecedentes</b> .....	<b>4</b>
<b>II. Marco Teórico</b> .....	<b>6</b>
a. La Conducta Suicida .....	6
1. Definición y Perspectiva Histórica .....	6
2. Epidemiología .....	11
3. Consecuencias Individuales y Sociales .....	14
4. Características .....	15
b. Estrategias de Estudio del Suicidio.....	19
1. Abordaje Neurobiológico .....	19
2. Abordaje Clínico .....	19
c. La Escala “Razones para Vivir” .....	25
1. Desarrollo .....	25
2. Propiedades Psicométricas.....	26
3. Estudios de Validación en diferentes Poblaciones .....	26
<b>III. Planteamiento del Problema</b> .....	<b>27</b>
<b>IV. Justificación</b> .....	<b>27</b>
<b>V. Pregunta de Investigación</b> .....	<b>28</b>
<b>VI. Hipótesis</b> .....	<b>28</b>
<b>VII. Objetivos</b> .....	<b>28</b>
<b>VIII. Metodología</b> .....	<b>29</b>
<b>IX. Procedimiento</b> .....	<b>36</b>
<b>X. Diagrama de Flujo de la Investigación</b> .....	<b>37</b>
<b>XI. Cronograma de Actividades</b> .....	<b>37</b>
<b>XII. Consideraciones Éticas</b> .....	<b>38</b>
<b>XIII. Resultados</b> .....	<b>39</b>
a. Descripción de la Muestra Global .....	39
b. Descripción de los Grupos.....	44
c. Puntajes en las Clinimetrías .....	48
d. Análisis de Varianza .....	50
e. Correlaciones .....	61
f. Propiedades Psicométricas de la Escala “Razones para Vivir” .....	63
<b>XIV. Discusión</b> .....	<b>65</b>
<b>XV. Conclusiones</b> .....	<b>73</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>74</b>
<b>Anexo: Inventario Razones para Vivir</b> .....	<b>81</b>

## **Agradecimientos**

A Dios por esta gran oportunidad.

A mis papás por su gran amor y ejemplo.

A Ana y Juan Pablo por ser los mejores hermanos.

A mis abuelos, tíos, primos y sobrinos por tantos buenos momentos.

A mis amigos: Majo, Gabriel, Clau, Osc, Gusse, Pedro, Daniel, JP García, Paty, Ale, Alex, James, Chisus y Frin por estar en las buenas y en las malas. Al P. Andrés por su consejo. A Colindres por tanta ayuda.

A mis maestros: Dr. Gregorio Obrador, Dra. Martha Ontiveros, Dr. Manuel Muñoz, Dr. Ilyamín Merlín, Dra. Perla Rodríguez, Dra. Brisa Monroy, Dra. Griselda Flores, Dr. Ricardo Saracco, Dr. Raúl Escamilla, Dr. Guillermo Velázquez, Dr. Mario Gómez, Dra. Cristina Lóyzaga, Dr. Luis Vargas y tantos otros por regalarme parte de su conocimiento.

A mis tutores en la realización de este trabajo: Dr. Héctor Sentíes y Dr. Alejandro Molina por su enorme apoyo, apertura y generosidad; así como al Ing. Francisco Cortés por su tiempo y paciencia.

A mis pacientes por permitirme servirles.

## I. ANTECEDENTES

La integración de la salud física, mental y social constituye un aspecto vital de la población mundial. Cada una de ellas es interdependiente de las demás y se encuentran interrelacionadas entre sí. Históricamente el estudio de la salud mental ha sido relegado a otros intereses en el conocimiento científico. Sin embargo, en los últimos años se ha reconocido globalmente la importancia de la investigación en este campo dadas las implicaciones que esta tiene sobre la salud global del individuo y la sociedad, así como en su bienestar y calidad de vida.

La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: «*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*». La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. En general existe un consenso en cuanto a que la salud mental es mucho más que la ausencia de trastornos mentales y que el entendimiento del concepto de salud mental y el funcionamiento normal de la mente provee las bases sobre las cuales se puede comprender el desarrollo de los trastornos mentales y del comportamiento.

En años recientes, los avances en el campo de las neurociencias han generado un cambio dramático en el entendimiento del funcionamiento mental y hoy en día ha quedado claro que tan complejo grupo de funciones tiene un sustrato biológico y está altamente relacionado con el funcionamiento físico y social, así como los desenlaces en materia de salud.

Los trastornos mentales y del comportamiento son muy comunes ya que afectan a más del 25% de la población mundial en algún momento de su vida. Son universales, ya que se presentan en personas de todas las naciones y sociedades, aparecen a cualquier edad, en hombres y en mujeres sin importar su nivel socioeconómico o si habitan en una zona urbana o rural. Así mismo, tienen un fuerte impacto económico en la sociedad y en la calidad de vida de los individuos y sus familias. Están presentes en cualquier momento del tiempo en un 10% de la población adulta y se estima que alrededor del 20% de todos los pacientes que acuden a atención médica en el primer nivel de la atención padecen uno o más trastornos mentales. Una de cada 4 familias en el mundo tiene al menos un miembro con este tipo de padecimientos, las cuales no solamente brindan el apoyo físico y emocional a su familiar sino que también lidian con el impacto negativo de la

estigmatización y la discriminación (Kapur, 1982) (Fadden, 1987) (Winefield, 1994). Se estima que en el año 1990 las enfermedades mentales y neurológicas contribuyeron con el 10% del total de los DALYs (Disability-Adjusted Life Years) perdidos debidos a todas las enfermedades y lesiones, cifra que se incrementó al 12% en el año 2000 y se estima que para el año 2020 será del 15%.

Los trastornos mentales y del comportamiento generan una disrupción masiva en la vida de quienes los padecen y sus familias. Dado que todo el espectro de infelicidad y sufrimiento que generan no es fácilmente medible, uno de los métodos utilizados para cuantificar su impacto son los instrumentos de calidad de vida (QOL). Las mediciones de calidad de vida utilizan puntajes subjetivos del individuo en una variedad de áreas con el objetivo de medir el impacto que los trastornos tienen en su vida (Orley, 1998). Varios estudios han reportado hallazgos respecto a la calidad de vida de los individuos con trastornos mentales y concluyen que el impacto negativo no solo es sustancial sino también sostenido (UK700 Group, 1999). Además se ha demostrado que la calidad de vida continúa siendo pobre incluso después de la recuperación de un trastorno mental como resultado de factores sociales que incluyen la estigmatización y la discriminación.

Los trastornos depresivos constituyen los trastornos mentales más frecuentes. Los pacientes que los padecen se caracterizan por presentar tristeza, pérdida del interés en sus actividades y disminución de la energía. Otros síntomas incluyen pensamientos inapropiados de culpa y minusvalía, pensamientos de muerte y suicidio, disminución en la concentración, así como alteraciones en el patrón de sueño y el apetito y en algunos casos síntomas somáticos variables. Aunque los síntomas depresivos son comunes en personas sanas, especialmente ante situaciones adversas de la vida, el diagnóstico de trastorno depresivo requiere que exista cierta intensidad en los síntomas y una presencia de estos durante la mayor parte del tiempo en un periodo de al menos dos semanas. La depresión puede ser de gravedad variable y puede tener cursos episódicos o recurrentes y crónicos.

La depresión unipolar contribuye de forma significativa a la carga global de la enfermedad en la sociedad y se sitúa en el cuarto lugar de la lista de todas las enfermedades, ocasionando el 4.4% del total de los DALYs y el 11.9% de todos los YLDs (Years Lost to Disability). Las estimaciones para los años por venir señalan un escenario poco alentador, ya que la depresión contribuirá para el año 2020 con el 5.7% de la carga global de la enfermedad y se convertirá en la segunda causa de DALYs perdidos. A nivel mundial ocupará el segundo lugar en la pérdida de DALYs para ambos

sexos, solamente precedida por la enfermedad isquémica coronaria. En los países desarrollados, la depresión será la enfermedad que encabece la lista de carga global de la enfermedad.

El trastorno depresivo afecta a las personas en cualquier etapa de su vida aunque su incidencia es mayor en adultos alrededor de los 40 años. Sin embargo, las tasas de incidencia en adolescentes y adultos jóvenes se han incrementado notablemente (Lewinsohn, 1993). Generalmente su curso es episódico y recurrente, con una duración por episodio variable entre varios meses y pocos años y un periodo libre de síntomas interepisódico. En aproximadamente el 20% de los casos la depresión sigue un curso crónico y continuo (Thornicroft, 1993), especialmente en pacientes que no reciben tratamiento adecuado o no reciben tratamiento alguno.

Es posible afirmar que el desenlace más trágico del trastorno depresivo es el suicidio. Aproximadamente el 15-20% de los pacientes con este trastorno se quitarán la vida a sí mismos, siendo un desenlace irrevocable pero potencialmente prevenible.

## **II. MARCO TEÓRICO**

### **a. La conducta suicida**

#### **1. Definición y Perspectiva histórica**

La Real Academia de la Lengua Española define el suicidio como el acto de quitarse a sí mismo la vida (RAE, 2001). El origen de la palabra proviene del término en latín "*suicidium*" que se compone del prefijo "*sui*", que significa suyo o propio y el término "*cidium*", que deriva del verbo "*caedere*", que significa matar, cortar o apuñalar. El suicidio es el resultado de un acto deliberadamente iniciado por una persona y llevado a cabo con la intención de quitarse la vida con el pleno conocimiento o expectación de su desenlace fatal. Constituye un fenómeno complejo que debe ser comprendido desde diversas perspectivas: social, biológica, psicológica, religiosa, filosófica e histórica.

En la Grecia antigua el suicidio se consideraba un acto indigno. Los restos mortales de una persona que se quitaba la vida no recibían el mismo trato que los de los demás ciudadanos. La vida se consideraba como un regalo otorgado por los dioses y la muerte sobrevinía solamente cuando la voluntad de los mismos así lo disponía. Entonces el suicidio era visto como una rebelión contra los

dioses y constituía una ofensa grave a los mismos. Estas ideas prevalecieron desde el siglo V a.C. Un siglo más tarde, Platón (427-347 a. C) era leal a las leyes de Atenas que no permitían el suicidio al considerarlo un acto erróneo e impropio. El hombre no solamente era considerado propiedad de los dioses sino que era su soldado y cometer suicidio equivalía a una desertión. En uno de sus escritos señala que la persona que ha cometido suicidio debía ser inhumada sin honores en un lugar solitario donde no se colocarían monumentos. En esa época no era infrecuente que los cadáveres de personas que morían por suicidio fueran quemados al aire libre. Estaba convencido de que había excepciones a la regla, por ejemplo personas que sufrían de terribles tormentos y pobreza extrema. Años después Aristóteles (384-322 a. C.) también condenaba el suicidio al señalar que era un pecado de debilidad contra los dioses. En la *Ética a Nicómaco* dedicó algunas páginas al tema. Pensaba que el suicida era un cobarde que huía de sus problemas, sobre todo, de la pobreza y del dolor. Quien se quitara la vida actuaba contra la ley, es decir, no tanto contra sí mismo sino contra la polis. Esa era la razón por la cual los suicidas perdían algunos de sus derechos civiles.

Alrededor del nacimiento de Cristo, en Grecia la escuela estoica se refería al suicidio como un acto honorable y apropiado en algunas situaciones, como por ejemplo cuando el acto suicida servía a otros, cuando el acto de suicidio evitaba que se cometiera un acto irresponsable, ilegal o inmoral, así como cuando la pobreza extrema, la enfermedad crónica o una enfermedad mental hacían a la muerte más atractiva que la vida. El intento de suicidio en cualquier otra circunstancia se consideraba en una ofensa que ameritaba un castigo. Para un soldado romano la pena podría ser la muerte, ya que el suicidio se equiparaba con la desertión y el castigo para la desertión era tal. Las propiedades de quien se suicidaba eran confiscadas por el Estado.

En la cultura judeocristiana el suicidio era un fenómeno poco común. El Antiguo Testamento señala a la vida como un don sagrado y consideraban que tres actos eran prohibidos para todos los judíos: 1) cometer asesinato, 2) negar a Dios y 3) realizar actos incestuosos. El suicidio se consideraba como una transgresión a la ley judía, sin embargo aquellos que cometían suicidio eran enterrados de acuerdo a los ritos acostumbrados.

En la era cristiana, el Nuevo Testamento describe uno de los suicidios más famosos de la historia: El caso de Judas Iscariote, quien después de traicionar a Cristo en el jardín de Getsemaní, se ahorcó a sí mismo. En la era cristiana temprana los casos de martirio eran frecuentes y muchos

veían el suicidio como una manera de acercarse a Dios y vivir con Él por siempre. En esa época existía un cierto pesimismo alrededor de la vida terrenal y la vida después de la muerte era sustancialmente más importante ya que era concebida como eterna.

Años más tarde, San Agustín ofreció cuatro argumentos para justificar la condena de la Iglesia hacia el suicidio: 1) El suicidio es un asesinato y nadie tiene derecho de matar a nadie, incluyendo a uno mismo. 2) Una persona que se quita la propia vida es un asesino y ha matado a un hombre. 3) Un alma noble y sincera procura aceptar el dolor y tratar de escapar del dolor es una señal de debilidad. 4) Una persona que comete suicidio muere como el peor de los pecadores, ya que no solamente se ha escapado por miedo, sino que también pierde la posibilidad de absolución, es decir, el perdón de los pecados.

Las actitudes que se han señalado desde la era cristiana permanecieron en la edad media. En el siglo XIII, Tomás de Aquino (1224-1274) expresó la visión cristiana de la época en la “Suma teológica”, escrito en el que desarrolla la llamada ley natural la cual se originaba de Dios pero también se basaba en razones humanas. El suicidio era equivocado en su visión debido a las siguientes razones: 1) Es antinatural. 2) Cada persona es miembro de una sociedad, por tanto el suicidio es un acto antisocial. 3) La vida era considerada un regalo de Dios y no podía ser depuesta por ningún hombre. En esta época Dante Alighieri en su “Divina Comedia” (1307), refleja las actitudes contemporáneas respecto suicidio. Dante viaja a través del infierno, el purgatorio y el paraíso y las personas que se habían quitado la vida eran condenadas al eterno castigo en la “Selva de los suicidas” en el séptimo infierno debajo de los heréticos y asesinos que penaban en el sexto infierno.

En el renacimiento ocurrieron cambios importantes en la percepción del suicidio. Las ideas de Lutero generaron un cambio desde el absolutismo hacia a los puntos de vista personales y las responsabilidades personales. Abrió la puerta para dudas en temas en los que antes solamente los absolutos habían sido percibidos. La percepción del suicidio en esa etapa era menos condenatoria en el estrato social más alto mientras que en el pueblo era algo fuertemente condenado.

En el siglo XVIII hubo una liberalización en las actitudes respecto al suicidio. Montesquieu (1689-1755) criticó la prevalente visión acerca del suicidio en su época al considerarlo desde el punto de vista de los sobrevivientes. Tanto Voltaire (1674-1770) como Rousseau (1712-1778) defendieron el derecho individual de cada quien de quitarse la vida, criticando así la actitud oficial acerca del

suicidio. Una de las publicaciones más importantes en esta época fue la del filósofo David Hume (1711-1776) con su “Ensayo sobre el suicidio” (1783). Este libro fue tan radical de acuerdo al pensamiento contemporáneo que pudo ser publicado hasta que murió el autor. Sostenía que se debía respetar el derecho del individuo de decidir sobre su propia vida en caso de dolor, enfermedad, pena o pobreza intolerables. Para él, el hombre no hacía nada malo al cometer suicidio, sin embargo dejaba de cometer actos buenos.

Merian en 1763 introdujo una importante y novedosa idea que podemos considerar la visión médica del suicidio. El subrayó que el suicidio no era un crimen sino una señal de enfermedad mental. Todos los suicidios se cometían en un estado mental alterado. Estas ideas finalmente ocasionaron que la Iglesia cambiara sus actitudes respecto al suicidio consumado, al concebirlo como consecuencia de una mente afectada por la enfermedad. En esta época prevaleció la idea de que el sufrimiento y el dolor eran experiencias valiosas y que el hombre podría convertirse en mejor persona al sufrir dificultades, tal como sostuvo Madame de Stäel (1766-1817) que el suicidio iba en contra de la dignidad moral del hombre porque remueve cualquier posibilidad de crecimiento futuro y desarrollo personal. El libro “Los sufrimientos del joven Werther” de Johann Wolfgang von Goethe se publicó en 1774 y generó en Europa una oleada de suicidios. Se trata de una historia de amor escrita mientras Goethe estaba enamorado de una mujer de 19 años llamada Charlotte Buff e influenciada por el suicidio de uno de sus más amigos más cercanos quien tristemente enamorado de una mujer casada se disparó a sí mismo.

Arthur Schopenhauer (1788-1860) emerge en el siglo XIX como un exponente líder de las actitudes hacia el suicidio, e incluso ha sido llamado el “vocero del suicidio”. Estaba fuertemente influenciado por la filosofía oriental, particularmente el budismo. De acuerdo a Schopenhauer, la vida no tiene más significado que el deseo ciego de existir. Toda la existencia es considerada realmente una miseria. Las cuestiones morales consisten en denegar la voluntad, lo cual se puede lograr con la abolición de todas las formas de ambición y la búsqueda de un estado similar al concepto budista en Nirvana. Sin embargo consideraba el suicidio como un error, un acto tonto porque no proveía de genuina liberación de los sufrimientos de la vida. Se oponía a considerar el suicidio un crimen o un pecado y creía que el hombre tenía derecho de quitarse la vida y por ello criticaba las sanciones señaladas por la Iglesia. En muchas maneras Schopenhauer anticipó las percepciones psiquiátricas modernas acerca del suicidio. Immanuel Kant (1724-1804) señaló que el hombre, como un ser racional se encuentra bajo el “imperativo categórico” que es

incondicionalmente válido: “Obra sólo de forma que puedas desear que la máxima de tu acción se convierta en una ley universal”. El suicidio no es aceptable basado en la visión moral de Kant.

En el siglo XIX el suicidio eventualmente se llegó a considerar más como una desgracia que como un pecado o un crimen. La desgracia primariamente reside sobre los sobrevivientes: la familia y los seres queridos. Nietzsche (1844-1900) creía que el individuo tenía el derecho moral por completo de quitarse la vida. En su libro “Así habló Zaratustra” utilizó la palabra “Fretoid” como un sinónimo de suicidio o de la muerte voluntaria.

La psiquiatría no vino ser considerada como una entidad científica y académica hasta el principio del siglo XIX cuando la enfermedad mental fue equiparable con otras enfermedades somáticas y es en este tiempo que encontramos por primera vez trabajos científicos acerca del suicidio. En 1838 los fundadores de las primeras escuelas psiquiátricas tales como Esquirol (1772-1840) argumentaban que virtualmente cualquiera que cometía suicidio padecía una enfermedad mental (“La maladie mentale”). En esta era los grandes padres de la psiquiatría tales como Wilhelm Griesinger (1817-1869) y Emil Kraepelin (1856-1926) mencionaban que aproximadamente el 30% de los pacientes suicidas mostraban síntomas abiertamente de locura.

Émile Durkheim (1858-1917) publicó en 1897 el libro "Le Suicide", el cual es uno de los libros más importantes sobre el tópico. Sostiene que hay cuatro tipos de suicidio, cada uno de los cuales en referencia a un desbalance particular entre el suicida y su grupo social: 1) El suicidio egoísta, que ocurre cuando el suicida ha vivido apartado de la comunidad. 2) El suicidio altruista, aquel que se caracteriza por el ofrecimiento de la vida por un beneficio mayor para la sociedad. 3) El suicidio anómico, en el cual el suicida sucumbe ante una sociedad sin normas. 4) El suicidio fatalista, que ocurre cuando el individuo se ha sometido por completo a un control rígido y disciplina. Durkheim consideraba que existía una clara relación entre el acto individual del suicidio y la sociedad en la que vive quien lo lleva a cabo. Entre mejor integrada se encuentra una persona en su sociedad, la mejor protección que tendrá contra los actos destructivos.

La filosofía existencial del siglo XX se opone en general al suicidio. Jean-Paul Sartre (1905-1980) señaló en el año de 1943: *“El suicidio no puede considerarse como un final de vida del cual yo sería el propio fundamento. Al ser un acto de mi vida, en efecto, requiere a su vez una significación que sólo el porvenir podría conferirle; pero, como es el último acto de mi vida, se niega a sí mismo ese porvenir, y queda así totalmente indeterminado. En efecto, si salvo la vida o si “fallo”, ¿no juzgaré*

*más tarde mi suicidio como una cobardía? ¿No podrá mostrarme el acontecimiento que eran posibles otras soluciones? Pero, como estas soluciones no pueden ser sino mis propios proyectos, sólo pueden aparecer si sigo viviendo. El suicidio es un absurdo que hace naufragar mi vida en el absurdo.”*

Albert Camus (1913-1969) consideraba el suicidio como el único problema genuino de la filosofía. En “El mito de Sísifo” publicado en 1942 declara: *“Tan solo existe un problema filosófico realmente serio: el suicidio. Juzgar que la vida vale o no vale la pena de que se la viva es dar respuesta a la principal pregunta de la filosofía. Si el mundo posee tres dimensiones, si el espíritu posee nueve o doce categorías, los demás vienen posteriormente. Se trata de juegos; previamente hay que responder. Así, considero que el sentido de la vida es la pregunta más apremiante”*.

## 2. Epidemiología del suicidio

### -Mundial

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud cada año se suicidan un millón de personas alrededor del mundo (OMS, 2002). En los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial y hoy en día es una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años en algunos países, y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años; y estas cifras no incluyen los tentativas de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado. La muerte auto infligida constituye el 1.5% de todas las muertes, y constituye la décima causa de muerte a nivel mundial. (Levi, 2003). Las tasas de suicidio varían de acuerdo a la región, sexo, edad, origen étnico y los protocolos de registro de mortalidad. En algunos países como China hasta el 15% de las muertes no se registran (Phillips, 2002), y los procedimientos para registrar las muertes distan mucho de ser uniformes.

La tasa global de mortalidad anual es de 14.5 por cada 100,000 habitantes, siendo de hasta 40/100,000 en países como Lituania y de 10/100,000 en Estados Unidos. Las tasas de suicidio varían sustancialmente entre regiones y países, por ejemplo, en Europa las tasas son mayores en países del norte en comparación con los países del sur. Más del 30% de los suicidios globalmente suceden en China, en donde el 3.6% de las muertes son por esta causa y son tres veces más altas en zonas rurales que en zonas urbanas (Phillips, 2002).

En países desarrollados, los hombres se suicidan 2-4 veces más que las mujeres. En países asiáticos, dicha razón es menos pronunciada y en algunos países como China se suicidan más mujeres que hombres. Las tasas de suicidio son generalmente más altas en adultos mayores, sin embargo en los últimos 50 años las tasas se han incrementado en población joven, particularmente en hombres (Wasserman, 2005) y han disminuido en adultos mayores (Pritchard, 2005). Las tasas de suicidio varían también según la estación del año, siendo mayores en primavera particularmente en hombres, aunque dicha asociación parece cambiar con el tiempo (Yip, 2000). Así mismo las tasas de suicidio son mayores en personas nacidas en primavera y verano, en especial mujeres (Salib, 2006).

Existen claros patrones étnicos en relación al suicidio. Las poblaciones hispánica y afroamericana presentan tasas más bajas que los europeos americanos (McKenzie, 2003). Existen diferencias también respecto a los métodos de suicidio utilizados en los distintos países, por ejemplo las mujeres del sur de Asia que deciden suicidarse, con frecuencia se auto incendian. Las poblaciones indígenas en varios países presentan tasas más elevadas en comparación con el resto de la población. Por ejemplo las tribus nativas en Estados Unidos, los Métis y los Inuit en Canadá, los aborígenes en Australia y los Maori en Nueva Zelanda (Fortune, 2007). Los factores que parecen influir en dicho fenómeno son la marginación, la desintegración de las redes de apoyo social y de los valores culturales, la privación socioeconómica y los trastornos relacionados al consumo de alcohol. Las tasas de suicidio son mayores en personas desempleadas (Platt, 2000), lo cual resulta de una asociación compleja, ya que la psicopatología es en sí misma un factor de riesgo para el desempleo. En la esfera laboral, existen algunos grupos con mayor riesgo de suicidio, entre los que destacan los médicos (más las mujeres) (Hawton, 2001) (Schernhammer, 2004), odontólogos, enfermeros, agricultores, veterinarios y farmacéuticos. Lo anterior se debe a que estos tienen acceso a diversos métodos para tal fin (Kelly, 1998). Las tasas de suicidio son mayores en prisioneros, particularmente en aquellos confinados a celdas unitarias, con antecedente de intentos suicidas o enfermedades mentales e historia de abuso de alcohol (Fazel, 2005) (Fazel, 2008). Las tasas de intento de suicidio son mayores en hombres y mujeres homosexuales y bisexuales, aunque no existe evidencia para suicidio consumado (King, 2008).

-México

Hoy en día se dispone de al menos tres grandes encuestas que permiten trazar un panorama más detallado de la prevalencia de conducta suicida en el país: La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina-Mora, 2003), la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente (Benjet, 2008) y la Encuesta Nacional de Adicciones (Consejo Nacional contra las adicciones, 2008). En un trabajo sin precedentes publicado en 2010 (Borges, 2010) se analizó la prevalencia de suicidios consumados y de conducta suicida en el país, otorgando así datos epidemiológicos comparables con los obtenidos en otras naciones.

En México durante el año 2007 se registraron 4,388 muertes por suicidio, con una tasa de 4.12 eventos por cada 100,00 habitantes en ese año. Entre 1970 y 2007 años la tasa de suicidios consumados se incrementó un 275%, particularmente en el grupo de edad comprendido entre los 15 y los 29 años de edad, en los que constituye la tercera causa de muerte. La diferencia entre sexos en la mortalidad por suicidio entre hombres y mujeres es de 5:1.

En el año de 1970 el suicidio era un problema frecuente en la población de mayor edad, sin embargo desde entonces hasta la fecha, al igual que en gran parte del mundo, se ha incrementado de forma importante en población joven, particularmente en el grupo de 15 a 29 años y se ha constituido como una de las primeras causas de muerte en este grupo de edad. Llama la atención que en el grupo etario de 14 a 19 años, el suicidio constituye la tercera causa de muerte en hombres y la segunda en mujeres y representa el 10.64% y el 18.11% del total de las muertes por esta causa, respectivamente. En el grupo de 20 a 24 años, el suicidio es la tercera causa de defunción en hombres y la segunda en mujeres y representa el 15.4% y el 17.3% del total de las muertes por esta causa, respectivamente. Entre aquellos de 25 a 29 años, el suicidio es la cuarta causa de muerte en hombres y la sexta en mujeres y representa el 13.7% y el 12.1% de las muertes por esta razón, respectivamente.

Respecto a los métodos utilizados, de los 4 388 suicidios que se consumaron y documentaron en el año 2007, la enorme mayoría se cometió por ahorcamiento (76%). Para las mujeres, la segunda causa fue por envenenamiento, mientras que para los hombres fue por uso de arma de fuego.

Respecto a la distribución geográfica de la conducta suicida en México, los datos de 1990 y 2007 sugieren dos áreas con mayor prevalencia de suicidios cometidos por hombres: una formada por

los estados del sureste (especialmente Tabasco, Campeche y Quintana Roo) y otra conformada por estados del norte del país (Baja California, Sonora y Chihuahua). En el caso de las mujeres, los estados del sureste de México (Campeche, Tabasco, Quintana Roo), así como Baja California Sur, Querétaro y Jalisco constituyen los de mayores prevalencias.

La prevalencia de conducta suicida alguna vez en la vida va disminuyendo al pasar de los años, siendo mayor en adolescentes de 12 a 17 años, menor en el grupo de 18 a 29 años y menor aún en el grupo de 30 a 65 años. La prevalencia del intento de suicidio alguna vez en la vida fue de 4.26% en el grupo de 12 a 17 años, 3.75% en el grupo de 18 a 29 años y finalmente de 2.61% en el grupo de 30 a 65 años. Tendencias similares se observan para la ideación y los planes suicidas.

El 10.01% de la población total de 12 a 17 años reportó ideación suicida en los últimos 12 meses, seguida de una prevalencia de 8.74% en el grupo de 18 a 29 años y de 8.39% en el grupo de 30 a 65 años. Las prevalencias en los últimos 12 meses disminuyen con la edad (excepto para los planes entre las mujeres y el total) y las prevalencias son mayores en las mujeres que en los hombres (alrededor de dos veces mayor para los intentos de suicidio). Para el total de la población, las prevalencias de intento de suicidio en los últimos 12 meses son de 1.09% para la población de 12 a 17 años, de 0.90% para la de 18 a 29 años y de 0.62% para la de 30 a 65 años.

En el contexto internacional México aún reporta una tasa de suicidios relativamente baja (<6.5 por cien mil habitantes), sin embargo llama la atención el incremento paulatino en los grupos más jóvenes. Muy pocos padecimientos presentan un crecimiento similar en el país, que afecte en tanta medida a las poblaciones jóvenes y que al mismo tiempo, haya sido objeto de tan poca atención de las autoridades sanitarias y políticas. Los niveles de conducta suicida en México son similares a los de otros países más desarrollados.

### 3. Consecuencias individuales y sociales de la conducta suicida

El impacto del suicidio a nivel social y familiar es inmensurable. En promedio un suicidio afecta directamente al menos a 6 personas, pero si un suicidio ocurre en una persona que trabaja o acude a un centro escolar, el impacto puede llegar a cientos de personas.

La carga de enfermedad que genera el suicidio se puede estimar en término de DALYs (Disability-Adjusted Life Years). De acuerdo a este indicador, el suicidio en 1998 fue responsable del 1.8% de la carga global de la enfermedad, variando entre el 2.3% en países desarrollados y 1.7% en países en vías de desarrollo. Esto equivale a la carga generada por las guerras o los homicidios, es casi el doble que la que genera la diabetes mellitus y es similar a la carga de la asfixia neonatal.

#### 4. Características de la conducta suicida

##### a. Tipos de conducta suicida

El suicidio se debe entender como un continuum que va desde la aparición de fantasías de muerte siguiendo con la ideación suicida que se va estructurando hasta llegar al intento de suicidio que puede terminar en la consumación del mismo. La ideación suicida constituye un fenómeno complejo en el cual interactúan factores biológicos, psicosociales y ambientales (Westefeld, 2000).

##### -Letalidad de la conducta suicida

Cuando una persona piensa en suicidarse, el acceso a diversos métodos determina en gran medida la posible letalidad del intento. En general los hombres eligen métodos más violentos que las mujeres como el ahorcamiento y las heridas por arma de fuego (Denning, 2000). La disponibilidad de ciertos métodos afecta directamente los patrones de conducta suicida. Por ejemplo en Estados Unidos, las armas de fuego se utilizan en la mayoría de los suicidios y el tener un arma en casa constituye un factor de riesgo importante (Brent, 2003). En países en vías de desarrollo, particularmente en las zonas rurales, el uso de pesticidas es el más frecuentemente utilizado como método de suicidio, lo cual refleja que su alta toxicidad, gran disponibilidad y deficientes sistemas de almacenamiento. Hasta el 30% de las muertes por suicidio a nivel mundial se deben a intoxicación con pesticidas (Gunnell, 2007).

##### - Contextos de la conducta suicida

El método clásico para conocer las características de las personas que mueren por suicidio ha sido la llamada autopsia psicológica, que incluye entrevistas con informantes clave y la revisión de registros oficiales (Hawton, 1998). Este abordaje ha demostrado la presencia de enfermedades psiquiátricas en aproximadamente el 90% de las personas que se suicidan y contribuye al 40-74%

del riesgo de la población de suicidarse (Cavanagh, 2003). Los trastornos afectivos encabezan la lista de los trastornos mentales en población suicida, seguido de los trastornos por abuso de sustancias (especialmente alcohol) y esquizofrenia. La comorbilidad entre dichos trastornos incrementa notablemente el riesgo (Cavanagh, 2003).

El riesgo de mortalidad por suicidio asociada a trastornos depresivos es varias veces mayor al de la población general (Harris, 1998). Más de la mitad de quienes se suicidan cumplen criterios para un episodio depresivo mayor al momento de cometerlo (Cavanagh, 2003). Aproximadamente el 4% de los individuos con trastorno depresivo mayor unipolar mueren por suicidio, pero el riesgo es mayor en hombres y en aquellos que han requerido hospitalización psiquiátrica por conducta suicida (Coryell, 2005). Los predictores clínicos de suicidio en pacientes con trastorno depresivo mayor incluyen también el antecedente de intentos previos, altos niveles de desesperanza y altas tendencias suicidas (Coryell, 2005). El suicidio en el trastorno depresivo mayor es más probable que ocurra en el primer episodio, lo cual parece estar relacionado con el abuso de etanol y los rasgos de personalidad (impulsividad y agresión). El efecto de los rasgos impulsivo-agresivos es mayor en pacientes niños y adolescentes y disminuye con la edad (McGirr, 2008).

Del 10 al 15% de los pacientes con trastorno bipolar se suicidan, con más frecuencia en etapas tempranas del trastorno (Goodwin, 2007). Los factores de riesgo en esta población incluyen antecedente de intentos previos, historia familiar de suicidio, inicio temprano y mayor severidad del trastorno, síntomas depresivos incluyendo desesperanza, episodios mixtos, cicladores rápidos, comorbilidades psiquiátricas y uso de alcohol y drogas (Hawton, 2005).

El riesgo de suicidio a lo largo de la vida de pacientes con esquizofrenia es del 4 al 5%, siendo mayor en etapas tempranas de la enfermedad (Palmer, 2005). Dicho riesgo se asocia en menor medida con los síntomas cardinales de la esquizofrenia como las alucinaciones y las ideas delirantes, y de forma más significativa con la coocurrencia de síntomas depresivos y síntomas afectivos específicos como la agitación, la pobre autoestima y la desesperanza. Otros factores incluyen antecedente de intentos de suicidio, abuso de alcohol o drogas, miedo a la desintegración mental, duelos y poca adherencia al tratamiento (Hawton, 2005).

Los trastornos por uso de alcohol, particularmente la dependencia, confieren un alto riesgo de suicidio. La gravedad del trastorno, la presencia de agresión, impulsividad y desesperanza parecen

incrementar dicho riesgo. Los factores precipitantes son los trastornos depresivos y eventos adversos en la vida, particularmente la disrupción de relaciones interpersonales (Conner, 2004).

El suicidio es una causa de muerte frecuente en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, particularmente con anorexia nervosa (Bridge, 2006). El riesgo de suicidio se encuentra incrementado en el trastorno adaptivo (Harris, 1997) y los trastornos de ansiedad como el trastorno de angustia (Khan, 2002). Los hallazgos en pacientes con trastorno por estrés postraumático no son concluyentes (Zivin, 2007). El trastorno por déficit de atención e hiperactividad incrementa el riesgo de suicidio debido a las altas comorbilidades con trastorno disocial y trastorno depresivo mayor (James, 2004). Entre el 30 y el 40% de las personas que mueren por suicidio padecieron trastornos de personalidad (Foster, 1997) (Duberstein, 1997), principalmente trastornos límite y antisocial (Duberstein, 1997) (Lieb, 2004). Sin embargo prácticamente la totalidad de las personas con trastornos de personalidad que mueren por suicidio, presentan comorbilidad con trastornos afectivos de tipo depresivo, trastornos por abuso de sustancias o ambas (Foster, 1997) (Duberstein, 1997).

Aproximadamente el 10% de las personas que mueren por suicidio no tienen trastornos psiquiátricos aparentes, sin embargo posterior a la realización de una autopsia psicológica se encuentra que la gran mayoría de ellos presentaba síntomas de psicopatología y personalidad similares a quienes mueren por suicidio con un diagnóstico psiquiátrico establecido (Ernst, 2004) (Harwood, 2006).

#### -Factores de riesgo

Los factores que contribuyen a la conducta suicida son variables y nunca únicos. Dichos factores se pueden dividir en aquellos dependientes de rasgo o de estado, o como proximales y distales (Tabla A).

Factores proximales	Factores distales
Enfermedades psiquiátricas	Carga genética
Enfermedades médicas	Rasgos de personalidad (impulsividad, agresividad)
Crisis psicosocial	Restricción al crecimiento intrauterino y eventos perinatales
Disponibilidad de medios	Eventos traumáticos tempranos
Exposición a modelos	Alteraciones neurobiológicas (disfunción serotoninérgica y alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal)

Tabla A. Factores implicados en la conducta suicida

La relación entre los factores de riesgo puede ser explicada por modelos explicativos de suicidio tales como el modelo de diátesis de estrés (Figura A). Las crisis psicosociales agudas y las enfermedades psiquiátricas constituyen los estresores proximales que desencadenan la conducta suicida, mientras que la desesperanza, el pesimismo, la agresión y la impulsividad son componentes de la diátesis para la conducta suicida (Mann, 2003). Los factores familiares o genéticos, así como otros factores como la concentración de colesterol influyen en la diátesis (Mann, 2003). El modelo de diátesis de estrés es compatible con los modelos de interacción gen-ambiente (Caspi, 2003), aunque aún no se cuenta con estudios prospectivos que permitan conocer su valor predictivo.

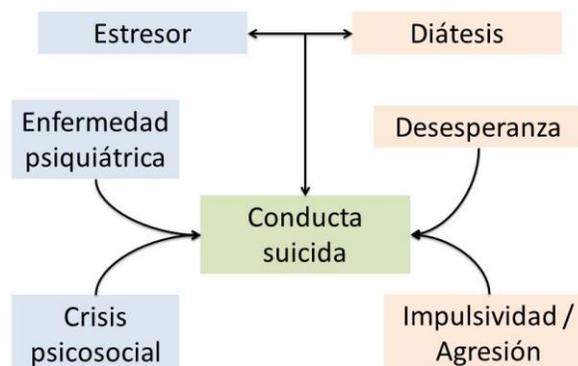


Figura A - Modelo de diátesis de estrés

Dentro de los factores psicosociales asociados al riesgo suicida se encuentran los síntomas depresivos, las ideas de desesperanza, pensamientos de indefensión, baja autoestima y pobres habilidades de afrontamiento. En la esfera cognitiva las personas con ideación suicida presentan un locus de control externo, menores habilidades en la búsqueda de solución de problemas, dificultades en la capacidad de recuperar recuerdos positivos en la memoria autobiográfica y actitudes diferentes ante la vida y la muerte (Britton, 2008) (Dogra, 2011) (Edwards, 2003) (Gutierrez, 2002) (Wang, 2007) (Westefeld, 2000).

## **b. Estrategias de estudio del suicidio**

### **1. Abordaje neurobiológico**

Se ha sugerido la participación de los sistemas neurobiológicos en la fisiopatología del suicidio. En varios estudios post mortem ha sido demostrada la alteración en diversas vías de neurotransmisión central, particularmente a nivel de la transmisión serotoninérgica y noradrenérgica y en la transducción de señales postsinápticas. En estudios inmunocitoquímicos e inmunoautoradiográficos cuantitativos del núcleo dorsal del rafe, cuyas proyecciones se dirigen principalmente hacia la corteza cerebral y el hipocampo, se ha demostrado mayor cantidad y densidad de neuronas inmunoreactivas a hidroxilasa de triptofano en sujetos con trastorno depresivo mayor (Underwood, 1999), en pacientes con suicidio consumado y depresión (Boldrini, 2005) y pacientes con dependencia a etanol y depresión (Bonkale, 2004) en comparación con sujetos control. Un estudio demostró un incremento en la expresión de RNA mensajero de hidroxilasa de triptofano 2 en el núcleo dorsal del rafe de víctimas de suicidio en comparación con sujetos control (Bach-Mizrachi, 2006). Otros estudios han sugerido que alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal pueden predecir la presencia de suicidio, tenga el sujeto o no intentos previos (Coryell, 2001), así como la asociación entre bajas concentraciones de colesterol sérico y el suicidio consumado (Partonen, 1999).

La historia familiar de suicidio duplica el riesgo, particularmente en mujeres, independientemente de sus otros antecedentes heredofamiliares psiquiátricos (Qin, 2003). Las tasas de concordancia de suicidio entre gemelos monocigóticos son mayores que en gemelos dicigóticos (Bondy, 2006). Los factores genéticos son responsables de hasta el 45% de la varianza en pensamientos y

conductas suicidas y los genes candidatos incluyen aquellos que codifican para la enzima triptofano hidroxilasa y el transportador de serotonina, entre muchos otros (Bondy, 2006).

## 2. Abordaje clínico

La evaluación del riesgo suicida es una de las tareas más importante y compleja a las que debe de enfrentarse cualquier clínico (APA, 2003). La utilización de escalas psicométricas para la evaluación del comportamiento suicida aún no se ha incorporado de modo rutinario a la práctica clínica cotidiana (Bech y Awata, 2009). En la reciente edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) se recomienda evaluar como eje independiente la presencia o ausencia de riesgo autolítico (APA, 2013). La Organización Mundial de la Salud, a través de su edición de sus Guías para Atención Primaria (CIE-10-AP, 1996), realiza las siguientes recomendaciones para la evaluación del riesgo suicida:

-Evaluación del riesgo de suicidio en el futuro inmediato:

1. Ideación suicida, esporádica o persistente.
2. Determinación.- Evaluar si el suicidio es visto como una posibilidad o como una decisión firme.
3. Plan suicida.- Nivel de elaboración y la disponibilidad de medios.
4. Red de apoyo.- Tanto familiar como social.
5. Consumo de alcohol y otras sustancias.
6. Dificultades sociales.- Marginación, desempleo o falta de expectativas.

-Evaluación del paciente con un intento suicida reciente:

1. Letalidad del método elegido.
2. Grado de convicción sobre la eficacia del método elegido.
3. Posibilidad de ser elegido.
4. Grado de alivio al ser salvado.
5. Propósito del intento suicida.- Manipulación o muerte.
6. Grado de planificación
7. Evaluación de la situación psicológica o vital que desencadenó el comportamiento suicida.

Existen múltiples instrumentos que han sido diseñados para la evaluación de aspectos directa o indirectamente relacionados con los comportamientos suicidas, los cuales se describen a continuación.

-Escala no específicas de suicidio

1. MINI (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional) (Sheehan, 1997)

Es una entrevista diagnóstica estructurada que explora, con fines de detección u orientación diagnóstica, los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Se divide en módulos identificados por letras y cada uno de ellos corresponde a una categoría diagnóstica. En el módulo C se evalúa el riesgo suicida actual. Consta de 6 preguntas dicotómicas (Si/No); cinco de ellas hacen referencia al “último mes” y la sexta a “toda la vida”. Es un instrumento heteroaplicado que proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones parciales de cada ítem, que puede oscilar entre 0 y 3. Se considera un riesgo bajo si el puntaje oscila entre 1-5 puntos, riesgo moderado si oscila entre 6-9 puntos y riesgo alto si es mayor o igual a 10 puntos.

2. Escala de Hamilton para la depresión (HDRS) (Hamilton, 1960)

Es un instrumento heteroaplicado que consta de 17 ítems que evalúan el perfil sintomático y la gravedad del cuadro depresivo. El ítem 3 evalúa el riesgo suicida en el momento actual. Su puntuación oscila entre 0 (sin riesgo) y 4 (presencia de tentativa suicida). No existe una corrección específica de este ítem ya que su puntuación se integra al puntaje total de la prueba. Sin embargo los puntajes otorgados por el mismo son:

- Ausente: 0 puntos.
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida: 1 punto.
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir: 2 puntos.
- Ideas de suicidio o amenazas: 3 puntos.
- Intentos de suicidio: 4 puntos.

Esta escala tiene una confiabilidad inter observador con un coeficiente de 0.92. La validez predictiva de su ítem de suicidio ha mostrado que un valor de 2 o mayor tiene 4.9 (IC 2.7-9.0) más probabilidades de cometer suicidio que alguien con puntuación menor a 2 (Brown, 2004).

### 3. Escala de depresión de Montgomery Åsberg (MADRS) (Montgomery, 1979)

Es un instrumento heteroaplicado que consta de 10 ítems que evalúan el perfil sintomático y la gravedad del cuadro depresivo. En el ítem 10 se evalúa el riesgo suicida actual y su puntuación oscila entre 1 y 6 puntos. No existe una corrección específica de este ítem ya que su puntuación se integra al puntaje total de la prueba. Sin embargo los puntajes otorgados por el mismo son:

- Se alegra de vivir, toma la vida como viene: 0 puntos.
- Cansado de vivir, ideas suicidas fugaces: 2 puntos.
- Manifiesta deseos de muerte, ideas suicidas frecuentes. No existen planes: 4 puntos.
- Planes explícitos de suicidio, activa preparación para el suicidio: 6 puntos.

-Escala específica de valoración de la conducta suicida

#### 1. Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI) (Beck, 1979)

Es una escala heteroaplicada que mide la intensidad de los deseos de vivir y de morir, así como otros factores como la letalidad del método considerado, sensación de control sobre la acción o el deseo y la presencia de disuasorios. Es una escala semiestructurada tipo Likert que consta de 19 ítems que se valoran en una escala de 3 puntos (0, 1, 2). Los diferentes ítems se agrupan en 4 categorías: actitud hacia la vida y hacia la muerte (ítems 1 a 5), características de la ideación suicida (ítems 6 a 11), características del intento (ítems 12 a 15) y actualización de la tentativa (ítems 16 a 19). La puntuación total oscila entre 0 y 38 puntos, traduciendo a mayor puntaje un mayor riesgo de suicidio. No se establecen puntos de corte. Tiene una confiabilidad inter observador adecuada y una consistencia interna alta (alfa de Cronbach de 0.89).

#### 2. Escala SAD PERSONS (Patterson, 1983)

Es una escala diseñada para evaluar riesgo de conducta suicida en relación a factores de riesgo clínicos y sociodemográficos como sexo, edad, depresión, tentativas previas, abuso de alcohol, pérdida de pensamiento racional, apoyo social, plan suicida, ausencia de pareja y enfermedad física. Consta de 10 ítems de respuesta dicotómica (Si/No), otorgando cada respuesta afirmativa 1 punto para un total máximo posible de 10 puntos. Los puntos de corte propuestos son:

- Riesgo Bajo: 0 a 2 puntos.
- Riesgo Moderado: 3 a 4 puntos. Indicativo de seguimiento frecuente.

- Riesgo Alto: 5 a 6 puntos. Indicativo de considerar hospitalización.
- Riesgo muy alto: mayor a 7 puntos. Indicativo de hospitalización.

### 3. Escala de riesgo suicida de Plutchik (RS) (Plutchik, 1989)

Es una escala auto aplicable diseñada para medir riesgo suicida que consta de 15 ítems en los que el sujeto en estudio debe responder afirmativa o negativamente. Incluye dentro de las preguntas factores como conductas autolesivas previas, intensidad de la ideación suicida actual, síntomas de depresión y otros aspectos relacionados con tentativas. Cada respuesta afirmativa suma 1 punto y cada respuesta negativa 0 puntos. Se trata de una escala ordinal y la puntuación total está dada por la suma del puntaje y oscila entre 0 y 15. En la versión en español, los autores proponen un punto de corte de 6 puntos.

### 4. Escala de riesgo suicida de Sentíes-Zamudio (Zamudio, 2009)

Es un instrumento hetero aplicable que tiene el objetivo de determinar la presencia o ausencia de las principales variables de riesgo asociadas al intento de suicidio y suicidio consumado. Está compuesta de 10 ítems, los cuales se marcan como presentes o ausente. Se establecen como puntos de corte 0-3 puntos para riesgo suicida leve, de 4-7 puntos para riesgo suicida moderado y más de 7 puntos para riesgo elevado.

-Escala de evaluación de los actos suicidas

### 1. Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SIS) (Beck, 1974a)

Es una escala heteroaplicada diseñada para evaluar las características de la tentativa suicida, tales como las circunstancias en la que se llevó a cabo, la actitud hacia la vida y la muerte, los pensamientos y conductas previos, durante y posteriores al intento y el consumo de alcohol y otras sustancias asociado. Es una escala semiestructurada que consta de 20 ítems que valoran en una escala tipo Likert de 3 puntos (0, 1, 2) y consta de tres partes bien diferenciadas:

- Parte objetiva.- Circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio (ítems 1 a 8).
- Parte subjetiva.- Expectativas durante la tentativa suicida (ítems 9 a 15).
- Otros aspectos. (ítems 16 a 20)

Proporciona una valoración sobre la gravedad del intento de suicidio. La puntuación total se obtiene sumando los puntajes de los ítems 1 a 15, los últimos 5 ítems no puntúan. No existen puntos de corte propuestos, a mayor puntuación, mayor gravedad.

Existen dos propuestas de sub escalas para valorar la impulsividad del intento:

- a) Propuesta de Brown y colaboradores (Brown, 1991): suma de los ítems 6 (preparación activa) y 15 (grado de premeditación). Propone como puntos de corte los siguientes:
  - 0 puntos: Impulsivo.
  - 1-2 puntos: Intermedio.
  - 3-4 puntos: Planeado.
- b) Propuesta de Díaz y colaboradores (Díaz, 2003): suma de los ítems 1 (aislamiento), 2 (medición del tiempo), 3 (precauciones), 5 (actos finales), 6 (preparación activa), 7 (nota suicida), 8 (comunicación verbal) y 15 (grado de premeditación). Propone los siguientes puntos de corte:
  - 0-5 puntos: Impulsivo.
  - Más de 5 puntos: Planeado.

Escalas para la evaluación de constructos relacionados con el suicidio

#### 1. Escala de desesperanza de Beck (HS) (Beck, 1974b)

Es una escala auto aplicable diseñada para evaluar desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que tiene el individuo sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para sortear las dificultades y conseguir el éxito en su vida. Las puntuaciones obtenidas constituyen un predictor útil de posible comportamiento suicida. Consta de 20 ítems que se responden de forma dicotómica como verdadero o falso. El puntaje se obtiene de la suma de 1 punto por cada ítem contestado como verdadero de los ítems 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20 y como falsos 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 y 19. Proporciona una puntuación total y una puntuación en tres subescalas: factor afectivo (sentimientos sobre el futuro), factor motivacional (pérdida de la motivación) y factor cognitivo (expectativas sobre el futuro). La puntuación total se obtiene de la suma de todos los ítems, con un valor entre 0 y 20 puntos.

- La puntuación en el factor afectivo se obtiene de la suma de los ítems 1, 6, 13, 15 y 19, con un valor que oscila entre 0 y 5 puntos.
- La puntuación en el factor motivacional se obtiene de la suma de los ítems 2, 3, 9, 11, 12, 16, 17 y 20, con un valor que oscila entre 0 y 8 puntos.
- La puntuación en el factor cognitivo se obtiene de la suma de los ítems 4, 7, 8, 14 y 18, con un valor que oscila entre 0 y 5 puntos.

Para el puntaje total se sugieren los siguientes puntos de corte:

- 0-3 puntos: Ningún riesgo o mínimo de cometer suicidio.
- 4-8 puntos: Bajo riesgo.
- 9-14 puntos: Riesgo moderado.
- 15-20 puntos: Riesgo alto.

Algunos otros instrumentos de utilidad en la valoración clínica de un paciente suicida son: La Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11), Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI), Historia de Agresión de Brown-Goodwin (BGLHA) y la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Burgha (LTE).

### **c. La escala Razones para Vivir (RFL)**

#### 1. Desarrollo

Marsha Linehan y colaboradores crearon en 1983 un instrumento para valorar el riesgo suicida bajo la hipótesis de que lo que distingue a los individuos suicidas de los no suicidas es el sistema de creencias que los motiva a vivir. Para ello crearon el inventario Razones para Vivir (RFL), el cual está conformado por 48 ítems que evalúan las creencias para no cometer suicidio. Estas creencias se organizan en 6 sub escalas:

1. Creencias de supervivencia y afrontamiento.
2. Creencias de responsabilidad familiar.
3. Preocupaciones concernientes a los hijos.
4. Miedo al suicidio.
5. Miedo a la desaprobación social.

## 6. Objeciones morales.

En el estudio original (Linehan, 1983) aplicaron el instrumento a 197 individuos en población abierta en un centro comercial y a 175 pacientes hospitalizados en centros psiquiátricos. Se dividieron ambos grupos en personas con antecedente de conducta suicida (ideación, conductas para suicidas) y aquellos sin ese antecedente. Realizaron análisis multivariados de varianza y observaron que el instrumento RFL permitía diferenciar a personas con conducta suicida en ambos grupos. Adicionalmente, en la muestra comunitaria observaron que la sub escala “Miedo al suicidio” diferenciaba a aquellos con antecedente de ideación suicida o conductas para suicidas. En la muestra clínica, la sub escala “Preocupaciones concernientes a los hijos” diferenció entre pacientes con ideación actual y aquellos con conducta para suicida actual. En ambas muestras, las sub escalas “Creencias de supervivencia y afrontamiento”, “Creencias de responsabilidad familiar” y “Preocupaciones concernientes a los hijos” fueron las de mayor utilidad para diferenciar ambos grupos.

## 2. Propiedades psicométricas

Desde su creación, el RFL demostró gran utilidad en la valoración del riesgo suicida y los estudios previos que han valorado sus propiedades psicométricas han demostrado altos niveles de consistencia interna y validez de constructo en adolescentes delincuentes, adolescentes sanos y adultos con trastornos psiquiátricos. Así mismo el RFL ha demostrado validez divergente con otras medidas del comportamiento e ideación suicida, depresión y desesperanza (Linehan, 1983) (Gutiérrez, 2002) (Westfield, 2002).

## 3. Estudios de validación en diferentes poblaciones

Oquendo et al (Oquendo, 2000) adaptaron la escala RFL al español en población latina norteamericana. Evaluaron la estructura factorial, confiabilidad, validez de contenido y de constructo en una muestra de individuos con intento de suicidio. Esta versión mostró adecuadas propiedades psicométricas, una estructura factorial de 6 dimensiones y una elevada consistencia interna y temporal. Asimismo, se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones del

RFL entre individuos con riesgo de suicidio alto y bajo, definido clínicamente. De forma similar se validó el instrumento con personas con conducta suicida en Colombia obteniéndose resultados similares (Valencia, 2009).

### **III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La mayor parte de la investigación se ha concentrado en el estudio de los factores de riesgo que predisponen a la conducta suicida y muy poco se ha estudiado sobre los recursos adaptativos presentes en las personas no suicidas (Wang, 2007). Osman et al (Osman, 1998) consideran que una valoración centrada únicamente de los factores de riesgo es incompleta y que hace falta estudiar los factores protectores de forma simultánea.

Uno de los factores protectores más importantes contra los pensamientos y acciones suicidas son las creencias que tienen las personas que prefieren vivir a cometer suicidio cuando enfrentan situaciones adversas en la vida. Linehan, Goodstein, Nielsen y Chiles (Linehan, 1983) han demostrado que las creencias y expectativas asociadas a la vida pueden mitigar la inclinación a la conducta suicida, ya que aquellas personas con fuertes razones para vivir son más capaces de soportar el estrés y la desesperanza y no considerar el suicidio como opción. Por el contrario, aquellos que recurren al suicidio generalmente carecen de creencias positivas o altas expectativas por la vida y tienen menos preocupaciones sobre las consecuencias de su potencial suicidio en su entorno social y familiar.

El inventario Reasons for Living (RFL) no ha sido validado en población mexicana y se desconoce si los puntajes obtenidos en dicho instrumento se asocian a variables sociodemográficas, clínicas y clinimétricas de pacientes con conducta suicida atendidos en un servicio de urgencias psiquiátricas.

### **IV. JUSTIFICACIÓN**

En la evaluación integral de las personas con conducta suicida no deben dejarse de lado las creencias y expectativas asociadas a la vida pueden mitigar la inclinación a la misma, por lo que contar con un instrumento de estas características complementa la gama de instrumentos

existentes. Su aplicación permitirá al clínico que atiende a población con pensamientos o intentos de suicidio conocer una serie de factores protectores contra el mismo, con lo cual le permitirá identificar potenciales áreas de intervención terapéutica.

Dado que ha sido demostrado que las personas con conducta suicida difieren de aquellos sin estas conductas en las creencias y expectativas acerca de la vida, resulta necesaria la validación del Inventario Razones para Vivir en población mexicana. Mediante su aplicación en una muestra significativa de pacientes con y sin conducta suicida será posible evaluar su potencial asociación con decenas de variables sociodemográficas, clínicas y clinimétricas y de esta manera conocer si existen patrones o subgrupos en dicha población.

No se debe dejar de lado que el suicidio es un problema de salud pública que crece a un ritmo acelerado a nivel mundial, por lo que la investigación sobre este tema adquiere suma importancia en aras de la implementación de mejores estrategias de prevención, políticas públicas y estrategias terapéuticas dirigidas a mitigar el impacto personal, familiar y social del mismo.

## **V. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son las propiedades psicométricas del Inventario Razones para Vivir (RFL) en una población clínica de pacientes con y sin fenómeno suicida usuarios del servicio de Atención Psiquiátrica Continua y cuál es su asociación con variables sociodemográficas, clínicas y clinimétricas?

## **VI. HIPÓTESIS**

El Inventario Razones para Vivir (RFL) mostrará adecuada validez y confiabilidad y sus puntajes serán significativamente distintos entre sujetos con y sin fenómeno suicida.

## **VII. OBJETIVOS**

### **General:**

Determinar la confiabilidad y la validez del Inventario Razones para Vivir (RFL) en población clínica de pacientes con y sin conducta suicida usuarios del servicio de Atención Psiquiátrica Continua.

### **Específicos:**

1. Determinar las variables sociodemográficas y clínicas de una muestra de usuarios del servicio de Atención Psiquiátrica Continua.
2. Determinar la puntuación del Inventario Razones para Vivir (RFL) y en otros instrumentos de depresión, desesperanza y riesgo suicida.
3. Identificar los distintos subgrupos de pacientes según la presencia o ausencia de fenómeno suicida y su gravedad.
4. Comparar los puntajes obtenidos en el Inventario Razones para Vivir (RFL) con las variables clínicas, sociodemográficas y clinimétricas de dichos subgrupos.
5. Determinar la asociación entre los puntajes obtenidos en el Inventario Razones para Vivir (RFL) y los puntajes obtenidos en determinados instrumentos clinimétricos de depresión, desesperanza y riesgo suicida.

## **VIII. METODOLOGÍA**

### **a. Diseño**

Se trata de un estudio observacional, transversal, prolectivo, descriptivo y comparativo, según la clasificación de Feinstein (Feinstein, 1985).

### **b. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación**

1. Criterios de Inclusión
  - a) Hombres y mujeres.
  - b) Edad entre 18 y 75 años.
  - c) Usuarios del servicio de Atención Psiquiátrica Continua del Instituto Nacional de Psiquiatría.
  - d) Que aceptaron participar voluntariamente en el estudio.
  - e) Que acudieron al servicio acompañados por un familiar responsable.
  - f) Que firmaron el consentimiento informado al igual que el familiar responsable.
2. Criterios de Exclusión
  - a) Menores de 18 años o mayores de 75 años.
  - b) Pacientes con síntomas psicóticos, discapacidad intelectual o síndrome demencial.

- c) Usuarios ajenos al servicio de Atención Psiquiátrica Continua del Instituto Nacional de Psiquiatría.
- d) Que no aceptaron participar en el estudio o que no firmen el consentimiento informado.

**c. Instrumentos Clinimétricos**

Se aplicaron los siguientes instrumentos clinimétricos (descritos anteriormente) a todos los sujetos enrolados en el estudio:

- Razones para vivir (Reasons for Living o RFL) versión traducida al español por Oquendo y colaboradores (Oquendo, 2000).
- Escala de depresión de Hamilton.
- Inventario de depresión de Beck.
- Escala de riesgo suicida SAD PERSONS.
- Escala de riesgo suicida de Plutchik.
- Escala de riesgo suicida de Sentíes-Zamudio.
- Escala de desesperanza de Beck.

En aquellos pacientes que tuvieron ideación suicida al momento de la valoración se aplicó adicionalmente:

- Escala de ideación suicida de Beck.

En aquellos participantes que además habían realizado un intento suicida se aplicó adicionalmente:

- Escala de intencionalidad suicida de Beck.

**d. Variables**

1. Variables sociodemográficas

<b>Variable</b>	<b>Categorización</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Unidad</b>
<b>Registro</b>	Cualitativa nominal	Número de expediente otorgado	Sin unidad

		por el hospital	
<b>Edad</b>	Cuantitativa discreta	Años desde el nacimiento del paciente	Años
<b>Sexo</b>	Cualitativa nominal dicotómica	Sexo del paciente	Masculino o femenino
<b>Estado Civil</b>	Cualitativa nominal politómica	Compromisos conyugales	Soltero, casado, unión libre, viudo o divorciado.
<b>Número de hijos</b>	Cuantitativa discreta	Número de hijos del paciente	Sin unidad
<b>Ocupación</b>	Cualitativa nominal politómica	Trabajo desempeñado predominantemente	Ej. Médico
<b>Ingreso familiar</b>	Cuantitativa continua	Cantidad de dinero que ingresa cada mes la familia del paciente	Pesos (MXN)
<b>Religión</b>	Cualitativa nominal politómica	Rito religioso que profesa.	Ej. Católica
<b>Lugar de nacimiento</b>	Cualitativa nominal politómica	Estado de la república en donde nació	Ej. México, D.F
<b>Lugar de residencia</b>	Cualitativa nominal politómica	Estado de la república en donde reside actualmente	Ej. México, D.F

## 2. Variables clínicas

<b>Variable</b>	<b>Categorización</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Unidad</b>
<b>Ideación suicida anterior</b>	Cualitativa nominal dicotómica	Presencia de ideación suicida previamente	Sin unidad. Sí o No
<b>Intentos de suicidio</b>	Cualitativa nominal	Presencia de intentos	Sin unidad. Sí o No

<b>previos</b>	dicotómica	de suicidio previos	
<b>Número de intentos de suicidio previos</b>	Cuantitativa discreta	Cantidad de veces que ha intentado quitarse la vida	Sin unidad
<b>Edad del primer intento suicida</b>	Cuantitativa discreta	Edad a la que atentó por primera vez contra su vida	Años
<b>Número de hospitalizaciones psiquiátricas previas</b>	Cuantitativa discreta	Número de veces que ha sido ingresado para tratamiento psiquiátrico	Sin unidad
<b>Uso o abuso de sustancias psicoactivas</b>	Cualitativa nominal	Consumo actual de sustancias psicoactivas	Ej. Uso de etanol
<b>Ideación suicida actual</b>	Cualitativa nominal dicotómica	Presencia de planes de suicidio actuales	Sin unidad. Sí o No
<b>Intento de suicidio actual</b>	Cualitativa nominal dicotómica	Presencia de intentos suicidas en el último mes	Sin unidad. Sí o No
<b>Método del intento suicida</b>	Cualitativa nominal	Tipo de medios utilizados en el intento suicida	Ej. Ahorcamiento.
<b>Letalidad del intento suicida</b>	Cualitativa ordinal	Grado de mortalidad asociado al método elegido	Baja, moderada y alta letalidad
<b>Estresor detonante</b>	Cualitativa nominal	Eventos adversos en la vida del paciente asociados a la conducta suicida	Ej. Pérdida de pareja
<b>Diagnóstico en eje I</b>	Cualitativa nominal	Diagnóstico en eje I con criterios del DSM-	Ej. Trastorno depresivo mayor

		IV	
<b>Diagnóstico en eje II</b>	Cualitativa nominal	Diagnóstico en eje II con criterios del DSM-IV	Ej. Trastorno límite de la personalidad
<b>Carta suicida</b>	Cualitativa nominal dicotómica	Presencia de carta póstuma	Sin unidad. Sí o No

### 3. Variables clinimétricas

<b>Variable</b>	<b>Categorización</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Unidad</b>
<b>Puntaje en escala Razones para vivir (RFL) y en sus subescalas:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Creencias de supervivencia y fortaleza.</li> <li>2. Creencias de responsabilidad familiar.</li> <li>3. Preocupaciones concernientes a los hijos.</li> <li>4. Miedo al suicidio</li> <li>5. Miedo a la desaprobación social.</li> <li>6. Objeciones morales.</li> </ol>	Cuantitativa discreta	N/A	Puntos
<b>Puntaje en la escala de</b>	Cuantitativa discreta	N/A	Puntos

<b>Hamilton de depresión</b>			
<b>Puntaje en la escala de depresión de Beck</b>	Cuantitativa discreta	N/A	Puntos
<b>Puntaje en la escala de ideación suicida de Beck y sus sub escalas:</b> 1. Actitud hacia la vida y la muerte. 2. Características de la ideación suicida. 3. Características del intento. 4. Actualización de la tentativa.	Cuantitativa discreta	N/A	Puntos
<b>Puntaje en la escala de riesgo suicida SAD PERSONS</b>	Cuantitativa discreta	N/A	Puntos
<b>Puntaje en la escala de riesgo suicida de Plutchik</b>	Cuantitativa discreta	N/A	Puntos
<b>Puntaje en la escala de riesgo suicida de Senties-Zamudio</b>	Cuantitativa discreta	N/A	Puntos
<b>Puntaje en la escala de desesperanza de Beck</b>	Cuantitativa discreta	N/A	Puntos
<b>Puntaje en la escala de Intencionalidad suicida de Beck y sus sub escalas para medir impulsividad:</b> 1. Propuesta de Brown 2. Propuesta de Díaz	Cuantitativa discreta	N/A	Puntos

#### **e. Material**

##### **-Recursos Humanos**

El investigador principal fue un médico residente de la especialidad de psiquiatría del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, quien realizó una entrevista personalmente a cada uno de los participantes en la que recopiló sus datos sociodemográficos en un formato previamente diseñado para tal fin y además aplicó los distintos instrumentos clinimétricos (véase anteriormente)

##### **-Recursos Materiales**

Se requirió del uso de un consultorio del servicio de APC en donde se realizó la entrevista clínica y el paciente contestó los instrumentos auto-aplicables. Se integró un expediente por cada participante del estudio que incluyó una hoja con los datos sociodemográficos, los instrumentos clinimétricos aplicados y la hoja de consentimiento informado firmado. Los expedientes fueron almacenados en un sitio al que solamente tuvo acceso el investigador principal, por lo que se resguardó la privacidad y confidencialidad de la información en todo momento. El asentamiento de datos se llevó a cabo en la computadora personal del investigador principal. Los gastos económicos derivados de la impresión de la papelería y el almacén de la información fueron provistos por el investigador principal.

#### **f. Tiempos de Investigación**

El presente protocolo se sometió a dictamen del Comité de Tesis y del Comité de Ética de la Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Una vez aprobado por ambos comités se inició la fase de campo, misma que se estimó con una duración de 6 meses. Finalmente se realizó la fase de obtención de resultados y análisis estadístico por un periodo de 3 meses más.

## **IX. PROCEDIMIENTO**

1. Se invitó a participar en el estudio a pacientes usuarios del servicio de Atención Psiquiátrica del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz con y sin fenómeno suicida.
2. Se recopiló el consentimiento informado con la firma del paciente y de su familiar responsable.
3. Se obtuvieron las variables sociodemográficas en un formato diseñado previamente para dicho fin.
4. Se aplicaron 9 instrumentos clinimétricos, 4 auto aplicables (Razones para vivir, Inventario de Beck de depresión, Desesperanza de Beck, Riesgo suicida de Plutchik) y 5 hetero-aplicables (Hamilton Depresión, Sentíes-Zamudio, Ideación suicida de Beck\*, SAD PERSONS, Intencionalidad suicida de Beck\*\*)

\*En caso de ideación suicida

\*\*En caso de intento suicida

### **-Análisis Estadístico**

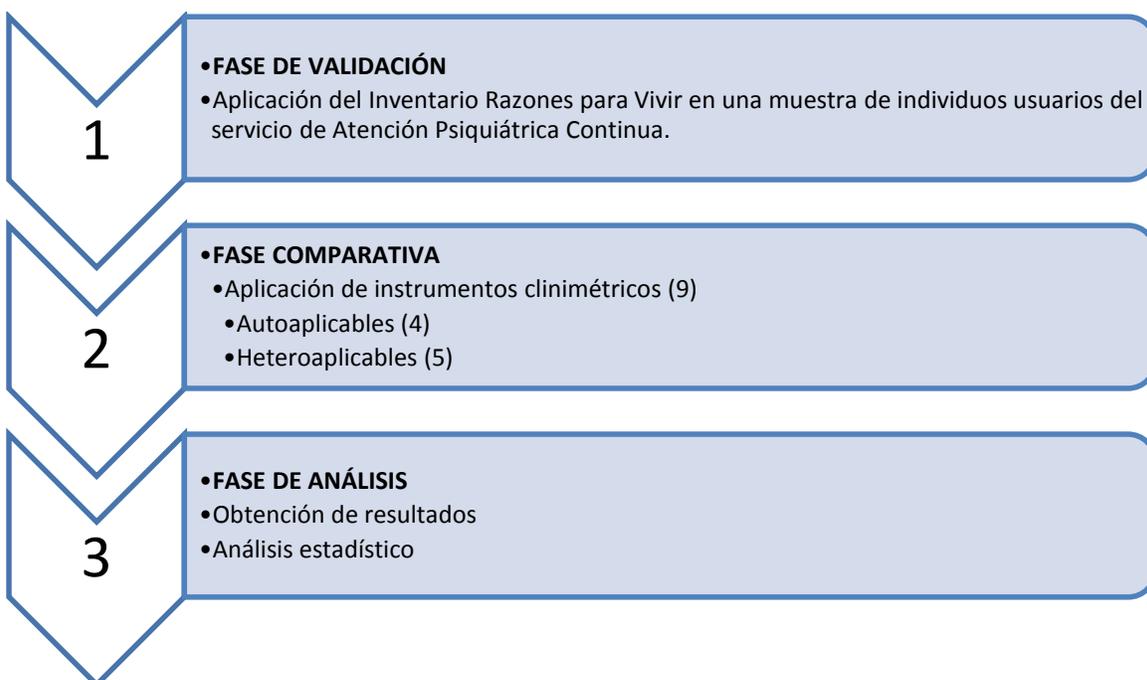
En la descripción de los datos se utilizaron, para las variables dimensionales, media y desviación estándar. Para las variables categóricas porcentajes o proporciones. Las comparaciones entre los grupos formados se efectuaron por medio de análisis de varianza simple. Lo mismo para las variables dimensionales de los puntajes en las distintas clinimetrías. Las variables categóricas se contrastaron con los grupos formados por medio de Chi cuadrada. Las asociaciones entre variables dimensionales se efectuaron por medio del coeficiente de correlación de Pearson. Para la validación de la escala Razones para Vivir se utilizó análisis factorial confirmatorio. La confiabilidad se calculó por medio del coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach.

Para el análisis de los datos se utilizó el software SPSS Statics versión 22.0.

## -Cálculo Del Tamaño De Muestra

Según Kline (Kline, 1994) existe un tamaño mínimo de muestra de  $n=100$  para el cálculo de la validez de apariencia de un instrumento clinimétrico. Considerando que el servicio de Atención Psiquiátrica Continua del Instituto Nacional de Psiquiatría tiene un flujo de pacientes con conducta suicida de 183 en los últimos dos meses (Censos estadísticos mensuales del servicio de APC del INPRF, julio-agosto de 2013), para un porcentaje de error del 5%, un nivel de confianza del 95% y con una distribución de respuestas del 50%, se requiere un tamaño de muestra de  $n=125$  usuarios.

## X. DIAGRAMA DE FLUJO DE LA INVESTIGACIÓN



## XI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Aspecto de la Investigación	Fecha
Protocolo de Investigación	<b>1 de octubre de 2013</b>
Aprobación por Comité de Tesis y Comité de Ética de Investigación	<b>1 de diciembre de 2013</b>
Fase de campo	<b>1 de enero a 31 de agosto de 2014</b>

Análisis estadístico	<b>1 de septiembre de 2014</b>
Resultados	<b>1 de octubre de 2014</b>
Correcciones finales	<b>1 de marzo de 2015</b>
Entrega de tesis terminada	<b>1 de mayo de 2015</b>
Entrega de tesis impresa	<b>1 de junio de 2015</b>

## **XII. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El estudio se realizó de acuerdo a los principios generales estipulados en declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial 2008). A todos los sujetos participantes se les solicitó consentimiento informado, mismo en el que se brindó la explicación del estudio, ante dos testigos y el médico responsable. El no participar en el proyecto no excluyó al paciente de recibir la atención médica necesaria y si se retiró del mismo, no afectó esa decisión su tratamiento. Los datos generados en la investigación fueron utilizados únicamente con fines científicos y no se les dio ningún otro uso, guardando la absoluta confidencialidad de los pacientes que accedieron a participar.

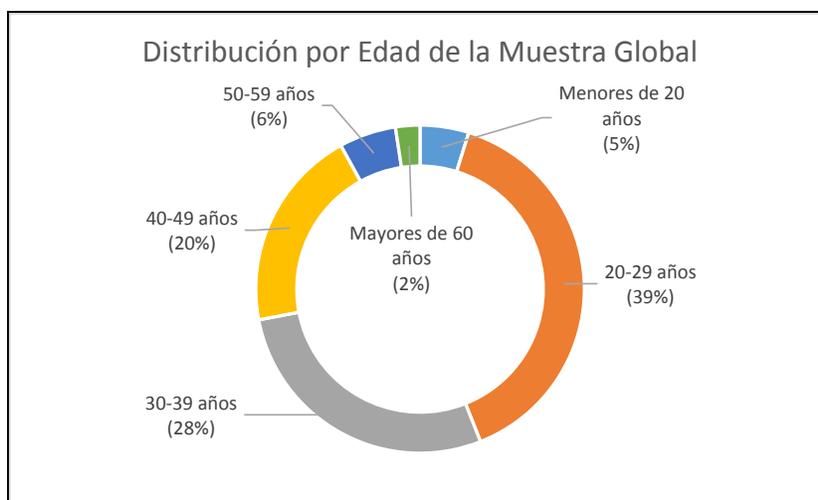
Todos los procedimientos estuvieron de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección I. De acuerdo a tal legislación, la presente Investigación se consideró como “Sin Riesgo” al ser un estudio que empleó técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio. (Diario Oficial de la Federación 1983).

### XIII. RESULTADOS

#### a) Descripción de la muestra global

##### 1. Datos sociodemográficos

Se incluyeron a 125 participantes en la muestra global, todos usuarios del servicio de Atención Psiquiátrica Continua quienes solicitaron una consulta de urgencias entre el 1 de junio y el 31 de agosto del 2014; de los cuales n=47 (37.6%) correspondieron a sujetos del sexo masculino y n=78 (62.4%) a sujetos del sexo femenino. La edad promedio de los participantes fue de 33.5 años (DE=10.6) en un rango de 18 a 64 años. La distribución por grupo etario fue de la siguiente manera: 6 sujetos en el grupo de menores de 20 años (4.8%), 49 sujetos en el grupo de 20-29 años (39.2%), 35 sujetos en el grupo de 30-39 años (28.0%), 25 sujetos en el grupo de 40-49 años (20.0%), 7 sujetos en el grupo de 50-59 años (5.6%) y finalmente 3 sujetos en el grupo de mayores de 60 años (2.4%). (*Gráfica 1*). La mediana de edad se ubicó en 33 años y la moda en 29 años.



*Gráfica 1. Distribución por edad de la muestra Global. Se observa que la mayor parte de la muestra se encontraba entre los 20-29 años y 30-39 años.*

Respecto a su ocupación, el 22.4% refirió dedicarse a las labores del hogar (n=28), el 52.0% refirió tener un empleo (n=65), el 12.0% refirió ser estudiante (n=15) y finalmente el 13.6% refirió estar desempleado (n=17). (*Gráfica 2*). Entre aquellos que reportaron tener un empleo, el 30.7% refirió ser comerciante (n=20), el 7.6% taxista/chófer (n=5), el 6.1% ser administrador (n=4) y el 55.3% otras ocupaciones (n=36). La distribución de la ocupación por género mostró diferencias significativas entre ambos grupos, principalmente respecto a la ocupación de labores del hogar (0 vs 28) y estudiante (5 vs 10); no así para las categorías empleado (34 vs 31) y desempleado (8 vs

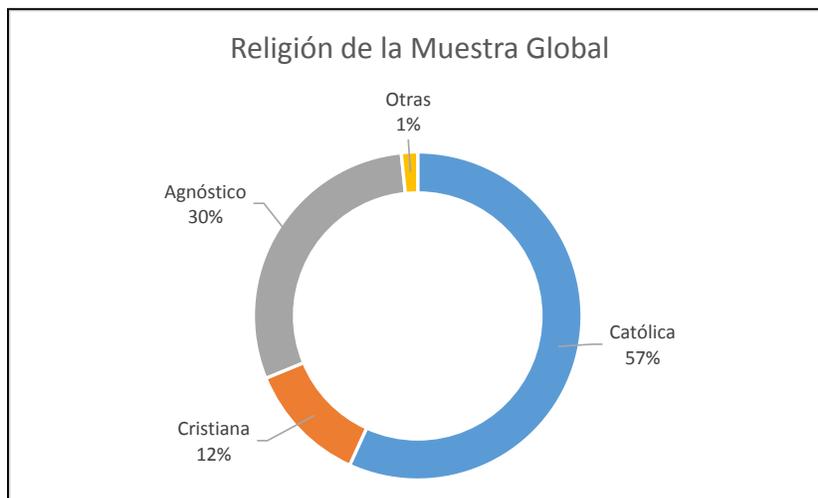
9). Respecto al ingreso económico mensual promedio, el 3.2% reportó ganar menos de \$1,000 mensuales (n=4), el 43.2% reportó un ingreso de entre \$1,000 y \$4,999 (n=54), el 32.8% reportó ganar entre \$5,000 y \$9,999 (n=41) y el 20.8% reportó ganar más de \$10,000 mensuales (n=26).



Gráfica 2.- Ocupación de la Muestra Global. Se observa que la mayoría de los participantes reportó tener un empleo, seguido en frecuencia por quienes se dedicaban a las labores del hogar.

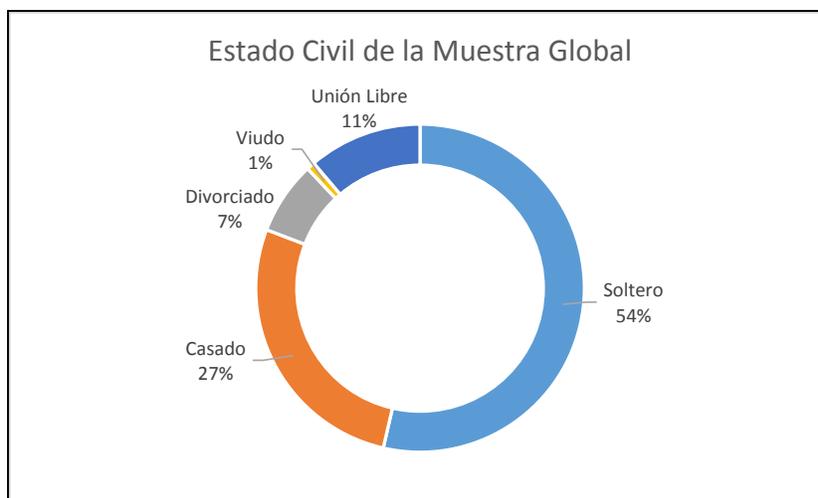
La religión de los participantes estuvo distribuida de la siguiente manera: el 56.8% refirió ser católico (n=71), el 12.0% cristiano (n=15), 29.6% agnóstico (n=37) y 1.6% otras religiones (n=2).

(Gráfica 3)



Gráfica 3.- Religión de la Muestra Global. Se observa que la gran mayoría refirieron ser católicos, seguido en número por quienes se refirieron agnósticos.

Respecto a su estado civil, el 27.2% reportó estar casado (n=34), el 53.6% ser soltero (n=67), el 7.2% ser divorciado (n=9), el 0.8% ser viudo (n=1) y el 11.2% vivir en unión libre (n=14). (Gráfica 4).

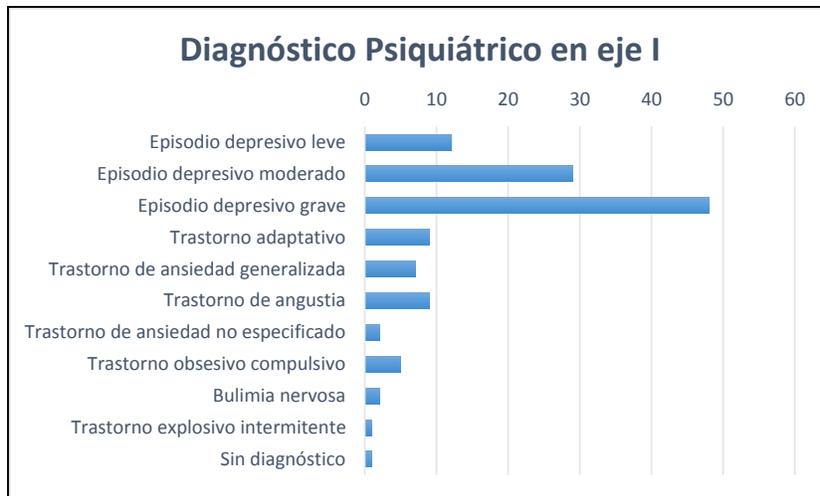


Gráfica 4.- Estado Civil de la Muestra Global. Se observa que más de la mitad de la muestra reportaron ser solteros, seguidos en frecuencia por los casados.

Respecto al número de hijos, el 41.6% reportó no tener hijos (n=52), el 20.0% reportó tener 1 hijo (n=25), el 24.8% reportó tener 2 hijos (n=31), el 9.6% reportó tener 3 hijos (n=12) y el 4.0% reportó tener 4 o más hijos (n=5). El promedio de número de hijos fue de 1.15 (DE=1).

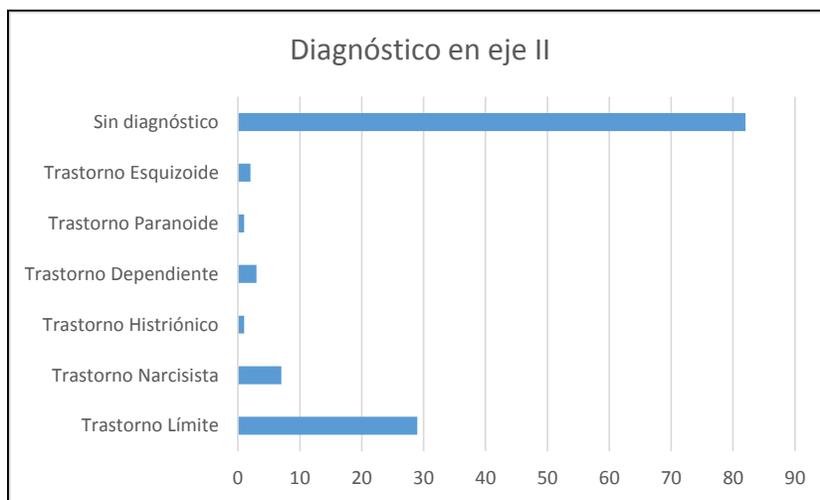
## 2. Datos clínicos

En la muestra global los diagnósticos en el eje I se distribuyeron de la siguiente manera: 9.6% de los participantes tuvieron el diagnóstico de episodio depresivo mayor leve (n=12), 23.2% con diagnóstico de episodio depresivo moderado (n=29), 38.4% con diagnóstico de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (n=48), 7.2% con diagnóstico de trastorno adaptativo (n=9), 5.6% con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada (n=7), 7.2% con diagnóstico de trastorno de angustia (n=9), 1.6% con diagnóstico de trastorno de ansiedad no especificado (n=2), 4.0% con diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo (n=5), 1.6% con diagnóstico de bulimia nervosa (n=2) y 0.8% con diagnóstico de trastorno explosivo intermitente (n=1). Un sujeto no contaba con diagnóstico en eje I. (*Gráfica 5*)



Gráfica 5. Diagnóstico Psiquiátrico en eje I. Como se observa, la mayor parte de los sujetos que participaron en el estudio cursaban con un episodio depresivo, seguidos de aquellos con trastornos ansiosos.

Respecto al diagnóstico en el eje II (Trastornos de la personalidad), la muestra global se distribuyó de la siguiente manera: 23.2% contaban con el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (n=29), 5.6% con el diagnóstico de Trastorno narcisista de la personalidad (n=7), 0.8% con el diagnóstico de Trastorno histriónico de la personalidad (n=1), 2.4% con el diagnóstico de Trastorno dependiente de la personalidad (n=3), 0.8% con el diagnóstico de Trastorno paranoide de la personalidad (n=1), 1.6% con el diagnóstico de Trastorno esquizoide de la personalidad (n=2) y finalmente 65.6% no contaban con diagnóstico en eje II (n=82). (Gráfica 6)

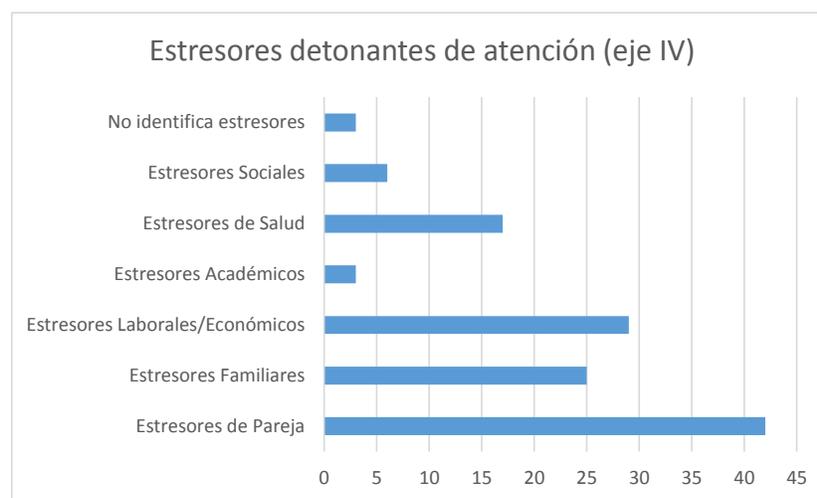


Gráfica 6.- Diagnóstico en eje II de la Muestra Global. La gran mayoría de los participantes no tenían un diagnóstico de trastorno de la personalidad al momento de la valoración. De aquellos que sí, el más frecuente fue el Trastorno Límite de la Personalidad.

El 61.6% de los participantes reportó el antecedente de ideación suicida alguna vez en su vida (n=77), mientras que el 39.2% reportó intentos de suicidio previos (n=53). De aquellos con antecedente de intentos de suicidio, el 24.5% reportó un intento (n=13), 32.0% dos intentos (n=17) y 18.8% tres intentos suicidas (n=10), el 7.5% con cuatro intentos (n=4) y finalmente el 16.9% con cinco o más intentos (n=9). Respecto a el antecedente de hospitalizaciones psiquiátricas en la muestra global se encontró lo siguiente: el 84.0% nunca había sido hospitalizado (n=105), el 10.4% había sido hospitalizado en una ocasión (n=13), el 4.0% se había hospitalizado en dos ocasiones (n=5) y el 1.6% se había hospitalizado en 3 o más ocasiones (n=2).

Respecto al uso de sustancias psicoactivas, el 85.6% reportó no consumir ninguna (n=107), el 9.6% reportó consumo nocivo de etanol (n=12), el 2.4% reportó abuso de marihuana (n=3), el 1.6% reportó abuso de benzodiazepinas (n=2) y el 0.8% reportó abuso de cocaína (n=1).

En relación al principal estresor detonante de la búsqueda de atención en consulta de urgencias se encontró que el más prevalente fue con un 33.6% problemas de pareja (n=42), el 20.0% problemas familiares (n=25), el 23.2% problemas laborales/económicos (n=29), el 2.4% estresores académicos (n=3), el 13.6% estresores de salud (n=17) y el 4.8% estresores sociales (n=6). Un 2.4% de los participantes no identificó estresor detonante (n=3). (Gráfica 7)



Gráfica 7.- Estresores detonantes de atención (eje IV) en la Muestra Global. Se observa que el estresor más frecuente fue el de pareja, seguido del laboral/económico y familiares.

## b) Descripción de los Grupos

La muestra se dividió en grupos considerando la presencia o ausencia de fantasías de muerte, ideación e intento suicida. De esta forma quedaron cuatro grupos que se detallan en la *Tabla 1*.

Grupo	n	Fantasías de muerte	Ideación Suicida	Intento Suicida
1. Sin Fenómeno Suicida Actual	45	NO	NO	NO
2. Con Fantasías de Muerte, sin Ideación ni Intento	28	SI	NO	NO
3. Con Ideación sin Intento	27	SI	SI	NO
4. Con Ideación e Intento Suicida Actual	25	SI	SI	SI

*Tabla 1.- Conformación de 4 grupos a partir de la muestra global.*

A continuación se presenta en la *Tabla 2* la distribución de la edad por grupo y género. Como se observa, en los grupos 3 y 4 la media de edad tiende a ser menor.

Grupo	Masculino			Femenino		
	n	Media	DE	n	Media	DE
1. Sin Fenómeno Suicida Actual	21	32.8	10.1	24	39.0	10.3
2. Con Fantasías de Muerte, sin Ideación ni Intento	9	36.6	9.3	19	34.7	11.2
3. Con Ideación sin Intento	9	30.6	7.7	18	30.2	12.7
4. Con Ideación e Intento Suicida Actual	8	26.3	6.8	17	32.5	10.1
Total	47	32.0	9.3	78	34.5	11.4

*Tabla 2.- Distribución de la edad por Grupo y Género.*

Las variables sociodemográficas de los participantes separadas por grupos se muestran en las tablas 3 y 4. Como se observa el promedio de edad fue mayor en el Grupo 1 y 2 que en el 3 y 4. En todos los grupos se incluyeron a más mujeres, proporción que fue mayor en el Grupo 1. En todos los grupos el estado civil más frecuente fue soltero, seguido de casado. Respecto al número de hijos se observa que la mayor parte de los participantes no tenían hijos.

	n	Edad		Sexo		Edo. Civil					Núm. Hijos				
		Media	DE	M	F	S	C	D	V	UL	0	1	2	3	4+
<b>Grupo 1</b>	45	36.06	10.5	21	24	21	17	2	1	4	16	7	15	4	3
<b>Grupo 2</b>	28	35.28	10.4	9	19	16	4	3	0	5	11	7	6	3	1
<b>Grupo 3</b>	27	30.29	11.1	9	18	17	5	3	0	2	13	8	5	1	0
<b>Grupo 4</b>	25	30.48	9.4	8	17	13	8	1	0	3	12	3	5	4	1
<b>Total</b>	125	33.52	10.3	47	78	67	34	9	1	14	52	26	33	15	5

Abreviaturas: DE= Desviación estándar, M= Masculino, F= Femenino, S=Soltero, C= Casado, D=Divorciado, V=Viudo, UL=Unión Libre.

Tabla 3.- Características sociodemográficas de los participantes separados por grupos (Parte A)

	n	Ocupación				Ingreso		Religión			
		Hog	Emp	Est	Des	Media	DE	Cat	Cri	Agn	Otr
<b>Grupo 1</b>	45	8	31	1	5	\$ 7,702	\$ 7,427	27	7	10	1
<b>Grupo 2</b>	28	9	14	1	4	\$ 6,857	\$ 6,878	16	3	9	0
<b>Grupo 3</b>	27	4	13	6	4	\$ 6,717	\$ 8,370	16	3	8	0
<b>Grupo 4</b>	25	7	7	7	4	\$ 8,412	\$ 8,726	12	2	10	1
<b>Total</b>	125	28	65	15	17	\$ 7,422	\$ 7,850	71	15	37	2

Abreviaturas: DE= Desviación estándar, Hog= Labores del Hogar, Emp=Empleado, Est=Estudiante, Des=Desempleado, Cat=Católico, Cri=Cristiano, Agn=Agnóstico, Otr=Otras religiones. El ingreso económico es expresado en Pesos Mexicanos (MXN).

Tabla 4.- Características sociodemográficas de los participantes separados por grupos (Parte B)

Como se aprecia en la Tabla 4, la mayoría de los participantes que conformaron los grupos se refirió con un empleo, sin embargo en el Grupo 4 dicha ocupación fue igualmente prevalente que las labores del hogar y estudiantes. En cuanto al ingreso económico se observa un promedio ligeramente superior entre los que conformaron el Grupo 4. Por otro lado, se aprecia que aunque la religión católica fue la más prevalente en todos los grupos, en el Grupo 4 existió una mayor proporción de Agnósticos (40%).

En cuanto a las variables clínicas de los grupos se observó que el diagnóstico más frecuente en los grupos fue el de Episodio Depresivo, cuya gravedad predijo en gran medida que se incluyeran en un grupo u otro. Así mismo es importante señalar que en el Grupo 1 se incluyeron a varios pacientes que no contaban con el diagnóstico que depresión y que acudieron al servicio de Atención Psiquiátrica Continua debido a otros motivos de consulta, tales como trastorno de

ansiedad generalizada, trastorno de angustia, trastornos ansiosos no especificados, trastorno obsesivo compulsivo, bulimia nervosa y trastorno explosivo intermitente.

(Tabla 5)

	n	Diagnóstico eje I										
		EDL	EDM	EDG	TAD	TAG	TAN	TNE	TOC	BUN	TEX	SIN
<b>Grupo 1</b>	45	9	4	0	6	7	9	2	4	2	1	1
<b>Grupo 2</b>	28	3	21	3	0	0	0	0	1	0	0	0
<b>Grupo 3</b>	27	0	2	23	2	0	0	0	0	0	0	0
<b>Grupo 4</b>	25	0	2	22	1	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	125	12	29	48	9	7	9	2	5	2	1	1

Tabla 5.- Diagnóstico en eje I por Grupos

Abreviaturas: EDL=Episodio Depresivo Leve, EDM=Episodio Depresivo Moderado, EDG=Episodio Depresivo Grave, TAD=Trastorno Adaptativo, TAG=Trastorno de Ansiedad Generalizada, TAN=Trastorno de Ansiedad no Especificado, TOC=Trastorno Obsesivo Compulsivo, BUN=Bulimia Nervosa, TEX=Trastorno Explosivo Intermitente, SIN=Sin diagnóstico.

Respecto al diagnóstico en el eje II en los grupos se aprecia en la Tabla 7 que la gran mayoría de los participantes no tenían un diagnóstico de trastorno de personalidad al momento de la valoración, sin embargo llama la atención que de aquellos que sí tenían un diagnóstico, el más prevalente fue el de Trastorno Límite de la Personalidad, siendo mucho mayor la proporción en el Grupo 4.

	n	Diagnóstico eje II						
		APL	TLP	TNP	THP	TDP	TPP	TEP
<b>Grupo 1</b>	45	39	3	1	0	0	2	0
<b>Grupo 2</b>	28	19	5	2	0	2	0	0
<b>Grupo 3</b>	27	13	11	0	1	1	0	1
<b>Grupo 4</b>	25	11	10	4	0	0	0	0
<b>Total</b>	125	82	29	7	1	3	2	1

Tabla 6.- Diagnóstico en eje II por Grupos

Abreviaturas: APL= Aplazado, TLP= Trastorno Límite de la Personalidad, TNP= Trastorno Narcisista de la Personalidad, THP= Trastorno Histriónico de la Personalidad, TDP= Trastorno Dependiente de la Personalidad, TPP=Trastorno Paranoide de la Personalidad, TEP=Trastorno Esquizoide de la Personalidad.

Por otro lado, como se observa en la Tabla 7, en cuanto al diagnóstico en el eje IV o estresores psicosociales por grupos, observamos que en el Grupo 1 los principales estresores fueron los

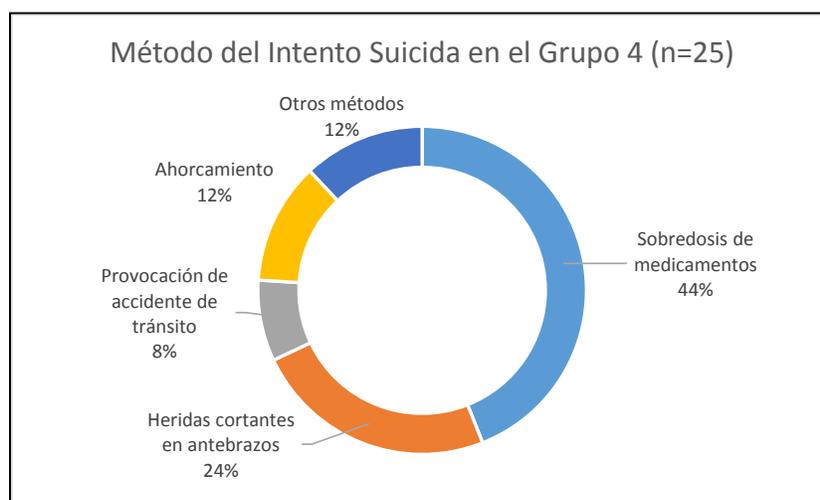
familiares y económicos. En todos los demás grupos el principal estresor fue de pareja, llegando a ser el de la gran mayoría de quienes intentaron suicidarse (Grupo 4).

	n	Diagnóstico eje IV						
		PAR	FAM	L/E	SOC	ACA	SAL	N/I
<b>Grupo 1</b>	45	5	13	11	4	0	10	2
<b>Grupo 2</b>	28	10	4	8	0	1	5	0
<b>Grupo 3</b>	27	11	5	7	2	0	2	0
<b>Grupo 4</b>	25	16	3	3	0	2	0	1
<b>Total</b>	125	42	25	29	6	3	17	3

Abreviaturas: PAR=Estresores de pareja, FAM=Estresores Familiares, L/E=Estresores Laborales y Económicos, SOC=Estresores Sociales. ACA=Estresores Académicos, SAL=Estresores de Salud, N/I=No identifica estresores.

Tabla 7.- Diagnóstico en eje IV por Grupos

Como ya se ha mencionado anteriormente, los participantes incluidos en el Grupo 4 eran pacientes que habían realizado un intento suicida en las horas previas a su valoración. De los 25 sujetos, el 44.0% realizó un intento consistente en ingerir medicamentos (n=11), el 24.0% realizó heridas cortantes en antebrazos (n=6), el 8.0% intentó provocar un accidente de tránsito (n=2), el 12% intentó ahorcarse (n=3) y finalmente el 12% restante intentó quitarse la vida con otros métodos (n=3). (*Gráfica 8*)



Gráfica 8.- Método del Intento Suicida de los participantes incluidos en el Grupo 4

### c) Puntajes en las Clinimetrías

A continuación se muestran los puntajes promedio obtenidos por los participantes en el Instrumento Razones para Vivir, así como en cada una de sus seis subescalas. (*Tabla 8*)

	n	SUP		FAM		HIJ		MIE		DES		MOR		RFL	
		Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
<b>Grupo 1</b>	45	69.2	10.1	18.2	5.2	7.6	3.5	11.2	4.5	4.9	2.6	6.8	3.6	117.9	18.3
<b>Grupo 2</b>	28	51.9	15.1	17.2	4.8	7.4	4.9	13.4	5.8	4.8	3.5	6.1	4.5	100.7	26.6
<b>Grupo 3</b>	27	29.6	13.1	14.6	5.0	4.6	4.0	13.1	5.5	3.4	2.2	4.4	4.3	69.7	22.8
<b>Grupo 4</b>	25	32.4	16.6	14.8	6.5	4.4	3.9	9.6	4.4	3.7	2.7	3.2	3.5	67.9	25.8
<b>Total</b>	125	45.8	13.7	16.2	5.3	6.0	4.1	11.8	5.1	4.2	2.8	5.1	4.0	89.1	23.4

*Tabla 8.- Puntajes por Grupo en la Escala Razones para Vivir y sus seis subescalas*

Abreviaturas: SUP=Creencias de Supervivencia y Afrontamiento, FAM=Creencias de Responsabilidad Familiar, HIJ=Preocupaciones concernientes a los Hijos, MIE=Miedo al Suicidio, DES=Miedo a la Desaprobación Social, MOR=Objeciones Morales, RFL=Razones para Vivir

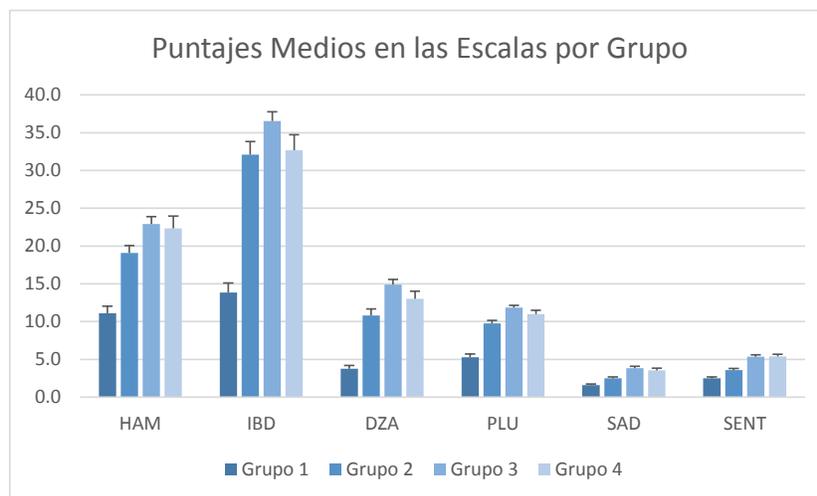
Como se observa en la tabla anterior, el puntaje global de la escala (RFL) disminuye gradualmente entre grupos, siendo mayor en aquellos sin fenómeno suicida actual (Grupo 1) y menor en aquellos con ideación suicida o intentos suicidas (Grupo 3 y 4). Se observa esta misma tendencia en las subescalas que la conforman excepto en la subescala Miedo al Suicidio, en la que el puntaje mayor se observó entre aquellos con fantasías de muerte e ideación suicida (Grupos 2 y 3 respectivamente) y un puntaje más reducido y similar en aquellos sin fenómeno suicida actual y aquellos con intento suicida reciente (Grupos 1 y 4 respectivamente).

Ahora veamos los puntajes obtenidos en los otros instrumentos clinimétricos aplicados a los participantes del estudio. Como se observa en la *Tabla 9*, los puntajes en las diferentes escalas de depresión, desesperanza y riesgo suicida tienden a ser significativamente menores en aquellos sin fenómeno suicida actual (Grupo 1) que en los demás. Vemos también que en casi todas las escalas, los puntajes promedio más elevados se encuentran en aquellos con ideación suicida sin intento (Grupo 3), siendo incluso mayores que en aquellos con intento suicida (Grupo 4). Lo anterior pudiera explicarse con el hecho de que una gran proporción de los intentos de suicidio tienden a ser impulsivos, es decir, no surgen necesariamente en personas con depresión clínica. Dichos puntajes y su error estándar se muestran también en la *Gráfica 9*.

	n	HAM		IBD		DZA		PLU		SAD		SEN	
		Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
<b>Grupo 1</b>	45	11.1	6.2	13.8	8.5	3.8	3.0	5.3	3.1	1.6	1.0	2.5	1.2
<b>Grupo 2</b>	28	19.1	5.3	32.1	9.1	10.8	4.4	9.8	2.3	2.5	1.0	3.6	1.1
<b>Grupo 3</b>	27	22.9	5.0	36.6	6.4	14.9	3.7	11.9	1.6	3.9	1.3	5.4	1.2
<b>Grupo 4</b>	25	22.3	8.2	32.7	10.2	13.0	5.2	11.0	2.5	3.6	1.3	5.4	1.5
<b>Total</b>	125	18.9	6.2	28.8	8.5	10.6	4.1	9.5	2.4	2.9	1.1	4.2	1.3

Tabla 9.- Puntajes por Grupo en las Escalas de Depresión, Desesperanza y Riesgo Suicida

Abreviaturas: HAM=Escala de Hamilton de Depresión, IBD=Inventario de Beck de Depresión, DZA=Escala de Desesperanza de Beck, PLU=Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, SAD=Escala SAD PERSONS, SEN=Escala de Riesgo Suicida de Senties-Zamudio



Gráfica 9.- Puntajes Medios en las escalas de Depresión, Desesperanza y Riesgo Suicida por Grupos

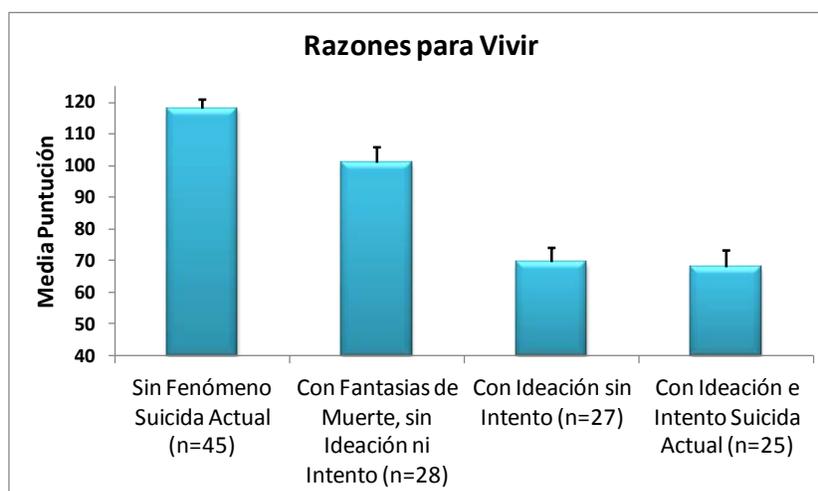
#### d) Análisis de Varianza

A continuación se presentan los resultados del ANOVA para cada una de las variables clinimétricas separadas por grupo de estudio. En cada una de las gráficas se muestran como barras las medias de puntuación y se señala el error estándar.

##### 1. Razones para Vivir

	<b>Grupo</b>	<b>n</b>	<b>Media</b>	<b>ee</b>	<b>DE</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
1.	Sin Fenómeno Suicida Actual	45	117.9	2.7	18.3	82	154
2.	Con Fantasías de Muerte, sin Ideación ni Intento	28	100.7	5.0	26.6	57	151
3.	Con Ideación sin Intento	27	69.7	4.4	22.8	18	115
4.	Con Ideación e Intento Suicida Actual	25	67.9	5.2	25.8	24	122

Tabla 8

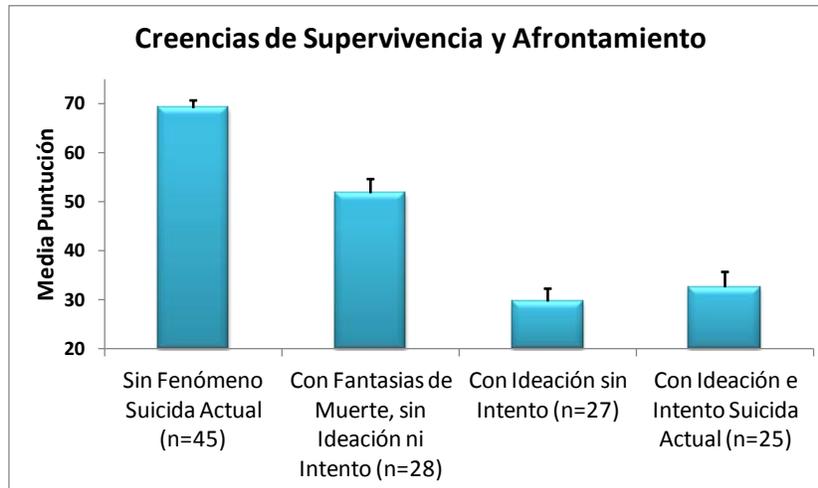


Gráfica 10.- Medias de puntuación por grupo en la Escala Razones para Vivir  
Diferencias entre grupos  $F(3,121)=31.77, p>0.001$

##### 2. Creencias de Supervivencia y Afrontamiento

	<b>Grupo</b>	<b>n</b>	<b>Media</b>	<b>ee</b>	<b>DE</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
1.	Sin Fenómeno Suicida Actual	45	69.2	1.5	10.1	45	89
2.	Con Fantasías de Muerte, sin Ideación ni Intento	28	51.9	2.8	15.1	22	80
3.	Con Ideación sin Intento	27	29.6	2.5	13.1	2	63
4.	Con Ideación e Intento Suicida Actual	25	32.4	3.3	16.6	9	67

Tabla 9

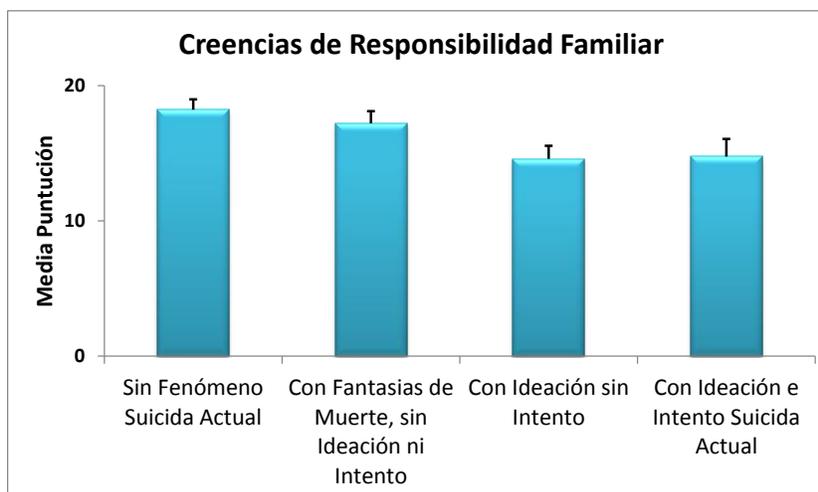


Gráfica 11.- Medias de puntuación por grupos en la subescala Creencias de Supervivencia y Afrontamiento  
Diferencias entre grupos  $F(3,121)=59.93, p>0.001$

### 3. Creencias de Responsabilidad Familiar

Grupo	n	Media	Ee	DE	Min	Max
1. Sin Fenómeno Suicida Actual	45	18.2	0.8	5.2	8	28
2. Con Fantasías de Muerte, sin Ideación ni Intento	28	17.2	0.9	4.8	7	26
3. Con Ideación sin Intento	27	14.6	1.0	5.0	1	23
4. Con Ideación e Intento Suicida Actual	25	18.2	0.8	5.2	8	28

Tabla 10

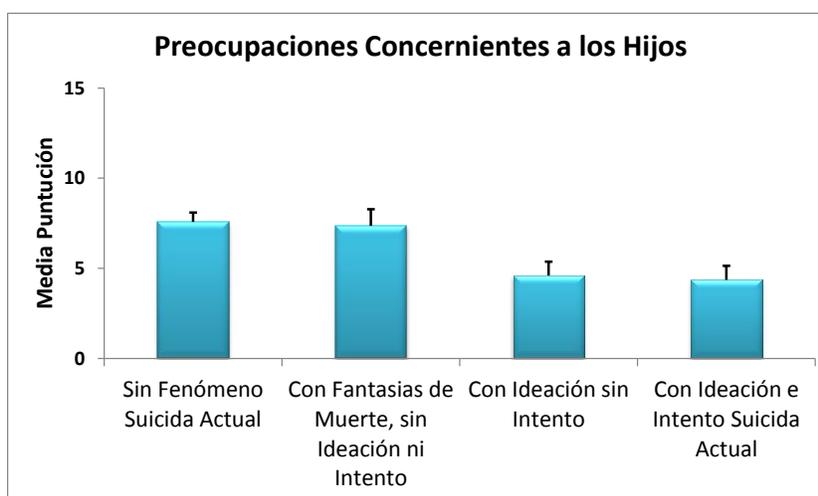


Gráfica 12.- Medias de puntuación por grupos en la subescala Creencias de Responsabilidad Familiar  
Diferencias entre grupos  $F(3,121)=3.21, p=0.026$

#### 4. Preocupaciones Concernientes a los Hijos

	<b>Grupo</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>ee</b>	<b>DE</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
1.	Sin Fenómeno Suicida Actual	45	7.6	0.5	3.5	0	12
2.	Con Fantasías de Muerte, sin Ideación ni Intento	28	7.4	0.9	4.9	0	12
3.	Con Ideación sin Intento	27	4.6	0.8	4.0	0	12
4.	Con Ideación e Intento Suicida Actual	25	4.4	0.8	3.9	0	12

Tabla 11

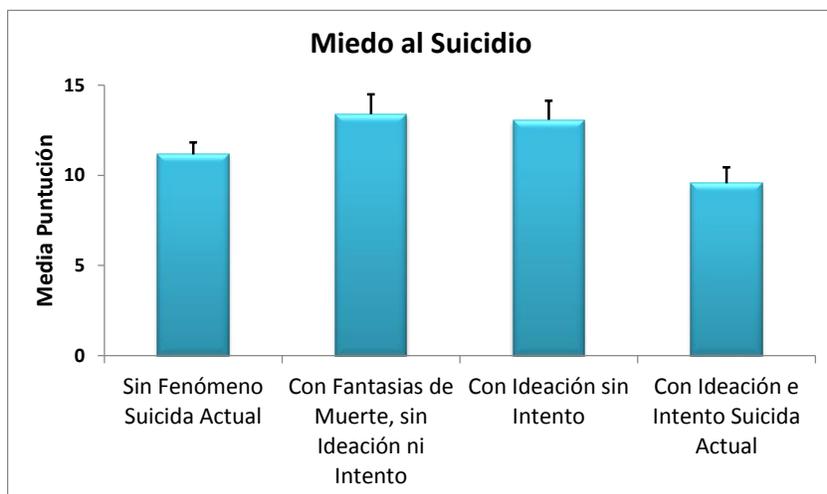


Gráfica 13.- Medias de puntuación por grupos en la subescala Creencias Concernientes a los Hijos  
Diferencias entre grupos  $F(3,121)=5.11, p=0.002$

#### 5. Miedo al suicidio

	<b>Grupo</b>	<b>n</b>	<b>Media</b>	<b>ee</b>	<b>DE</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
1.	Sin Fenómeno Suicida Actual	45	11.2	0.7	4.5	4	21
2.	Con Fantasías de Muerte, sin Ideación ni Intento	28	13.4	1.1	5.8	2	23
3.	Con Ideación sin Intento	27	13.1	1.1	5.5	4	25
4.	Con Ideación e Intento Suicida Actual	25	9.6	0.9	4.4	0	18

Tabla 12

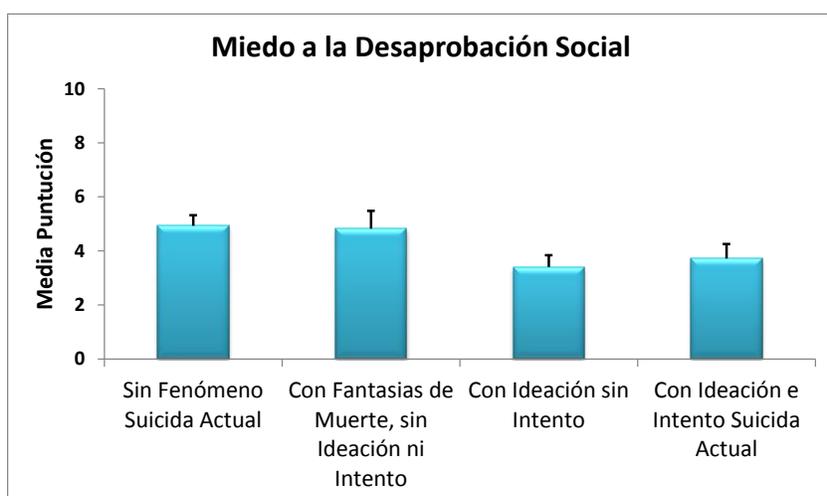


Gráfica 14.- Medias de puntuación por grupos en la subescala Miedo al Suicidio  
Diferencias entre grupos  $F(3,121)=2.98, p=0.034$

## 6. Miedo a la Desaprobación Social

Grupo	n	Media	ee	DE	Min	Max
1. Sin Fenómeno Suicida Actual	45	4.9	0.4	2.6	0	11
2. Con Fantasías de Muerte, sin Ideación ni Intento	28	4.8	0.7	3.5	0	12
3. Con Ideación sin Intento	27	3.4	0.4	2.2	0	9
4. Con Ideación e Intento Suicida Actual	25	3.7	0.5	2.7	0	8

Tabla 13

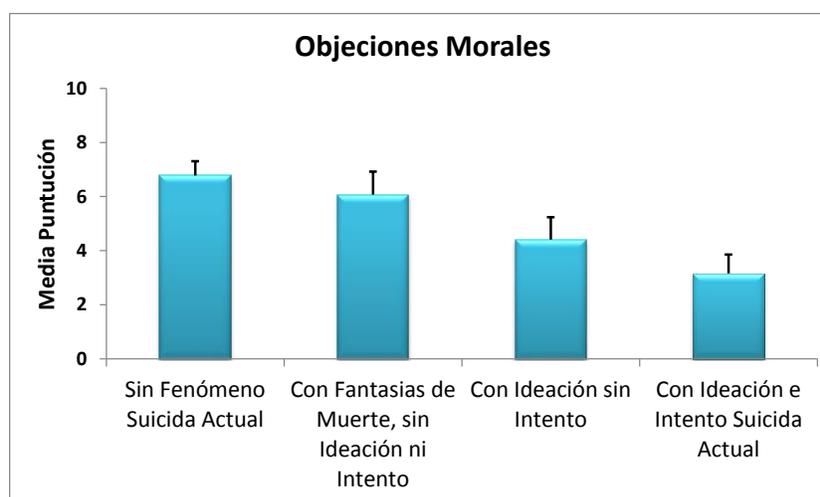


Gráfica 15.- Medias de puntuación por grupos en la subescala Miedo a la Desaprobación Social  
Diferencias entre grupos  $F(3,121)=1.95, p=0.125$

## 7. Objeciones Morales

	<b>Grupo</b>	<b>n</b>	<b>Media</b>	<b>ee</b>	<b>DE</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
1.	Sin Fenómeno Suicida Actual	45	6.8	0.5	3.6	0	14
2.	Con Fantasías de Muerte, sin Ideación ni Intento	28	6.1	0.9	4.5	0	15
3.	Con Ideación sin Intento	27	4.4	0.8	4.3	0	15
4.	Con Ideación e Intento Suicida Actual	25	3.2	0.7	3.5	0	12

Tabla 14

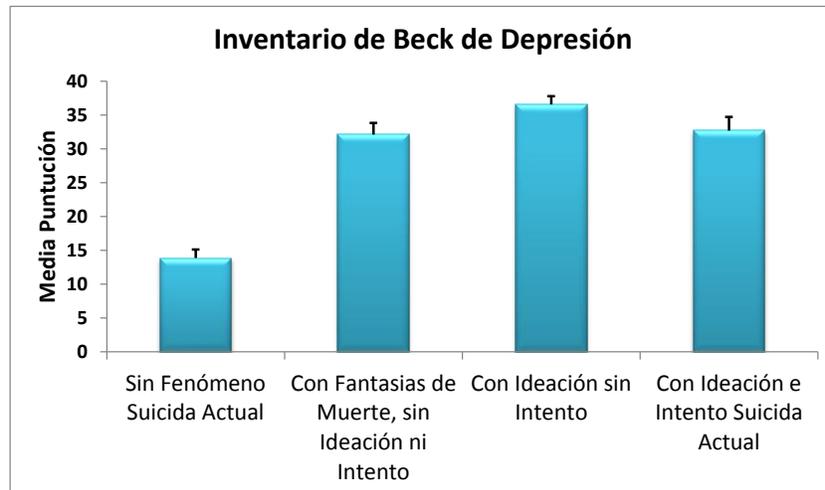


Gráfica 16.- Medias de puntuación por grupos en la subescala Objeciones Morales  
Diferencias entre grupos  $F(3,121)=4.04$ ,  $p=0.009$

## 8. Inventario de Beck de Depresión

	<b>Grupo</b>	<b>n</b>	<b>Media</b>	<b>ee</b>	<b>DE</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
1.	Sin Fenómeno Suicida Actual	45	13.8	1.3	8.5	0	33
2.	Con Fantasías de Muerte, sin Ideación ni Intento	28	32.1	1.7	9.1	10	50
3.	Con Ideación sin Intento	27	36.6	1.2	6.4	26	50
4.	Con Ideación e Intento Suicida Actual	25	32.7	2.0	10.2	11	53

Tabla 15

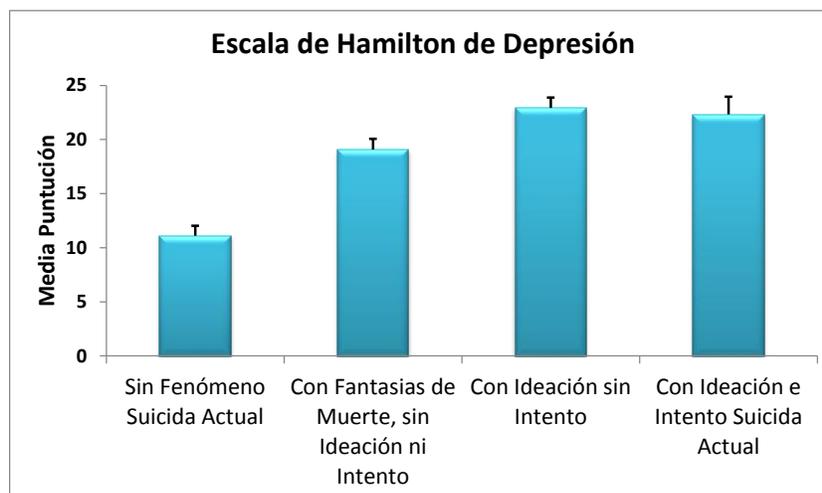


Gráfica 17.- Medias de puntuación por grupos en el Inventario de Beck de Depresión  
Diferencias entre grupos  $F(3,121)=53.92, p>0.001$

## 9. Escala de Hamilton de Depresión

Grupo	n	Media	ee	DE	Min	Max
1. Sin Fenómeno Suicida Actual	45	11.1	0.9	6.2	0	24
2. Con Fantasías de Muerte, sin Ideación ni Intento	28	19.1	1.0	5.3	10	31
3. Con Ideación sin Intento	27	22.9	1.0	5.0	15	31
4. Con Ideación e Intento Suicida Actual	25	22.3	1.6	8.2	5	39

Tabla 16

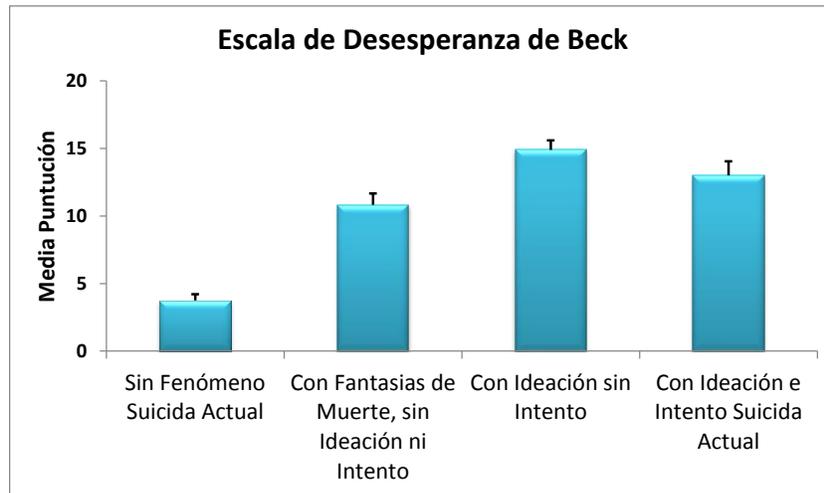


Gráfica 18.- Medias de puntuación por grupos en la escala de Hamilton de Depresión  
Diferencias entre grupos  $F(3,121)=28.65, p>0.001$

## 10. Escala de Desesperanza de Beck

	<b>Grupo</b>	<b>n</b>	<b>Media</b>	<b>ee</b>	<b>DE</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
1.	Sin Fenómeno Suicida Actual	45	3.8	0.4	3.0	0	13
2.	Con Fantasías de Muerte, sin Ideación ni Intento	28	10.8	0.8	4.4	2	19
3.	Con Ideación sin Intento	27	14.9	0.7	3.7	5	20
4.	Con Ideación e Intento Suicida Actual	25	13.0	1.0	5.2	4	20

Tabla 17

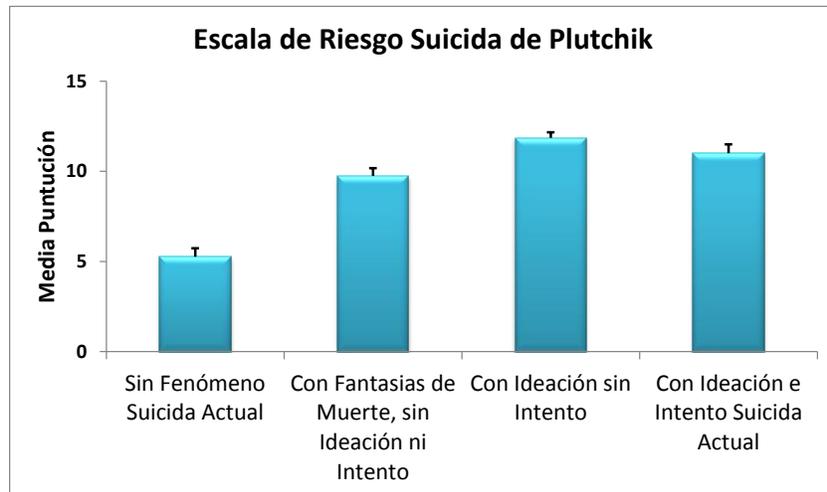


Gráfica 19.- Medias de puntuación por grupos en la Escala de Desesperanza de Beck  
Diferencias entre grupos  $F(3,121)=54.34, p>0.001$

## 11. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

	<b>Grupo</b>	<b>n</b>	<b>Media</b>	<b>ee</b>	<b>DE</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
1.	Sin Fenómeno Suicida Actual	45	5.3	0.5	3.1	0	11
2.	Con Fantasías de Muerte, sin Ideación ni Intento	28	9.8	0.4	2.3	6	13
3.	Con Ideación sin Intento	27	11.9	0.3	1.6	9	15
4.	Con Ideación e Intento Suicida Actual	25	11.0	0.5	2.5	6	15

Tabla 18

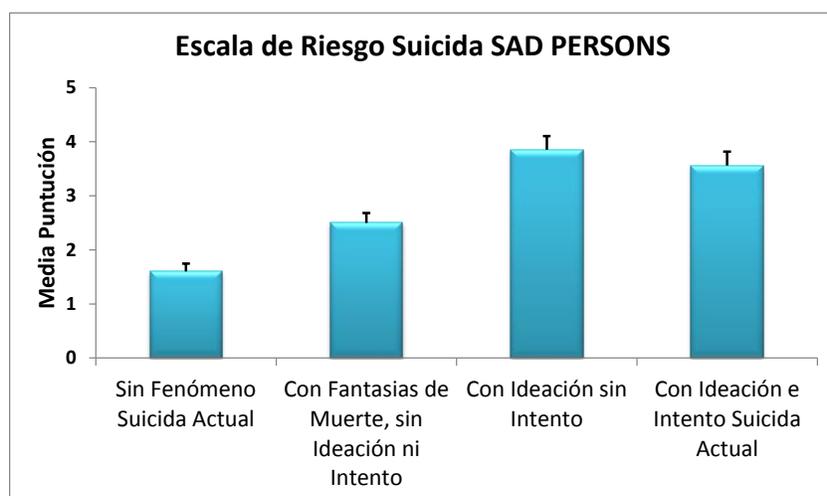


Gráfica 20.- Medias de puntuación por grupos en la escala de Riesgo Suicida de Plutchik  
Diferencias entre grupos  $F(3,121)=48.47, p>0.001$

## 12. Escala de Riesgo Suicida SAD PERSONS

Grupo	n	Media	ee	DE	Min	Max
1. Sin Fenómeno Suicida Actual	45	1.6	0.1	1.0	0	4
2. Con Fantasías de Muerte, sin Ideación ni Intento	28	2.5	0.2	1.0	1	5
3. Con Ideación sin Intento	27	3.9	0.3	1.3	2	7
4. Con Ideación e Intento Suicida Actual	25	3.6	0.3	1.3	1	6

Tabla 19

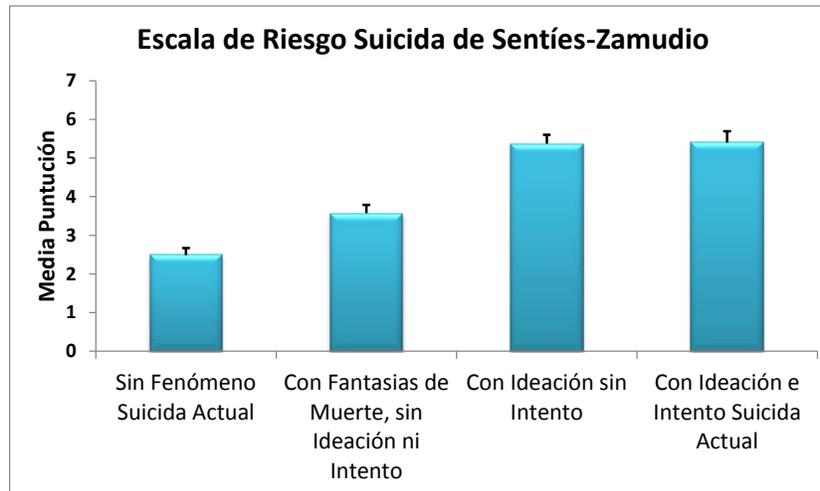


Gráfica 21.- Medias de puntuación por grupos en la escala de Riesgo Suicida SAD PERSONS  
Diferencias entre grupos  $F(3,121)=28.19, p>0.001$

### 13. Escala de Riesgo Suicida de Senties-Zamudio

	<b>Grupo</b>	<b>n</b>	<b>Media</b>	<b>Ee</b>	<b>DE</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
1.	Sin Fenómeno Suicida Actual	45	2.5	0.2	1.2	1	6
2.	Con Fantasías de Muerte, sin Ideación ni Intento	28	3.6	0.2	1.1	2	6
3.	Con Ideación sin Intento	27	5.4	0.2	1.2	3	7
4.	Con Ideación e Intento Suicida Actual	25	5.4	0.3	1.5	3	8

Tabla 20

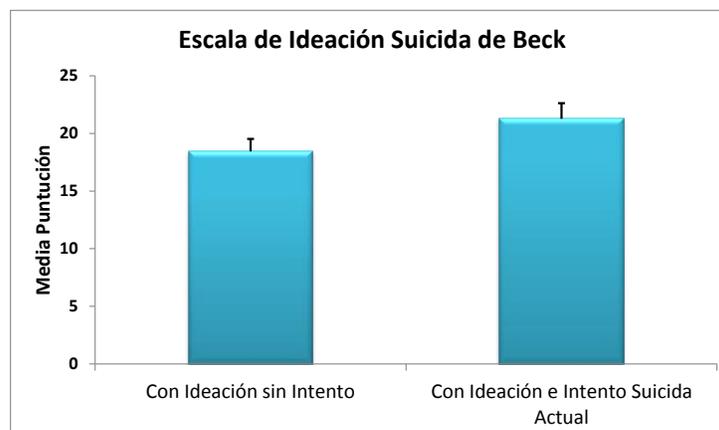


Gráfica 22.- Medias de puntuación por grupos en la Escala de Riesgo Suicida de Senties-Zamudio  
Diferencias entre grupos  $F(3,121)=44.51, p>0.001$

### 14. Escala de Ideación Suicida de Beck

	<b>Grupo</b>	<b>n</b>	<b>Media</b>	<b>Ee</b>	<b>DE</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
1.	Con Ideación sin Intento	27	18.4	1.1	5.6	9	32
2.	Con Ideación e Intento Suicida Actual	25	21.3	1.3	6.7	7	34

Tabla 21



Gráfica 23.- Medias de puntuación por grupos en la Escala de Ideación Suicida de Beck.  
Diferencias entre grupos  $F(1,121)=2.91, p=0.094$

Después de realizar el ANOVA se realizaron pruebas de Subconjuntos Homogéneos para evaluar qué tan capaces eran las variables clinimétricas de predecir la formación de los cuatro grupos de estudio. Como se muestra en la *Tabla 22*, la escala Razones para Vivir, algunas de sus subescalas y los puntajes en los otros instrumentos clinimétricos aplicados diferenciaron de manera significativa entre grupos. De tal manera que la variable CSA (Subescala Creencias de supervivencia y afrontamiento) formó tres grupos: aquellos sin fenómeno suicida actual (Grupo 1) se diferenciaron de aquellos con fantasías de muerte sin ideación ni intento suicida (Grupo 2), quienes a su vez se diferenciaron de un grupo integrado por aquellos con ideación e intento suicida (Grupo 3 y 4) con una  $p > 0.001$ . La variable FAM (Subescala Creencias de responsabilidad familiar) distinguió claramente entre aquellos sin fenómeno suicida actual (Grupo 1) de aquellos con cualquier grado del espectro suicida (Grupos 2, 3 y 4) con una  $p = 0.012$ . La variable HIJ (Subescala Preocupaciones concernientes a los Hijos) predijo la formación de dos grupos claramente delimitados: por un lado, con mayores puntajes, un grupo conformado por aquellos sin fenómeno suicida y aquellos con solamente fantasías de muerte (Grupos 1 y 2), así como otro grupo con menores puntajes integrado por aquellos sujetos con ideación e intento suicida (Grupos 3 y 4) con una  $p = 0.001$ . La variable MIE (Miedo al Suicidio) mostró dos grupos diferentes entre sí; por un lado un grupo con mayores puntajes conformado por aquellos con fantasías de muerte e ideación suicida (Grupos 2 y 3) distinto de otro grupo con menores puntajes conformado por aquellos sin fenómeno suicida actual y aquellos con intento suicida (Grupos 1 y 4)  $p = 0.02$ . Las variables DES (Miedo a la Desaprobación Social) no permitió distinguir entre grupos al no lograr significancia estadística ( $p = 0.071$ ). Sin embargo, la variable MOR (Objeciones Morales) permitió delimitar de forma significativa dos grupos: uno formado por aquellos sin fenómeno suicida actual y aquellos con fantasías de muerte (Grupos 1 y 2) distinto de un grupo conformado por aquellos con ideación e intento suicida (Grupos 3 y 4), con una  $p$  de significancia de 0.002.

El puntaje total de la escala Razones para vivir permitió la distinción de tres grupos: con puntajes más altos aquellos sujetos sin fenómeno suicida actual (Grupo 1), seguidos de un grupo conformado por aquellos con fantasías de muerte (Grupo 2) y por último un grupo formado por aquellos con ideación e intento suicida (Grupo 3 y 4) con una  $p > 0.001$ .

Las variables HAM e IBD corresponden a los puntajes en los instrumentos Hamilton para Depresión y el Inventario de Depresión de Beck. Ambas permitieron conformar dos grupos: por un lado aquellos sin fenómeno suicida actual y por otro lado aquellos con cualquier grado del

espectro suicida (Grupos 2, 3 y 4) con una  $p > 0.001$  en ambos casos. Las variables DZA (Escala de Desesperanza de Beck) y PLU (Escala de Riesgo Suicida de Plutchik) conformaron tres grupos: con puntajes más altos aquellos con ideación suicida (Grupo 3), seguidos de un grupo conformado por aquellos con fantasías de muerte y aquellos con intento suicida (Grupos 2 y 4) y finalmente un grupo conformado por aquellos sin fenómeno suicida actual (Grupo 1), con una  $p > 0.001$  para ambas variables.

Por último, las variables SAD (Escala SAD PERSONS) y SENT (Escala de Riesgo Suicida de Sentíes-Zamudio) permitieron formar tres grupos: con puntajes mayores aquellos con ideación e intento suicida (Grupo 3 y 4) seguidos de otro grupo formado por aquellos con fantasías de muerte sin ideación ni intento suicida (Grupo 2), quienes a su vez se diferenciaron de un grupo integrado por aquellos sin fenómeno suicida actual (Grupo 1), con una  $p > 0.001$  para ambas variables.

<b>Variable</b>	<b>Número de Grupos Formados</b>	<b>Conformación de los Grupos</b>	<b>p</b>
<b>CSA</b>	3	1>2>3=4	<0.001
<b>FAM</b>	2	1>2=3=4	0.012
<b>HIJ</b>	2	1=2>3=4	0.001
<b>MIE</b>	2	2=3>1=4	0.02
<b>DES</b>	1	1=2=3=4	0.071
<b>MOR</b>	2	1=2>3=4	0.002
<b>RFL</b>	3	1>2>3=4	<0.001
<b>IBD</b>	2	2=3=4>1	<0.001
<b>DZA</b>	3	3>4=2>1	<0.001
<b>PLU</b>	3	3>4=2>1	<0.001
<b>HAM</b>	2	2=3=4>1	<0.001
<b>SAD</b>	3	3=4>2>1	<0.001
<b>SEN</b>	3	3=4>2>1	<0.001

*Tabla 22*

Abreviaturas: SUP=Creencias de Supervivencia y Afrontamiento, FAM=Creencias de Responsabilidad Familiar, HIJ=Preocupaciones concernientes a los Hijos, MIE=Miedo al Suicidio, DES=Miedo a la Desaprobación Social, MOR=Objeciones Morales, RFL=Razones para Vivir, HAM=Escala de Hamilton de Depresión, IBD=Inventario de Beck de Depresión, DZA=Escala de Desesperanza de Beck, PLU=Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, SAD=Escala SAD PERSONS, SEN=Escala de Riesgo Suicida de Sentíes-Zamudio

### e) Correlaciones

En la *Tabla 23* se muestran las correlaciones entre los puntajes obtenidos por todos los participantes en los diferentes instrumentos utilizados en el estudio. Como se puede ver, la edad de los participantes se correlacionó positivamente con puntajes en dos de las subescalas del instrumento Razones para vivir: Preocupaciones Concernientes a los Hijos (HIJ) y Objeciones Morales (MOR), con un coeficiente de correlación ( $r$ ) de .309 y .338,  $p > 0.001$ .

En cuanto al Instrumento Razones para Vivir, vemos que la subescala Creencias de Supervivencia y Afrontamiento (SUP) correlacionó fuertemente con las demás subescalas del instrumento excepto con Miedo al Suicidio (MIE) y de forma muy importante con el total de la escala (RFL) con una  $r$  de 0.925 y una  $p > 0.001$ , lo cual es esperable dado el peso que dicha subescala representa para el total del instrumento. Así mismo, se observó una fuerte correlación negativa entre dicha subescala y el total del Instrumento (RFL) con los puntajes en los demás instrumentos de medición de depresión, desesperanza y riesgo suicida (HAM, IBD, PLU, SAD, SEN) con coeficientes mayores a  $r = -0.50$  y  $p > 0.001$ .

Es importante señalar que el resto de las subescalas correlacionaron todas de manera significativa con el total del instrumento Razones para Vivir: Creencias de Responsabilidad Familiar (FAM) con una  $r = 0.621$  y  $p > 0.001$ , Preocupaciones Concernientes a los Hijos (HIJ) con una  $r = 0.555$  y  $p > 0.001$ , Miedo al Suicidio (MIE) con una  $r = 0.377$  y  $p > 0.001$ , Miedo a la Desaprobación Social con una  $r = 0.497$  y  $p > 0.001$  y Objeciones Morales (MOR) con una  $r = 0.599$  y  $p > 0.001$ . Así mismo la subescala Creencias de Responsabilidad Familiar (FAM) tuvo una correlación negativa con los puntajes en la Escala de Desesperanza de Beck (IBD) con una  $r = -0.341$  y  $p > 0.001$ . La subescala Preocupaciones Concernientes a los Hijos (HIJ) correlacionó además de forma negativa con el puntaje en la Escala de Riesgo Suicida de Sentíes-Zamudio (SEN) con una  $r = -0.335$  y  $p > 0.001$ . La subescala de Objeciones Morales (MOR) correlacionó negativamente con el puntaje en la Escala de Desesperanza de Beck (DZA) con una  $r = -0.354$  y  $p > 0.001$ .

Finalmente, todos los instrumentos de medición de depresión, desesperanza y riesgo suicida (HAM, IBD, PLU, SAD, SEN) tuvieron fuertes correlaciones entre sí, en especial el Inventario de Depresión de Beck (IBD) con la Escala de Desesperanza de Beck (DZA) y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (PLU), con una  $r = 0.746$ ,  $p > 0.001$  y  $r = 0.803$ ,  $p > 0.001$ , respectivamente.

VARIABLE		Edad	Creencias de Supervivencia y Afrontamiento (SUP)	Creencias de Responsabilidad Familiar (FAM)	Preocupaciones Concernientes a los Hijos (HIJ)	Miedo al Suicidio (MIE)	Miedo a la Desaprobación Social (DES)	Objeciones Morales (MOR)	Total Razones para Vivir (RFL)	Inventario de Beck de Depresión (IBD)	Escala de Desesperanza de Beck (DZA)	Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (PLU)	Escala de Depresión de Hamilton (HAM)	Escala SAD PERSONS (SAD)	Escala de Riesgo Suicida de Senties-Zamudio (SEN)
Edad	r	1	.120	.035	<b>.309</b>	-.050	-.062	<b>.338</b>	.161	-.028	-.113	-.029	-.011	-.126	-.242
	p		.182	.698	<b>.000</b>	.577	.494	<b>.000</b>	.074	.755	.210	.745	.902	.161	.007
SUP	r	.120	1	<b>.456</b>	<b>.412</b>	.105	<b>.328</b>	<b>.466</b>	<b>.925</b>	<b>-.728</b>	<b>-.797</b>	<b>-.698</b>	<b>-.590</b>	<b>-.553</b>	<b>-.630</b>
	p	.182		<b>.000</b>	<b>.000</b>	.244	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>
FAM	r	.035	<b>.456</b>	1	.244	.279	.289	.236	<b>.621</b>	-.277	<b>-.341</b>	-.241	-.188	-.232	-.291
	p	.698	<b>.000</b>		.006	.002	.001	.008	<b>.000</b>	.002	<b>.000</b>	.007	.035	.009	.001
HIJ	r	<b>.309</b>	<b>.412</b>	.244	1	.173	.239	<b>.351</b>	<b>.555</b>	-.241	-.281	-.206	-.125	-.270	<b>-.335</b>
	p	<b>.000</b>	<b>.000</b>	.006		.053	.007	<b>.000</b>	<b>.000</b>	.007	.002	.021	.166	.002	<b>.000</b>
MIE	r	-.050	.105	.279	.173	1	<b>.419</b>	.240	<b>.377</b>	.049	.116	.125	.050	.072	-.043
	p	.577	.244	.002	.053		<b>.000</b>	.007	<b>.000</b>	.585	.197	.164	.583	.426	.631
DES	r	-.062	<b>.328</b>	.289	.239	<b>.419</b>	1	.245	<b>.497</b>	-.176	-.197	-.200	-.270	-.123	-.160
	p	.494	<b>.000</b>	.001	.007	<b>.000</b>		.006	<b>.000</b>	.050	.028	.025	.002	.172	.075
MOR	r	<b>.338</b>	<b>.466</b>	.236	<b>.351</b>	.240	.245	1	<b>.599</b>	-.279	<b>-.354</b>	-.230	-.200	-.087	-.228
	p	<b>.000</b>	<b>.000</b>	.008	<b>.000</b>	.007	.006		<b>.000</b>	.002	<b>.000</b>	.010	.025	.332	.010
RFL	r	.161	<b>.925</b>	<b>.621</b>	<b>.555</b>	<b>.377</b>	<b>.497</b>	<b>.599</b>	1	<b>-.622</b>	<b>-.687</b>	<b>-.574</b>	<b>-.494</b>	<b>-.465</b>	<b>-.578</b>
	p	.074	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>		<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>
IBD	r	-.028	<b>-.728</b>	-.277	-.241	.049	-.176	-.279	<b>-.622</b>	1	<b>.746</b>	<b>.803</b>	<b>.630</b>	<b>.509</b>	<b>.603</b>
	p	.755	<b>.000</b>	.002	.007	.585	.050	.002	<b>.000</b>		<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>
DZA	r	-.113	<b>-.797</b>	<b>-.341</b>	-.281	.116	-.197	<b>-.354</b>	<b>-.687</b>	<b>.746</b>	1	<b>.774</b>	<b>.595</b>	<b>.572</b>	<b>.622</b>
	p	.210	<b>.000</b>	<b>.000</b>	.002	.197	.028	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>		<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>
PLU	r	-.029	<b>-.698</b>	-.241	-.206	.125	-.200	-.230	<b>-.574</b>	<b>.803</b>	<b>.774</b>	1	<b>.598</b>	<b>.595</b>	<b>.668</b>
	p	.745	<b>.000</b>	.007	.021	.164	.025	.010	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>		<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>
HAM	r	-.011	<b>-.590</b>	-.188	-.125	.050	-.270	-.200	<b>-.494</b>	<b>.630</b>	<b>.595</b>	<b>.598</b>	1	<b>.441</b>	<b>.576</b>
	p	.902	<b>.000</b>	.035	.166	.583	.002	.025	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>		<b>.000</b>	<b>.000</b>
SAD	r	-.126	<b>-.553</b>	-.232	-.270	.072	-.123	-.087	<b>-.465</b>	<b>.509</b>	<b>.572</b>	<b>.595</b>	<b>.441</b>	1	<b>.689</b>
	p	.161	<b>.000</b>	.009	.002	.426	.172	.332	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>		<b>.000</b>
SEN	r	-.242	<b>-.630</b>	-.291	<b>-.335</b>	-.043	-.160	-.228	<b>-.578</b>	<b>.603</b>	<b>.622</b>	<b>.668</b>	<b>.576</b>	<b>.689</b>	1
	p	.007	<b>.000</b>	.001	<b>.000</b>	.631	.075	.010	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	

Tabla 23.- Correlaciones entre variables. En negritas se señalan aquellas correlaciones mayores a 0.3 que fueron estadísticamente significativas ( $p > 0.05$ ).

Abreviaturas: SUP=Creencias de Supervivencia y Afrontamiento, FAM=Creencias de Responsabilidad Familiar, HIJ=Preocupaciones concernientes a los Hijos, MIE=Miedo al Suicidio, DES=Miedo a la Desaprobación Social, MOR=Objeciones Morales, RFL=Razones para Vivir, HAM=Escala de Hamilton de Depresión, IBD=Inventario de Beck de Depresión, DZA=Escala de Desesperanza de Beck, PLU=Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, SAD=Escala SAD PERSONS, SEN=Escala de Riesgo Suicida de Senties-Zamudio

## f) Propiedades Psicométricas de la Escala Razones para Vivir

### 1. Confiabilidad

La escala con 48 ítems mostró una confiabilidad Alfa de Cronbach= 0.92, la cual se considera alta y muestra gran consistencia entre todos los ítems; no obstante el análisis de la correlación ítem-total mostró que dos ítems correlacionaron negativamente y otros presentaban baja correlación, mismos que se muestran en la *Tabla 24*.

ITEM	Correlación Ítem- Total
18. Temo que mi método de matarme no funcionaría	-.248
46. Soy tan inepto que mi método no funcionaría	-.038
8. No creo que las cosas lleguen a ponerse tan miserables e irremediables que prefiriera estar muerto	.120
7. Mi familia podría pensar que no la quiero	.142
26. Soy un cobarde y no tengo la valentía para matarme	.160
15. Le tengo miedo a lo desconocido	.163
33. No podría describir dónde, cuándo ni cómo lo haría	.178
47. No quisiera que mi familia se sintiera culpable después	.179
31. Me preocupa lo que otros pensarían de mí	.216
41. La gente pensaría que soy débil y egoísta	.235
48. No quiero que mi familia piense que soy egoísta o cobarde	.250
23. Tengo miedo de ir al infierno	.293

*Tabla 24.- Ítems de la escala Razones para Vivir que mostraron baja correlación ítem-total*

### 2. Validez

La validez de la escala de Razones para Vivir se evaluó por medio de Análisis Factorial Confirmatorio. De acuerdo a la literatura se evaluaron las seis subescalas del instrumento. El ajuste del modelo mostró un Índice de Ajuste General del 60.3% el cual se considera moderado, la relación  $\chi^2/gf$  fue de 1.87, la cual está en el límite superior aceptable, El Error por Mínimos Cuadrados de Aproximación es de 0.084 indicando un ajuste marginal de las seis subescalas teóricas a los datos observados. En conclusión la escala y sus subescalas presentan una validez aceptable pero que podría mejorarse si se considera la reestructuración de los ítems detectados como deficientes.

El diagrama que representa las subescalas como variables latentes y los ítems que las predicen se muestra en *Figura 1*.

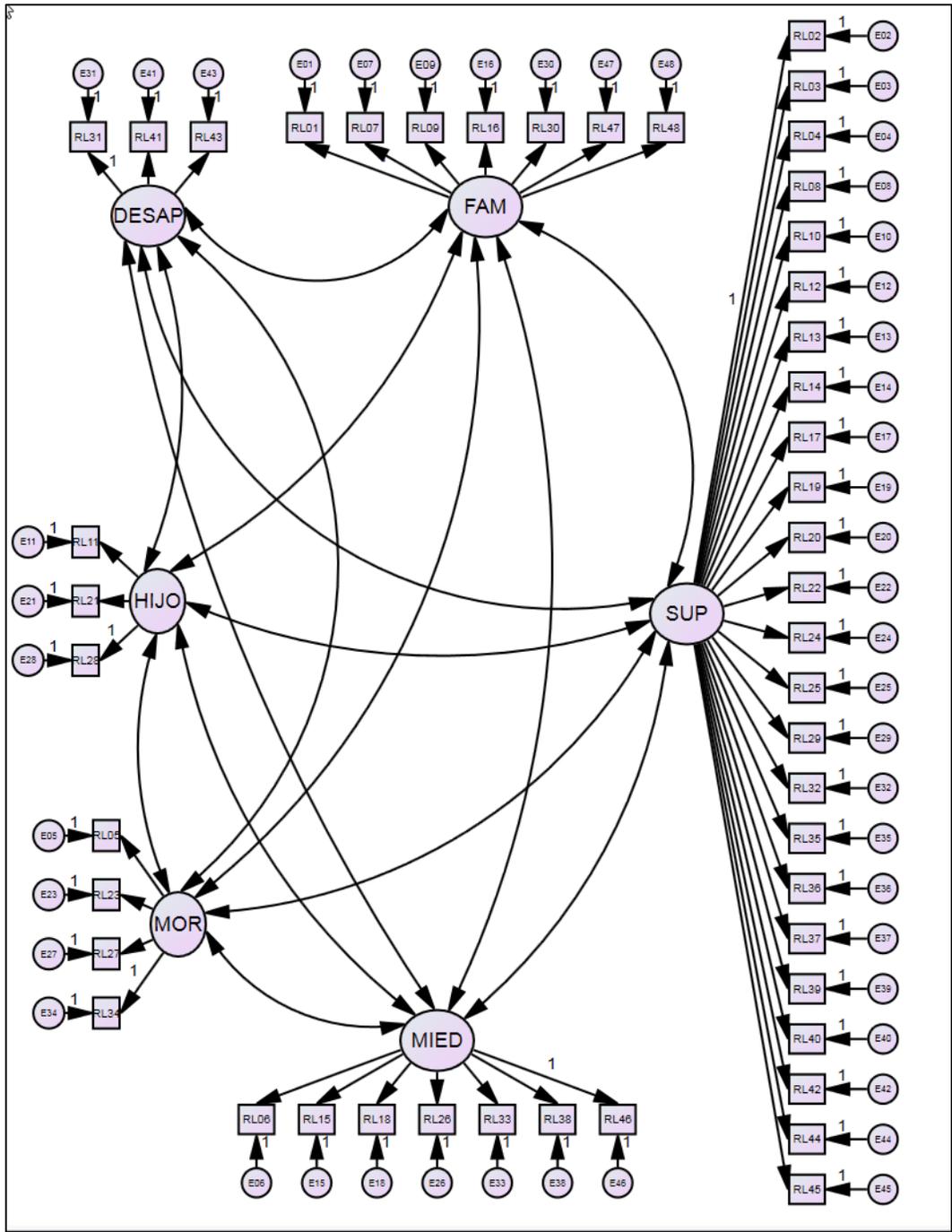


Figura 1.- Subescalas del instrumento Razones para Vivir como variables latentes y los ítems que las predicen

Abreviaturas: SUP=Creencias de Supervivencia y Afrontamiento, FAM=Creencias de Responsabilidad Familiar, HIJO=Preocupaciones concernientes a los Hijos, MIED=Miedo al Suicidio, DESAP=Miedo a la Desaprobación Social, MOR=Objeciones Morales.-

#### **XIV. DISCUSIÓN**

La falta de razones para vivir constituye un dato de suma importancia en la valoración del riesgo suicida. Desafortunadamente es un aspecto que con frecuencia se omite o se da por obvio ya que el clínico tiende a priorizar otros aspectos en su valoración tales como la intensidad de los síntomas depresivos, la estimación del riesgo suicida basado en variables sociodemográficas y clínicas, así como la evaluación de constructos como la desesperanza y la impulsividad. A lo largo de este estudio ha sido posible confirmar que el conocimiento del porqué una persona desea vivir nos abre nuevas posibilidades en el estudio del fenómeno suicida desde la perspectiva cognitiva, es decir, no solamente enfocarnos en conocer qué razones llevan a una persona a pensar en morir o a intentar suicidarse, sino por el contrario, qué razones tiene una persona para no desear su propia muerte. La existencia de instrumentos clinimétricos como el propuesto por Linehan en 1983, otorga a quienes diariamente atienden pacientes con riesgo suicida una herramienta adicional y valiosa que pretende objetivar y de alguna forma cuantificar dichas razones y contribuir con una pieza más a la compleja tarea de estimar tal riesgo.

En cuanto al instrumento Razones para Vivir se logró demostrar que en la población clínica estudiada tiene una alta confiabilidad (Alfa de Cronbach de 0.92), es decir, mide lo que pretende medir de una forma adecuada. Basados en el análisis factorial se observó que emergieron las 6 subescalas planteadas en el estudio original (Linehan, 1983): Creencias de supervivencia y afrontamiento (22 ítems), Creencias de Responsabilidad Familiar (7 ítems), Preocupaciones concernientes a los Hijos (3 ítems), Miedo al Suicidio (7 ítems), Miedo a la Desaprobación Social (3 ítems) y Objeciones Morales (4 ítems). En el análisis de correlación ítem-total se observó que el ítem 18 (“Temo que mi método de matarme no funcionaría”) y el ítem 46 (“Soy tan inepto que mi método no funcionaría”), ambas de la subescala Miedo al Suicidio, presentaron una correlación negativa con el total global de la prueba. Lo anterior pudiera explicarse por dos razones principales: en primer lugar por dificultades de algunos participantes para comprender exactamente qué es lo que se está preguntando y en segundo lugar por la redacción en negativo de los mismos. Respecto a su validez evaluada mediante Análisis Factorial Confirmatorio, se observó que el modelo ajustó al 60.3% que se considera un ajuste moderado y que el error por mínimos cuadrados de aproximación indicó un ajuste marginal del modelo. Dichos hallazgos hacen suponer que tanto la validez como la confiabilidad de la prueba pudieran mejorarse con la

eliminación de los ítems deficientes o la redacción de los mismos en un sentido más simple y sin negaciones en su sintaxis.

En la muestra de pacientes del presente trabajo se pudo estudiar a una población particular constituida por usuarios de un servicio de urgencias psiquiátricas. Si bien los motivos para solicitar una consulta de esta naturaleza son muy diversos, se determinó en los participantes la ausencia o presencia de fenómeno suicida y en estos últimos su ubicación en el espectro suicida (fantasías de muerte-ideación suicida-intento suicida). Dicha ubicación en el espectro es con frecuencia uno de los principales datos que busca el clínico para la toma de decisiones terapéuticas, ya que determina la gravedad y el riesgo de suicidio en un paciente con un trastorno depresivo. El incluir a un número considerable de sujetos sin fenómeno suicida permitió contar con un marco de referencia para así poder establecer comparaciones con cada uno de los otros tres grupos de estudio y así demostrar que conforme una persona avanza en el espectro suicida sus razones para vivir de alguna forma se “agotan” hasta llegar a niveles tan bajos que contribuyan a que tome la decisión de lastimarse o quitarse la vida.

Las características sociodemográficas de los participantes en los cuatro grupos de estudio fueron similares más no iguales, ya que se encontró una mayor edad en aquellos asignados a los Grupos 1 y 2 (Sin fenómeno suicida actual y con fantasías de muerte, respectivamente) que en aquellos ubicados en los grupos 3 y 4 (Ideación suicida e intento suicida, respectivamente), lo que estuvo probablemente influenciado por el incremento en la tasa de intentos de suicidio en adultos jóvenes que se ha reportado en los últimos años en nuestro país (Benjet, 2009). Respecto al género de los participantes, se observó una mayoría de mujeres en la muestra, sin embargo la proporción masculino/femenino fue mayor en el grupo sin fenómeno suicida actual (Grupo 1). Así mismo la proporción de participantes que refirió el estado civil “casado” fue mayor para el mismo grupo. Estos tres hallazgos pueden haber influido en algunos de los resultados ya que es bien sabido que la edad, el sexo y el estado civil son variables claramente asociadas con el fenómeno suicida.

El diagnóstico psiquiátrico de los participantes tuvo un peso importante en la determinación del grupo de estudio al que se asignaron. Así no resulta extraño que en aquellos con ideación e intento de suicidio (Grupos 3 y 4, respectivamente), el principal diagnóstico en eje I fuera Episodio Depresivo Grave y en aquellos sin fenómeno suicida actual o fantasías de muerte (Grupos 1 y 2,

respectivamente) contaran predominantemente con el diagnóstico de Episodio Depresivo Leve-Moderado o de otros trastornos, principalmente del espectro ansioso. En cuanto al diagnóstico en eje II (trastornos de la personalidad), resulta difícil de establecer con una sola valoración del servicio de urgencias, de ahí que en la gran mayoría de los participantes en todos los grupos dicho diagnóstico fuera aplazado. Resulta importante señalar que entre aquellos pacientes que conformaron el grupo de intento suicida (Grupo 4) existía una considerable proporción de participantes con el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad que, como es bien sabido, tienden a realizar intentos suicidas de carácter impulsivo que en muchos casos no tiene necesariamente un origen depresivo. Esta pudiera ser una explicación al fenómeno observado en este estudio de que aquellos con ideación e intento suicida (Grupos 3 y 4 respectivamente) no se diferenciaron de forma significativa entre sí respecto a los puntajes en la mayoría de las escalas utilizadas, incluyendo el instrumento Razones para vivir. Es decir, la omisión al discernir entre intentos de suicidio impulsivos y no impulsivos le brinda a dicho grupo una heterogeneidad en cuanto al grado de depresión real de los sujetos integrantes, lo cual necesariamente se traduce en variabilidad de los datos. A pesar de lo anterior, el análisis de varianza sí permitió para la mayoría de las variables distinguir grupos claramente diferenciados a partir de la asignación original; de tal suerte que en el análisis de subconjuntos homogéneos se obtuviera significancia estadística en la diferenciación grupal.

Al analizar la varianza entre los grupos se demostró que los puntajes en la Escala Razones para Vivir y sus subescalas permiten distinguir claramente entre aquellos sujetos con fenómeno suicida actual y aquellos sin fenómeno suicida, lo cual ha sido reportado con anterioridad (Dervic, 2004). Así mismo permite diferenciar a aquellas personas con fantasías sobre su propia muerte de aquellos con ideación o intento de suicidio. De forma similar, los puntajes en la subescala de Creencias de Supervivencia y Afrontamiento, que evalúa aspectos como la habilidad de contender con los problemas y las expectativas sobre el futuro, fueron significativamente diferentes entre aquellos sin fenómeno suicida, aquellos con fantasías de muerte y aquellos con ideación/intento suicida. Lo anterior ha sido replicado por numerosos autores (Cole, 1989) (Goldston, 2001) (Rietdijk, 2001) (Oquendo, 2005) y sugiere que las actitudes de una persona hacia la vida y sus capacidades de afrontar los obstáculos que se le presentan, correlacionan fuertemente con el riesgo que tiene de considerar el suicidio como una alternativa. En el caso de los puntajes en la

subescala Creencias de Responsabilidad Familiar, que evalúa que tan apegada es una persona a su núcleo familiar, solamente distinguieron de forma significativa entre aquellos con y sin fenómeno suicida actual, sin diferenciar entre los participantes con fantasías de muerte, ideación suicida o intento suicida. Se ha reportado en estudios previos que por factores culturales, la población latinoamericana que vive en los Estados Unidos tiende a puntuar más alto en dicha subescala (Sabogal, 1987) (Sue, 2002).

En el caso de la subescala Preocupaciones concernientes a los Hijos, sus puntajes permitieron distinguir claramente a aquellos con ideación o intento suicida del resto de la muestra. Es importante señalar que en el grupo de ideación suicida (Grupo 3) y en el de intento de suicidio (Grupo 4), la edad promedio de los sujetos fue menor que en los otros dos grupos. Lo anterior pudiera explicar que al ser más jóvenes, la proporción de padres o madres fuera menor y así sus preocupaciones respecto a los hijos fueran inexistentes. En estudios previos (Oquendo, 2005) se ha demostrado que a mayor edad, los puntajes en dicha subescala tienden a incrementarse, lo que traduce que la paternidad constituye un factor protector en contra el suicidio, debido probablemente a la noción de ser necesitado por un hijo que depende en gran medida del cariño y la protección de sus padres, así como del deseo natural de verles desarrollarse y adquirir autonomía.

Resulta particularmente interesante que los puntajes en la subescala Miedo al Suicidio fueron muy similares entre aquellos sin fenómeno suicida actual y aquellos que habían realizado un intento suicida, mismos que se diferenciaron de manera significativa de aquellos con fantasías de muerte o ideación suicida, en los que dichos puntajes resultaron ser más altos. Lo anterior se podría interpretar como una evidencia de que quienes más temen la muerte son precisamente aquellos que están pensando en suicidarse pero que no lo han intentado. Así mismo es posible inferir que una persona sin pensamientos suicidas no teme al suicidio al ser una opción que ni siquiera ha considerado seriamente. Este hallazgo pudiera tener una aplicación útil en la evaluación longitudinal de un paciente con depresión, ya que la disminución en los puntajes de dicha subescala, junto con muchos otros factores, potencialmente predice el paso de ideación a intento suicida. Lo anterior ha llevado a algunos autores (Garza, 2011) a considerar que el cambio en un paciente de un estado “con miedo al suicidio” a un estado “sin miedo al suicidio” se debe considerar como un dato de gran peso en la estimación del riesgo suicida.

Los puntajes en la subescala Miedo a la Desaprobación Social no mostraron diferencias significativas entre los 4 grupos, lo cual se podría interpretar como que la opinión que los demás tengan respecto a la conducta suicida de un sujeto, no constituye un factor que distinga a aquellos con y sin fenómeno suicida. Contrario a lo observado en la subescala Objeciones Morales, en cuyos puntajes se pudo observar una diferencia significativa entre aquellos sin fenómeno suicida actual o fantasías de muerte y aquellos con ideación o intento suicida. Diversos autores han demostrado que la religiosidad y la espiritualidad constituyen factores protectores contra el suicidio, y de forma aún más marcada en población latinoamericana (Dervic, 2004) (Lizardi, 2008) (Malone, 2000). En consonancia a lo anterior, llama la atención el hallazgo en el presente estudio de que existieron más sujetos que se reportaron como agnósticos en el grupo de intento suicida (Grupo 4) que en los otros tres grupos.

Los puntajes en las dos escalas utilizadas para depresión (Escala de Depresión de Hamilton e Inventario de Depresión de Beck) distinguieron claramente entre aquellos con y sin fenómeno suicida actual, sin embargo no diferenciaron el punto en el espectro suicida en el que se encontraban. Dicho hallazgo se puede explicar como consecuencia de dos razones principales: por un lado dichos instrumentos evalúan las ideas suicidas en uno solo de sus ítems y por lo tanto la contribución de dicho ítem al total de la escala es pobre. Por otro lado, sabemos que la depresión puede ser grave incluso en ausencia de pensamientos suicidas y por lo tanto un sujeto con fantasías de muerte puede tener puntajes más altos que alguien que realizó un intento suicida.

En la Escala de Desesperanza de Beck y en la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik se observaron los mayores puntajes entre aquellos con ideación suicida (Grupo 3), seguidos de aquellos con fantasías de muerte e intento suicida con puntajes menores y finalmente con puntajes aún menores aquellos sin fenómeno suicida. Una probable explicación a este fenómeno observado sería que en el grupo de intento de suicidio (Grupo 4) existían sujetos que habían realizado tal conducta por impulsividad y no por desesperanza necesariamente. En las otras escalas de valoración de riesgo suicida aplicadas (SAD PERSONS y Escala de Riesgo Suicida de Sentíes-Zamudio) se distinguieron claramente aquellos con ideación/intento suicida de aquellos con fantasías de muerte y aquellos sin fenómeno suicida.

Uno de los hallazgos más importantes del presente estudio son las fuertes correlaciones encontradas entre las variables clinimétricas. Por un lado las existentes entre las subescalas del Instrumento Razones para Vivir entre sí (a excepción de la subescala Miedo al Suicidio que solamente correlacionó con la subescala Miedo a la Desaprobación Social) y de cada una de las 6 subescalas respecto al puntaje total del instrumento. No resulta sorprendente que la subescala con mayor correlación con el total de la escala haya sido la denominada Creencias de Supervivencia y Afrontamiento, lo cual se explica por la fuerte representación de ítems que necesariamente impactan el total global. La siguiente subescala con mayor correlación con el total del instrumento fue la de Creencias de Responsabilidad Familiar, seguida de la subescala Objeciones Morales y la subescala Preocupaciones concernientes a los Hijos. En último lugar pero aun así con fuertes correlaciones hacia el total se ubicaron las subescalas Miedo a la Desaprobación Social y Miedo al Suicidio.

Algunas de las subescalas presentaron a su vez fuertes correlaciones entre sí. Se encontró que la subescala Creencias de Supervivencia y Afrontamiento correlacionó principalmente con las subescalas Objeciones Morales, Creencias de Responsabilidad Familiar y Preocupaciones concernientes a los Hijos. La subescala Miedo al Suicidio solamente correlacionó con la subescala Miedo a la Desaprobación Social. Finalmente la subescala Objeciones Morales presentó correlación con la subescala Preocupaciones concernientes a los Hijos.

Otro hallazgo interesante fue que la edad se correlacionó de manera significativa solamente con los puntajes en la subescala Preocupaciones concernientes a los Hijos y la subescala Objeciones Morales, lo cual puede entenderse como que a mayor edad aumentan las probabilidades de tener hijos, así como a la tendencia a dar una mayor importancia a los aspectos morales con el transcurrir de los años.

Por otro lado, se encontraron fuertes correlaciones negativas entre la escala Razones para Vivir y sus subescalas con los instrumentos de valoración de depresión, desesperanza y riesgo suicida. Específicamente, el puntaje total de la escala Razones para Vivir y de su subescala Creencias de Supervivencia y Afrontamiento tuvieron una fuerte correlación negativa con los puntajes en la escala de Desesperanza de Beck, indicando una relación inversa entre desesperanza y motivos para vivir. De igual forma se encontró una correlación negativa entre estas y las escalas de depresión aplicadas en el estudio (Escala de Depresión de Hamilton e Inventario de Depresión de

Beck), lo cual ha sido reportado anteriormente por otros autores (Osman, 1993) (Range, 1990), así como con las escalas de riesgo suicida (Escala SAD PERSONS, Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y Escala de Riesgo Suicida de Sentíes-Zamudio). Lo anterior se traduce en un hallazgo esperado pero que sin duda le brinda a la escala Razones para Vivir un lugar como herramienta objetiva en la difícil tarea de estimar el riesgo suicida de un individuo, ya que si los instrumentos clinimétricos utilizados habitualmente en tal valoración presentan una correlación tan fuerte con el inventario Razones para Vivir, se puede inferir que miden el mismo fenómeno pero de forma inversa. Adicionalmente, los puntajes en la subescala Creencias de Responsabilidad Familiar y la subescala de Objeciones Morales presentaron correlación negativa con los puntajes en la Escala de Desesperanza de Beck. A su vez, los puntajes en la subescala de Preocupaciones concernientes a los Hijos se correlacionaron de forma inversa con los puntajes en la Escala de Riesgo Suicida de Sentíes-Zamudio.

El presente trabajo tiene varias limitaciones. En primer lugar, en la conformación de los cuatro grupos de estudio solamente se tomó en cuenta una variable para determinar a qué grupo se asignaba cada paciente, es decir, solamente se consideró si el participante tenía o no presente dentro de sus síntomas algún grado de fenómeno suicida. Lo anterior resultó en una heterogeneidad respecto a algunos datos sociodemográficos entre los conformantes de los grupos, las cuales pueden impactar en los resultados al fungir como variables confusoras. Esto es especialmente notable en los promedios de edad de los grupos, así como en su proporción dispar hombre/mujer, la proporción de los distintos estados civiles, ocupación y religión. Dichas variables pueden generar confusión debido a que es sabido que tienen una influencia en las características de la conducta suicida. Por mencionar un ejemplo, el hecho de que hubiera proporcionalmente más hombres en el grupo sin fenómeno suicida pudiera explicar algunos de los hallazgos en tal grupo, tratándose entonces más bien de un efecto del género más que de la propia ausencia de pensamientos suicidas. Así mismo, es importante recalcar que el número de participantes en los subgrupos con fenómeno suicida actual (Grupos 2, 3 y 4) fue más reducido que en el grupo sin fenómeno suicida (Grupo 5).

Los diferentes diagnósticos en eje I y II de los participantes constituye otro punto de potencial confusión, ya que los efectos observados pudieran tener que ver más con el diagnóstico

psiquiátrico que con la presencia o ausencia de ideas suicidas. Otra debilidad importante es la omisión en la distinción entre intentos suicidas de carácter impulsivo y no impulsivo, aunque al corregir según otras variables como los puntajes en depresión y desesperanza, dicha confusión se atenúa. Lo anterior pudiera explicar por qué el grupo de intento suicida no impresionó tener menos razones para vivir o depresiones más graves que el grupo de ideación suicida.

Es importante recalcar el tipo de población que participó en el estudio: usuarios del servicio de urgencias psiquiátricas de un hospital del tercer nivel de atención, lo cual implica que se debe tener mucha cautela al tratar de extrapolar estos hallazgos a otras poblaciones con diferentes características clínicas y sociodemográficas.

Como principales fortalezas del presente trabajo se señalan las siguientes. En primer lugar, constituye hasta donde tiene conocimiento el autor, el primer estudio realizado en nuestro país utilizando la escala Razones para Vivir. Es decir, es la primera ocasión que se analizan sus propiedades psicométricas y se evalúa el comportamiento del mismo en una población clínica mexicana. En segundo lugar el estudio sugiere fuertemente que los puntajes en dicho instrumento y sus subescalas tienen poder predictivo en la estratificación del riesgo suicida, lo cual necesariamente le da una importancia como herramienta para su uso cotidiano en la práctica clínica. Finalmente, el tamaño de la muestra global constituye otra de sus fortalezas, ya que permitió que muchos de los hallazgos lograran una significancia estadística. A futuro será necesario investigar el comportamiento del instrumento Razones para Vivir entre los diferentes grupos de edad y en distintas poblaciones. Así mismo resultará de gran utilidad conocer las diferencias en sus puntajes según el diagnóstico psiquiátrico y en los diferentes trastornos de la personalidad.

Para el médico que valora a un paciente con trastornos depresivos y fenómeno suicida, la incorporación del instrumento Razones para Vivir le brinda la oportunidad de un conocimiento más completo de la situación del paciente y de cuáles son sus creencias que le protegen en contra del suicidio. Esto abre nuevas áreas de intervención para fortalecer dichas razones y en última instancia beneficiar al paciente, a su familia y a la sociedad.

## **XV. CONCLUSIONES**

- El instrumento Razones para Vivir demostró tener en población clínica del servicio de Atención Psiquiátrica Continua (Urgencias) una alta confiabilidad y una validez aceptable.
- Dicha herramienta clinimétrica tiene la capacidad de estratificar el riesgo suicida y distingue de forma indirecta a aquellos pacientes sin fenómeno suicida actual de aquellos con fantasías de muerte, ideación suicida o intento suicida.
- Las Creencias de Supervivencia y Afrontamiento constituyen la subescala del Instrumento Razones para Vivir que más fuertemente se correlaciona con el total de la escala.
- La edad se correlaciona con mayores puntajes en la subescala Preocupaciones concernientes a los Hijos y la subescala Objeciones Morales.
- Los puntajes en el instrumento y sus subescalas se correlacionan fuertemente y de forma inversa con los puntajes en otras escalas de medición de depresión, desesperanza y riesgo suicida, tanto auto aplicables como evaluadas por el observador.
- Su incorporación en la práctica psiquiátrica en nuestro medio puede tener enormes ventajas al contribuir a una valoración más completa y desde otras perspectivas del fenómeno suicida, así como al diseño personalizado de estrategias terapéuticas de corte cognitivo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors 2003. Washington DC, American Psychiatric Association.
2. Bach-Mizrachi H, Underwood M.D, Kassir S.A, Bakalian M.J, Sibille E, Tamir H, Mann J.J, Arango V. Neuronal tryptophan hydroxylase mRNA expression in the human dorsal and median raphe nuclei: major depression and suicide. *Neuropsychopharmacology* 2006; 31 (4), 814–824.
3. Bech P, Awata S. “Measurement of suicidal behavior with psychometric scales”, en: Wasserman, D.; Wasserman, C. (eds.): *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention* 2009, Oxford, Oxford University Press, pp. 305-11.
4. Beck A. T, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation, *J Consult Clin Psychol* 1979, 47: 343-52.
5. Beck A.T, Schuyler D, Herman I. Development of suicidal intent scales, en: Beck, A. T.; Resnick, H. L. P.; Lettieri, D. J. (eds.): *The prediction of suicide* 1974a, Bowie, Charles Press, pp. 45-56.
6. Beck A. T, Weissman A, Lester D. et al. The measurement of pessimism: The hopelessness scale, *J Consult Clin Psychol* 1974b, 42:861-5.
7. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Aguilar-Gaxiola S. Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *J Child Psychol Psychiatry* 2009;50:386-395.
8. Boldrini M, Underwood M.D., Mann J.J, Arango V. More tryptophan hydroxylase in the brainstem dorsal raphe nucleus in depressed suicides. *Brain Res* 2005; 1041, 19–28.
9. Bondy B, Buettner A, Zill P. Genetics of suicide. *Mol Psychiatry* 2006; 11: 336–51.
10. Bonkale W.L, Murdock S, Janosky J.E., Austin M.C. Normal levels of tryptophan hydroxylase immunoreactivity in the dorsal raphe of depressed suicide victims. *J. Neurochem* 2004; 88, 958–964.
11. Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Publica Mex* 2010;52:292-304.
12. Brent DA, Bridge J. Firearms availability and suicide. *Am Behav Sci* 2003; 46: 1192–210.
13. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry* 2006; 47: 372–94.

14. Britton P, Duberstein P, Conner K, Heisel M, Hirsch J, Conwell, Y. Reasons for living, hopelessness, and suicide ideation among depressed adults 50 years or older. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008; 16(9):736-741.
15. Brown L. K, Overholser J, Spirito A. et al. The correlates of planning in adolescent suicide attempts, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991, 30: 95-9.
16. Brown GK. A review of suicide assessment measures for intervention research with adults and older adults. National Institutes of Mental Health. EUA. 2004.
17. Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003; 33: 395–405.
18. Cole D. Validation of the Reasons for Living Inventory in general and delinquent adolescent samples. *J of Abnormal Child Psychol* 1989, 17, 13–27.
19. Conner KR, Duberstein PR. Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 28: 6S–17S.
20. Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones, 2008. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública, 2008.
21. Coryell W, Young EA. Clinical predictors of suicide in primary major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 412–17.
22. Coryell W, Schlessler M. The dexamethasone suppression test and suicide prediction. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 748–53.
23. Dervic K, Oquendo M. A, Grunebaum M. F, Ellis S, et al. Religious affiliation and suicide attempt. *American Journal of Psychiatry* 2004; 161, 2302–2308.
24. Díaz F. J, Baca-García E, Díaz-Sastre C. et al. Dimensions of suicide behavior according to patient's report, *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003, 253: 197-202.
25. Dogra A, Basu S, Das S. Impact of meaning of life and reasons for living to hope and suicidal ideation: A study among college students. *SIS Journal of Projective Psychology and Mental Health* 2011, 18, 89-102.
26. Duberstein PR, Conwell Y. Personality disorders and completed suicide: a methodological and conceptual review. *Clin Psychol Sci Pract* 1997; 4: 359–76.
27. Edwards M, Holden R. Coping, meaning in life, and suicidal manifestations: Examining gender differences. *Journal of Clinical Psychology* 2003; 59(10): 1133-1150.

28. Ernst C, Lalovic A, Lesage A, et al. Suicide and no axis I psychopathology. *BMC Psychiatry* 2004; 4: 7.
29. Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry* 1987, 150: 285–292.
30. Fazel S, Benning R, Danesh J. Suicides in male prisoners in England and Wales, 1978–2003. *Lancet* 2005; 366: 1301–02.
31. Fazel S, Cartwright J, Nott-Norman A, Hawton K. Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 1721–31.
32. Feinstein AR. *Clinical epidemiology and architecture of clinical research*. Saunders. EUA. 1985.
33. Fortune SA, Hawton K. Culture and mental disorders: suicidal behaviour. In: Bhugra D, Bhui K, eds. *Textbook of cultural psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2007: 255–71.
34. Foster T, Gillespie K, McClelland R. Mental disorders and suicide in Northern Ireland. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 447–52.
35. Garza M, Cramer R. The Spanish Reasons for Living Inventory (SRFL-I): Factor Structure and Association with Suicide Risk Among Spanish Speaking Hispanics. *Archives of Suicide Research* 2011; 15:4, 354-371
36. Goldston D. B, Daniel, S, Reboussin, B. A, Reboussin, D. M, et al. Cognitive risk factors and suicide attempts among formerly hospitalized adolescents: A prospective naturalistic study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2001, 40, 91–99.
37. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression*, 2nd edn. New York: Oxford University Press, USA, 2007.
38. Gunnell D, Eddleston M, Phillips MR, Konradsen F. The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: systematic review. *BMC Public Health* 2007; 7: 357.
39. Gutierrez P, Osman A, Barrios F, Kopper B, Baker M, Haraburda C. Development of the Reasons for Living Inventory for Young Adults. *Journal of Clinical Psychology* 2002; 58(4): 339-357.
40. Hamilton M. A rating scale for depression, *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1960, 23: 56-62.
41. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 205–28.
42. Harwood D, Hawton K, Hope T, Jacoby R. Suicide in older people without psychiatric disorders. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21: 363–67.

43. Hawton K, Clements A, Sakarovitch C, et al. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979–1995. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55: 296–300.
44. Hawton K, Appleby L, Platt S, et al. The psychological autopsy approach to studying suicide: a review of methodological issues. *J Affect Disord* 1998; 50: 269–76.
45. Hawton K, Sutton L, Haw C, et al. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 693–704.
46. Hawton K, Sutton L, Haw C, et al. Schizophrenia and suicide: a systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 9–20.
47. James A, Lai FH, Dahl C. Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: a review of possible associations. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110: 408–15.
48. Kelly S, Bunting J. Trends in suicide in England and Wales, 1982–96. *Popul Trends* 1998; 92: 29–41.
49. King M, Semlyen J, See Tai S, et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry* 2008; 8: 70.
50. Khan A, Leventhal RM, Khan S, Brown WA. Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database. *J Affect Disord* 2002; 68: 183–90.
51. Kline P. *An easy Guide to Factor Analysis*. Newbury Park. 1994.
52. Levi F, La Vecchia C, Lucchini F, et al. Trends in mortality from suicide, 1965–99. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108: 341–49.
53. Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE, Seeley JR, Andrews JA. Adolescent psychopathology. I: Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology* 1993, 102: 133–144 (erratum, 102: 517).
54. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, et al. Borderline personality disorder. *Lancet* 2004; 364: 453–61.
55. Linehan M, Goodstein J, Nielsen S, Chiles J. Reason for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reason for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983; 51(2): 276-286.
56. Lizardi D, Dervic K, Grunebaum MF, Burke A, et al. The role of moral objections to suicide in the assessment of suicidal patients. *Journal of Psychiatric Research* 2008; 42, 815–821.
57. Malone KM, Oquendo MA, Haas GL, Ellis SP, et al. Protective factors against suicidal acts in major depression: Reasons for living. *American Journal of Psychiatry* 2000; 157, 1084–1088.

58. McGirr A, Renaud J, Bureau A, et al. Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide. *Psychol Med* 2008; 38: 407–17.
59. McKenzie K, Serfaty M, Crawford M. Suicide in ethnic minority groups. *Br J Psychiatry* 2003; 183: 100–01.
60. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C et al. Prevalence of mental disorders and use of services: Results from the Mexican Nacional Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Ment* 2003;26:1-16.
61. Montgomery S. A, Asberg M. A. A new depression scale designed to be sensitive to change, *Br J Psychiatry* 1979, 134: 382-9.
62. Oquendo M, Baca-Garcia E, Graver R, Morales M, Montalvan V, Mann J. Spanish adaptation of the Reasons for Living Inventory. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 2000; 22(3): 369-381.
63. Oquendo M, Dragatsi D, Harkavy-Friedman J, Dervic K, et al. Protective factors against suicidal behavior in Latinos. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2005, 193, 438–443.
64. Orley J, Saxena S, Herrman H. Quality of life and mental illness: reflections from the perspective of WHOQOL. *British Journal of Psychiatry* 1998, 172: 291–293.
65. Osman A, Gifford J, Homes T, Lickiss L, et al. Psychometric evaluation of the Reasons for Living Inventory. *Psychological Assessment* 1993, 5, 154–158.
66. Osman A, Downs W, Kopper B, Barrios F, Baker M, Osman J. et al. The Reasons for Living Inventory for Adolescents (RFL-A): Development and psychometric properties. *Journal of Clinical Psychology* 1998; 54(8): 1063-1078.
67. Pai S, Kapur RL. Impact on treatment intervention on the relationship between the dimensions of clinical psychopathology, social dysfunction and burden on families of schizophrenic patients. *Psychological Medicine* 1982, 12: 651–658.
68. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia—a reexamination. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 247–53.
69. Partonen T, Haukka J, Virtamo J, et al. Association of low serum total cholesterol with major depression and suicide. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 259–62.
70. Patterson, W. M.; Dohn, H. H.; Bird J.; Patterson, G. A. Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale, *Psychosomatics* 1983, 24: 343-5.
71. Phillips MR, Li X, Zhang Y. Suicide rates in China, 1995–99. *Lancet* 2002; 359: 835–40.

72. Platt S, Hawton K. Suicidal behaviour and the labour market. In: Hawton K, Van Heeringen K, eds. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: Wiley, 2000: 303–78.
73. Plutchik R, van Praag H. M, Conte H. R. et al. Correlates of suicide and violent risk, I: The suicide risk measure, *Compr Psychiatry* 1989, 30: 296-302
74. Pritchard C, Hansen L. Comparison of suicide in people aged 65–74 and 75+ by gender in England and Wales and the major Western countries 1979–1999. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20: 17–25.
75. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981–1997. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 765–72.
76. Range L. M, Antonelli K. B. A factor analysis of six commonly used instruments associated with suicide using college students. *Journal of Personality Assessment* 1990, 55, 804–811
77. Real Academia Española, *Diccionario de la Lengua Española*, 22° Edición, Espasa, España, 2002.
78. Retterstøl, Nils: Suicide in a cultural history perspective, *Norwegian Journal Suicidologi* 1998, no. 3.
79. Rietdijk E. A, van den Bosch L. M., Verheul R, Koeter M. W, et al. Predicting self-damaging and suicidal behaviors in female borderline patients: reasons for living, coping, and depressive personality disorder. *J of Personality Disorders* 2001, 15, 512–520.
80. Sabogal F, Marin G, Otero-Sabogal R, Marin B. V. Latino familism and acculturation: What changes and what doesn't? *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 1987; 9, 397–412.
81. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry* 2004; 161: 2295–302.
82. Sheehan, D. V.; Lecrubier, Y.; Harnett-Sheehan, K. et al. Reliability and validity of the MINI Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI): according to the SCID-P, *Eur Psychiatry* 1997, 12: 232-41.
83. Sue DW, Sue D. *Counseling the culturally different: Theory and practice* (4 Ed.). New York, NY: John Wiley and Sons 2002.
84. Thornicroft G, Sartorius N. The course and outcome of depression in different cultures: 10-year follow-up of the WHO Collaborative Study on the Assessment of Depressive Disorders. *Psychological Medicine* 1993, 23: 1023–1032.
85. UK700 Group. Predictors of quality of life in people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry* 1999, 175: 426–432.

86. Underwood, M.D., Khaibulina, A.A., Ellis, S.P., Moran, A., Rice, P.M., Mann, J.J., Arango, V. Morphometry of the dorsal raphe nucleus serotonergic neurons in suicide victims. *Biol. Psychiatry* 1999; 46, 473–483.
87. Valencia, J. Validación del Inventario de Razones para Vivir (RFL) en sujetos con conducta suicida de Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2009; 38(1): 67-84.
88. Wang M, Lightsey O, Pietruszka T, Uruk A, Wells A. Purpose in life and reasons for living as mediators of the relationship between stress, coping, and suicidal behavior. *The Journal of Positive Psychology* 2007; 2(3): 195-204.
89. Wasserman D, Cheng Q, Jiang G-X. Global suicide rates among young people aged 15–19. *World Psychiatry* 2005; 4: 114–20.
90. Westefeld J, Range L, Rogers J, Maples M, Bromley J, Alcorn, J. Suicide: An overview. *The Counseling Psychologist* 2000; 28(4): 445-510.
91. WHO. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.
92. Winefield HR, Harvey EJ. Needs of family care-givers in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1994, 20(3): 557–566.
93. Yip PSF, Chao A, Chiu CWF. Seasonal variation in suicides: diminished or vanished. Experience from England and Wales, 1982–1996. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 366-69.
94. Zamudio M.J. “Validez Concurrente de tres instrumentos Clinimétricos para la Evaluación del riesgo suicida: Mini entrevista Neuropsiquiátrica internacional módulo de riesgo de Suicidio, Escala de Riesgo suicida de Plutchik y la Nueva escala de Estimación del Riesgo Suicida (Sentís H/Zamudio M).” Tesis para obtener la especialidad en Psiquiatría 2009. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
95. Zivin K, Kim HM, McCarthy JF, et al. Suicide mortality among individuals receiving treatment for depression in the veterans affairs health system: associations with patient and treatment setting characteristics. *Am J Public Health* 2007; 97: 2193–98.

## Razones para vivir

Muchas personas han pensado en el suicidio por lo menos una vez. Otras nunca lo han considerado. Así, lo haya considerado usted o no, nos interesan las razones que usted tendría para no suicidarse, si es que la idea se le ocurriera o si alguien se lo sugiriera. En las siguientes páginas hay razones que las personas a veces dan para no suicidarse. Quisiéramos saber cuán importante sería cada una de estas posibles razones para usted, en este momento, para no matarse. Por favor, anote esto en el blanco a mano derecha de cada pregunta. A cada razón puede dársele una importancia que varía de ninguna importancia a suma importancia. Si la razón no se aplica en su caso o si usted no cree que la oración sea cierta, es poco probable que la razón fuera importante para usted y por lo tanto debe asignarle Ninguna importancia. Por favor, use todas las opciones disponibles para que no resulte que la mayoría de las respuestas estén sólo en el medio o sólo en los extremos.

	IMPORTANCIA				
	Ninguna	Poca	Alguna	Mucha	Extrema
1. Soy responsable y estoy comprometido con mi familia					
2. Creo poder aprender a adaptarme y a lidiar con mis problemas					
3. Creo tener control sobre mi vida y mi destino					
4. Deseo vivir					
5. Creo que sólo Dios tiene derecho a quitar una vida					
6. Le tengo miedo a la muerte					
7. Mi familia podría pensar que no la quiero					
8. No creo que las cosas lleguen a ponerse tan miserables e irremediables que prefiriera estar muerto					
9. Mi familia depende de mí y me necesita					
10. No quiero morir					
11. Quiero ver a mis hijos crecer					
12. La vida es lo único que tenemos y es mejor que no tener nada					
13. Tengo planes para el futuro que me gustaría llevar a cabo					
14. Por mal que me sienta, sé que no durará					
15. Le tengo miedo a lo desconocido					
16. Quiero a mi familia y disfruto de ellos demasiado para dejarlos					
17. Quiero vivir todo lo que la vida ofrece y hay muchas experiencias que aún no he tenido y que quisiera tener					
18. Temo que mi método de matarme no funcionaría					
19. Yo mismo me aprecio lo suficiente para seguir viviendo					

	IMPORTANCIA				
	Ninguna	Poca	Alguna	Mucha	Extrema
20. La vida es demasiado bella y preciada para ponerle fin					
21. No sería justo dejar a mis hijos para que otros los cuiden					
22. Creo poder encontrar otras soluciones a mis problemas					
23. Tengo miedo de ir al infierno					
24. Amo la vida					
25. Soy demasiado estable para matarme					
26. Soy un cobarde y no tengo la valentía para matarme					
27. Mis creencias religiosas me lo prohíben					
28. Podría tener un efecto perjudicial en mis hijos					
29. Tengo curiosidad sobre lo que pasará en el futuro					
30. Le dolería demasiado a mi familia y no quisiera hacerlos sufrir					
31. Me preocupa lo que otros pensarían de mí					
32. Creo que las cosas salen como convienen					
33. No podría describir dónde, cuándo ni cómo lo haría					
34. Lo considero inmoral					
35. Todavía me quedan muchas cosas por hacer					
36. Tengo la valentía de enfrentarme a la vida					
37. Soy feliz y estoy a gusto con mi vida					
38. Le tengo miedo al acto de matarme (el dolor, la sangre, la violencia)					
39. Creo que con matarme no lograría ni resolvería nada					
40. Tengo la esperanza de que las cosas mejorarán y el futuro será más feliz					
41. La gente pensaría que soy débil y egoísta					
42. Tengo un impulso innato de sobrevivir					
43. No quisiera que la gente pensara que no tenía control sobre mi vida					
44. Creo que puedo encontrar un propósito en la vida, una razón para vivir					
45. Para qué apresurar la muerte					
46. Soy tan inepto que mi método no funcionaría					
47. No quisiera que mi familia se sintiera culpable después					
48. No quiero que mi familia piense que soy egoísta o cobarde					