



Universidad Nacional Autónoma De México



Facultad de Medicina.
División de Estudios de Posgrado e Investigación

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

Antecedente Familiar de Conducta Suicida y su Relación con el Riesgo Suicida

Presenta la tesis para obtener el Diploma de Especialista en Psiquiatría

Daniela Rodríguez González

Dra. Ma. Del Socorro
González Valadez

Asesor Teórico

Soc. Juana Freyre
Galicia

Asesor Metodológico

Ciudad de México, 07 de Junio de 2016



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.



*Regina y Cutberto: base y pilar
Por su apoyo he cumplido mi sueño*



*Socorro: por cuidarme, guiarme y
confiar en mí, aún cuando ni yo misma
lo hacia*



*Jorge: me has enseñado mucho más
de lo que crees*



A mí, por mí y para mí

Contenido

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Marco Teórico.....	3
Justificación.....	8
Objetivo general.....	9
Objetivos específicos.....	9
Hipótesis.....	10
Operacionalización de variables.....	10
Población/muestra.....	19
Criterios de inclusión.....	20
Criterios de exclusión.....	20
Tipo de estudio.....	21
Material y Método.....	21
Consideraciones éticas.....	28
Resultados.....	29
Discusión.....	41
Conclusiones.....	43
Literatura citada.....	44
Anexos.....	50

Antecedente Familiar de Conducta Suicida, y su influencia en el Riesgo Suicida

Resumen

Introducción: El suicidio provoca casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en aproximadamente un millón de víctimas al año. En México se reportaron 4,388 muertes por suicidio. En 2010 se sitúa al suicidio como una de las 5 causas principales de muerte hasta los 34 años. Los factores de riesgo descritos son: carga genética, rasgos de personalidad impulsiva y agresiva, eventos traumáticos, alteraciones neurobiológicas, desórdenes psiquiátricos, trastornos físicos, crisis psicosociales, disponibilidad de medios y exposición a modelos.

Justificación: El suicidio ha sido poco estudiado en México, por lo que no hay muchos estudios en los que se analice la relación que tiene el contar con familiares cercanos que hayan presentado conductas suicidas y la presencia de conductas suicidas en los pacientes. ***Objetivo:*** Determinar la relación que tiene el antecedente familiar de conducta suicida y el riesgo que tienen la población de presentarla. ***Material y Método:*** Se aplicó la Escala PHQ-9 y la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck o la Escala de Ideación suicida de Beck, además de un cuestionario, a pacientes que ingresaron al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con diagnóstico de Trastorno Afectivo de Tipo Depresivo no psicótico y conducta suicida. ***Resultados:*** Mediante tablas de correlación se determinó que el Antecedente Familiar de la Conducta suicida no es estadísticamente significativo para presentar Riesgo Suicida. ***Palabras clave:*** Suicidio, Riesgo Suicida, Familiar suicida, México.

Introducción

El suicidio constituye un problema de salud pública muy importante, pero en gran medida prevenible, que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce aproximadamente un millón de víctimas al año, además de costos económicos cifrados en miles de millones de dólares, según ha señalado la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las estimaciones realizadas indican que en 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones.¹

En México, en un estudio publicado en 1996, que abarcaba de 1974 a 1994 se afirma que “En 1970 hubo 554 muertes por suicidio en la República Mexicana, para ambos sexos, y 2,603 en 1994. Durante este período la tasa de suicidios en ambos sexos pasó de 1.13 por 100,000 habitantes en 1970 a 2.89 por 100,00 habitantes en 1994, un aumento de 156%”². En comparación a otro estudio publicado en 2010 que sitúa al suicidio como una de las 5 causas principales de muerte hasta los 34 años, y la tercera entre los 15 y 24 años, y reporta 4,388 muertes por suicidio, con una tasa de 4.15 por 100,000 habitantes.³

Los factores de riesgo para cometer suicidio se han descrito en la literatura internacional, listándose: carga genética, rasgos de personalidad impulsiva y agresiva, retardo en el crecimiento intrauterino y complicaciones perinatales, eventos traumáticos en etapas tempranas de la vida, alteraciones neurobiológicas, desórdenes psiquiátricos, trastornos físicos, crisis psicosociales, disponibilidad de medios y exposición a modelos⁴.

Los factores de riesgo para la conducta suicida que se han descrito en nuestro país en la población adulta y adolescentes incluyen al sexo femenino, a los más jóvenes, a aquéllos que no están casados o con una pareja, diferentes trastornos mentales y eventos negativos en la vida⁵. Salta a la vista que entre estos factores no se menciona el antecedente familiar de conducta suicida y hasta este momento no se han hecho estudios en el que se investigue la relación que tienen estos antecedentes con el riesgo de presentar conducta suicida en la población mexicana.

Marco Teórico

Etimológicamente, suicidio proviene del latín: sui (sí mismo) cidium (matar), “atentado contra la propia vida”, “matar-se”. Los griegos lo expresaban como *autokeiria*, de *autos* (sí mismo), y *keiros*: (mano), lo que significaría: muerte ejecutada por mano propia⁶.

Emilio Durkheim plantea: *“Se llama suicidio a todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, cumplido por la víctima misma, que sabía debía producir ese resultado”*⁶

El método clásico de investigar las características de aquellos individuos que han fallecido por suicidio es mediante autopsia psicológica. Este acercamiento ha demostrado que los trastornos psiquiátricos se encuentran presentes en 90% de las víctimas y contribuyen en un 47-74% al riesgo de suicidio. Los trastornos afectivos son los más frecuentes, seguidos de abuso de sustancias y esquizofrenia. La comorbilidad de trastornos aumenta en gran medida el riesgo de suicido⁴. Se ha encontrado que entre el 47 al 74% de los suicidios se pueden

atribuir a un trastorno mental, y los trastornos afectivos (21-57%) hacen las contribuciones más sustanciosas⁷. El riesgo de mortalidad por suicidio asociado con la depresión es 21 veces mayor al riesgo que presenta la población general⁸.

El comportamiento suicida viene determinado por un gran número de causas complejas, tales como la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, una discusión, la ruptura de relaciones y problemas jurídicos o laborales. Los antecedentes familiares de suicidio, así como el abuso de alcohol y estupefacientes, y los maltratos en la infancia, el aislamiento social y determinados trastornos mentales, como la depresión y la esquizofrenia, también tienen gran influencia en numerosos suicidios. Las enfermedades orgánicas y el dolor discapacitante también pueden incrementar el riesgo de suicidio¹.

La OMS describe que, a nivel mundial, los métodos más empleados para suicidarse son los plaguicidas, las armas de fuego y diversos medicamentos, como los analgésicos, que pueden resultar tóxicos si se consumen en cantidades excesivas¹.

Suicidio en México

En nuestro país, de acuerdo con las estadísticas de mortalidad, durante 2011 se registraron 5 mil 718 suicidios de los cuales 80.8% fueron consumados por hombres y 19.2% correspondió a mujeres, lo que significa que ocurren cuatro suicidios de hombres por cada suicidio de una mujer.⁹

Es posible advertir que la tasa de suicidios presenta una tendencia creciente, pues de 1990 a 2011 para la población general la tasa se duplicó al pasar de 2.2 a 4.9 suicidios por cada 100 mil habitantes. Por sexo, en 2011 la tasa de mortalidad de esta causa fue de 8.2 por cada 100 mil hombres y de 1.9 suicidios por cada 100 mil mujeres.⁹

En México, el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación se ubica como el principal método utilizado por hombres y mujeres (78.1 y 72.4%, respectivamente); en segundo lugar, ellos optaron por el disparo con arma (12.1%), en tanto que ellas usaron el envenenamiento por gases, vapores, alcohol y plaguicidas (16%).⁹

Teniendo en cuenta estos datos, es evidente que el suicidio se ha transformado en un problema de salud importante, no solo en México sino a nivel mundial, por lo que es necesario estudiar los casos que se presentan actualmente, con la finalidad de lograr una pronta identificación de los pacientes con alto riesgo de presentar intento suicida, buscando establecer estrategias de prevención para disminuir el número de casos a nivel nacional y así disminuir este problema de salud.

En la literatura internacional es posible encontrar estudios que se han realizado acerca de la importancia y relevancia de factores de riesgo que pueden llegar a aumentar el riesgo de suicidio, en este caso específicamente del antecedente familiar de intento suicida o suicidio consumado.

Se ha encontrado que la suicidalidad está asociada a ciertas características de personalidad como rasgos impulsivos/agresivos, desesperanza y pesimismo y que el riesgo incrementa si estas características están combinadas ^{10,11}.

Runeson y Asberg, en Suiza en 2003, realizaron un estudio retrospectivo comparativo en el que se recolectó información sobre 8,396 sujetos que murieron por suicidio, comparándolo con 7,568 personas de edades similares a los pacientes pero que fallecieron por causas distintas al suicidio, identificando a familiares de ambos grupos y recolectando cantidad de muertes por suicidio en los familiares. Posteriormente realizaron una regresión lineal para estudiar específicamente los efectos de una historia familiar de suicidio en ambos grupos, encontrando que habían ocurrido 287 muertes por suicidio en familiares de los pacientes suicidas, a comparación de 120 suicidios en los familiares del grupo control, representando el 9.4% vs 4.6%, siendo este el principal hallazgo del estudio: el rango de suicidio es significativamente más alto en los familiares de pacientes suicidas que en los del grupo control. Sin embargo no fue posible dilucidar el mecanismo de agregación familiar, sugiriendo que debe de existir un mecanismo de transmisión independiente a la herencia genética de trastornos mentales y que la agregación podría estar relacionando a comportamientos agresivos e impulsividad en familias¹².

Kim et al, en 2005, establecieron que una historia familiar de suicidio permanece como un predictor significativo de conducta suicida aun cuando se toma en cuenta la psicopatología y que la agresión es significativamente más alta entre los familiares en primer grado de aquellos que consuman el suicidio que en los

familiares de los sujetos controles. Cuando se revisó un subgrupo de aquellos que consumaron el suicidio y que tenían rasgos de personalidad de Clúster B, se encontró que el efecto del antecedente familiar de suicidio en predecir conducta suicida se encontraba potencializada tanto en intensidad como en significancia, así como la agresividad en familiares de primer grado¹³.

Torzsa y cols., en 2009 tomaron una submuestra -de un estudio previo- de 255 pacientes con diagnóstico de Trastorno Depresivo Recurrente a quienes se les preguntó sistemáticamente sobre historia familiar de suicidio consumado, encontrando que el 9.4% tenía antecedente de familiares en primer o segundo grado con suicidio consumado, siendo esto mucho más frecuente en aquellos pacientes con trastorno depresivo recurrente que aquellos que no presentaban Trastorno Depresivo Recurrente. Los relativamente pocos pacientes con historia familiar de suicidio representan un grupo con alto riesgo para depresión y suicidio, por lo que deberían de ser chequeados regularmente por depresión en el primer nivel de atención¹⁴.

Lizardi y cols., en 2009, realizaron un estudio en 190 sujetos con historia familiar de intento de suicida que reunían los criterios de DSM-III-R para depresión mayor, encontrando que una historia familiar de conductas suicidas predecía significativamente el número de intentos suicidas previos, refiriendo estos hallazgos que una persona con una historia familiar de intentos de suicidio entre familiares de primer grado realizaban mayor número de intentos que aquellos sin estos antecedentes sugiriendo que, tal vez, los individuos deprimidos con estos antecedentes familiares se involucran en conductas suicidas más frecuentemente debido a que son más impulsivos y más agresivos que el resto de la población¹⁵.

Rihmer et al, en un estudio de 2013 realizado en Hungría en 6 centros de atención médica de primer nivel en 509 pacientes, encontraron que aquellos con historia familiar de suicidio cometieron intentos suicidas con mayor frecuencia que aquellos que no presentaban dicho antecedente¹⁶.

Justificación

El suicidio ocupa una de las primeras causas de muerte violenta en México y en el mundo. Se han establecido internacionalmente los factores de riesgo asociados a éste, sin embargo en México nunca se han comprobado estas relaciones, por lo que se decidió iniciar un estudio en la población mexicana, considerando que ésta problemática podría ser prevenible.

En nuestro país no es posible encontrar estudios que permitan establecer la importancia e influencia de los antecedentes familiares de conducta suicida en el riesgo que corren los individuos de presentar estas mismas conductas. Es así que se decidió realizar un estudio en el que pueda determinarse la importancia de la presencia de dichos antecedentes en los pacientes que llegan al servicio de Urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez durante el período de un año y que se internan en los servicios de Observación y Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos, con la intención de comenzar a comprender mejor éste fenómeno en la población de nuestro país.

Cabe mencionar que la frecuencia de demanda de atención por intento o riesgo suicida es alto en el hospital donde se llevará a cabo el estudio, pues en un año se atienden por esta causa en el Servicio de urgencias alrededor de 3000 consultas. No obstante existan unidades médicas con servicios de psiquiatría en la ciudad de

México, la mayoría de estos casos solo son atendidos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, pues el resto de instituciones médicas consideran no contar con recursos adecuados para su atención. De este modo se reitera que prevenir la conducta suicida o la aparición de ésta en familiares de pacientes que han tenido esta conducta resulta ser la manera más eficaz de reducir una demanda creciente de atención a causa del suicidio.

Por tanto, la única manera de establecer procedimientos preventivos eficaces del suicidio, depende de nuestro conocimiento sobre los factores de riesgo que se asocian a la reproducción de esta conducta en ciertos tipos de familia

Objetivo general

Se determinó la relación que tiene el antecedente familiar de intento suicida o suicidio consumado en los pacientes de 18 a 59 años que ingresen a los servicios de Observación y Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino de Junio de 2015 a Abril de 2016 por intento suicida y/o con conducta suicida

Objetivos específicos

- Determinar si existe antecedente familiar de intento suicida o suicidio consumado en pacientes que ingresan por intento suicida o conducta suicida
- Establecer las variables demográficas que son más frecuentes en pacientes con intento suicida.
- Discernir presencia de otras patologías psiquiátricas concomitantes
- Registrar presencia de antecedentes personales de intentos suicidas
- Determinar si el intento suicida fue realizado de manera impulsiva o planeada

- Establecer método o instrumento utilizado en el intento suicida

Hipótesis

- Hipótesis de investigación: El antecedente familiar de suicidio consumado o de conducta suicida aumenta el riesgo de presentar intento suicida
- Hipótesis nula: El antecedente familiar de suicidio consumado o de conducta suicida no aumenta ni influye en el riesgo de presentar intento suicida

Operacionalización de variables

Variable	Nivel de Medición	Tipo	Definición Conceptual	Definición Operacional
<i>Grupo de Edad¹⁷</i>	Cuantitativa Discontinua	Independiente	Población comprendida entre ciertos intervalos o clases de edad	18-29 años = 1 30-39 años = 2 40-49 años = 3 50-59 años = 4
<i>Sexo¹⁷</i>	Cualitativa nominal	Independiente	Condición orgánica, masculina o femenina, de un individuo	Mujer = 1; Hombre = 2
<i>Estado Civil¹⁷</i>	Cualitativa nominal	Independiente	Condición de soltería, matrimonio, viudez, etc., de	Soltero = 1, Viudo = 2, Divorciado = 3, Casado = 4,

			un individuo	Unión Libre =5
<i>Religión</i> ¹⁷	Cualitativa nominal	Independiente	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto	Católico =1, Cristiano =2, Evangélico =3, Testigo de Jehová =4, Ateo =5, Otras =6
<i>Nivel de instrucción</i> ¹⁸	Cuantitativa Discontinua	Independiente	Número de años aprobados en cualquiera de los niveles del Sistema	1 a 3 años = 1; 4 a 6 años =2; 7 a 9 años = 3; 10 a 12 años = 4, 13 a 16 años = 5;

			Educativo Nacional o su equivalente en el caso de estudios en el extranjero.	Más de 16 años = 6
<i>Ocupación Principal¹⁸</i>	Cualitativa Nominal	Independiente	Tipo de trabajo, empleo, puesto u oficio que la población ocupada realizó en su trabajo principal en la semana de referencia.	Desempleado = 0, Hogar = 1, Administrativo = 2, Comerciante = 3, Docente = 4, Empleado = 5, Enfermera/Cuidad ora = 6, Estudiante = 7, Profesionista = 8, Otros = 9

<p><i>Diagnóstico</i>¹⁹</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>	<p>Independiente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Episodio Depresivo (F32): Se sufre de humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad que lleva a reducir el nivel de actividad y cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. 	<p>F32.2 =1 F33.2 =2</p>
--	--------------------------------	----------------------	---	-----------------------------------

			<ul style="list-style-type: none"> Trastorno Depresivo Recurrente (F33): aparición de episodios repetidos de depresión, sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad 	
<i>Distimia</i> ¹⁹	Cualitativa Dicotómica	Independiente	Depresión crónica del estado de ánimo, que se prolonga al menos varios años	Sí = 1, No = 2
<i>Trastorno</i>	Cualitativa	Independiente	Trastornos	No = 1,

<p><i>Neuróticos secundarios a situaciones estresantes¹⁹</i></p>	<p>Nominal</p>	<p>iente</p>	<p>psíquicos sin una alteración orgánica demostrable, en los cuales el juicio se haya conservado y hay lucidez. Los pacientes son conscientes de su enfermedad, ya que reconocen sus síntomas, de los que la ansiedad es el más importante (F41-F48)</p>	<p>F41 =1, F43 = 2, F44 = 3, Otros = 4</p>
<p><i>Otros diagnósticos psiquiátricos</i></p>	<p>Cualitativa Nominal</p>	<p>Independiente</p>	<p>Trastornos psiquiátricos diagnosticados en el ingreso de urgencias que no</p>	<p>No =0, F50 =1, F63 =2, F64 =3, F90 =4</p>

			se puede clasificar como Trastorno Afectivo Depresivo, Distimia, Trastornos Neuróticos o Trastorno de Personalidad y que no pertenece a los trastornos psicóticos ni a Retraso Mental	
<i>Trastorno de la Personalidad</i> 19	Cualitativa Nominal	Independiente	Alteraciones y modos de comportamiento que tienden a ser persistentes y expresan un estilo de vida y de la manera característica	No = 1, F60.2 = 1, F60.3 = 2, F60.5 = 3, F60.7 = 4, F60.8 = 5, F60.9 = 6, F60.4 = 7, F61 = 8,

			que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás.	F60.1 = 9
<i>Consumo de Sustancias</i> ¹⁹	Cualitativa Dicotómica	Independiente	Consumo de alguna sustancia psicoactiva	Sí =1, No =2
<i>Antecedente familiar de suicidio consumado</i>	Cualitativa Dicotómica	Independiente	Existencia de algún pariente que haya muerto por suicidio	Sí =1; No=2
<i>Antecedente familiar de intento suicidio</i>	Cualitativa Dicotómica	Independiente	Existencia de algún pariente que haya presentado intento suicida	Sí =1; No =2
<i>Parentesco</i> ¹⁷	Cuantitativa Nominal	Independiente	Vínculo que existe entre dos personas por consanguinidad, afinidad, adopción,	No = 0, 1er grado =1, 2do grado =2, 3er grado = 3

			matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta	
<i>Intentos Suicidas Previos</i> ²⁰	Cualitativa Dicotómica	Independiente	Autoagresión anterior llevada a cabo con la intención de morir que, sin embargo, no resulta en la muerte del individuo	Sí =1; No =2
<i>Ideación Suicida</i> ²⁰	Cuantitativa Nominal	Dependiente	Pensamientos acerca de suicidarse, con diversos grados de intensidad y elaboración	NA = 0, 0 = 1 (Niega ideación suicida), 1-12 = 2 (Ideación Suicida Leve), 13-25 = 3 (Ideación Suicida Moderada), 26-38= 4 (Ideación Suicida Grave)

<p><i>Intento Suicida</i>²⁰</p>	<p>Cuantitativa Dicotómica</p>	<p>Dependiente</p>	<p>Acciones suicidas que no provocan la muerte</p>	<p>NA = 0, 0-10 = 1 (Intencionalidad Suicida Leve), 11-20= 2 (Intencionalidad Suicida Moderada), 21-30 = 3 (Intencionalidad Suicida Grave)</p>
--	------------------------------------	--------------------	--	--

Población/muestra

En el informe del Servicio de Estadística del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, se reportó que durante 2014 se atendieron a 13723 pacientes en el Servicio de Urgencias. De ellos, 3204 acudieron por riesgo suicida.

Por otro lado, en el Registro Anual de Hospitalización, se reportó el ingreso de aproximadamente 4mil pacientes; en ambos casos se estimó que entre el 20 y 25% de pacientes presenta alguno de los diagnósticos de trastorno afectivo que nos interesa analizar en este estudio.²¹

Por tanto, y con base en dichas estimaciones, se calculó el tamaño de la muestra utilizando la Herramienta Calculadora Para Obtener el Tamaño de una Muestra²² considerando un nivel de confianza de 95% y un error del 5%, obteniendo así: 265

pacientes y 269 pacientes a incluir en el estudio respectivamente. Tomando estas cifras en cuenta, se decidió redondear la muestra a 270 pacientes.

Criterios de inclusión

- Pacientes que ingresaron por conducta y/o intento suicida con diagnóstico psiquiátrico de base de Episodio Depresivo Grave sin síntomas psicóticos
- Pacientes que ingresaron por conducta y/o intento suicida con diagnóstico psiquiátrico de base de Trastorno Depresivo Recurrente Episodio Actual Grave sin síntomas psicóticos
- Pacientes con edades entre 18 a 59 años
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio y que firmaron el consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Pacientes que presentaron conducta y/o intento suicida causado por presencia de alucinaciones auditivas imperativas de autodaño secundarias a diagnóstico de trastorno psicótico (Esquizofrenia, Trastorno Psicótico Secundario a Consumo de Sustancias, Trastorno Esquizoafectivo, Trastorno de Ideas Delirantes Persistentes, Trastorno Esquizofreniforme Orgánico)
- Pacientes que ingresaron con diagnóstico psiquiátrico de base de Episodio Depresivo Grave con o sin síntomas psicóticos pero sin conducta y/o intento suicida

- Pacientes que ingresaron con diagnóstico psiquiátrico de base de Trastorno Depresivo Recurrente Episodio Actual Grave con o sin síntomas psicóticos pero sin conducta y/o intento suicida
- Pacientes que no tenían ideas de muerte o suicidas
- Pacientes con diagnóstico de Retraso Mental
- Pacientes que no aceptaron participar en el estudio
- Pacientes que no firmaron el consentimiento informado

Tipo de estudio

Se realizó un estudio analítico, transversal, prospectivo y observacional sobre la relación del antecedente familiar de conducta suicida con el riesgo de presentar conducta suicida en los pacientes que ingresaron por conducta o riesgo suicida a los servicios de Observación y Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

Material y Método

A los pacientes que ingresaron a los servicios especiales del Hospital Psiquiátrico Bernardino Álvarez, que aceptaron participar en el protocolo de estudio acerca de la relación del antecedente familiar de conducta suicida y el riesgo de presentarla y que firmaron el consentimiento informado se les aplicó un cuestionario en el que se recolectaron datos como: edad, estado civil, religión, nivel de escolaridad y ocupación; además se interrogó intencionada y dirigidamente sobre la existencia de familiares que hubieran presentado intento suicida o suicidio consumado. Posteriormente se les aplicó la Escala PHQ-9 para corroborar diagnóstico de depresión.

En el caso de los pacientes que presentaron intento suicida se les aplicó la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck; y en el caso de los pacientes que acudieron únicamente con ideación suicida se aplicó la Escala de Ideación Suicida de Beck.

Escala PHQ Patient Health Questionnaire -9

El cuestionario de la salud del paciente (PHQ: Patient Health Questionnaire) es una versión autoaplicable de la evaluación en primer nivel de desórdenes mentales (Primary care evaluation of mental disorders: PRIME-MD) de 3 hojas que se ha validado en dos grandes estudios incluyendo 10mil pacientes. Debido a que es autoaplicable y tiene una validez diagnóstica similar a la PRIME-MD, la PHQ es la versión más utilizada tanto en la clínica como en la investigación²³.

Con 9 ítems, la PHQ para depresión (llamada PHQ-9), tiene la mitad de puntos que la mayoría de otras escalas para depresión, tiene una sensibilidad y especificidad similares, y consiste en los 9 criterios establecidos para el diagnóstico de depresión en los que se basa el DSM IV. La última característica distingue a la PHQ-9 de otras escalas para depresión de dos pasos. Es así que la PHQ-9 es un instrumento de doble utilidad que, con los mismos 9 elementos, puede establecer tanto diagnóstico depresivo provisional como severidad sintomatológica²³.

La depresión mayor se diagnostica si 5 o más de los criterios de sintomatología depresiva han estado presentes por lo menos 'más de la mitad de los días' en las últimas 2 semanas, y uno de estos síntomas es humor deprimido o anhedonia²³.

En la escala de severidad, la PHQ-9 va de 0 a 27, ya que cada uno de los 9 ítems puede calificarse de 0 a 3. Los puntos de corte de 5, 10, 15 y 20 representan los umbrales para leve, moderado, moderadamente severo y depresión severa. Si un punto de cribado debiera ser elegido, se recomienda tomar un puntaje de 10 o mayor, que tiene sensibilidad de 88% para depresión mayor, una especificidad de 88% y un índice de probabilidad de 7.1²³.

En 2005, Huang et al, realizaron un estudio de validación de esta escala entre pacientes de los 4 grupos raciales más grandes en Estados Unidos. Aplicaron la escala a 5,053 pacientes incluyendo blancos no hispanos (2,520), afroamericanos (598), chino-americanos (941), y Latinos (974), encontrando que el puntaje de la PHQ funciona fundamentalmente de la misma manera en todos los sujetos, ya que los resultados promedio y la estructura de la escala sugiere que puede ser utilizada sin necesidad de ajuste en las diversas poblaciones.²⁴

En 2010, Donlan y Lee, aplicaron la versión en español de la PHQ-9 a 123 agricultores indígenas mexicanos que trabajaban en Oregon, siendo que esta escala exhibió consistencia interna de 0.92, factor de carga de 0.66 a 0.80, y su puntaje de severidad se correlacionó significativamente con otros indicadores de salud que se observaron en estudios previos y que estaban correlacionados significativamente con depresión.²⁵

En 2011, Merz y cols. realizaron un análisis confirmatorio multigrupo entre mujeres latinas que hablaban inglés y mujeres latinas que hablaban español, aplicando la escala a 479 mujeres –en su mayoría de origen mexicano- obteniendo un alfa de

Cronbach de 0.84 para la versión en inglés y de 0.85 para la versión en español, correspondiendo esto a una adecuada consistencia interna para ambas versiones, lo que sugiere que la PHQ-9 puede ser utilizada con confianza en ambas versiones sin necesidad de ajustes²⁶. Fue además en 2013 que Romo y Tafoya aplicaron la escala en 1871 estudiantes de medicina de la Facultad de Medicina de la UNAM, observándose una sensibilidad de 92% y una especificidad de 88% para el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor.²⁷

Escala de Intencionalidad Suicida de Beck

Desarrollada por Beck y cols. en 1974, la Escala de Intencionalidad Suicida (SIS) evalúa la intensidad del deseo de morir en el momento de cometer el intento suicida²⁸. Es una escala diseñada para evaluar las características de la tentativa suicida²⁹:

- Circunstancias en las que se llevó a cabo
- Actitud hacia la vida y la muerte
- Pensamientos y conductas antes, durante y después de la tentativa de suicidio
- Consumo de alcohol u otras sustancias relacionado con la tentativa.

Los autores reportan una consistencia interna (α de Cronbach) de 0.84, siendo de 0.84 también para el factor de letalidad esperada y de 0.70 para el de planificación²⁸. Su validez predictiva para un nuevo intento de suicidio fue demostrado en un estudio de seguimiento a un año.

Consta de tres partes: 1) Parte objetiva (ítems 1 a 8), 2) Parte subjetiva (ítems 9 a 15) y c) otros aspectos (ítems 16 a 20). La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en los ítems 1 al 15, pero no tiene punto de corte: a mayor puntuación, mayor intencionalidad o gravedad; los últimos 5 ítems no puntúan²⁹.

Para la finalidad de este estudio, se dividió la puntuación en grupos establecidos de la siguiente manera: 0 a 10 (leve), 11 a 20 (moderada) y 21 a 30 (severa). Para el cálculo estadístico, se consideró que de 0 a 10 puntos no presentaba riesgo suicida y de 11 a 30 puntos sí presentaban riesgo suicida

Por otro lado, para esta escala existen dos propuestas de sub-escalas para valorar la impulsividad del acto suicida:

- Propuesta de Brown y cols. (1991): suma los ítems 6 y 15. Puntos de corte propuestos²⁹:
 - 0: impulsivo
 - 1-2: intermedio
 - 3-4: planeado

En dicho estudio, los intentos impulsivos (falta de premeditación) fueron definidos tanto por el punto “Ninguna preparación” en el grado de planeación de un intento suicida (SIS, ítem 6) y el punto “Ninguno, impulsivo” para el grado de premeditación (SIS, ítem 15). Los intentos premeditados se definieron al medir el grado de planeación, “Mínimo/moderado” o “Importante”, y el grado de premeditación, “Suicidio contemplado”, para cualquier lapso previo al intento. El

coeficiente de Cohen para ambos ítems fue de: 0.870 (SIS, ítem 6) y 0.807 (SIS, ítem 15), indicando una excelente confiabilidad entre evaluadores³⁰.

- Propuesta de Díaz y cols. (2003): suma de los ítems 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8 y 15.

Puntos de corte propuestos²⁹:

- 0-5: impulsivo
- ≥ 6 : planeado

Éstos autores realizaron un estudio acerca del SIS, en donde determinaron que la escala presentaba dos factores: el primero, la letalidad esperada, se obtiene básicamente por los factores 4, 9, 10, 11, 12, 13 y 15. El segundo factor –que fue tomado para este estudio-, la planeación, se obtiene de los ítems 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8 y 15 y determinaron que la consistencia interna de dicha sub-escala correspondía a $\alpha = 0.70$ ³¹

Escala de Ideación Suicida de Beck

La Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI, por sus siglas en inglés), fue creada por Beck y cols. para medir la gravedad de la ideación suicida presente a través de la evaluación de la intensidad, omnipresencia y características de las actitudes, comportamientos y planes para cometer suicidio²⁸.

Es una escala heteroaplicada de 19 ítems que debe ser complementada por el terapeuta a lo largo de una entrevista semi-estructurada. Las adaptaciones al castellano la presentan dividida en varias secciones que recogen una serie de características relativas a:

- Actitud ante la vida/muerte
- Pensamientos o deseos suicidas
- Proyecto de intento de suicidio
- Realización del intento proyectado
- Intentos suicidas previos (ítems 20 y 21 con un valor meramente descriptivo, ya que no contabilizan en la puntuación global).

Para cada ítem hay tres alternativas de respuesta que indican un grado creciente de seriedad y/o intensidad de intencionalidad suicida³².

Se refiere una consistencia interna alta (α de Cronbach de 0.89-0.96) y una fiabilidad ínter examinador de 0.83. Validez: Correlación del BBS con la Escala de Desesperanza de Beck (BDI): 0.25-0.75; y con la Escala para la Evaluación de la Depresión de Hamilton (Ham-D):0.30³².

El rango de puntuación es de 0 a 38. Se considera que una puntuación mayor o igual a 1 es indicativa de riesgo suicida, indicando una mayor puntuación un riesgo de suicidio más elevado³².

En el caso de este estudio, se establecieron puntos de corte de 1 a 12, 13 a 15 y 26 a 38, clasificándolos respectivamente en bajo, medio y alto en la intensidad de la ideación suicida; y, posteriormente los grupos medio y alto se unieron considerando que estos pacientes sí presentaban ideación suicida importante, tomándolo como riesgo suicida

Consideraciones éticas

Se realizaron los procedimientos de acuerdo a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud en su Artículo 17, Capítulo I, fracción 2: Investigación con riesgo mínimo -puesto que en el presente estudio únicamente se aplicaron escalas clínicas y no se sometió a los participantes a ningún tipo de procedimiento invasivo ni se realizó ninguna exposición a sustancias y/o medicamentos- habiéndose solicitado firma de consentimiento informado una vez que se explicó de forma verbal y escrita, el objetivo y procedimiento de este estudio a las personas que se invitó a participar.

Cabe mencionar que los participantes no recibieron gratificación alguna por aceptar ingresar al protocolo, y que ellos podían abandonar el estudio en el momento que lo considerasen adecuado, sin que ello afectase el trato ni la disponibilidad del servicio que se les brindó. Así mismo, se informó al médico tratante, a través de nota en el expediente clínico, de cualquier incremento en el riesgo suicida en el paciente analizado o cualquier otra eventualidad médica o psiquiátrica que hubiese sido relevante para la adecuada atención del paciente.

La información se manejó con secrecía y solo se usó con fines de investigación científica y se evitará la publicación de cualquier condición o dato que sirva para deducir la identidad del participante.

Por último, la colección de datos para este estudio no fue una molestia ni para el paciente ni para el funcionamiento de los servicios en que se realizó, ya que se levantó la información en los momentos que se nos asignaron por parte de los

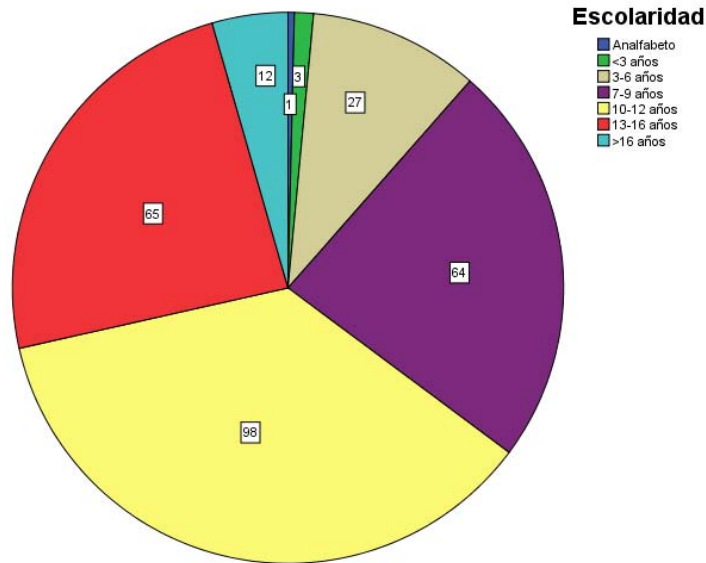
jefes de servicio y cuando el paciente se encontró en disponibilidad de brindar información.

Resultados

Se introdujeron los datos en el programa SPSS 22.0 y se procedió a obtener las frecuencias de las variables demográficas obtenidas del interrogatorio. Posteriormente se dividió la muestra en dos grupos: 1) los que tuvieron antecedente familiar de conducta suicida, y 2) aquellos que refirieron no tener antecedente familiar de conducta suicida. Acto seguido, se compararon los grupos mediante tablas de correlación.

Una vez recolectada la muestra de 270 pacientes, se encontró que 206 (76.3%) fueron mujeres y 64 (23.7%) hombres. Los rangos de edad se encontraron distribuidos de la siguiente manera: 109 (40.4%) tenían de 18 a 29 años, 73 (27%) de 30 a 39 años, 49 (18.1%) se encontraban en el rango de 40 a 49 años y, finalmente, 39 (14.4%) se integraban en el grupo de 50 a 59 años.

La escolaridad del grupo se encontró distribuida como a continuación se enumera: 1 (0.4%) analfabeta, 3 (1.1%) únicamente cursó 3 años de educación formal, 27 (10%) finalizó primaria, 64 (23.7%) cursó hasta secundaria, 98 (36.3%) tenía estudios de bachillerato, 65 (24.1%) ingresó a Licenciatura –habiéndola podido finalizar o no- y solo 12 (4.4%) registraba una escolaridad equivalente a maestría o doctorado (**Gráfica 1**).



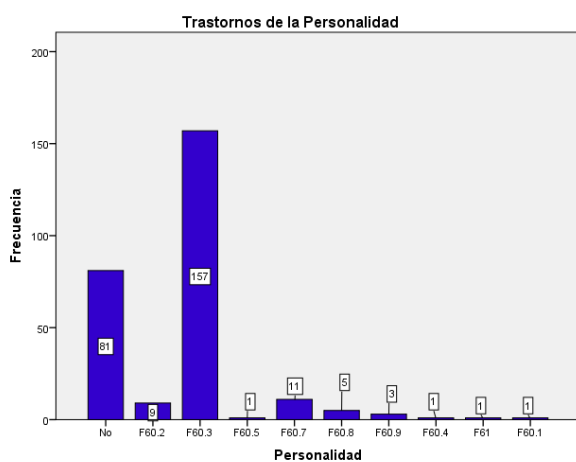
Gráfica 1. Distribución de escolaridad

En cuanto a la ocupación, 92 (34.1%) de los pacientes se encontraban desempleados al momento del estudio, 47 (17.4%) se dedicaban al hogar, 9 (3.3%) se desempeñaban como administrativos, 18 (6.7%) referían dedicarse al comercio (formal o informal), 9 (3.3%) fungían como docentes, 19 (7%) reportaron ser empleados, 8(3%) laboraban como enfermeros o cuidadores, 29 (10.7%) mencionaron ser estudiantes, 4 (1.5%) trabajaban de manera independiente desarrollando su profesión (3 médicos y 1 abogado) y 35 (13%) establecieron tener alguna otra fuente de empleo.

En lo que versa a la religión, 166 (61.5%) se decían ser practicantes de la fe católica, 20 (7.4%) pertenecían a grupos cristianos, 3 (1.1%) registraron ser Testigos de Jehová, 72 (26.7%) se afirmaron como ateos y 9 (3.3%) se clasificaron bajo el rubro de otras religiones.

Sobre el estado civil, 133 (49.3%) mencionaron ser solteros, 5 (1.9%) eran viudos, 38 (14.1%) se encontraban divorciados o separados, 55 (20.4%) estaban casados, y 39 (14.4%) vivían en unión libre

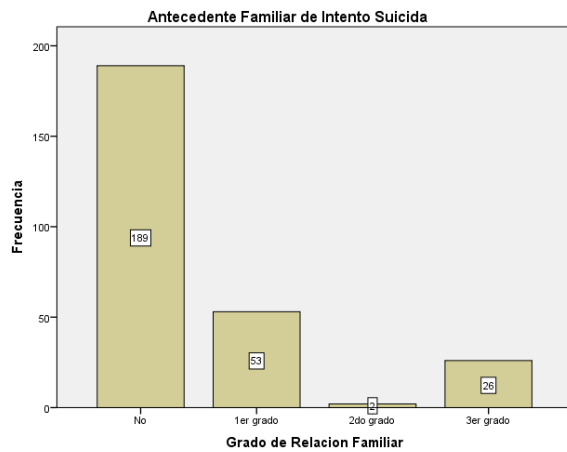
Sobre los diagnósticos identificados en este estudio, 58 (21.5%) presentaron Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicóticos y 212 (78.5%) se incluyeron en el grupo de Trastorno Depresivo Recurrente, Episodio Actual Grave sin Síntomas Psicóticos. En 189 (70%) pacientes se estableció presencia de algún trastorno de personalidad (**Gráfica 2**); 49 (18.1%) consume sustancias; a 34 (12.6%) se le diagnosticó también Distimia, a 26 (9.6%) se le identificó algún trastorno neurótico secundario a situaciones estresantes y somatomorfos y en 13 (4.8%) se identificó algún trastorno psiquiátrico ubicado en trastornos de la alimentación, trastorno por déficit de atención, trastorno de la identidad sexual y trastorno del control de los impulsos.



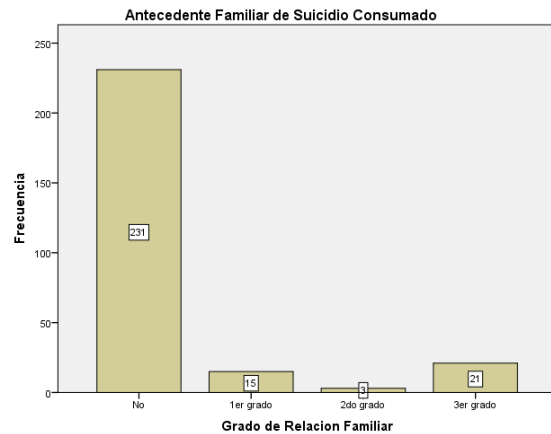
Gráfica 2. Frecuencia de Trastornos de Personalidad

De los 270 pacientes, 81 (30%) contaba con antecedente de algún familiar con intento suicida (**Gráfica 3**) y de éstos: 53 (19.6%) fueron familiares en 1er grado, 2 (0.7%) en segundo grado y 26 (9.6%) en tercer grado. Y en el caso de los

antecedentes de suicidio consumado (**Gráfica 4**), 39 (14.4%) de los pacientes refirió contar con éste antecedente, y de ellos: 15 (5.6%) era en 1er grado, 3 (1.1%) en segundo grado y 21 (7.8%) en 3er grado.



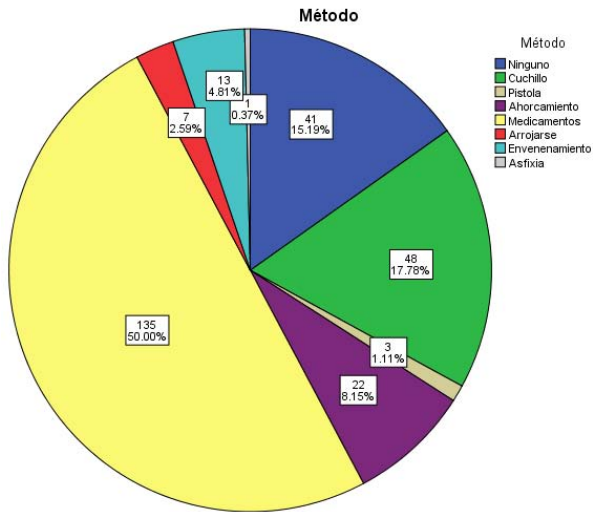
Gráfica 3. Antecedente Familiar de Intento suicida Consumado



Gráfica 4. Antecedente Familiar de Suicidio Consumado

En cuanto al antecedente personal de conducta suicida, 196 (72.6%) de los paciente había tenido algún intento suicida previo, siendo 96 (35.6%) en 1 o 2 ocasiones y 101 (37.4%) en más de 3 ocasiones.

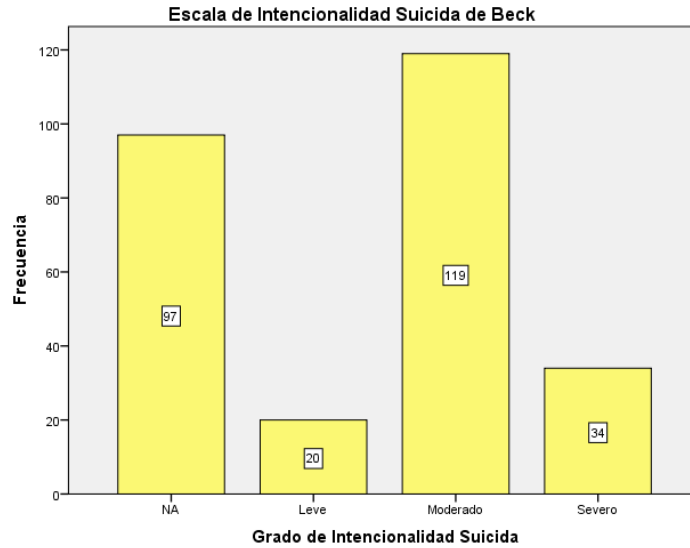
Del método utilizado, ya fuera en intentos anteriores o recientes, se establecen en la **Gráfica 5**



Gráfica 5. Métodos para Realizar Intento Suicida

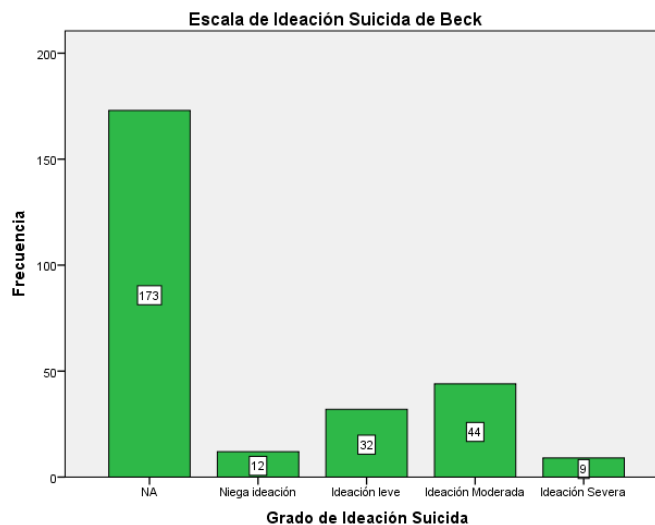
Sobre la puntuación de las escalas utilizadas, en la valoración del trastorno depresivo, 27 (17.4%) pacientes tuvieron una puntuación menor de 10, mientras que 223 (82.6%) puntuaron entre 10 y 27, lo que los coloca en el diagnóstico de Depresión Grave según el PHQ-9

De los 270 pacientes evaluados, 173 (64.1%) había realizado un intento suicida reciente y 97 (35.9%) acudieron con ideación suicida. Por lo tanto, a los 173 pacientes con intento suicida se les aplicó la escala de Intencionalidad Suicida de Beck (**Gráfica 6**) y de éstos: 11.5% tuvo intencionalidad leve, 68.7% intencionalidad moderada y 19.6% intencionalidad grave. Sobre la planeación, en la sub-escala de Brown se obtuvo que 94 (54.3%) realizaron un intento impulsivo, 42 (24.2%) fue moderadamente impulsivo y 37 (21.3%) fue planeado. Y la sub-escala de Díaz, por su lado, repartió a los pacientes en 73 (42.1 %) que realizaron un intento impulsivo y 100 (57.8%) realizaron un intento planeado.



Gráfica 6. Escala de Intencionalidad Suicida de Beck

A los 97 pacientes restantes se les aplicó la escala de ideación suicida de Beck (**Gráfica 7**), resultando que 12.3% no presentaban ideación suicida al momento de la entrevista, 32.9% presentaban riesgo leve, 45.3% tenían riesgo moderado y 9.2% tenían riesgo grave.



Gráfica 7. Escala de Ideación Suicida de Beck

División por Género

EDAD			
Sexo		Frecuencia	Porcentaje
Mujeres	18-29 años	83	40.3
	30-39 años	61	29.6
	40-49 años	35	17.0
	50-59 años	27	13.1
	Total	206	100.0
Hombres	18-29 años	26	40.6
	30-39 años	12	18.8
	40-49 años	14	21.9
	50-59 años	12	18.8
	Total	64	100.0

ESTADO CIVIL			
Sexo		Frecuencia	Porcentaje
Mujeres	Soltero	103	50.0
	Viudo	5	2.4
	Divorciado	22	10.7
	Casado	41	19.9
	Unión Libre	35	17.0
	Total	206	100.0
Hombres	Soltero	30	46.9
	Divorciado	16	25.0
	Casado	14	21.9
	Unión Libre	4	6.3
	Total	64	100.0

ESCOLARIDAD			
Sexo		Frecuencia	Porcentaje
Mujeres	Analfabeto	1	.5
	3 años <i>esc</i>	2	1.0
	3-6 años <i>esc</i>	23	11.2
	7-9 años <i>esc</i>	49	23.8
	10-12 años <i>esc</i>	75	36.4
	13-16 años <i>esc</i>	47	22.8
	>16 años <i>esc</i>	9	4.4
	Total	206	100.0
Hombres	3 años <i>esc</i>	1	1.6
	3-6 años <i>esc</i>	4	6.3
	7-9 años <i>esc</i>	15	23.4
	10-12 años <i>esc</i>	23	35.9
	13-16 años <i>esc</i>	18	28.1
	>16 años <i>esc</i>	3	4.7
	Total	64	100.0

OCUPACION			
Sexo		Frecuencia	Porcentaje
Mujeres	Desempleado	55	26.7
	Hogar	47	22.8
	Administrativo	8	3.9
	Comerciante	16	7.8
	Docente	9	4.4
	Empleado	15	7.3
	Enfermera/o	6	2.9
	Estudiante	18	8.7
	Profesionista	3	1.5
	Otros	29	14.1
	Total	206	100.0
	Hombres	Desempleado	37
Administrativo		1	1.6
Comerciante		2	3.1
Empleado		4	6.3
Enfermera/o		2	3.1
Estudiante		11	17.2
Profesionista		1	1.6

Diagnóstico			
Sexo		Frecuencia	Porcentaje
Mujeres	F32.2	41	19.9
	F33.2	165	80.1
	Total	206	100.0
Hombres	F32.2	17	26.6
	F33.2	47	73.4
	Total	64	100.0

Otros Diagnósticos			
Sexo		Frecuencia	Porcentaje
Mujeres	No	197	95.6
	F50	6	2.9
	F63	1	.5
	F64	1	.5
	F90	1	.5
	Total	206	100.0
Hombres	No	60	93.8
	F64	2	3.1
	F90	2	3.1
	Total	64	100.0

Consumo de Sustancias			
Sexo		Frecuencia	Porcentaje
Mujeres	Sí	27	13.1
	No	179	86.9
	Total	206	100.0
Hombres	Sí	22	34.4
	No	42	65.6
	Total	64	100.0

Trastorno de Personalidad			
Sexo		Frecuencia	Porcentaje
Mujeres	No	50	24.3
	F60.2	2	1.0
	F60.3	137	66.5
	F60.5	1	.5
	F60.7	9	4.4
	F60.8	2	1.0
	F60.9	2	1.0
	F60.4	1	.5
	F61	1	.5
	F60.1	1	.5
	Total	206	100.0
Hombres	No	31	48.4
	F60.2	7	10.9
	F60.3	20	31.3
	F60.7	2	3.1
	F60.8	3	4.7
	F60.9	1	1.6
Total	64	100.0	

Trastornos Neuróticos			
Sexo		Frecuencia	Porcentaje
Mujeres	No	186	90.3
	F41	10	4.9
	F43	6	2.9
	F44	1	.5
	Otros	3	1.5
	Total	206	100.0
Hombres	No	58	90.6
	F41	5	7.8
	F44	1	1.6
	Total	64	100.0

Antecedente Familiar de Intento Suicida			
Sexo		Frecuencia	Porcentaje
Mujeres	Sí	62	30.1
	No	144	69.9
	Total	206	100.0
Hombres	Sí	19	29.7
	No	45	70.3
	Total	64	100.0

Antecedente Familiar de Suicidio Consumado			
Sexo		Frecuencia	Porcentaje
Mujeres	Sí	32	15.5
	No	174	84.5
	Total	206	100.0
Hombres	Sí	7	10.9
	No	57	89.1
	Total	64	100.0

Intentos Suicidas Previos			
Sexo		Frecuencia	Porcentaje
Mujeres	Sí	160	77.7
	No	46	22.3
	Total	206	100.0
Hombres	Sí	36	56.3
	No	28	43.8
	Total	64	100.0

Cantidad de Intentos Suicidas Previos			
Sexo		Frecuencia	Porcentaje
Mujeres	Ninguno	46	22.3
	1-2 intentos	79	38.3
	>3	81	39.3
	Total	206	100.0
Hombres	Ninguno	27	42.2
	1-2 intentos	17	26.6
	>3	20	31.3
	Total	64	100.0

Método			
Sexo		Frecuencia	Porcentaje
Mujeres	Ninguno	28	13.6
	Cuchillo	28	13.6
	Pistola	1	.5
	Ahorcamiento	14	6.8
	Medicamentos	119	57.8
	Arrojarse	6	2.9
	Envenenamiento	9	4.4
	Asfixia	1	.5
	Total	206	100.0
Hombres	Ninguno	13	20.3
	Cuchillo	20	31.3
	Pistola	2	3.1
	Ahorcamiento	8	12.5
	Medicamentos	16	25.0
	Arrojarse	1	1.6
	Envenenamiento	4	6.3
	Total	64	100.0

Puntuación PHQ-9			
Sexo		Frecuencia	Porcentaje
Mujeres	Depresión Leve	7	3.4
	Depresión Moderada	32	15.5
	Depresión Grave	45	21.8
	Depresión Severa	122	59.2
	Total	206	100.0
Hombres	Depresión Leve	3	4.7
	Depresión Moderada	5	7.8
	Depresión Grave	13	20.3
	Depresión Severa	43	67.2
	Total	64	100.0

Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SIS)			
Sexo		Frecuencia	Porcentaje
Mujeres	NA	77	37.4
	Leve	15	7.3
	Moderado	96	46.6
	Severo	18	8.7
	Total	206	100.0
Hombres	NA	20	31.3
	Leve	5	7.8
	Moderado	23	35.9

Subescala de Impulsividad de Brown			
Sexo		Frecuencia	Porcentaje
Mujeres	NA	77	37.4
	Impulsivo	75	36.4
	Mod. planeado	33	16.0
	Planeado	21	10.2
	Total	206	100.0
Hombres	NA	20	31.3
	Impulsivo	19	29.7
	Mod. planeado	9	14.1
	Planeado	16	25.0
	Total	64	100.0

Subescala de Impulsividad de Díaz			
Sexo		Frecuencia	Porcentaje
Mujeres	NA	77	37.4
	Impulsivo	61	29.6
	Planeado	68	33.0
	Total	206	100.0
	Hombres	NA	20
Impulsivo		12	18.8
Planeado		32	50.0
Total		64	100.0

Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI)			
Sexo		Frecuencia	Porcentaje
Mujeres	NA	129	62.6
	Niega ideación	9	4.4
	Ideación leve	26	12.6
	Ideación Moderada	36	17.5
	Ideación Severa	6	2.9
	Total	206	100.0
Hombres	NA	44	68.8
	Niega ideación	3	4.7
	Ideación leve	6	9.4
	Ideación Moderada	8	12.5
	Ideación Severa	3	4.7
	Total	64	100.0

Correlación estadística

Se dividió a la población en dos grupos, los que tenían antecedente familiar de conducta suicida y los que no presentaban este antecedente. Una vez hechos los grupos, mediante el uso de SPSS, se correlacionó este antecedente con el riesgo suicida que presentaban los pacientes, mediante el uso de tablas cruzada para comparar por grupo y también se calculó la Chi cuadrada.

Considerando que las variables de este estudio son de naturaleza paramétrica, se buscó calcular la Rho de Spearman tanto para los pacientes que presentaron intencionalidad suicida como para el de ideación suicida, obteniendo que el coeficiente de correlación de (-.049) no es significativo y se interpreta como una asociación débil, pues la significancia bilateral (p) es de 0.419

Y, por otro lado, en el grupo de ideación suicida, el coeficiente de correlación de (0.93) tampoco es significativo, ya que la significancia bilateral (p) es de 0.117 y

también presenta una asociación débil con el antecedente familiar de conducta suicida.

La proporción de pacientes con antecedentes de conducta suicida y que tuvieron un intento suicida fue de 39.9% (61), en comparación al 35% (41) de pacientes con intento suicida que no reportaron este antecedente familiar, siendo que no es significativamente mayor

Y, en el caso de la ideación suicida, se encontró que el porcentaje de pacientes que presentaron ideación suicida y contaban con antecedentes familiares de conducta suicida fue de 47.2% (25) contra el 52.8% (28) que tuvieron ideación suicida pero no refirieron tener familia con conducta suicida.

Se decidió también evaluar entonces la correlación entre el riesgo suicida y el grado de parentaje en el antecedente familiar de conducta suicida, nuevamente obteniendo un valor no significativo para ambos coeficientes de correlación (SIS $p = 0.28$; SSI $p = 0.20$)

Buscando la Chi-Cuadrada, para los pacientes con Intencionalidad suicida, con un intervalo de confianza del 95%, se obtuvo un valor de 0.657, siendo una relación no significativa.

Y para los pacientes con Ideación Suicida, también con un intervalo de confianza del 95%, la Chi cuadrada obtenida fue de 2.47, siendo no significativo.

Teniendo ya los datos de los pacientes, se decidió analizar el antecedente personal de conducta suicida y su relación con el riesgo suicida, obteniendo que el hecho de haber tenido intentos suicidas previos sí demostraba una correlación significativa con el riesgo suicida, al encontrar una ($p = 0.006$) para los pacientes

que habían presentado Intencionalidad Suicida, y también –aunque en menor medida- para los pacientes con Ideación Suicida, reportándose una ($p = 0.031$)

El riesgo de presentar una nueva conducta suicida en pacientes con antecedente personal de conducta suicida para los pacientes con Intencionalidad Suicida, se encontró una Chi Cuadrada de 0.006. Por su parte, para los pacientes con Intencionalidad Suicida y antecedente personal de conducta suicida, se encontró una Chi Cuadrada de 0.613, que sí es significativo representando un mayor riesgo de volver a presentar esta conducta.

Discusión

La finalidad de este trabajo fue el estudiar si existe relación entre el antecedente familiar de conducta suicida y la conducta suicida entre los pacientes ingresados a una institución psiquiátrica.

La literatura establece que hay varios factores de riesgo para presentar un intento suicida, entre ellos la impulsividad y el hecho de contar con familiares -sobre todo cercanos- que hubieran tenido estas mismas conductas, además de intentos suicidas previos.

Monnin³³, en 2012, realizó un estudio acerca de las características sociodemográficas de pacientes suicidas, encontrando en su población que los rasgos que predominaban eran mujeres, mediana edad, solteros y desempleados, y que en muchos casos, el medio utilizado había sido el envenenamiento. Es pues que los resultados de nuestro estudio pueden ser equiparables en gran medida a los descritos por dicho investigador, con la diferencia de que en nuestra población

estudiada el grupo etario con mayor prevalencia fue de adultos jóvenes, entre 18 y 29 años.

Hawton et al³⁴, documentaron -en un meta-análisis realizado en 2013- los factores de riesgo para el suicidio en individuos con depresión, sin embargo –en la población mexicana estudiada en esta indagación- los datos estadísticos obtenidos no establecen una relación significativa entre el riesgo suicida y el antecedente familiar de conducta suicida, ya que el porcentaje de pacientes con conducta suicida y que presentaban este antecedente es muy similar al de pacientes con conducta suicida sin estos antecedentes familiares (Intento = 39.9% vs 35%; ideación = 47.2% vs 52.8%). Pero, tal como se ha descrito en estudios de suicidio realizados previamente, el antecedente personal de conducta suicida eleva el riesgo de manera considerable para volver a presentar este proceder.

Llama la atención que cerca de la mitad de los pacientes valorados presentaron intentos suicidas impulsivos, comparable con lo reportado por Rimkeviciene et al³⁵. En el meta-análisis publicado en 2015, en donde se describe que la mayor parte de los intentos suicidas no tienen huellas de una larga preparación ni planeación, llegando a ser del 15 al 64% de los casos, y señalando que el hecho de no encontrar datos de una planeación importante no significa que no haya un peligro inminente de intento suicida.

Por otro lado, acerca de los trastornos coexistentes, es importante recalcar que casi la mitad de la población estudiada presenta diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad y, aunque es posible que éste sea un diagnóstico errado, habla

de la presencia detectable de una baja tolerancia a la frustración y un mal control de impulsos, así como de una probable ambivalencia afectiva que pudiera haber sido mencionada identificada durante la valoración en el servicio de urgencias. Stringer y cols³⁶, describieron que los rasgos límites se han vuelto más relevantes en aquellos pacientes que mayor número de intentos suicidas.

Conclusiones

En este estudio realizado en población mexicana, el antecedente de conducta suicida no establece un mayor riesgo para que los individuos presenten esta misma conducta.

Consideramos que es importante recalcar el hecho de que creemos que estos resultados pueden estar sesgados, pues únicamente se obtuvieron datos de los pacientes que fallaron en el acto suicida o ni siquiera llegaron a realizarlo y que llegaron o fueron llevados al servicio de urgencias de un hospital psiquiátrico y no se entrevistó a los familiares ni responsables. Tampoco acudimos a los servicios de urgencias de Hospitales Generales ni a los Servicios de Medicina Forense, por lo que no se obtuvieron datos acerca de la población (tanto familiares como pacientes) que arriba a dichos lugares por intento suicida o suicidio consumado, por lo que desconocemos el impacto que tiene directamente sobre la familia cercana. Sin embargo, a pesar de no haber realizado entrevistas ni haber aplicado escalas en dichos lugares, continuamos pensando que la conducta suicida es un problema de salud pública creciente merecedor de una mayor atención por el Servicio de Salud Nacional, considerando las implicaciones económicas y sociales que éste representa; por lo que sugerimos el educar a los médicos de primer

contacto en la detección de trastorno afectivos depresivos que puedan poner en riesgo la vida del paciente al presentar sintomatología que posiblemente derivar en la presencia de riesgo suicida, sea como ideación o intencionalidad, y –al detectar a estos pacientes- derivarlos a un servicio de atención especializada como lo son los Centros de Salud TIII, Centros Comunitarios de Salud Mental e Institutos y Hospitales Psiquiátricos.

También sería importante comenzar a educar a la población en cuanto a los riesgos que presenta y representa la Depresión, tanto para la dificultad y disfunción que genera en la vida y actividades, así como su mayor complicación que es la muerte, que conlleva repercusiones tanto en la familia como en los ambientes laborales y sociales.

Literatura citada

1. El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/] Suiza: Organización Mundial de la Salud; c2004 [consultado 14 Mayo 2014]. Disponible en: www.who.int.
2. Borges G, Rosovsky H, Gómez C, et al. Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. Salud Pública Mex 1996; 38: 197-206.
3. Medina-Mora ME, Borges G, Orozco R, et al. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. Salud Pública Mex 2010; 52:292-304.
4. Hawton K, Van Heeringen K. Suicide. Lancet 2009; 373:1372-81.

5. Borges G, Orozco R, Medina-Mora ME. Índice de riesgo para el intento suicida en México. *Salud Pública Mex* 2012; 54:595-606.
6. Barrionuevo, José. Suicidio e intentos de suicidio. Universidad de Buenos Aires.
[Http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedra/s/obligatorias/055_adolescencia1/material/archivo/suicidio.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedra/s/obligatorias/055_adolescencia1/material/archivo/suicidio.pdf)
7. Cavanagh, J.T.O, Carson A.J., Sharpe M., et al. Psychological studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 2003, 33, 395-405.
8. Harris E.C, Barraclough B. Excess mortality of Mental Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 1998, 173: 11-53.
9. Instituto Nacional De Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Aguascalientes, México. Septiembre 2013.
10. Statham D.J., Heath A.C., Madden P.A.F., et al. Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. *Psychological Medicine*, 1998, 28, 839-855.
11. Qin P., Agerbo E., Mortensen P.B. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981–1997. *American Journal of Psychiatry* 160:4, April 2003.
12. Runeson B, Asberg M. Family history of suicide among suicide victims. *American Journal of Psychiatry* 2003; 160:1525-1526.

13. Kim C., Seguin M., Therrien N., et al. Familial aggregation of suicidal behavior: a family study of male suicide completers from the general population. *American Journal of Psychiatry* 2005; 162:1017–1019.
14. Torzsa P, Rihmer Z, Gonda X, et al. Family history of suicide. A clinical marker for major depression in primary care practice. *Journal of Affective Disorders* 2009; 117:202-204.
15. Lizardi, D., Sher L., Sullivan G. M. et al. Association between familial suicidal behavior and frequency of attempts among depressed suicide attempters. *Acta Psychiatrica Scandinava*. Mayo 2009; 119(5): 406–410.
16. Rihmer Z., Gonda X, Torzsa P, et al. Affective temperament, history of suicide attempt and family history of suicide in general practice patients. *Journal of Affective Disorders* 2013; 149:350-354.
17. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española (DRAE) 22^o edición. España 2001. <http://www.rae.es/>
18. Glosario Completo
[<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/glogen/default.aspx?T=cp&s=est&c=10249>]. México: Instituto Nacional De Estadística y Geografía; c2009 [actualizado 2002; consultado 01 Abr 2015]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/>
19. Organización Mundial de la Salud. F30-F39 Trastornos del Humor (afectivos). En: Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE 10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana; 2000.

20. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C., 2003.
21. Reporte de Estadística 2014, Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Servicios de Atención Psiquiátrica. Secretaría de Salud.
22. Calculadora para Obtener el Tamaño de una Muestra [<http://www.med.unne.edu.ar/biblioteca/calculos/calculadora.htm>]. Argentina: Universidad Nacional del Nordeste; c2014 [consultado 01 Abr 2015]. Disponible en: <http://www.med.unne.edu.ar/>
23. Kroenke K., Spitzer R. L. The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals* 32:9/Septiembre 2002.
24. Huang F., Chung H., Kroenke K. et al. Using the Patient Health Questionnaire-9 to Measure Depression among Racially and Ethnically Diverse Primary Care Patients. *Journal of General Internal Medicine* 2006; 21:547–552.
25. Donlan, W., Lee, J. Screening for Depression among indigenous Mexican migrant farmworkers using the Patient Health Questionnaire-9. *Psychological Reports* 2010, 106, 2, 419-432.
26. Merz E., Malcarne V., Roesch S. et al. A Multigroup Confirmatory Factor Analysis of the Patient Health Questionnaire-9 among English- and Spanish-speaking Latinas. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. 2011 July; 17(3): 309–316.

27. Romo F., Tafoya S., Heinze H. Estudio comparativo sobre depresión y los factores asociados en alumnos del primer año de la Facultad de Medicina y del Internado. *Salud Mental* 2013; 36:375-379.
28. García-Portilla M.P., Bascarán M.T, Jiménez L., et al. Evaluación Psicométrica. En: Bobes J., Sáiz P, editores. *Comportamientos Suicidas. Prevención y tratamiento*. España: Ars Médica; 2004. p. 264-274.
29. García-Portilla M.P., Bascarán M.T., Sáiz P.A, et al. Instrumentos de evaluación de ideación y comportamiento suicida. En: Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica, Tomo II. México: CYESAN; 2011. p 121.
30. Brown L.K., Overholser, J., Spirito, A. et al. The Correlates of planning in adolescent suicide attempts. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30:1, January 1991.
31. Díaz F., Baca-García E., Díaz-Sastre C., et al. Dimensions of suicidal behavior according to patients report. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* (2003) 253 : 197–202.
32. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica. Ficha Técnica Escala de Ideación Suicida. http://pendientemigracion.ucm.es/info/psclinic/ealuacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DEL%20ESTADO%20DE%20ANIMO/ESCALA%20DE%20IDEACION%20SUICIDA/SSI_F.pdf . Madrid, 2006

33. Monnin J., Thiemard, E., Vandel, P. et al. Sociodemographic and psychopathological risk factors in repeated suicide attempts: Gender differences in a prospective study. *Journal of Affective Disorders* 136 (2012) 35–43.
34. Hawton, K., Casañas, C. Haw, C. Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders* 147 (2013) 17–28.
35. Rimkeviciene, J., O’Gorman, J. De Leo, D. Impulsive suicide attempts: A systematic literature review of definitions, characteristics and risk factors. *Journal of Affective Disorders* 171(2015)93–104.
36. Stringer, B., Van Meijel, B., Eikelenboom, M. Recurrent suicide attempts in patients with depressive and anxiety disorders: The role of borderline personality traits. *Journal of Affective Disorders* 151(2013)23–30.

Anexos

Antecedente Familiar de Conducta
Suicida y su Relación con el Riesgo
Suicida



El suicidio provoca casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en casi un millón de víctimas al año. En México en 2010 se situó al suicidio como una de las 5 causas principales de muerte hasta los 34 años y se reportan 4,388 muertes por suicidio.

Los factores de riesgo descritos son: carga genética, rasgos de personalidad impulsiva y agresiva, eventos traumáticos, alteraciones neurobiológicas, desórdenes psiquiátricos, trastornos físicos, crisis psicosociales, disponibilidad de medios y exposición a modelos.

El conocimiento acerca del suicidio ha tenido poco uso en México, sin que se hayan hecho estudios en los que se analice la relación que tiene el contar con familiares cercanos que hayan presentado conductas suicidas y la presencia de conductas suicidas en los pacientes. Es así que se decide realizar un estudio en el que pueda determinarse la importancia de la presencia de dichos antecedentes en la población de nuestro país buscando establecer procedimientos preventivos eficaces del suicidio para lo cual solicitamos su apoyo y participación, contestando un cuestionario y permitiendo se le apliquen dos escalas para obtener datos estadísticos.

Muchas gracias.

**Antecedente Familiar de Conducta
Suicida y su Relación con el Riesgo
Suicida**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE (Usuario): _____ FECHA: _____

1. Propósito: Le pedimos formar parte de un trabajo de investigación, que tiene como objetivo evaluar la importancia del antecedente familiar de suicidio consumado o de intento en los pacientes que presentan intento suicida

2. Procedimientos y duración: Los procedimientos que se realicen tendrán tan sólo propósitos de investigación. Si acepta participar, se le pedirá que complete los siguientes procedimientos de investigación: PHQ-9, Escala de Intencionalidad Suicida de Beck e Interrogatorio dirigido acerca del antecedente de intento suicida.

Será interrogado de manera breve por el entrevistador. Las personas que tengan acceso a estos datos no obtendrán ningún tipo de beneficio más que el simplemente académico y de investigación.

3. Riesgos e incomodidades: No tiene ningún riesgo al participar en esta investigación. Las entrevistas serán realizadas por una persona con entrenamiento en la salud mental (médico residente en Psiquiatría), el cual protegerá su confidencialidad

4. Beneficios potenciales: La participación en esta investigación solo le traerá beneficios a nivel personal, se tomaran medidas pertinentes para el tratamiento oportuno.

5. Derecho de retirarse de la investigación: La participación en esta investigación es voluntaria, usted puede rehusarse a estar en ella o a retirarse en cualquier momento.

6. Confidencialidad: Su identidad permanecerá confidencial. Si surgen publicaciones o presentaciones de los resultados de este proyecto, su identidad permanecerá confidencial. Esto significa que su nombre, dirección, edad o cualquier otra información que pueda identificarlo por su nombre, no será brindada a otra persona sin su consentimiento por escrito. Ninguna de la información de esta investigación aparecerá en sus registros médicos, y no se brindará a otras instituciones.

Si tiene alguna pregunta, siéntase libre de hacerla. Si más tarde tiene preguntas adicionales, o desea informar acerca de un problema médico, que pueda estar relacionado con este estudio, a la médico residente Daniela Rodríguez González, comunicarse al tel.: 5573-1500, ext. 198, de 8am a 14hrs. También puede contactarnos vía mail a la dirección fraybernardino2013@gmail.com

SU FIRMA INDICA QUE USTED HA DECIDIDO FORMAR PARTE DE LA INVESTIGACION, QUE HA LEIDO Y COMPRENDIDO LA INFORMACION ANTERIOR Y QUE SE LE HA EXPLICADO

FIRMA (USUARIO)

FIRMA TESTIGO

FIRMA INVESTIGADOR

**Antecedente Familiar de Conducta
Suicida y su Relación con el Riesgo
Suicida**

Nombre:			Edad:	
Sexo:	H	M	Número de años de Estudios:	Ocupación:
Religión			Estado Civil:	

1. Ha habido integrantes de su familia que hayan INTENTADO quitarse la vida?

Sí No

- Si su respuesta es afirmativa: cuántos familiares han intentado quitarse la vida? _____
- Qué parentesco tiene/n con usted:

Hermana/o Hijo/a Madre Padre
Abuelo/a Tío Primo

2. Ha habido integrantes de su familia que se hayan suicidado?

Sí No

- Si su respuesta es afirmativa, cuántos familiares han cometido suicidio? _____
- Qué parentesco tenía/n con usted:

Hermana/o Hijo/a Madre Padre
Abuelo/a Tío Primo

3. Ha realizado usted intentos suicidas previos?

Sí No

- Si su respuesta es afirmativa, cuántas veces lo ha intentado? _____

4. Ha usted intentado suicidarse recientemente?

Sí No

- Cuál fue el método que utilizó?
Cuchillo/Navaja Arma de fuego
Ahorcamiento Medicamentos

**Antecedente Familiar de Conducta
Suicida y su Relación con el Riesgo**

Suicida

**CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL
PACIENTE-9
(PHQ-9)**

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas? (Marque con una "✓" para indicar su respuesta)	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Con poco apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Si usted marcó cualquiera de estos problemas, ¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?

Para nada difícil <input type="checkbox"/>	Un poco difícil <input type="checkbox"/>	Muy difícil <input type="checkbox"/>	Extremadamente difícil <input type="checkbox"/>
---	---	---	--

Antecedente Familiar de Conducta Suicida y su Relación con el Riesgo Suicida

Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS)

1

I. Circunstancias objetivas	
1. <i>Aislamiento</i>	0. Alguien presente 1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono) 2. Nadie cerca o en contacto
2. <i>Medición del tiempo</i>	0. La intervención es muy probable 1. La intervención es poco probable 2. La intervención es altamente improbable
3. <i>Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas</i>	0. Ninguna 1. Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar, etc.) 2. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.)
4. <i>Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento</i>	0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda 1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado 2. No contactó, ni avisó a nadie
5. <i>Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro)</i>	0. Ninguno 1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa 2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales
6. <i>Preparación activa del intento</i>	0. Ninguna 1. Mínima o moderada 2. Importante
7. <i>Nota suicida</i>	0. Ninguna 1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla 2. Presencia de nota
8. <i>Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)</i>	0. No comunicación verbal 1. Comunicación ambigua (p. ej., «estoy cansado de la vida», «pienso que estáis mejor sin mí», «nada tiene objeto») 2. Comunicación no ambigua (p. ej., «quiero morir», «siento como si quisiera matarme», «tomar pastillas»)
II. Autoinforme	
9. <i>Propósito supuesto del intento</i>	0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza 1. Componentes de 0 y 2 2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas
10. <i>Expectativas sobre la probabilidad de muerte</i>	0. Pensó que era improbable 1. Posible pero no probable 2. Probable o cierta
11. <i>Concepción de la letalidad del método</i>	0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal 1. No estaba seguro si lo que hacía era letal 2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal
12. <i>Seriedad del intento</i>	0. No intentó seriamente poner fin a su vida 1. Inseguro 2. Intentó seriamente poner fin a su vida

13. *Actitud hacia el vivir/morir*

- 0. No quería morir
- 1. Componentes de 0 y 2
- 2. Quería morir

14. *Concepción de la capacidad de salvamento médico*

- 0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica
- 1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica
- 2. Seguro de morir aunque recibiese atención médica

15. *Grado de premeditación*

- 0. Ninguno, impulsivo
- 1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento
- 2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento

III. Circunstancias subjetivas

16. *Reacción frente al intento*

- 0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza
- 1. Acepta tanto el intento como su fracaso
- 2. Rechaza el fracaso del intento

17. *Preconcepciones de la muerte*

- 0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos
- 1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas
- 2. No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte

18. *Número de intentos de suicidio previos*

- 0. Ninguno
- 1. 1 o 2
- 2. 3 o más

19. *Relación entre ingesta de alcohol e intento*

- 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
- 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
- 2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento

20. *Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos... cuando la droga no es el método utilizado para el intento)*

- 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
- 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
- 2. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento

Antecedente Familiar de Conducta Suicida y su Relación con el Riesgo Suicida

6.1.1. Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI)

1

1. <i>Deseo de vivir</i> 0. Moderado a fuerte 1. Débil 2. Ninguno
2. <i>Deseo de morir</i> 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte
3. <i>Razones para vivir/morir</i> 0. Porque seguir viviendo vale más que morir 1. Aproximadamente iguales 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo
4. <i>Deseo de intentar activamente el suicidio</i> 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte
5. <i>Deseos pasivos de suicidio</i> 0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida 1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad 2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida
6. <i>Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)</i> 0. Breve, períodos pasajeros 1. Por amplios períodos de tiempo 2. Continuo (crónico) o casi continuo
7. <i>Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)</i> 0. Raro, ocasional 1. Intermitente 2. Persistente o continuo
8. <i>Actitud hacia la ideación/deseo</i> 0. Rechazo 1. Ambivalente, indiferente 2. Aceptación
9. <i>Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out</i> 0. Tiene sentido del control 1. Inseguro 2. No tiene sentido del control
10. <i>Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)</i> 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo 1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo 2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos
11. <i>Razones para el intento contemplado</i> 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse 1. Combinación de 0 y 2 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta
12. <i>Método (especificidad/planificación del intento contemplado)</i> 0. No considerado 1. Considerado, pero detalles no calculados 2. Detalles calculados/bien formulados
13. <i>Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)</i> 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa 2. Método y oportunidad accesibles 2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto

14. <i>Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento</i> 0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente 1. Inseguridad sobre su valor 2. Seguro de su valor, capacidad
15. <i>Expectativas/espera del intento actual</i> 0. No 1. Incierto 2. Sí
16. <i>Preparación actual para el intento contemplado</i> 0. Ninguna 1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.) 2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)
17. <i>Nota suicida</i> 0. Ninguna 1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada 2. Nota terminada
18. <i>Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)</i> 0. Ninguno 1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos 2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales
19. <i>Engaño/encubrimiento del intento contemplado</i> 0. Reveló las ideas abiertamente 1. Frenó lo que estaba expresando 2. Intentó engañar, ocultar, mentir

02 de Junio de 2015. México, Distrito Federal

A quien corresponda:

Por medio de la presente, autorizo a la Dra. Daniela Rodríguez González a llevar a cabo el protocolo de investigación necesario en el proceso de titulación para obtener el grado de Médico Psiquiatra con el título "Antecedente Familiar de Conducta Suicida y su Relación con el Riesgo Suicida", aplicando las escalas necesarias en los pacientes que se valoran y se ingresan en el Servicio de Urgencias/Observación por haber presentado Conducta Suicida y/o Riesgo Suicida, con diagnóstico de Episodio Depresivo Grave sin síntomas psicóticos o de Trastorno Depresivo Recurrente, episodio Actual Grave sin síntomas psicóticos durante el turno vespertino, y durante un período de 6 meses o hasta completar un total de 300 pacientes.

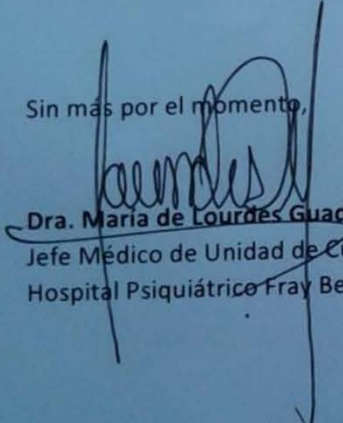


02 de Junio de 2015. México, Distrito Federal

A quien corresponda:

Por medio de la presente, autorizo a la Dra. Daniela Rodríguez González a llevar a cabo el protocolo de investigación necesario en el proceso de titulación para obtener el grado de Médico Psiquiatra con el título "Antecedente Familiar de Conducta Suicida y su Relación con el Riesgo Suicida", aplicando las escalas necesarias en los pacientes que se encuentran ingresados en el Servicio de Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos por haber presentado Conducta Suicida y/o Riesgo Suicida, con diagnóstico de Episodio Depresivo Grave sin síntomas psicóticos o de Trastorno Depresivo Recurrente, episodio Actual Grave sin síntomas psicóticos durante el turno vespertino, y durante un período de 6 meses o hasta completar un total de 300 pacientes.

Sin más por el momento,



Dra. María de Lourdes Guadarrama García
Jefe Médico de Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos
Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez